

arm te maken door filtratie.^{14 15} CMV-transmissie wordt hierdoor voorkomen en de meeste bloedbanken hebben gefiltreerde erythrocyten in voorraad.¹⁶

Tenslotte zou het heparinemengsel bestraald kunnen worden ter voorkoming van 'graft-versus-host'-ziekte bij kinderen bij wie een (aangeboren) immunodeficiëntie niet uitgesloten geacht wordt en (of) het geboortegewicht lager dan 1500 g is.¹⁷

Conclusie: een mengsel van citraaterythrocyten met heparineplasma is een goed alternatief voor vers heparinebloed voor wisseltransfusies.

Wij danken prof.dr.J.G.Koppe, Academisch Medisch Centrum bij de Universiteit van Amsterdam, dr.J.Samson, Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, Amsterdam, en dr.J.Vonk, Stichting Ziekenhuis de Heel, Zaandam, voor het beschikbaar stellen van de patiëntengegevens.

SUMMARY

The use of a mixture of red cells collected in citrate anticoagulant and plasma derived from heparinized blood in exchange transfusions. - In 1985 a mixture of red cells collected in citrate anticoagulant with plasma derived from heparinized blood was introduced in Amsterdam to perform exchange transfusions in newborns. This heparin mixture has physiological levels of electrolytes, calcium and glucose, can be delivered on short notice and carries a minimal risk of transmission of infectious diseases because all blood components are tested for hepatitis B antigen and antibodies against syphilis and the human immunodeficiency virus. Retrospectively we evaluated 54 children treated in 1986 and 1987 with exchange transfusions using this heparin mixture. An adequate decrease in bilirubin values when necessary was observed while neither changes in sodium, potassium, calcium or glucose values nor adverse effects on the pH value were recorded. However, a remarkable transient thrombocytopenia was found following exchange transfusion with a decrease of the platelet count to an average of 39% of the initial value.

LITERATUUR

¹ Koppe JG. Indicaties voor wisseltransfusies bij pasgeborenen. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1817-20.

² Bennebroek Gravenhorst J, Overbeeke MAM, Dijk BA van. Problemen bij anti-rhesus(D)-immunoprofylaxe. Ned Tijdschr Geneesk 1984; 128: 1005-9.

³ Dijk BA van, Overbeeke MAM, Bennebroek Gravenhorst J. Irregulaire erythrocytenantistoffen tijdens de zwangerschap. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1361-4.

⁴ Schiff D, Aranda JV, Colle E, Stern L. Metabolic effects of exchange transfusions. I. Effect of citrated and of heparinized blood on glucose, nonesterified fatty acids, 2-(4 hydroxy-benzeneazo) benzoic acid binding and insulin. J Pediatr 1971; 78: 603-9.

⁵ Maisels MJ, Li TK, Piechocki JT, Werthman MV. The effect of exchange transfusion on serum ionised calcium. Pediatrics 1974; 53: 683.

⁶ Latham Jr JT, Bove JR, Weirich FL. Chemical and hematologic changes in stored CPDA₁ blood. Transfusion 1982; 22: 158-9.

⁷ Barnard DR, Chapman RG, Simmons MA, Hathaway WE. Blood for use in exchange transfusion in the newborn. Transfusion 1980; 20: 401-8.

⁸ Doyle PE, Eidelman AI, Lee KS, Daum C, Gartner LM. Exchange transfusion and hypernatremia: possible role in intracranial hemorrhage in very-low-birth-weight infants. J Pediatr 1978; 92: 848.

⁹ Schiff D, Aranda JV, Colle E, Stern L. Metabolic effects of exchange transfusion. II. Delayed hypoglycaemia following exchange transfusion with citrated blood. J Pediatr 1971; 589-93.

¹⁰ Scanlon JW, Krahaur R. Hyperkalemia following exchange transfusion. J Pediatr 1980; 96: 108-10.

¹¹ Pietersz RNI, Reesink HW, Dekker WJA, Fijen FJ. Preparation of leukocyte-poor platelet concentrates from buffy coats. I. Special inserts for centrifuge cups. Vox Sang 1987; 53: 203-7.

¹² Dudok de Wit C. Wisseltransfusie bij de pasgeborene. Amsterdam: Centrale Medische Bloedtransfusie Commissie, 1988: 24-30.

¹³ Aken WG van, Does JA van der, Dudok de Wit C. Consensus 'beleid met betrekking tot trombocytentransfusies'. Ned Tijdschr Geneesk 1985; 129: 1374-7.

¹⁴ Gilbert GL, Hayes K, Hudson IL, James J. Prevention of transfusion-acquired cytomegalovirus infection in infants by blood filtration to remove leucocytes. Lancet 1989; i: 1228-31.

¹⁵ Bowden RA, Sayers MH, Cays M, Slichter SJ. The role of blood product filtration in the prevention of transfusion associated cytomegalovirus (CMV) infection after bone marrow transplant. Transfusion 1989; (suppl 1)29: S205.

¹⁶ Pietersz RNI, Reesink HW, Korte D de, Dekker WJA, Ende A van den, Loos JA. Storage of leukocyte-poor red cell concentrates: filtration in a closed system using a sterile connection device. Vox Sang 1989; 57: 29-36.

¹⁷ Leitman SF, Holland PV. Irradiation of blood products. Transfusion 1985; 25: 293-303.

Aanvaard op 24 april 1990

Geschiedenis der geneeskunde

Uit de geschiedenis van het Emma Kinderziekenhuis

P. BOL

Het Emma Kinderziekenhuis (EKZ) in Amsterdam heeft zijn 125-jarig jubileum als zelfstandige instelling in 1990 net niet gehaald. Sinds begin 1989 maakt het deel uit van de C-Divisie (Kindergeneeskunde) van het Academisch Medisch Centrum (AMC) in de Bullewijkerpolder.

der. Dit jaar wordt in het AMC een tentoonstelling georganiseerd met als thema: zorg voor kinderen in het Binnengasthuis en in het EKZ in de vorige en in deze eeuw.

Dit artikel betreft vooral het EKZ in het jaar 1914. Het opnameboek van dat jaar bevat heel wat details die te zamen een beeld schetsen van de opgenomen kinderen en hun ziekten, en tevens van de kindergeneeskunde in die tijd.

Dr.P.Bol, arts-epidemioloog, secretaris Gezondheidsraad, Postbus 90517, 2509 LM 's-Gravenhage.

Tot de helft van de vorige eeuw stond de verpleging in de gasthuizen op een laag niveau.¹⁻⁷ De jeugdige patiënten hadden vaak de slechtste positie. Als zij al opgenomen werden, moesten zij vaak een bed met een of twee andere kinderen delen of werden zij bij een volwassene in bed gestopt. Veel gasthuizen weerden jonge kinderen zelfs reglementair. Vooral door infectieziekten binnen het ziekenhuis was de sterfte onder hen hoog. Daardoor verlieten met name zuigelingen zelden levend het ziekenhuis. Nog aan het eind van de vorige eeuw, in 1896, bedroeg de sterfte onder zuigelingen in het Berlijnse Charité ongeveer 75%. Kinderziekenhuizen als het EKZ namen in de eerste decennia van hun bestaan in principe dan ook geen zuigelingen op.

In de laatste 20 jaar van de vorige eeuw namen de kennis van infectieziekten en de bestrijding ervan enorm toe. Dit maakte het mogelijk dat in 1914 ruim een kwart van de opnames in het EKZ zuigelingen betrof. Uiteraard waren ook andere medische vorderingen hiervoor van belang geweest. Het werk van Schlossman in Dresden bijvoorbeeld heeft de verpleging van zieke zuigelingen en de daarmee behaalde resultaten in het begin van onze eeuw een sterke impuls gegeven.⁸

DE OPKOMST DER KINDERZIEKENHUIZEN

Bij de enorme veranderingen in de vorige eeuw hoorde ook een nieuwe kijk op het kind. Wellicht was er zelfs voor het eerst een visie op het kind als zelfstandig wezen, met een eigen psyche en specifieke lichamelijke kenmerken. Gevoegd bij het groeiende besef van de waarde van gezonde kinderen en een gezonde bevolking was er een klimaat waarin kindergeneeskunde en kinderziekenhuizen konden ontluiken. Reeds in 1802 werd in Parijs het eerste kinderziekenhuis in Europa opgericht: het Hôpital des Enfants Malades. In 1830 werd in het Charité in Berlijn een aparte kinderafdeling ingericht. Vervolgens kwam er in 1834 een kinderziekenhuis in Sint Petersburg, gevolgd door Wenen en Londen in 1852. Het eerste Nederlandse kinderziekenhuis kwam tot stand in Rotterdam in 1863 (het Sophia Kinderziekenhuis); het EKZ in Amsterdam volgde in 1865. Daarna komen er nog vijf kinderziekenhuizen bij: in Arnhem (1882), Den Haag en Dordrecht (beide 1885), Utrecht (1888) en Groningen (1891).¹⁻³ In feite markeert de bloeiperiode van de kinderziekenhuizen de overgang van de oude gasthuizen naar de moderne ziekenhuizen met eigen kinderafdelingen.⁴

DE EERSTE 50 JAREN VAN HET EMMA KINDERZIEKENHUIS (1865-1914)

Het EKZ werd tot stand gebracht door de vereniging 'Het Kinderziekenhuis', die was opgericht door Jonkheer dr. S. de Ranitz (1834-1913).¹ Deze had door zijn 'armenpraktijk' de noodzaak van een dergelijke voorziening ingezien. Dit gebeurde in het jaar dat onder Thorbecke de Nederlandse geneeskunde grondig geherstructureerd werd.⁴ Aanvankelijk werd het voormalige Engelse Weeshuis aan de Oudezijds Achterburgwal betrokken. Slechts een twaalfstal kribjes stond de vele zieke kinderen in de



FIGUUR 1. Spinozastraat 51. Gezien naar Andriesz-kade en achterzijde gevels Emma Kinderziekenhuis (Sarphatistraat), vermoedelijk tussen 1874 en 1890. (Foto Historisch Topografische Atlas, Gemeentelijke Archiefdienst, Amsterdam.)

snelgroeiende stad ter beschikking (tussen 1870 en 1900 verdubbelde de Amsterdamse bevolking van een kwart tot een half miljoen). Gebrek aan ruimte en outillage deed snel omzien naar een betere ruimte. Gesteund door de gaven van particulieren kon men in 1871 beginnen met de bouw van een ziekenhuis aan de Sarphatistraat, een locatie die pas 117 jaar later verlaten is, in december 1988 (figuur 1).

Door geldgebrek kon in eerste instantie maar een deel van de plannen verwezenlijkt worden. Het hoofdgebouw was in 1873 gereed; er was plaats voor 50 tot 60 kinderen op 4 zalen. In 1876 kwam er een isolatiegebouw en in 1884 een operatieafdeling. Geheel in de geest van de hygiënisten werden zon en zee bij de genezing betrokken: een dependance in Wijk aan Zee ('Zee-Hospitium') kwam in 1885 tot stand. In 1892 werd het EKZ in westelijke richting uitgebreid. Spoedig hierna werd een polikliniek geopend, gevolgd door een aparte zuigelingenafdeling.¹ De naam van prinses Emma werd pas in 1899 aan het ziekenhuis gegeven.

Het Binnengasthuis, waar het Emma Kinderziekenhuis steeds nauwe banden mee onderhield, kreeg pas in 1906 de beschikking over een eigen kinderkliniek. Deze werd om de haverklap gesloten wegens infecties. Pas in 1916 kwam daar een moderne, goed functionerende kinderkliniek.

HET VIJFTIGSTE JAAR VAN HET EMMA KINDERZIEKENHUIS: 1914

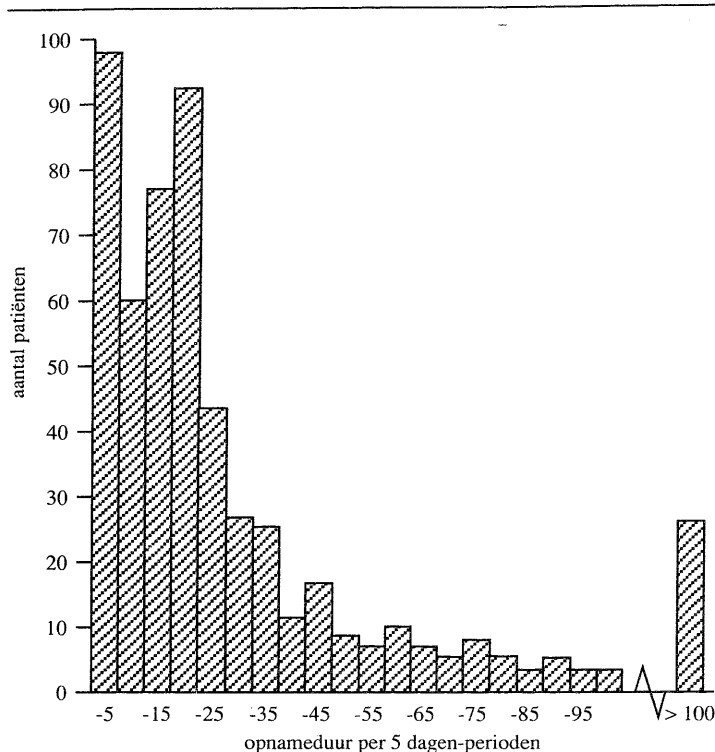
Het grote opnameboek van het EKZ van 1914 is een rijke bron van gegevens. Men vindt erin vermeld: familienaam, doopnamen, geboortedatum en leeftijd, religie, staat van inenting (tegen pokken), opnamedatum, ontslag- of overlijdensdatum, woonplaats, ziekte, betaling en 'aanmerkingen'. Op enkele leemtes na is het nauwkeurig bijgehouden. In 1914 werden 930 kinderen opgenomen. Bovendien werden 76 kinderen 'overgeboekt' die in 1913 of daarvoor opgenomen waren. In totaal telt

het boek dus 1006 patiëntennamen. Het eindigt met een krachtig 'Finis', pal onder de gegevens van zieke nr. 1006 die, 2 maanden oud, opgenomen werd op 28 december 1914 en de volgende dag overleed.

Leeftijd van de patiënten. Van de 930 opgenomen patiënten werden 16 maal de leeftijd en geboortedatum niet vermeld. De overige 914 opnamen betroffen 250 maal zuigelingen (27%), waarvan 13 overigens niet op de zuigelingenafdeling opgenomen waren, 329 maal kinderen van 1-4 jaar (36%), 245 maal kinderen van 5-9 jaar (27%) en slechts 90 maal kinderen van 10 jaar en ouder (10%). De hoogste leeftijd bij opname was 13 jaar (5 maal); men was in 1914 nu eenmaal eerder 'volwassen'.

Diagnosen. Veel patiënten leden aan chronische ziekten. Tuberculose in enige vorm werd 119 maal gediagnosticeerd; dit is ruim 12% van de diagnosen. Meningitis tuberculosa werd bij 17 kinderen vastgesteld; 12 van hen overleden nog gedurende 1914. In recente jaren komt de diagnose TBC nog maar een paar maal per jaar voor, op een geheel van meer dan drie maal zoveel opnamen (1 promille). Dit is niet de enige illustratie van de enorme verschuivingen in de volksgezondheid gedurende een mensenleeftijd. In 1914 was 28 maal rachitis de reden van opname en 26 maal anemie; 5 kinderen werden opgenomen met kinderverlamming en 1 met malaria tertiana. Bij 44 zuigelingen constateerde men decompositie; 16 van hen overleden (36%). Twee zuigelingen leden aan tetanie.

In en uit. Naast de 930 opnamen in 1914 was er het 'batige saldo' van 76 patiënten uit 1913, te zamen 1006 patiënten. Er werd 810 maal een patiënt ontslagen en 115 maal overleed een patiënt (samen 925; sterfte 12%). Er verdwenen 81 patiënten over de horizon van het nieuwe jaar 1915 (5 meer dan het jaar ervoor). De meeste opnamen waren in juli (90) en de minste in augustus (65) (tabel). In mei werd het grootste aantal patiënten ontslagen (81) en in juni het kleinste (50); maar in juni waren er ook de meeste sterfgevallen (17), tegen slechts 1 sterfgeval in augustus. Het aantal verpleegdagen was 29.365; dit betekent dat gemiddeld per dag ongeveer 80 patiënten in het EKZ aanwezig waren. De grootste bezetting kon men aantreffen in juli 1914 (gemiddeld 90) en de geringste (gemiddeld 75) in juni, de maand waarin zoveel patiënten overleden. De maand juli kent de hoogste 'turn over' en de meeste verpleegdagen. Veelvuldig komt dan de vermelding 'enteritis acuta', '(gastro)enteritis (acuta)' of 'voedingsstoornis' bij zuigelingen voor. Eenmaal betreft het 'febris typhoidea'. Juli 1914 was dan ook een erg warme maand.⁹



FIGUUR 2. Opnameduur in blokken van 5 dagen in een steekproef van 542 patiënten in 1914; Emma Kinderziekenhuis, Amsterdam (-5 = 1-5 dagen. -95 = 91-95 dagen).

Opnameduur. In 1914 bedroeg de gemiddelde opnameduur 28,3 dagen. Zestig jaar later, in 1974, was dat precies de helft: 14,15 dagen. Figuur 2 toont de opnameduur in blokken van 5 dagen in een steekproef van 542 patiënten. De modus lag bij 1-5 dagen (98; 18%). Hier betreft het relatief vaak overledenen, aangezien veel van de sterfgevallen binnen enkele dagen na opname plaatsvonden. De volgende 2 blokken tellen respectievelijk 60 en 77 patiënten (11 en 14%). Een tweede top is er bij 16-20 dagen (92; 17%), 56 patiënten waren 51-100 dagen opgenomen (10%) en 26 langer dan 100 dagen (5%). In een steekproef van 407 patiënten tonen de eerste 10 dagen in blokken van 2 dagen respectievelijk 21, 42, 29, 13 en 16 zieken (respectievelijk 5, 10, 7, 3 en 4%; te zamen 30%). Vooral tuberculose kon tot langdurige ziekte leiden. De drie langstduurende ziektegevallen rond 1914 laten dit zien.

A is een meisje, geboren februari 1907, opgenomen in december 1913 en overleden in augustus 1915. Diagnose: 'scrophyloderma lymph. colli TBC' (in 1914 wordt vermeld: 'TBC general.').

Aantallen opgenomen, ontslagen en overleden patiënten en verpleegdagen per maand in 1914; Emma Kinderziekenhuis, Amsterdam

gegevens 1914 (aantal patiënten)	gegevens per kalendermaand											
	jan.	feb.	mrt.	apr.	mei	jun.	jul.	aug.	sep.	okt.	nov.	dec.
opnamen (930)	74	66	84	85	83	81	90	65	80	75	76	71
ontslagen (810)	60	64	68	79	81	50	80	67	70	66	65	60
overleden (115)	11	7	8	12	11	17	7	1	10	10	10	11
'saldo' (+5)	+3	-5	+8	-6	-9	+14	+3	-3	0	-1	+1	0
verpleegdagen (29.365)	2480	2384	2350	2464	2495	2260	2727	2340	2347	2419	2588	2511

B, een meisje, geboren januari 1913, werd opgenomen in februari 1914; zij overleed juni 1915. Diagnose: 'TBC cubiti/pulm./en metatars. V'.

C is een meisje, geboren maart 1913, opgenomen in maart 1914 en overleden in maart 1915. Diagnose: 'TBC general.'

Sterfte. De sterfte (12%) werd in 1914 vooral veroorzaakt door tuberculeuze aandoeningen (ook extrapulmonaal; 34 maal) en luchtwegaandoeningen, zoals bronchopneumonie en 'pneumonia crouposa' (29 maal); te zamen 63 van de 115 sterfgevallen (55%). Van de zuigelingen stierf 27%, waarvan drie tiende binnen 48 uur; van de overige patiënten overleed 7%. Ter vergelijking: in 1974 stierf 1% van de patiënten.

Vaccinatiegraad. Bij 2,5% van de patiënten werd geen melding gemaakt van het al dan niet ingeënt zijn tegen pokken. De overige patiënten waren voor 57% gevaccineerd. De 43% niet-gevaccineerden omvat vooral de zuigelingen, die 27% van de opgenomen patiënten uitmaakten, en verder vooral kinderen jonger dan 4 jaar. Er bestond toen een 'zijdelingse vaccinatie dwang': toelating tot de (kleuter)school kon alleen op vertoon van een 'pokkenbriefje' geschieden. Veel kinderen werden pas op het eind van het vierde levensjaar ingeënt.

Religie. Het gegeven religie werd 26 maal niet ingevuld. De overige 904 opnamen betroffen 391 maal Nederlands Hervormden (43%), 219 maal Rooms-Katholieken (24%) en 56 maal patiëntjes met de vermelding: 'Géén' (6%). Daarnaast vindt men vermeld (gerangschikt naar afnemende aantallen): Gereformeerd (50), Hoog-Duits Israëlitisch (44), Oud-Luthers (36), N.D.U. (waarschijnlijk: Noordhollandsche Doopsgezinde Unie; 29), Duits Gereformeerd (26), Israëlitisch (17), Hersteld Luthers (13), Evangelisch-Luthers (10), Luthers (4). Tenslotte: Apostolisch, Protestantse Godsdienst, Portugees-Israëlitisch en Remonstrants betreffen elk 2 patiënten en Christelijk Gereformeerd staat voor 1 patiënt vermeld.

Herkomst van de patiënten. Van de 930 opgenomen patiënten werd 31 maal de woonplaats niet vermeld. Van de overige 899 woonden er 742 in Amsterdam (83%). De volgende percentages hebben betrekking op Amsterdam (742 = 100%).

Veruit de grootste volksbuurt van Amsterdam, de Jordaan, leverde ook de meeste patiënten: 162 (22%). Daarna komen de Kinkerbuurt (74; 10%), de Oostelijke Eilanden (68; 9%), Pijp en Museumbuurt (67; 9%) en de Staatsliedenbuurt (63; 8%). Het Centrum leverde 57 (8%), de Grachtengordel (vooral de straten en zijstraten) 49 (7%) en de Dapperbuurt 38 patiënten (5%). Dan komen Oosterparkbuurt (33; 4%), Westelijke Eilanden (32; 4%), Indische Buurt (30; 4%) en Nieuwmarktbuurt (27; 4%). De Plantage, waar het EKZ stond, leverde 20 (3%), de Spaarndammerbuurt 11 (1%), de Afrikanerbuurt en Nieuw-Zuid elk 4 (0,5%) en Nieuw-West 3 patiënten (0,4%). Uiteraard weerspiegelt een dergelijke verdeling enigszins de toenmalige bevolkingsverdeling in Amsterdam, al kan men zich niet aan de indruk onttrekken dat ook toen woonplek en ziektekans met elkaar verband hielden.⁵

Van de 157 patiënten van buiten Amsterdam was in 9 gevallen de herkomstplaats niet te achterhalen. Van de overige 148 (= 100%) woonden 28 in de directe omgeving van Amsterdam (19%), 50 in de Zaanstreek (34%) en 38 in de rest van Noord-Holland (26%). Uit Zuid-Holland kwamen 7 patiënten (5%), uit Utrecht en Groningen elk 5 (3%), 4 uit Friesland (3%) en 3 uit Gelderland (2%), 2 patiënten uit Noord-Brabant (1%), en uit Overijssel, Zeeland en Limburg elk kwam 1 patiënt. Drenthe ontbreekt in het opnameboek. De meeste patiënten die van ver weg kwamen hadden aandoeningen waarvoor zij in hun directe omgeving niet behandeld konden worden. Tenslotte werden in augustus 1914 drie patiënten uit Antwerpen opgenomen, zieke vluchtelingetjes uit de zwaar getroffen stad; één van hen overleed. Overigens waren er in oktober en november 1914 12 zuigelingen-vluchtelingen uit dezelfde stad ondergebracht in het aan het Rode Kruis ter beschikking gestelde deel van het EKZ. Het begin van de Eerste Wereldoorlog ging dus niet ongemerkt aan het EKZ voorbij. Vanaf 1916 zouden de incidentie van en de sterfte aan tuberculose sterk toenemen, vanwege de slechter wordende gezondheids-toestand ten gevolge van die oorlog.

Verschuivingen in de verpleegkosten. De verpleegprijs bedroeg in het stichtingsjaar 1865 nog f 0,95 per dag; in 1914 was dit verdubbeld tot f 1,90. In 1965 was de prijs van een ligdag al gestegen tot meer dan 550 gulden (2,5 × de geïndexeerde prijs van een eeuw daarvoor).¹ De samenstelling van de prijs was dan ook drastisch veranderd. In 1914 bedroegen de uitgaven aan salarissen, pensioenen en sociale lasten te zamen minder dan 30% van het totaal; de uitgaven voor levensmiddelen, water, vuur, licht, de was en kleding maakten de helft van de totale kosten uit. Nu zijn die twee fracties respectievelijk: drie kwart en minder dan 10% van het geheel. Dit heeft niet alleen te maken met de sterk gestegen arbeidskosten. De verpleging was in het begin van deze eeuw veel minder intensief, onder andere vanwege de vele langdurig opgenomen patiënten met chronische ziekten, die gemiddeld ook ouder en meer zelfstandig waren.¹⁰

VERDER ONDERZOEK

In de tijd van het onderzoek van dit materiaal (1978) was het gebruik van computers helaas nog geen vanzelfsprekende zaak. Vandaar dat het zoeken naar samenhangen tussen de diverse hier besproken kenmerken nauwelijks heeft plaatsgevonden. Een paar voor de hand liggende vragen zijn: waren er verbanden tussen woonplaats of leeftijd of seizoen enerzijds en ziektebeeld anderzijds?; was er een verband tussen vaccinatiegraad en religie? Het zou interessant zijn om de gegevens van 1914 en van andere jaren uit het grijze verleden van de kinderziekenhuizen eens op die manier te bewerken.

Een andere mogelijke uitbreiding van dit onderzoek betreft de demografische opbouw van Amsterdam en omgeving. Pas tegen de achtergrond van zulke gegevens kunnen ziekte en sterfte vollediger geïnterpreteerd worden. Kortom, er is voor medisch studenten en voor basisartsen met wachttijd en historische belangstelling dus iets nuttigs en interessants te doen.

VERANTWOORDELIJKHEID VOOR DE
GENEESKUNDIG-HISTORISCHE BRONNEN

Een simpel iets als een oud opnameboek of jaarverslag van een ziekenhuis is een waardevolle bron van gegevens, vooral indien een onderzoeker de gegevens tracht te plaatsen in een historische, sociale en demografische context. De samensteller van het jaarverslag van 1902 van het EKZ verzuchtte: '... dat het cijferwerk voor ons verslag een droog werk is', en hij vroeg zich af: 'Zouden de lezers van het verslag nu ook een blik slaan in die tabellen?' Om vervolgens op te merken dat die tabellen zo droog niet zijn, want: 'Het is niet een som van dingen, neen, van kinderen!'¹¹

Het is zaak dergelijke waardevolle bronnen zorgvuldig te bewaren.¹² Helaas blijkt keer op keer dat de paar kubieke meter ruimte die het bewaren van zulk materiaal van een instelling vergt als een te groot economisch offer beschouwd wordt. Zoiets is zowel een gevolg als een oorzaak van het geringe historische bewustzijn in de Nederlandse geneeskunde. Als over enige tijd de belangstelling voor de wortels van onze geneeskunde hopelijk wel bloeit, zal men helaas maar al te vaak vergeefs naar de bronnen zoeken.

Dank aan collega J. Baas† die de gegevens in het opnameboek van 1914 samen met de auteur bewerkte tijdens hun co-assistentenschap kindergeneeskunde in het Emma Kinderziekenhuis in 1978. Voorts dank aan: mw. A. A. G. Ham (Medisch-Encyclopedisch Instituut, Vrije Universiteit), de kerkhistoricus dr. O. J. de Jong (Rijksuniversiteit Utrecht), de historici

dr. A. C. M. Kappelhof en drs. R. B. M. Rigter, prof. dr. A. H. Tidens (EKZ/het Kinder-AMC) en aan R. Q. M. van Zeventer (Gezondheidsraad).

LITERATUUR

- 1 Herdenkingsuitgaven ter gelegenheid van respectievelijk het 50-, 75- en 100-jarig bestaan van het Emma Kinderziekenhuis. Amsterdam: Emma Kinderziekenhuis 1915, 1940 en 1965.
- 2 Lieburg MJ van. Het Sophia Kinderziekenhuis 1863-1975. Rotterdam: 't Hooft, 1975.
- 3 Hart PD 't. Het zieke kind in goede handen; 100 jaar gezondheidszorg in het Wilhelmina Kinderziekenhuis. Zwolle: Catena, 1988.
- 4 Querido A. Godshuizen en Gasthuizen; een geschiedenis van de ziekenverpleging in West-Europa. Lochem: Tijdstroom, 1974.
- 5 Romijn W. Welvaart en Gezondheid. Amsterdam: Algemeen Ziekenfonds ZZ, 1955.
- 6 Lambregts J, ed. Hoe vaak ben ik door die poort gegaan?; herinneringen aan het Wilhelmina Gasthuis. Amsterdam: Stadsdrukkerij, 1989.
- 7 Moulin D de, Eeghen IH van, Meischke R. Vier eeuwen Amsterdams Binnengasthuis. Wormer: Inmerc, 1981.
- 8 Schlossman A. Die Pflege des Kindes in den zwei ersten Lebensjahren. München: R. Oldenbourg, 1907.
- 9 Romein-Verschoor A. Omzien in verwondering. Deel 1. Amsterdam: Arbeiderspers, 1989.
- 10 De ontwikkeling van de kindergeneeskunde in de afgelopen 50 jaar. Leiden: Nederlandsche Vereeniging voor Kindergeneeskunde 1942.
- 11 Jaarverslagen Emma Kinderziekenhuis 1902, 1914 en 1974. Amsterdam: Emma Kinderziekenhuis, 1903, 1915 en 1975.
- 12 Zanen HC, Bol P, Spanjaard L. Medische dossiers en wetenschappelijk onderzoek. Bijlage bij: Kappelhof A, Wolf R. Patiëntendossiers: een verwaarloosde categorie van archiefstukken. Ned Archievenblad 1985; 89: 169-80.

Aanvaard op 25 juni 1990

Arts en samenleving

*Geneesmiddelen na 1992; een vergelijking met nog vele onbekenden**

E. J. BOER

De gemeenschappelijke geneesmiddelenmarkt binnen de Europese Gemeenschap (EG), die na 1992 een feit zou moeten zijn, wordt door velen met gemengde gevoelens en soms sombere verwachtingen tegemoet gezien. De regelgeving, waarmee al in 1965 is begonnen, zal wel op tijd klaar zijn, hoewel nog steeds niet zeker is hoe zij er definitief zal uitzien. Meer onduidelijkheid heerst over de effecten van de harmonisatie, op korte en op lange termijn. Tal van scenario's doen de ronde in artikelen en commentaren, veelal berustend op speculaties die mede bepaald worden door de hoek van waaruit wordt geschre-

ven. Want er zijn allerlei belangen mee gemoeid. Niet alleen nationale, politieke en commerciële belangen, maar ook 'de kwaliteit van de gezondheidszorg' – een complex begrip, waarover ieder land zijn eigen opvattingen heeft – dient meegewogen.

De vragen die aan deze Tijdschriftconferentie ten grondslag lagen, luidden: komen de Nederlandse beginselen omtrent kwaliteit van de gezondheidszorg in de knel als de harmonisatie eenmaal gerealiseerd zal zijn? Zullen de belangen van de patiënt voldoende gewaarborgd blijken als de geneesmiddelenproducent, de groothandel, de apotheker, de verzekeraar en de overheid hun zegje hebben gedaan? Waar blijft de stem van de arts? Zal hij de grote mate van vrijheid in het voorschrijven van wat hij nodig acht, behouden? En zullen de geneesmiddelen die in de toekomst in ons land worden toegelaten, nog voldoen aan de criteria die wij hier plegen te hanteren?

Op al deze vragen valt een stellig antwoord nog niet te geven. Wel worden er verwachtingen uitgesproken, niet

*Verslag van de Tijdschriftconferentie, gehouden op 15 juni 1990 onder voorzitterschap van mw. prof. mr. H. D. C. Roscam Abbing, hoogleraar Gezondheidsrecht te Maastricht.