

Redevoeringen

uitgesproken ter gelegenheid van de
feestelijke opening van de nieuwe vleu-
gel van het Nederlands Instituut voor
Praeventieve Geneeskunde op 1 juni 1956

© TNO – All rights reserved

Voor de rechten en verplichtingen van de opdrachtgever met
betrekking tot de inhoud van dit rapport wordt verwezen
naar de Algemene Voorwaarden van TNO.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, openbaar
gemaakt, en/of verspreid op welke wijze dan ook, zonder
voorafgaande schriftelijke toestemming van TNO.

Nederlands
Instituut
voor
Praeventieve
Geneeskunde



De officiële redevoeringen uitgesproken ter gelegenheid van de feestelijke opening van de nieuwe vleugel van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde werden in deze documentaire vorm bijeengebracht ten einde de in die redevoeringen tot uitdrukking gebrachte visies op de verdere ontwikkelingsmogelijkheden van het instituut ook voor de toekomst te behouden.

Rede Prof. Dr. G. C. E. Burger, Voorzitter van het Bestuur van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde

Professor Burger heette de genodigden welkom, in het bijzonder de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de Directeur-Generaal van de Volksgezondheid, de voorzitter en bestuursleden van het Praeventiefonds, de hoogleraren-vertegenwoordigers van de universiteiten, de vertegenwoordiger van de Wereld Gezondheidsorganisatie, alsook de vele andere genodigde autoriteiten en deskundigen. Hij herdacht het initiatief van Prof. Dr. E. Gorter (1929) en de groei en bloei van het instituut onder het leiderschap van Prof. J. P. Bijl (1933—1949) en Prof. Dr. R. Remmelts (1949—1956), waarna hij aandacht vroeg voor een aantal gegevens die de omvang van de nieuwbouw demonstren. Vervolgens accentueerde Professor Burger de steun van het Praeventiefonds, zonder welke de nieuwe behuizing niet tot stand gekomen zou zijn, en de verantwoordelijkheden die daaruit voortvloeien.

„Het instituut” — aldus vervolgde spreker zijn rede — „staat thans in het begin van een nieuwe periode. Bestuur en leiding van het instituut zijn zich volkomen bewust van de grote verantwoordelijkheid, die hun met het in gebruik nemen van dit gebouw in handen is gegeven. Wij zijn ervan overtuigd, dat wij daarbij een dankbare maar zeer moeilijke taak op ons hebben genomen; moeilijk vooral, omdat er in elk wetenschappelijk instituut steeds een conflicttoestand zal blijven bestaan tussen wetenschappelijke belangstelling enerzijds en materiële mogelijkheden anderzijds. De geneeskundige wetenschap maakt op het ogenblik een periode door van een toenemende groei en expansie en het zal steeds moeilijker worden om deze expansie op de voet te blijven volgen, wanneer anderzijds de uitgaven aan een constante geldlimiet zouden gebonden blijven”.

Deze gedachtengang verder ontwikkelende, wees spreker op twee begrippen, die bij het geneeskundig-wetenschappelijk onderzoek in deze tijd naar voren komen, nl. de onbegrensde van het onderzoeksterrein en de begrensdheid van de keuze van het onderzoek:

„Onbegrensd is de wetenschap in zijn talloze aspecten; dit geldt zowel voor de wetenschap in het algemeen, als voor de geneeskundige wetenschap in het bijzonder. Elke indeling hiervan is kunstmatig en de wetenschappelijke onderzoeker zal daarom voor zijn denken en handelen een grote mate van vrijheid moeten verlangen: „*The only thing that lasts is the growth of knowledge, and there is no end to it*”, aldus drukt Esmond R. Long zich uit in een artikel getiteld: *Why basic research*. Heeft het zin om hierbij de vraag te beantwoorden welk aandeel de exacte wetenschappen en welk de geesteswetenschappen in de ontwikkeling der geneeskunde moeten hebben? Naar mijn mening stellig niet en wel omdat er tussen deze beide denkrichtingen niet dat essentiële verschil bestaat, hetwelk de ietwat pretentieuze naam van geesteswetenschap zou kunnen suggereren. Beide vormen van wetenschap

vinden toepassing in het geneeskundig wetenschappelijk onderzoek, ook in ons instituut (men denke slechts aan de psychologie) en beide zijn producten van de menselijke geest. Voor zover er een tegenstelling bestaat ligt deze in het vlak van de begrippen: metend en beschrijvend, exact en vaag, kwantitatief en kwalitatief. Men bedenke echter dat hier van een scherpe scheiding geen sprake is. Menig kwalitatief-beschrijvend onderzoek berust op schatting, d.w.z. grove meting van een verschil. Bovendien, meting en statistische evaluatie hebben ook in de zogenaamde geesteswetenschappen reeds geruime tijd ingang gevonden.

Hoe dit echter ook zij, niemand zal ontkennen, dat de ontwikkeling van het geneeskundig wetenschappelijk onderzoek in deze tijd in hoge mate haar geestesmerk ontleent aan de stormachtige ontwikkeling van de exacte wetenschappen: physica, chemie, hun grensgebieden biophysica en biochemie en hun mathematische omschrijving en statistische analyse. De fundamentele kennis der physica en de chemie heeft met een zekere tijdsverschuiving, nodig om te komen van kennis tot verantwoorde toepassing, de opbloei van de techniek veroorzaakt, waarvan een verbaasde en verontruste wereld thans getuige is. Men kan wel veilig voorspellen, dat een even systematische en deskundige toepassing op het gebied der geneeskunde een evenzeer schier onvoorstelbare vooruitgang kan betekenen voor het geneeskundig weten. De geneeskunde en de biologie in het algemeen, zich beide bezighoudend met nauwelijks te doorgronden levensprocessen, zullen echter, naar te verwachten is, voor een dergelijke ontwikkeling een veel langere tijd nodig hebben dan de techniek, die zich voornamelijk bezighoudt met dode materie.

Voor een modern geneeskundig wetenschappelijk instituut betekent dit alles, dat het uitgerust moet zijn tot het op verantwoorde wijze gebruiken van exacte kennis. Om dit te kunnen doen is gedegen vakkennis nodig, dat wil zeggen deskundigen uit verschillende vakgebieden en daarnaast een moderne technische uitrusting. Indien aan deze beide voorwaarden is voldaan, staat de weg open om door meten te komen tot kennis, tot onderscheiden van feit en fictie, en baserende op die kennis, tot het verwerven van begrip.

Men dient zich terdege te realiseren, dat deze ontwikkeling van het geneeskundig wetenschappelijk onderzoek als besliste voorwaarde moet erkennen de volledige samenwerking in groepsverband van een aantal deskundigen uit verschillende gebieden der wetenschap. Hierbij moet mij een opmerking van het hart.

De geneeskundige, die terecht dikwijls zo angstvallig waakt tegen het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunde, maakt zich maar al te vaak schuldig aan het onbevoegd uitoefenen van de natuurkunde, scheikunde of sociologie in de geneeskunde! Te vaak nog ziet hij in de beoefenaren van andere wetenschappen, deskundige hulpkrachten, die hoogstens op een door hem bepaald ogenblik en plaats kunnen worden

ingeschakeld. Wie zo meent te kunnen werken, mist de oprechtheid tot het erkennen van onvoldoende kennis en ervaring op aangrenzende vakgebieden, en onderschat naar mijn mening in hoge mate de betekenis van het werkelijke teamwerk, waarbij van het begin af de opzet en uitvoering van het wetenschappelijk onderzoek in nauwe samenwerking dienen te worden vastgesteld. Ten einde deze samenwerking op te bouwen moet er aanwezig zijn de goede wil, het verstaan van elkanders taal en van het wezen van elkanders eigenaardigheden. Ik moge slechts vaststellen, dat alle wetenschappelijke onderzoekers eigen moet zijn de eerlijke, niet zichzelf zoekende behoefte tot het vinden of benaderen van de waarheid.

Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde is thans op weg om een personele en materiële uitrusting te verwerven, welke het mogelijk maakt op een breed front te opereren; mogen de toekomstige resultaten van het onderzoek aantonen, dat het daarbij op de goede weg is. Met een enkel woord wil ik hierbij nog wijzen op de grote betekenis van de statistica voor de verantwoorde analyse van waarnemingen. Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde is een van de eerste wetenschappelijke geneeskundige laboratoria in ons land geweest, dat door het instellen van een statistische afdeling duidelijk toonde, welke betekenis er aan de statistische analyse voor het geneeskundig wetenschappelijk onderzoek moet worden toegekend.

Ook op dit terrein is het wederom van het grootste belang te kunnen beschikken over gedegen vakmanschap, dat enerzijds behoedt voor onverantwoorde conclusies en anderzijds de natuurlijke grenzen der statistische mogelijkheden en hun waarde voor de verwerving van kennis en begrip weet te beoordelen. De niet-ervaren, slechts ten dele deskundige statisticus is maar al te zeer geneigd, zoals een eenvoudige kennisname van de geneeskundige literatuur ten duidelijkste demonstreert, om aan formule en getal een schier magische betekenis toe te kennen, culminerende in het te pas en te onpas gebruiken van het woord significant. In een ietwat onbezonnen ogenblik noteerde ik eens de volgende dichterlijke ontboezeming, uitermate vrij naar Goethe's Faust:

Dat noem ik eerst de wetenschappelijke trant
Wanneer 'k na veel geplus en gemin en cijferspelen
Tot slot met trots kan mededelen:
„Het waargenomene was significant”
En alles wat deez' eretitel niet verdiene
Heeft slechts de waarde van het ongeziene!

Iedere onderzoeker dient zich steeds te realiseren, dat zich tussen het bijna en het

net even significante geen enkele sprongsgewijze overgang manifesteert. Het begrip significant is een afspraak en ieder geneeskundig onderzoek moet zich bij de noodzakelijke statistische analyse van zijn waarnemingen voor ogen houden, dat een zeer groot deel van de in het verleden verworven vooruitgang in het geneeskundig weten gebaseerd is op gegevens waarvan de significantie niet aanstonds vaststond. De statistische afdeling van het instituut vergeve mij deze opmerkingen, die stellig niet voortvloeien uit een onderschatting van de grote betekenis van hun werk voor het wetenschappelijk peil van ons instituut.

In het voorafgaande moge voldoende toegelicht zijn hoe elk geneeskundig wetenschappelijk onderzoek-instituut zich gesteld ziet voor een taak, die in wezen onbegrensd is. Daartegenover staat echter het harde feit, dat elk onderzoek een keuze verlangt en in deze keuze ligt de zelfopgelegde beperking. Ons instituut heeft tot taak het wetenschappelijk onderzoek op het gebied der preventieve geneeskunde, hetgeen reeds een duidelijke begrenzing van het wetenschappelijk arbeidsterrein inhoudt. In deze keuze ligt tevens besloten de teleurstelling van hen, die hun problemen niet gekozen zien.

Voor de leiding van het instituut betekent deze keuze een uiterst moeilijke en gewichtige taak. De keuze wordt in de eerste plaats bepaald door behoefte enerzijds en mogelijkheden anderzijds. De juiste aanpak van het probleem bepaalt daarna veelal het resultaat. Zuinigheid bij deze aanpak kan dan wel eens de grootste verwkisting blijken, in het geval waarin men te zeer uit is op gericht onderzoek en daardoor de mogelijkheid voor een bredere opzet verspeelt. Er hangt dan namelijk te veel af van het toeval bij de juiste keuze van het onderzoek.

Wil dit zeggen, dat een instituut er goed aan zou doen op alle wetenschappelijke „brain-waves” van zijn medewerkers in te gaan, „la vie bohémienne” van de wetenschappelijke werkers te leven, zoals Groen dit noemt? Geenszins! Integendeel, de begrenzing der middelen heeft het onmiskenbare voordeel, dat men gezamenlijk moet trachten het wetenschappelijk avonturieren te ontlopen. Men zij hierbij echter de woorden van Louis Pasteur indachtig, dat het toeval alleen de man begunstigt, wiens geest bereid is zijn kans te grijpen. Cornfield zegt zo terecht: *„The truth of the matter appears to be, that medical knowledge has always advanced by a combination of many different kinds of observation, some controlled and some uncontrolled, some directly and some only tangentially relevant to the problem at hand”* ¹⁾.

Bij de toegepaste research moet men er zich voorts van bewust zijn, dat de eisen

1) Geciteerd uit Fertig Texas Reports on Biology and Medicine, 1955.

die de geneeskundige praktijk heden stelt en de vragen die deze opwerpt, zeer aanzienlijk zullen verschillen van die, welke over een aantal jaren gesteld zullen worden. Het onderzoekresultaat van een instituut baseert zich voor een goed deel op weinig spectaculair werk; dit diene men te bedenken wanneer men de critische vraag stelt „of er al wat uitkomt”. Een wetenschappelijk instituut is niet een fabriek van nieuwe vondsten en uitvindingen en zelfs slechts maar ten dele een fabriek van publicaties. Zien wij dan de indrukwekkende lijst van verhandelingen en monografieën, die in de loop der jaren in versneld tempo uit dit instituut verschijnen, dan meen ik te mogen zeggen, dat het bestuur met groot vertrouwen de toekomst in kan gaan, nu het voor zijn bekwame staf een zo efficiënte werkplaats heeft mogen verwerven.

Daarnaast onderschatten wij niet de moeilijkheden om in de toekomst kundige jonge wetenschappelijke werkers als vaste en tijdelijke medewerkers aan te trekken. Hier-voor zijn nodig mensen met creatieve visie, knobelaars, specialisten en breed-geïnteresseerde wetenschapsmensen. Helaas verloopt het selectieproces voor geneeskundige wetenschappelijke werkers in ons land op een voor de geneeskunde bijzonder onvoordelige manier. Volslagen onbekendheid met de mogelijkheden en perspectieven van de geneeskundige research, doet reeds bij de eindexaminandi der prae-academische scholen een afoming plaatsvinden, welke kwalitatief grotendeels ten nadele van de geneeskunde uitvalt. Wil Nederland niet achterblijven op dit voor ons volksbestaan zo belangrijke gebied, dan zullen maatregelen genomen dienen te worden om een betere selectie te bereiken en tijdens de opleiding de zin voor wetenschappelijk onderzoek systematisch aan te wakkeren. Dat hierbij ook de status van de wetenschappelijke werker een rol speelt is zonder meer duidelijk. Is het geoorloofd, zo zou ik willen vragen, de wetenschappelijke werker voor een zo bevoorrecht schepsel te houden, dat men daaraan het recht kan ontleen hem slecht of matig te betalen? Zeker is het niet de wet van vraag en aanbod, die dit lage niveau bepaalt: de wetenschappelijke werker is schaars en de vraag is groot en zou nog veel groter moeten zijn.

Aan het einde van mijn betoog richt ik mij gaarne nog tot U, medewerkers van dit instituut van hoog tot laag. Voor U allen is de opening van het nieuwe instituut van grote betekenis. Groot is de verantwoording die daarbij in Uw handen wordt gelegd. Toont U dit vertrouwen waardig, zoals U dit steeds heeft gedaan. Van U hangt het af of de gezamenlijke kennis en kunde van dit instituut meer zal zijn dan de som van Uw individuele prestaties.

Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde heeft, dank zij Uw toewijding, zich een plaats verworven in geneeskundig Nederland en is er rondweg niet meer uit weg te denken. Naast de voldoening over hetgeen bereikt is, beheerse

U een neiging tot streven naar een nog hoger doel, Uzelf wegcijferend ten bate van de gemeenschap. Het enige egoïsme dat U moge kenmerken, zij het egoïsme om altruïst te willen zijn en daarmede U bevredigd te voelen door het gevoel voor een hoog doel gedaan te hebben wat U kon. Moge dit instituut zich op deze wijze in dienst stellen van de gemeenschap en daardoor zich in zijn bestaan rechtvaardigen”.

Rede van Zijne Excellentie de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid J. G. Suurhoff

Hiertoe aangezocht door Professor Burger, nam de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid vervolgens het woord. Zijne Excellentie begon met erop te wijzen hoe het begrip gezondheid in de laatste jaren verandering heeft ondergaan. Was men vroeger gewoon onder gezondheid uitsluitend het afwezig zijn van duidelijke ziekteverschijnselen te verstaan, thans neigt men er toe slechts die mens gezond te achten, wiens lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn aan bepaalde normen voldoet.

„Het is duidelijk” — aldus de Minister — „dat met een dusdanige verruiming van het begrip gezondheid de preventie vooral aan betekenis en draagwijdte wint. De curatieve geneeskunde richt voor alles de aandacht op de mens, die reeds in zijn gezondheid gestoord is, die ziekteverschijnselen vertoont en in min of meer ernstige mate in directe nood verkeert. De preventieve geneeskunde daarentegen verdiept zich in de mogelijkheid stoornissen te voorkomen in de biologische, geestelijke en sociale sfeer. Aldus tracht zij ertoe mede te werken de mens die mate van lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn te verzekeren, die de Wereld Gezondheids Organisatie tot een van de rechten van de mens heeft geproclameerd.

De mens van de 20ste eeuw is niet langer bereid zichzelf te zien als een speelbal van natuurlijke en maatschappelijke krachten, doch streeft naar beheersing daarvan. Wij zien dan ook de moderne mens trachten zich tegenover de gevaren, die hem en zijn medemens bedreigen, veilig te stellen door een uitgebreide medisch-sociale wetgeving en organisatie, in welke laatste het particuliere initiatief een zeer te waarderen en een onmisbare rol speelt”.

Aangaande het evenwicht tussen de beide velden van medische bedrijvigheid, merkte de Minister op: „Pas dan kan in Nederland de geneeskunde in volle omvang wetenschappelijk worden beoefend, wanneer er naast de vele bastions, waarin de klinische geneeskunde theoretisch wordt beoefend, een volgroeid centrum voor de beoefening der preventie als wetenschap zijn definitieve plaats heeft verkregen. Met de ingebruikneming van dit nieuwe gebouw van het Nederlandse Instituut voor Preventieve Geneeskunde is dat stadium, naar mijn vaste overtuiging, nog weer iets dichterbij genaderd. Hier kan in toenemende mate alles, wat met de preventie te maken heeft, worden bestudeerd en — voor zover wetenschappelijk voldoende gefundeerd — verder worden uitgedragen. Het is verheugend dat daarbij, behalve aan het biologisch-medische aspect, steeds meer aandacht wordt geschonken aan de sociale en psychische aspecten van de gezondheidsproblematiek. Ik geloof” — zo besloot Minister Suurhoff dit deel van zijn rede — „dat het Nederlandse volk zichzelf geluk mag wensen met het bestaan en de ontwikkeling van dit instituut, dat thans in dit nieuwe gebouw verdere mogelijkheden tot ontplooiing en vruchtdragende werkzaamheid vindt”.

In zijn verdere betoog wees de Minister op het nader tot elkaar komen van wetenschap en bedrijfsleven, een gelukkige ontwikkeling in onze hedendaagse samenleving. Meer en meer blijkt het bedrijfsleven bereid middelen en mogelijkheden aan de wetenschap beschikbaar te stellen, ook wanneer daarmee niet een direct-economisch doel gediend wordt. Van de zijde van het bedrijfsleven signaleerde de Minister twee motieven, namelijk bewustwording van sociale roeping en begrip voor het indirecte nut van vele vorderingen van de wetenschap, die niet rechtstreeks op verbetering of vernieuwing van product of productie-methode zijn gericht. Heel sterk spreekt dit laatste met betrekking tot de preventieve geneeskunde:

„Een goede preventie kan het verloren gaan van honderdduizenden arbeidsdagen per jaar voorkomen en zelf stelt zij de werkers in het bedrijf tot maximale prestaties in staat. Het bedrijfsleven incasseert deze, ook uit menselijk oogpunt zo verheugende vooruitgang, in de vorm van betere bedrijfsresultaten en lagere premies voor sociale verzekering. In theorie ware het natuurlijk denkbaar een deel van deze gunstige resultaten via belastingheffing aan het werk der preventieve geneeskunde ten goede te doen komen. De rechtstreekse weg is hier echter naar mijn overtuiging de betere. Vandaar, dat ik de misschien unieke constructie in ons land, waarbij werkgevers en werknemers via het Praeventiefonds dit werk financieren, zo van harte toejuich. Wel komen de resultaten van het werk in het instituut ten bate van onze gehele bevolking, maar de grote voordelen, welke juist het bedrijfsleven toevoelen, zijn evident. Ook om *die* reden — en niet alleen, omdat het bedrijfsleven het instituut grotendeels financiert — bestaat er in de kringen van het bedrijfsleven zulk een diepgaande belangstelling voor de verrichtingen en de resultaten van het instituut”.

Na daarop het nieuwe gebouw voor geopend te hebben verklaard, besloot Minister Suurhoff zijn rede met het uitspreken van zijn vertrouwen, dat het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde nog beter dan tot dusver het geval was, aan zijn grote bestemming zal kunnen beantwoorden en zich in toenemende mate in de belangstelling van het bedrijfsleven en van de gehele Nederlandse bevolking zal mogen verheugen, nog daargelaten de warme belangstelling van het Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, die vanzelfsprekend is.

Rede Dr. C. Banning, Voorzitter van het Bestuur van het Praeventiefonds

Dr. C. Banning, als voorzitter van het Praeventiefonds bij uitstek deskundig inzake de financiering van het instituut en beter dan wie ook bekend met de achtergrond van de wording en ontwikkeling van het instituut, bepaalde zich in hoofdzaak tot die twee onderwerpen. Hierbij traden personen en zaken aan het licht, die ten onrechte, geleidelijk wat in de vergetelheid zijn geraakt. Dr. Banning sprak als volgt:

„Het eerste contact van het toenmalige Prophylaxefonds met het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde werd gelegd in 1934. Het Prophylaxefonds-bestuur kende toen zijn eerste subsidie toe aan het instituut, en wel de som van f 5000,—, speciaal bestemd voor de bestudering van virusziekten. In 1935 werd deze subsidie gecontinueerd. Op grond van de gunstige resultaten werd in 1937 de subsidie verhoogd tot f 7500,—.

Verder was reeds in 1934 bij het Prophylaxefonds een nota ingediend door een niet-lid, nl. de toenmalige directeur van de Gemeentelijke Geneeskundige- en Gezondheidsdienst van Amsterdam, Dr. Heijermans, waarin werd voorgesteld over te gaan tot de oprichting van een centraal instituut voor wetenschappelijke onderzoekingen op het gebied der arbeidshygiëne, terwijl bovendien systematisch vraagstukken onder ogen zouden moeten worden gezien die annex zijn met technische hygiëne, medisch-sociale vraagstukken, arbeidsfysiologie en -pathologie en alles wat met deze problemen samenhangt. Dr. Heijermans deed de suggestie een laboratorium op te richten, voldoende uitgerust om de nodige technische, medische en chemische onderzoekingen te doen, terwijl een uitgebreide bibliotheek niet zou mogen ontbreken.

Dit voorstel werd ter bestudering en om advies in handen gesteld van een sub-commissie onder leiding van de toenmalige directeur-generaal van de Volksgezondheid, Mr. L. Lietaert Peerbolte. Het advies van deze sub-commissie was, het voorstel voorlopig te laten rusten voornamelijk op grond van de overweging, dat de dalende conjunctuur de inkomsten van het Prophylaxefonds sterk zou doen verminderen, terwijl het aanwezige kapitaal te gering was om een project van de voorgestelde omvang te realiseren.

In 1936 stelde de toenmalige voorzitter van het Prophylaxefonds het voorstel opnieuw aan de orde. Wijlen Dr. Josephus Jitta was van mening, dat op grond van de door hem gemaakte ruwe begroting, de middelen van het Fonds toelieten een uitvoerig onderzoek in te stellen naar de mogelijkheid en de wenselijkheid van de oprichting van een instelling, waarbij de preventieve geneeskunde naast de arbeidshygiëne haar plaats zou krijgen. Uitvoerige besprekingen van Dr. Josephus Jitta met verschillende instanties resulteerden in het verzoek aan de Heren Bijl, Burger en Taconis een nader rapport uit te brengen. Op grond van het uitgebrachte rap-

port besloot het bestuur in 1938 over te gaan tot het stichten van een nieuw gebouw en voort te werken in de lijn van de arbeid die in het bestaande instituut werd gevolgd. Het is hier niet de plaats uitvoerig in te gaan op de vraag waarom het nieuwe instituut niet in Utrecht maar in Leiden is gekomen. Ik mag volstaan met de constatering van het feit, dat het gebouw in Leiden staat en dat daarover door niemand tranen zijn geplengd. In 1940 vond de gunning plaats. In 1941 kon het nieuwe gebouw worden betrokken.

Het zal niemand verwonderen, dat in de loop van de jaren het zogenaamde nieuwe instituut te klein bleek te worden. Niet alleen het bestuur en de directie van het instituut waren zich daarvan bewust, ook in de kring van het bestuur van het Praeventiefonds heerste de unanieme mening dat, wilde het instituut beantwoorden aan de bestemming waarvoor het was bedoeld, een aanzienlijke uitbreiding aan het gebouw moest worden gegeven. In de jaren 1951 tot en met 1955 reserveerde het bestuur van het Praeventiefonds in totaal $\pm$ f 3.000.000,— voor de bouw en inrichting van de uitbreiding, die thans is geopend. Het is interessant even mede te delen, dat de kosten van de nieuwbouw en inrichting in 1940 in totaal f 276.000,— hebben belopen.

Wat nu de subsidies betreft, die in de loop der jaren door het Prophylaxefonds en daarna door het Praeventiefonds werden verstrekt, deze bedroegen per jaar in 1934 f 5000,—, in 1940 f 25.000,—, in 1950 f 364.000,— en in 1954 f 900.000,—. In 1955 heeft het door het Praeventiefonds te dekken exploitatiesaldo reeds de f 1.000.000,— overschreden. Zoals uit deze kleine schets blijkt, heeft het Praeventiefonds een aanzienlijk deel van zijn budget besteed aan het zo zeer gewaardeerde werk van het instituut.

Nu het zover is, dat het bestuur van het Praeventiefonds het gebruik van de bedrijfsruimten van het nieuwe laboratoriumcomplex overdraagt aan het bestuur van het instituut, doet zij dit in volkomen vertrouwen. Ik mag hier wel onze grote waardering uitspreken voor alles wat door het instituut is gepresteerd. Reeds in de oudste inrichting en in het in 1940 gestichte gebouw, en ik kijk hier even naar Professor Bijl, hebben alle medewerkers van hoog tot laag bewezen voor hun taak berekend te zijn geweest. De prestaties van het instituut hebben deze inrichting bekend gemaakt zowel in binnen- als buitenland. Het moet wel voor alle werkers een feest worden nu hun onderzoeken te verrichten in een gebouw, hunner waardig. En directie en stafleden, hartelijk gelukgewenst en „good luck” met Uw onderzoeken.

Ons bestuur (Praeventiefonds-bestuur) is er zich terdege van bewust, dat U een zware taak krijgt en een grote verantwoordelijkheid zult moeten dragen. Researchwerk is ongelimiteerd, kent geen grenzen. De wetenschappelijke werkers bestrijken

een terrein waarvan zij zelf vermoedelijk de uitgebreidheid niet kennen. Toch zal in de toekomst niet ongelimiteerd uitgebreid en doorgewerkt kunnen worden. Er is op een gegeven ogenblik namelijk een financiële rem. Hoe gaarne ook ons Fonds zal willen blijven helpen en steunen, ook wij zijn gelimiteerd in ons kunnen. Veel zal worden geleverd van het beleid en verantwoordelijkheidsgevoel van U, Mijnheer de Voorzitter en geachte Bestuursleden van het instituut, en van U, Directie en Afdelingshoofden van het instituut, om de hoeveelheid projecten die ter hand worden genomen, alsmede hun omvang te doen passen in de financiële mogelijkheid. U allen kennende, ik herhaal het, geeft ons Praeventiefonds-bestuur het gebruik van dit prachtige laboratoriumcomplex in volledig vertrouwen in Uw handen over”.

Dr. J. T. Buma, die als laatste spreker aan het woord kwam, schetste de dankbaarheid en voldoening van het personeel, nu, na jaren van onrust, aan het werk kan worden gegaan in het herboren instituut, dat aan hoge eisen van doelmatigheid voldoet en bovendien die stoerheid, soberheid en eenvoud bezit, een wetenschappelijk instituut waardig. Hij betreurde het en maakte zich daarbij tot tolk van het gehele personeel, dat Professor Remmelts niet aanwezig kon zijn; immers zonder diens enthousiasme en werklust zou dit nieuwe gebouw niet tot stand zijn gekomen. Daarop prees Dr. Buma de grote vrijheid van handelen ten aanzien van het wetenschappelijk werk in het instituut, een blijk van vertrouwen van de zijde van het bestuur, waarvoor de staf niet minder erkentelijk is, dan voor het kostelijk instrument: het nieuwe instituut. Uiteraard, zo betoogde spreker, legt die vrijheid verplichting en verantwoordelijkheid op, de verplichting en verantwoordelijkheid met een wel uitgebalanceerd program te blijven binnen de functies, toegedacht aan het instituut. Dr. Buma ging daarna dieper in op de wijze, waarop directie en staf die verantwoordelijkheid zien.

„Er liggen”, aldus Dr. Buma, „enkele duidelijke opgaven voor ons, waaraan o.i. niet te tornen valt, nl. het beoefenen van een aantal noodzakelijk geachte wetenschappen; het toepassen van deze kennis op een aantal vraagstukken, de gezondheidszorg betreffende; en het geven van voorlichting en onderwijs. Dit zijn drie opgaven waaraan door ons inhoud moet worden gegeven. In hoeverre worden deze nu door de term preventieve geneeskunde gedragen?

De significus kan gemotiveerde critiek aanvoeren tegen de woordcombinatie „preventieve geneeskunde”, een begrippenpaar dat een tegenstelling inhoudt. Het is anderzijds echter juist deze paradoxale maar harmonische combinatie, die aan ons werk in het instituut een kleurige inhoud geeft. Het begrip gezondheid, in zijn moderne, veelomvattende zin, houdt in harmonie tussen de mens en zijn natuurlijke en maatschappelijke milieu. Terwijl de curatieve geneeskunde zich bezighoudt met vraagstukken die rijzen, wanneer deze harmonie verloren is gegaan, houdt de preventie zich bezig met de zorg voor het behoud van deze harmonie. Omdat preventie niet is te beoefenen los van de geneeskunde, zonder kennis van het gezondheidsdefect, het ziektebeeld, houden we aan deze combinatie (preventie-geneeskunde) vast. Pas wanneer men een ziektebeeld heeft geïsoleerd, beschreven en in zijn ontstaanswijze verklaard, kan men zich verdiepen in mogelijkheden het te voorkomen”.

Na erop gewezen te hebben, dat historisch gezien de preventieve doelstellingen nauw samenhangen met de curatieve en wel veel meer dan men oppervlakkig zou menen, vervolgde Dr. Buma: „Haar eerste grote successen boekte de geneeskunde in de tweede helft van de vorige eeuw ten aanzien van de infectieziekten. Nadat de

infectieuze ziekten via hun specifieke verwekkers bestrijdingsmogelijkheden boden, hebben zowel de geneeskunde als de preventie hierin hun eerste aangrijpingspunten gevonden. Men behoeft er zich dan ook niet over te verbazen, dat in dit instituut in de aanvang de bacteriologie op de voorgrond stond. Hoewel de curatieve en de preventieve geneeskunde zich voor nieuwe opgaven geplaatst zagen, is de ontwikkeling van deze eerste specifiek bacteriologische fase voor geen van beide voltooid. De ontdekkingen der antibiotica en het nog voortdurende zoeken naar bruikbare vaccins, vooral in verband met virusziekten, getuigen hiervan.

Daarnaast echter vond een ontwikkeling aan een ander front plaats. Met de perfectie van de klinisch-diagnostische methoden werd de medicus-klinicus in staat gesteld bepaalde diagnosen steeds vroeger te stellen. Parallel aan de mogelijkheden ontwikkelde zich een nieuwe vorm van preventie, die eveneens erop uit was, een aantal ziekten, die haar belangstelling hadden, in een zo vroeg mogelijk stadium te ontdekken. Voor de bacteriële ziekten, zoals tuberculose, betekende dit ontdekking in een stadium, waarin het gevaar voor verbreiding der ziekte tot een minimum beperkt blijft; voor dergelijke en andere ziekten bovendien, opsporing in een ziektestadium met gunstige genezingskansen.

Ik meen intussen, dat enkele obstakels aan deze gang van zaken een halt kunnen toeroepen. Mogelijk zou een vroege diagnostiek als ideaalstelling zowel voor kliniek als voor preventie geleidelijk aan op het tweede plan kunnen geraken. Althans bij onze stand van volksgezondheid. Ik doel hier op het meer en meer verdwijnen van infectieziekten, vooral echter op het feit, dat iedere ziekte een symptoomarm beginstadium heeft, waarin zelfs de meest verfijnde diagnostiek tekortschiet. Naarmate de infectieziekten op de achtergrond geraken en andere groepen van ziekten relatief belangrijker worden, kan mogelijk een andere ideaalstelling zich geleidelijk aan baanbreken. Deze verwachting verdient enige toelichting.

De klinische geneeskunde heeft haar grootste triomfen zonder twijfel gevierd, dank zij de ontdekking van een aantal *specifieke* uitwendige ziekteoorzaken, zoals de bacteriën en virussen, tekorten aan vitaminen en andere voor de gezondheid onmisbare voedingsstoffen, en niet te vergeten allerlei toxische stoffen in het beroep en daarbuiten. Vergis ik mij, wanneer ik meen aanwijzingen te zien dat het tempo, waarin de grote ontdekkingen van dergelijke ziekteoorzaken plaatsvinden, trager wordt, hun aantal afneemt? Is het mogelijk, dat het reservoir van specifieke ziekteveroorzakende momenten uitgeput raakt? Zeker is, dat nu de infectieziekten, de voedingsziekten en de intoxicaties, wetenschappelijk gesproken meer en meer onder controle komen, de klinische geneeskunde geconfronteerd wordt met een steeds groeiend residu van ziekten die zeer complexe wetenschappelijke vraagstukken presenteren, zoals de slijtageziekten van hart en bloedvaten, de boosaardige gezwel-

len, de zogenaamde psycho-somatische en niet te vergeten de neurotische aandoeningen. In toenemende mate vragen chronisch verlopende processen aandacht. Een groot aantal hiervan vereist naast onderzoek in de kliniek evenzeer onderzoek daarbuiten, daar vele dezer aandoeningen ook een sociale bodem hebben.

Deze ontwikkeling ontmoeten we allerwege: Denk aan de kindergeneeskunde. De vroeger veelvuldige ziekten en de hoge sterfte van de zuigeling, voortvloeiend uit (acute) infecties en foutieve voedingsgewoonten, over het algemeen gevolgen van specifieke oorzaken, vormen niet langer de grootste opgaven. Het door vele voorwaarden bepaalde ziektebeeld „ongeval”, waarin men tevergeefs een specifieke „oorzaak” zoekt, neemt op dit ogenblik de eerste plaats in onder de doodsoorzaken bij kinderen. Daarnaast denke men aan de aangeboren afwijkingen, vroeggeboorte en perinatale sterfte als hoofdoggaven van pediatriesch onderzoek en kinderhygiëne. Even zovele voorbeelden van ziektebeelden, waarin men vermoedelijk tevergeefs naar een centrale, specifieke oorzaak zoekt.

De bedrijfsgeneeskunde is wetenschappelijk nooit klaar met de bedrijfsintoxicaties, praktisch gesproken echter wel! Zodra men bijvoorbeeld weet, dat lood een giftige stof is, mogen er nog allerlei wetenschappelijke kwesties om een oplossing vragen, praktisch heeft men een aanpak voor het vraagstuk, zodat bij goede organisatie intoxicaties met deze stof geheel of gedeeltelijk te vermijden zijn.

Andere ziektebeelden schuiven zich echter op de voorgrond en vormen thans de moeilijke praktische vraagstukken, daar wederom het specifieke handvat ontbreekt en met de wetenschappelijke aanpak van het niet specifieke ziekte-veroorzakende moment nog vrijwel een begin moet worden gemaakt. De ziektebeelden „ziekte-verzuim” en „aanpassingsstoornissen in het bedrijf” vormen naast de verkoudheidsziekten nu de grootste problemen voor de bedrijfsgeneeskunde, praktisch zowel als wetenschappelijk. Het probleem van de bedrijfsgeneeskunde wordt ook door de Expert Committees van de World Health Organization gezien in de aanpassing van het werk aan de mens en van de mens aan zijn taak.

Mogelijk zal later de medische historieschrijver van onze tijd als belangrijkste ontdekking van de eerste helft van deze eeuw boekstaven de ontdekking van de complexiteit van het medische vraagstuk. Het feit, dat dit vrijwel zonder uitzondering door een veelheid van factoren van zeer uiteenlopende aard wordt bepaald, maakt het voor de alleenwerkende onderzoekers steeds moeilijker dit op te lossen. Het stelt als dwingende opgave, deze vraagstukken door een aan het vraagstuk aangepast wetenschappelijk team te attaqueren. In dit team, hoe ook samengesteld, zal in de toekomst de statisticus een vaste, zelfs een centrale plaats moeten hebben. In verband hiermede staat de moderne geneeskunde als ik het goed zie voor een tweetal onderling samenhangende nieuwe fundamentele opgaven:

De ene is gelegen in het bestuderen van de totale situatie waarin een bepaald ziektebeeld optreedt, de andere in de bestudering van de ontwikkelingsgeschiedenis van de stoornissen in de gezondheid van het zieke individu. Zij stellen als opgave het ontwikkelen van methodes van beschrijven, isoleren en meten van de invloed van niet specifieke ziekmakende factoren, zoals gezegd vanuit de totale situatie en vanuit de ontwikkelingsdynamiek (situatieve en genetische benaderingswijze).

Men mene overigens niet, dat dit alleen geldt voor die ziektebeelden zoals de hiervoor reeds genoemde waarin het specifieke ziekmakende agens naar alle waarschijnlijkheid ontbreekt. Ook voor die ziekten waarin een specifieke verwekker aangetoond is, ligt dezelfde problematiek nog vrijwel braak. We kennen bijvoorbeeld wel de verwekker van kinderverlamming. Bekend is ook, dat ruwweg drie vierde van alle volwassenen te onzent de sporen van het contact met deze verwekker toont, zonder dat in het algemeen dit contact ernstige gevolgen met zich bracht. Te weinig weten wij nog van de omstandigheden die de geïnfekteerde tot patiënt maken. Er is zelfs a priori niets van te zeggen waar de, preventief gesproken, belangrijkste mogelijkheden liggen, in het specifícum, het virus, of in de niet-specifieke endogene dan wel situatieve factoren.

In zijn *Principes de la médecine expérimentale* (pag. 33) anticipeerde $\frac{3}{4}$ eeuw geleden de geniale Claude Bernard de hier bedoelde onderzoekingen vanuit de situatieve benaderingswijze: „De statistiek van een ziekte”, aldus Bernard, „is het vaststellen, zonder vooropgezette ideeën, van de toestand van alles wat met die ziekte in verband staat, in het geheel der omstandigheden, waarin deze zich openbaart”.

Voorbeelden zijn gemakkelijk te geven: Zo is tuberculose het meest bestudeerd als klinisch-technisch, als microbiologisch, als parasitologisch en als volksgezondheidsvraagstuk. De erfelijkheidsproblematiek van deze ziekte evenwel is nog onvoldoende doorvorst, evenals het vraagstuk van de samenhang met andere ziekelijke toestanden. Uit een onderzoek, dat onlangs kon worden afgesloten, maar dat nog niet is gepubliceerd, bleek de tuberculose in een grote stad overtuigende geografisch pathologische aspecten te hebben. Bovendien bleken de thans nog overblijvende gevallen samen te gaan met maatschappelijke en psychische stoornissen van de patiënten en hun gezinsleden, en wel in zo sterke mate, dat het problematisch wordt of de laatste schuilhoeken van de tuberculose kunnen worden gesaneerd, zonder ook aan een aantal van deze vraagstukken nauwkeurige aandacht te schenken. De vraag, waar bij deze restgroep in het individuele geval, en waar in het collectief, de meest belovende aanpak voor behandeling en preventie is gelegen, bleek op grond van dit onderzoek opnieuw een vrijwel open vraag. Voor vele andere ziektebeelden ligt de zaak niet wezenlijk anders.

De tweede door mij bedoelde benaderingswijze is de genetische, die zich bezighoudt met wat Welch heeft genoemd „de natuurlijke historie van ziekte”, het bestuderen der diverse fasen in de ontwikkelingsgang van het ziektebeeld. De psychosomatische school van onderzoek heeft in dit verband gewezen op de betekenis van de levensgeschiedenis in verband met het ontstaan van een aantal ziektebeelden zoals de maagzweer, asthma bronchiale en dergelijke meer. Voor de preventie zullen deze nieuwe opgaven waarvoor de klinische geneeskunde zich gesteld ziet, naar het zich laat aanzien, wederom analoge consequenties met zich brengen.

Het onderzoek naar de betekenis van de meestal vrijwel ontelbaar vele invloeden waaronder bepaalde ziektebeelden kunnen optreden, zal voor de preventie in toenemende mate centraal komen te staan. Men zou deze benaderingswijze met het begrip: multi-factoren-onderzoek kunnen aanduiden. Men mag verwachten, dat dit tot gemeenschappelijke opgave zal worden voor kliniek en preventie. Voor zover beide taken niet ineenvloeden zal op zijn minst nauwe samenwerking tussen beide noodzakelijk zijn.

Dit multi-factoren-onderzoek, dat een teamsgewijze aanpak nodig maakt, zal, naarmate de veranderende medische problematiek haar als eis stelt, niet nalaten grote consequenties met zich te brengen voor de medische wetenschap in het algemeen en speciaal ook voor dit instituut. U dit voor ogen te stellen was het doel van deze korte beschouwing over de ontwikkeling der geneeskundige problematiek en de daarmee samenhangende wetenschappelijke opgaven voor ons instituut.

Wanneer men nu zou vragen in hoeverre dit instituut is voorbereid op dergelijke opgaven, dan moge ik wijzen op het brede spectrum van specialisten, dat hier aanwezig is en dat ons in staat stelt tot een zo brede aanpak der genoemde vraagstukken, als elders nauwelijks mogelijk is. Intussen impliceert de aanwezigheid van een groep specialisten in één organisatie nog niet de aanwezigheid van een team. Het betekent slechts een der voorwaarden voor het werken in teamverband.

De weg om hiertoe te komen is duidelijk drie-fasisch. Tot nu toe voltrok zich in het instituut hoofdzakelijk de eerste fase, die van het aantrekken en het zich laten ontwikkelen en vormen van de specialisten. Zonder werkelijk deskundigen kan nooit een wetenschappelijk team van hoge kwaliteit worden opgebouwd. Ook in de volgende fase zal de leiding van een instituut als dit er mede hebben te rekenen, dat iedere specialist een gerichte belangstelling heeft. Reeds zijn beroepskeuze geeft hier blijk van, terwijl hij door zijn aanleg, opleiding en denktraining gewoon is zich bezig te houden met en zich te interesseren voor een fragment of een aspect van de realiteit. Wanneer hem hiervoor niet de mogelijkheid wordt geboden zal hij niet alleen zijn technisch niveau zien dalen, maar bovendien de animo in het werk

kwijtraken. Specialistisch onderzoek zal dus een belangrijke plaats in ons werk moeten blijven innemen.

Daarnaast dient onmiddellijk gezegd, dat wanneer we er in de eerstvolgende jaren niet in slagen te komen tot een teamsgewijze aanval op de grote, voor de preventie toegankelijke volksgezondheidsvraagstukken, dit instituut zijn missie niet zal hebben vervuld. Het zal in dat geval ernstig gevaar lopen als het ware in een aantal universitaire afdelingen uiteen te vallen.

De tweede fase in de richting van een teamsgewijze aanpak zou men die van de technologische ontwikkeling in deze richting kunnen noemen. De vraag is hier meer welke projecten zich — ter oefening — het best lenen voor teamsgewijze benadering, dan welke naar maatstaven van gezondheidszorg gemeten de belangrijkste zijn. Pas nadat in een aantal proefonderzoeken de nodige ervaring is verkregen, kan met de derde fase, die van het systematisch geplande teamsgewijze onderzoek, worden begonnen.

De toegestane tijd laat niet toe dieper in te gaan op de wijze waarop wij onze verantwoordelijkheden zien en inhoud trachten te geven aan de ons geschonken vorm, dit instituut. Samenvattende geldt, dat aan de zich wijzigende medische problematiek die een steeds bredere aanpak vereist naarmate het specifiekum daarin een geringere rol speelt, ook de preventieve doelstellingen zich hebben aan te passen. Dit geldt analoog voor het wetenschappelijk werk. Organisatie van teams die gezamenlijk de grote preventieve vraagstukken kunnen attaqueren, waarvan in het begin van mijn rede een aantal is genoemd, zal een steeds belangrijker opgave worden voor de staf van het instituut. Naarmate de mogelijkheden van een brede, teamsgewijze aanpak technisch gesproken groter worden, zal het gesprek met onze adviescolleges en met de maatschappij in het algemeen steeds belangrijker worden, zulks in verband met de voor ons vitale informatie over de volksgezondheidsproblematiek; daarnaast in verband met de ook voor ons onontkoombare aanpak van de sociale problematiek.

Tot nu toe sprak ik over één aspect van ons werk, onze differentiërende-analyserende onderzoekingen. Daarnaast zijn constructieve activiteiten voor een all-round beoefening van preventie onmisbaar. Als voorbeeld hiervan zij vermeld de poging van de afdeling Gezondheidszorg om in een dorpsgemeenschap te komen tot een integratie van de curatief en de preventief werkzame organen, een integratie, die, niet alleen in ons land, zoveel te wensen overlaat. Soortgelijke taken liggen er binnen het bedrijfsgeneeskundig werk en op het gebied van de schoolpsychologie. Ook het constructieve werk ter verbetering van de menselijke verhoudingen in het bedrijf en daarbuiten valt hieronder. Als sluitstuk op onze verantwoordelijkheden, het zij nadrukkelijk vermeld, zien wij deze toepassingsproblematiek, de realisatiemoge-

lijkheden in de maatschappij, het teruggeven aan haar van datgene wat wij door ons onderzoek aan mogelijkheden menen te zien.

De term voorlichting is voor het zojuist genoemde toepassingswerk zeker niet afdoende. Het gaat hier om een veel intensievere bemoeiing met maatschappelijke groepen. Toch zal ook de bredere voorlichting hiertoe mede kunnen werken. Bovendien kan een goede voorlichting, ook aan de artsenwereld, tot een belangrijke taak voor het instituut uitgroeien. Daarnaast zal een meer gerichte voorlichting via onze snel groeiende cursus gezondheidszorg en preventieve geneeskunde gerealiseerd worden”.

Dr. Buma besloot zijn rede: „Excellentie, Heren Vertegenwoordigers van Overheid, Gezondheidszorg, Industrie en Bedrijfsgeneeskunde, gij zijt representanten van de wereld aan wie wij bij deze openingsmanifestatie niet alleen dank willen brengen, maar aan wie wij vooral ook willen laten zien, dat ons streven is, aan de maatschappij terug te geven wat wij aan haar ontnemen. Dat gij door Uw aanwezigheid hier ons de mogelijkheid hebt geboden U dit te zeggen, stemt ons dankbaar. Hippocrates, de geestelijke vader van de Westerse geneeskunde, zei in zijn bekende 1e aforisme: *De kunst is lang, het leven kort, de goede gelegenheid vluchtig, het oordeel moeilijk, de proefneming hachelijk*. Het is niet voldoende, dat de arts al het mogelijke doet, hij dient zich te verzekeren van de medewerking van de patiënt zelf, van zijn verzorgers en van alles wat op hem van invloed kan zijn. Ook voor dit instituut is het niet voldoende, dat het zelf al het mogelijke doet. Slechts als het zich verzekerd weet van Uw aller hulp en samenwerking, kan ons werk vrucht dragen”.