

huisarts en wetenschap



MAANDBLAD

VAN HET NEDERLANDS HUISARTSEN GENOOTSCHAP

Bij de benoeming van Dr. J. C. van Es tot buitengewoon hoogleraar in de geneeskunde van de huisarts

Bij Koninklijk Besluit van 4 augustus 1966 is Dr. J. C. van Es benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde te Utrecht om onderwijs te geven in de geneeskunde van de huisarts. Het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap verheugt zich zeer over deze benoeming en wil op deze plaats gaarne zijn bijzondere gelukwensen aanbieden aan de jonge hoogleraar. Het ziet deze benoeming uiteraard in de eerste plaats als een erkenning van de wetenschappelijke prestaties en kwaliteiten van de persoon van Van Es. Daarnaast ziet het in deze benoeming ook een erkenning van het Genootschap en zijn wetenschappelijk apparaat, het Nederlands Huisartsen-Instituut, waarvan Van Es directeur is. Het directeurschap van het N.H.I. zal — gezien de historie van deze benoeming — vermoedelijk zelfs van doorslaggevende betekenis zijn geweest.

Het is niet de eerste maal dat een huisarts tot hoogleraar wordt benoemd. Dit is reeds meermalen voorgekomen. Zo waren bijvoorbeeld verscheidene van de hoogleraren in de sociale geneeskunde huisarts, voordat zij als zodanig werden benoemd. Het is zelfs niet de eerste maal dat een lid van het bestuur van het Genootschap tot hoogleraar werd benoemd: Professor van Deen is Van Es hierin voorgegaan. Het is echter wel de eerste maal dat in Nederland een huisarts als zodanig, in zijn eigen vak, tot hoogleraar wordt benoemd. In het buitenland is het enige ons bekende precedent de benoeming van Richard Scott enkele jaren geleden in Edinburgh tot „James Mackenzie Professor of Medicine in relation to General Practice”.

Deze benoeming is een buitengewoon verhe-

gende ontwikkeling. De huisartsen, de grootste homogene categorie van artsen, hebben nu een eigen vertegenwoordiger binnen een medische faculteit. Dit heeft grote voordelen. Zo zal de huisarts nu voor het eerst een vakgenoot als promotor kunnen kiezen bij het bewerken van een dissertatie; de stem van een huisarts zal kunnen worden gehoord bij de alom nodig geachte vernieuwing van het universitaire medische onderwijs; het wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de huisarts — een wat dit betreft nog grotendeels onontgonnen gebied — zal nu ook op universitair niveau kunnen worden aangevat. De benoeming van Van Es zal ongetwijfeld een intensivering en extensivering van de reeds respectabele activiteiten van het Nederlands Huisartsen-Instituut op dit gebied tot gevolg hebben.

Er is echter meer. Er was een kloof ontstaan, een lacune tussen huisarts en universiteit. Reeds eerder wezen wij erop dat dit niet alleen nadelen had voor de huisarts, maar ook voor de universiteit, (1962) *huisarts en wetenschap* 5, 353. De universiteiten concentreerden zich tot nu toe vrijwel geheel op de ziekenhuisgeneeskunde. Alle medische faculteiten in Nederland hebben wel een hoogleraar in de sociale geneeskunde en verschillenden van hen hebben getracht een brug naar de huisarts te slaan, maar de huisartsen waren er niet gelukkig mee als het ware ondergebracht te worden bij de sociale geneeskunde. Dit bezwaar is terecht te noemen; de huisarts is eerder als clinicus dan als sociaal geneeskundige te beschouwen.

Nu is — althans in Utrecht — de huisarts erkend als een zelfstandig lid van de faculteit. Dit is

een gunstig symptoom. De universiteit begeeft zich verder buiten haar muren en krijgt meer oog voor de klinische geneeskunde buiten het ziekenhuis. Dit zal niet alleen de huisarts, maar ook de universiteit ongetwijfeld tot groot voordeel kun-

nen strekken. Een dergelijke ontwikkeling is zowel uit theoretisch als uit praktisch oogpunt zelfs van groot belang te achten voor de ontplooiing van de gehele gezondheidszorg in Nederland.

F. J. A. Huygen

Kankerpatiënten in de huisartspraktijk; verslag van enkele voornaamste bevindingen bij een onderzoek naar de frequentie van en de zorg rondom deze patiënten

DOOR DR. L. MEINSMA EN MR. GH. ZAIN

Inleiding. De Centrale Kanker Registratie (C.K.R.) in Nederland streeft naar de bepaling van het aantal nieuwe kankerpatiënten, dat jaarlijks in Nederland wordt ontdekt (de zogenaamde „incidence”). Zij maakt met behulp van deze gegevens het geografisch-pathologisch onderzoek mogelijk. Daartoe wordt, op basis van vrijwilligheid, aan de medische staven van ziekenhuizen alsook aan andere specialisten verzocht van iedere nieuwe patiënt een aantal gegevens ter beschikking te stellen van het Bureau C.K.R. te Amsterdam. Behalve voor het epidemiologische onderzoek, bieden de verzamelde gegevens andere mogelijkheden, mede omdat aan de registratie een „follow-up”-onderzoek is gekoppeld. Daardoor is het bijvoorbeeld mogelijk het inzicht te verdiepen in de overlevings-tijden voor de verschillende vormen van kanker. Deze gegevens zijn een maatstaf voor de behandelingsmogelijkheden voor die vormen van kanker. Zij kunnen tevens dienen als basis voor vergelijking met overeenkomstige gegevens uit andere landen (Meinsma, 1963, 1965). Zo heeft de Centrale Kanker Registratie reeds een nuttige bijdrage geleverd aan de kankerbestrijding.

Door de medewerking van specialisten aan de Centrale Kanker Registratie komen reeds thans voldoende gegevens beschikbaar voor de bestudering van diverse vraagstellingen. Vanzelfsprekend zijn niet voor elk detail-onderzoek gegevens van alle nieuwe patiënten nodig. In 1964 werden bij de C.K.R. bijna 20000 nieuwe gevallen van kanker geregistreerd, inclusief een aantal dubbele registraties, dat wil zeggen patiënten die via twee ziekenhuizen zijn aangemeld. De patiënten waren opgenomen in 140 verschillende ziekenhuizen, die tezamen 67 procent van de beschikbare bedden capaciteit in de Nederlandse ziekenhuizen vormden. Om deze reden kan voor 1964 niet worden gesproken van een „complete” registratie; een deel van de nieuwe kankerpatiënten kon niet worden geregistreerd, maar, zoals reeds werd opgemerkt, dit is voor bepaalde detailonderzoekingen geen conditio sine qua non. De eerder genoemde „incidence” kan toch op verschillende

wijzen worden benaderd. Door namelijk gebruik te maken van de kankersterftecijfers die elk jaar door het Centraal Bureau voor de Statistiek worden gepubliceerd, alsook van de sterftecijfers die door de „follow-up”-dienst van de C.K.R. bekend worden, samen met de vijfjaars-overlevingscijfers waarover de C.K.R. beschikt, is het mogelijk een schatting te maken van het aantal nieuwe kankerpatiënten, dat jaarlijks in Nederland wordt gesignaleerd. Op basis van deze gegevens uit het jaar 1960 is de „completeheid” van de Centrale Kanker Registratie op ongeveer 55 procent geschat voor het jaar 1960. Dit percentage stijgt geleidelijk.

Met de op deze wijze benaderde „incidence” wordt geen indruk verkregen van het aantal patiënten, dat niet in een ziekenhuis wordt opgenomen. Daarnaast hebben de behandeling en verzorging van de kankerpatiënten een aantal sociaal-geneeskundige aspecten, dat een nadere bestudering wenselijk maakt. Zowel de Stichting Landelijke Organisatie voor de Kankerbestrijding, alsook de huisartsen, hebben belang bij een onderzoek naar de omstandigheden, welke de kankerpatiënt tot één van de moeilijkste problemen in de algemene huisartspraktijk maken.

Opzet van het onderzoek. Met betrekking tot de bovengenoemde problemen zijn met het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) en daarna met het bestuur van de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek uit het N.H.G., besprekingen gevoerd over een onderzoek van het Bureau C.K.R. samen met een aantal in dit vraagstuk geïnteresseerde huisartsen. Deze besprekingen waren gewijd aan de volgende doelstellingen:

- 1 Een poging tot bepaling van het jaarlijkse aantal nieuwe patiënten met een kwaadaardige nieuwvorming (inclusief de kwaadaardige *systeemziekten*) in de praktijken van de medewerkende huisartsen.
- 2 Het verzamelen van gegevens over de factoren, die ziekenhuisopneming van sommige patiënten