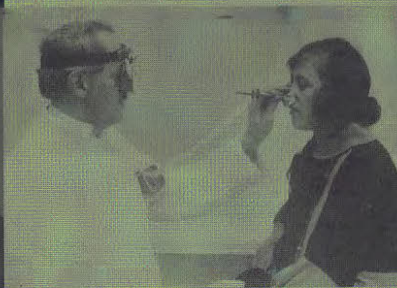
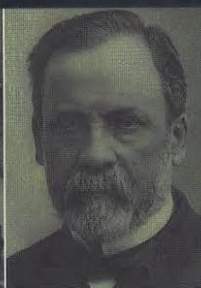


prof.dr. M.J. van Lieburg

DE OP TIJD SCHRIJFT



*Een selectie van
bronteksten uit het
Nederlands Tijdschrift
voor Geneeskunde
1857-1957*

Erasmus Publishing

DE TIJD OP SCHRIJF

*Een selectie van bronteksten uit het
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde
1857-1957*

door
prof.dr. M.J. van Lieburg

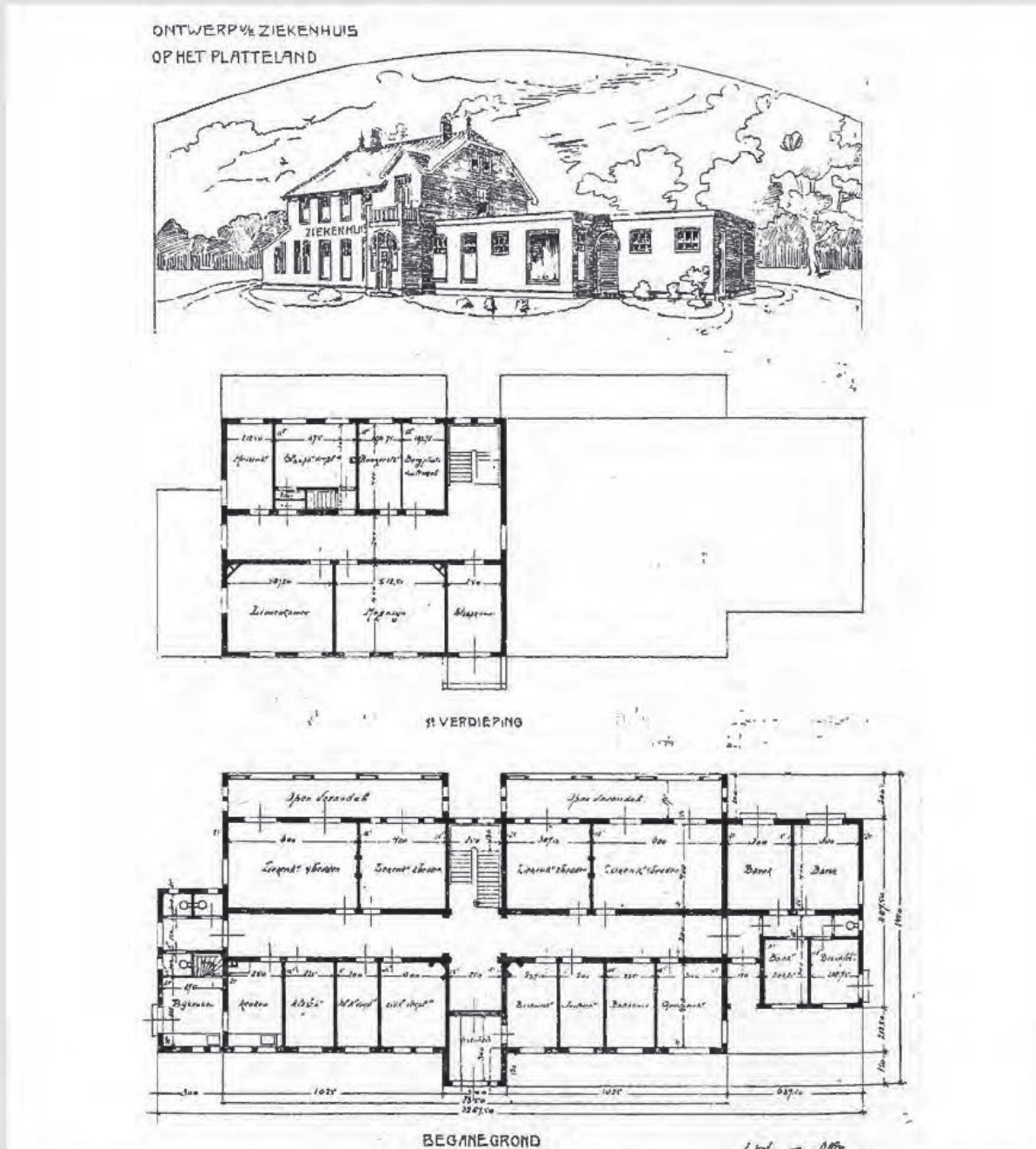


ERASMUS PUBLISHING
Rotterdam 2007

Ziekenhuiswezen

Als één trits artikelen voldoende moet zijn om de geschiedenis van het Nederlandse ziekenhuiswezen de revue te laten passeren, en twee van de drie auteursnamen zijn van dezelfde persoon, dan moet dat een beroemdheid zijn. Maar wie kent Jan L.C. Wortman nog, de huisarts uit het dorpje Noordgouwe op Schouwen-Duiveland? Hier besloot hij tot oprichting van een eigen plattelandsziekenhuis, van welk initiatief hij verantwoording aflegt in het artikel 'Over het levensbeginsel der kleine ziekenhuizen'. Zeventien jaar én vele publicaties (ook in het NTvG) later verschijnt zijn twee-

de bijdrage uit deze bundel, door hem geschreven als directeur van het Tesselschade-ziekenhuis te Amsterdam. Ditmaal betrof het een reactie op een kort tevoren verschenen kritiek van Louis Heijermans, de directeur van de Gemeentelijke Geneeskundige Dienst te Amsterdam, op het overheidsbeleid ten aanzien van grote en kleine ziekenhuizen. Het debat tussen beide penvoerders biedt een leerzaam plaatje van het Nederlandse ziekenhuiswezen begin jaren twintig, en laat tegelijk zien hoeveel herkenbaars er schuilgaat kan gaan in zulke gedateerde artikelen uit het NTvG.



[Afb. 177]. Als bijlage bij zijn 'Rapport van het lid der Commissie van Onderzoek naar de wenschelijkheid van ziekenhuizen ten platteland' [48 (1904) I, 1245-1251] nam Jan L.C. Wortman deze bijlage op van de 'Minimum grootte van een plattelandsziekenhuis', met een tekening van het aanzien van het gebouw (zijn ziekenhuisje te Noordgouwe) en de plattegronden.

[A67] J.C.L. Wortman, *Over het levensbeginsel der kleine ziekenhuizen* (1904)

In de l.l. gehouden Algemeene Vergadering te Breda werd door mij verlot gevraagd als lid eener door het Hoofdbestuur benoemde Commissie, de wenselijkheid van ziekenhuizen ten plattelande nader te ontwikkelen en de beginselen in het Rapport van de meerderheid der Commissie neergelegd, te weerleggen. Naar mijn meening was de zaak voldoende onderzocht en overwogen en zou de vergadering in de ééne of andere richting uitspraak doen. Doch het Hoofdbestuur was een andere meening toegedaan en had in zijn vóórvergadering besloten voorloopig een afwachtend standpunt in te nemen, de kwestie te laten overwinteren, om na onderzoek in en advies van de verschillende afdelingen der Maatschappij de volgende Algemeene Zomervergadering een definitieve uitspraak te laten doen. Na een korte gedachtenwisseling met den voorzitter berustte ik en besprak ik met één der hoofdredacteuren van het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde* de mogelijkheid, ter gelegener tijd plaatsruimte te verkrijgen voor de mededeelingen, die ik ter vergadering mondeling had willen doen. Nu de afdelingen door het Hoofdbestuur op het hart werd gedrukt, zich van hun opdracht ten deze te kwijten, is, dunkt mij, de tijd voor deze mededeelingen daar.

De beide partijen van de Commissie van onderzoek hebben bij de samenstelling van haar Rapporten éénzelfde uitgangspunt gehad, namelijk voorziening in gebrek aan ziekenhuishulp ten plattelande. Dit gebrek is éénstemmig geconstateerd, maar over zijn omvang kwam reeds aanstonds de verdeeldheid voor den dag. De meerderheid der Commissie wilde ziekenhuisbehandeling zien toegepast voor de specialistische gevallen, waarin de huismedicus met zijn kennis te kort schiet, terwijl zij de patiënten der dagelijksche praktijk geholpen wilde zien door wijkverpleging, door ambulante verpleegsters. De eigenlijke ziekenhuiskwestie, waarover de commissie geroepen was te oordeelen, reduceerde zich dus voor de meerderheid tot de vraag, hoe voor de specialistische gevallen ten plattelande op de beste wijze een onderkomen kon worden verschaft. Ik moet er aan toevoegen, dat de Commissie-meerderheid, zooals blijken kan uit enkele toelichtingen in haar Rapport, alleen het oog heeft gehad op bepaalde specialistische gevallen, namelijk op chirurgische, gynaecologische en interne, waarvan de behandeling naar hun oordeel moest worden opgedragen aan een chirurg-gynaecoloog en een internist. Overigens is het uit haar Rapport niet op te maken, wat onder die groote groep der interne ziektegevallen verstaan dient te worden. Moet een ziekenhuis voor de opname van bovengenoemde ziektegevallen ontworpen en waaraan de naam van Centraal-Ziekenhuis wordt gegeven, ook dienst doen als sanatorium voor long- en zenuwlijders? Moet dit ziekenhuis voorzien zijn van de hulpmiddelen der physische geneesmethoden, van bacteriologische en

pathologisch-anatomische instituten? Welke voorstelling maakt zich de Commissie-meerderheid van gebrek aan voorlichting van ophthalmologen, laryngologen, enz.? Hoe denkt de commissie over de kosten van een volledig chirurgischen inspan? Ziedaar een aantal vragen, die niet op volledigheid aanspraak mogen maken, en over de oplossing waarvan onzekerheid wordt gelaten. Maar het ligt voor de hand, dat een ziekenhuis, met specialisten aan het hoofd, voorzien moet zijn van de hulpmiddelen ten behoeve van allerhande gevallen, op het speciale terrein te behandelen. Zoo niet, dan zal de specialist al zeer spoedig in werkdadige decadentie vervallen, een gevaar dat te meer weegt, waar de specialist voor een omgeving van 25.000 zielen toch reeds een kleinen werkkring zal hebben en hij daarenboven niet zal kunnen of willen voorkomen, dat een zeker aantal zieken binnen zijn gebied aan andere hulp de voorkeur geeft.

Tegenover het voorstel der centrale ziekenhuizen stelt de minderheid der commissie van onderzoek een geheel andere voorziening in het te kort aan ziekenhuishulp ten plattelande voor. Zij ziet de noodzakelijkheid van meer specialistische hulp niet in, en is van oordeel dat in Nederland deze vorm van hulpverschaffing voldoende voorhanden is, al zijn de middelen, om daartoe te komen, den medici van het platteland veelal te gebrekkig beschikbaar gesteld. Uit een enquête van de commissie, is gebleken, dat de Armbesturen zich niet naar behooren rekenschap geven van hun taak om onvermogenen ernstigen zieken de behulpzame hand te bieden.

Naast de specialistische komen echter zeer vele gevallen voor, waarvan de aansprakelijkheid voor een deugdelijke behandeling geheel drukt op de schouders van den plattelandsmedicus en die tegenover deze telkens en telkens weer zijn onmacht moet gevoelen. Met ledige handen staat hij vóór het ziekbed, en hij moet volle voorwenden. De gevolgen van dien openbaren zich spoedig. Hij wordt genoopt tot een toenemende indolentie voor de menschelijke ellende, oefening in het gebruik van scherpzinnige drogredenen, speculatie op 's menschen ijdelheid en op andere gebreken, allemaal methoden die wij liever in den geroutineerden kwakzalver constateeren. Het is mijn streven om bij het pleit voor de totstandkoming van plattelandsziekenhuizen uit sociaal oogpunt, tevens de ethische en wetenschappelijke belangen der plattelandsmedici te dienen. Ik kan mijzelf geen ander denkbeeld vormen van de richting, waarin cultuur en beschaving voor hen zich bewegen moeten. Maar ik moet bekennen dat in die richting ten plattelande een zeer zwakke strooming bestaat, waaraan ook de medici, naar gelang zij daarin langduriger zijn meebewogen, zich aangepast hebben. Velen zijn de 'bourgeois satisfait' geworden, wars van alle nieuwigheden, van meer bezigheden en

meer inspanning. Voor hen is het ziekenhuis niet op zijn plaats en kan geen voldoende nut afwerpen. Voor de jongeren evenwel, en voor het medisch denken en handelen van hen in de eerste plaats, die met ziekenverpleging nader kennis hebben gemaakt, moet het ziekenhuis een zeer groote aanwinst opleveren. Hen te steunen, komt mij voor, is de taak van de Ned[erlandsche] Maatschappij, die zich noemt tot bevordering der Geneeskunst. Velen zijn er, die reikhalzend uitzien naar een eigen ook nog zoo bescheiden ziekeninrichting, al ben ik overtuigd, dat zij nog sterk in de minderheid blijven. Er is een tijd geweest dat ik bijna dagelijks, dan met dezen dan met genen correspondeerde over de wijze van oprichting of exploitatie van een ziekenhuis in hun respectievelijke omgeving. Velen zullen er toe komen ook zonder medewerking van de Ned[erlandsche] Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst een ziekenhuis zich te scheppen, maar vele anderen zouden in den moreelen steun dier Maatschappij een stuwkracht voor een verwezentlijking hunner wenschen erlangen. Voor de meerderheid der Commissie zijn al deze medici 'Uebermensen' en is hun streven ongemotiveerd. Zij ziet niet in, dat zoovele zieken, die met verbroken levensevenwicht daar neerliggen of rondwaren, door een elementaire behandeling in een goede ziekeninrichting kunnen worden geholpen, ten einde het evenwicht, al is het in labielen toestand, terug te krijgen. Naar mijn ervaring zijn zij, die lijden aan neurosen, anaemieën, compensatiestoornissen bij hart-, nier- en longlijder, tuberculose, ulcus ventriculi, chronische maag- en darmzieken, alle door rust, diët, hygiënische ligging en goede verpleging tot een hoogte van beterschap te brengen, onbereikbaar in de eigen woning.

Voorts geeft zich de Commissie-meerderheid geen voldoende rekenschap van de gevaren, waaraan ten plattelande ernstige acute zieken blootstaan in een slechte, bekrompen huisvesting en met dikwijls geheel ontbrekende hulp. In de meeste armenhuizen heerscht de schromelijkste veronachtzaming van zieken, tot het beestachtige toe. Maar iedere lijder aan een acute ziekte, gelegen in een bekrompen woning, in een enge bedstede en zonder goeden bijstand, dient in een betere omgeving ondergebracht. Hem, voor wien mijn woorden waardeloos zijn, herinner ik aan de waarde, die Prof. Pel aan ziekenverpleging bij croupeuse pneumonie en die Prof. Rosenstein aan ziekenverpleging bij nephritis (zie daarvoor *Zeitschrift für Krankenpflege*, 1900) toeschrijft. Die drang naar verbetering van milieu wordt nog sterker, wanneer de acute ziekte een onregelmatig beloop neemt, een acuut gewrichtsrheuma bijvoorbeeld subacuut wordt of daarbij complicaties optreden, zooals chorea en endocarditis. Het zou niet moeilijk vallen een lange rij voorbeelden nog aan te halen, maar ik gevoel mij eenigszins bezwaard, voor medici daarmede voort te gaan. De Commissie-meerderheid rekent in haar Rapport met dit soort ziekten kort af en zegt, dat zij die schaars met goederen bedeed, in kleine bekrompen woningen gehuisvest en in bedompte bedsteden gelegerd zijn, voor een groot deel even goed in

hun eigene schamele woning als in een ziekenhuis genezen. Daarom zou voor dergelijke zieken alleen van humanitair standpunt een ziekenhuis gebillijkt zijn. Het kost mij moeite tegen dergelijke argumenten te velde te trekken. Ga voort in dezen redeneertrant en in hetzelfde verband bewijst men, dat in hun eigene schamele woning een groot aantal zieken, ook zonder eenige medische hulp geneest. Inderdaad: 'Natura artis magistra!' De natuur geneest met groote middelen, de kunst alleen met kleine. Onze gansche geneeskunst berust op een streven naar steun der natuurlijke hulpbronnen. Maar al te dikwijls kan de natuur ook zonder de kunst de genezing bewerken, zelfs daar waar de uitwendige voorwaarden voor die genezing niet alleszins gunstig zijn. Maar is dit een reden, om de kunst over boord te werpen en haar te miskennen? Is het onze taak niet, in alle gevallen de hulpmiddelen der kunst aan te wenden? Hoevele complicaties zullen wij daarmede niet kunnen vermijden, hoe velerlei genezing bespoedigen, hoe velerlei lijden verzachten, hoe velen ten slotte met wankelend levensevenwicht behouden? In deze speelt het ziekenhuis geen humanitaire rol, maar is het een stuk verwerkelijkt medische wetenschap: die van de hygiëne en de hypurgie.

Nog rest mij in ditzelfde verband een principieel bezwaar van de Commissie-meerderheid tegen de ruime aanwending van een ziekenhuis te weerleggen. Zij zegt namelijk: 'Anderen, voor wier kwaal geen 'kruiden gewassen zijn, vinden in de uitstekende verpleging in een ziekenhuis geen vergoeding voor het gemis aan psychische rust, die in de eigen woning hun deel was'. Blijkbaar doelt deze zinsnede op de ziekenhuisvrees welke veelal ten plattelande, ook in de steden, heerscht, alsof daar een abbattoir wordt gedreven en een gevangenisleven geleid. Dienaangaande verwijs ik naar mijn rapport, dat populariteit als eisch stelt voor het kleine ziekenhuis en aantoonde dat zulks voor kleine omgeving gemakkelijk bereikbaar is. Na tweejarige ervaring aan het ziekenhuis ten mijntent is het merkwaardig hoe de vrees voor opname, in den beginne schier onoverwinnelijk, verdwenen is. Doch wat praktisch de ervaring leert, volgt ook uit eenvoudige overweging. Hoe denkt men over de psychische rust van die chronische zieken in eigen woning, die door het kwellend aanschouwen der ellende van hun gezin, stijgend door financieele en fysieke uitputting, aanhoudend worden herinnerd aan de zware lasten van langdurig ziektebeloop? Daar is psychische rust noch bij den lijder, noch in het huisgezin. Ieder die oplettend ernstige zieken heeft gadegeslagen eerst in eigen woning en vervolgens in het ziekenhuis, weet welk een kalme berusting in het ziekenhuis ontstaat, die thuis gemist werd. Zonder uitzondering heb ik dankbaarheid ondervonden van ernstige tuberculoselijders, die eenigen tijd in het ziekenhuis verpleegd waren, ook dan wanneer een onafgebroken progressie lijden bestond. Zij herademen wanneer zij uit dompige bedsteden, veelal gedeeld met broertjes en zusjes, gebracht worden in een ruimte van licht en lucht en een verpleging genieten, die aan hun wen-

schen en behoeften tegemoet komt. Het is dan ook de groote en grootsche taak der ziekenverpleging den zieken de euphorie, den stervenden de euthanasie te schenken. Psychische rust, die krachtige factor bij de behandeling van vele zieken, komt derhalve eerst tot haar recht in een goed ingericht en van geschoolde verpleging voorzien ziekenhuis.

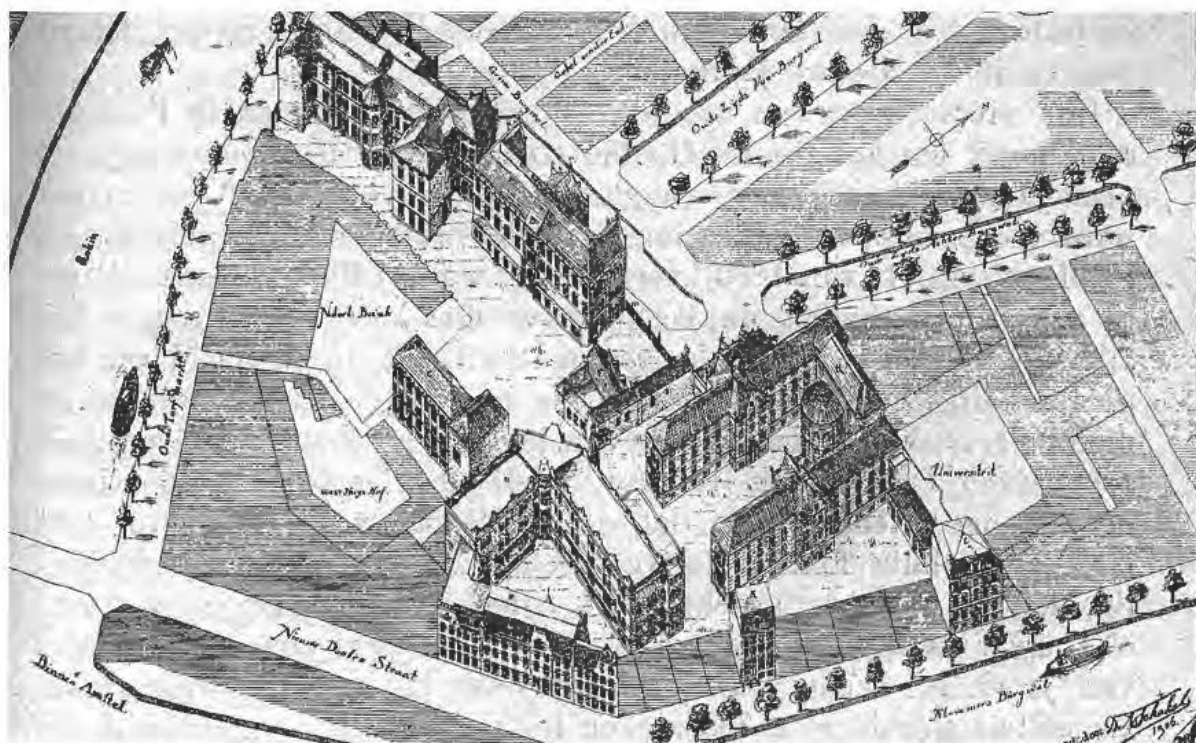
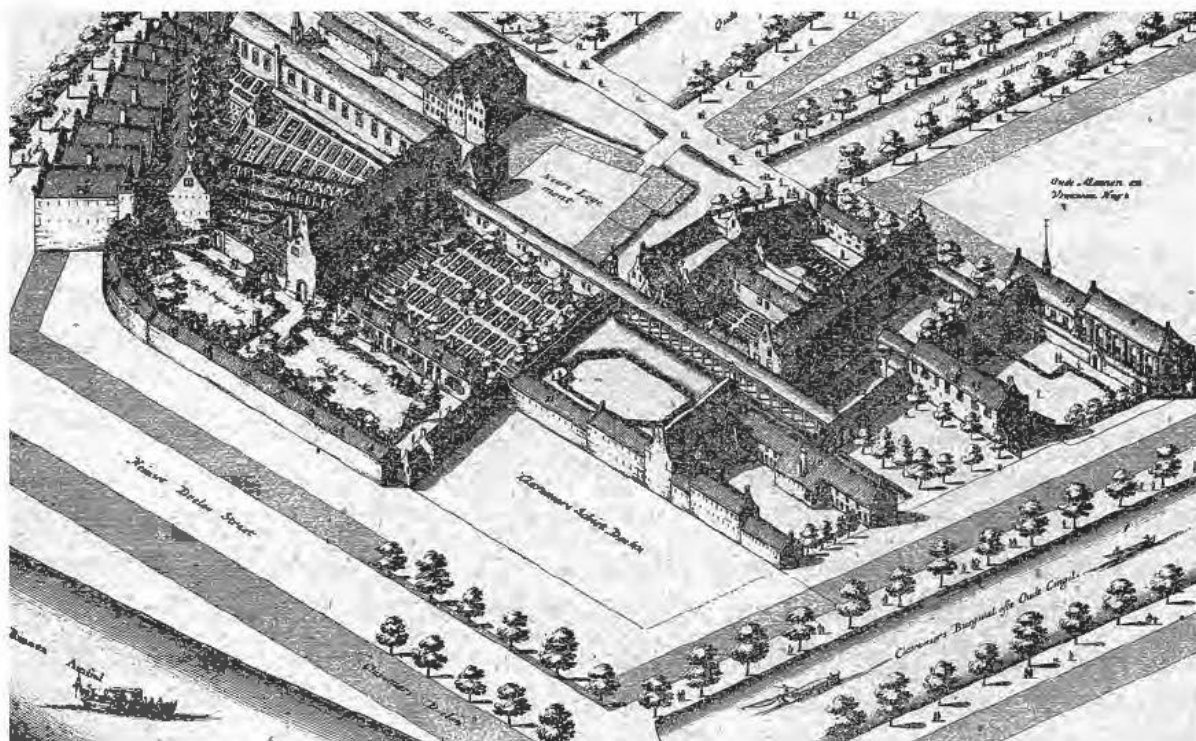
Wil men voor de bovenbedoelde zieken wijkverpleging aanbevelen, dan stelt men, daargelaten de onmogelijkheid van deze in velerlei plattelandsomgeving wegens het uitgestrekte terrein, verbonden aan bezwaren van weer en wegen, verkeerde wetenschappelijke indicaties. Immers wijkverpleging is slechts daar van nut, waar dagelijksche hulp van kortstondigen aard noodig is, o.a. bij verbedden, reinigen, verbinden, irrigeren, masseeren, temperatuur opnemen, baden, assistentie van den medicus, appliceren van geneesmiddelen, en zoo meer. Ziekenhuisverpleging is geïndiceerd waar dagelijksche hulp van doorloopenden aard verlangd wordt, waar de verplaatsing in een betere hygiënische omgeving gewenscht is, naast de verpleging in haren vollen omgang: de bewaking van patiënt, de hulp bij de dagelijksche behoeften, de nauwkeurige waarneming, de stipte opvolging der medische voorschriften, m.a.w. de behandeling van den zieke gedurende den tijd dat een medicus niet aan het ziekbed kan zijn. Naar deze opvatting van ziekenhuisverpleging zal, in strijd met de meening der commissiemeerderheid, daaraan ten plattelande een groot aantal interne zieken behoefte hebben. Maar behalve dezen, hoeveel meer nog!

Op obstetrisch terrein zullen een perforatie, een partus bij placenta praevia, bij eclampsie, bij verzuimde dwarsligging, een partus prematurus, een incomplete abortus, infectie vóór en in het kraambed onder veel gunstiger voorwaarden verlopen in het ziekenhuis. Daar is op eenvoudige wijze strenge asepsis door te voeren, staan verscheidene handen gereed voor injectie van zoutsolutie, van camfer-aether, ergotine, voor tamponnade, narcose, enz.; daar is een zuivere nabehandeling te garandeeren, een rij van hoogst eenvoudige, maar belangrijke verrichtingen ten dienste der genezing aan te wenden. Wie voelt niet in schrille tegenstelling hiermede den toestand in een kleine woning ten plattelande voor een bedstede of op een huistafel, waar de kraamvrouw aan de genade of ongenade van den medicus en een buurvrouw is overgeleverd! Een conscientieus medicus kan uit zijn isolement heel wat kracht putten, maar van hem te vergen dat hij een nog zoo primitieve operatiekamer op zijn rug zal dragen, zichzelf bij alle voorbereidselen ten huize van patiënte tot assistent zal zijn; daarbij kraamvrouw en kind bijstaan in moeilijke gevallen, dat is ook voor een factotum een niet te verichten goocheltoer.

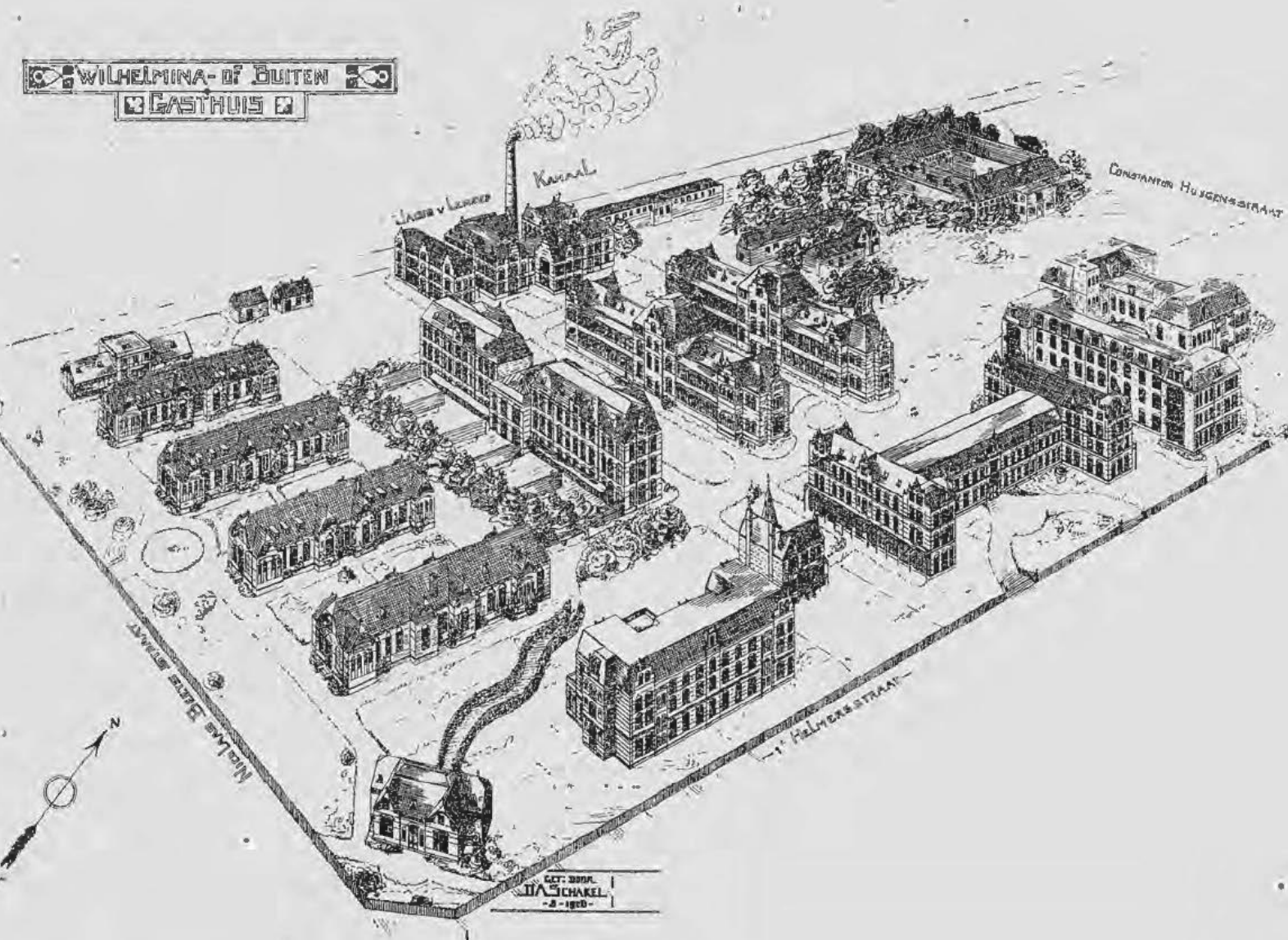
Op chirurgisch gebied komt den plattelandsziekenhuizen een nog ruimere plaats toe in de rij van onze dagelijks benodigde hulpmiddelen. Zij zullen evenveel posten van eerste hulpverschaffing bij ernstige ongevallen zijn. Voor de ongevallenverzekering moet het groote waarde hebben, dat reeds van stonde af aan een getrof-

fene een degelijke eerste hulp wordt verleend. In erge mate zal de dood, in mindere mate zullen blijvende en tijdelijke invaliditeit, ook de genezingsduur rechtstreeks verband houden met de verleende eerste hulp. Nergens is tot nu toe ten plattelande een goede wondbehandeling mogelijk en uit gebrek daaraan wordt dan ook op uitgebreide schaal gezondigd. Kiesheidshalve wil ik dit feit niet nader illustreeren. Wie dienaangaande een kleine voorstelling verlangt, verwijs ik naar het *Nederlandsche Tijdschrift voor Geneeskunde* 1903. Waarom moet er lauwweg berust in zooveel verkeerd en gebrekkigs? Gij vooral professoren in de chirurgie, die verlangt dat uw leerlingen uw voetspoor zullen drukken, kunt het niet lijdelijk aanzien, dat over zoo groot gebied van Nederland zelfs de elementaire beginselen van de heilkunde door machteloosheid van aanwending ten onder gaan, en de moeite die gij u geeft in uw lessen en uw voorbeeld voor zooveel vergeefs is. Eeltige specialisten van den tweeden rang alleen mogen voedsel zoeken uit de groote tekortkomingen van anderen en de vrees koesteren, dat de medici in een plattelandsziekenhuis als losgelaten wilden zullen gaan opereeren op alles wat hun praktijk slechts operabels aanbiedt. Trouwens de ervaring heeft reeds anders geleerd én in Duitschland én ten onzent. In alle kleine ziekeninrichtingen, waarvan ik inlichtingen heb kunnen inwinnen, in sommige zelfs geregeld o.a. te Ter Neuzen, komen specialisten chirurgische hulp bieden bij moeilijke gevallen, waar transport naar elders bezwaren oplevert. Wie ook zal in een beperkte praktijk ervaring kunnen opdoen, om de technische chirurgie, zelfs de typische gevallen, te kunnen beheerschen? Er zijn zulke groote moeilijkheden verbonden aan de uitvoering der grande chirurgie, dat wie haar op den duur beoefent – niet bij wijze van uitzondering, om een dure les op te doen – den naam van chirurg waardig is en verdient. Hij zal in kleinere omgeving zijn operatieve werkzaamheden beperkt zien door gebrek aan hulpmiddelen en assistentie, en het zij voorts gerust aan het publiek en de buurtcollega's overgelaten, de grenzen van den werkkring van zulk een chirurg aan te wijzen. Hoe ook bezien, de chirurgie ten plattelande zal haar noodzakelijke grenzen behouden en de eisch van ziekeninrichtingen daar ter plaatse houdt geen verband met het verlangen naar groote verrichtingen maar met de bevrediging van eenvoudige behoeften.

Ten slotte blijft er voor het ziekenhuis ten plattelande nog een gebied, dat tot nu toe geheel braak gelegen heeft, ter ontginning: de infectieziekten. De besmetting van de steden met onze inheemsche infectieziekten komt bijna zonder uitzondering van het platteland. Ieder, die met mij ernstige typhoedlijders behandelt, of diphtherie-epidemieën doorleefd heeft in een uiterst primitieve omgeving, kan begrijpen, hoe rein het virus daar gecultiveerd wordt, door niets in zijn ontwikkeling en verspreiding tegengehouden. Mijns inziens kan ten deze het plattelandsziekenhuis een groote verbetering aanbrengen en daardoor ook voor de steden een nut afwerpende inrichting worden.



[Afb. 178a-c]. De modernisering van de beide stedelijke ziekenhuizen van Amsterdam, namelijk van het Binnen- en het Buitengasthuis, heeft de gemoederen van de stedelijke politiek en van de medische wereld decennialang intensief bezig gehouden. Uiteindelijk kreeg Amsterdam door het besluit uit 1893 tot de bouw van een groot paviljoenziekenhuis ter vervanging van het Buitengasthuis een toonaangevend ziekenhuis, dat door het optreden van (hoogleraren-) medici van naam en de aanwezigheid van een moderne verpleegkundige dienst en van een infrastructuur met goed geoutilleerde laboratoria en poliklinieken, jarenlang het medische Mekka van de universitaire geneeskunde in Nederland was. Bijgaande drie tekeningen waren onderdeel van het artikel waarin Jan W.R. Tilanus in 1907 verslag deed van 'De vernieuwing der stedelijke ziekenhuizen te Amsterdam in de negentiende eeuw' [51 (1907) I, 85-112]. De eerste twee tekeningen illustreren de veranderingen van het Binnengasthuis (afb. 178a en b), de laatste tekening betreft het gebouwencomplex van het Wilhelmina-gasthuis naar de situatie bij het tienjarig bestaan dat in 1906 werd gevierd.



Resumeerende meen ik uit de voorafgaande overwegingen het recht te hebben tot het besluit dat het platteland behoefte heeft aan tweërlei voorziening in, kortweg ziekenhuishulp, eensdeels van specialistischen, anderdeels van niet specialistischen aard. De laatste, stel ik mij voor, zal haar finale oplossing, hier vroeger daar later, moeten vinden in de tot standkoming van kleine, eenvoudige, hygiënische gebouwde

ziekeninrichtingen voor iedere gemeente die 5.000 zielen of meer telt, en zoo mogelijk voor een combinatie van gemeenten tot genoemd zielenaantal. Dit cijfer heeft natuurlijk geen absolute waarde en men moet de indeeling naar aantal inwoners zich niet als een rekenkundige formule voorstellen. De combinatie der gemeenten vooral zal moeilijkheden opleveren in streken waar de bevolking schaarsch is of waar de centra der gemeen-

ten vrij ver uitéénliggen, daargelaten nog bezwaren uit gebrek aan overeenstemming door godsdienstverschillen, naijver, enz. Toch moet naar een combinatie, als voornoemd, gestreefd worden, want zij waarborgt een inrichting op minimum schaal met de vereischte hygiënische gegevens. Wie een ziekenhuis bouwt op veel kleiner schaal, met geringer hulpmiddelen, zonder voldoende zorg te wijden aan een goed bouwterrein vèr van hinderlijke geruischen, van verontreinigende luchten bodeminvloeden, zonder behoorlijke rioleeringen, watervoorziening, hygiënischen bouw, techniek, enz., hem zal niets dan teleurstelling te beurt vallen. In zulk een inrichting mag men geen tuberculoselijders, een groot contingent zieken voor het plattelandsziekenhuis, geen infectieuze ziekten, van welken aard ook, verplegen. Men kan daar geen stipte reinheid waarborgen en zal ieder oogenblik gevaar loopen zijn zieken te infecteeren. Met recht zal daar ziekenhuisvrees blijven bestaan en het ziekenhuis slechts dienst doen voor enkele noodgevallen. Een dergelijke klip, waarop een ziekeninrichting moet stranden, te ontgaan, is alleen mogelijk, wanneer kleine naburige gemeenten zich verstaan tot gemeenschappelijk optreden.

Behalve de bezwaren verbonden aan een combinatie van gemeenten, zijn er nog andere tegen het stelsel der plattelandsziekenhuizen geopperd. De Commissie-meerderheid spreekt bijvoorbeeld van een te kort aan baten, waardoor deze met zooveel verlangen verbeide inrichtingen na zekeren tijd weer zouden verdwijnen. Hoe juist deze redeneering ook klinkt voor een zakelijke onderneming, zij is misplaatst voor een vereeniging van ziekenzorg, welke ook de Commissie-meerderheid wil zien tot stand komen met hulp van Staat en particulieren. Ik heb mij dan ook niet aan een rentabiliteitsrekening gewaagd, maar werp gaarne den bal terug en zou willen vragen of de debet- en creditzijde op de balans der Centrale ziekenhuizen en Pleegzusterhuizen een gunstiger verhouding zou doen zien. Ik vrees voor tekorten van grooter omvang. Vooral de Centrale ziekenhuizen met goed gesalarieerde specialisten, die geen particuliere praktijk mogen uitoefenen, moeten m.i. zeer hoge exploitatiekosten vergen.

Toch zullen de bedrijfskosten van een klein ziekenhuis voor een groot deel uit vaste emolumenten kunnen bestreden worden, wanneer een Rijksziekteverzekering is tot stand gekomen. In het reeds ingediend ontwerp wordt immers o.a. voorgesteld aan de zieken zoo noodig een kosteloze ziekenhuisverpleging te verschaffen. Op het voetspoor van de ongevallenverzekering mag men verwachten, dat voor deze verpleging aan de kleine ziekeninrichtingen f 2 daags zal worden vergoed. De gemeentebesturen zullen voor de verpleging van hun armen naar rato hebben bij te dragen, terwijl voor particulieren de verpleeggelden iets hooger gesteld kunnen worden.

Maar al zijn de bedrijfskosten op de voorgestelde wijze te verkrijgen dan nog, oordeelen sceptici, zullen de oprichtingskosten onoverkomelijk zijn. Ik wil hier opmerken dat mijn projectziekenhuis, in het rapport

destijds weergegeven, slechts een proeve is op welke wijze plattelandsziekenhuizen aan hun bestemming kunnen beantwoorden. Misschien is dit project voor vereenvoudiging vatbaar, zonder aan deugdelijkheid te verliezen. Doch wanneer ook de juiste kosten van oprichting en voor bedrijf van een ziekenhuis niet beneden mijn raming vallen, dan kunnen zij een vergelijking met de voor andere volksbelangen benoodigde gelden doorstaan. De gemeenschap offert bijvoorbeeld veel hoogere bedragen aan de verbetering der verkeersmiddelen ten plattelande. Hoe ware aanleg en exploitatie van een stoomtram, een lokaal spoor mogelijk zonder subsidie van Rijk, Provincie en Gemeente? Ik heb berekend dat een ander belang, de Rechtspraak, in mijn omgeving even hoge uitgaven vraagt, als de plattelandsziekenhuizen zouden behoeven. En zal niet de omvang van het willekeurig kwaad, dat is wetsverkrachting, in het algemeen veel geringer afmetingen aannemen dan die van het onwillekeurig kwaad, dat is ziekte? In een welvarende, maar niet rijke gemeente van 1.200 inwoners uit mijn omgeving is een openbare school gebouwd, die f 30.000 kostte, en ik heb niet kunnen bespeuren, dat de gemeenschap daaronder geleden heeft. Wij behoeven ons niet te laten verblinden door de sommen, welke benoodigd zijn voor kleine ziekenhuizen. Zij zijn evenredig aan de belangen, die gediend worden; belangen die, in het juiste licht geplaatst, groot genoeg zijn om volksbelangen te heeten.

Gezwegen nog van de bijkomende werkingen die het ziekenhuis uitoefent op de volksgezondheid, op verbetering van de volksdenkwijzen over individuele hygiëne en haar toepassing, is de ruime totstandkoming van ziekenhuizen te bevorderen als zijnde een eisch van praktijk en wetenschap, van cultuur en beschaving. Ongetwijfeld zal een langzame evolutie slechts tot het einddoel leiden en zal de toekomst een meer gedetailleerde en geformuleerde kennis van de indicaties van het ziekenhuis moeten geven. Voorts zullen als verwijderde gevolgen de a.s. medici ook in dit leervak met adnexe kennis van verpleging meer moeten doordringen en, alvorens de praktijk in te gaan, naar het voorbeeld van andere Staten, een verplicht praktisch ziekenhuisjaar doorloopen.

Dat alles is nog toekomstmuziek. Maar zolang de medische wetenschap zich zal voortbewegen op den ingeslagen weg, zullen de ziekenhuizen de plaatsen zijn, waar ook de eenvoudige toepassing dier wetenschap tot het hoogste recht komt. Tal van medici in kleinere steden en te platteland hebben dit reeds begrepen en zijn door onvermoeide pogingen in het bezit van een ziekeninrichting gekomen. Mocht de Ned[erlandsche] Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst het stelsel der centrale ziekenhuizen aanvaarden, dan zou dit, consequent doorgevoerd, noodzakelijk leiden tot depreciatie van allen arbeid door medici en particulieren tot nu toe aan het belang van kleine ziekeninrichtingen gewijd. Tegen zulk een stelsel hoop ik, dat velen met mij protest aantekenen.

[A68] L. Heijermans, *Juiste ziekenhuispolitiek* (1921)

Er zijn twee belangrijke factoren aanwijsbaar, die het noodig maken om te vragen, of wij moeten blijven aansturen op het bouwen van steeds meer 'modern' ingerichte ziekenhuizen of dat een andere weg moet worden ingeslagen. Deze factoren zijn: (1) de stijgende bouw- en exploitatiekosten der ziekenhuizen; (2) de toenemende neiging en behoefte der bevolking om zich bij ziekte in een ziekenhuis te laten verplegen. Beschouwen wij eerst de tegenwoordige bouwkosten, volgens de gegevens mij verstrekt door den hoofdingenieur der Publieke Werken A.R. Hulshoff, b[ouwkundig] i[n]genieur te Amsterdam, die van ziekenhuisbouw een speciale studie maakte. Vóór den oorlog, dus vóór 1914 waren de bouwkosten zonder terrein-, meubilerings- en inrichtingsuitgaven voor een goed ziekenhuis in de stad f 4.000 per bed; een plattelandsziekenhuis (eenvoudig) f 3.000 à 3.500 per bed; sanatorium of herstellingsoord f 2.000 à 2.500 per bed. Na den oorlog zijn deze cijfers resp. f 10 à 12.000 per bed; f 8 à 10.000 per bed en ongeveer f 6.000 per bed. In 1914 waren de plannen voor een academisch ziekenhuis te Amsterdam uitgewerkt, waarbij behalve de talrijke laboratoria, ziekenhuisruimte was geprojecteerd voor ongeveer 950 bedden. De gemeenteraad heeft ten slotte in een merkwaardige zitting zonder discussie in beginsel besloten tot den bouw van een academisch ziekenhuis in het plan Zuid. De kosten hiervan bedroegen ongeveer 7.000 per bed. Thans zou de bouw van dat academisch ziekenhuis op een terrein groot 14 ha, zonder terrein-, meubilerings- en inrichtingskosten tusschen 16 en 20 millioen bedragen. Wat het Leidsche ziekenhuis aan bouw kost is, voor zoover mij bekend is, voorloopig, misschien door den rijksbouwmeester te ramen.

Zullen de bouwkosten in afzienbaren tijd vermindern? Het is te vreezen van niet, omdat de eischen der tegenwoordige ziekenverpleging wijzen naar steeds samengestelder bouw. Voor elke interne afdeling verlangt men tegenwoordig een goed ingericht laboratorium; de onderzoekingen van bloed, urine, ontlasting enz. worden in toenemende mate voor de juiste prognose en diagnose noodzakelijk geacht. De ureumspiegel moet worden bepaald, haematoporphyrine, bloedsporen enz. kwalitatief en kwantitatief aangetoond. Kortom de chemische en biologische samenstelling van secreta, excreta en de physiologische en pathologische bestanddeelen van ons lichaam moeten worden nagegaan. Stalling voor proefdieren, Röntgeninstallaties voor diagnostische en therapeutische doeleinden, toestellen voor lichtbehandeling enz. zijn de noodzakelijke attributen geworden voor de interne afdeling. De tijd, dat een ziekenhuis bestond uit ziekenzalen, operatiekamer, eenvoudig oeconomiegebouw en woonegelegenheid voor verplegend en dienend personeel is lang voorbij. De operateur verlangt afzonderlijke aseptische en septische operatiekamers en zalen, voor de orthopae-

die en ongevalschirurgie, de chirurgische nierpatiënten afzonderlijke behandeling en instrumentarium. Splitting is gekomen tusschen de chirurgische, gynaecologische, keel-, neus- en oorafdeelingen enz. Elke afdeling heeft haar specifiek karakter: de afdeling voor oorzielen behoeft bijvoorbeeld een absoluut geruischlooze kamer. De differentiatie in de groote ziekenhuizen grijpt steeds verder om zich heen, de laboratoria, de pathologische anatomie moeten zich aanpassen aan de uiteenlopende onderzoekingen, welke de tegenwoordige geneeskundige wetenschap eischt.

Wat wonder, dat de exploitatie steeds stijgend is, dat de staf van assistenten, laboranten, bedienden bijkans met den dag groeit, dat het aantal zieken toegewezen aan de verpleegster(er) daalt (zie een moderne kinderkliniek met boxsysteem). Het getal verpleegsters is toenemend, de arbeidstijden worden korter, de honoraria hoger. In het Wilhelminagasthuis is het totaal van het personeel bijkans gelijk aan het aantal verpleegden. De verpleegkosten in de meeste groote steden zijn gestegen tot f 7 à f 9 per verpleegdag, in eenvoudige kleine ziekenhuizen tot f 5 à f 6. En de dure exploitatie én de ontzaglijke bouwkosten maken het noodzakelijk te overwegen, of niet op andere wijze in de nooden kan worden voorzien.

De tweede factor, welke een onderzoek naar de tegenwoordige ziekenhuispolitiek noodzakelijk maakt is de drang, welke tegenwoordig van de bevolking uitgaat om voor alle ziekten, welke eenigermate verpleging behoeven of van langeren duur zijn, opneming in een ziekenhuis te verkrijgen. Terwijl vroeger een afkeer tegen het ziekenhuis bestond door de onvoldoende, dikwijls slechte verplegings- en behandelingsstechniek, is thans, dank zij de voortreffelijke en humane verzorging in het ziekenhuis, de afkeer van vroeger veranderd in een groote voorliefde. Daarbij komen de slechte woningtoestanden, het gebrek aan hulp ten huize, de beroepsarbeid van vrouwen, verdere sociale omstandigheden en een gewijzigde mentaliteit der menschen, welke de verpleging van ouden van dagen doet afweten op de gemeenschap, zoodat thans in de groote steden eerder remmend dan aanmoedigend moet worden opgetreden. Deze rem is ook daarom noodig, omdat vele patiënten die opneming vragen om 'sociale redenen', in het ziekenhuis niet thuis hooren, omdat het moderne, wetenschappelijk toegeruste ziekenhuis voor hen niet de juist gekozen verplegingsgelegenheid is. Er zijn namelijk groote groepen zieken, die in het laatst genoemde type ziekenhuis niet op hun plaats zijn, te weten (1) de herstellenden; (2) de bloedarmen, de uitgeputten (huisvrouwen); (3) de neurasthenici en tal van functioneele zenuwzieken; (4) de lijders aan ouderdomsgebreken. In elk ziekenhuis weet men met de herstellende patiënten geen raad: op den ziekenzaal zijn zij storend voor de rust der ernstige bedlegerige

patiënten. Recreatieruimten kunnen moeilijk in voldoende aantal gemaakt worden, lighallen vergen veel terreinruimte; de herstellende voelt zich in het ziekenhuis spoedig tot last en wordt dit inderdaad. Bij goed weder wandelen de patiënten wat op het terrein, doch ook daar moeten aan hun bewegingsvrijheid enge grenzen worden gesteld. Daarbij komt soms de bewuste, veeltijds de onbewuste drang van den clinicus en den chirurg om de patiënten voor verder herstel 'naar huis' te verwijzen. De chirurg immers voelt terecht, dat hij zijn arbeidskracht en zijn vaardigheid met meer resultaat aan andere patiënten kan wijden, dat het 'bezette bed' zoo spoedig mogelijk door een ander moet worden ingenomen, waarbij hij actief kan worden. In nog sterker mate is dit het geval bij de chronische chirurgische patiënten, die wel verpleging behoeven, doch geen specialistische chirurgische hulp bijvoorbeeld de lijdens aan collumfractuur van hoogen leeftijd, doch daarover zoo straks. Hetzelfde verschijnsel neemt men waar op de interne afdelingen, waar de wetenschappelijke klinikus hunkert naar 'interessante' gevallen; hij wendt instinctmatig zijn volle aandacht, zijn kunde naar den acuten lijder, die daarvan kan profiteren, terwijl bij den herstellende meer gaat domineren de vraag: wanneer kan de man vertrekken. Hoe dikwijls hoort men niet de klacht van den voortvarenden gasthuisarts: op mijn afdeling worden voornamelijk chronische patiënten, herstellenden verpleegd. Blijkt de nieuw opgenomene te lijden bijvoorbeeld aan ulcus cruris, dan wordt dit voor den arts een teleurstelling. Er bestaat geen band tusschen patiënt en gasthuisarts zooals die tusschen huisarts en zieke, zoodat zeer gemakkelijk een mentaliteit zich ontwikkelt, zoo wel bij patiënt als gasthuisarts, van 'een geval' te zijn, resp. te behandelen.

Noch scherper kunnen deze verhoudingen zich toespitsen in onderwijsklinieken, waar ook de belangen van het onderwijs noodzakelijk gediend moeten worden. 'Mijn afdeling is geen ziekenhuis, doch een 'Siechenhaus', ik kan geen onderwijs geven, betoogt de internist-professor; op mijn afdeling liggen zóóveel fracturen, zooveel geopereerden, dat ik niets meer demonstreeren kan, klaagt de chirurg-hoogleraar. En duidelijk komt aan het licht een conflict tusschen de onderwijsnooden en ziekenverplegingsbehoeften. Er ontstaat een neiging van de leiders van onderwijsklinieken om overplaatsing naar andere afdelingen te vragen van patiënten, die voor het onderwijs van geen waarde zijn en volgens hen geen onderwijsbed mogen innemen. En voor de behandelende geneesheeren én voor de patiënten is het wenschelijk het daarheen te sturen, dat in onderwijsklinieken opgenomen worden de acute, de wetenschappelijke en voor het onderwijs belangrijke gevallen. De kloof tusschen onderwijs en ziekenzorg is nooit geheel te overbruggen.

Behalve voor de herstellenden wacht ook de verpleging der uitgeputten, der neurasthenici, der anaemische vrouwen, kortom der zieken, die rust, goede voeding en verwijdering uit het sociaal milieu behoeven op een

goede oplossing. Voor hen is een verpleging in een duur ziekenhuis, met operatiegebouwen en specialistische afdelingen te kostbaar. Zij hebben geen behoefte aan de vergaande technische en gespecialiseerde verpleging, welke in de moderne ziekenhuizen wordt toegepast. Sterker, het ziekenhuis heeft op hen dikwijls een deprimeerenden of bangstigenden invloed door het het waarnemen der ernstige zieken, der sterfgevallen. Een anaemisch meisje wordt, na korte klinische observatie, waardoor uitgemaakt kan worden, of de anaemie niet het verschijnsel is van een ernstig organisch lijden, beter buiten verpleegd bij herstellenden in een herstellingsoord.

Groote moeilijkheid levert ook op de oplossing van het vraagstuk der chronische zieken en ouden van dagen, die behoorlijke verpleging in een inrichting noodig hebben zonder dat de intensieve ziekenhuisverpleging noodzakelijk is. Zij blijven dikwijls lang in ziekenhuizen, verstoren vaak den goeden geest op zaal. Het zijn de echte 'gasthuisklanten' die, moeten zij naar huis gestuurd worden, na zeer korten tijd weer opgenomen worden. Het geneeskundig en verplegend personeel ziet hen ten slotte met leedwezen terugkomen en ten langen leste verdwijnen zij naar gestichten voor oude lieden, ziekenzalen van armenhuizen enz. Men heeft erover gedacht voor deze zieken op te richten ziekenhuizen voor chronische patiënten, doch is hiervan teruggekomen op humanitaire gronden, omdat gevreesd werd, dat er zouden ontstaan 'bergruimten voor ongeneeslijke zieken', waarvan boven de poort geschilderd moest worden: laat varen alle hoop, gij die hier binnentreedt. Dat deze groep van zieken echter niet op haar plaats is in een duur modern ziekenhuis, is op de boven ontwikkelde gronden duidelijk. Er moet gezocht worden naar een oeconomische wijze van verplegen en het brengen van deze lijdens, daar waar zij een 'home' vinden.

Als dit alles overwogen is, mag de vraag gesteld worden, of men op den goeden weg is met het bouwen van academische ziekenhuizen als te Leiden geschiedt, als te Amsterdam wordt voorgestaan. Naar mijn meening moeten er in de groote steden geëxploiteerd worden uitnemend ingerichte, compleet uitgeruste ziekenhuizen met laboratoria doch van niet te grooten omvang, en daarnaast moet voldoende gelegenheid bestaan voor evacuatie naar herstellingsoorden voor alle gevallen, welke deze kostbare en vergaande behandeling en verpleging niet langer behoeven. Aan het ziekenhuis moet dus organisch verbonden zijn een groot herstellingsoord. Dit herstellingsoord kan eenvoudig gebouwd zijn; laboratoria, operatiegebouwen enz. zijn niet noodig. Met eenvoudige oeconomiegebouwen kan worden volstaan, het aantal verplegenden kan betrekkelijk gering zijn, slechts enkele geneesheeren zijn noodig voor de verdere observatie. De bouwkosten voor een herstellingsoord, plaats biedend voor 250 bedden, zullen de anderhalf miljoen niet te boven gaan.

Een groot aantal patiënten kan verpleegd worden in goede herstellingsoorden met lighallen. Er moet een groot terrein zijn, om wandelen mogelijk te maken.

Dit denkbeeld is niet nieuw, in Engeland bijvoorbeeld heeft men het toegepast. Tweemaal per week gaat een autobus met een verpleegster om de herstellenden of de patiënten, die hiervoor in aanmerking komen, naar de *dépendance* te brengen. Bij ontslag worden de patiënten teruggebracht naar het moederziekenhuis, vanwaar de patiënten vertrekken of gehaald worden. Door een tramverbinding kan het bezoek der familie worden vergemakkelijkt; trouwens bij deze patiënten is een veelvuldig bezoek evenmin noodig als dit bij sanatoriumpatiënten het geval is. De exploitatie- en bouwkosten bedragen in herstellingsoorden ongeveer de helft van die der ziekenhuizen en in deze oorden vinden de daarvoor aangewezen patiënten een doelmatige verpleging, welke het ziekenhuis, hoe goed ook uitgerust, niet kan bieden.

De chronische zieken, de eenvoudige 'verband'-patiënten, zooals lijders aan *ulcera cruris*, niet gecompliceerde fracturen, beentuberculose enz., kunnen verpleegd worden in eenvoudige buurtziekenhuizen. Feitelijk is in Amsterdam deze toestand reeds min of meer waarneembaar. Door den geneeskundigen dienst, die de distributie der zieken regelt, worden de voor het onderwijs belangrijke patiënten zooveel mogelijk verwezen naar de onderwijsafdeelingen, voor zoover daartegen van de zijde der zieken geen religieuze bezwaren worden aangevoerd; zij gaan dan naar de confessioneele ziekenhuizen; de andere groep zieken worden geplaatst in het Wilhelminagasthuis of Tesselschadeziekenhuis. Dit grondbeginsel kan nog verder worden doorgevoerd.

Voor Amsterdam zou dus naar mijn meening het vraagstuk der ziekenverpleging en van het academisch ziekenhuis op deze wijze moeten worden opgelost, waarbij wel in het oog gehouden behoort te worden, dat het academisch ziekenhuis per se vernieuwing en uitbreiding van laboratoria behoeft. Indien de gemeente Amsterdam de noodzakelijkheid gevoelt een universiteit te hebben, dan moet deze goed uitgerust zijn, ten einde niet achterop te raken bij de rijksuniversiteiten. Verschillende laboratoria en klinieken zijn geen goede onderzoeks- of verplegingsinstituten meer, en evenmin bestaat er voldoende opleidingsgelegenheid meer voor het groote aantal studenten. Neemt men echter het standpunt in, dat de klinische ruimte betrekkelijk gering behoeft te zijn, vergeleken met de laboratoriumruimte, dan is er voldoende plaats op het terrein van het Wilhelminagasthuis, indien het daar aanwezige barakkendorp vervangen is door een ziekenhuis voor lijders aan besmettelijke ziekten aan den rand der thans bebouwde kom. Aan den bouw van een ziekenhuis voor lijders aan besmettelijke ziekten zal men toch niet kunnen ontkomen, omdat de huisvesting in houten barakken niet kan worden gehandhaafd.

De bouw van een dergelijk ziekenhuis van 800 à 900 bedden zal zeer veel kosten. Deze hooge bouwkosten worden veroorzaakt door den samengestellten bouw

welke noodzakelijk is voor een infectieziekenhuis, te weten talrijke barakken met kleine zalen en verscheidene isoleerkamers. Het Binnengasthuis kan dan grooten deels aangewend worden voor de zieken, die niet in een academisch ziekenhuis thuis hooren. Mocht nog meer plaatsruimte voor deze zieken noodig zijn, dan ware te overwegen de oprichting van een eenvoudig buurtziekenhuis in de Haarlemmerpoortbuurt. Daarnaast moet er een herstellingsoord opgericht worden in het plan Zuid, bijvoorbeeld op een terrein aan den Amstel gelegen. Naar mijn vaste overtuiging, zou op deze wijze een afdoende en finantieel zuinigste oplossing verkregen worden, voor afzienbare tijden zoowel voor het tot stand komen van een goed academisch ziekenhuis als voor de voorziening der verpleging van herstellenden, uitgeputten, neurasthenici en anaeemische zieken, voor wie tot op heden geen behoorlijke verzorging is te vinden. Het behoeft geen betoog, dat bovendien door goede wijkverpleging, door maatschappelijk werk voor de zieken, door huisverzorging en kraamvrouwenverzorging een goede verpleging in huis moet mogelijk worden gemaakt. Voor tal van zieken is, zonder twijfel verpleging ten huize mogelijk zelfs verkieselijk.

Het is natuurlijk niet mogelijk voor elke stad gedetailleerd uiteen te zetten, hoe in verband met de plaatselijke verhoudingen, de ziekenhuizen moeten worden ingericht; voor elke stad boven de 50.000 inwoners is naar mijn overtuiging een eenvoudig ingericht ziekenhuis met herstellingsoord noodig, ziekenhuizen dus met 4 à 5 bedden per 1.000 inwoners. Het omgevende platteland kan op deze wijze worden voorzien; in de hoofdplaatsen zijn ziekenhuizen waar voor de fijnere techniek is gezorgd. Op het platteland moeten de ziekenhuizen beschikken over autobrancards om de zieken te halen en c.q. te transporteren. Dorpen van eenige beteekenis moeten voorzien worden van wijkgebouwen met goede poliklinieken, waar de geneesheer, bijgestaan door de wijkzuster, spreekuur houdt. Op het platteland zal verpleging ten huize der patiënten op den voorgrond blijven. Gewaakt moet worden tegen de oprichting van te kleine ziekenhuizen, die over onvoldoende hulpmiddelen en krachten beschikken; deze miniatuur-ziekenhuisjes zijn door de tegenwoordige snelle en goede vervoermiddelen uit den tijd.

Resumeerend zijn dus noodig – laten wij het kortheidshalve noemen – 1ste klas ziekenhuizen, 2de klas ziekenhuizen, infectieziekenhuizen, herstellingsoorden, sanatoria voor specifieke behandeling (zenuwlijders, drankzuchtigen, lijders aan tuberculose), en ten slotte een organisatie voor goede behandeling ten huize der zieken. Door mij zijn buiten beschouwing gelaten de krankzinnigengestichten, de observatieklinieken voor psychosen, de gestichten voor maatschappelijk ongeschikten, idioten, blinden, doofstommen, verminkten, epilepsielijders, ouden van dagen enz.

[A69] J.L.C. Wortman, *De ontwikkeling van het ziekenhuiswezen (1921)*

Op welke wijze moet in de toekomst de beste oplossing worden verkregen voor de ziekenhuisbehoefte? Heijermans geeft in het nummer van 2 juli l.l. van dit Tijdschrift op deze vraag een antwoord en levert daaromtrent belangrijke beschouwingen. Edoch, met hoeveel gegevens hij ook te rade gaat, de slotsommen, waartoe hij komt, en het stelsel, dat hij opbouwt, zijn m.i. niet in alle opzichten aanbevelenswaard. Laat ik aanstonds er aan toevoegen, dat het onderwerp reeds vaak in behandeling is genomen en van verschillende zijden gezien. Ten onzent is zoowel door commissies uit de Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst als uit de Vereeniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen, uitgebreide studie gemaakt van de wijze, waarop de beste voorziening kan worden verkregen in ziekenhuishulp.

Alle groote steden in ons land, en zeer vele in het buitenland, gaan sedert ongeveer dertig jaren gebukt onder hun ziekenhuisbesommingen. Dit verschijnsel behoeft ons geen verwondering te baren; het heeft een algemeene oorzaak. De maatschappij heeft de steeds toenemende eischen der geneeskundige wetenschap, in het bijzonder door haar ontwikkeling in technische richting gesteld, niet kunnen bijhouden. De achterstand is met de jaren steeds grooter geworden; noodvoorzieningen, bij tijd en wijle getroffen, hebben het euvel niet kunnen opheffen. Het technische specialisme op alle gebieden der geneeskunde trok altijd weer nieuwe scharen van zieken naar het ziekenhuis.

Ten slotte werden de poorten wijd geopend voor de on- en minvermogens, die gratis of voor gering verpleeggeld toegelaten werden. Het is onnoodig op dit gebeuren verder in te gaan en zijn loop nauwkeurig te volgen. Wij hebben er ons bij neer te leggen en zijn consequentie te aanvaarden. Tijdelijk kan het door kunstmiddelen gestuit, maar op den duur niet in zijn vaart tegengehouden worden. Zoolang de geneeskunst eenvoudige chemische specifica mist, zal de techniek in al haar verscheidenheid aan het ziekbed hoogtij vieren, met het ziekenhuis als centrale werkplaats. Van de handgrepen in de ziekenverpleging af tot de meest verfijnde operatieve ingrijping, van het eenvoudig te werk stellen eener centrifuge af tot aan het bedienen van den snaargalvanometer is techniek noodig, die handigheid aan handeling paart.

Groot is het aantal zieken, dat van de ziekenhuismiddelen profijt kan trekken, grooter dan de capaciteit der ziekenhuizen toestaat. Niet alleen voor de behandeling maar ook voor tijdige herkenning van allerlei ziekteprocessen zijn ze van groote beteekenis. Het is nauwelijks mogelijk een ernstige ziekte te noemen, aan welks verloop het ziekenhuis niet ten goede kan komen. Maar de aanwijzingen der ziekenhuisverpleging reiken veel verder dan het individuele belang der zieken. In dienst van de bestrijding der besmettelijke ziekten met

inbegrip van de tuberculose en de geslachtsziekten, hebben de ziekenhuizen een sociale rol te vervullen.

Het mag op velen den indruk maken van 'Uilen naar Athene' te dragen, wanneer ik op de ruime aanwijzingen der ziekenhuisverpleging wijs. Toch meen ik goed te doen eenigen nadruk erop te leggen, gezien de meening, die hier en daar heeft post gevat, dat van de ziekenhuizen een te ruim gebruik zou worden gemaakt. In het artikel van Heijermans schemert het op meer dan één plaats door, en in 1915 werd door één der leden van een Amsterdamsche Ziekenhuiscommissie geopperd, dat vaak in ziekenhuizen opgenomen werden, wie die vorm van verpleging niet strikt noodig hadden. Een onderzoek daaromtrent ingesteld leerde, dat in de gemeenteziekenhuizen dergelijke verpleegden niet voorkwamen. Kwamen zij daar wel voor, dan zou het een ernstig vergrijp van een afdeelingsschef of den directeur geweest zijn. Van anderen aard is de bedenking, die men heeft uitgesproken tegen de opnemering van vele chronische en lichtzieken, die te kostbare plaatsen zouden innemen, welke beter voor acute zieken kunnen dienen. In de jaren 1913 en 1914 voerde men hierover in Duitschland een heftigen strijd waaraan de oorlog een eind maakte. Als naklank daarvan verscheen in 1915 van de hand van een Frankfortsch architect ir. Hiller, een artikel waarin hij, met feiten gedocumenteerd, het voorstel deed in de stad zijner inwoning een groot aantal eenvoudige buurtziekenhuizen op te richten, à la Heijermans maar kleiner. Prof. Deneke, de bekende directeur van het St. Georg-Krankenhaus te Hamburg, heeft zich krachtig tegen dit denkbeeld verzet. Ik kom daarop straks nog terug, maar wil nu toch reeds eenige van de argumenten door Deneke aangevoerd te berde brengen. Uitgebreider heb ik deze behandeld in *Het Ziekenhuis*, maartnummer 1916. Deneke wijst er op, dat hij geen groepen van zieken kent, die in het gewone ziekenhuis niet op hun plaats zijn, en wel in aanmerking komen voor verpleging in een buurtziekenhuis. Achtereenvolgens toont hij aan hoe de genezenden van acute ziekten als longontsteking, typhus, influenza, diptherie enz. de lichtzenuwzieken of wie lijden aan spierrheumatiek, lumbago, chronische rheumatische gewrichtsaandoeningen, enkele maag- en darmstoornissen, bloedarmoede, beenbreuken, die hun tijd moeten 'uitleggen', maar al te dikwijls nog electriche of andere physische behandelingsmethoden, chemische en microscopische onderzoeken, röntgendoorlichting, bloedonderzoek enz. behoeven. Hij wijst er op hoe de lichtere ziektegevallen, die op de grens staan van gestichtsverpleging, waaronder een aantal slappelingen, arbeidsschuwen en simulant in een buurtziekenhuis, waar zij een aangenaam onderdak vinden, vast blijven kleven. Anders in het ziekenhuis, waar zij met ernstige zieken gemengd verpleegd worden. Daar leeren zij hun eigen lichter lijden

aan het harde noodlot van anderen te toetsen, leeren medelijden en hulp betoonen, en verliezen de aandacht voor hun geringe bezwaren. Zodoende krijgen zij instinctief een juisten maatstaf voor de schatting van eigen ziektebeeld en verheugen er zich over, weer in het vrije leven te kunnen terugkeeren. Scheiding der licht zieken van de zwaar zieken is daarom ethisch- en medisch-paedagogisch niet verkieselijk. Niemand zou er dan ook aan denken, afzonderlijke inrichtingen voor de chronisch- en lichtzieken te bouwen, als het niet was om besparing te verkrijgen van plaats en geld, en vooral het laatste. Maar – betoogt Deneke – die besparing is denkbeeldig. Niet de chronisch en lichtzieken kosten in de ziekenhuizen veel geld, maar de andere zieken. De kosten van den gemiddelden verpleegdag in een ziekenhuis is een samengestelde grootheid. De ééne zieke kost f 3 per dag en een andere f 12, waardoor een gemiddelde van f 7,50 verkregen wordt. Een zieke, die op een waterbed ligt, die radium-, mesothorium-, röntgendieptebestraling krijgt, aan wien groote operaties plaats hebben, die met kostbare verbanden of geneesmiddelen (salvarsaan, serum) behandeld wordt, die eigen dag- en nachtverpleging behoeft, die wegens besmettingsgevaar of onrust isolatie noodig heeft, die zorgvuldig extra-dieet geniet, kost veel meer, soms een veelvoud van den gemiddelden kostprijs. Voor iederen ingewijde is het duidelijk, dat een ziekenhuis duurder wordt, naar gelang het aantal lichtere zieken daalt.

Wat van de bedrijfskosten gezegd wordt, geldt *caeteris paribus* voor de bouwkosten. Het is onjuist, de lichtere zieken een zelfde aandeel in de kosten van ziekenhuisaanleg en bouw ten laste te leggen als de ernstige. Wie de werkelijke verhoudingen kent, weet dat de bebouwde ruimte, het getal isoleerkamers, getal en grootte der centrale geneeskundige gebouwen, bepaald worden door aantal en aard der zware zieken.

Tot zoover prof. Deneke, die in zijn afbrekende kritiek op voorstellen om ter bezuiniging nieuwe wegen in te slaan met de ziekenhuisverzorging, zich vasthoudt aan de bestaande toestanden. Neemt men in aanmerking, dat in de groote steden van Duitschland meer dan ten onzent zoogenaamde lichte zieken opgenomen worden, van wie velen observatiepatiënten zijn voor verzekeringslichamen van allerlei aard, dan kan men den toestand hier en ginds niet over één kam scheren. Bij ons wordt van de ziekenhuizen nog niet zóó intensief gebruik gemaakt, ook al omdat wij geen wettelijke ziekenverzorging hebben, zoodat geen recht op ziekenhuisverpleging voor de zieken bestaat.

Toch wil ik nog wat nader ingaan op de mogelijkheid onze ziekenhuizen te ontlasten door afleiding van den toeloop in andere richting, of door verkorting van den verplegingsduur. En dan vraag ik mij af, waartoe het dienen moet, dat wij onze reconvalescenten op de ziekenzalen moeten blijven verplegen; zij die na anatomisch herstel of na gecompenseerd lijden op krachten moeten komen. Voor hen is verademing in de vrije natuur, beweging, lichte arbeid noodig, wat de ziekenhuizen niet geven kunnen. Met het denkbeeld van

Heijermans, om herstellingsoorden als dependances aan de ziekenhuizen te verbinden, kan ik mij ten volle vereenigen. Ook van sociaal standpunt verdient het aanbeveling een zieke eerst als hij zijn volle arbeidskracht herkregeen heeft aan de maatschappij terug te geven. Aan dezen eisch kunnen onze ziekenhuizen niet of slechts ten deele voldoen.

Overigens onthoude men zich van het verplegen van zieken, onder welke vlag ook, in de reconvalescenten-inrichting. Zelf als de reconvalescent weer ziek mocht worden is het naar Engelsch voorschrift gewenscht, hem terug naar het ziekenhuis te brengen. Zou men de poort openen voor zieken van welken aard ook, dan ging de eenvoud geheel te loor onder de behoefte aan allerlei medisch-hygiënische voorzieningen, waarvan de eindphase zou zijn de vervorming van het herstellingsoord tot een compleet ziekenhuis.

Zelfs de bloedarmen en lichamelijk uitgeputten (huisvrouwen) komen er niet voor in aanmerking. Zij hebben deugdelijke langdurige observatie en behandeling in het ziekenhuis noodig. Voor de bloedarmen geeft Heijermans toe, dat het ziekenhuis niet gemist kan worden, maar evenmin kunnen de uitgeputten dit ontberen. Wanneer deze naar het ziekenhuis verwezen worden, zijn zij lijdende aan oedemen van de onderste ledematen, thrombose, hartspierstoornissen e.a., die min of meer langdurige bedverpleging en geneeskundige zorg behoeven.

Ook de zenuwlijders, zij die aan functioneele neurosen of psychoneurosen lijden en de zoogenaamde psychopathen hebben, wanneer zij bij tijd en wijle klinische verpleging behoeven, zóóveel zorg noodig, dat zij onder specialistische behandeling op zenuwafdeelingen van algemeene ziekenhuizen of wel in sanatoria voor zenuwlijders, c.q. in 'open afdeelingen' van krankzinnigengestichten geplaatst moeten worden. Het spreekt van zelf, dat deze lijders met van hun oorspronkelijke aandoening afhankelijke somatische stoornissen, wanneer die op den voorgrond treden, ook voor verpleging op interne afdeelingen in aanmerking komen.

Nog een andere groep vormen de chronische zieken, de 'gasthuisklanten', zooals Heijermans ze noemt; een allegaartje van menschelijke afbraak. Bedoeld zijn in hoofdzaak de lijders aan chronische zenuwziekten (paralysis post apoplexiam, tabes dorsalis, paralysis agitans, multiple sclerose e.a.), aan chronische gewrichtsrheuma, malum coxae, emphyseem en wat voorts als seniele stoornissen met invaliditeit gepaard te boek staat. In alle groote steden der wereld vindt men voor dit soort lijders invalidenafdeelingen, op zich zelf staande of adnex aan armenhuizen, in Duitschland 'Siechenhäuser', in Engeland 'Poor Law Infirmaries' genaamd. Vóór dat deze lijders op het hoogtestadium van hun ziekte gekomen zijn, hebben zij meestal geruimen tijd in de gewone ziekenhuizen doorgebracht, en met recht. Want in het begin van het lijden is men met de ziekenhuismiddelen vaak nog in staat om verzachting en tijdelijke verbetering te verkrijgen.

Andere voorzieningen te maken, of hen in herstel-

lingsoorden te plaatsen heeft geen zin. De herstellings-oorden zouden hun eenvoud verliezen, een eenvoud, die men toch al niet te streng zal kunnen doorvoeren, als men allerhande reconvalescenten, ook van chirurgische en vooral van besmettelijke afdeelingen daarvan wil laten genieten. Een ziekenhuiscommissie te Amsterdam, die in 1907 een rapport aan den Gemeenteraad uitbracht omtrent de wenschelijkheid, om van gemeentewege over te gaan tot de oprichting van gestichten buiten de gemeente voor zieken en hulpbehoevenden kwam tot conclusies van dezelfde strekking als mijn boven gegeven beschouwingen. De geneeskundige subcommissie wijst in het rapport op de mogelijkheid om sommige chronische zieken (emphysematici, lijders aan beenzweren, lichte graden van chronische gewrichtsrheuma) in een eenvoudige inrichting op te nemen. Daartegenover – zegt de subcommissie – staan vele andere chronische zieken, die evenveel verpleging als acute lijders noodig hebben (verlamden met incontinentie, ernstig gewrichtsrheuma e.a.). Het kan geen zin hebben – gaat de subcommissie voort – voor dergelijke hulpbehoevende chronische lijders een afzonderlijk gesticht te bouwen, dat geheel het karakter van een ziekenhuis zou moeten hebben. Het rapport besluit met de aanbeveling van: (1) een krankzinnigengesticht, (2) een gesticht voor epileptici en zenuwlijders, (3) een gesticht voor reconvalescenten.

Hoe ook bezien, een andere richting aan de ziekenhuisvoorziening te geven dan nu reeds bestaat, is onnoodig en ongewenscht, n'en déplaie de kosten, die de gemeenschap dien ten behoeve te dragen heeft. Men onderdrukt die behoefte niet, omdat de heden-daagsche kosten van bouw en exploitatie hoog zijn, aanzienlijk hooger dan vóór den oorlog. Zoo licht kunnen de cijfers door Heijermans, in zijn artikel gegeven, daartoe aansporen. Alleen wanneer aangenomen mag worden, dat de hooge kosten van tijdelijken aard zijn, is voorzichtigheid met nieuwen bouw geraten. Is het waarschijnlijk, dat loonen en materiaalprijzen binnen korten tijd dalen, dan zal men natuurlijk goed doen, zolang en waar mogelijk een afwachtende houding aan te nemen. Zijn die kosten evenwel van blijvenden aard, dan zal aanpassing het parool moeten zijn en een maatschappelijk proces moeten voltrokken worden, waarbij de waardevermindering van het geld over de geheele samenleving gelijkmatig doorgewerkt heeft en gecompenseerd is. Vooralsnog is dit niet het geval, en ik waag het niet den horoscoop te trekken over den sociaal-economischen gezichtseinder. Maar zoo min als men in deze dure tijden er tegen op heeft gezien om het vraagstuk der volkshuisvesting ter hand te nemen, zoo min mag de overheid zich afwenden van de ziekenhuisbehoefte. Mag al de huisvesting van het gezonde volk den voorrang verdienen, het is strijdig met sociaal gevoel, aan de huisvesting voor het zieke volk niet de aandacht te schenken die het vraagstuk verdient. Natuurlijk dienen de eischen der economie op ziekenhuisgebied onder de oogen te worden gezien, nu meer nog dan vroeger. De uiterste zuinigheid dient

betracht te worden én bij den bouw én bij het bedrijf der ziekenhuizen. Met de hyperhygiënische eischen van het begin dezer eeuw moet gebroken worden. De eischen aan de ziekenhuisbouwhygiëne te stellen, culmineeren in de keuze van een goed terrein, ruime lichttoetreding en overvloed van versche lucht. Welnu, aan dezen trias van eischen is gemakkelijk te voldoen. Het goede terrein, voldoende groot en gunstig gelegen, aan de periferie van de stad, is in den regel voor billijken prijs te koop; de attributen daarvan, in den zin van licht en lucht zijn om niet te krijg. Bij den ziekenhuisbouw is iedere luxe van materiaal onnoodig, schadelijk zelfs. De tijd ligt achter ons dat voor het verkrijgen van de zoogenaamde aseptis binnenshuis alleen glas, ijzer en steen mogen gebruikt worden. Wij hebben leeren inzien, dat de aseptis niet schuilt in de waardeering voor de doode materie. Voor het sluiten van de wegen, die de besmetting neemt, moeten wij onze aandacht elders vestigen. Naar deze opvattingen over ziekenhuisbouw behoeft ook in dezen tijd een ziekenbed geen f 10.000 à f 12.000 te kosten, maar kan zeer goed met minder volstaan worden. Het Tesselschade Ziekenhuis, in den allerduursten tijd gebouwd en geïnstalleerd, voor hoogen prijs aangekocht door de gemeente, heeft f 9.000 per bed gekost. Overigens hechte men niet te veel aan cijfers. Ieder ziekenhuis heeft zijn eigen eenheidsprijs, afhankelijk van een groot aantal uiteenlopende factoren. Universiteitsziekenhuizen zijn natuurlijk veel duurder, gevolg van de onderwijsbehoeften. Bij matige onderwijs-eischen neemt de onderwijsruimte 30 à 80% van de kliniekrimte in, afhankelijk van de grootte der kliniek. Het in aanbouw zijnde Leidsche akademisch ziekenhuis moet daarom naar evenredigheid duurder zijn dan het destijds geprojecteerde Amsterdamsche met grootere klinieken; daargelaten dat te Leiden ook instituten voor anatomie en physiologie bijgebouwd worden.

Nog meer beteekenis voor de gemeenschap dan de kosten van den bouw hebben die van het bedrijf, welke in dezelfde mate gestegen zijn. Ook te dien opzichte past de zuinigheid, maar daarbij stuiten wij op grootere moeilijkheden dan bij den bouw. Ruim de helft der bedrijfsuitgaven in de gemeenteziekenhuizen komt tegenwoordig ten laste van het personeel, wier werktijden, loonen en rechten door de overheid vastgesteld worden. Hoogstens kan men een maximum arbeid eischen in den korten werkdag, d.w.z. den 'travail intensifié' aan het ziekenhuispersoneel opleggen, gelijk te Parijs geschiedt. Voorloopig zijn wij daar in ons land nog niet aan toe. Wij zullen ons evenwel niet ernstig meer aan de kosten stooten en in de gewijzigde toestanden berusten, zoo spoedig het overgangstijdsperk waarin wij verkeerden achter den rug is en de tegenstellingen van het heden en het verleden niet meer gevoeld worden.

Heb ik mij in het voorafgaande beziggehouden met de ziekenhuisindicaties en den aard der behoefte, die daaruit voortvloeit, dan blijft nog over na te gaan, hoe de voorziening voor stad en land getroffen moet wor-

den. Heijermans, die zich in zijn artikel ook hierover uitsprekt, knoopt er het onderwijsvraagstuk voor Amsterdam aan vast. Ik wil mij op dezen doornigen zijweg niet begeven. Dat zou trouwens te ver voeren en maar weinig lezers belang inboezemen. Alleen wensch ik aan te stippen, dat zelfs de ziekenhuisvoorziening voor Amsterdam met zijn ingewikkelde verhoudingen, door armenzorg en onderwijs in het leven geroepen, niet belangrijk behoeft af te wijken van een ziekenhuisvoorziening elders. Zoolang er nog huisartsen gekweekt moeten worden en de studenten niet allen voor specialist opgeleid, behoeft een academisch ziekenhuis, wat zijn klinisch materiaal betreft, geen beeld te vertoonen afwijkend van niet-academische ziekenhuizen.

Onze ziekenhuizen – en hier sta ik lijnrecht tegenover Heijermans – moeten alle en overal in den lande hetzelfde karakter hebben, ‘aus eimen Gusz’ samengesteld zijn. De verzorging onzer zieken eischt dezelfde hulpmiddelen, of zij zich toevallig te Zwolle, te Middelburg, te Sittard of elders bevinden, of zij te Amsterdam in de Jordaan of over het IJ wonen. Geen eersterangs ziekenhuizen hier en tweederangs daar. Als onverhoopt de wet op de ziekenverzorging nog in veilige haven mocht aanlanden, dan zal de eisch te sterker klinken om deugdelijke hulp voor ieder die ze noodig heeft. Welke zieken zouden zich in tweederangs ziekenhuizen veilig voelen? Zou de familie van een zieke, die in een tweederangs ziekenhuis overleed, niet het rechtmatig verwijt kunnen laten hooren, waarom aan hun doode geen eersterangs hulp was verleend. Nu zegt Heijermans wel dat hij distribueeren zal en met inachtneming van confesionele belangen. Maar ik vraag, mag men volmaakt vertrouwen stellen in de distributie van eerste- en tweederangs zieken? Waar zal hij zijn observatiezieken brengen? Wat te doen, als de bedden van zijn eersterangs ziekenhuis bezet zijn, en (meer) eersterangs zieken komen plaatsing vragen? Misschien luidt dan het antwoord, dat in zulk een geval het eersterangs confesioneel ziekenhuis aan de beurt is. Men voelt wel het scheeve in dit perspectiefbeeld. Zulk een systeem zou de gemeenteziekenhuizen in den grond boren. Als Heijermans in zijn artikel er van gewaagt, dat hij nu reeds in dien geest handelt, en het Wilhelminagasthuis en Tesselschadeziekenhuis als tweederangs ziekenhuizen beschouwt, dan lijdt het geen twijfel, of eerlang zal aan deze ziekenhuizen den genade slag gegeven worden.

Nu zou ik Heijermans willen vragen, waar heeft hij ooit van tweederangs ziekenhuizen behalve in zijn fantasie gehoord? Moet het niet tot nadenken stemmen, dat de overheid over de geheele wereld voor stedelijke voorziening maar één soort ziekenhuizen bouwt, en die zoo goed mogelijk met de hulpmiddelen der wetenschap inricht? Is het Rudolf Virchow, het Urban, het Moabiter Krankenhaus te Berlijn van minder allooi dan het akademische Die Charité? Heeft men te Parijs aan het gemeenteziekenhuis van den laatsten tijd, La Pitié, minder zorg besteed dan aan Hôtel-Dieu, St.

Louis, Lariboisière e.a.? Neen, een classificatie te maken op het subtiële gebied der ziekenverzorging, met het doel geld te besparen, zou noch leiden tot besparing noch het belang der zieken dienen.

Een goede sociale ziekenzorg voor een zekeren bevolkingskring behoeft in de eerste plaats goed ingerichte ziekenhuizen van volledige samenstelling, waar zoo ruim mogelijk hulp kan worden verstrekt. Daartoe moeten deze ziekenhuizen bestaan uit verschillende specialistische afdelingen, met als voornaamste de interne en chirurgische, geplitst naar leeftijd (volwassenen en kinderen) en sexe. Afdelingen voor huid- en venerische ziekten, tuberculoselidder, verloskundigen en zuigelingenafdeeling, afdeling voor infectieziekten, en andere kleinere afdelingen mogen niet ontbreken. Aan dit beginsel moet vastgehouden worden voor stad en land.

Maar de algemeene en volledige ziekenhuizen, voorzien van hun herstellingsoord, kunnen niet aan alle behoeften voldoen van een goede sociale ziekenzorg. Er zijn lijdens wier behandeling zeer bijzondere eischen stelt aan inrichting en omgeving, voor wie ook de continue bedverpleging niet past. Daartoe behooren de beginnende tuberculose- en een aantal zenuwlijders, die sanatoriumverpleging met de vrije natuur om zich heen; de geesteszieken, die gestichtsverpleging noodig hebben; voorts de maatschappelijk ongeschikten (blinden, epileptielidder, imbecillen, misvormden) en de ouderdomszieken (invaliden).

In het systeem van algemeene en volledige ziekenhuizen, dat strenge centralisatie beoogt, is geen plaats voor infectie-, tuberculose-, kinderziekenhuizen en andere speciale klinieken. Deze zijn duur, omdat ieder van dit soort inrichtingen een eigen, uitgebreiden geneeskundigen staf, directie, administratie, dure en moeilijk te verkrijgen verpleegkrachten, in het algemeen veel personeel behoeft. Zij zijn als op zich zelf staande inrichtingen minderwaardig dan als onderdeel van het groote ziekenhuiscomplex, omdat zij de beschikking missen over de ruime middelen daarvan, dat bij iedere optredende complicatie de beste hulp, zoo wel materiele als personeele bieden kan. Als ik aan het hier ontwikkelde systeem de voorkeur geef boven andere, dan zie ik zeer wel in dat niet alle zieken en ziekten daarin passen als de blokjes in een bouwdoos. De natuur is te kwistig met haar variaties, dan dat zij zich ongedwongen in een keurslijf laat rijgen, van menschen hand gemaakt. Maar ruime ervaring wijst ons den weg in de aangegeven richting, en ervaring is de beste leermeesteres.

Voor het in praktijk brengen van het stelsel der ziekenhuisontwikkeling, uiteengezet in de voorafgaande beschouwingen, moet ik nog even stilstaan bij de ziekenhuisgrootte en de bijzondere behoefte voor een bepaalden bevolkingskring. De ondervinding heeft geleerd dat de grootste ziekenhuizen naar evenredigheid het grootste rendement opleveren. Zij kunnen de meest bekwame en het grootste aantal specialisten tot zich trekken, aan wie zij uitzicht op een uitgebreide en

veelzijdige ervaring bieden. Van geneeskundig standpunt zijn er dan ook nauwelijks grenzen naar boven te trekken. In de groote Duitsche steden zijn ziekenhuizen verrezen met 2.000 bedden en meer. In andere landen is men echter zoover niet gegaan, en naar het mij voorkomt terecht. Ook in Deutschland zijn stemmen opgegaan tegen de reuzen ziekenhuizen; o.a. waarschuwt prof. Grober in zijn standaard werk 'Das Deutsche Krankenhaus' daartegen en schrijft: 'Wir haben in Deutschland sowie im Auslande eine Reihe von Anstalten, in denen bis oder über 2.000 Betten enthalten sind. Es hat sich edoch gezeigt, dass nur unter ganz besonders günstigen Umständen unter der Voraussetzung sehr grosser organisatorischer Begabung des Leiters, seiner Unterstützung durch zahlreiches und eingearbeitetes Personal und unter Zuhilfenahme aller modernen Verkehrsmittel die Möglichkeit besteht, diese Anstalten einheitlich und nutzbringend zu leiten. Mangelnde Uebersichtlichkeit des Baues ist neben der Complicirtheit der technischen Einrichtungen ein besonders wichtiger Umstand, der das häufig verhindert. Die Grösze der Anstalten sollte deshalb nach oben hin nur unter ganz besonderen Umständen oder bei grosser Gleichmässigkeit der Kranken oder vorübergehend in der genannten Höhe zugestanden werden' [Deze uitspraak van een bij uitstek deskundige als Grober maant tot voorzichtigheid aan, wat van te meer gewicht is, omdat de waarschuwing dateert van vóór den oorlog, toen de organisatorische kracht der Duitschers spreekwoordelijk was en hun geest voor discipline hen in staat stelde tot het beheeren en leiden van de grootste inrichtingen].

Men mag aannemen – in dien zin heeft zich ook de Vereeniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen uitgesproken – dat de grootste ziekenhuizen, die nog voor exploitatie geschikt zijn en tot organisatorische eenheid zijn te brengen, voor hoogstens 1.000 bedden ingericht mogen zijn. Naar beneden toe moet de grens getrokken worden bij 100 à 150 bedden, een grootte van ziekenhuis, waarvan een Maatschappij-commissie, in 1916 door het Hoofdbestuur ingesteld, in haar rapport een beschrijving en afbeelding heeft gegeven. Beneden deze grootte is geen voldoende differentieering meer mogelijk en verliest het ziekenhuis het karakter van gespecialiseerde inrichting. Naarmate het kleiner wordt, zal de geneeskundige verzorging in den regel op lager peil komen, en voor specialisten geen voldoende terrein van werkzaamheid bestaan, zal het ook aan sociale beteekenis verliezen. Daarom heeft het geen recht van bestaan meer, dan alleen in geïsoleerde, weinig bevolkte streken. Aan dit ziekenhuis – men noeme het plattelandsziekenhuis – kan slechts een beperkte bestemming toekomen. Het kan o.a. ten goede komen aan de verpleging van tuberculoselidjers,

van chronische organische zenuwzieken, ongevallenlijders, en voorts dienen als middelpunt van hulpverstreking voor wijkverpleging, kraamverzorging, als eerste hulpstation enz.

De belangrijkste vraag: 'hoe, op welke wijze men stad en land de beste ziekenhuisvoorziening geeft', rest nu nog te beantwoorden; maar het antwoord laat zich na al wat voorafgaat gemakkelijk construeeren. Voor een groote stad moeten slechts ziekenhuizen van het grootste type gebouwd worden, die voor een kring van ongeveer 200.000 inwoners dienen kunnen; buurt-ziekenhuizen zoo men wil. Amsterdam zou zich in een voorbeeldige voorziening mogen verheugen, als het twee van deze ziekenhuizen bezat, ter geschikter plaats aan de periferie der stad gelegen, en als er een derde van dit type in wording was. Een van deze zou het Akademische ziekenhuis kunnen zijn. Ik begrijp wel, dat deze voorstelling illusoir is. Na al wat er in den loop der jaren op ziekenhuisgebied in de hoofdstad des lands misdreven is, en gezien den verwarden toestand daaruit voortgekomen, is binnen menschenleeftijd geen bevredigende oplossing te verkrijgen. In betere voorwaarden verkeerden Rotterdam en den Haag, waar de bouw van groote ziekenhuizen aan de periferie in voorbereiding is.

In het overige gedeelte van ons land, waar geen samenhoorige bevolkingskringen van 200.000 zielen voorkomen, zullen de ziekenhuizen minder groot van opzet moeten zijn. Daarbij dient natuurlijk, wat de grootte betreft, rekening te worden gehouden met ter plaatse aanwezige particuliere ziekenhuizen, met den aard der bevolking, woningtoestanden e.a. Bevolkingskringen van ten minste 20 à 25.000 zielen zullen zich moeten vormen, opdat de oprichting van het kleinste type ziekenhuis van algemeen karakter nog gerechtvaardigd is. De voordeelen van het moderne ziekenautovervoer scheppen de mogelijkheid in de meeste streken des lands een bevolkingskring tot grooter zielen aantal uit te strekken en dus grooter ziekenhuiscomplex tot stand te brengen. Toch kan men afstanden niet geheel verwaarloozen, omdat een zieke het contact met zijn familie moet blijven bewaren. Al zij het streven gericht naar het grootere type ziekenhuis, men overdrijve in deze niet, maar ga te rade met plaatselijke omstandigheden. Zoo eenvoudig het systeem der geschetste ziekenhuisvoorziening ook is, de toepassing in de praktijk zal ons steeds voor moeilijkheden plaatsen. Systemen zijn – ik merkte het reeds op – kunstprodukten. Maar zij kunnen als grondslagen dienen, waarop in ieder bijzonder geval voortgebouwd wordt. Iedere omgeving heeft haar eigen ziekenhuis behoefte, die door een groot aantal factoren beheerscht wordt, en op de voorziening, wil zij goed zijn, een eigen stempel drukt.