

aansluitingen van dijken op sluizen of op havens bestonden. Hier waren dus de verbindingen der ongelijksoortige onderdelen van het geheel der waterkeringen de zwakke punten en niet het algemene peil van de hoogte der dijken.

In deze beide mogelijkheden meen ik dat wij een beeld kunnen zien van de gevaren die onze geneeskunst bedreigen. Willen wij bestand zijn tegen de gevaren die zonder twijfel de geneeskunst heden ten dage bedreigen, de geneeskunst waarvan de bevordering als doelstelling in onze

naam is geschreven, dan zullen wij als Maatschappij ervoor moeten zorgen dat ten eerste het algemeen peil van de beroepsuitoefening zo hoog mogelijk wordt opgevoerd en ten tweede de verbindingen der verschillende groepen, waaruit wij zijn samengesteld, hecht zijn en de geneeskunst in al haar facetten curatief en preventief, specialistisch en ongedifferentieerd, zelfstandig uitgeoefend of in dienstverband opgenomen, als éénheid optreedt.

Ik dank U voor Uw aandacht.

Rede van de Voorzitter der Maatschappij Dr. H. Festen, ter opening van het 9e Ledencongres te Deventer op 10 October 1957

SAMENWERKING

Dames en Heren,

Wanneer U redevoeringen en toespraken naleest, die in de medische wereld zijn gehouden, dan zult U daarin reeds vanaf het begin van deze eeuw, zeer vele malen alarmerende opmerkingen vinden:

wij staan aan de vooravond van grote beslissingen,

wij moeten een keuze doen in verband met de richting, die wij uitwillen.

de geneeskunst bevindt zich in een kritisch stadium.

„Er is alom kentering te bespeuren”, verkondigde voorzitter Pijnappel in zijn openingsrede voor de Algemene Vergadering in 1900, en wij zijn geneigd hem dit thans nog onverkort na te zeggen. (1)

Ruim tien jaar later zei Van Rijnberk vanaf dezelfde plaats: „Voor onze Maatschappij en voor den geneeskundigen stand in het bijzonder, is naar het mij toeschijnt, thans zulk een kritisch stadium aangebroken”. (2)

Met Rochat (3) ben ik van mening: „Zoo is het eigenlijk een dwaasheid te spreken van een crisis, alsof wij zouden staan op een keerpunt, waarbij wij óf de ene óf de andere richting zouden moeten inslaan. De onderscheiding is kunstmatig en onwezenlijk.”

Als gevolg van de evolutie in de wereld rondom ons en de snelle ontwikkeling van de geneeskundige wetenschap, is het voortdurend noodzakelijk zich de vraag voor te leggen, die door van Rijnberk reeds in 1913 werd gesteld en sindsdien door velen herhaald:

„Waar gaan wij naar toe?”

„Quo vadit medicina?”. is de vraag die Roy-aards stelde op het vorig ledencongres, tegen de achtergrond van een veranderende wereld met

Funiculus triplex non facile rumpitur
haar nieuwe problemen en een veranderende geneeskunde. (4)

Voor een goed inzicht is het misschien verstandig deze vraag uit te breiden:

„Waar zijn wij vandaan gekomen en waar gaan wij naar toe?”

„Unde venimus quo vadimus?” (Formijne 5)

Bij het beantwoorden van de vraag: „Waar gaan wij naar toe”, zal men wel dienen te bedenken: dat wij, die gezeten zijn in de trein „Geneeskunst”, die met grote snelheid voortijlt door een snel wisselend landschap, niet de wissels overhalen, doch slechts tot op zekere hoogte de snelheid kunnen regelen, waarmee een onbekend tussenstation zal worden bereikt.

Dames en Heren,

het jaarlijks congres van onze Maatschappij geeft aan de voorzitter de gelegenheid U uit te nodigen Uw snelheid een ogenblik te verminderen, om het terrein van de gezondheidszorg eens te overzien.

Bij het grote aantal veel-kleurige instanties, dat hier werkzaam is, is dat niet zo'n eenvoudige opgave; daar komt bovendien nog bij, dat men vaak los van elkaar maar ergens begint te graven in die berg van de gezondheidszorg, daardoor elkaar onverwacht tegenkomt, waarbij dan meestal een strijd ontbrandt, die in de natuur van de mens als oer-drift aanwezig blijkt te zijn.

Het wordt naar mijn mening de hoogste tijd, dat wij ons een indruk vormen van de taak, die de verschillende instanties in ons ingewikkeld stelsel van gezondheidszorg hebben, om dan in een onderling overleg te komen tot taakomschrijving en gebieds-afbakening.

Het is thans vooral de snelle ontwikkeling der sociale geneeskunde en de snelle groei van het corps sociaal-geneeskundigen, die ons moeten dwingen het terrein te overzien en de juiste plaats te bepalen voor hen, die zich, zoals dat gebruike-

lijk is met nieuwe troepen, met veel vertoon van macht en uitgedost in een veel-kleurige kleedij, aandienen.

Individuele en collectieve gezondheidszorg.

Dames en Heren, het voorwerp van de geneeskundige zorg is niet de ziekte, doch de gezondheid. Tiberghien (6) zegt in zijn „Médecine et morale” hierover: „L'object de la médecine n'est pas la maladie, mais la santé. La profession médicale a pour object, d'aider des personnes humaines a garder ou a recouvrer la santé”.

In dit verband zou ik er op willen wijzen, dat de bij ons gebruikelijke scheiding in curatieve en preventieve geneeskunde onjuist is en onpractisch, niet alleen omdat de preventieve geneeskunde zó natuurlijk volgt uit de curatieve zorg en er zó nauw mede is verweven, dat de praktische beoefening nauwelijke gescheiden denkbaar is maar vooral ook, omdat bij deze kunstmatig gescheiden onderdelen dezelfde normen moeten gelden. (7)

In onze Nederlandse samenleving, waarin het gezin nog als de eenheid wordt erkend en gerespecteerd is de mens die onze zorg behoeft, als regel lid van deze kleine samenleving.

Het is in deze samenleving met zijn menigte van problemen, met zijn eigen opvattingen en gewoonten, met zijn privé moeilijkheden en geheimen, dat de arts, aan wie de zorg voor de gezondheid van dat gezin wordt opgedragen, er ook in wordt *opgenomen*.

Een groot aantal vraagstukken, die zich in het gezin voordoen, de zuiver medische zowel curatief als preventief, de medisch-sociale tot de zuiver maatschappelijke problemen toe, legt men aan zijn huisarts voor, omdat men hem aanziet als een man van ervaring, ondervinding en wijs inzicht. „Dokter U ziet zoveel en U heeft zoveel medegemaakt”, is het excuus, dat men dan gewoonlijk gebruikt. (8) Hier vindt de huisarts zijn moeilijke en verantwoordelijke taak, enkele malen bij de hoogtepunten van het gezinsleven, vele malen in uiterst moeilijke en zorgvolle omstandigheden, menigmaal in spanningsvolle ogenblikken van moeilijke beslissingen.

Ik behoef niet nader uiteen te zetten met welke intieme aangelegenheden en geheimen, die men aan zijn beste vrienden en nauwe bloedverwanten niet openbaart, deze arts worden geconfronteerd.

Daarbuiten zijn er een groot aantal factoren in onze samenleving, die de gezondheid van dit gezin beïnvloeden of bedreigen. Hieraan dient de nodige zorg te worden besteed, doch dit onderdeel van de gezondheidszorg kan geen taak zijn voor de gezinsarts, die wij op het oog hebben, omdat hij dit gebied niet kan overzien en

zelden in staat is hierop invloed uit te oefenen.

In plaats van de oude indeling in curatieve geneeskunst en preventieve geneeskunde, moeten wij naar mijn mening op grond van praktische overwegingen de grenzen anders leggen.

Ik geloof dat wij er beter aan zouden doen te spreken van *gezondeheidszorg* (9) als de zorg voor het behoud en het herstel van de gezondheid.

Deze zorg heeft twee onderscheiden aspecten, die in belangrijkheid niet voor elkaar onderdoen, doch die op grond van de praktische beoefening fundamenteel gescheiden zijn, n.l. de *individuele* gezondheidszorg, die rechtstreeks aan het individu gegeven wordt en de *collectieve* gezondheidszorg, die meer onpersoonlijk is en vaak voor meerdere individuen tegelijk geldend. (10)

Hierbij omvat de individuele gezondheidszorg zowel de curatieve als de preventieve zorg en zo men wil ook de positieve, al moet het mij van het hart, dat wij voorlopig aan de beide eersten onze handen nog vol hebben.

Wil deze *individuele zorg* niet veranderen in een louter technische hulp-verlening, dan zal zij moeten worden gegeven in die uitzonderlijke sfeer van mens tot mens, waardoor de verhouding tussen behandelend arts en patiënt wordt gekenmerkt. (11)

Dit geldt óók voor de preventieve zorg; ik zeg dit met nadruk, omdat ik wel eens heb horen beweren, dat de preventieve geneeskunde moet worden uitgeoefend in een ambtelijk verband. Óók de preventieve zorg vraagt het binnendringen in de intimiteit van persoon en gezin en óók hier komen belangrijke vraagstukken van levensbeschouwing aan de orde; ik behoef U in dit verband maar te wijzen op de persoonlijke opvattingen van arts en patiënt, die een rol kunnen spelen bij de praenatale zorg en ik zou dan ook met kracht de stelling willen verdedigen, dat de mens óók op het terrein van de *individuele preventie recht heeft op de hulp van een persoon, die hij respecteert als mens en waardeert als medicus, aan wie hij zijn intieme zaken wil toevertrouwen*.

De individuele gezondheidszorg in zijn volle omvang is een taak voor de arts in het vrije beroep, waarbij de vrije keuze, de geheimhouding en de persoonlijke verantwoordelijkheid gewaarborgd zijn.

Door de eeuwen heen is dit ook de taak geweest van die ene soort geneesheer, die er aanvankelijk bestond en in ons land in 1865 werd hersteld; daarna is deze situatie door de ontwikkeling der geneeskunde en der samenleving veel gecompliceerder geworden.

Huisarts en Specialist.

Sedert 1865, toen door de wetten van Thor-

becke de zo zeer verlangde eenheid van aanleg, opleiding en kunnen werd bereikt, bij welke gelegenheid in de Staten-Generaal door de minister voor de eerste maal de titel „arts” werd gebruikt (12) was de bovenomschreven taak voor behouden aan deze nieuwe geneesheer; weinig kon men toen vermoeden, dat deze zo fel begeerde eenheid, die na een moeilijke strijd van ruim dertig jaren werd bereikt, door de ontwikkeling van de geneeskunde zelf, zo spoedig weer teniet gedaan zou worden.

Het is niet alleen interessant en leerzaam nu na vijftig jaar kennis te nemen van de moeilijkheden en spanningen, waartoe het „aantreden” van de medische „specialiteiten” aanleiding heeft gegeven en met welk een gebrek aan inzicht men toen te kampen heeft gehad, doch deze geschiedenis, die zich bij het aantreden van de nieuwste beoefenaren, de sociaal-geneeskundigen, blijkt te herhalen, moet ons in staat stellen de vraagstukken, die thans aan de orde zijn, op de juiste wijze te waarderen en mede daardoor op de juiste wijze op te lossen.

Bovendien is het naar mijn mening noodzakelijk de ontwikkeling in verband met het medische specialisme nader te bezien, omdat deze ontwikkeling gevaren inhoudt ten opzichte van een medisch en economisch verantwoorde gezondheidszorg.

Toen in het begin van deze eeuw het specialisme in de geneeskunde zijn intrede deed, voorop de oogheelkunde met haar subtiële techniek, op de voet gevolgd door de chirurgie met haar adembenemende ingrepen, bleek er bij zeer velen een merkwaardig gebrek aan gevoel voor de juiste verhouding te ontstaan.

„De toekomst van de geneeskunde ligt volledig in de ontwikkeling van het orgaan-specialisme en de huisarts moet maar zoo spoedig mogelijk verdwijnen”, zei een geestig en bekwaam oogarts tot Klinkert Sr die zelf het prototype van de Nederlandse huisarts was. (13) Hij bleef het antwoord dan ook niet schuldig. „Kent gij de roman: De gebroeders Karamazov van Dostojewsky? Wanneer Iwan Feodorowitz hallucinerend de duivel voor zich ziet, dan zegt deze tot hem: Er zijn nog specialisten! Ga naar Parijs! Daar is een beroemd specialist voor neuspijnen; en ge gaat naar Parijs, doch daar aangekomen, zegt de beroemde man: „Ik kan U niet helpen, want ik behandel alleen de rechter neusgaten. Gij moet in Wenen zijn, daar woont een beroemd specialist voor de linker neusgaten”.

Men weet niet wat men het meest moet bewonderen, de slagvaardigheid van Klinkert óf het inzicht van een leek in deze materie, die al zeer vroeg een romantische vertaling heeft gegeven van een pas veel later bekende qualificatie van de specialist: „that he is a man who

knows more and more about less and less, until he knows absolutely everything about practically nothing”.

In het begin van deze eeuw schreef een bekend medicus een artikel over huisartsen en specialisten, (14) waarin men kan lezen: „Bovendien is het hun plicht zooveel mogelijk te bevorderen, dat hun patiënten zich in voorkomende gevallen lichte zowel als zware, gemakkelijke zoowel als moeilijke, direct tot den specialist wenden. Zal er een tijd komen, dat de vroegere vertrouwensman in de geneeskunde nog slechts een historische figuur is, evenals de trekschuit in het verkeer en het spinnewiel in de industrie?”

Voorzitters van de Maatschappij spreken van de historische figuur bij het honderdjarig bestaan en van een uitstervend ras, (15) terwijl Kersbergen in 1926 nog aanleiding vond een rede te houden: „Over het bestaansrecht van de huisarts”. (16)

Maar er zijn ook andere stemmen!

Behalve zij die menen, dat de huisarts zijn taak voornamelijk zal moeten vinden in het voorkomen van ziekten en zich bij voorkeur zal moeten bezighouden met de gezonden, omdat hij het genezen van zieken moet overlaten aan de specialisten, wijzen anderen (17) op het gevaar, dat in de toenemende specialisatie is gelegen en of het feit, dat de huisarts hierdoor méér dan ooit noodzakelijk zal blijken.

Een typerend voorbeeld van de eigenaardige opvattingen, die er over de taak van de huisarts nog zeer lang zijn blijven bestaan, vindt men in de Algemene Vergadering van 1929 te Haarlem, waar Leydesdorff (18) wijst op een eigenaardige vorm van dichotomie, die zich hier en daar begint te ontwikkelen, n.l. het veelvuldig bezoeken van patiënten van specialisten in de ziekenhuizen door de huisarts.

„Daartegen moet worden gewaakt, want de huisarts heeft als mensch de neiging de patiënt veel eerder te verwijzen naar een specialist, die toelaat dat hij de patiënt op zaal bezoekt, dan naar die dat niet toelaat”.

De voorzitter acht dit ongepaste ijver (!) van de huisarts doch geen dichotomie.

De samenwerking tussen huisarts en specialist.

Dames en Heren, sedert de tijd, dat de geneeskunde zó gedifferentieerd is, dat in vele gevallen van enige betekenis meerdere artsen zich met dezelfde patiënt bezighouden, is *samenwerking* in het belang van deze patiënt een gebiedende eis geworden.

De tijd is voorbij, dat de chirurg en de internist van eenzelfde ziekenhuis, die zichzelf respecteerden, elkander niet aankeken en ik meen, dat een ziekenhuisbestuur ernstig tekort zou

schieten, wanneer hij een zodanige toestand zou laten voortbestaan.

Door de stafvorming, het stafreglement en de leiding van bestuur en directeur is de onderlinge samenwerking tussen de specialisten aan eenzelfde ziekenhuis over het algemeen gewaarborgd, doch naast deze belangrijke vooruitgang staat het feit, dat de onderlinge samenwerking tussen huisarts en specialist geleidelijk een lacune is gaan vertonen, die naar mijn mening mogelijk een gevaar schept voor een goede verzorging van de patiënt in het ziekenhuis.

Het is een niet te miskennen feit en een niet te bestrijden noodzakelijkheid, dat een groot deel van de curatieve zorg in handen ligt van de specialisten, zonder dat daarbij kan worden gesproken van een verkleining van de taak van de huisarts, wien door de moderne geneeskunde veel grote mogelijkheeden dan vroeger zijn gegeven.

Als gevolg van de rol, die de techniek in de geneeskunde is gaan spelen, heeft deze specialistenhulp zich voornamelijk geconcentreerd in de ziekenhuizen. (19) Het moderne ziekenhuis met zijn concentratie van geschoolde krachten en kostbare apparatuur moet een vrij grote omvang hebben om economisch verantwoord te kunnen werken.

Uit dit ziekenhuis, dat uit het oorspronkelijke verpleeghuis is ontstaan, is de huisarts praktisch volledig verdrongen, hij heeft zich daaruit laten verdringen, hij heeft zich misschien wel vrijwillig daaruit teruggertrokken.

In de praktijk is het in de meeste gevallen zó, dat gedurende de behandeling van zijn patiënt in het ziekenhuis, de huisarts hier volledig buiten staat. *Deze toestand is onjuist gegroeid en niet in het belang van de patiënt.*

Het is een algemeen gehoorde en aanvaarde klacht, dat in een modern ziekenhuis, dat als een groot bedrijf moet functioneren, waar orde, regelmaat en discipline moeten heersen, de zieke zich vaak voelt als een nummer: de galblaas van zaal 3 of de Hogdkin van kamer 7.

Men staat versteld hoe snel kleine ziekenhuizen evolueren tot het moderne grootbedrijf en hoe snel de sfeer dan totaal verandert.

De tijd laat niet toe dit verder uit te werken, doch ik ben van mening, dat het niet te voorkomen is, ja, dat het zelfs tot op zekere hoogte noodzakelijk is, dat het werk van de specialist in het ziekenhuis een overwegend medisch-technisch karakter gaat krijgen.

Ik noem in dit verband maar enkele overwegingen:

a. de gedeeltelijke onbekendheid van de specialist met de persoonlijke omstandigheden van de patiënt,

b. de beperkte of ontbrekende keuze van de zijde van de patiënt.

c. het noodzakelijke teamwork, waarbij de patiënt vaak niet weet door wie hij nu eigenlijk wordt behandeld,

d. de aanwezige hulpkrachten, die een contact met de specialist in sommige ziekenhuizen vaak in de weg staan, en zo meer. (20)

De oplossing voor dit ernstige vraagstuk is naar mijn mening te zoeken, in het op de een of andere wijze betrekken van de huisarts bij de ziekenhuisbehandeling van zijn patiënt.

De huisarts is de enige, die de omstandigheden van de patiënt volledig kent en die het vertrouwen geniet als geen ander; hij heeft de beginsymptomen van de ziekte medegemaakt en weet hoe de patiënt op de aanvankelijk ingestelde therapie heeft gereageerd, gegevens, die van het grootste belang kunnen zijn voor de diagnose en de verdere behandeling.

Doordat hij weet hoe de patiënt op bepaalde omstandigheden reageert, is hij vaak in staat onnodige onderzoeken te voorkomen en ik ben ervan overtuigd, dat, indien de huisarts gedurende de behandeling van zijn patiënt in het ziekenhuis hier op de een of andere wijze bij betrokken zou kunnen worden, een aantal patiënten eerder het ziekenhuis zou kunnen verlaten.

Men kan dagelijks ervaren, hoe verlangend de ziekenhuispatiënt uitziend naar het bezoek van zijn huisarts, wanneer hij belangrijke beslissingen moet nemen ten aanzien van de door de specialist voorgestelde behandeling.

Het antwoord op de vraag: „Dokter U kent mij; moet ik dat nu echt laten doen?” zal voor de huisarts op medisch-wetenschappelijke gronden soms wel eens moeilijk te geven zijn, doch wanneer dit antwoord slechts een morele steun zou betekenen, dan mag men dat naar mijn mening, de patiënt in deze moeilijke omstandigheden niet onthouden!

In het licht van het bovenstaande zou ik willen stellen:

dat de verantwoordelijkheid van de huisarts niet ophoudt bij de drempel van het ziekenhuis, noch bij het overschrijden van de drempel van de spreekkamer van de specialist.

Er dienen wegen te worden gezocht, waardoor de huisarts ingeschakeld wordt bij de behandeling van zijn patiënten in het ziekenhuis, hoe moeilijk dat in de praktijk ook moge zijn, vooral in die plaatsen, waar meerdere ziekenhuizen aanwezig zijn.

J. B. Stolte (21) heeft dit vraagstuk uitvoerig behandeld voor de medische faculteitsvereniging

te Nijmegen en stelt de vraag: „... of niet juist hij (de huisarts) daar de menselijke noot weer zou kunnen doen terugkeren, waar men zo om roept?” In een voordracht voor het Thymge-nootschap (22) heb ik getracht enkele praktische mogelijkheden aan te geven, waarbij ik er mij volledig van bewust ben, welke enorme moeilijkheden dan zullen moeten worden overwonnen.

Terloops teken ik hierbij aan, van welke een grote betekenis deze oplossing zou zijn voor de huisarts zelve, die uit hoofde van zijn taak voortdurend wordt bedreigd door de onwetenschappelijkheid, het gevaar van de polypragmasie en de routinebehandeling en welke belangrijke bijdrage op deze wijze zou worden geleverd aan de nascholing van de huisarts.

Wanneer men mij aan het slot van dit gedeelte van mijn betoog de vraag stelt: Op welke wijze had ge gedacht dit moeilijke vraagstuk aan te pakken?

dan antwoord ik: „met vereende krachten”,

als men vraagt: Hoe lang denkt ge er over te doen om hier, zij het ook een gedeeltelijke oplossing te bereiken?

dan zou mijn antwoord luiden: „een mensenleven”, en als men mij voor de voeten werpt: Gij zijt een idealist! dan zeg ik „goddank”!

Sociale geneeskunde en sociaal-geneeskundigen.

Dames en Heren en nu de sociale geneeskunde en de sociaal-geneeskundigen, het vraagstuk waarvoor wij in de Maatschappij sedert de laatste wereldoorlog zijn geplaatst.

„Er is rond dit moeilijke probleem in de artsenkringen een enigszins geprikkelde discussie gaande”, constateerde Hornstra (23) in zijn inaugurale rede en ik zou er aan willen toevoegen, dat een zekere strijdlustigheid hier en daar gekruid met wat wantrouwen, niet valt te ontkennen.

De aanleiding voor het ontstaan van deze sfeer is niet zo moeilijk op te sporen. Door de bestaande onduidelijkheid over de inhoud en de plaats van de sociale geneeskunde, beschouwen velen van de tot nu toe werkzame practici, de invasie van de nieuwe beoefenaren als een bedreiging van hun werkterrein. Dit verzet van de zijde der practici werd levendiger en feller door het feit, dat vele sociaal-geneeskundigen in hun positie gesteund worden door machtige instanties, die sterke invloed kunnen uitoefenen op de patiënt: de Overheid, particuliere lichamen werkzaam op het gebied van de gezondheidszorg, ondernemingen, enz. .

Men zal hierbij ook niet uit het oog mogen verliezen, dat door de snelle toename van onze kennis van de maatschappelijke oorzaken en

gevolgen van vele ziekten, de eenzaam ploeterende huisarts, die met beperkte kennis en gebrekkige hulpmiddelen, alleen in de duisternis van het alkoof zijn zieke bijstond, vrij plotseling in het schelle licht der schijnwerpers van de samenleving kwam te staan; geen wonder dat hij knipperend in dat felle licht en enigszins afwerend uit de schemer van de ziekenkamer naar buiten treedt en geen wonder, dat bij die heldere verlichting enkele onvolkomenheden zichtbaar werden! (24)

In verband met de rol, die de sociale geneeskunde in het geheel van de gezondheidszorg zal moeten spelen, kan men zich niet steeds aan de indruk onttrekken, dan men zich hier en daar wel eens schuldig maakt aan een lichte overdrijving, die in een periode van opbouw en uitgroei reactie uitlokt.

Men zal mij niet verdenken, dat ik geen waarde zou hechten aan de betekenis van de milieu-factoren voor het ontstaan en het beloop van vele ziekten, of dat ik de bekende slagzin „voorkomen is beter dan genezen”, als waardeloos zou qualificeren, doch ik behoor niet tot diegenen, die met die directeur van de moderne verloskundige kliniek, die Ballantijne in een visioen van de twintigste eeuw zag, tot de bezoeker bij het verlaten van zijn kliniek zegt: „Laat U dit alles niet verwonderen mijnheer, want in de twintigste eeuw voorkomen wij alles, oorlog, ziekte en orkanen”. (25)

Ondanks deze, wat moeilijke, situatie ben ik ervan overtuigd dat het mogelijk moet zijn, dat wij in een objectieve en wetenschappelijke behandeling tot de juiste situering van de sociale geneeskunde en de plaatsing van de sociaal-geneeskundigen in het systeem van gezondheidszorg, komen; wij zouden anders verzaken aan een plicht, die wij als mensen van wetenschap hebben.

In de eerste plaats is het daarvoor nodig dat wij weten, wat nu eigenlijk sociale geneeskunde inhoudt, want ik voel niet veel voor de gedachte, die Muntendam tot uitdrukking brengt in zijn antwoord op de vraag, of het nuttig is dit te voren te doen: „Indien de logica ons steeds in dit leven zou leiden, zouden vele aantrekkelijke gevolgen van onze huidige handelingen ons worden ontnomen”. (26)

Ook Hornstra uit in zijn inaugurale rede eenzelfde gedachte: „de neiging dringt zich op om met negatie van alle getheoretiseer rustig aan het werk te gaan met de studie van en het onderwijs in wat men zelf als sociale geneeskunde ziet”. (23)

Er zijn vele voorbeelden in de veelkleurige wereld van de gezondheidszorg waarbij zonder getheoretiseer maar aan het werk wordt gegaan, waarbij verantwoorde afbakening en omliggende doelstelling ontbraken, doch het gevolg van een

en ander is toch wel, dat het aantal schermutseringen legio is!

Wat is sociale geneeskunde?

N'en déplaïse de 52 definities, waarvan Muntendam gewag maakt, in zijn boven aangehaald artikel, zou ik onder sociale geneeskunde willen verstaan:

de wetenschap, die zich bezighoudt met de studie van de maatschappelijke factoren die een rol spelen bij het herstel en behoud van de gezondheid. (27)

Sociale geneeskunde is een wetenschap, die evenals de reeds lang bekende andere onderdelen van de geneeskundige wetenschap, de grondslag moet geven voor een verantwoorde gezondheidszorg.

Sociale geneeskunde is zeker niet alleen preventieve geneeskunde; sociale geneeskunde wordt ook wel groepsgeneeskunde genoemd en zij is dat ook veelal, doch zeker niet uitsluitend. (28)

De studie van de sociale geneeskunde leidt tot een aantal resultaten van de meest uiteenlopende aard.

Maatregelen en voorschriften, die voor ieder individu in de samenleving gelden: de algemeen hygiënische maatregelen.

Daarnaast ontstaan hieruit een aantal adviezen, die voor het individu onder bepaalde omstandigheden gewenst kunnen zijn, terwijl verder zal blijken, dat bij praktisch iedere ziekte een aantal maatschappelijke factoren van groot belang is voor het ontstaan der ziekte en het herstel, factoren waarmede de arts, die de gezondheidszorg geeft, rekening zal moeten houden.

Deze studie leidt ook tot een aantal belangrijke voorzieningen, die het mogelijk moeten maken, dat de zieke niet in sociale onzekerheid komt te verkeren en de middelen tot het hervinden van zijn gezondheid kan gebruiken, terwijl verder zal blijken welke maatregelen moeten worden getroffen om het individu te beschermen tegen vele ziekten, die als gevolg van het samenleven, het individu bedreigen.

Doch wat de uitvoering van deze zeer uiteenlopende maatregelen betreft, moet men onderscheid maken tussen collectieve voorzieningen en individuele, welke laatste, naar mijn mening, als individuele gezondheidszorg tot het werkgebied van de praktiserende artsen behoort.

Evenmin als inwendige geneeskunde alleen door de internisten moet worden uitgeoefend, of de oogheelkunde uitsluitend door de oogartsen, zijn de sociaal-geneeskundige wetenschappelijke resultaten voor wat hun toepassing betreft voorbehouden voor de sociaal-geneeskundigen.

Maar evenals op het gebied van de curatieve zorg de samenwerking tussen huisarts en specialist een gebiedende eis is geworden, geldt hier in nog veel sterker mate, dat de onderlinge samenwerking een noodzakelijke voorwaarde is om tot verantwoorde resultaten te komen.

De preventie van vele ziekten kan nooit tot resultaten leiden, wanneer er geen *samenwerking* kan worden verkregen tussen hen, die de individuele zorg geven én zij, die op wetenschappelijke en maatschappelijke gronden het plan de campagne opstellen en aan de hand van centraal verzamelde uniforme gegevens een indruk kunnen verkrijgen van bereikte resultaten, lacunes en dreigingen.

Zonder de voorziening van de ziekwet zou de medische behandeling van vele patiënten onmogelijk zijn; waar het advies tot werkstaken of hervatten als onderdeel van de behandeling een taak van de behandelende huisarts of specialist moet zijn en het beoordelen van het recht op uitkering krachtens de ziekwet in de handen ligt van de controlerend arts van een bedrijfsvereniging, is verantwoorde uitvoering onmogelijk, wanneer niet door onderlinge *samenwerking*, dit advies en die beoordeling identiek zijn.

De huisarts kan de aan hem toevertrouwde gezinnen niet behoeden voor ernstige infectieziekten, wanneer hij niet in *samenwerking* met de artsen-in-Overheidsdienst zijn medewerking zou verlenen aan het uitvoeren van algemene maatregelen op dit gebied.

Hij kan de schoolgaande jeugd in deze gezinnen niet beschermen tegen de gevaren, die op school dreigen, wanneer hij niet door *samenwerking* met de schoolarts diens taak uitvoerbaar maakt.

De behandelende arts kan geen exceem behandelen, waarvan de causale factoren op het werk zijn te zoeken, zonder *samenwerking* met de bedrijfsarts.

Het enorme vraagstuk van de kostenvoorziening in de curatieve sector, waarbij de behandelende artsen bij de uitoefening van hun taak direct betrokken zijn, omdat deze voorziening aan de patiënt de mogelijkheid geeft kostbare behandelingen te ondergaan, kan alleen dan op bevredigende wijze worden opgelost, wanneer tussen behandelende artsen en de medische adviseur van het ziekenfonds *samenwerking* kan worden verkregen.

Samenwerking.

Terwijl in de vertechniseerde samenleving rondom ons, met haar specialisatie en ver doorgevoerde arbeidsverdeling, het samenwerken op uitgebreide schaal tot stand werd gebracht, moeten wij erkennen, dat op medisch terrein op

vele plaatsen nog belangrijke lacunes zijn waar te nemen.

Dat de artsen met hun aanpassing achterop komen is wel begrijpelijk en ook niet zo erg, wanneer noodzakelijke aanpassingen maar niet achterwege blijven, waardoor wij buiten de reële werkelijkheid van de samenleving zouden geraken; de degelijkheid en voorzichtigheid, die de Nederlander eigen is, mag de arts, die dagelijks belangrijke beslissingen van grote draagwijdte en met onherstelbare gevolgen moet nemen, wel in bijzondere mate sieren!

Ook in de gezondheidszorg is, als gevolg van de techniek en de specialisatie een vergaande arbeidsverdeling opgetreden, zowel verticaal: huisarts - specialist - sub-specialist, als horizontaal: huisarts - controlerend geneesheer - schoolarts - bedrijfsarts, enz. .

De mens die onze zorg behoeft is geen op zichzelf staand individu meer, doch hij is in deze belangrijke zaak in hoge mate afhankelijk van zijn medemensen en zelden in staat zonder de hulp van zijn medemensen zijn gezondheid te behouden of terug te winnen; hij is met de samenleving verbonden met vele draden, waarlangs vaak grote invloed op zijn gezondheid wordt uitgeoefend. Wanneer wij hem bezien zonder rekening te houden met deze verbanden, dan raken deze draden in de war en maken wij zijn bestaan onmogelijk.

Daarom is onze gezondheidszorg alleen maar te geven in een georganiseerd stelsel en zijn wij er aan gewend geraakt te spreken van het medisch apparaat. De term „apparaat” wijst op een goed functionerende machine en in dit geval bestaat het apparaat uit mensen. Meininger heeft dit op de Algemene Vergadering van April 1955 gesignaleerd: „Indien de artsen spreken over gezondheidszorg, erkennen zij dat zij medewerkers zijn geworden aan de uitvoering van een maatschappelijk stelsel”. (29)

Wie samenwerking alleen maar kan zien als het afstaan van bepaalde bevoegdheden, of als de verschuiving van de competentie, als een erkenning van onmacht of als een interveniëring in een privézaak, die zal op dit ogenblik niet meer in staat zijn de belangen van de aan hem toevertrouwde patiënten op een redelijke en wetenschappelijk verantwoorde wijze te waarborgen.

Maar voor diegenen, die samenwerking kunnen zien als een verrijking en als een waardevolle aanvulling van de individuele werker (Oldendorff (30) die in deze, naar technische volmaaktheid strevende wereld, steeds beperkt in zijn kunnen moet zijn, daarvoor is samenwerken een voltooiing van het mens-zijn in de samenleving; „want het gedrag van de een is pas zin-

vol in verband met dat van de ander”. Oldendorff. (31)

Samenwerken is de noodzakelijke correctie op specialisatie en taakverdeling en is alleen goed mogelijk bij wederzijdse waardering en onderling begrip. Samenwerken eist éénzelfde doelstelling, hetgeen reeds uitgedrukt ligt in het begrip „collega”, dat niet zoals een spotvogel opmerkte, alleen van kracht is wanneer men 25 kilometer van elkaar verwijderd woont.

„Het proces der vergezamenlijking is slechts dan verkeerd, wanneer het het persoonlijk oordeel - wat in genedele een afwijkend oordeel behoeft te zijn - uitschakelt of niet toelaat”, schreef Ponsoen in een artikel over „Tendenzen en spanningen in de organisatievormen der samenleving speciaal in de gezondheidszorg”. (32)

De geneeskundige zorg is bovendien opgenomen in het arbeidsbestel, zoals praktisch alle menselijke werkzaamheden (tot zelfs de kunst toe!); het arbeidsbestel waaronder men moet verstaan een sociaal-economische orde, waarin allerlei menselijke bezigheden worden erkend, opgenomen, gehonoreerd en beschermd, doch waarin zij tegelijkertijd haar vrijheid verliezen. Kwant. (33)

Het onmiddellijk gevolg hiervan is, dat een zekere rationalisatie zich van deze arbeid meester maakt en het is juist hiertegen, dat men allerwege protesten hoort; tegen de rationalisatie van het leven, tegen de bureaucratie, tegen het kader, dat ons als een harnas omklemt en tegen het fundamenteel gemis aan vrijheid.

Het dreigend nihilisme, dat hiervan het gevolg is (Heidegger), voert bij een poging om de werkelijkheid te ontvluchten, naar het irrationele; ook bij ons kan men dergelijke ontsporingen waar nemen. De „oproep” aan hen die de vrijheid liefhebben, is hiervan een voorbeeld. Heering (34)

Het is ons wel duidelijk dat deze ontwikkeling voor de gezondheidszorg een groot gevaar inhoudt, waarop vooral van Franse zijde is gewezen: het gevaar van de „dépersonnalisation de la médecine”.

Het is dan ook noodzakelijk om in het stelsel van gezondheidszorg bepaalde waarden veilig te stellen.

Bij het onderling beraad, waarvan boven sprake was, teneinde te komen tot taakverdeling en samenwerking, is het vooraf noodzakelijk, dat de positie van de onderscheiden beoefenaren duidelijk is en ik meen dat wij daarin thans nog geen duidelijk inzicht hebben.

Ik vraag mij af of de verhouding arts-patiënt bij de controlerend arts, die een patiënt „ontmoet” als de verzekerde, die aanspraak meent te kunnen maken op uitkering, wel geheel dezelfde is als bij de behandelende arts, die deze

patiënt verzorgt en of de verhouding van de schoolarts tot het kind (en de moeder) wel dezelfde is als die van de huisarts tot het kind, resp. de ouders. Zoals zovele vraagstukken blijkt ook dit geen nieuw probleem; in de memorie van antwoord der Regering betreffende het ontwerp der ongevallenwet van 1900 staan de volgende merkwaardige woorden: „Het horen van geneeskundigen als deskundigen kan geen moeilijkheden opleveren in verband met het beroepsgeheim, want de geneeskundige, die ingevolge art. 64 als deskundige optreedt, oefent daardoor niet de genees- of heelkunst uit”. (35)

De ons zo bekende regels van de medische ethiek en etiquette zijn de kostbare inhoud van de bijoutheriedoos van ons Koninklijke Moeder, de Maatschappij voor Geneeskunst; evenals in de tijd toen wij mochten snuffelen in het écrin van bon-maman zal ook nu blijken, dat vele van die kostbare juwelen hun glans verloren hebben en eens met liefde moeten worden gepoetst om hun indrukwekkende schittering terug te verkrijgen; maar misschien zullen wij eenzelfde merkwaardige ontdekking doen als vroeger, toen tussen al deze kostbaarheden een chateleine of fibula werd aangetroffen, die niet echt was, waarvan het goud, koper en het brillant, geslepen glas bleek te zijn.

Om de noodzakelijke samenwerking te bereiken is een uitvoerige studie van de onderscheiden posities nodig, ernstig overleg en leiding noodzakelijk. Waar zou dit anders kunnen geschieden dan in onze Maatschappij, waarin alle groeperingen van artsen zijn vertegenwoordigd en waarin, ondanks de soms wat ingewikkeld schijnende constructie en de hier en daar wel eens wat te moeilijk te hanteren opbouw, waarborgen worden geschapen tegen een overheersing van één bepaalde groep.

Een Algemene Vergadering, waarin slechts artsen zijn vertegenwoordigd, moet die waarborg kunnen geven!

STUDENTE 19 jr.

ziet zich gaarne geplaatst in R. K. doktersgezins **ter verzorging van kinderen** waar zij tevens gedurende het spreekuur kan assisteren. Reeds eerder bij arts gewerkt. v.g.g.v.
Tel. K 2968 - 2532 of brieven onder Nr. S 52, Bureau Adex, Keizersgracht 158, Amsterdam.

GR. WINKLER PRINS

19 dln. (v. f 520,—) nog steeds v. intekenpr. f. 450.—; nieuw en fr. thuis, ook in term. Dito OOSTHOEK, 17 dln. (v. f 390,—) v. f 325,—. 2e hands W. P. z. g. a. n. f 390,— J. J. Witteveen, Broek in W. 107. Tel. 258.

Voorwaarde voor het bereiken van de gewenste samenwerking is echter, dat de besluiten, die hierop betrekking hebben, *dáár worden genomen en niet in de afzonderlijke groeperingen*, omdat dit laatste onherroepelijk tot moeilijkheden aanleiding zal geven, waardoor de noodzakelijke samenwerking beslist niet zal kunnen worden verkregen.

De hoeveelheid arbeid, die in dit verband moet worden verricht is van kolossale omvang en hoewel ik nog niet onmiddellijk zie, hoe wij die, met de ons ter beschikking staande mogelijkheden en de reeds bestaande overbelasting, tot een goed einde moeten brengen, zij zal ons niet mogen afschrikken!

Dames en Heren,

Ik zie de wagen van de gezondheidszorg voortgetrokken door drie groepen van paarden met gespannen strengen en aangetrokken gareel, moeizaam voorthobbelen op het oneffen en moeilijk berijdbare terrein; bij het vallen van de duisternis, wanneer het pad moeilijk herkenbaar wordt, is grote voorzichtigheid geboden.

De eisen, die aan de koetsier, die de paarden „aan het bit” moet houden, worden gesteld, vind ik in een boekje van Hamelberg: „Het van de bok rijden”. Ik geef ze hier voor de leiding van de Maatschappij.

„Om op de titel van koetsier aanspraak te mogen maken worden vereist: een gezond lichaam en een gezond verstand, onvermoeide lust en ijver voor zijn vak, zorg voor en gehechtheid aan de hem toevertrouwde paarden, opmerkzaamheid en liefde tot orde, gepaard met grote nauwkeurigheid, matigheid in het gebruik van sterke drank, een ijzeren geduld, bedaardheid en een goed humeur.

Wie iets van de moeilijkheden weet van het „van de bok rijden” met zes of acht paarden en de gevaren, wanneer de „van-de-handse”-paarden niet gelijk optrekken met de „bij-de-handse”-paarden, zal begrijpen, dat bij de soort troikabespanning, waarmede wij te maken hebben, wanneer niet nauwkeurig in dezelfde richting wordt getrokken, het gevaar groot is van omkantelen of afbreken van de handknuppel, waarbij de zware wagen in de modder zal blijven steken.

Wanneer wij er in slagen, de drie koorden in de koker van onze Maatschappij in één te vlechten, is dat gevaar bezworen en is bovendien een belangrijke versterking aangebracht.

Funiculus triplex non facile rumpitur!

Dr. H. Festen.

AANTEKENINGEN

1. Pijnappel. Openingsrede Alg. Vergadering Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde 1900, II, 1.
2. v. Rijnberk. idem. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1913. II/77.
3. Rochat. Beschouwingen over de crisis in de geneeskunde. Wolters. 1937.
4. Royaards. Med. Contact. 1956. 665.
5. Formijne. Inaugurale rede. 1946. Scheltema en Holkema, A'dam.
6. Tiberghien. Médecine et morale. Desclée. Parijs. 1952.
7. Hornstra. Huisarts en preventieve geneeskunde M. C. 1954. 510. „Het blijkt dat in de praktijk het curatieve en het preventieve zo verweven zijn, dat door het uitgebreide consultatie-bureauwezen toch allerlei aan de huisarts onttrokken wordt dat hij eigenlijk het beste kan doen.”
8. Over de taak van de huisarts, zie: De (huis)arts als beoefenaar van een vrij beroep. H. Festen. R. K. Artsenblad. 1955. 454.
9. Het is de vraag, of met de toename van de natuurwetenschappelijke grondslag voor het geneeskundig werk en de daarbij verminderde betekenis van improvisatie, en eigen inzicht, de term „geneeskunst” nog wel zo toepasselijk is op dit werk als vroeger?
10. Mertens gaf een soortgelijke indeling in individuele en maatschappelijke gezondheidszorg. R. K. Artsenblad 1953. 151.
11. „Telle est l'essence de l'intervention médicale: un secours humain, dont le moyen est technique, mais la référence spirituelle. Telle est l'essence du rapport médecin-patient: la rencontre d'une conscience et d'une confiance, dont l'origine est une commune sécurité technique, mais l'accomplissement un échange spirituel”.
Petit traité des libertés médicales. Jean Rollin. Qu'attendez vous du médecin? Plon. Paris.
12. Bij de zitting van de 2e kamer der Staten-Generaal van 21 Maart 1865 zei Minister Thorbecke woordelijk: „Daarin stel ik voor als de wettige titel aan de genees-, heel- en verloskundige te geven, te bepalen, dien van arts.” Nijhoff. Nederl. Tijdschr. v. Geneesk. 1923. II 1610.
13. H. Klinkert. Openingsrede Alg. Verg. 1922. II. 217.
14. A. C. v. Bruggen. Huisartsen en specialisten. N. T. v. G. 1901. 1340.
Het antwoord op de vraag of deze tijd zal komen luidt: „Dat zal afhangen van de wijze waarop de wetenschap zich ontwikkelt en geschiedt dit aldus, dat de huisarts overbodig wordt, welnu dan zal hij verdwijnen en dan zullen wij met ons allen niet in staat zijn dit te beletten.”
Merkwaardig is nog het advies van groepsvoorzitter: „Dan is er nog een middel: een vijf- of zestal geneesheren van aan elkaar grenzende dorpen kunnen zich verenigen en elkaars taak verlichten door elk naar gelang van voorstudie, aanleg, voorkeur, enz. een speciaal vak voor zijn rekening te nemen”.
15. Pijnappel. Openingsrede Alg. Verg. 1900.
„Maar ook de interne medicus, de gewone practicus, wiens bestaan op het eeuwfeest misschien nog veel meer een historisch karakter zal gaan vertonen dan het thans reeds helaas gaat aannemen, ook hij mag zijn aandeel eischen”.
Burger, Geneesheer en Maatschappij. N. T. v. G. 1919. II. 81.
„Nolen sprak onlangs van een uitstervend ras.”
16. Kersbergen. Over het bestaansrecht en de betekenis van de huisarts. Openingsrede Alg. Verg. 1926.
N. T. v. G. 1926. III. 313.
„Maar het allerbelangrijkste is, dat hij die man moet worden, die de preventieve geneeskunde uitoefent, een raadgever op het gebied der individuele gezondheid, een man die de zoveel voorkomende lichte ongesteldheden van lichaam en geest tijdig herkent en cureert”.
17. Budger. Geneesheer en Maatschappij. N.T. v. G. 1919 II. 81.
„Ik deel deze sombere uitspraken niet, ook in de toekomst zie ik de huisarts een taak vervullen, veel hooger en moeilijker dan die van de specialist”.
18. Verslag van de Alg. Verg. N. T. v. G. 1929. II 4329.
19. J. B. Stolte. De specialist in het ziekenhuis. Annalen van het Thijmgenootschap Jaarg. XLI. afl. i. 1953.
20. H. Festen. De specialistenopleiding en de artsen-gemeenschap. R.K. Artsenblad 1955. 297.
„Dat deze ontwikkeling, waarbij de hulp, die door specialisten wordt gegeven, zich richt naar een medisch-technische hulpverlening en af en toe wel eens gaat in de richting van een onpersoonlijks geneeskunde, een groot gevaar inhoudt, zal voor ieder zonder meer duidelijk zijn, maar ik meen, dat men er in de grote ziekenhuizen niet steeds aan zal kunnen ontkomen. Het is in dit verband interessant de uitslag te vernemen van een enquête, die werd gehouden door de revue Présence over de verhouding tussen arts en patiënt in het ziekenhuis; daarbij viel onder meer op het verschil in de houding van de specialist in zijn spreekkamer en in het ziekenhuis. Bij de snelle visite met verpleegsters en assistenten rondom heeft de zieke nauwelijks recht om te spreken nog minder om vragen te stellen. De verpleegster antwoordt in de plaats van de zieke op de door de medicus gestelde vragen. „De verhouding tussen zieke en arts in het ziekenhuis.” R. K. Artsenblad. 1957. 227.
21. J. B. Stolte. Samenwerking van de specialist met de huisarts. R. K. Artsenblad. 1957. 160.
22. Annalen van het Thijmgenootschap. Jaarg. XLI. 1953.

23. Hornstra. Inaugurale rede. 1951. v. Stockum 's-Gravenhage.
24. Preventieve Geneeskunde en de taak der Kon. Nederl. Maatschappij. H. Festen. M.C. 1957. 386.
v. G. 1902. II. 65.
25. Mijnlief. Openingsrede Alg. Verg. 1902. N.T. v. G. 1902. II. 65.
26. P. Muntendam. Sociale Geneeskunde. N. T. v. G. 1957. I. 363.
27. Een definitie die niet ver afstaat van de omschrijving die Heringa gaf: „Sociale geneeskunde is de wetenschap die zich bezighoudt en behoort bezig te houden met de wisselwerking tussen de geneeskunde en het gemeenschapsleven”. M. C. 1948. 985.
28. Tuntler. Inaugurale rede. Eadem sed alitur. Wolters Groningen. 1947.
29. Verslag Alg. Verg. 2 April 1955. M. C. 1955. 427.
30. Oldendorff. Mens en Arbeid. Het spectrum. 1956.
„De voortdurende beleefde complementaire aanvulling van elkaars kunnen scheidt een reële band tussen de functionarissen. Het permanent voor elkaar nodig zijn en elkaar nodig hebben impliceert onderlinge afhankelijkheid en verantwoordelijkheid. Men moet op elkaars medewerken kunnen rekenen en vertrouwen.”
31. Oldendorff. Mensen onder elkaar. Spectrum. 1957.
32. Ponsioen. Tendenzen en spanningen in de organisatievormen der samenleving speciaal in de gezondheidszorg.
„Ons ziekenhuis. 1953. No 4.
„De toenemende samenwerking vereist in toenemende mate een gelijke gesteltnis bij de mensen tegenover de kwesties, die samen opgelost moeten worden.
33. R. C. Kwant. Het arbeidsbestel. Spectrum. 1957.
34. Heering. M. C. 1955. 375.
35. Cath. v. Tussenbroek. Het verschooningsrecht der geneeskundigen. N. T. v. G. 1900. II. 576.
Vanwege de dubbele positie die artsen „als deskundigen” innemen, zou dit wel aanleiding geven tot moeilijkheden.
Dank zij de bemoeiing van dr. v. Tussenbroek kon toch ook hier de geheimhouding veilig worden gesteld.

Oproep Hoofdredacteur Medisch Contact

Bij de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is te vervullen de functie van

HOOFDREDACTEUR

van Medisch Contact, het orgaan van de Maatschappij, zoals dit na de reorganisatie wekelijks zal verschijnen. Voor de functie, welke *niet* een volledige dagtaak zal omvatten, wordt gedacht aan een medicus, die inzicht heeft in medische en organisatorische zaken en die een brede belangstelling heeft voor het maatschappelijk leven in het algemeen, waardoor hij in staat is het contact van het medische beroep met andere sectoren van het sociale leven te bevorderen.

De hoofdredacteur zal worden bijgestaan door een redactiesecretaris met journalistieke ervaring.

Zij die belangstellen in deze functie kunnen zich voor 1 November a.s. wenden tot de voorzitter van de Werkcommissie Medisch Contact, Dr. Mr. H. de Boer, Jonkerlaan 81, Wassenaar.