

BIJeenKOMSTEN OP
DINSDAG 28 MAART 1967 TE 's-GRAVENHAGE
DONDERDAG 13 APRIL 1967 TE SOESTERBERG

Voordrachten gehouden voor de Koninklijke Vereniging ter
beoefening van de Krijgswetenschap

door

EDz. DE VRIES
Commodore-vliegerarts

over

HET GENEESKUNDIG BELEID VAN EEN KRIJGSMACHT
TE 's-GRAVENHAGE

Voorzitter: J. H. COUZY, Luitenant-General b.d.

De Voorzitter:

Mijne heren, ik heet u allen van harte welkom. Aangezien er geen zaken van huishoudelijke aard zijn te behandelen kan ik meteen het woord geven aan de spreker van hedenavond: te beginnen bij de Commodore-Vliegerarts de Vries.

Mijnheer de Voorzitter,

Het is met bijzonder veel genoegen, dat ik hedenavond als ondeskundige in de Krijgswetenschappen mag praten tegen een publiek dat, naar ik mag aannemen, toch genoegzaam weet hoe een krijgsmacht is ingericht en hoe het dient te worden gebruikt.

Ik stel mij nl. voor over de samenstelling en de bruikbaarheid van de Geneeskunde te praten zoals die in mijn ogen bijzonder nuttig kan zijn voor de krijgsmacht. Ik ontveins mij niet, dat ik hier en daar in mijn betoog krijgswetenschappelijke fouten zal maken en ik zou het zeer op prijs stellen als u mij na afloop op verkeerde premissen zoudt willen wijzen. Aan de andere kant voel ik mij reeds ruim beloond als u mijn denkbeelden aanhoort, omdat ik dan meen aan een plicht te hebben voldaan. Ik meen nl., dat het mijn plicht is een zo volledig mogelijk overzicht te geven van de nieuwere maatschappelijke ontwikkelingen van de geneeskunde voor zover deze betrokken zijn op de militaire maatschappij.

Mag ik dan beginnen met u te verklaren, wat ik met de begrippen „krijgsmacht” en „beleid” bedoel.

Een *krijgsmacht* is naar mijn mening een organisatie die door de Staat wordt ingesteld en gefinancierd en bedoeld om land en volk met kracht van wapenen te verdedigen tegen alles en iedereen, die met geweld de bestaande orde wil veranderen of vernietigen.

Uit deze definitie volgt, dat de Staat de Krijgsmacht de middelen en de mensen ter beschikking moet stellen om de taak te kunnen verrichten. De minister van defensie met zijn ambtenaren en met zijn materieel- en personeel-

diensten blijven als Overheid verantwoordelijk voor het materieel en het personeel, maar delegeren een deel van die verantwoording aan de Bevelhebber.

Beleid is de wijze waarop met de ter beschikking gestelde middelen wordt gewerkt. De Bevelhebber is terzake van dit beleid verantwoordelijk aan de Overheid, in casu de minister van defensie.

Ik meen, dat ik u nu eerst een verklaring schuldig ben over het doel van deze causerie. De titel, die ik eraan gaf kan allerlei gedachten oproepen, zoals „Is er dan iets niet in orde met de militair geneeskundige dienst?“ of „Gaat het nu om het geneeskundig beleid t.a.v. de krijgsmacht, of om het krijgsmachtbeleid t.a.v. de geneeskundige dienst?“ Mijn inleiding is geen kritiek op de M.G.D. noch op de Krijgsmacht, maar wil slechts zijn een kritische beschouwing van de samenstel-mogelijkheden van de twee begrippen.

Geen verantwoordelijk leider van een Krijgsmacht zal heden ten dage ontkennen, dat de geneeskundige dienst een onmisbaar onderdeel van zijn organisatie is. Meer en meer wordt de opvatting gehuldigd, dat de geneeskundige dienst de daadwerkelijk ondersteunde dienst is en niet slechts een „reparatie“-organisatie van menselijk materieel, die op grond van – voor het krijgsbedrijf overigens nutteloze – etische gevoelens, tot dicht achter de frontlijn doordringt, zich beroepende op „het moreel van de troep“, om zich dan te handhaven op plaatsen, waarbij hij alles en iedereen in de weg staat!

De Hogere Krijgskunde begint in te zien, dat de geneeskundige dienst één van de absoluut onmisbare „technische“ diensten is, die noodzakelijk zijn om de slagkracht van zijn Krijgsmacht tot de hoogste efficiency op te voeren.

De Zeemacht, de Landmacht en de Luchtmacht hebben hun steeds groter wordende slagkracht te danken aan de steeds voortgaande technische vervolmaking van hun strijdmiddelen, vervoermiddelen en communicatiemiddelen.

Misschien meer dan welke zware industrie ook werd de Krijgsmacht gedwongen (uiteraard) gebruik te maken van de allernieuwste technische en electronische apparatuur, van de meest verfijnde natuurkundige en scheikundige hulpmiddelen.

Maar om de vijand buiten gevecht te stellen of om een krijg te voeren zijn er nog steeds *mensen* nodig, die de wapens moeten hanteren en de apparatuur moeten bedienen.

De werknemers-bedienaren in het krijgsbedrijf zijn de militairen. Dit zijn de mensen, die sinds de laatste eeuw echter technisch niet verbeterd worden. Noch de techniek, noch de electronica hebben de reactiesnelheid en/of het arbeidsvermogen van de mens wezenlijk kunnen verbeteren.

Om zich toch aan de geweldige vlucht van de techniek enigszins aan te passen heeft de mens zich gespecialiseerd. Hij maakt een doelmatiger gebruik van zijn vermogens. Zijn menselijke werkcapaciteit, zijn verstand, inzicht, geheugen en vaardigheid, zijn meer gericht op slechts enkele onderdelen van de zo gecompliceerde oorlogsapparaturen.

De leider die met zijn krijgsmacht moet kunnen opereren, moet weten, wat hij aan specialistische oorlogsapparatuur bezit en welke mogelijkheden het biedt.

De Krijgsmacht bestaat thans voor het overgrote deel uit specialisten.

Deze, door hun tijd- en geldroevende opleiding, kostbare bedienaren van het oorlogsapparaat zijn niet zonder meer vervangbaar.

Het mensenmateriaal, dat deel uitmaakt van de Krijgsmacht, moet bestaan uit *kundige, betrouwbare, belastbare en inzetbare* militairen, die bovendien

volkomen aangepast zijn aan de te gebruiken oorlogsapparatuur. Dit materiaal in vele gevallen zelfs onmisbaar is uitermate gespecialiseerd en daardoor zeer kostbaar geworden. Het mensenmateriaal van een strijdmacht kan niet meer gezien worden als een massa, waarvan de grootte evenredig is met de slagkracht; het is veeleer een zeer gecompliceerd samenstelsel van delicate structuren, die op de juiste wijze geïntegreerd, een enorm destructief potentieel hebben, maar onderling te veel verschillen om elkaars functies over te kunnen nemen.

De instantie, die verantwoordelijk is voor de *lichamelijke en geestelijke betrouwbaarheid, de belastbaarheid en de inzetbaarheid* van dit materiaal is de *Geneeskundige Dienst*.

De Geneeskundige Dienst verzorgt immers de mens; hij controleert en regelt de menselijke functies, controleert en waardeert de normale inzetbaarheid, repareert afwijkingen ten gevolge van ziekte of ongevallen en beraamt ten slotte de middelen om de oorzaken van deze afwijkingen te elimineren.

Net als elke machine heeft de mens een bepaalde belastbaarheid gedurende een bepaalde tijd. Vergeleken met de meeste machines is het arbeidsvermogen van de mens zeer klein.

De menselijke machine is zeer kwetsbaar en gevoelig voor allerlei natuurkundige invloeden, (extreme temperaturen, stralingen, te lage of te hoge verlichtingen, te lage of te hoge geluidsniveaus, fysisch geweld, veranderingen van de samenstelling en de druk van de hem omringende lucht). De Militair Geneeskundige Dienst controleert en evalueert deze invloeden in het arbeidsmilieu en adviseert ten aanzien van de eventuele beschermende maatregelen voor deze menselijke machine.

Na een zekere belasting is er energie verbruikt en moet de menselijke machine weer geladen worden met nieuwe energie (voedsel en rust).

Ook hier adviseert en controleert de Geneeskundige Dienst en fungeert hij als een soort „maintenance“-dienst voor het duurste materiaal van de krijgsmacht, de mens.

De Geneeskundige Dienst moet het tot zijn taak rekenen de „gebruikers“ van die mens een juist inzicht te geven in de limieten van de belastbaarheid van dit „materieel“, teneinde het op de meeste efficiënte wijze in te zetten.

Maar ik betwijfel of de artsen zelf wel voldoende hebben getracht dat „juiste inzicht“ uit te dragen aan de verantwoordelijke commandanten.

Ongetwijfeld ligt dit voor het grootste deel aan de instelling van de arts die ook als militair arts in zijn hart meer arts dan militair is.

Vijfentwintig jaar geleden leerde hij slechts waar het hem werd toegestaan om curatief bezig te zijn zonder het bedrijf te veel te hinderen; van het bedrijf leerde hij te weinig om in staat te zijn de juiste maatregelen ter bevordering van de efficiency en de belastbaarheid van het personeel toe te passen.

Hij leerde, dat het houden van ziekenrapporten en „gezondheids“-inspecties voldoende controle was voor dit materiaal. Zijn inzicht in het militaire bedrijf was beslist onvoldoende.

Het militair beleid van voor 1940 kon wel de noodzaak inzien van een dienst, die zieke militairen genas en lieft direct weer voor de arbeid of strijd geschikt maakte, zolang deze dienst maar militair was georganiseerd, zich althans uiterlijk militair gedroeg en verder organiek inzetbaar was. Wanneer de krijgskundige operatiën niet gehinderd werden kon men met de geneeskundige dienst tevreden zijn.

De Geneeskundige Dienst hield zich bescheiden op eerbiedige afstand van de

legerleiding. Meestentijds werd de arts buiten het militair beleid gelaten en werd hem slechts toegestaan zijn plannen te coördineren met de door de leiding vastgestelde militaire plannen.

Het is ongetwijfeld te wijten aan het (overigens begrijpelijke) etische en curatieve denken van de arts, dat hij vroeger genoeg nam met de plaats van een huisapotheekje in de Krijgsmacht, om alleen bij verwondingen en ziekten op te treden.

In de laatste decennia trad hij steeds meer op als ziekte-voorkomende instantie (de ontwikkelingen van de preventieve geneeskunde). Het is de militaire arts pas in de laatste tien jaar gelukt door te dringen tot in de beleidsstaven en daar te bewijzen, dat hij een onmisbare technische adviseur kan zijn voor het meest kwetsbare materiaal van de Krijgsmacht, nl. de *mens!*

Wanneer een arts echter in de beleidsstaf wil meepraten, dan moet hij op de hoogte zijn van het bedrijf, met alle aspecten van het bedrijf, die zo talrijk zijn en zo zeer uiteenlopend.

Om tot een optimaal wederzijds begrip te geraken zijn twee dingen nodig. De militair moet de arts confronteren met alle aspecten van het krijgsbedrijf, terwijl de arts de militair moet doen inzien, dat de geneeskundige verzorging van de werknemers in het krijgsbedrijf meer omvat dan bij voorbeeld de huisartsenhulp, waarmee iedere leek min of meer bekend is. De verantwoordelijkheid voor het geneeskundig handelen vangt bij de burgerarts pas aan als de patiënt hem *om hulp vraagt*. De militaire arts is voortdurend verantwoordelijk voor de lichamelijke en geestelijke gezondheid van de militair. Wanneer men daarbij bedenkt, dat in moderne zin onder „gezondheid” mede wordt verstaan „lichamelijke en geestelijke vitaliteit en spankracht, het weerstandsvermogen, de arbeidsvreugde, motivatie en moreel”, dan is het duidelijk, dat de militaire arts een belangrijk ruimere instelling moet hebben dan de huisarts.

Naast de geneeskundige verzorging van de militairen bestaat nog een zeer uitgebreide taak als *bedrijfsgeneeskundige*. De Krijgsmacht is immers een militair bedrijf met ontelbare bedrijfsgeneeskundige aspecten, voortkomend uit de steeds verder ontwikkelde technische behoeften die variëren van zeer zwaar technisch materiaal tot zeer subtiele electronische apparatuur. Bedrijfsgeneeskundige aspecten, bovendien, voortkomend uit de nimmer aflatende paraatheidseisen, die maken, dat het bedrijf 24 uur achter elkaar moet werken, of binnen enkele minuten zijn volle werkzaamheid moet kunnen ontplooiën. Ten slotte bepaalt het feit, dat de uitoefening van het „bedrijf” voor een zeer groot deel in de open lucht moet geschieden, *onafhankelijk van welke klimaatsomstandigheid dan ook*, dat de „werknemer” in dit „bedrijf” een veel groter risico loopt om lichamelijk en geestelijk ontregeld te worden.

Over de vraag of de Krijgsmacht als een *bedrijf* moet worden beschouwd, waarvan de werknemers *curatief* door hun eigen *bedrijfsarts* worden behandeld, valt zeker te discussieren.

Dit wordt in de burger geneeskunde officieel niet juist geacht omdat het aanleiding zou geven tot conflicten tussen arts en patiënt en het de arts-patiënt vertrouwensrelatie zou verstoren.

De M.G.D. speelt echter de rol van „Volksgezondheid” voor de militaire maatschappij en heeft in het verleden nooit ernstige vertrouwensconflicten gekend.

De militair is dikwijls gebonden aan een woon-concentratie die het onmogelijk maakt om de „huisarts” te consulteren. De militair woont vaak niet thuis,

niet in provincie en soms zelfs niet in Nederland. Nog afgezien van de eisen van uniformiteit en organisatie maakt de aard en de ligging van de militaire concentratie het noodzakelijk dat van overheidswege moet worden voorzien in een curatief geneeskundige verzorging. Dit is een vanzelfsprekende verantwoordelijkheid van de militaire overheid, welke identiek is aan de verantwoordelijkheid van leiders van alle mensengemeenschappen, cultuurgemeenschappen en van varende schepen, die in de situatie verkeren dat geneeskundige hulp op korte termijn niet op een andere manier verkrijgbaar is.

Naast de curatieve, preventieve en bedrijfsgeneeskundige gezondheidszorg is de M.G.D. nog verantwoordelijk voor het verrichten van keuringen en ziekencontroles. (Selectie en kwaliteitscontrole).

Bij deze opsomming van de facetten van de militaire geneeskunde heb ik de werkelijk enorme taak van de voorbereiding van een geneeskundige verzorging van de strijdende krijgsmacht buiten beschouwing gelaten. Ik meen dat uit de vakliteratuur op dit gebied u reeds veel bekend zal zijn.

Om een geneeskundig beleid te voeren moet men de middelen hebben.

Daarom dient het geneeskundig beleid aan te vangen bij de *werving* van geneeskundig personeel. De problemen van het artsentekort zullen u uit de dagbladen wel enigszins bekend zijn. Het aantal medische studenten, dat in de eerstkomende jaren als arts beschikbaar zal zijn is zeer onvoldoende; maar bovendien wordt het aantal afgestudeerden, dat huisarts wil worden, ook steeds kleiner. Hiervoor zijn meerdere oorzaken aan te wijzen. Afgezien van de te lage honorering van de zware arbeid (gemiddeld 65 uur per week) wordt de arbeidsvreugde van de huisarts ernstig gehinderd door het enorme aantal abonnementpatiënten (ziekenfondsen, etc.). Tijd om een rustig en vertrouwelijk gesprek met de patiënt te hebben of om zich te oriënteren naar de sociale achtergronden van patiënt en gezin is er niet meer. Tijd om een patiënt zelf wat uitgebreider te onderzoeken ontbreekt, met het gevolg dat de huisarts de patiënt naar de specialist verwijst. In het kort komt het erop neer, dat het curatieve denken en handelen van de arts meer en meer naar de specialist wordt verlegd.

Wanneer men bedenkt, dat het zwaartepunt van onze nederlandse geneeskundige opleiding ligt in de specialistisch curatieve sfeer, dan is het begrijpelijk, dat jonge artsen liefsr allemaal specialist willen worden. Voor de huisartsen-geneeskunde en voor de sociale geneeskunde is in de nederlandse geneeskundige opleiding nog vrijwel geen plaats ingeruimd.

Het aantal specialisten heeft in Nederland reeds lang het aantal huisartsen ruim overtroffen. Nog groter is het aantal sociaal geneeskundigen. Dit zijn meestal schoolartsen, gemeente-artsen, keuringsartsen, controlerend artsen, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, etc. Zij zijn practisch allemaal in dienstverband.

De sociale ontwikkeling maakte de sociale geneeskunde tot een apart specialisme. Met de wettelijk geregelde sociale zekerheden ontstond onvermijdelijk de aanstelling van artsen in sociaal geneeskundige functies.

Het bedrijf en de overheid boden goede honoraria, ambtelijke werktijden (45 uur) en sociale zekerheden. Het is begrijpelijk, dat veel oudere huisartsen hun toch al minime „arbeidsvreugde“ graag ruilden voor meer „levensvreugde“.

De militaire overheid, die verantwoordelijk is voor de geneeskundige verzorging van het militaire personeel, zou net als het rijk, de gemeenten, de bedrijfsverenigingen en de ziekenfondsen aantrekkelijker honoraria kunnen bieden. Hiermee bereikt men echter alleen de oudere artsen. De jongeren willen

hun curatieve bevoegdheden ten volle gebruiken. Alle andere geneeskunde wordt door hen als inferieur gevoeld.

Naar mijn mening zal er veel meer wervingskracht van uit gaan, als wij trachten meer inhoud te geven aan de *positie*, de *taak* en de *loopbaan* van de militaire arts.

De positie van de militaire arts moet in de eerste plaats gebaseerd zijn op de bedrijfsgeneeskunde. Hij is de *bedrijfsgeneeskundige* van het krijggsbedrijf. Wanneer het krijggsbedrijf echter in actie moet komen is de positie van de militaire arts vrijwel uitsluitend die van de *traumatoloog*, een nieuwe wetenschappelijke benadering van de geneeskunde, die zich toelegt op de funcTierreddende en levensreddende behandelingen van alle mogelijke verwondingen.

Het zou psychologisch verkeerd zijn om vooral de jonge militaire arts de *curatieve geneeskunde* te ontzeggen. De curatieve taak echter in de militaire maatschappij is als gevolg van de strenge gezondheidsselectie bijzonder klein. Daarom verdient elke mogelijkheid om aan de curatieve taak uitbreiding te geven een serieus onderzoek.

De zorg voor het behoud van de gezondheid, de *preventieve geneeskunde* is ook vaak voor de jonge arts iets dat geen directe bijdrage levert voor zijn pas verworven „image” van „geneesheer”.

Het enorme belang van de onvatbaarmaking, de periodieke röntgendoorlichtingen, keuringen en saneringen, de voedselhereiding, vuilafvoer, legering, kleding, reinheid, etc. moet hem nog worden bijgebracht.

Zonder u een gedetailleerde uitwerking voor te leggen van een carrièreplan wil ik u alvast een idee geven op welke wijze dit plan te realiseren zou zijn.

Elke beroepsarts zou in de eerste plaats de basis cursus Sociale Geneeskunde moeten volgen, voordat hij als zelfstandig onderdeelarts wordt aangesteld. De bedrijfsgeneeskundige opleiding, al of niet geïntegreerd met de militair geneeskundige opleiding, heeft voor de Militair Geneeskundige Dienst enkele zeer aantrekkelijke voordelen.

Het is van essentieel belang voor het aanzien van het Militair Bedrijf dat daardoor bewust een bijdrage levert aan de ontwikkeling van de algemene bedrijfsveiligheid in de Krijgsmacht. Bovendien wordt de beroepsarts een beter begrip bijgebracht voor de Sociale Geneeskunde dan hij in zijn artsenopleiding kreeg en die hem eerder zal doen inzien, dat onze huidige gemechaniseerde maatschappij een uitgebreide geneeskundige organisatie eist ter beveiliging van haar voortbestaan. De weg naar de erkenning als bedrijfsgeneeskundige moet voor hem openstaan.

Dat de militaire arts hierdoor eerder geneigd zou zijn de dienst te verlaten is m.i. niet houdbaar. Iedere arts kan immers op zijn 40e jaar uitsluitend met zijn artsdiploma overal een goede positie verwerven. Als zijn militaire functie hem niet meer bevalt kan dat voornamelijk zijn omdat hij meer curatief is ingesteld, of omdat hij meent sociaal en financieel een betere status te kunnen krijgen.

In het ene geval zal hij „specialist” willen worden omdat „huisarts” niet meer zo'n curatieve activiteit biedt. In het andere geval concurreert hij vrijelijk mede naar meerdere functies waarvoor iedere arts in aanmerking kan komen.

In de tweede plaats moet de militaire arts, waar het maar enigszins mogelijk is, worden toegestaan om militaire en eventueel ook burger-gezinnen te (behandelen, die uiteraard vrijwillig de militaire arts als huisarts willen aanvaarden.

De bewering, dat dan het *militaire werk* er onder zal lijden is even absurd als de bewering, dat een arts zijn minder vermogende patiënten zou laten lijden onder zijn vermogende patiënten. De Nederlandse artsenopleiding garandeert

toch wel, dat de arts zich bewust is van zijn verantwoordelijkheid voor de taken waarvoor hij is gesteld.

Als hij verantwoordelijk gesteld wordt voor de gezondheidszorg van een bepaalde groep militairen, dan kan hij die verantwoordelijkheid dragen en zal hij haar dragen.

De controle op het militair geneeskundig werk is immers in handen van de IMGD, zoals de controle van het civiele geneeskundige werk wordt uitgeoefend door de Geneeskundige inspectie van het Departement van Volksgezondheid.

De praktische invoering van dit militair-huisartsen-systeem zal uiteraard onderwerp van overleg moeten zijn met de Mij. van Geneeskunst over de „vestiging” van een „huisarts”, terwijl ook de landelijke of plaatselijke ziekenfondsen de „huisarts” zullen moeten accepteren.

Als bijzonder emolument kan de militaire arts voor zijn burgerpraktijk de *militair geneeskundige faciliteiten* gebruiken.

Dat dit een te grote discriminatie zou zijn t.o.v. de burgerarts ter plaatse mag men niet stellen, omdat de militaire arts met burgerpraktijk zelf zijn bonus moet verdienen en *bepert kan worden in het aantal* ingeschreven patiënten. Deze *bepering* hangt natuurlijk van vele factoren af, zoals bij voorbeeld de grootte en uitgebreidheid van het militair geneeskundig werk.

De specialistische curatieve geneeskunde is eigenlijk het enige, dat de jonge militaire arts niet hoeft te leren als hij in dienst komt. De bedrijfsgeneeskunde, de traumatologie en de preventieve geneeskunde moeten hem nog worden bijgebracht.

De cursussen en stages, die hiervoor nodig zijn, nemen tijd in beslag. Maar wanneer hij dit dan allemaal heeft gehad is hij een *hoger gekwalificeerde* arts. Dit moet ook blijken in een erkenning als zodanig en in een honorering vergelijkbaar met die van de burger (ambtenaar) collega.

Het contact met de civiele geneeskunde en met de organisaties die de Geneeskunst in Nederland reglementeren (de Inspectie voor de Volksgezondheid zowel als de Ned. Mij ter bevordering der Geneeskunst) dient te worden geïntensiveerd. In feite is de Nederlandse militair altijd een Nederlands onderdaan! Het verschil in geneeskundige verzorging ligt voornamelijk hierin, dat de militaire arts de individu als lid van een speciale groep behandelt. Hij beschouwt de individu veel meer in zijn arbeidsmilieu dan de burgerarts dat doet.

Men kan de burgerpraktijkdoende militaire arts vergelijken met de arts, die bedrijfsgeneeskundig adviseur is bij een industriële firma, maar tevens huisarts is.

Conflicten tussen curatieve en sociaal geneeskundige verantwoordelijkheden hebben zich in de militaire maatschappij echter nooit voorgedaan.

Een boven de partijen staand militair geneeskundig instituut (in de vorm van herkeuringsraden en geneeskundige commissies) dat uitsluitend verantwoordelijk is aan de Minister, blijkt in het verleden steeds aan elk sociaal rechtsgevoel te hebben beantwoord. In zeer veel gevallen heeft het feit, dat de onderdeelarts tevens behandelend arts was van het gezin, voor alle partijen bijzonder zegenrijke resultaten gehad.

Bij het heersend artsentekort in de drie Krijgsmachten dienen wij naar middelen te zoeken om het tekort te bestrijden. In eerste instantie zouden wij ons kunnen afvragen of de militaire arts, die altijd beschikt over militair geneeskundig personeel en deel uitmaakt van een militair geneeskundige organisatie, zijn taak geneeskundig wel zo doelmatig mogelijk verricht. In enkele gevallen

valt er door efficiëntere werkwijzen veel te verbeteren, maar in het algemeen zal de verbetering moeten komen van een doelmatiger inzet van de huisarts.

De taken, die *uitsluitend* door een arts kunnen worden verricht zijn in de militaire geneeskunde niet zo tijdrovend. Het gaat hier vooral om de zuiver medische taken. Het keuren, het onderzoeken, het vaststellen van de diagnose, het bepalen van een prognose, het instellen van een therapie, het consulteren van specialisten, het bepalen van de arbeidsgeschiktheid, het uitvoeren van immunisaties, het opstellen van ziektegeschiedenissen, het onderhouden van contacten met burger- en militaire medische collega's en instanties, het treffen van maatregelen die het lichamelijk en geestelijk welzijn van de militair ten goede komen.

In het kader van de sociale geneeskunde en bedrijfsgeneeskunde moet de militaire arts nog aandacht schenken aan de lichamelijke en geestelijke inzetbaarheid van de man voor een bepaalde functie, aan het arbeidsmilieu en aan de bereidheid van de man om een bepaalde taak uit te voeren, al of niet in teamverband, waaraan al of niet een zeker risico is verbonden.

Hij zal zich ook moeten bemoeien met het materieel en het personeel, dat hem bij deze taak kan helpen. De lokaliteiten, het instrumentarium, het verplegend en administratief personeel eisen zijn aandacht. Maar ook met de taken en de functies van de militairen moet hij geheel op de hoogte zijn om een indruk te kunnen krijgen van werktijden en werkbelasting.

Bij zijn taak voor de preventieve gezondheidszorg en vooral bij de voorbereidingen van de oorlogstaak zou de militaire arts kunnen worden bijgestaan door een officier geneeskundige troepen, welke overeenkomstig het *USA-Medical Service Corps* beter Officier Geneeskundige Dienst zou moeten heten.

Zo'n functionaris zou een zeer grote bijdrage kunnen leveren tot het efficient functioneren van een militair geneeskundige dienst. Een officier geneeskundige dienst kan immers worden belast met de *geneeskundige mobilisatie voorbereiding* van het onderdeel, waarvoor hij beter dan de arts, samen kan werken met de officieren belast met de objectverdediging en met de grondverdediging in het algemeen. Men zou hem ook kunnen belasten met de *organisatie van ziekenvervoer* in oorlogstijd zowel als in vreedetijd. Het *materieelbeheer* kan onder zijn supervisie worden gesteld, evenzo als de *genees- en verbandmiddelen bevoorrading en de opslag* daarvan. De *hygiënische inspecties* kunnen aan hem worden overgelaten. De *geneeskundige lessen en voorlichting aan de troep* moeten onder zijn toezicht staan, terwijl hij in samenwerking met de troepenofficieren *geneeskundige oefeningen kan voorbereiden en doen uitvoeren*. Het nut van de officier geneeskundige dienst is in vreedetijd zeker even groot als in oorlogstijd. Het zou mij niet verwonderen als in meerdere geneeskundige diensten het niet bezetten van een organieke artsenaanplaats dan niet meer als een gemis zou worden gevoeld.

Wanneer tevens meer aandacht kon worden geschonken aan de werving en kwaliteitsverbetering van het lagere geneeskundig verzorgingspersoneel kan de toekomstige militaire arts op vele plaatsen in Nederland niet slechts een zeer bevredigend arbeidsterrein vinden, maar tevens een welkome medewerker zijn van de toch al zo overbelaste burgercollega's huisartsen.

Ten slotte nog enkele woorden over de *plaats* van de militaire arts, in de krijgsmacht en t.o.v. de volksgezondheid. Dit is een kwestie van verantwoordelijkheden. De officier arts is op één uitzondering na volledig verantwoordelijk aan zijn commandant. Die uitzondering wordt gevormd door het curatieve

denken en handelen. In dit opzicht is de arts uitsluitend verantwoordelijk aan de patiënt, en aan niemand anders. Wanneer zich op dit gebied conflicten zouden voordoen, dan kan hierover slechts een hogere geneeskundige instantie oordelen. Voor het overige oordeelt in eerste instantie de commandant.

Wellicht is het niet ondienstig om ook in dit verband nogmaals de nadruk te leggen op het adagium: *De arts adviseert de commandant in geneeskundige aangelegenheden*. Hiermee wordt een enorme verantwoordelijkheid op de schouders van de commandant gelegd. Eigenlijk draagt deze hiermede dezelfde verantwoording als die van de huisvader t.o.v. zijn gezin, maar ook die van de Staat t.o.v. zijn burgers. In feite is de positie van de onderdeelarts t.o.v. zijn Commandant min of meer te vergelijken met bij voorbeeld die van de gemeentearts t.o.v. de burgermeester of die van de Staatssecretaris voor Volksgezondheid t.o.v. de Regering!

Voor mijn gevoel ligt in deze (relatieve) vergelijkbaarheid de weg naar de wederzijdse herkenning en daardoor erkenning van de geneeskundigen in militaire en burger organisaties.

De verantwoordelijkheid van de Bevelhebber voor het wel en wee van de hem toevertrouwde mensen zou niet aanvaardbaar zijn als hij niet over een organisatie zou beschikken die gespecialiseerd is in een wetenschap, die zich geheel heeft gericht op het bevorderen van het welzijn in geestelijk en lichamelijk opzicht.

Deze organisatie, die uitgroeide tot een vrijwel alle geneeskundige werkzaamheden omvattende Militair Geneeskundige Dienst, zal zijn adviezen ook steeds moeten richten op het welzijn van de mens.

Maar zoals een vader van een gezin de adviezen van de huisdokter om allerlei redenen niet kan opvolgen en zoals de Overheid vaak (en dan meestal om financiële redenen) de voorstellen van „Volksgezondheid” niet kan aanvaarden, is het ook voor de Bevelhebber niet steeds mogelijk om in te gaan op de adviezen van de M.G.D. *Dit is de verantwoordelijkheid van de Overheid!*

Toch meen ik onderscheid te moeten maken in de verantwoordelijkheden van de Krijgsmachten t.a.v. de verschillende geneeskundige werkzaamheden.

De directeur van een groot bedrijf is pas verantwoordelijk wanneer de werknemer in dienst komt. Hij is echter door allerlei sociale wetten verplicht zichzelf en zijn werknemers te verzekeren tegen ziekten en ongevallen. De overheid neemt dus een belangrijk deel van de verantwoordelijkheid van die directeur over.

Het is daarom onjuist dat een Bevelhebber *alle* verantwoordelijkheden moet dragen voor de functionering van zovele militair geneeskundige en militair sociaal-geneeskundige taken. Het is dan ook om die redenen dat de functies van de M.G.D. aan een nadere beschouwing worden onderworpen in het licht van de feitelijke verantwoordelijkheden.

De geneeskundige aangelegenheden specifiek behorende bij het krijgsmachtdeel alsmede de 1e en 2e echelons geneeskundige verzorging van de daartoe behorende onderdelen dienen geheel onder bevel en verantwoordelijkheid van de „Bevelhebber” te staan.

Alle geneeskundige aangelegenheden die daarentegen *niet* specifiek bij een krijgsmachtdeel behoren, alsmede de 4e en 5e echelons geneeskundige verzorging, dienen onder bevel en de verantwoordelijkheid van de „Overheid” c.q. de Minister te staan.

Geneeskundige aangelegenheden specifiek behorende bij een krijgsmachtdeel zijn o.a.:

1. luchtvaartgeneeskundige, duikgeneeskundige aangelegenheden e.d.;
2. geneeskundige onderzoekingen naar de geschiktheid voor bepaalde (zware) functies;
3. geneeskundige onderzoekingen naar lichamelijke of geestelijke schaden bij de uitoefening van „slijtende” functies;
4. begeleiding van zware oefeningen en sport;
5. (specifieke) bedrijfsgeneeskunde en bedrijfsveiligheidsaspecten;
6. specifiek-geneeskundige opleidingen.

Verder moet elke Krijgsmacht nog verantwoordelijk zijn voor het houden van ziekenrapporten, (= bedrijfsgnk. spreekuur), spreekuren voor poliklinische behandelingen, specifieke keuringen.

Dit is de 1e echelons geneeskundige verzorging.

De 2e echelons geneeskundige verzorging is het met bedrust en eenvoudige verpleging opnemen van een patiënt ter genezing of ter nadere observatie (= ziekenverblijf).

Uiteraard dient elke Krijgsmacht zich bezig te houden met de oorlogsvoorbereidingen van en oefenen met 1e en 2e echelons gnk. verzorgingsmateriaal (voor Ned. troepen in buitenland evt. 3e echelon).

Niet specifieke gnk. aangelegenheden zijn in feite alle niet eerder genoemde geneeskundige handelingen en verrichtingen. Hieronder vallen o.m.:

1. alle algemeen lichamelijke keuringen, herkeuringen, ongeschiktheidsverklaringen;
2. alle beschermingen, onvatbaarstellingen, welke mutatis mutandis ook voor niet militairen van toepassing zouden zijn (immunisaties, vaccinaties, ongediertebestrijding, algem. hygiënische maatregelen);
3. materiaalvoorziening voor vredes- en oorlogstijd (geneesmiddelen en instrumenten etc.) inclusief bloedtransfusiemateriaal, vaccins en sera;
4. klinische specialistische behandelingen en revalidatie;
5. algemeen sociaal militair geneeskundige opleidingen.

Wanneer de verantwoordelijkheid uitsluitend gedragen moet worden door drie inspecteurs zou deze moeten worden gesplitst in (a) een zelfstandige verantwoordelijkheid t.o.v. de betreffende hevelhebber voor wat betreft de specifieke aangelegenheden en (b) een gezamenlijke verantwoordelijkheid als *Geneeskundige Raad* (G.R.) aan de Minister voor wat betreft de niet specifieke Krijgsmachtgeneeskunde.

Aangezien deze „niet specifieke” geneeskunde veel overeenkomst vertoont met de taak van een Directeur Generaal voor de „Gezondheidsbescherming”, zou een „Directeur” aan de G.R. verbonden kunnen worden voor de uitvoering van deze „niet specifieke” geneeskundige aangelegenheden. De Directeur is uitsluitend verantwoordelijk aan de G.R. terwijl de Raad als zodanig verantwoordelijk is aan de Minister, voor wat betreft de geneeskundige aangelegenheden waarmee de Directeur is belast.

Aldus wordt in de grote totaliteit van de geneeskundige verzorging van de krijgsmachten een scheiding voorgestaan, die tot uitdrukking komt in de geneeskundige verzorging van de krijgsmacht in engere zin en de geneeskundige verzorging die buiten de krijgsmachten valt.

De geneeskundige verzorging *in* de krijgsmacht geschiedt geheel door militairen en is noodzakelijkerwijs een militair-operationele organisatie.

De geneeskundige verzorging *buiten* de krijgsmacht is hoofdzakelijk aan specialisten en specialistische instanties toegedacht, militair en/of burger.

Uitgaande van de gedachte dat *geen* Bevelhebber operationeel is geïnteresseerd in een zieke militair, die (bij voorbeeld 30 dagen of langer) niet inzetbaar is, maar dat hij die militair wel zo snel mogelijk *genezen* terug wil hebben of, indien hij oninzetbaar blijft, juist niet meer terug wil hebben, kan de Minister in zijn personeelsbeleid bepalen waar de grens moet komen te liggen.

De Bevelhebber ontvangt van de Minister zijn personeel in een voorgekeurde, gezonde toestand en zet dit personeel in waar het hem goeddunkt. Als dat personeel een aanzienlijke beperking van inzetbaarheid blijkt te hebben, moet hij de Minister dit personeel terug kunnen aanbieden. De Minister kan daarna bepalen of het personeel nog voor andere functies in aanmerking komt of dat het moet worden afgevoerd.

Integratie van niet specifieke geneeskundige diensten van de krijgsmachten is in vele opzichten mogelijk.

In verband met de eigen verantwoordelijkheden welke een uitvloeisel zijn van het verschillend beleid van de krijgsmachten, dienen de inspecteurs aan hun bevelhebbers verantwoordelijk te zijn en, waar nodig, via die bevelhebbers aan de Minister.

In de geïntegreerde sector van de geneeskundige verzorging kan een directeur worden aangesteld (op voordracht van de drie inspecteurs) door de Minister, die belast wordt met de uitvoering van alle geïntegreerde geneeskundige aangelegenheden. Het beleid t.a.v. de uitvoering van zijn taak berust bij de Geneeskundige Raad. De Directeur zal een staf moeten hebben om zijn taak uit te voeren, terwijl de drie Inspecteurs elk afzonderlijk een staf hebben, welke voor een deel uit staffunctionarissen van de betreffende Krijgsmacht kan bestaan.

Conclusie:

Getracht werd de krijgsmacht als een Staatsbedrijf te beschouwen waarvan de bedrijfs-geneeskundige dienst wordt gevormd door de M.G.D.

De verantwoordelijkheden t.a.v. de gezondheidszorg en de gezondheidsbescherming rechtvaardigen een vergelijking met de Dienst van de Volksgezondheid.

Teneinde aan de totale geneeskundige verzorging van de militaire maatschappij de gewenste uitvoering te kunnen geven was het nodig om het artsentekort in beschouwing te nemen evenals de scheiding van de diverse geneeskundige verantwoordelijkheden. Hierbij werden mogelijkheden geopperd om de militaire arts doelmatiger te gebruiken in een voor hem aanvaardbaarder werkkring welke leidt tot een hoger gekwalificeerde positie.

Het lijkt eveneens een bevordering van de doelmatigheid wanneer een scheiding wordt gemaakt tussen de specifieke geneeskundige aangelegenheden van elke krijgsmacht afzonderlijk en de algemene geneeskundige aangelegenheden die voor alle krijgsmachten gelijk zijn. Hiermee wordt eveneens een scheiding voorgestaan in de verantwoordelijkheden van de afzonderlijke bevelhebbers en die van de Minister.

De Voorzitter:

Ik dank u voorlopig zeer voor wat u ons heeft willen vertellen. Ik hoop dat er

verscheidene doktoren in de zaal zitten, die er na de pauze gebruik van zullen maken om u te ondervragen.

Luitenant-Kolonel Samkalden:

Mijnheer de voorzitter,

Hoewel ik mij zojuist pas bij uw secretaris als lid heb opgegeven en ik beslist niet van plan was om vanavond – juist in verband met deze situatie – iets te zeggen, voel ik me op dit moment geroepen om enkele opmerkingen te maken wellicht opdat daardoor een verdere discussie vanuit de vergadering hiermee kan worden geëntameerd. Ik heb gemist de kwestie van de derde echelons.

Een nietbestaande – althans in de nationale sector – echelon bij de geneeskundige dienst om redenen die hier misschien minder ter zake doen, maar die wel degelijk bestaat bij 't legerkorps.

Wanneer de inleider een korte definitie geeft over de 1e en 2e echelon en daarbij zegt: het 1e echelon is het bezoek aan de huisarts, het 2e echelon is het bezoek van de huisarts (om het zo kort mogelijk te zeggen) dan mis ik hier toch in elementen die bij een strijdend leger in het 2e en het 3e echelon worden aangetroffen, die noodzakelijkerwijs een element moeten zijn van dit strijdend leger, dat is o.a. de zo belangrijke specialistische hulp, die men daar vindt, de aanwezigheid van chirurgen, internisten en anderen.

Ik kan mij voorstellen dat de Commodore als Luchtmacht arts dit element niet genoemd heeft, maar het misschien min of meer impliciet heeft gesteld, omdat eigenaardig genoeg uit geneeskundig oogpunt er geen statischer eenheid is dan de Luchtmacht, omdat hij uiteraard gebonden moet zijn aan zijn statische bases.

Ik vrees nl. dat door de omissie, het weglaten van de specialisten bij het 2e en 3e echelon, zoals door de inleider is geschetst, er een verwatering kan plaatsvinden van de idee dat het 1e en 2e echelon casu quo 3e echelon uitsluitend de verantwoordelijkheid is van de bevelhebber, zoals de inleider heeft gesteld en dat het 4e en 5e, dus dat is de hogere echelonshospitalisatie, een verantwoordelijkheid moet zijn van de minister. Deze zaken lopen nl. juist door de aanwezigheid van die specialisten op het lagere echelon zo sterk in elkaar over en sluiten zo typisch aan elkaar aan, dat ik mij kan voorstellen dat er zelfs uit medisch oogpunt het belang zou kunnen worden bepleit om het geheel van de geneeskundige keten onder een, laat ik zeggen, technisch eenhoofdig bevel te stellen, zoals nu gebeurd is, zoals nu in feite het geval is door de aanwezigheid van de Inspecteur van de Militaire Geneeskundige Dienst. Dank u.

De inleider:

Ik mag de Overste Samkalden hartelijk danken voor zijn bijzonder scherpe kritiek en ik vind het bijzonder prettig om er een antwoord op te mogen geven.

Ik heb inderdaad in verband met de tijd een klein stukje overgeslagen, er stond wel iets in over het 3e echelon, alsmede over het 2e echelon, zoals de 2e echelons in de luchtmacht worden verstaan, bedoeld om ook chirurgen te herbergen.

Dat chirurgisch-technisch werken niet helemaal in overeenstemming zou zijn met de huisarts die bij de patiënt iets thuis doet, dat is natuurlijk een betrekkelijke zaak.

Ik heb u wel verteld dat de militaire arts in oorlogstijd 100%, praktisch, traumatoloog is.

Traumatoloog zijn betekent in feite chirurgisch, in praktisch bij alle verwondingen dus, waarbij men functie-reddend of levens-reddend moet kunnen ingrijpen, dat men dat doet met een zekere specialistische kennis. En dé specialist bij uitstek zijn hier altijd de chirurgen. Dat de chirurgen, willen ze goed kunnen werken, anesthesisten bij zich moeten hebben, spreekt van zelf.

En zo zie ik dat die 2e echelons een chirurg bij zich hebben, en zeker ook de 3e echelons, die het gevolg zijn van de grote afstanden tot aan het achterland. Dat daar traumatologisch, maar dan ook typisch traumatologisch bijzondere middelen te baat zullen moeten worden genomen en bijzonder specialistisch zal gewerkt moeten worden, is het gevolg van het feit dat wij veel te weinig artsen hebben die zoveel chirurgische kennis bezitten.

Voor mijn gevoel moeten deze chirurgen een directe binding hebben met 4e en 5e echelons geneeskundige verzorging in verband met het hospitaal en eventueel met de revalidatie en daarom zullen ze daar in vreedstijd moeten werken. Ik ben er helemaal voor dat alle artsen, alle militaire artsen en zelfs, wanneer het enigszins kan, alle jonge artsen die in dienst komen, een soort traumatologische opleiding krijgen.

In alle geval moeten zij weten hoe met de eenvoudige chirurgische hulpmiddelen functie-reddend, ledemaat-reddend of levens-reddend te kunnen optreden. En dat ze dat wel degelijk moeten blijven oefenen, ook wanneer ze met groot verlot zijn.

Als zodanig zie ik dus niet in dat 2e en 3e echelons niet tot een krijgsmacht zouden behoren, die traumatologie behoort beslist tot deze krijgsmacht.

En het echte hospitaalwerk, het afwerk-werk, zal ik maar zeggen, het netjes afwerken van de patiënt. Het zal inderdaad gebeuren dat iemand uit een 2e echelons of uit een 3e echelonsformatie zelfs genezen kan terugkeren naar de troep. Maar in de meerderheid van de gevallen is hij daar terecht gekomen om voorlopig levens-reddend behandeld te worden en dan later definitief in het achterland beter afgehandeld en eventueel gerevalideerd moet worden.

Deze zaken overlappen elkaar en dat geef ik direkt toe.

Maar die overlapping zou ik dus willen zien in dat begrip „traumatologie”, waarvan ik dus meer kennis wil zien bij de gewone militaire arts. Deze kennis zal hem zeker ook te stade komen voor de volksgezondheid, wat wij tegenwoordig aan ongevallen op de weg zien dat is schrikbarend en wat de doorsnee dokter daaraan kan doen is ook schrikbarend, weinig nl.

Hij heeft nooit iets bij zich, heeft zeker niet iets bij zich om eventueel chirurgisch in te kunnen grijpen.

Hij heeft hoogstens een spuitje bij zich om wat pijn te verzachten of een dreigende shock tegen te gaan, maar dat is dan ook alles. Dat daar verbetering in moet komen, daar zijn hele conferenties over geweest in Nederland. Nl. over deze traumatologie. Verkeer en Waterstaat is hier bijzonder over bezig met de Volksgezondheid.

Tot dusver dus dat 2e, 3e echelons en het verschil daarvan met het 4e en 5e echelons. Dat het elkaar overlapt, spreekt vanzelf. Moet dat een reden zijn dat we allen onder eenhoofdige leiding staan, nl. onder de Overheid, die moet bepalen zo ja en in hoeverre dit onder eenhoofdige leiding moet staan?

Ik heb de splitsing gemaakt niet zozeer omdat ik het gevoel heb dat die eenhoofdige leiding het niet aan zou kunnen, nee, ik heb veel meer het idee gehad dat deze twee dingen misschien wel onder eenhoofdige leiding zouden kunnen staan, maar dat ze zozeer verschillen in typische specialistische benadering van

de geneeskunde, dat er ook specifieke mensen voor moeten worden opgeleid en aangezien een arts ook maar een mens is en niet de volledige kennis heeft van alles wat des arts is, dat moge blijken uit het feit dat we een Directeur-Generaal van Volksgezondheid hebben gehad die het niet meer afkon, zodat er een Directeur-Generaal van Gezondheidsbescherming naast moest komen te staan. Dat een Inspectie voor Volksgezondheid het helemaal niet meer afkan, dat hij het rayongewijze moet doen met allerlei Inspecteurs van Volksgezondheid, daar zijn allerlei redenen voor. Het gaat er maar om: waar leggen we onze grenzen. En die grenzen zijn vast te stellen, maar die grenzen zullen elkaar overlappen. Volksgezondheid en Gezondheidsbescherming overlappen elkaar ook.

Ik geloof niet dat het beslist een *conditio sine qua non* moet zijn een eenhoofdige leiding te hebben, tenzij u de eenhoofdige leiding dan ook beslist heel hoog zet, d.w.z. de Minister of iemand speciaal voor die Minister. Maar of zo iemand het vertrouwen zou hebben van de kennis van alle geneeskundige aangelegenheden van de hele Krijgsmacht, en zelfs nog niet alleen van één Krijgsmacht, maar van drie Krijgsmachten, dat is voor mij een vraag.

Verder nog één ding. Vroeger was het zo, dat de huisarts een beetje kleine chirurgie deed ook thuis en wat denkt u van een bevalling. Er zijn allerlei ingrepen, die bij voorbeeld bij een bevalling gebeuren bij de patiënt thuis, die verdacht veel op chirurgie lijken. Het is zelfs zo dat die huisartsen wel eens een anesthesist laten komen, een tang aan te leggen omdat de vrouw niet mee kan komen, niet meer naar het ziekenhuis kan of niet hoeft. Het is alleen maar een tang, maar toch even een anesthesist erbij voor dat narcosetje, daar zijn alle mogelijke overgangen, dus men ziet dat zelfs de huisarts, ook echt tweede echelons, zij het dan in dit geval chirurgisch tweede echelons werk doen.

Er zijn nog meer vergelijkingen te trekken, maar toch ben ik u dankbaar voor deze woorden omdat u mij de gelegenheid hebt gegeven om nog even nader op dit schema van mij in te kunnen gaan.

Dank u wel.

De Voorzitter:

Ja, hoewel het mijn gewoonte is om, wanneer er zo weinig debat is het slotwoord een beetje uit te breiden, zie ik daar vanavond toch weinig kans voor, aangezien het een onderwerp is, wat ik natuurlijk niet in het minst beheers.

Ik meen dat ik uit uw inleiding heb mogen opmaken dat u vindt dat de werkzaamheid en de organisatie van de militaire geneeskundige dienst geen gelijke tred heeft kunnen houden met de specialisatie die zich in de krijgsmacht heeft voltrokken.

En aangezien we niet meer in massa optreden ook de geneeskundige verzorging moet worden aangepast.

Vroeger, laten we zeggen een eeuw geleden, bestond de geneeskundige verzorging in het achter het front verbinden van wonden, benen en armen werden afgezet, en daarmee was het dan wel bekeken. En de man die overleefde het of hij stierf.

Tegenwoordig is dat allemaal anders nu is het niet meer zozeer die onmiddellijke ingreep, maar vooral de preventieve geneeskunde.

U heeft gezegd, dat de militaire arts, dus de onderdeelarts een groter veld van belangstelling moest hebben dan de huisarts. Ik geloof dat juist het grote veld wat de huisarts en dus ook de militaire arts zal moeten bestrijken, zovelen tegenwoordig weerhoudt om huisarts te worden of het te blijven.

Terecht heeft u gezegd dat de jonge artsen voornamelijk eigenlijk curatief worden opgeleid en dan in deze richting werkzaam blijven.

Ik heb dat zelf geconstateerd doordat talloze dienstplichtige artsen zich erover beklagen dat ze, wanneer de jongens op ziekenrapport komen, alleen blaren mogen doorprikken, een poeiertje of een asperientje geven, een enkele keer eens een wondje behandelen, maar daarmee houdt het ook op. En dat voldoet natuurlijk in genen dele aan datgene wat zij van hun beroep hebben verwacht. Daarnaast heeft u gezegd en ik stem daar volkomen mee in, dat de militaire arts dus de adviseur is van de bevelhebber.

Ik geloof dat er twee kanten aan de zaak zitten. U heeft gezegd: die arts is daar zelf nog niet aan toe, omdat hij alleen een curatieve opleiding heeft gehad en we moeten hem eerst dat andere bijbrengen voordat we hem loslaten, maar ik geloof ook dat er nog talloze commandanten zijn, die onvoldoende gebruik maken van hun speciale stafofficier die de arts is.

Die dus telkens, die commandant, verslag uitbrengt van datgene wat hij nou in een afgelopen periode heeft verricht of heeft ondervonden.

Ik heb met grote belangstelling uw voordracht aangehoord, en ik moet u eerlijk zeggen dat ik hoop dat de denkbeelden die u vanavond heeft uitgedragen inderdaad in de praktijk zullen worden verwezenlijkt, aangezien het noodzakelijk is, dat de geneeskundige verzorging van de mensen in de krijgsmacht aangepast wordt aan wat wij heden ten dage van hen verwachten. Wanneer de voordracht (van) vanavond daartoe zal hebben kunnen bijdragen, dan meen ik dat het een goede beslissing van het bestuur is geweest om deze voordracht op ons programma te zetten.

Nogmaals, ik dank u heel hartelijk voor wat u vanavond in ons midden heeft neergelegd, ik dank nogmaals de Overste Samkalden voor zijn bijdrage.

En hiermede sluit ik dan deze bijeenkomst.

TE SOESTERBERG

De Voorzitter:

Dames en heren.

Na bijzonder hartelijk hier te zijn ontvangen en zeer gastvrij te zijn onthaald, wil ik gaarne deze bijeenkomst openen.

Er zijn geen huishoudelijke punten, alleen wilde ik wel nog een punt bijzonder onder uw aandacht brengen. Onze vereniging heeft dringend behoefte aan nieuwe leden. Het is een beetje vreemd, dat de Vereniging ter Beoefening van de Krijgswetenschap meer dan 100 jaar oud, indertijd opgericht als een soort rebellenclub van alle krijgsmachtdelen tesamen, die toch russen de 7000 en 8000 officieren tellen, beroepsofficieren wel te verstaan, op het ogenblik slechts een 1100 leden heeft. Dus ik zou gaarne, hoezeer we ons ook in deze grote opkomst verheugen, een beroep willen doen op hen die nog geen lid mochten zijn van onze vereniging, om zich in de pauze te willen opgeven als zodanig bij onze secretaris, de Kolonel Haitsma Mulier. De onkosten voor de vereniging zijn de laatste jaren belangrijk gestegen in het bijzonder de druk- en portokosten, en dat kan alleen worden goedgemaakt door een behoorlijk aantal leden. Het is een beetje vreemd, dat de enige vereniging die in ons land op dit punt bestaat, een kleiner bestaan moet gaan leiden. En ik zou daarom nogmaals een dringend beroep op u willen doen om u als lid te laten inschrijven.

Na dit punt onder uw aandacht te hebben gebracht, wil ik thans gaarne het woord geven aan de spreker van hedenavond, Commodore De Vries.

VOORDRACHT

De Voorzitter:

Ik hoop, dat uit het gehoor verschillenden zich zullen opgeven voor debat.

Ik zou, alvorens te zeggen dat we gaan pauzeren, nog even mijn beroep willen onderstrepen omdat ik gaarne in de pauze de toeloop van nieuwe leden zou zien, waarbij ik wil vermelden, dat de belangrijkste uitgave van onze vereniging het wetenschappelijk jaarbericht betreft waarin u op elk gebied van de krijgsmacht zeer belangrijke artikelen vindt, een overzicht van de ontwikkeling in de afgelopen tijd; de prijs in de handel is gelijk aan de contributie voor de vereniging.

Pauze

De Voorzitter:

Ik wil gaarne eerst het woord geven aan Kolonel Oorthuys.

Kolonel Oorthuys:

Mijnheer de voorzitter:

Commodore de Vries heeft in zijn betoog bijzonder veel belangwekkende aspecten besproken en er zijn ettelijke punten waar uitgebreid over gediscussieerd zou kunnen worden. Ik zou mij willen beperken tot één en dat is het punt, wat eigenlijk het meest dringend is, dacht ik, het tekort aan artsen. U hebt aangegeven dat u een lijn ziet, nl. de interesse van de arts op te wekken voor de non-curatieve aspecten van hun taak. In de tweede plaats wilt u ook toegeven aan hun curatieve aspiraties door ze de zorg te geven van de militaire gezinnen o.a. en in de derde plaats wilt u ze ontlasten van al dat niet-medische werk, veel administratie en wat daar allemaal aan vast zit. Voor de lange termijnplannen Commodore, lijken me dit bijzonder goede lijnen. Ik zou misschien nog een enkele kanttekening erbij kunnen maken, je hoort wel eens dat er gezegd wordt, dat geven van de militaire gezinnen aan de militaire artsen, dat wordt gedaan om ze er wat bij te laten verdienen en daardoor hun neiging om in dienst te blijven te bevorderen. Uit het gesprek dat ik gehad heb met de beroepsartsen, die de dienst verlaten hebben, maar ook met veel reserve-artsen, die overwogen om in dienst te blijven, bleek steeds dat het niet ging om dat verdienen, het ging inderdaad om de uitoefening van hun curatieve functie. Daarin zag men in de militaire dienst te weinig mogelijkheden. Men had het over steenpuisten-behandeling en moeilijkheden met de voeten, maar echt geneeskundig werk was er niet bij. Ik geloof, dat inderdaad het accent van de moeilijkheden bij de militaire artsen niet ligt aan het meer of minder verdienen, maar op het gebied van de taak-inhoud.

Ik heb al gezegd met de lijn die u hebt uitgestippeld, hoop ik inderdaad dat daar mogelijkheden in zitten. Maar het artsentekort is niet alleen een militaire zaak, het is een nationale zaak en het zal lang duren voor we op die manier een verbetering in de huidige situatie, een verbetering in het huidige tekort hebben

bereikt. Wat ik niet heb opgemerkt in uw betoog is de mogelijkheid nu om aan dat tekort te voldoen, het aantrekken van andere burgerartsen. U hebt wel gesteld dat het beroep van huisarts zo weinig aantrekkelijk is, dat men naar andere rustiger banen uitkijkt, maar ik meen niet dat u gesteld hebt dat u een oplossing op korte termijn ziet in het aantrekken van dat soort artsen om ons uit de huidige moeilijkheden te helpen. Commodore, ik had graag dat ik daar uw inzichten over mocht horen.

Mijnheer de voorzitter, ik dank u.

Kolonel Marinus:

Mijnheer de voorzitter, Commodore,

Ik kom voor een groot gedeelte terecht op hetzelfde terrein als Kolonel Oort-huys. Ik wilde het volgende opmerken.

In deze tijd gaat het naar specialisatie toe. Ik vraag me af of de arts, laat ik het voorbeeld noemen bij ons op de vliegbasis, maar dat zal voor vele andere onderdelen hetzelfde zijn, belast kan worden met het hele complex van het curatieve gedeelte, het bedrijfsartsengedeelte en tegenwoordig ook het psychi-atrische gedeelte. Zou deze zaak niet te splitsen zijn en zou u niet een oplossing kunnen zoeken in het losmaken van het curatieve gedeelte van het bedrijfs-artsengedeelte, waarbij u het gehele bedrijfsartsenfacet met alles wat daaraan vastzit, inclusief keuringen, inclusief periodieke doorlichtingen, inclusief het toezicht op materieel en bedrijfsveiligheidstoestand op een basis, om dat te geven aan artsen die reeds de nodige curatieve ervaring achter de rug hebben, aan artsen zoals men bij ons tegenwoordig na een aantal jaren van cureren, ziet verdwijnen naar de burgermaatschappij in functies als bedrijfsarts bij de spoorwegen, als bedrijfsarts bij een grote industriële maatschappij.

Het is mij gebleken dat vooral op de basis werkzame artsen zich volledig willen werpen op het curatieve gedeelte en voor de rest vinden dat ze met te veel rompslomp belast worden, die ze niet direct vinden te beantwoorden aan de opleiding die ze hebben gekregen. Er zou nog een andere oplossing mogelijk zijn naar mijn smaak, dat is om het curatieve gedeelte zoals dat in militaire hospitalen voorkomt, los te maken van de militaire arts en daar burgerartsen voor te gebruiken. Ik ben het met u eens, dat de Commandant verantwoordelijk is voor het inzetten van de man die eenmaal naar de dokter geweest is.

Wanneer een arts zegt, de burgerarts of de militaire arts, dat een vent niet op zijn linkerbeen kan staan, dan laten we hem dat niet doen. Wanneer hij zegt, dat hij niet geschikt is om ergens te velde te gaan, dan laten we dat niet doen. Misschien is het beter deze curatieve zaak los te maken van ons militaire bedrijf, de mensen eerst te laten behandelen en beter te maken en daarna terug te krijgen in ons militaire bedrijf. Wellicht is dat dan ook te combineren met de behande-ling van de gezinnen. Wanneer de behandeling van de gezinnen er bij komt, dan wordt de bedrijfsarts curatieve arts, basis arts en weet ik wat hij allemaal op het ogenblik al is, toch wel bijzonder zwaar belast. Ik vraag me af of hij ooit de tijd zal krijgen om zowel zijn militaire- als bedrijfsverantwoording goed te doen en ook nog de militaire gezinnen op de gewenste wijze te behandelen. Bovendien geloof ik, dat wanneer wij dat los maken, van een militair bedrijfsarts en dat geven aan burgerartsen, gepensioneerde artsen, dat dan de gezinsleden op de een of andere wijze toch wat meer geneigd zijn om naar die arts toe te gaan. De gezinsleden hebben tegenwoordig ook een zekere zeggenschap in deze zaken, zij zeggen ik wil naar een oudere en meer ervaren dokter, ik wil niet direct

naar de jonge arts die ook mijn man behandelt en die alles van ons af weet op de basis, zij willen meer een vertrouwensman die buiten het bedrijf van de basis behandelt. Daarom zoeken ze een burgerarts. Wellicht zijn in deze lijnen nog enige oplossingen te zoeken.

Ik geloof dat de militaire arts een bepaald stempel meedraagt uit vroegere jaren. Deze tijden zijn gelukkig voorbij. In vroegere jaren had de militaire arts een stempel, dat niet altijd even gelukkig was. Als je ergens anders niet voor deugde, dan werd je militair arts. Ik herinner me nog zo van die namen als „de fietsmaker” en al dat soort dingen meer, dat zult u zich wel uit de jongere jaren herinneren.

Die tijden zijn volledig voorbij. Wanneer ergens de gezondheidszorg en ook de curatieve zorg op het ogenblik bijzonder goed is, dan zou ik zeggen, met alle lof aan onze geneeskundige dienst, is die dat bij ons. Inclusief dus de hospitaalbehandeling. Misschien is dat nog een van de naweën van vroegere jaren, dat men niet zozeer geneigd is naar een militaire arts te gaan.

Een andere reden waarvoor men niet direct de neiging heeft om naar de militaire arts te gaan, is omdat men daar niet altijd de medicijnen zou kunnen krijgen die men in de burgermaatschappij wel krijgt. Een burgerarts, particulier arts, kan nog wel eens kans zien om bepaalde medicijnen die een goede roep hebben wel te verstrekken, deze worden dikwijls langs militaire kanalen nl. niet zo gemakkelijk verstrekt.

Ik dank u wel.

Luitenant-Kolonel Bosch:

Mijnheer de voorzitter, Commodore.

Als troepenman kan ik helemaal niet medisch spreken, ik spreek dan ook als garnizoenscommandant. Er is één ding wat me eigenlijk een beetje heeft verbaasd in uw rede. U hebt gesproken over de bedrijfsarts, de militaire arts moet meer een bedrijfsarts zijn en meer op de hoogte zijn van het onderdeel, weten wat er in het onderdeel gebeurt. Maar wat zie ik in mijn garnizoen. Ik word gedwongen een garnizoensgeneeskundig detachement te formeren met een arts aan het hoofd en een aantal steunende artsen, die naar believen worden ingezet bij een depot of opleidingscentrum, zodat dus het kennen van het bedrijf van dit garnizoensgeneeskundig detachement absoluut minimaal is. Het is zelfs zo, dat wanneer de garnizoenscommandant het in zijn hoofd haalt, hij een arts die een half jaar werkzaam is op het depot troepen, zonder meer kan overplaatsen en te werk stellen, hier in Amersfoort, op een opleidingscentrum van de cavalerie. En dan komt van de kennis van het bedrijf niets meer terecht.

Hoe rijmt zich dat met uw stelling?

Dank u wel.

Kolonel Assink:

Mijnheer de voorzitter, ik zou in verband met de vragen van de vorige vragenstellers in herhaling moeten vallen, ik zal trachten dat niet te doen en op enkele punten mijn vraag nog wat willen verduidelijken. De Commodore heeft gesproken over de curatieve taak van de artsen, daarnaast de bedrijfsgeneeskundige taak. Ik zou hier speciaal de onderdeelartsen willen bekijken.

In verband met de veel omvattende taak die deze onderdeelartsen hebben

en de weinige steun van ondergeschikt personeel qua organisatie is hij gedwongen om een groot gedeelte van de dag zijn tijd te besteden aan niet-geneeskundige werkzaamheden.

Gedeeltelijk heeft de Commodore dit al vermeld in zijn algemeenheid, maar ik wou nog even preciseren dat dit in het bijzonder geldt voor de onderdeelartsen. De Commodore zou graag willen zien dat in een onderdeel de arts, die wat Overste Bosch zojuist al zei, regelmatig verplaatst wordt, zijn bedrijf leerde kennen. Ik kan u verzekeren, dat ik in de vijftien jaar dat ik in het depot Geneeskundige troepen zit, nog nimmer een onderdeelarts heb ontmoet, die tijd had om in het bedrijf te gaan kijken. Zelfs moest hij van tijd tot tijd min of meer gedwongen worden om een hygiënische inspectie te houden en dat moest eigenlijk gaan ten koste van zijn andere werkzaamheden.

Want wat is de taak van de onderdeelarts? In de 1ste plaats zouden we kunnen stellen de curatieve taak, in de 2e plaats heeft hij een bijzondere grote zorg te besteden aan de omslachtige geneeskundige administratie, waaronder het verwijzen naar specialisten, met het briefje weer terugkomen, enz. enz. daarnaast moet hij de dienstplichtigen die op zijn geneeskundige detachement zijn geplaatst verder opleiden.

Bovendien moet hij controleren of zij wel de juiste zalf en de juiste geneesmiddelen geven, op de juiste wijze het verband aanleggen, enz., en ten slotte heeft hij ook nog de verantwoordelijkheid voor het materieel, zelfs de kazerneringsgoederen wat niets te maken heeft met het medische werk. Daarnaast, buiten de vrededienst ziet u dat een onderdeelarts bij een infanteriebataljon, tankbataljon, tevens commandant is van het geneeskundig peloton.

Er zijn helaas nog commandanten, troepencommandanten, die willen hebben dat deze arts als commandant van het geneeskundig peloton 's morgens het peloton meldt aan de compagnies-commandant van de staf en verzorgingscompagnie, want deze is de verantwoordelijke commandant.

Dit is op geen enkele wijze naar mijn mening te rijmen met de curatieve taak, de bedrijfsgeneeskundige, wat u graag aan de onderdeelartsen zou willen toewijzen.

De taak van de commandanten van de geneeskundige detachementen, wat de overste Bosch net even aanroerde, is een dermate veel omvattende administratieve taak, veel meer nog als de onderdeelarts, bovendien heeft hij ook nog als troepencommandant de zorg over de mensen die aan hem zijn toebedeeld.

In verband met de tekorten aan beroepsartsen, en de werving, zou ik graag aan de Commodore willen vragen: wat is nu de reële mogelijkheid voor een beroepsarts om medisch te kunnen werken.

Wanneer hij nl. officier-arts wordt, wordt hij onmiddellijk 1ste luitenant, na verloop van een vrij kort aantal jaren wordt hij kapitein, en dan is voor het merendeel de kans op medisch werk al uitgesloten.

Mede in verband met de tekorten zullen dus zeer jeugdige beroeps-luitenants arts, en dan bedoel ik jeugdig in de zin van ancienniteit als officier arts, geplaatst moeten worden in commandostaven, dus in de vorm van brigadearts, divisiearts e.d., waarbij zij eigenlijk in vredestijd nimmer meer een patiënt zien.

Waarom is ook de officiersarts arts geworden?

Niet om een deel van de taak van de troepenofficier te doen, maar om zijn werk als medicus te kunnen doen.

De Commodore heeft gezegd dat hij graag zou zien dat de officieren genees-

kundige dienst, waaronder hij dan verstaat de huidige officieren geneeskundige troepen, onder meer worden belast met de mobilisatievoorbereiding e.d.

Wat zien we thans in de landmacht? Daar is een arts commandant van een geneeskundige groep, toegevoegd hetzij in de staf van het legercorps, hetzij in de staf van de territoriale bevelhebbers.

Een officier geneeskundige troepen moet de werkzaamheden doen, maar deze arts blijft verantwoordelijk. Deze arts blijft de commandant.

Wat zien we verder? Dat de mogelijkheid bestaat dat een jeugdig arts in ancienniteit als commandant op moet treden, en verantwoordelijk is voor het geheel terwijl een officier geneeskundige troepen, die aan hem toegevoegd is, mogelijk vier, vijf jaar ouder in ancienniteit is in dezelfde rang, mogelijk zelfs een hogere rang bekleedt.

Dan zou ik willen vragen: waarom zijn er zoveel functies, die niet speciaal medisch zijn en die toch door een officier-arts worden verricht. En dan dacht ik dat het antwoord hierop was, maar ik hoop dat de Commodore een ander antwoord geeft, om bepaalde hogere rangen te willen behouden voor de artsen, desnoods ten koste van de verantwoordelijkheid voor bepaalde verrichtingen die niet des arts zijn.

Ik dank u wel.

Kapitein-arts Van den Brand:

Mijnheer de voorzitter, Commodore.

Ik heb met veel interesse geluisterd naar de nieuwe lijnen, die u uitstippelt voor de militaire geneeskunde. Maar daarbij zijn er bij mij voornamelijk 2 problemen gerezen, waarvan ik het eerste als volgt zou willen stellen:

U zegt dat een beroepsarts die in dienst komt eigenlijk nauwelijks op zijn taak berekend is, wel de curatieve elementen, maar daar ligt niet zijn hoofdtaak, daarom stelt u voor om elke beroepsarts een nascholing in de vorm van een basiscursus sociale geneeskunde te laten volgen. Dat is natuurlijk voortreffelijk, maar ik vraag me af of dit niet evenzeer of des te meer nog geldt voor de reserveartsen die meestal als onderdeelarts geplaatst worden, in dezelfde moeilijkheden zitten en even onbeslagen ten ijs komen. Bovendien als zij eventueel in oorlogsomstandigheden zouden raken, moeten ook de reserveartsen op allerlei belangrijke posten ingedeeld worden en dus ook sociaalgeneeskundig bijzonder goed beslagen zijn om hun werk voldoende te kunnen verrichten.

Zou het niet meer aanbevelingswaardig zijn om dit niet in de diensttijd te laten doen, maar bij voorbeeld in de artsenopleiding een bepaalde periode, — ik denk in de vorm van een jaar bij voorbeeld — voor sociaal-geneeskundige opleiding te bestemmen, en aldus te bewerkstelligen dat elke arts, zowel beroepsarts, als reservearts, deze sociale geneeskundige opleiding heeft gehad.

Wat bovendien, als hij zich gaat bekwalen als huisarts, een voordeel kan zijn voor zijn werk wat hij daár dan krijgt.

Als tweede vraag zou ik u willen stellen:

Ziet u in de door u geschetste veranderingen nog een plaats voor her tienjarig contract voor de beroepsartsen.

Bent u van mening dat het werk wat de a.s. militaire artsen zullen krijgen, dermate boeiend is dat u een dergelijk contract zult kunnen missen wat waarschijnlijk van beide kanten zal kunnen worden toegejuicht, of bent u van mening dat u dat tienjarig contract nodig zult blijven hebben. Ik geloof toch dat wij ons niet hoeven te ontveinzen dat het contract ontstaan is in een tijd

van beperkte financiële mogelijkheden om te gaan studeren en de financiële steun van het ministerie, op het ogenblik als financiële basis gemakkelijker zal kunnen worden aangevuld uit andere hoofde dan dat, laat ik zeggen, tien, vijftien jaar geleden het geval was.

Dat wilde ik u vragen, mijnheer de voorzitter, Commodore, ik dank u wel.

Kapitein-arts Stuy:

Mijnheer de voorzitter, Commodore de Vries,

Naar aanleiding van uw betoog, waarin u de nieuwe lijn uitstippelde om het beroep van militair arts wat aantrekkelijker te maken door deze artsen in de gelegenheid te stellen om naast hun militaire werkzaamheden ook een normale praktijk uit te oefenen zowel voor militaire gezinnen als voor civiele gezinnen, voorzag ik toch wel enkele moeilijkheden. Ik geloof nl. wanneer u de onderdeelarts, de luitenant-arts, in de gelegenheid stelt om als luitenant, eventueel als kapitein een praktijk te gaan beginnen en deze kapitein wordt op een bepaald moment majoor dan kan hij als majoor geen onderdeelarts meer zijn. Dan komt hij dus in functies als brigadearts e.d. en deze functies brengen mee dat hij met zijn onderdeel regelmatig op oefening moet in ieder geval zich moet laten vervangen in zijn praktijk. En als moeilijkheid zie ik daar voornamelijk dus:

het vervangen in de praktijk en

dat u in het algemeen geen liefhebbers vindt voor de functie van brigadearts.

Daar zijn dus een aantal functies, waarin door regelmatige afwezigheid het met mogelijk is, althans mijns inziens, om een burgerpraktijk uit te oefenen.

Wanneer u deze man eenmaal in de gelegenheid heeft gesteld om een burgerpraktijk te gaan uitoefenen, dan is hij op dat moment niet meer verplaatsbaar. Hij heeft zijn praktijk in een bepaalde plaats gevestigd; wanneer u die man wilt overplaatsen zal hij ten stelligste protesteren. Want daardoor wordt hem een deel van zijn inkomsten ontnomen.

Nou kunt u wel zeggen dan krijgt u uw emolumenten als niet-practitionerend arts terug, maar daarmee bouwt hij geen praktijk op.

En geen mogelijkheid tot veranderen van standplaats zal in vele gevallen resulteren in het feit dat de man dan niet meer te bevorderen is, daar een bevordering vaak een verandering van standplaats zal medebrengen.

Daarenboven zie ik, dat de militaire arts die uit hoofde van zijn militaire status verplaatsbaar zal moeten zijn moeilijk een vertrouwensband met zijn militaire, maar vooral met zijn civiele patiënten zal kunnen opbouwen.

Hij is ten eerste regelmatig uit hoofde van zijn militaire functie afwezig en ten tweede brengt zijn militaire status mee dat hij na enkele jaren overgeplaatst kan worden. En zelfs in dat „kunnen worden” zie ik al een bepaalde rem om in het bijzonder voor civiele gezinnen zich aan een dergelijk arts te binden.

Ik hoop dat u mij op die vraag antwoord zou kunnen geven.

Mijnheer de voorzitter, dank u wel.

Majoor van Garderen:

Mijnheer de voorzitter, Commodore,

Hoewel de vragenstellers, aan mij voorafgaande, diverse vragen hadden die

ik ook graag gesteld zou hebben, heb ik toch een vraag op een ander terrein, en wel deze:

Aan het eind van uw betoog hebt u min of meer de verantwoordelijkheid gesplitst, enerzijds de verantwoordelijkheid van een autoriteit aan de minister, anderzijds aan de bevelhebber.

Ik meen echter te mogen stellen, dat deze verantwoordelijkheidsscheiding nu al bestaat. Ik meen zowel voor de inspecteur van de geneeskundige dienst zeemacht als wel voor de I.M.G.D. zijnde de inspecteur zowel voor landmacht-zaken als voor luchtmachtzaken.

In wezen is deze gescheiden verantwoordelijkheid er al.

Nu is mijn vraag: hebt u bezwaar tegen de huidige situatie omdat die in één persoon verenigd is en wilt u daarom de andere persoon erbij hebben, of heeft u andere motieven waarom u zegt, ik zou dit graag gescheiden zien in twee personen.

Ik dank u wel.

De inleider:

Mijnheer de voorzitter, ik heb een paar foliovenen bijna volgeschreven om met gegevens van de vragenstellers te proberen hier zoveel mogelijk een antwoord op te geven, en ik wil ook graag zoveel mogelijk op de vragenstellers antwoorden in de volgorde zoals zij de vragen hebben gesteld.

Om te beginnen was het kolonel Oorthuys, die het over het tekort aan artsen wilde hebben en over de curatieve taak sprak en de ontlasting van de artsen van hun para-medische taken. Hij heeft het gehad over het doen om extra te verdienen.

Hij kreeg sterk de indruk dat het daar niet om ging, maar om de aantrekkelijkheid van die taak, dat moet ook ik toegeven.

Inderdaad geloof ik niet in een honorariumkwestie.

Ik geloof ook niet dat wij artsen moeten proberen te krijgen door de honoraria, door de weddes hoog te maken, dat die hoger zijn dan van andere ambtenaren.

Het voornaamste is inderdaad dat hij prettig moet kunnen werken. Maar je kan op twee manieren prettig werken:

Prettig werken is dat te doen waar je als arts voor bent opgeleid. Dat is een algemeen bekend ding bij artsen.

Iemand gaat voor arts studeren, zoals hij denkt dat dat het allerhoogste is in het artsenbestaan, nl. in het genezen van een patiënt.

En zijn hoogste waardering vindt hij niet zozeer in de betaling die de patiënt dan aan hem geeft als hij genezen is of ook als hij niet genezen is, maar speciaal in de dankbaarheid van de patiënt.

En het idee wat die patiënt dan van hem zal rondstrooien en de image die hij heeft van zichzelf van „kijk, nu heb ik iets goeds gedaan”, dat is altijd bijzonder prettig en dat is meer dan geld.

En één van die dingen van het militair artsschap – dit is ook een antwoord op de vragen van de kolonel Marinus – is dat ook deze artsen het idee van zichzelf hebben dat ze beslist moeten genezen, en als ze dat niet kunnen dan hebben ze het gevoel van „nu ben ik een inferieur arts. Ik ben niet helemaal arts en men wil mij ook niet bekijken als arts”.

En ik kan me dus voorstellen dat, wanneer men het bekijkt als dokter, ik maar een soort tweederangsarts ben.

Dit is een psychologische draaikolk, die maakt, dat, a priori, de militair-

medische functie wordt bekeken als een niet beslist te ambiëren functie. En degenen die dat dan wel ambiëren worden dan meestal bekeken als mensen, die het of voor het makkelijke leventje doen of voor de centen of die het doen om verder geborgen zijn. En als ik nu mijn best maar doe of als ik nu maar netjes blijf dan kom ik wel verder, en dan is mijn potje gekookt. Dat soort overwegingen zijn er inderdaad veel, maar dat zijn overwegingen die echt niet bij de militaire artsen als zodanig voorkomen.

Ik heb het bijzondere voorrecht gehad dat ik bij het K.N.I.L. militair arts ben geweest in Indië, dat is een enorm verschil.

In Indië was een militair arts een gewoon arts en die zat vaak in de rimboe en in de rimboe was hij vaak de enige arts en was hij voor de burgers en militairen gelijk, hij kreeg zelfs een status van arts erbij als volksgezondheidsarts en zo werd hij dan ook bekeken aan alle kanten. Dat was ook één van de oorzaken dat waarschijnlijk het K.N.I.L. in die tijd veel meer artsen trok als de landmacht hier in Holland.

Deze hele image van de militaire arts is een zo verschrikkelijk belangrijk ding, dat wanneer we daaraan zouden moeten werken dan zou dat alleen maar kunnen door een beroepsarts of door de arts die eventueel nog in dienst zou willen komen door hem te laten zien wat zijn positie zou worden, wat zijn carrière zou worden, waar hij naar toe gaat en hoe hij dan vergelijkbaar met zijn burgercollega's in een positie kan komen dat hij zegt: „zie je wel, ik ben helemaal niet zo slecht, ik weet bijzonder veel meer en mijn vak loopt al naar een soort specialisme toe. Zoals dus ook de bedrijfsgeneeskunde als een specialisme is erkend, als een sub-specialisme dan.

Wanneer daar een erkenning aan vast zit en die erkenning hoeft dus niet speciaal gehonoreerd te worden met een hoger salaris, maar als die gehonoreerd wordt met een erkenning in de zin van: deze man is militair arts, dat betekent dus dat hij volledig bedrijfsarts is, dat hij volledig voor de gezondheid moet zorgen en de gezondheidsbescherming moet uitoefenen voor die geuniformeerde maatschappij, waar hij verantwoordelijk voor is, dan voelt u wel dat deze artsen op dat moment zich belangrijk veel hoger gaan voelen en t.o.v. de burgercollega's ook op een hoger plan wordt gequalificeerd. Ik heb het daarom over die hogere qualificatie gehad van de arts.

Ik ben er van overtuigd dat als een arts weet, in het bedrijf zittend, waar hij naar toe moet kijken en wat de boeiende en wat de beslist medische verantwoordelijkheden zijn – die hij niet kent als hij zo van de universiteit atkomt, hij maar één verantwoordelijkheid heeft: de diagnose goed te stellen.

Maar hij heeft zo verschrikkelijk veel geleerd dat als hij die diagnose heeft gesteld, dan heeft hij zoveel differentiaal-diagnoses gesteld, dat hij het niet meer aandurfte en eigenlijk die patiënt naar een specialist moet sturen.

Dan mag hij niets meer doen, de medicijnen mag hij niet eens geven, dat moet een specialist doen.

Dat maakt het niet alleen voor de militaire arts, maar ook voor de huisarts erg naar.

Wij in de militaire gemeenschap zijn hierin wat vrijer, we mogen zelfs iets meer doen waarschijnlijk dan de huisarts.

De militaire arts, heb ik u verteld, moet een hogere status krijgen, moet een hogere qualificatie krijgen.

In de 1ste plaats kan hij die krijgen doordat hij als militair arts bekeken moet worden als een soort volksgezondheidsarts.

In de 2de plaats, daar heb ik waarschijnlijk te weinig de aandacht op gevestigd, moet hij in oorlogstijd ook de man zijn die wat kan doen, die helemaal erop ingeschoten is om vrij ernstige gewonden te helpen, om meteen te weten wat je eraan moet doen.

Ik ben er heilig van overtuigd dat het gros, 90% van onze huisartsen, of meer nog, beslist niet zouden weten, direkt, wat ze met een ernstige verwonding, al is het nu een verkeersverwonding of een oorlogsverwonding, die precies hetzelfde kunnen zijn, moeten doen.

Voor deze status, en hiermee wilde ik een status van traumatoloog aangeven, moet de man een opleiding hebben gehad, niet alleen dat betrekkelijk eenvoudige, meest theoretische opleidinkje in de oorlogschirurgie op de school voor reserve-officier voor gezondheid, maar een echte traumatologische opleiding; dat kost tijd, daar ben ik heilig van overtuigd, maar men moet hier de tijd voor nemen en deze mensen opleiden in de bedrijfsgeneeskunde en in de traumatologie. Dat is een kwestie van poliklinisch werk, op een chirurgische polikliniek van een groot hospitaal of van een universiteitshospitaal of, waar we het heen willen sturen, van ons hospitaal Matthij(sen) in Utrecht, dat dan een groot traumatologisch hospitaal wordt waar de grote verwondingen naar toe gaan.

En je bent daar co-assistent en je hebt dus de kans om zoveel verwondingen onder leiding van een deskundige chirurg te behandelen, te zien, erbij te staan, net zo goed als je dus een soort co-assistentschap loopt in traumatologie, dat moet iedereen doen en zeker de beroepsartsen, zij zouden daar zeker een jaar moeten zitten.

Voor elke arts, elke reservearts die in dienst komt en die potentieel dus ook een arts is die later in oorlogstijd aan het front zou moeten staan en waarvan men verwacht dat hij meteen weet wat hij moet doen, wanneer er een schotwond is, of een gebroken enkel, of een scherfwond half door een borst heen, of een zware bloeding, geldt dat hij een klein chirurgje moet kunnen zijn al is het dan alleen maar om functie-reddend of eventueel levens-reddend te zijn.

Hij moet minstens iets weten van de anesthesie, dat hoort erbij. Ik kan hier geen verhaal gaan vertellen, wat ik zie in traumatologie als vak. Zeker, het is geen specialisme, waarvan je later kan zeggen, dat zet ik op mijn deur, ik ben traumatoloog, of zo. Het staat bij de bedrijfsgeneeskundige ook niet op hun deur dat ze bedrijfsgeneeskundigen zijn, daar heb je niks aan. Maar het feit dat de arts militair arts is, moet impliceren dat deze man traumatoloog is, dat deze man iemand is die je voor elk ongeval kan gebruiken, maar bovendien niet alleen weet hoe hij met z'n ongeval met een patiënt kan doen, maar ook weet hoe hij vervoerd moet worden en hoe de organisatie is van het vervoer, hoe de organisatie is om deze man zo snel mogelijk naar het hospitaal te krijgen. In elk geval, als we dit er bij nemen dan komt deze militaire arts op een hoger plan. Nogmaals, dit kost tijd. Dat is de status die je krijgt, en ik weet niet wie me dat gevraagd heeft; maar iemand heeft mij gevraagd: waarom doen we dat dan niet op de universiteit?

Dat is een bijzonder goede vraag, ik zou het dolgraag op een universiteit willen zien en ik vraag me ook inderdaad af of dit niet te verwezenlijken is. Maar u weet dat er twee grote machten zijn, op medisch gebied in Nederland, dat is de Volksgezondheid en Onderwijs. En dat zijn 2 verschillende ministeries en die laten beslist niets aan elkaar over. Op de meest merkwaardige wijze. Het is moeilijk om dit te verwezenlijken en ik vraag me af bij wie van de twee ik nu het liefste zou aankloppen om de bedrijfsgeneeskunde - uiteindelijk duurt zo'n

hele A-cursus voor sociale geneeskunde maar 3¹/₂ maand – in ieder geval de praktijk van tenminste 3 maanden, voor beroepsartsen tenminste 1 jaar chirurgische ongevalpraktijk, waarbij anesthesie en shockbestrijding en de werkelijke behandeling van de wonden onderwezen te krijgen.

Ik stel me dus voor wanneer dat gebeurt, of op de universiteit of na de universiteit, dat maakt wat mij betreft weinig uit, het ons tijd kost, en dus mensen en het kost dan – als we het in het 10-jarig contract gaan uitrekennen – misschien 2 jaar, maar dan hebben we ook een man die van tevoren weet dat hij een opleiding krijgt, dat hij een speciale kunde heeft verworven en dat hij een specialisme heeft verworven waar men tegen kan aanzien.

U ziet, het is moeilijk om dit te gaan realiseren, maar ik zie beslist mogelijkheden bestaan, mits wij van meet af aan de militaire arts laten zien in welke posities hij komt.

Nu even nog over een bijzonder moeilijk punt, waar enkele mensen het ook al over hebben gehad, nl. over de mogelijkheid om burgerpraktijk te doen, gezinspraktijk te doen. Ik geef toe dat dit een hele moeilijke zaak is. Het is niet overal mogelijk, we weten allemaal dat het bestaat, we weten allemaal dat er militaire artsen zijn, die in een garnizoen blijven. Er jarenlang zitten en jarenlang een burgerpraktijk erbij doen, dat vind ik niet het mooiste voorbeeld om aan de jongere arts iets meer curatieve actie te geven.

Ik geloof dat wij niet zo vreselijk moeten trekken aan de grote vertrouwenspositie tussen arts en patient nu het zo langzamerhand, ik wil nu niet zeggen een „overwonnen” standpunt geworden, maar in deze moderne tijd zijn we er toch wel een heel eind vanaf gestapt. Velen van ons zijn verhuisd, velen van ons hebben telkens weer een nieuwe arts moeten hebben, en van elke nieuwe arts, moet je maar afwachten hoe hij is, maar toch heeft die arts, het feit alleen maar dat hij arts is, recht op ons vertrouwen en dat geven we hem dan ook.

Dat is eigenlijk overal zo geweest. Ik geloof niet dat we moeten zeggen kijk omdat er nou weer een nieuwe arts is schaadt dat het vertrouwen. Dat is, geloof ik, de oud-dorpse opvatting van de huisarts, van het dorpje waarin hij 40 jaar praktijk doet, een heleboel mensen ter wereld heeft gebracht, en waarvan hij dan nu ook weer de kinderen ter wereld brengt. En dat geeft dan zo'n vertrouwd gevoel.

Ik geloof dat in de moderne tijd, met de kennis die u als leken allemaal hebt van de geneeskunde dat u veeleer voelt en meer vertrouwen stelt tegenwoordig in een jonge arts, waarvan u zegt, deze man die weet waarschijnlijk veel meer dan die bekende ervaring, waar we zo verschrikkelijk op gesteld waren.

Wij beginnen te geloven in laboratoriumproeven, we beginnen veel meer te geloven in specialisten. Ik geloof niet dat ik er bang voor behoef te zijn dat we moeilijkheden zouden krijgen met de vertrouwenspositie van de artsen. Aan de andere kant geef ik toe dat het doen van een particuliere praktijk door een arts van een onderdeel of een garnizoens medisch detachement, niet mogelijk is als je de man elk ogenblik naar een ander onderdeel stuurt, of als je de man overplaatst, of als de man majoor moet worden, ik geef toe dat je dan een ander systeem moet zien te bereiken, en waarom zou dat niet kunnen? Ik heb bij een grote maatschappij gewerkt, nl. de K.P.M. en de A.V.A., die overal verspreid grote onderafdelingen bezaten en daar ook artsen hadden die daar jaren zaten. En dat kon, doch wij moeten een klein beetje dokteren aan het systeem van: ..die arts moet precies ook met dezelfde officieren omhoog gaan in diezelfde rangen, in diezelfde tijd, en bevorderingsvoorschriften en bevorderingsbeoor-

delingen krijgen en hij moet op die tijd bevorderd worden en beslist niet eerder en hij moet op een ranglijst staan, ik geloof dat we daar vanaf moeten stappen". Inderdaad. Al was het hij voorbeeld maar van een ranglijst afstappen zoals wij als militairgeneeskundige dienst nog altijd op een ranglijst staan samen met de specialisten: ik maak het dagelijks mee, als we een arts ergens op een plaats, u weet dat we overal tekorten hebben, zouden moeten hebben dan gaan we de ranglijst langs. Dan zeggen wij, wie komt er aan de beurt en dan moeten wij een aantal overslaan, omdat zij specialisten zijn of in opleiding voor specialist.

Van dat soort dingen moeten we afstappen. Hoe vaak horen we niet collega's, militaire artsen die zo'n praktijk hebben, zeggen: „Ik stel me voor dat ik echt niet overgeplaatst behoef te worden, ofschoon het voor mij kan betekenen dat ik niet bevorderd kan worden, maar daar heb ik ook niet de minste behoefte aan, ik ben helemaal happy hier".

Dat is niet één keer, maar dat horen we dagelijks.

En zeker in deze tijd nu we proberen iemand ergens los te weken omdat een andere plaats zo verschrikkelijk nodig bezet moet worden. Natuurlijk ben ik er van overtuigd dat we een geheel ander organisatieschema, een andere instelling moeten hebben t.o.v. de artsen. Hoewel ze toch in de militaire organisatie moeten zitten en dan kom ik tot de merkwaardige noodzaken die we zien bij de artsen in de parate troepen.

Een arts is noodzakelijk, niet in een garnizoensdetachment, maar als commandant van het geneeskundig peloton, die inderdaad moet oefenen, die paraat moet zijn, en eigenlijk niet aan curatieve geneeskunde kan doen behalve dan de man een verbandje om z'n voet doen, als hij z'n enkel heeft verstuikt. Deze man is er inderdaad het slechtst aan toe en ik geloof dat wij hem dit niet langer moeten laten meemaken dan zolang de troep in actie is. En hier kom ik weer tot een merkwaardige voorstelling van zaken. Ik vraag me dan ook af of elk paraat onderdeel beslist z'n dokter nodig heeft. Waarschijnlijk is die dokter nodig als er werkelijk op oefening gegaan wordt. Elke commandant gaat dan onmiddellijk zeggen: ja, maar dan is er geen contact tussen de arts en de troep, en dat is toch een belangrijk ding en hij moet het bedrijf toch kennen.

Ik geloof niet zo in dat contact van die arts en de troep. Want die troep is een betrekkelijk tijdelijk geheel, hoe lang zullen die mensen die meestal dienstplichtigen zijn, in die parate troep zijn en het maakt voor die dienstplichtigen ook beslist verduiveld weinig uit of dat nu dezelfde dokter is of een andere dokter, als hij maar het idee heeft van die dokter die kan het. En het is een dokter. En daarmee is eigenlijk iedere commandant al een beetje tevreden. Natuurlijk is het altijd prettig om dezelfde dokter te hebben. We zijn verwend, in de Landmacht en in de Luchtmacht, maar ook in de Marine, mijne heren, hebben we de doktoren teveel cadeau gegeven aan de commandanten, de commandanten zijn verwend met die doktoren en de geneeskundige diensten die erbij horen. Die man vindt heel prettig als hij een mooi E.H.B.O.-doosje in de buurt heeft. Er kan hem niets meer overkomen op dat moment. Het is helemaal niet zo erg als op een onderdeel geen dokter zou zijn, althans voor een deel van de dag. Maar die dokter kan, net zo goed als elke huisdokter, in de buurt zijn zo gauw als het nodig is. Binnen een half uur of binnen de tien minuten kan hij er zijn. Hij is paraat, en daarom behoeft hij hier niet te blijven wachten tot er misschien een ongeval gebeurt. Er zijn nog steeds commandanten die denken als de dokter niet binnen twee seconden bij dat ongeval is dan sterft die man.

Laat ik u vertellen dat in de lange tijd dat ik met vliegtuigongevallen heb ge-

werkt bij de luchtmacht, nog nooit een geval is geweest waarbij de dokter, die er binnen zóveel minuten was, de dood heeft kunnen voorkomen of levensreddend heeft kunnen optreden. Het enige wat gedaan wordt, mijne heren, is niets anders dan de man zo gauw mogelijk in een ambulance stoppen en zo gauw mogelijk wegrijden naar de plaats waar hij hoort, op die operatietafel, en liefst op de allerbeste operatietafel op dat moment, ergens in een academisch ziekenhuis of in Oog-in-al. Het voornaamste ding is het vervoer, maar dat kan men elke goede gemotiveerde sergeant leren, dat kan men elke leek leren. Ik geloof niet dat dat primair medisch is. De meeste leken denken nog, dat wij met ons spuitje in onze zak klaar staan. Nu gaat het spuitje erin en nu blijft het slachtoffer leven. En daar moeten we van af. De commandant moet leren van ons, hoe de dokter in te zetten. Ik geloof dat wij aan het idee dat de commandant heeft van de arts, dat hij hem toch maar zo dicht mogelijk bij zich moet hebben, een beetje moeten dokteren. Dat we daar moeten zeggen: zo erg is het niet met ons. Het is misschien wel een prettig gevoel dat we zo geweldig gewaardeerd worden, maar het is niet eerlijk. Het is geen zuivere gedachte.

Ik heb nog twee dingen gevonden, waar ik antwoord op moet geven. Nl. over de geneeskundige troepenfuncties waarin de geneeskundige troep-officier de arts, van bijzonder grote dienst kan zijn. Ik stel mij voor dat hij de arts kan helpen bij de mobilisatie-voorbereiding. Dat is een tijdrovend werk. De meeste artsen doen er niet veel aan – ik wil niet over de landmacht praten – maar ik geloof dat bij de luchtmacht de geneeskundige mobilisatie-voorbereiding er wel is, maar of ze werkt, dat heeft, geloof ik, niemand ooit bekeken. Dat is misschien defaitistisch, dat is het niet helemaal, want het grappige is, dat in oorlogstijd, iedereen dermate gemotiveerd is, dat alles toch goed gaat lopen. Maar de tijd, de mensen en de apparatuur om te gaan oefenen ontbreekt.

Wij stellen ons voor dat dat door een geneeskundige troepenman veel beter voorbereid kan worden dan door de dokter zelf. Het ziekenvervoer, u zegt dat zou veel beter georganiseerd kunnen worden door de geneeskundige troepenman. Ik zie ook niet in waarom niet. Het materieelbeheer, wat toch een betrekkelijk kostbaar materieel is, en wat toch vaak materieel is waar belangrijke verantwoordelijkheden aan zitten, ik noem maar de pharmaceutische verantwoordelijkheden, waar de wet ons bepaalt, dwingt tot alle mogelijke maatregelen om toch vooral te zorgen, dat er niet met opium gesmeten wordt; dat soort dingen zou beslist aan officieren geneeskundige troepen kunnen gegeven worden. Onderhoud, materieel beheer is tegenwoordig dermate ingewikkeld en gecompliceerd geworden, dat het niet aan een onderofficier over kan worden gelaten.

Materieel beheer, verbandmiddelen, voorraden enz., maar ook aan de andere kant, waarom hem niet opleiden tot hygiënist. Ik zie niet in waarom een officier geneeskundige troepen niet iedereen kan opleiden tot het bestrijden van ratten, bij voorbeeld op een basis, waarom we daar nog steeds die ene adjudant van Bilthoven moeten hebben, van alle onderdelen komen ze omdat hij het alleen zou weten. Volmaakte waanzin. Zo zijn er duizenden dingen. Waarom moet de arts de keukens langs om te kijken of de koks vuile nagels hebben en of de kleren van de koks wel schoon zijn en of ze de douche wel gebruiken of ze wel een nagelborsteltje hebben, enz. Dat kan elke commandant, goed die commandant heeft wel meer dingen aan z'n hoofd, maar dit is een hygiënistenzaak. Daar hoef je echt geen arts voor te zijn, dat kan elke leek leren. En wanneer hij zich daarin gaat specialiseren, dan is hij daar veel en veel beter in thuis, misschien zelfs beter

dan de arts, die het niet dagelijks ziet. Dat zijn dus de dingen die ik zie voor de geneeskundige troepen mensen, die daarvoor zouden moeten worden opgeleid en gespecialiseerd te worden. Op deze manier kunnen zij de artsen helpen.

Over de militaire verhoudingen tussen deze geneeskundige troepen-man en de arts, daar sta ik net zo vrij tegenover als tegenover de arts. Ook in die organisatorische gezagsverhoudingen zie ik beslist niet in dat de arts altijd commandant moet zijn van een geneeskundig peloton. De arts is een specialist en voor mijn gevoel kan een specialist nóóit commandant van iets zijn. Hij is altijd specialist. Hij kan altijd alleen maar adviseren, want in zijn specialiteit is hij nooit opgeleid tot een commanderende functie. Je kan geen gezagsfunctie bekleden als arts, maar dan moet het een gezagsfunctie zijn als arts, namelijk op grond van ervaring, op grond van kennis, op grond van cursussen, van al de know how die geleerd is, waar men voor gebreveteerd is, maar zeker niet op grond van het feit dat men toevallig de oudste is of dat men de hoogste rang moet hebben.

Ik geloof ook niet, dat de rangen bij een arts beslist nodig zullen zijn. Om daar een pyramide van te maken, om een artsenbestand te hebben, die begint bij eerste Luitenant en moet eindigen bij een Generaal-Majoor, want daar is er maar één van. Ik geloof dat andere verhoudingen zouden kunnen worden verkregen.

Dat neemt echter niet weg, dat de enige organisatie die moet draaien, de organisatie van het onderdeel is. De organisatie, waar in oorlogstijd de arts beslist nodig is, in dat organieke verband van het onderdeel met zijn geneeskundige mensen. Daar moet het kloppen op het moment dat ze oorlog moeten voeren, of dat ze in actie moeten komen; de rest is betrekkelijk eenvoudig te organiseren, zonder veel gezagsverhouding, zonder veel: denk erom nu is het mijn beurt om overste te worden of op een overste plaats te zitten. Dat is eigenlijk niet voor de geneeskundige dienst, iets wat uit den boze is en waar we al lang van zouden moeten afstappen. Ik zou ook niet weten waarom niet, want bij een organisatie als de Shell of de B.P.M. die zeker even veel artsen over de wereld verspreid hebben als wij hier in Nederland, is ook een zekere gezagsverhouding. Daar zijn ook mensen die de leiding geven, daar zijn ook specialisten, daar zijn hele ziekenhuizen met chirurgen, internisten en alles wat er maar bij is. Maar daar wordt niet gesproken over rang of stand. Dat zijn wat dat betreft allemaal collega's, waarvan de ene het gezag heeft boven de anderen op grond van het feit dat die meer ervaren is en waarschijnlijk meer salaris heeft.

Daar wil ik wel een depreciatie in blijven houden natuurlijk. (Gelach).

Ten slotte is er nog één ding van de Majoor van Garderen waar ik op in wil gaan en dat is een heel moeilijke vraag. Dat bent u zich ook wel bewust. Ik had deze vraag ook echt wel verwacht. U zegt er bestaat al een scheiding van verantwoordelijkheden. Inderdaad als je de taakomschrijving ziet van de Inspecteur van de Geneeskundige Dienst dan zie je dat hij voor bepaalde taken verantwoordelijk is aan de Bevelhebber en voor andere taken direct verantwoordelijk aan de Minister.

Zo heeft inderdaad de Inspecteur Geneeskundige Dienst Zee-macht hetzelfde. Daar is dus al een scheiding. Dat behoeven we niet te veranderen. Maar de scheiding van mij is een klein beetje anders. Het gaat bij mij eigenlijk meer om de verantwoordelijkheid van de Minister en de Bevelhebber. Waar zijn die verantwoordelijk voor. De Minister delegeert aan een Raad, aan een Geneeskundige Raad, terwijl de Bevelhebber zijn verantwoordelijkheid delegeert aan de Inspecteur. Die twee verantwoordelijkheden zou ik zo willen voorstellen: ik zie de

Bevelhebber, die van de Staat in casu, van de Minister, materiaal en mensen krijgt. Die mensen hebben geen contract met de Bevelhebber, maar met de Staat, met de Minister.

Als de man wordt gekeurd, toegelaten tot een Krijgsmacht, komt hij niet direkt in die Krijgsmacht, maar hij wordt toegelaten door een serie van procedures, waarbij dus min of meer het contract wordt getekend voor deze man met de Staat en wordt tegen de Bevelhebber gezegd: je hebt nu een gezonde vent, die hebben wij voor je gekeurd. Echter die keuringsraden zijn niet verantwoordelijk aan de bevelhebber, die zijn alleen maar verantwoordelijk aan de Minister, en de Minister heeft gezegd, hier heb je goede, gezonde kerels, blij er voor zorgen, je krijgt er een apparaat voor, dat is de Geneeskundige Dienst. Het Militair Hospitaal is een inrichting, waar de Bevelhebber der Landstrijdkrachten direkt verantwoordelijk voor is. Dit is m.i. een onhoudbare positie. Daar kan hij niet verantwoordelijk voor zijn.

Want hier gebeuren zoveel dingen, die die Bevelhebber eigenlijk helemaal niet aangaan. De Bevelhebber kan wel zeggen: ik moet als de man gewond is hem tot zijn allerbeste toestand terugbrengen. Maar dat doet hij niet met bij voorbeeld een automobiel. Als een jeep kapot is door oorlogshandelingen of wat dan ook, wordt deze afgeschreven en gaat terug naar de K.M.G. of gaat naar Domeinen toe. In alle geval is het voertuig nog wel van de Staat, en op dat moment is de Minister er weer voor verantwoordelijk. In feite is de Bevelhebber alleen maar geïnteresseerd in datgene wat nog goed is, waar hij mee kan werken. Het is een moeilijke zaak, maar in alle geval is hier een scheiding van verantwoordelijkheden, die m.i. samengaat met het idee van in die positie is de Minister verantwoordelijk voor datgene wat voor alle drie de Krijgsmachten geldt. Vandaar dat dat gedeelte juist het makkelijkst geïntegreerd zou kunnen worden. En voor wat betreft de andere zaken, daar willen de Bevelhebbers geen afstand doen van hun verantwoordelijkheden. Dat mogen ze ook niet. En daarvoor hebben ze dus een Instituut en dat is hun Inspectie Geneeskundige Dienst. Ik hoop dat ik me hiermee voldoende duidelijk heb gemaakt, mijnheer de voorzitter.

De Voorzitter:

Commodore de Vries,

Als ondergrond van uw voordracht heb ik gevoeld, dat u van mening bent dat de artsopleiding niet meer bij de tijd is. Dat deze nog altijd gericht is op de curatieve taak in de sfeer van het specialisme. En dat daardoor het beroep van huisarts in de verdrukking is geraakt, maar bovendien ook dat van militair arts.

Ik meen dan ook, dat het bijzonder moeilijk zal zijn om daar enige verandering in te brengen, en dat alles wat wij er aan doen, cursussen organiseren om het manco aan sociale en bedrijfsgeneeskunde op te vangen, om in het Zwitsers uit te drukken Kurieren am Symptom is en niet eigenlijk de grondoorzaak van het geheel wegneemt.

Het andere punt wat u erg in het licht heeft gesteld en terecht, is natuurlijk het samenspel tussen de militair arts en de Commandant. En ik dacht dat in de loop van de jaren in het bijzonder na de oorlog, dit toch wel belangrijk was verbeterd, dat de Militair Arts toch als volwaardig stafofficier werd erkend en ook bij bepaalde strafbesprekingen niet alleen zijn eigen advies gaf, maar ook bij het aanwezig zijn bij strafbesprekingen bepaalde vragen kreeg voorgelegd en van zijn kant een bepaalde inbreng kon geven. Verder heb ik eigenlijk een paar heel kleine opmerkingetjes.

Ik wou toch graag tegenover de Kolonel Marinus de Geneeskundige Dienst van voor de oorlog verdedigen, ofschoon de organisatie ook in mijn ogen te wensen over liet, maar ik dacht dat juist de subalterne militaire artsen wel het nodige vertrouwen hadden in hun kennis, omdat ze die nog niet zo lang geleden hadden opgedaan, maar dat het wantrouwen zich voornamelijk concentreerde op Hoofdofficieren van Gezondheid die in die jaren er niets meer aan hadden gedaan, met uitzondering dan van de specialisten, die, omdat ze specialist waren geworden, in hun bepaalde tak door konden gaan en ook bevorderingen konden blijven maken. Een van die fouten van de organisatie was, bij voorbeeld toen ik Luitenant in Amersfoort was, de volgende situatie: er was een chef M.G.D. met drie subalterne militaire artsen; zodra een nieuwe militaire arts aankwam, verduwen een van die drie en kregen we opnieuw een indeling, werd het opnieuw verdeeld, de drie rayons werden verwisseld en kreeg men dus elk jaar een andere arts. Dat bevorderde natuurlijk het wantrouwen niet. Toen ik dat tegen mijn Kolonel vertelde en zei dat ik het toch een vreemde zaak vond, want de nieuwe diende toch in de plaats te komen van de oude, zei hij, ja dat heb ik eigenlijk nooit geweten als garnizoenscommandant, maar ik word door de chef behandeld. Ik zei, nou dan hoit u niet. (Gelach!)

In hoeverre het mogelijk zal zijn om van een ranglijst af te stappen, ik meen dat een vergelijking met grote maatschappijen, met hun organisaties, niet geheel en al opgaat.

U zegt de artsen oefenen een gezagsfunctie uit, omdat zij een andere verantwoordelijkheid, meer ervaring en vermoedelijk ook meer tractement hebben en de maatschappijen zullen niet werken met bepaalde rangen, zelfs niet met de rangen die wij bij de burgerlijke overheid kennen. Ik geloof niet dat wij daar zo gemakkelijk van kunnen afstappen.

Ik dacht zelfs dat een groot deel van onze organisatie min of meer op deze ranglijsten was geënt.

Maar in ieder geval heeft u verschillende nieuwe gedachten geuit, gedachten die ook een reactie uit de vergadering hebben gelokt. Ik geloof dat bij het nadenken over wat u ons vanavond hebt willen geven, wij moeten trachten ons voordeel ermee te doen.

Ik hoop dat u het Ministerie van Onderwijs kunt overtuigen, doch ik geloof niet dat het zozeer aan het Ministerie ligt, maar meer aan de universiteiten zelve; we zouden inderdaad de artsenopleiding op een moderner leest kunnen schoeien, waarbij meer wordt beantwoord aan wat de maatschappij op het ogenblik vraagt.

En hiermede geloof ik — met grote dank aan de basis commandant voor de ondervonden gastvrijheid en aan de mess-president voor de grote hartelijkheid die we hebben mogen ontvangen — deze bijeenkomst te mogen sluiten.

STELLINGEN

De Krijgsmacht dient te beschikken over een dienst die belast is met de kwaliteitscontrole, het dagelijks onderhoud doet en de reparaties verricht aan het meest kwetsbare materieel dat haar ter beschikking wordt gesteld door de Overheid: de MENS!

Het doelmatig gebruik van deze menstechnische dienst, de militair-geneeskundige dienst, door de Bevelhebbers en Commandanten van de Krijgsmacht laat nog steeds te wensen over.

De oorzaak zou kunnen liggen in het niet bijhouden van de snelle ontwikkelingen die zich bij de Krijgsmacht en bij de geneeskunde hebben voorgedaan.

Getracht wordt de Krijgsmacht als een bedrijf te beschouwen waarvan de M.G.D. de bedrijfsgeneeskundige dienst is. Ten gevolge van de tevens bestaande curatieve en preventieve geneeskundige verantwoordelijkheden kan de M.G.D. vergeleken worden met een Dienst van de Volksgezondheid van de militaire maatschappij.

De problemen van het artsentekort en de medische overconsumptie maken het nodig dat maatregelen genomen moeten worden om:

- a. de arts efficiënter te doen werken;
- b. de werving van artsen aantrekkelijker te maken;
- c. de paramedische staf uit te breiden met officieren G.D.

De Bevelhebber is geheel verantwoordelijk voor de geneeskundige aangelegenheden specifiek behorende tot een Krijgsmacht, alsmede de 1e en 2e echelons gnk verzorging. Voor alle geneeskundige aangelegenheden niet specifiek behorende tot een Krijgsmacht alsmede de 4e en 5e echelons geneeskundige verzorging is de Minister verantwoordelijk die deze verantwoordelijkheid kan delegeren aan een Directeur militair geneeskundige dienst.

De arts in de militaire maatschappij moet drie streng gescheiden verantwoordelijkheden hebben:

- a. de zuiver geneeskundige verantwoordelijkheid t.o.v. de patiënt;
- b. de operationele verantwoordelijkheid t.o.v. de Krijgsmacht;
- c. de preventieve gezondheidszorg verantwoordelijkheid t.o.v. de Overheid (min. van Defensie).