

MEDISCH CONTACT

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE NEDERLANDSCHE
MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

COMMISSIE VAN REDACTIE:

G. C. HERINGA, Hoofdredacteur — F. WIBAUT — S. STURKOP
REDACTIE EN ADM.: KEIZERSGRACHT 327. TEL. 36808 — AMSTERDAM

INHOUD:

Specialisatie, rede, gehouden door den Voorzitter der Maatschappij, L. F. C. VAN ERP TAALMAN KIP, arts, ter gelegenheid van het op 8 en 9 October gehouden ledencongres der Maatschappij, pag. 837. Overzicht over het afgelopen jaar, gegeven door Dr. J. M. PLANTYDR, arts, oud-voorzitter der Maatschappij, ter gelegenheid van het op 8 en 9 October gehouden ledencongres der Maatschappij, pag. 843. *Van het Hoofdbestuur*: Bekrchtiging algemeen bindend besluit in verband met de Ziekenfondswet, pag. 848; Een rectificatie, pag. 849; Weerlegging van onjuiste beschuldiging, pag. 849. *Van de afdelingen*: Honderdjarig bestaan der afdeling Amsterdam, pag. 850. Honderdjarig bestaan der afdeling Tiel en Omstreken, pag. 851; *Ingekomen bericht*: Nationaal Vredescongres, pag. 851. *Personalía*, pag. 852.

SPECIALISATIE, REDE, GEHOUDEN DOOR DEN VOORZITTER
DER MAATSCHAPPIJ, L. F. C. VAN ERP TAALMAN KIP, ARTS,
TER GELEGENHEID VAN HET OP 8 EN 9 OCTOBER GEHOUDEN
LEDENCONGRES DER MAATSCHAPPIJ.

Dames en Heren,

Wanneer U bij het lezen van de titel van deze beschouwing U zelf hebt afgevraagd, wat er nu nog voor nieuws valt mede te delen over het onderwerp specialisatie, dan kan ik mij dat levendig begrijpen. Er is inderdaad hierover reeds zoveel geschreven en gesproken, ook in medisch opzicht, dat ik alleen daarom toch er toe ben overgegaan vanmiddag dit onderwerp te behandelen, omdat ik meende, dat het goed was, dat juist in het verband van het Ledencongres der Maatschappij deze materie werd aangesneden, die, hoeveel besproken dan ook, in zijn consequenties voor de gehele medische stand en de volksgezondheid een zo uitermate belangrijke is.

Ik zal U niet vermoeien met vele definitíes, maar ik zou toch, met het oog op mijn verdere beschouwingen, nog eens willen wijzen op het overigens genoegzaam bekende, maar niet altijd erkende feit, dat in de grond van de zaak specialisatie inhoudt een beperking. Het aanhalen van één definitie moge U mij in dit verband vergeven, n.l. die van MULTATULI: „een specialist is iemand, die, door zich blind te staren op één punt, het recht meent te hebben bijziende te wezen voor wat anders, of zich zo voor te doen”.

Dat zich blind staren op één punt is niet een ontwikkeling, die wij in het bijzonder aantreffen bij de beoefenaren der geneeskunde, het komt even zo goed voor bij andere beroepen, al is het tijdstip, waarop het zich manifesteert, en de periode, waarin het zich in de loop der tijden begon te ontwikkelen, bij de verschillende beroepen uiteenlopend. Wie zijn oor te luisteren legt, weet, dat bij de ingenieurs de specialisatie reeds ver is voortgeschreden, ja, daar reeds sinds lang aanleiding heeft gegeven tot differentiatie in de universitaire opleiding, maar dat ook bij andere beroepen de specialisatie is opgetreden, of zich aankondigt.

Dames en Heren, het is uit de aard der zaak mijn bedoeling om vandaag te spreken over de medische specialisatie. En hoe kan het anders dan dat ik, als medicus sprekende over een medisch onderwerp, begin met de anamnese, d.w.z. met de historie. Ik ben zelf geneigd, wanneer een spreker begint met de historie, enige vrees te koesteren ten opzichte van de duur en de beknoptheid van zijn beschouwingen; ik verzoek U in dit geval U niet te veel te verontrusten, mijn grepen uit de historie, die naar mijn mening voor de opbouw van mijn beschouwingen noodzakelijk zijn, zullen slechts kort zijn.

Die historie wil ik ook niet laten beginnen bij het begin onzer jaartelling, maar omstreeks 1880. Wel waren er voor de Wet van 1865, regelende de uitoefening der geneeskunst, verschillende categorieën medici, maar het begrip specialisatie, zoals wij dat thans bedoelen, heeft zich pas ontwikkeld, nadat door de totstandkoming van die Wet alle geneeskundigen wettelijk gelijk stonden, zoals zij dat nu nog doen, n.l. door het afleggen van het artsexamen.

Over de beginperiode van de medische specialisatie zijn slechts weinig gegevens beschikbaar. In de statistieken van onze Maatschappij, gepubliceerd in het Gedenboek ter gelegenheid van het 75-jarig bestaan der Maatschappij, vinden wij alleen, dat voor het eerst in 1883 de betiteling specialist verschijnt en er blijken dan 32 specialisten in ons land te zijn, te weten 8 in Amsterdam, 8 in Rotterdam, 5 in Groningen, 5 in Utrecht, 3 in 's-Gravenhage, 3 in Leiden. Men mag uit deze gegevens veilig concluderen, dat reeds eerder dan in 1883 medici de behoefte en de neiging hadden gevoeld zich toe te leggen op één speciaal onderdeel der geneeskunde. Wij hebben geen gegevens over het specialisme, dat deze eerste specialisten beoefenden, maar wij kunnen wel met vrij grote zekerheid aannemen, dat het in hoofdzaak chirurgen waren. En dan krijgen wij in snel tempo uitbreiding van het aantal specialisten en ook van het aantal specialismen. Het zijn er 32 in 1883, het zijn er 872 in 1924, het zijn er thans ongeveer 1600, d.w.z. ongeveer 20% van het totaal aantal practiserende medici. Het aantal erkende specialismen is op het ogenblik 22.

Zij van U, die niet geheel nourri dans le sérail zijn, zullen bij dat woord „erkend” verrast opzien, want dit schijnt in tegenspraak met datgene, wat ik zo even mededeelde, n.l. dat nog steeds alle geneeskundigen krachtens het afleggen van het artsexamen dezelfde wettelijke bevoegdheid hebben. Moge het aan de ene kant verbazing wekken, dat in ons land, in tegenstelling met vele andere landen, de Regering nog steeds geen aanleiding heeft gevonden om vast te leggen wat een specialisme is en wie bevoegd is een bepaald specialisme uit te oefenen, het moge aan de andere kant onze Maatschappij met m.i. rechtmatige trots vervullen, dat zij, voor zover dat in haar vermogen lag, d.w.z. via haar eigen ziekenfondsen en die ziekenfondsen, waarmede zij contracten afsluit, maatstaven heeft gegeven, die deze materie regelen, maatstaven, die ook door andere dan de genoemde categorieën van fondsen over het algemeen worden aanvaard.

Deze regeling kwam na langdurige voorbereiding tot stand in 1931 en ik wil niet nalaten bij het vermelden daarvan hulde te brengen aan den man, die het initiatief hiervoor heeft genomen en de stuwende kracht is geweest voor het totstandkomen van het z.g.n. specialistenregister, den voorzitter der Maatschappij in 1930, wijlen Prof. G. C. NIJHOFF. Op grond van het feit, dat op geen enkele wijze en op geen enkele plaats richtlijnen waren gegeven voor de definitie van specialist en dat daarvan noodzakelijkerwijze in toenemende mate door sommigen misbruik werd gemaakt, werd op zijn voorstel ingesteld een specialistenregister, waarin ieder, die zich als specialist aan bovengenoemde ziekenfondsen wenste te verbinden, moest worden ingeschreven voor een bepaald specialisme, een en ander volgens richtlijnen, te bepalen door de daartoe ingestelde Specialisten-Registratie-Commissie, die weliswaar wat betreft algemene principes gebonden was aan het Huishoudelijk Reglement der Maatschappij, maar in de uitvoering van haar taak wat de details betreft, een vrij verregaande autonomie bezat. Deze Specialisten

Registratie Commissie heeft buitengewoon nuttig en heilzaam gewerkt en doet dat nog, en practisch is het zo, dat de vraag, of iemand in een bepaald specialisme zich zal vestigen, geheel wordt beheerst door de goedkeuring van deze, als ik het zo zeggen mag, aan het particulier initiatief ontsproten instantie.

En nu een kort woord over de huidige toestand. Zoals ik U reeds zei, het aantal door deze Specialisten-Registratie-Commissie erkende specialismen en combinaties van specialismen bedraagt 22 en in alphabetische volgorde opgenoemd zijn zij:

Allergische ziekten, anaesthesie (vroeger narcologie), heilkunde, heilkunde en vrouwenziekten, huid- en geslachtsziekten, inwendige geneeskunde, keel- neus- oorheilkunde, kindergeneeskunde, laboratoriumonderzoek (pathologische anatomie, serologie en vaccino-therapie, bacteriologie en gerechtelijke geneeskunde), longziekten, maag-, darm- en stofwisselingsziekten, mondziekten, neuro-chirurgie, oogheilkunde, orthopaëdie, physische therapie, radiologie en electrologie, rheumatologie, urologie, vrouwenziekten (verloskunde en gynaecologie) zenuw- en zielsziekten, ziekten van hart- en bloedvaten.

En dan spreek ik nog niet van de uitbreidingen, die sommige specialisten op eigen initiatief extra aanbrengen, zoals specialist voor ischias, specialist voor sportongevallen, specialist voor voetgebreken. Een dergelijke superspecialisatie is m.i. dikwijls niet nodig en niet gewenst. Geheel iets anders is het, wanneer binnen een specialisme in een bepaald centrum door de beoefenaren hiervan een zekere afspraak wordt gemaakt, dat de een zich in het bijzonder zal toeleggen op één zeer aparte techniek, de tweede meer op een andere. Hoe het ook zij, een differentiatie als in de hierboven gegeven officiële opsomming neergelegd, en zeker een nog verder gaande differentiatie, is alleen dan te rechtvaardigen en toe te juichen, wanneer het vaststaat, dat een behoorlijke medische verzorging van de bevolking, althans in bepaalde gevallen, alleen gewaarborgd is, wanneer vertegenwoordigers van al deze erkende specialismen en superspecialismen ter beschikking staan. Ik geloof wel, juist in aanmerking genomen het bestaan van de bovengenoemde Specialisten Registratie Commissie en de grote zorgvuldigheid, waarmee deze commissie, samengesteld uit vertegenwoordigers der wetenschappelijke verenigingen van beoefenaren van elk der specialismen, niet alleen de kandidaten voor inschrijving in het specialistenregister beoordeelt wat betreft hun opleiding, maar ook elke voorgedragen candidatuur voor een nieuw specialisme op haar noodzaak en redelijkheid, dat kan gezegd worden, dat dit grote aantal specialismen als noodzakelijk kan worden beschouwd.

Ik zou bijna geneigd zijn te zeggen, dat zij — deze specialismen n.l. — te beschouwen zijn als een noodzakelijk kwaad, want deze zo uitgebreide differentiatie en deze splitsing in allerlei, van elkaar soms veel, soms weinig verschillende onderdelen, brengen gevaren en moeilijkheden mede, die buiten de sfeer der specialisten hun uitwerking doen gevoelen en waarvan ik zal trachten U in het kort de betekenis te schetsen.

Van de aanvang af der ontwikkeling van de specialismen is al dadelijk het bezwaar naar voren gekomen, dat de patient dikwijls niet in staat geacht kan worden zelf te bepalen bij welk specialisme hij hulp moet zoeken, nog afgezien van de vraag, of dit inderdaad noodzakelijk is, en of hij niet beter in het onderhavige geval zich kan wenden tot den algemenen, niet gespecialiseerden medicus, d.w.z. zijn huisarts. Bovendien is het ongetwijfeld, wanneer deze huisarts ook nog is diegene, die hij wil en moet zijn, de vertrouwensman en de adviseur van het gezin in aangelegenheden van medische en hygiënische aard, in het belang van den patient, wanneer deze huisarts in elke stap van den patient, wat betreft het consulteren van een specialist, wordt gekend. Practisch zijn deze desiderata natuurlijk niet altijd door te voeren. Ik geloof niet, dat de huisartsen, zelfs zij, die het ideaal van dit beroep nabij komen, er prijs op zouden stellen, wanneer ieder hunner patienten hun advies inwon, voordat zij op de leeftijd van 45 jaar

naar een oogarts gaan om in het bezit te komen van een doelmatige leesbril. Bij dit simpele voorbeeld dient opgemerkt te worden, dat ook dit voorschrijven van een leesbril, gezien de dikwijls naast de door de leeftijd optredende presbyopie bestaande brekingsafwijkingen, door de oogartsen en ook door de meeste huisartsen wordt beschouwd als te behoren tot het terrein van den specialist. Men kan het betreuren, dat zeer vele, zelfs betrekkelijk kleine en onbelangrijke handelingen en verrichtingen niet meer tot het domein van althans de meeste huisartsen behoren, de feiten liggen echter nu eenmaal zo.

Een belangrijke factor bij dit alles is, dat het publiek niet voldoende inziet het belang van den adviserenden, van alles op de hoogte zijnden huisarts, en langzamerhand het vanzelfsprekend vindt op eigen initiatief den een of anderen specialist te raadplegen, daarbij dikwijls meer afgaande op de grootte van het bord, waarop zijn spreekuren en soms zijn uitgebreide bemoeiingen vermeld staan, dan op enigszins betrouwbare gegevens over zijn kundigheden en over de vraag of voor hun klachten dit specialisme het meest aangewezen is.

Langzamerhand hebben zich bepaalde normen ontwikkeld, waarbij enerzijds rekening wordt gehouden met de wenselijkheid van het zoveel mogelijk op de hoogte blijven van den huisarts, anderzijds met de wens van het publiek en ook wel van specialisten, dat er vrijheid van consulteren zij.

Onze Maatschappij staat op het standpunt, dat het niet oirbaar is, dat een specialist buiten den huisarts om een patient aan huis behandelt, terwijl, hoewel geen bezwaar wordt gemaakt tegen bezoek op het spreekuur van den patient aan den specialist, zonder dat de huisarts dit weet, het toch zeker in het algemeen als zeer wenselijk wordt beschouwd, wanneer de specialist den patient duidelijk weet te maken, dat het beter is, dat de huisarts van dit bezoek en eventuele behandeling meer zeldzame gevallen, waarin ziekenhuisopname geschiedt buiten den huisarts om.

Een steun voor deze ethische normen, die ongetwijfeld gericht zijn op het belang der patienten, vormen de gedeeltelijk om andere redenen bestaande regelingen bij de meeste ziekenfondsen, n.l. dat geen bezoek aan of behandeling door een specialist kan geschieden, zonder een z.g.n. verwijsbriefje van den huisarts. Het gevolg hiervan is, dat in het opzicht van het contact van den huisarts met datgene, wat er met den patient gebeurt, de ziekenfondsverzekerde beter tegen zich zelf wordt beschermd dan de particuliere patient, voor wien de vrijheid van consulteren dikwijls uitloopt op onmatig, onnodig en soms schadelijk dwalen van den enen specialist naar den anderen, resp. van het ene specialisme naar het andere.

En hiermede, dames en heren, kom ik töt het grootste probleem, dat door de steeds verder voortschrijdende en niet meer tegen te houden specialisatie wordt opgeworpen. Zolang deze dwalende patient geen ernstige afwijkingen heeft, is het kwaad niet zo groot en bestaat dit in hoofdzaak in onnodige financiële lasten. Maar hoe wordt het, wanneer er nu wel ernstige afwijkingen bestaan, waarbij het van het grootste belang is, dat met enige spoed wordt gekomen tot een juiste diagnose en vervolgens tot de gewenste therapie. Dan is er maar één middel, dat is de huisarts, de algemene arts, die het geheel kan overzien, die den patient bijtijds kan dirigeren in de gewenste specialistische richting, wanneer dat althans nodig is en die hem in elk geneeskundig en hygiënisch opzicht kan adviseren; de huisarts, die naast dat wat hij zelf volledig kan behandelen, de smalend gebruikte term verkeersagent tot een uitermate belangrijke functie doet uitgroeien, die ook de enige is, die dat, wat men tegenwoordig bedoelt met de psychosomatische richting, voldoende tot zijn recht kan doen komen.

Er is nog één ander systeem, dat in de Verenigde Staten veel wordt toegepast, waarbij een patient met klachten, welke dat dan ook zijn, door beoefenaren van vrijwel alle bestaande specialismen wordt onderzocht, van binnen en van buiten. Geheel afgezien van de vraag, wie dit onderzoek betaalt, dat in vele gevallen voor minstens 90 % als onnodig kan worden gekwalificeerd, moet worden

opgemerkt, dat een dergelijke wijze van onderzoek in economisch opzicht zo een verspilling betekent, dat dit althans in ons land als onaanvaardbaar moet worden gekwalificeerd. Om misverstanden te voorkomen wil ik er uitdrukkelijk op wijzen, dat ik hiermede in geen opzicht aanmerking zou willen maken op het z.g.n. teamwork, zoals dat b.v. bij de longziekten bestaat bij ons en dat ook in Amerika veel wordt toegepast. Dit teamwork betreft bepaalde vastgestelde, of althans vermoede afwijkingen en is niet te vergelijken met het als het ware in den blinde tastende, aan de lopende band verricht wordende onderzoek op het gebied van vrijwel alle specialismen.

Zoals ik het formuleerde, het enige middel is, dat de huisarts *kan* dirigeren en dat met de nadruk op het woordje *kan*. Om aan deze wens te voldoen zal echter aan verschillende eisen moeten worden voldaan.

Ten eerste zal de huisarts, de algemene arts, de man zonder specialistische beperking, moeten blijven bestaan.

Ten tweede zal het publiek in hem het nodige vertrouwen moeten stellen, opdat hij niet alleen kan, maar ook praktisch in staat wordt gesteld om te dirigeren.

Ten derde zal hij de capaciteiten moeten bezitten voor dit dirigeren.

Aangezien het vertrouwen zal afhangen van de capaciteiten, zullen wij ons dus daarmede nog nader moeten bezighouden.

Heeft de tegenwoordige huisarts die capaciteiten? Ik meen daarop te moeten antwoorden met een vraagteken. Om U dit duidelijk te maken, moet ik nog eens teruggaan tot de opleiding. Die huisarts heeft dezelfde opleiding gehad als alle specialisten, maar die specialisten hebben op die opleiding een bovenbouw ontvangen, verschillend al naar gelang van hun specialisme. Dat wil zeggen, dat de algemene opleiding rekening moet houden met de verschillende soorten bovenbouw en dat al deze specialisten bij hunne gemeenschappelijke opleiding onnodige ballast medekrijgen, terwijl de algemene arts, de huisarts, enerzijds ook onnodige ballast medekrijgt, anderzijds te weinig weet van de speciële behandelingen der verschillende specialismen en superspecialismen, om zijn patienten steeds met voldoende kennis van zaken te kunnen dirigeren in de gewenste richting, resp. om ook wel eens stelling te nemen tegenover een van specialistische zijde gegeven advies, dat te eenzijdig georiënteerd is en te weinig rekening houdt met de belangen en de hem, huisarts, bekende eigenschappen van den betrokken patient.

Voorbeelden zijn dikwijls, evenals vergelijkingen, gevaarlijk en misleidend, maar ik meen, dat ik nu toch enkele voorbeelden nodig heb, om mijn betoog duidelijk te maken.

Ten eerste wat betreft de onnodige ballast van den huisarts; wat heeft hij er aan of hij weet op welke verschillende technische manieren bepaalde operaties kunnen geschieden, wat is er voor nut in gelegen, dat hij bij zijn artsexamen blijk geeft die operaties, wat betreft volgorde van handgrepen, te kunnen doen, in hoeverre is het nog nodig, dat hij bij zijn candidaatsexamen op de hoogte is van zeer ingewikkelde kwesties op het gebied der physiologische chemie?

Maar aan de andere kant, hij dient wel op de hoogte te zijn van de betekenis en de consequenties van bepaalde ingrijpende behandelingen en ingrepen, hij moet desnoods in staat zijn het voor en tegen te overwegen, in bepaalde gevallen moet hij voldoende op de hoogte zijn om den specialist, die van zijn toch meestal eenzijdige standpunt uit een advies geeft, te weerleggen en te trachten, indien dat, alle omstandigheden in aanmerking genomen, voor zijn patient het beste lijkt, een andere gedragslijn te laten aanvaarden.

Hij zal, wanneer hij een patient lang kent en daardoor weet, dat diens klachten van neurotische aard zijn, niet moeten schromen om in te grijpen, wanneer een internist, die den patient nog niet kent, een onnodig volledig somatisch onderzoek wil gaan doen, een onderzoek, dat den patient niet alleen in economisch, maar ook in psychisch opzicht zal schaden. Hij zal ook moeten kunnen ingrijpen, wanneer uit hoofde van het ontbreken van inzicht bij den specialist in de neuro-

tische aard van den patient, deze van specialist A naar specialist B wordt verwezen, enz., alles ook tot schade van den patient. Teneinde misverstanden te voorkomen, wil ik er echter uitdrukkelijk op wijzen, dat men natuurlijk niet in het andere uiterste mag vervallen en dat men nooit mag vergeten, dat een neurotische patient ook lichamelijke afwijkingen kan hebben en vooral krijgen. Het spreekt bovendien vanzelf, dat ook de specialist wel degelijk oog moet hebben voor den geheelen patient, maar de ervaring leert, dat dit ideaal niet altijd opgaat. In dit verband zou ik, als het ware tussen haakjes, een woord van hulde willen brengen aan diegenen, die het initiatief hebben genomen voor de overkoepeling van alle chirurgische sub- of superspecialismen, welke overkoepeling zich thans naar buiten manifesteert in de vorm van het nieuwe „Archivum Chirurgicum Neerlandicum”. Deze overkoepeling beoogt ook het tegengaan van al te sterke beperking en begrenzing.

Terugkomend op den huisarts, deze zal niet de techniek van de operaties tegen hypertensie moeten kennen, maar wel zo veel van de consequenties van deze operaties moeten weten, dat hij min of meer als gelijkgerechtigde met den specialist er over kan spreken. Hij zal, wanneer hij om bepaalde, hem bekende redenen, meent, dat een van psychiatrische zijde geadviseerde shockkuur minder gewenst is, in staat moeten zijn met den psychiater hierover te spreken als iemand, die daartoe inderdaad het gezag en het recht heeft. Dat gezag en dat recht behoeven niet voort te spruiten uit een volledige kennis van de toch dikwijls wisselende preciese techniek, maar wel uit het op de hoogte zijn van de mogelijke goede en ook de kwade gevolgen van die shockkuur. Hij zal, om nu bij de psychiatrie te blijven, met enig gezag moeten kunnen protesteren, wanneer, zóals toch herhaaldelijk gebeurt, een psychiater een patient met een wellicht kort durende depressie met een krankzinnigheidsverklaring in een psychiatrische inrichting doet opnemen, terwijl de patient zich niet tegen opname verzet en dus de overal ter beschikking staande open afdelingen van psychiatrische inrichtingen, ja zelfs van ziekenhuizen, de voorkeur verdienen. Maar hij moet dan ook meer van de practische psychiatrie weten, dan nu meestal het geval is, met desnoods laten vallen bij zijn opleiding van vele zeer zeldzame ziektebeelden, hij moet in staat zijn om de meest voorkomende psychiatrische ziekten te herkennen en hij moet verder kunnen komen, dan thans dikwijls het geval is, wanneer hij alleen maar vaststelt, dat de patient wat in de war is.

Dames en heren, ik meen het bij deze uit de aard der zaak onvolledige en gebrekkige voorbeelden te moeten laten. Ik weet heel goed, dat elk dezer voorbeelden op zichzelf aanvechtbaar en betrekkelijk is, maar ik meen, dat zij te zamen in voldoende mate hebben duidelijk gemaakt datgene waar het om gaat. Nog één punt wil ik onderstrepen, al heb ik het reeds terloops genoemd, de huisarts zal ook meer dan nu meestal het geval is, advies moeten kunnen geven op het gebied van de hygiëne en de prophylaxe.

Ik kom tot mijn conclusies, zoals die voortspruiten uit de heden ten dage ver voortgeschreden specialisatie.

I. De specialisatie, beter gezegd de differentiatie, wat betreft het medische beroep, moet beginnen tijdens de universitaire opleiding.

II. Naast de thans reeds bestaande en erkende specialismen en die nog verder erkend zullen worden, worde ingevoerd en erkend het specialisme (sit venia verbo): „algemene arts”. Ook hiervoor zal reeds tijdens de universitaire opleiding differentiatie moeten plaats vinden.

III. Dit specialisme „algemene arts”, of, zo men liever de contradictio in terminis vermijdt, deze instelling „algemene arts”, de huisarts dus, is de grondpeiler van een goede geneeskundige verzorging der bevolking. Het ideaal moet zijn, dat ieder individu een huisarts heeft.

IV. Het is noodzakelijk, dat wettelijke erkenning van de bevoegdheid tot uitoefenen van de geneeskunde in verschillende richtingen wordt ingevoerd. Deze zal zich niet moeten beperken tot het eindresultaat van de universitaire opleiding, maar zich ook moeten uitstrekken tot verdere postuniversitaire bovenbouw en zij zal de gehele praktijk (niet een gedeelte, zoals via onze Maatschappij, nu de fonds-praktijk) moeten betreffen.

Dames en heren, ik ben hiernede gekomen tot het einde van mijn beschouwingen. Ik ben mij er volkomen van bewust, dat ik niets nieuws heb gebracht; ik weet, dat veel van wat ik in mijn conclusies heb geformuleerd, reeds een punt van bespreking uitmaakt bij verschillende instanties; ik weet, dat over dit alles reeds veel is geschreven en veel ook in de door mij uitgestippelde richting¹⁾; ik weet ook, dat ik zeer onvolledig ben geweest en vele andere facetten, betreffende het probleem van den algemenen arts niet heb belicht; ik meende niettemin, dat het zijn nut kon hebben, wanneer het van deze plaats en voor dit gehoor naar voren werd gebracht.

Ik heb gezegd.

OVERZICHT OVER HET AFGELOPEN JAAR, GEGEVEN DOOR DR. J. M. PLANTEYDT, ARTS, OUD-VOORZITTER DER MAATSCHAPPIJ, TER GELEGENHEID VAN HET OP 8 EN 9 OCTOBER GEHOUDEN LEDEN-CONGRES DER MAATSCHAPPIJ.

Dames en Heren,

Als ik heden aan U verslag moet uitbrengen over de achter ons liggende periode, zal ik dat niet doen in de trant van een jaarverslag. Dit toch zou een dorre en, gezien de toegemeten tijd, onvolledige opsomming van feiten geven.

Liever wil ik met U terug naar de ideeën, idealen en illusies, die in de bezettingstijd onder ons leefden en die bijna alle levensterreinen van ons, artsen, bestreken. Wat is daaruit geworden? Wat is verwezenlijkt? Wat is losgelaten? Waar zijn wij nog aan bezig? Het is niet doenlijk mij dan te beperken tot het jaar 1947. Immers werd in dit jaar voortgezet, wat in 1946 was begonnen en veel wat in 1947 werd begonnen, vindt pas in 1948 zijn definitieve vorm. Het beleid van het Hoofdbestuur was in deze jaren in grote lijnen hetzelfde, al mogen de personen ten dele gewisseld hebben. Voor het eerst dit jaar zal de oude voorzitter verslag uitbrengen over zijn zittingsperiode en het is de bedoeling dit elk jaar op het ledencongres te herhalen.

Als eerste neem ik de vrijheid de tijd der verslagperiode dus wat ruim te nemen; wellicht kan het volgend jaar een sterkere beperking mogelijk zijn.

Wat wilde men in de bezettingstijd: reorganisatie van onze Maatschappij, reorganisatie van het ziekenfondswezen, reorganisatie van de Volksgezondheidsdiensten. Men nam zich voor de fouten voorbeeldig te straffen en de slachtoffers van ons verzet te helpen! Men verwachtte een snel herstel van oude rechten, afschaffing van alle bezettingsmaatregelen. Men hoopte direct na de bevrijding Indië te kunnen gaan helpen.

Wat is van onze ideeën tot werkelijkheid geworden? Ten opzichte van de reorganisatie van onze Maatschappij kwamen van drie verschillende zijden pogingen om tot vernieuwing te komen. Het Centrum van het M.C. had zich reeds beraden over de reorganisatie van Hoofdbestuur en van de verschillende

¹⁾ Zie o.a. G. F. VAN BALEN, R.K. Artsenblad Mei 1948.

G. C. HERINGA, Medisch Contact 15 September 1948.

L. A. FABER, herdenkingsrede bij het 100-jarig bestaan van de afdeling Amsterdam op 21 September 1948, en vele anderen.