



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

DE DOOD OP TAFEL

Een cruise op een Nederlands passagiers-
schip leek dokter X een aangename manier om

zijn vakantie door te brengen. Het verhaal van een van zijn belevenissen is mij al ongeveer vijftien jaar geleden verteld. Op een middag kreeg deze collega, varende voor de Afrikaanse kust, bezoek van de scheepsarts, die hem mededeelde dat een van de Amerikaanse passagiers mogelijk een ablatio retinae had gekregen. Aangezien hij niet helemaal zeker was van zijn diagnose verzocht hij zijn vakantiehoudende collega ook eens naar de patiënt te kijken. Deze bevestigde de diagnose. De scheepsarts verzocht de kapitein de dichtstbijzijnde haven aan te lopen, opdat de patiënt vervolgens per vliegtuig naar een ziekenhuis kon worden vervoerd, waar hij zou kunnen worden geholpen. Aldus gebeurde. Tijdens de reis ging dokter X in New York van boord. Nog diezelfde avond kreeg hij bezoek van twee hem onbekende personen, die namens de patiënt van dokter X een exorbitant hoge vergoeding eisten wegens onzorgvuldig medisch handelen. De diagnose was juist geweest. Dokter X had evenwel nagelaten de kapitein erop te wijzen, dat vervoer per heli-copter (een toen nog niet zo gebruikelijk vervoermiddel) de reis naar het ziekenhuis wellicht met enkele uren had kunnen bekorten. De maatschappij werd aangesproken, omdat deze niet voor heli-coptervervoer had gezorgd. Het ging immers om een spoedoperatie. Dokter X heeft zich door snel te verdwijnen aan de claim kunnen onttrekken.

Aan dit verhaal moesten wij denken bij het lezen van de inaugurele rede van Prof. Dr. B. Smalhout, waarvan een uitvoerige samenvatting is te vinden op blz. 1311 e.v. van dit nummer van Medisch Contact. Drie kwart van de sterfte

27e Jaargang — no. 49 — 8 december 1972

INHOUD

De dood op tafel	1309
Inaugurele rede Prof. Dr. B. Smalhout	1311
Advies Centrale Raad voor de Volksge- zondheid over de medische sportkeu- ring	1316
Plenaire zitting van het Comité Permanent der Artsen der E.E.G. mislukt	1317
„Welzijnsberaad 1972” wil welzijnscontract	1319
Seksuologie	1320
Gezondheid als doelstelling van (medi- sche) gezondheidszorg	1321
Twee artikelen over vals negatieve uitkom- sten van cytologisch onderzoek	1323
Stimezo - memorandum over abortuswet- geving	1325
Nieuwbouw academisch ziekenhuis Am- sterdam kan van start	1326
A.N.V.S.G.-commentaar op basisfilosofie Medische Faculteit Maastricht	1327
Over oorlogen, martelingen en wreed- heden	1328
Najaarsconferentie van de Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen	1329
Van het Centraal Bestuur L.H.V.	1333
Van het Centraal College	1333
Van het College voor Sociale Geneeskun- de	1333
Personalia	1334
Van de S.R.C.	1335
Brieven aan de redactie	1337
Varia	1338

Hoofdredacteur: F. A. Bol, arts.
Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens
en R. A. te Velde.

Colofon op bladzijde 1340.

operatie een geavanceerde apparatuur aanwezig is, bediend door een optimaal opgeleide anesthesist, een assistent-geneeskundige en een anesthesie-verpleegkundige. De realiteit is, dat niet in alle ziekenhuizen deze optimale werksituatie bestaat.

Het constateren van deze realiteit is niet meer dan het intrappen van een open deur. Dat geldt niet alleen voor de anesthesie, maar voor vrijwel ieder onderdeel van de geneeskunde. Door de snelle ontwikkeling van wetenschap en techniek zal er een groeiende afstand komen tussen wat theoretisch mogelijk en wat praktisch realiseerbaar is. Dit is een verschijnsel dat men overal in de samenleving tegenkomt. Men kan zelfs stellen, dat de geneeskunde er in dit opzicht nog vrij goed voorstaat. Misschien, dat alleen de oorlogsindustrie (1.500 x overkill) en in mindere mate de ruimtevaart in dit opzicht meer mogelijkheden hebben.

Binnen het gegeven van die afstand tussen theorie en praktijk is er een aantal mogelijkheden. Eén mogelijkheid is, het aantal operaties aan te passen aan de beschikbare optimale anesthesie. Het is duidelijk, dat er dan een veelvoud van 200 patiënten zal overlijden door het achterwege blijven van noodzakelijke chirurgische ingrepen. Er blijft eigenlijk niet veel anders over dan te roeien met de riemen die er zijn. Het mag ook wel eens worden gezegd dat de overgrote meerderheid van de roeiers over wie het hier gaat bestaat uit hardwerkende mensen, die zich met hun kennis en kunde volledig inzetten, en dat de kwaliteit van de riemen nog niet zo slecht is als de auteurs van vele publikaties willen doen geloven. Dit betekent niet dat er niets valt te verbeteren. Een efficiënter gebruik van mensen en middelen moet worden nagestreefd. Betere scholing en (verplichte?) nascholing moeten worden verwezenlijkt om de afstand tussen het theoretisch mogelijke en praktisch realiseerbare zo klein mogelijk te houden.

Uit buitenlandse statistieken blijkt volgens Prof. Smalhout, dat een kwart van de ongelukken gebeurt door het doen van bepaalde handelingen. In hoeverre deze getallen ook voor Nederland gelden is moeilijk na te gaan. Maar dat er ook in Nederland kunstfouten zullen worden veroorzaakt door het nalaten van iets goeds en niet door het doen van iets fouts. Goed in ons reisverhaal zou zijn geweest, dat het passagiersschip een helicopter aan boord zou hebben gehad. Goed bij de anesthesie zou zijn, dat voor iedere

den gemaakt is buiten kijf. Wij willen in dit verband verwijzen naar een artikel van Kuyser, Van Rhede van der Kloot en Lageman in het Nederlands tijdschrift voor Geneeskunde van 13 juli 1963. De samenvatting daarvan luidde: „De auteurs hebben een stelselmatig onderzoek verricht naar de doodsoorzaken van alle gedurende 5 jaren op een heelkundige afdeling overleden patiënten. Tot dit doel werd van iedere overleden patiënt een necrologierapport geschreven. Een analyse van deze necrologierapporten leidde tot het formuleren van 8 „foutenrubrieken”. Deze worden besproken en uit elk van de rubrieken wordt een karakteristiek voorbeeld gegeven. Bij één van iedere 5 overleden patiënten bleken ernstige fouten gemaakt te zijn. Het is noodzakelijk in verband met sterfte en complicaties een controle-systeem te scheppen, wil men voortdurend op de hoogte zijn van eigen tekortkomingen”.

Het is met fouten nu eenmaal zo, dat deze vaak pas achteraf kunnen worden vastgesteld. Een necrologieformulier met relevante gegevens, beoordeeld door derden, kan wellicht leiden tot veranderingen en verbeteringen bij de beoordeling van de concrete situatie waarin de patiënt verkeert. In bovengenoemd onderzoek bleken de meeste fouten te zijn gemaakt door een onjuiste beoordeling van die situatie. Necrologieformulieren zouden een statistisch inzicht kunnen geven in de oorzaken van overlijden binnen een ziekenhuis. Het zou overweging verdienen, of en hoever de inspecteurs bij het staatstoezicht op de volksgezondheid hierbij kunnen worden ingeschakeld. In Engeland is het de lijkschouwer (coroner) die van iedere overleden patiënt in een ziekenhuis een verklaring moet afleggen. Hij is een staatsambtenaar, die bij voorkeur arts en jurist moet zijn. Ieder onderzoek is openbaar tenzij dit niet in het belang van de nationale veiligheid zou zijn. De coroner maakt geen gebruik van de diensten van een aan het ziekenhuis verbonden patholoog anatoom, indien de laatste dan wel een familielid van de overledene daartegen bezwaren heeft.

Met de ontwikkeling van de techniek en het toenemen van kennis zal de geneeskunde steeds meer presteren. Niettemin zullen er risico's voor de patiënt blijven bestaan. Patiënt en arts zullen met deze risico's moeten leren leven, maar wel vanuit de zekerheid dat alles wordt gedaan om deze risico's zo klein mogelijk te houden.

B.

„DE DOOD OP TAFEL”

Inaugurele rede van Prof. Dr. B. Smalhout, hoogleraar anesthesiologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht

„Het was niet mijn bedoeling ongemotiveerde angst op te roepen, doch ik wilde slechts hen wakker schudden, die er voor verantwoordelijk moeten zijn, dat onze patiënten in de meest cruciale ogenblikken van hun leven veilig kunnen slapen.”

In ons land sterven jaarlijks enkele honderden patiënten en wordt vele anderen letsel toegebracht ten gevolge van anesthesiefouten of tekortkomingen. Het overgrote deel van deze gevallen is vermijdbaar. Ongevallen door anesthesie zullen echter onvermijdelijk blijven zolang de opleiding, de selectie en de arbeidsomstandigheden van de anesthesist niet grondig worden verbeterd en zolang er geen adequate controle komt op de kwaliteit van de anesthesie-afdelingen. Aldus de kern van de geruchtmakende inaugurele rede, die Prof. Dr. B. Smalhout, sinds 1969 gewoon hoogleraar in de anesthesiologie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, op maandag 27 november jl. uitsprak onder de titel „De dood op tafel”.

Prof. Smalhout begon zijn rede met een blik terug. Hij bracht in herinnering, hoe in 1846 de eerste officieel geregistreerde narcose werd toegediend en hoe in 1848 de eerste officieel geregistreerde dode viel ten gevolge van wat toen „painless surgery” en nu anesthesie wordt genoemd. Die eerste dode schokte alleen de medische wereld. Een eeuw later bracht het geval Mia Versluis niet alleen medici in beroering doch verontrustte alle lagen van de maatschappij. Het is dus, vervolgde Prof. Smalhout, noodzakelijk de volgende vragen te stellen: Was het geval Mia Versluis een uitzondering? Hoe groot is de anesthesiemortaliteit in het buitenland? Waaraan sterft men onder anesthesie? Hoe kunnen soortgelijke gevallen ontstaan? en: Wat is hiertegen te doen?

De beantwoording van deze vijf vragen liet Prof. Smalhout voorafgaan door een klein exposé over wat de anesthesie eigenlijk is en wat de anesthesist dagelijks doet. In de vorige eeuw was de enige doelstelling van de anesthesie het bewusteloos maken van de patiënt. De hoogst beperkte hulpmiddelen, de primitieve techniek, het gebrek aan een adequate opleiding en het aan een operateur dienstverlenende karakter van dit werk brachten het

spoedig in discredit. Op deze wijze werd de man die de narcose toediende medisch-wetenschappelijk gesproken een outcast. Deze toestand duurde tot voor enkele tientallen jaren. Vooral na 1945 ging men inzien, dat een heroriëntatie op doel en inhoud van de anesthesiologie nodig was.

Aanvankelijk onderscheidde men vier doelstellingen van de anesthesiologie: het onderdrukken of ontnemen van het bewustzijn, het onderdrukken van de pijnzin, het reduceren van de motoriek en de spierspanning en het onderdrukken van ongewenste vegetatieve reflexen. Hoewel men zich dat niet realiseerde, trachtte men dit alles te bereiken met behulp van één enkel middel - ether, chloroform, later de intraveneuze barbituraten, lachgas, cyclopropan, trileen. Dit was de tijd van de mono-narcose, populair te vergelijken met het maken van een meubel met slechts één stuk gereedschap: timmeren met een schroevendraaier. De toename van farmacologische en technische mogelijkheden verwijddde het arbeidsterrein van de anesthesist met een vijfde doelstelling: het technisch mogelijk maken van nieuwe operatieve ingrepen. Prof. Smalhout noemde dit een essentieel punt, omdat het de weg naar een geavanceerde operatieve geneeskunde ontsluit. Vele nieuwe technische mogelijkheden bleken ook van nut bij patiënten die niet onder narcose waren en die geen operatie ondergingen. Zo ontwikkelde zich het zesde interessegebied van de anesthesiologie: de reanimatie en de intensive care.

Na deze korte beschrijving van het werkkterrein van de anesthesist keerde Prof. Smalhout terug naar de vragen die hij eerder had opgeworpen: „Was Mia Versluis een uitzondering? Betrof het hier een toevallige dramatische doch zeldzame samenloop van omstandigheden? Het antwoord moet luiden: neen. Het geval Mia Versluis was helemaal geen uitzondering. De enige bijzonderheid was het feit dat het gebeuren zo uitvoerig en zo emotioneel in de publiciteit is gekomen. Er zijn per jaar met zekerheid enige honderden van soortgelijke gevallen in Nederland.

„Dit is als volgt uit te rekenen. Het Centraal Bureau voor de Statistiek stelt het aantal operaties in Nederland op 500.000 per jaar, Crul schatte dit aantal op 600.000 à 700.000. Dit betekent dat er aan meer dan een half miljoen Nederlanders jaarlijks een of andere vorm van anesthesie wordt gegeven.

De totale sterfte hierbij, veroorzaakt door de drie belangrijkste factoren: ziekte, chirurgie en anesthesie is 1,2% of te wel 1 : 83. Dit komt zeer wel overeen met de gegevens van de Stichting Medische Registratie, die de totale sterfte bij operatiepatiënten stelt op 1,7% of te wel 1 : 59. Vergelijkbare cijfers uit het buitenland zijn onder meer 1,3% of te wel 1 : 77 en 1,4 of te wel 1 : 71. Dit lijkt natuurlijk verschrikkelijk veel, doch in deze getallen is niet alleen de sterfte aan zowel chirurgische als anesthesiologische technische tekortkomingen verwerkt, doch ook die aan inoperabele kwaadaardige aandoeningen en de grote traumatologie. Iatrogen, dus door medische fouten en tekortkomingen, sterven hierbij in Nederland minstens 0,05 of te wel 1 : 2.000 van alle operatiepatiënten, waarbij aan de anesthesie er zeker 1 : 4.000 kan worden toegeschreven. Duidelijk wordt hierbij vermeld, dat dit zonder twijfel een onderregistratie is door het achterhouden van gegevens. Dit is ook de ervaring van Keuskamp, die een enquête heeft gehouden onder de Nederlandse anesthesisten en daarbij een anesthesie-mortaliteit kreeg opgegeven van 1 : 20.000; dit was — ook in vergelijking met grote internationale statistieken — zo onwaarschijnlijk laag, dat Keuskamp dit zelf reeds corrigeerde tot minstens 1 : 3.000. Bij een geschat totaal van 600.000 anesthesieën per jaar wil dit zeggen, dat er zeker 200 patiënten jaarlijks in Nederland sterven als direct gevolg van anesthesiefouten."

Echter, het tellen van de doden is de grofste maatstaf voor de bepaling van de kwaliteit van de anesthesie. Ook anesthesie-ongevallen kunnen hiervoor een indicatie bieden, ware het niet dat wie naar het vóórkomen daarvan wetenschappelijk informeert „altijd eindigt in een ondoordringbaar rookgordijn van onvolledige of verwarde mededelingen. Nog ernstiger wordt het beeld, indien men zich realiseert dat talrijke operaties mislukken omdat de anesthesist tekortschiet in een eerder genoemde doelstelling, daar hij niet in staat was de optimale technische condities te scheppen, benodigd voor het slagen van de operatieve ingreep. Deze mislukkingen komen zelden of nooit op rekening van de anesthesie, doch worden geweten aan de slechte conditie van de patiënt en ontlopen als zodanig de anesthesiostatistieken". Maar: „omgekeerd is het voor een competente anesthesioloog buitengewoon frustrerend te laat in consult te worden geroepen bij patiënten die soms uren of dagenlang door een andere medische discipline zonder succes zijn behandeld, waardoor deze patiënten tenslotte onder de handen van de anesthesist komen te sterven. Dit belast de anesthesie met de mortaliteit die haar in wezen niet toegerekend mag worden. Deze gang van zaken vindt helaas nog te veel plaats." Buiten beschouwing bleven de niet-fatale en kleinere complicaties van algemene anesthesie, zoals postoperatieve hoofdpijn, braken, hoesten, spierpijn, huidnecroses, beschadigingen van keel- en stembanden, longontstekingen enz. - complicaties die in sommige ziekenhuizen bij meer dan 40% van alle

anesthesiepatiënten worden vastgesteld. „Dit alles overziende", aldus Prof. Smalhout, „moet men toch concluderen, dat er in Nederland enkele honderden patiënten sterven en vele anderen letsel wordt toegebracht ten gevolge van anesthesiefouten of tekortkomingen. Hierbij kan worden vastgesteld, dat het allergrootste deel van deze gevallen vermijdbaar is."

Hoe groot is de anesthesie-mortaliteit in andere landen? „In de internationale pers zijn er de laatste 25 jaar regelmatig artikelen en statistieken verschenen over de sterfte door anesthesie. Een van de klassieken is de publikatie van Beecher en Todd, verschenen in 1954. Het betrof een verslag over bijna 600.000 anesthesieën, gegeven in 10 Amerikaanse ziekenhuizen in de periode van 1948 tot 1952. Hun bevindingen waren nogal onthutsend. In totaal bleek de anesthesie-mortaliteit 1 : 1560 te zijn. Bij het gebruik van spierverslappende middelen (toen nog een techniek, die in de kinderschoenen stond) steeg de mortaliteit tot 1 : 370! Beecher en Todd rekenden uit, dat de mortaliteit door anesthesiefouten in Amerika 2 maal zo hoog was als die van poliomyelitis, welke ziekte evenwel internationale belangstelling had. Eerlijkheidshalve dient hierbij te worden opgemerkt, dat de mortaliteit door chirurgische tekortkomingen 4 maal zo groot was (namelijk 1 : 420) als die door de anesthesie. Evenwel is dit alles ruim 20 jaar geleden en dat is voor de zich snel ontwikkelende anesthesiologie al reeds in een grijs verleden. Van alle door Beecher en Todd vermelde anesthesieën was slechts 10% door een gekwalificeerd anesthesist uitgevoerd! De resterende 90% door assistenten, verpleegsters, studenten, chirurgen, huisartsen, tandartsen enz.

„Na 1954 verschenen bijna jaarlijks rapporten over grote series anesthesieën in de internationale pers. Zij zijn, aldus Prof. Smalhout, interessant om te lezen, doch moeilijk te vergelijken omdat hun criteria en hun nomenclatuur zo verschillend zijn. Het is bijvoorbeeld al een groot probleem om vast te stellen wanneer er sprake is van een typische anesthesie-mortaliteit. In verreweg de meeste gevallen is er namelijk sprake van een samengaan van een drietal omstandigheden, die het leven van de patiënt in gevaar kunnen brengen: a. de primaire en bijkomende ziekten van de patiënt, b. de operatieve ingreep en c. de anesthesie." Indien men de statistieken chronologisch rangschikt, ziet men „het ogenschijnlijk vreemde fenomeen dat, terwijl de totale peri-operatieve mortaliteit afneemt, het aandeel van de anesthesie in de totale operatie-mortaliteit schijnt toe te nemen. Zo was volgens Beecher en Todd in 1954 slechts 4% van alle peri-operatieve sterfgevallen te wijten aan de anesthesie en niet minder dan 78% was zogenaamd onvermijdelijk door ziekte van de patiënt" (zie tabel 1, overgenomen uit de inaugurele rede). „Thans is dit veranderd in \pm 30% door de anesthesie en slechts 34% door niet te behandelen complicaties van de patiënt. Dit betekent niet dat de anesthesie slechter van kwaliteit is, doch dat het werkerterrein en het

inzicht en daardoor de verantwoordelijkheid van de anesthesist zich heeft uitgebreid, waardoor ook minder sterfgevallen als onverklaarbaar of onvermijdelijk worden geboekt.”

Tabel 1. Procentuele verdeling der peri-operatieve mortaliteit in 3 hoofdgroepen

schrijvers	jaar	land	anesthesie ¹ %	chirurgie ² %	ziekte ³ %	totaal aantal doden
Beecher & Todd	1954	U.S.A.	4	18	78	7977
Edwards c.s.	1956	Engl.	68	12	20	1000
Clifton & Hotten	1963	Austr.	21	36	43	162
Dam i Vimtrup	1967	Denem.	12	58	30	106
Minuck	1967	Canada	30	36	34	121
Harrison	1968a	Z.-Afr.	14	63	23	414
Kok & Mullan	1969	Z.-Afr.	26	38	36	404
<i>gemiddeld</i>			25	37	38	9184

1 sterfte door anesthesie (zowel primair als contributief).
 2 sterfte door chirurgie (zowel primair als contributief).
 3 sterfte door ziekte of trauma (onvermijdelijke mortaliteit).
 (Naar de gegevens van de vermelde schrijvers, omgekeerd in percentages).

Met de restrictie, dat het moeilijk is nieuwere gegevens met oudere te vergelijken, gaf Prof. Smalhout vervolgens een overzicht van wat buitenlandse statistieken vermelden met betrekking tot de zogenaamde „contributory anaesthetic death” (tabel 2).

Tabel 2. Overzicht van de totale anesthesie-mortaliteit in de literatuur

schrijvers	jaar	land	Anesthesie-mortaliteit (primair en contributief)
Beecher & Todd	1954	(U.S.A.)	1 : 1560 (dus 1 dode op 1560 anesthesieën)
	1960	(U.S.A.)	1 : 1232
Dripps c.s.	1961	(U.S.A.)	1 : 259
Clifton & Hotten	1963	(Australië)	1 : 3955
Memery	1965	(U.S.A.)	{ 1 : 833 (alleen alg. chir.) 1 : 1082 (in alle vormen van anesthesie)
Gebbie	1966	(Canada)	1 : 6158
Pierce	1966	(U.S.A.)	1 : 1062
Kaiser & Coakley	1966	(U.S.A.)	1 : 8706
Dam i Vimtrup	1967	(Denemarken)	1 : 9614
Schulze	1967	(Duitsland)	1 : 1238
Minuck	1967	(Canada)	{ 1 : 2556 (in de periode 1949-1956) 1 : 4256 (in de periode 1956-1964)
Baumann & Vourc'h	1968	(Frankrijk)	{ 1 : 3200 (ziekenhuis Foch) 1 : 724 (ziekenhuis Beaujon)
Harrison	1968	(Z.-Afrika)	1 : 2680
Kok & Mullan	1969	(Z.-Afrika)	1 : 1400

Prof. Smalhout: „Deze cijfers hebben gezamenlijk betrekking op een totaal van ongeveer 4.000.000 anesthesieën en vertegenwoordigen aldus een indrukwekkend materiaal. Gemiddeld bedraagt het aandeel van de anesthesie bij sterfgevallen in de operatiekamer ongeveer 1 : 3.000, met een zeer sterke spreiding van 1 : 259 tot 1 : 8.706. Dit grote verschil wordt veroorzaakt door de reeds eerder genoemde uiteenlopende opvattingen over wat wél en níét tot de anesthesie behoort en verder door het grote onderscheid in kwaliteit van de diverse anesthesie-afdelingen, door de aard van het patiëntenmateriaal en door de periode waarin de statistieken zijn opgesteld.”

Prof. Smalhout ging vervolgens nader in op de vraag: „Waaraan sterft men eigenlijk bij een zogenaamde narcosedood? Hij betoogde hier het volgende:

„Het aantal anesthesiologische oorzaken waardoor men vóór, tijdens en na een operatie en anesthesie kan overlijden, is zeer groot. Bovendien, naarmate de kennis en de technische mogelijkheden van de anesthesist toenemen, verdwijnen vroeger frequente oorzaken, doch komen er nieuwe bij. Er is echter een aantal groepen van doodsoorzaken, die regelmatig in iedere statistiek terugkeren. Dit zijn: 1. Het aspireren van maaginhoud in de longen. 2. Mechanische of functionele obstructies in de luchtwegen. 3. Overdosering van medicamenten. 4. Niet adequaat behandelde circulatie-stoornissen. 5. Niet adequaat behandelde post-operatieve ventilatiestoornissen. 6. Technische stoornissen in de apparatuur. 7. Inadequate voorbereiding van de patiënt. De volgorde in frequentie wisselt bij de diver-

Hoofdbestuur K.N.M.G. over „De dood op tafel”

Het hoofdbestuur heeft in zijn zaterdag 2 december l.l. gehouden vergadering besloten zich met betrekking tot de door Prof. Smalhout op maandag 27 november l.l. gehouden inaugurele rede „De dood op tafel” te wenden tot de hoofdinspecteur voor de Volksgezondheid met het verzoek te willen nagaan in hoeverre de in deze rede gestelde feitelijkheden als juist kunnen worden aangemerkt. Het hoofdbestuur baseert zijn verzoek op de kennelijke ongerustheid welke deze rede onder het publiek heeft gewekt en de ongunstige invloed welke de patiënt-arts-relatie daarvan kan ondervinden.

Voorts werd besloten van de wetenschappelijke vereniging van anesthesisten informaties te vragen over verscheidene van de in deze rede aan de orde gestelde aspecten. Daarnaast stelt het hoofdbestuur zich voor, aan de hand van bij terzake deskundigen in te winnen adviezen, in het weekblad der Maatschappij een beschouwing te wijden aan de rechtspraak van de Medische Tuchtcolleges, waarbij ook aandacht zal worden besteed aan de positie van het verplegend en ander para-medisch personeel.

se schrijvers, doch steeds wordt men weer getroffen door het feit dat de vermelde calamiteiten bij een betere organisatie, een grotere kennis van zaken, een betere technische uitrusting en een zorgvuldiger beleid, grotendeels te voorkomen waren geweest.

„Boba en Landmesser (1961) verdeelden de oorzaken van cardiale en ventilatoire calamiteiten in fouten, die werden gemaakt door het *doen* van bepaalde handelingen (error of commission) en in fouten veroorzaakt door het *nalaten* van bepaalde activiteiten (error of omission). *Ze concludeerden dat driemaal zoveel fatale ongelukken gebeurden door het nalaten van iets goeds dan door het doen van iets verkeerd.*”

Over de oorzaak van ongevallen stelde Prof. Smalhout: „Reeds jarenlang wordt hierover internationaal gediscussieerd en er worden vele honderden oorzakelijke factoren aangewezen. Enkele echter vindt men in iedere mededeling terug of kan men er uit destilleren. Het is een monotone opsomming van in wezen banale zaken: a. Insufficiënte opleiding van de anesthesist. b. Te weinig supervisie over de assistenten in opleiding. c. Te weinig anesthesisten, waardoor overbelasting, frustratie en miskenning. d. Onvoldoende apparatuur. e. Te kort aan goed opgeleide anesthesie-verpleegkundigen. f. Insufficiënte medische communicatie met andere specialisten.”

Ten aanzien van de door hem als insufficiënt gekwalificeerde opleiding tot anesthesist stelde de Utrechtse hoogleraar: „Alle opleiders zijn het erover eens, dat de anesthesie-opleiding, zeker in Nederland, te kort is (Keuskamp 1968, Reeser 1969, Dorlas c.s. 1969). Na lang aandringen van de Nederlandse Anesthesisten Vereniging en het Concilium Anaesthesiologicum, werd door het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten de opleiding in de anesthesiologie (aanvankelijk 3 jaar) in 1969 met slechts een half jaar verlengd. Het opleidingsschema, zoals dat door het Centraal College (zie Medisch Contact 1969) werd geformuleerd, getuigt van „een tragische kortzichtigheid en van een totaal gebrek aan kennis van zaken” (Ritsema van Eck 1969). Er is nauwelijks een ander medisch vak dan de anesthesiologie te bedenken, dat zich zozeer bezighoudt met de meest vitale orgaansystemen van de mens. Er is ook nauwelijks een ander specialisme, waarin beslissingen zo snel moeten worden genomen en waarin fouten zo onverbiddelijk en onherstelbaar tot calamiteiten voeren.”

En even verderop: „Tijdens de eigenlijke opleiding in de anesthesiologie moet de anesthesie worden beoefend bij de algemene chirurgie, de verloskunde, de gynaecologie, de K.N.O.-heelkunde, de oogheelkunde, de orthopaedie, plastische chirurgie, thoraxchirurgie, kaakchirurgie, kinderchirurgie en neurochirurgie. Hiervoor heeft het Centraal College een tijd van 3 jaar vastgesteld. Het zal duidelijk zijn, dat op deze wijze aan ieder onderdeel van de opleiding slechts weinig tijd kan worden besteed en het

nuttig rendement van al deze stages is dan ook niet optimaal.”

„Hoewel de anesthesist zijn levenlang intensief moet samenwerken met collegae, die een chirurgisch specialisme beoefenen, is de vooropleiding in de algemene chirurgie geschrapt. Een anesthesist die nooit als chirurgisch assistent aan de operatietafel heeft gestaan zal nimmer op zinnige wijze over chirurgische problemen kunnen discussiëren.”

„In het buitenland en heel in het bijzonder in de Oosteuropese landen, waar de opleiding tot anesthesist tweemaal zo lang is als hier, is anesthesie, reanimatie en intensive care een onverbreekelijke en ook onbestreden drie-eenheid, zulks in tegenstelling tot Nederland, waar de anesthesiologie officieel nog steeds een gecasteerd specialisme is.”

Prof. Smalhout constateerde vervolgens, dat het vast staat dat assistenten in opleiding in het algemeen bijdragen tot een verhoogde mortaliteit: „Dit is volkomen begrijpelijk, daar beslissingen tijdens de anesthesie veelal zeer snel moeten worden genomen en fouten door onervarenheid hierbij dikwijls binnen enkele momenten fataal kunnen zijn.” Over het tekort aan anesthesisten: „Er zijn in Nederland te weinig anesthesisten. Dit is overigens een internationaal euvel, waarover reeds lang de meest bittere artikelen verschijnen (Elam 1946, Editorial Journal Comm. Soc. Med. 1959). Per ziekenhuis is er in Nederland nog niet eens één anesthesist aanwezig. Daar er in grote ziekenhuizen soms vele anesthesisten werkzaam zijn, betekent dit dat er talloze kleinere ziekenhuizen bestaan, die in het geheel niet over een anesthesist beschikken.” Over de honoraria: „De honoraria, die bijvoorbeeld de ziekenfondsen de anesthesist toekennen, zijn vaak minder dan een derde van die der snijdende specialisten. Dit systeem dwingt de anesthesist in 2 of 3 operatiekamers tegelijk te werken om zodoende een enigszins redelijk inkomen te verwerven (Nierstrasz 1969).”

Met de volgende passage wilde Prof. Smalhout aantonen dat er sprake is van een vicieuze cirkel: „Deze situatie voert tot een noodlottige spiraal: overbelasting en gebrek aan slaap door continue nachtdiensten leiden tot uitputting en tot het zich beperken tot eenvoudige routinetechnieken met zo min mogelijk bewakingsapparatuur, die immers tijdrovend is. Het leidt tot het opgeven van een integrale geneeskundige zorg, tot het nalaten van studie, tot het maken van fouten en tot het functioneren op het laagste niveau en daardoor tot een onwaardig en frustrerend medisch bestaan. Het is niet zonder oorzaak, dat het aantal suicides onder anesthesisten tweemaal zo hoog is dan in een economisch vergelijkbare groep (Bruce c.s. 1968). De jongere generatie, studenten en artsen, die dit alles observeert, voelt zich tot zulk een bestaan uiteraard niet aangetrokken en zo wordt de cirkel gesloten.”

Prof. Smalhout verzuchtte voorts: „Op bijna schokkende wijze wordt soms vanuit officiële zijde onthuld hoe laag de status van de anesthesiologie

in Nederland is en hoe weinig de meeste medici en juristen beseffen waar het eigenlijk om gaat. Het befaamde Arrest van het Gerechtshof te Amsterdam inzake het geval Mia Versluis (Medisch Contact 24, 1969) is hiervan een klassiek voorbeeld. Bij zorgvuldige lezing van het in juridische taal gestelde stuk wordt men verbijsterd door de verklaringen, die door deskundigen zijn afgegeven en die door de juristen werden geaccepteerd bij gebrek aan kennis van de materie."

Volgens de Utrechtse hoogleraar zou er veel kunnen worden verbeterd, indien alle anesthesie-units zouden worden voorzien van moderne apparatuur voor narcose, beademing en elektronische bewaking: „Nog veel te veel wordt er gewerkt met verouderde technieken en met het zogenaamde „klinische oog”, de „ervaren hand” en het „anesthesiologische gevoel”. Alleen een consequent en exact registreren van alle meetbare fenomenen, kan de anesthesist duidelijk maken wat hij eigenlijk doet en kan de grootst mogelijke veiligheid voor de patiënt garanderen. Het op financiële gronden weigeren, bemoeilijken of afremmen van de aanschaffing van elektronische apparatuur door ziekenhuis-directies, besturen en andere officiële instanties is dan ook onjuist zowel ten opzichte van de patiënt, die een vergroot risico loopt als ten opzichte van de anesthesist, die hierdoor gedwongen is op onverantwoorde wijze te werken.” Aldus Prof. Smalhout, die vervolgens sprak over het probleem van het tekort aan geschoold personeel: „Zonder goed opgeleide verpleegkundigen en technici is moderne anesthesie niet uitvoerbaar. Geavanceerde apparatuur geeft een schat aan informatie en schenkt talloze mogelijkheden, doch vereist veel zorg en een soms tijdrovende bediening. Per operatietafel is minstens één gespecialiseerde verpleegkundige noodzakelijk en men kan diens taak dan ook vergelijken met die van de tweede piloot in een verkeersvliegtuig. De verpleegkundige moet in staat zijn vele taken van de anesthesist tijdelijk over te nemen, indien de omstandigheden dit noodzakelijk maken. Uiteraard is dit slechts mogelijk na een zeer grondige opleiding, waarbij vele medische verrichtingen, die vroeger uitsluitend voor de arts waren weggelegd, thans aan hun handen worden toevertrouwd. Deze opvatting leidt natuurlijk tot een relatie tussen verpleegkundigen en artsen, die totaal afwijkt van het klassieke patroon. Een hooggespecialiseerde verpleegkundige of technicus als naaste medewerker van de specialist, is een ander persoon dan de klassieke verpleegster. Het spreekt vanzelf dat geroutineerde anesthesie-verpleegkundigen met hun kennis van het meten en registreren van vitale fenomenen en hun ervaring in het behandelen van patiënten, die in levensgevaar verkeren, ook de aangewezen krachten zijn voor het werk in een intensive-care unit. Er zijn, vooral in traditioneel denkende kringen velen, die deze ontwikkeling afwijzen en die de taken van verpleger en arts streng gescheiden willen houden, waarbij gewezen wordt op de typisch medische verantwoordelijkheid, die

door geen ander dan de arts te dragen zou zijn. In zijn beperktheid is deze stelling niet juist. Naast zijn toewijding aan de patiënt is de grote verantwoordelijkheid van de specialist gelegen in de kwaliteit van de opleiding, die hij aan zijn verpleegkundigen en assistenten geeft."

Prof. Smalhout schonk ook nog aandacht aan een zesde oorzaak voor dodelijke anesthesie-ongevallen, het tekort aan communicatie met andere specialisten: „De medische gegevens, die de anesthesist ontvangt zijn menigmaal zo summier, dat het een wonder mag heten dat er niet meer ontsporingen plaatsvinden. Dit betreft meestal juist *die* ingrepen, waarbij men in de verleiding komt een grondig algemeen onderzoek na te laten. Voor een patiënt, die een neurologische of cardiale aandoening heeft of die lange tijd met uiterst potente geneesmiddelen is behandeld, is de anesthesie voor een kleine operatie even riskant als voor een grote. Dit is een realiteit, die door velen niet genoeg wordt ingezien en het is deze realiteit, die er de oorzaak van is, dat verreweg de meeste anesthesie-calamiteiten gebeuren bij de zogenaamde kleinere operaties (Vourc'h c.s. 1966) en bij spoedeisende ingrepen” (Vacanti c.s. 1970).

Na dit alles was volgens Prof. Smalhout de beantwoording van de vraag, hoe men de anesthesiemortaliteit kan verlagen eigenlijk overbodig geworden: „De feiten spreken voor zichzelf en het scherp stellen van het probleem is in wezen reeds het oplossen ervan. Een betere en langduriger opleiding in de anesthesiologie en het officieel koppelen van reanimatie en intensive care aan het specialisme, zullen de belangstelling er voor doen toenemen, de status van het vak verhogen en het aantal anesthesisten vergroten."

Tot slot vertelde Prof. Smalhout ook nog iets over zijn eigen situatie:

„Meer dan 50 medewerkers telt thans het Instituut voor Anesthesiologie, dat in ruim 35 operatiekamers en behandelruimten in een totaal van 11 klinieken haar werkzaamheden verricht. Bijna 2 miljoen gulden is door ziekenhuis en universiteit tot nu toe geïnvesteerd in een basale technische uitrusting. Er is een moderne bibliotheek ingericht en een minutieuze administratie maakt alle verrichtingen controleerbaar. In mei 1971 werd door de Specialis-Registratie Commissie de opleidingsbevoegdheid in de anesthesiologie, die enkele jaren geleden aan het Academisch Ziekenhuis was ontnomen, teruggegeven. Aan de medische studenten wordt thans meer dan 150 uren colleges en colloquia per jaar in de anesthesiologie gegeven. Op basis van vrijwilligheid van onze assistenten is de opleiding tot anesthesist in het AZU tot 5 jaar verlengd. In alle academische klinieken worden alle anesthesieën verzorgd door het Instituut. Iedere anesthesie wordt hierbij in principe door een anesthesiologisch team van drie personen verricht: een specialist, een assistent en een anesthesie-verpleegkundige. Er is een betere verstandhouding groeiende met specia-

listen uit de andere disciplines, hetgeen in verscheidene afdelingen reeds tot opmerkelijke resultaten heeft geleid. Op 1 januari 1972 konden wij de balans opmaken van 1 jaar volledig gedocumenteerde anesthesiologische arbeid. Hierbij bleek, dat onze anesthesie-mortaliteit 1 : 7.000 bedroeg (Godart

1972), een resultaat dat beter is dan alle tot nu toe gepubliceerde internationale statistieken. Zeer wel moet beseft worden, dat het resultaat slechts bereikt kon worden door de grote toewijding van alle medewerkers van het Instituut." Tot zover de geruchtmakende oratie van Prof. Smalhout.

Advies Centrale Raad voor de Volksgezondheid over de medische sportbegeleiding

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft aan de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne advies uitgebracht over de medische begeleiding van de sport in Nederland. In het advies wordt er op gewezen, dat niet alleen voor de topsport, maar ook voor de wedstrijdsport en de recreatiesport in beginsel geldt, dat aan sportbeoefening een medische keuring vooraf dient te gaan. Voor de talrijke deelnemers aan recreatiesport en „trimactiviteiten” is een volledige medische sportkeuring voorlopig moeilijk te realiseren en ook niet altijd noodzakelijk. Wel het is raadzaam, dat vooral ouderen, alvorens te gaan „trimmen”, zich verstaan met hun huisarts, die hen, al dan niet na een nader onderzoek advies zal kunnen geven.

Voor de recreatiesport en de wedstrijdsport kan de bestaande sportkeuring, mits deze volgens het schema van de Federatie van Bureaus voor Medische Sportkeuring wordt uitgevoerd, als toereikend worden beschouwd. Voor de topsport zijn in het kader van een intensieve medische begeleiding uitgebreidere en meer gerichte keuringen noodzakelijk. Ook voor degenen, die, zonder tot de topsport te kunnen worden gerekend, toch zeer intensief hun sport beoefenen en voor degenen, die takken van sport beoefenen, die speciale eisen stellen, bestaat behoefte aan een aantal keuringsbureaus, die meer op specialistisch onderzoek zijn ingesteld. Dergelijke „districtssportkeuringsbureaus” zouden naar de mening van de Raad in de drie grote steden en in elk van de provincies dienen te worden gevestigd.

De Raad acht het gewenst, dat ons land in de toekomst zal kunnen beschikken over een Instituut voor Sportgeneeskunde. Dit Instituut, dat bij voorkeur dient te worden opgericht als een interuniversitair instituut, zal een belangrijke functie kunnen vervullen ten behoeve van het onderwijs, de rese-

arch, de begeleiding en de voorlichting op het terrein van de sportgeneeskunde. De medische afdelingen van het Nationaal Sport Centrum „Papendal” te Arnhem en het K.N.V.B.-Sport Centrum te Zeist zullen mede kunnen fungeren als onderzoek- en praktijkcentrum ten behoeve van dit Instituut.



ONCOLOGISCHE RICHTINGAANWIJZERS (XXIV)

(Naar: „70 aanwijzingen voor de diagnostiek en behandeling van kwaadaardige gezwellen”, Universitair Kanker Centrum Groningen.)

Universitair Kanker Centrum Leiden

Houding

Er is geen grenslijn te trekken tussen „curatieve” en „palliatieve” behandeling.

Maag-darmkanaal

Verbranding of etsing van de slokdarm verhoogt de kans op oesophagus carcinoom; dit geldt ook voor oesophagitis, leukoplakie en chronisch alcoholisme.

Polyposis coli is een indicatie voor colectomie wegens kans op carcinoom. Dit geldt ook voor lang bestaande colitis ulcerosa.

De kans op een tweede carcinoom in het colon na behandeling van een eerste tumor is groter dan normaal.

Plenaire zitting van het Comité Permanent der Artsen der E.E.G. mislukt

In de op 24 en 25 november l.l. te Rome gehouden plenaire zitting van het Permanent Comité der Artsen der Europese Gemeenschappen (C.P.) is de Nederlandse delegatie, onder leiding van C. Landheer, geheel alleen komen te staan tegenover en weggestemd door de andere acht van de nu negen in dit Comité verenigde, voor hun landen representatieve artsenorganisaties. Het betrof een niet geagendeerd, geformuleerd noch gemotiveerd voorstel tot wijziging van de structuur van het werkschema van het C.P., door de Italiaanse president Prof. Spinelli onverhoeds ter tafel gebracht. Dat geschiedde dan in de eerste middagzitting op vrijdag 24 november bij een zo gebrekkige vergadertechniek, dat men het daarvoor toch goeddeels verantwoordelijke Italiaanse presidium en secretariaat-generaal liefst zo spoedig mogelijk aan een ander land zal zien toevertrouwd. Dat zal echter niet eerder dan bij het ingaan van 1974 het geval kunnen zijn.

Om de felle aanloop van het hier te geven overzichtelijke verslag te motiveren het volgende: de vrijdagmiddag te twee uur geconvoceerde vergadering begon te kwart voor vier. Hoewel enkele dergenen, die hadden deelgenomen aan de audiëntie bij de paus, op het aanvangsuur aanwezig waren, gunden de leiding en met haar vele delegatieleden zich eerst alle tijd voor de lunch. De verwachting dat men te drie uur dan toch nog zou kunnen beginnen werd doorkruist door de toen blijkende storingen in de geluidsinstallatie voor de simultaanvertaling.

Maar er was nog meer: niemand beschikte over stukken voor deze vergadering doch vond op zijn plaats — om met een sarcastisch lid van de Engelse delegatie te spreken — een kilo papier, rapporten van werkgroepen, op zich wachten. Dat leidde er dan toe — na verwelkoming van het C.P. door de staatssecretaris voor de gezondheidszorg namens de minister, voorlezing van een begroetings-telegram van de president van de Italiaanse republiek, de formele toetreding van Denemarken tot het C.P. enz. enz. - dat Dr. Stevenson, leider van de Engelse delegatie, onmiddellijk een onoverkomelijke drempel opwierp. Hij wilde het secretariaat geen verwijten maken maar wel nadrukkelijk vaststellen dat de Engelse delegatie weigerde van gedachten te wisselen over, laat staan beslissingen nemen naar aanleiding van stukken, die men zojuist en in andere talen dan het Engels onder ogen had gekregen. Dat bezwaar vond zo weinig weerklank, dat behalve de leider van de Nederlandse delegatie ook nog eens twee Engelsen de gerechtvaardigheid moesten aantonen van Dr. Stevensons toch werke-

lijk wel overduidelijk geformuleerde bedenking, te weten dat elke discussie over deze stukken „zinloos en nutteloos” zou zijn!

Toen de verwarde gedachtenwisseling hierover ruim een uur had gevorderd kwam Prof. Spinelli, die er kennelijk behoefte aan had de vergadering enig houvast te geven — en wie had die behoefte niet? — met het voorstel tot wijziging van de structuur van het werkschema van het C.P., hierop neerkomende, dat slechts ééns per jaar een plenaire zitting zal worden gehouden en dat de delegatieleiders met de voorzitters van de werkgroepen dan meermalen tezamen zullen komen.

Werkwijze van het C.P.

Om de achtergrond van dit voorstel te verduidelijken: onlangs zijn de delegatieleiders te Londen bijeen geweest en daar is de gedachte aan dit werkschema opgeworpen. Allerlei problematiek kwam daarbij aan de orde, bijvoorbeeld terzake van de beslissingsbevoegdheid. De delegatieleiders konden geen andere taak hebben dan, thuisgekeerd, met hun mede-gedelegeerden deze gedachte bespreken om te zwijgen van ruggespraak daarover met de door hen vertegenwoordigde artsenorganisaties, die statutair het C.P. vormen. In de korte spanne tijds tussen deze bijeenkomst te Londen en de nu te Rome gehouden plenaire zitting heeft de Nederlandse delegatie zich over deze gedachte beraden. Maar zij zag, alle begrip hebbend voor een efficiënte werkwijze, een onwerkzaam college ontstaan, wanneer negen delegatieleiders met een aantal voorzitters van werkgroepen bijeen zouden worden gebracht en waarbij de genoemden dan weer behoefte zouden hebben zich door hun adviseurs, de juristen niet te vergeten, te doen vergezellen. De omvang van dit gezelschap zou dan toch weer die van een plenaire bijeenkomst gaan benaderen.

Die in de vergaderingen van delegatieleiders te Londen opgeworpen gedachte werd nu plotseling door president Spinelli mondeling tot voorstel verheven in deze plenaire zitting. Een formeel monstrum, waartegen delegatieleider Landheer en Mr. Veenstra krachtig hebben geopponeerd. Het mocht niet baten. Ook Dr. J. F. A. van Rijn, hier aanwezig als president van de Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO) kwam met duidelijke bezwaren. De UEMO heeft zich bereid verklaard al haar activiteiten via het C.P. naar buiten te leiden, dus zou men bij de UEMO — en bij Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) — wel eerst eens te rade mogen gaan! Het

baatte evenmin. De vreemdste verdedigingen van het voorstel werden gehoord: een delegatie (één stem!) moest hier toch besluiten kunnen nemen voor de door haar gerepresenteerde artsorganisatie. Vrij mandaat! Dat standpunt te horen innemen ook door de Duitsers was pikant voor wie zich herinnerde dat zij destijds te Luxemburg zeer formeel in opdracht van de Bundesaeztekammer de financiën van het C.P. in een duidelijke begroting afgespiegeld wilden zien met de boodschap, minzame bedreiging, dat de Bundesaeztekammer zich anders op haar houding tegenover het C.P. zou moeten gaan bezinnen.

Toen de hooglopende discussie de president teveel werd maakte hij er enigszins dictatoriaal een eind aan en gelastte stemming: acht landen vóór, Nederland tegen. De Engelsen, die elke discussie over zaken, waarvan zij niet tijdig vóór de vergadering kennis hadden kunnen nemen, zinloos en nutteloos hadden genoemd, stemden vóór. Tableau.

Prof. Spinelli heeft daarop toegezegd dat men aan de volgende plenaire zitting, die volgens dit besluit dan over een jaar plaats zal hebben, een uitgewerkt voorstel zal voorleggen terzake van een veranderde werkwijze, die in feite op een structuurwijziging zal neerkomen. In die vergadering, zegge in het verre najaar van 1973, kunnen dan ook stemmingen worden gehouden over de vlak voor de aanvang van deze plenaire zitting voorgelegde rapporten van werkgroepen met de daaraan eventueel verbonden aanbevelingen of conclusies.

Dit deel van het verslag van deze plenaire vergadering kan men besluiten met het veelzeggende typografische hulpmiddel: . . .

De richtlijnen

Dat geschreven is over de eerste dag van deze plenaire zitting als hierboven is geschied heeft het gevaar defaitistisch te werken. De bedoeling er van wilde zijn een contrast te scheppen met de gelukkig zeer positieve realiteit, waarmee men de volgende dag werd geconfronteerd en die aantoonde hoe belangrijk het werk van het C.P. kan zijn — en is geweest — wanneer efficiënt wordt gewerkt met steun van een secretariaat dat niet, zoals het Italiaanse, naar in de wandelgangen werd geconstateerd, op instorten staat.

Ter inleiding van de tweede zittingsdag gaf Mr. De Crayencour, werkzaam bij de Europese Commissie, een duidelijk beeld van het beraad in deze Commissie en bij de Raad van Ministers met betrekking tot de richtlijnen voor het vrije verkeer van artsen. Daarbij bleek dat in de Ministerraad in afwijking van de voorstellen van de Commissie, met door het C.P. gemaakte opmerkingen en gegeven suggesties, zij het niet op alle punten, terdege rekening is gehouden. Men mocht concluderen dat er van het C.P. een niet te veronachtzamen invloed is uitgegaan in de periode van coördinatie, die nu spoedig zal worden afgesloten wanneer de Raad van Ministers de Richtlijnen vaststelt. Het zou in hoge mate te betreuren zijn wanneer in het nu over

enkele maanden wellicht binnen te treden tijdperk van harmonisatie de nu zo nuttig gebleken invloed van het C.P. niet zou kunnen worden geprolongerd.

De door Mr. De Crayencour gegeven informatie hebben tot enige gedachtenwisseling geleid, vooral ten aanzien van de punten waarover de Ministerraad nog het hoofd buigt. Daarbij werd van Engelse zijde het recht geclaimd dat men niet alleen op deze genoemde punten nog van gedachten wilde wisselen, maar dat de Engelse regering alle punten van de Richtlijnen in status nascendi alsnog tot onderwerp van gesprek zou kunnen maken. De voorzichtige conclusie zou dan kunnen zijn dat deze Richtlijnen niet, zoals wel wordt gefluisterd, nog voor het einde van dit jaar zullen afkomen, maar dat men nog even geduld zal moeten hebben.

Een van deze punten is bijvoorbeeld dat is gesteld dat de artsopleiding tenminste zes jaar zal vergen met 5500 uren. In Brussel blijken Engeland en nu ook Duitsland — hier de regering in afwijking van de Duitse artsorganisatie in het C.P. — zich daartegen te verzetten. In deze plenaire zitting verklaarden de Engelsen deze kwantitatieve limiet niet te kunnen aanvaarden, maar daarmee begeven zij zich eigenlijk al op het terrein van de nog komende harmonisatie. Hoe ook, duidelijk is in deze kring gebleken dat na de nu toch binnen afzienbare tijd te verwachten uitvaardiging van de Richtlijnen door de Ministerraad een veelheid van harmonisatie-problematiek zich zal gaan aandienen.

Een ander teer punt, nu nog steeds, is de tot voor kort in Italië en nog steeds in Frankrijk gehuldigde opvatting dat de vrije uitwisseling van ziekenhuisartsen in die landen niet mogelijk is. Italië heeft dat standpunt herzien maar Frankrijk blijft de in het ziekenhuis werkzame arts nog als een overheidsdienaar, een gezagsdrager, beschouwen en dat belemmert niet-Franse artsen in Franse ziekenhuizen werkzaam te laten zijn. Evenwel, Frankrijk begint te wankelen in de handhaving van dit standpunt, mede ingegeven door de daar bestaande problematiek betreffende de honorering van assistent-geneeskundigen. En als men daar het tot nu toe ingenomen standpunt verlaat, hoe dan weer in Engeland, waar vele artsen in ziekenhuizen in de National Health Service werkzaam zijn? Hoe Engeland zich hier op de vrije uitwisseling van ziekenhuisartsen zal inspelen wist kennelijk de Engelse delegatie in het C.P. ook nog niet. Zeker was alleen volgens haar dat de ziekenhuisarts werkzaam in de National Health Service niet als een „beampte” zal worden beschouwd. Hoe dan wel? Afwachten.

Deze voorbeelden kunnen nog worden aangevuld met een derde, en wel terzake van de aanpassingsperiode voor de immigrerende arts. De Ministerraad heeft hierin niet de wens gevolgd om daarvoor een termijn van zes maanden te stellen doch zal die in de te geven Richtlijnen vervangen door een voorschrift tot instelling door de aangesloten landen van een „informatiecentrum” voor de gast-artsen — die dus direct in het gastland kunnen

gaan praktizieren — met de uitdrukkelijke bedoeling dat dit informatiecentrum op generlei wijze een controle-instelling zal zijn of worden.

Met dat al eiste Mr. de Crayencour op zaterdagmorgen met zijn informaties anderhalf uur de aandacht op en met de naar aanleiding van deze informatie gevoerde gedachtenwisseling werd het middaguur gepasseerd. De voorzitters van de werkgroepen kregen ieder vijf minuten om de daags tevoren ter tafel gebrachte en door velen nog ongelezen rapporten toe te lichten. Dr. H. van Giffen als officier de liaison van de UEMS maakte er zeven minuten van — inclusief zijn verwijt dat hij in de onrustig geworden vergadering de eigen stem bijna niet meer kan horen — en alles werd snel door de molen gedraaid om er binnen anderhalf uur doorheen te komen en degenen, die dat wensten, nog gelegenheid te geven met middag-vliegtuigen huiswaarts te keren.

Toch heeft deze tweede zittingsdag, daargelaten het rommelige slot, waarbij er zelfs geen woordje van erkentelijkheid overschoot voor de tolken, die het — van alle stukken gespeend — zo zwaar te verduren hadden gekregen, dan gelukkig positieve accenten gekregen als reeds gezegd, wat betreft de invloed welke het C.P. in de afgelopen jaren heeft kunnen oefenen bij de opstelling van de richtlijnen. Te constateren dat het C.P. die invloed heeft kunnen oefenen toont op zichzelf reeds aan hoe belangrijk het zal zijn die invloed straks in een periode van harmonisatie met onverminderde kracht te blijven uitoefenen. Men kan dan wel naar een ander werksysteem gaan zoeken, maar elk systeem staat of valt met de personen van degenen, die het ter uitvoering moeten brengen. Gevraagd voor het C.P.: krachtig leidinggevende figuur plus vaardig secretariaat.

v.M.

„Welzijnsberaad 1972” wil welzijnscontract

De gezamenlijke welzijnsorganisaties in ons land, verenigd in het Welzijnsberaad 1972, hebben op 7 november jl. een brief geschreven aan regering, parlement en politieke partijen. Zij vragen daarin om een verandering ten goede van het welzijnsbeleid en om een zogenoemd welzijnscontract. De brief luidt letterlijk:

„Het geestelijk, maatschappelijk en cultureel welzijnsbeleid heeft zich vanuit een marginale positie in het maatschappelijk bestel, mede door de sterke steun en stimulans van de overheid, ontwikkeld tot een kernfunctie in onze samenleving. In 1971 en 1972 deden zich in de opstelling van de overheid reeds verschijnselen voor, die konden worden uitgelegd als een miskennis van dit proces. De nu voorgelegde Rijksbegroting 1973 versterkt deze tendens. Bij realisering van dit beleid zal een verdere afbraak van het welzijnswerk het gevolg zijn.

„Gezamenlijk wijzen ondertekenende organisaties op het ernstige gevaar dat uit deze gang van zaken voortvloeit. Ten eerste voor de samenleving, waaraan bij voortzetting van dit beleid een van haar kernfuncties ontnomen wordt. Juist in tijden waarin maatschappelijk kwetsbare en achterblijvende personen en groepen — jongeren en ouderen, gezinnen en alleenstaanden, Nederlanders en hier woonachtige buitenlanders — door omvangrijke werkloosheid, sociale onrust en veranderingen in normen- en waardenpatronen worden bedreigd, past immers nog meer dan in jaren van betrekkelijke rust een actief welzijnsbeleid van de overheid. Ten tweede voor het welzijnsbeleid zelf: de nu reeds opgelopen achterstand dreigt een structureel karakter te krij-

gen, zodat het lange tijd zal duren voordat van herstel sprake zal kunnen zijn.

„Om een dergelijke durende schade te voorkomen, achten wij het noodzakelijk, dat de begrotingen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk op vitale onderdelen alsnog in gunstige zin worden gecorrigeerd.

„Afgezien hiervan heeft de ontwikkeling, zoals die zich in de laatste tijd heeft voorgedaan, onder tekenende organisaties gebracht tot de overtuiging dat, ter beveiliging van deze kernfunctie in onze samenleving, een duidelijke overeenkomst tussen de overheid en de betrokken organisaties vereist is. In een dergelijk „welzijnscontract” zal dan de beleidsontwikkeling voor een aantal jaren moeten worden vastgelegd. Het welzijnscontract zal niet alleen een ruggeleuning kunnen zijn voor de overheid bij de ontwikkeling van het eigen beleid, maar ook een sterke stimulans inhouden voor het welzijnswerk in al zijn geledingen, dat nu zowel beleidsmatig als in personele situaties continu wordt geconfronteerd met een ondragelijke onzekerheid.

Het ondertekenende Welzijnsberaad 1972 wordt gevormd door: de Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn, de Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen, het Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, de Nederlandse Jeugd Gemeenschap, het Nederlands Cultureel Contact en het Nationaal Overleg voor Gewestelijke Cultuur, de Nederlandse Sport Federatie, en de Stichting Recreatie.

Student en seksualiteit

Het seksueel gedrag onder eerste- en vierdejaarsstudenten aan de Delftse T.H. is het onderwerp van een studie, „Student en sexualiteit”, die onlangs door het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (N.I.S.S.O.) werd uitgebracht. Deze studie van Tine Visschedijk-Lammers is het resultaat van een in het voorjaar van 1971 door het N.I.S.S.O. uitgevoerde schriftelijke enquête.

Het onderzoek, dat in latere jaren zal worden herhaald, beoogde de studentenartsen verbonden aan de medische afdeling van de Stichting Gezondheidszorg voor Studenten te Delft informatie te verschaffen over een aantal facetten van de seksualiteit bij studenten. Om de onderzoekuitkomsten praktisch bruikbaar te maken werd geen doorsnee van de totale Delftse studentenpopulatie genomen, maar werd het accent gelegd op de iets jongere student. Omdat aan de T.H. maar weinig meisjes studeren, werden alleen mannelijke studenten in de steekproef betrokken. Van de 530 aangeschreven studenten vulden 330 de enquête in. Deze groep bestond voor 60% uit eerstejaars en voor 40% uit vierdejaars en was in doorsnee 19-21 jaar oud. De belangrijkste onderzoekresultaten in kort bestek:

Ten tijde van het onderzoek had 43% van de studenten geen relatie met een partner, 13% had losvaste verhoudingen, 34% was verloofd of had een vaste vriend of vriendin en 10% was getrouwd. Van de totale groep had 45% coïtuservaring; van de ongehuwde studenten 37%. Naarmate men een bepaald ervaringsniveau had bereikt, ontstond in andere relaties een hogere mate van intimiteit. In 45% van alle relaties was de vorm van intimiteit niet de door de respondenten gewenste; in de meeste van deze gevallen had men meer gewild. Bij een stijging van de emotionele, affectieve verbondenheid tussen de partners nam de discrepantie af.

Van de 330 geënquêteerde studenten zei 2% zich meer tot leden van het eigen geslacht aangetrokken te voelen dan tot leden van het andere geslacht: 1% zei zich tot beide geslachten in dezelfde mate aangetrokken te voelen, 7% van de studenten zei zichzelf nooit te bevredigen, 74% gaf aan regelmatig te masturberen. Een kwart van alle studenten zei schuldgevoelens te hebben over masturbatie en 12% zei zich te schamen voor fantasieën tijdens de zelfbevrediging. Bij een toename van de seksuele ervaring nam de masturbatiefrequentie af. Studenten met een geringe kennis in sexualibus kampten meer met schuldgevoelens ten aanzien van zelfbevrediging dan studenten die beter waren geïnformeerd.

Onveilige anticonceptie

Van de 154 studenten met coïtuservaring paste 40% weinig of geen anticonceptie toe; 7% zei altijd

Met name in de minder op affectie gebaseerde partnerrelaties werd weinig of geen gebruik geonbeschermd geslachtsgemeenschap te hebben. maakt van voorbehoedmiddelen. Ook werd juist in deze relaties opvallend meer onveilige anticonceptie (periodieke onthouding, coïtus interruptus) toegepast, voornamelijk om redenen van onachtzaamheid en onverschilligheid. De meest gebruikte middelen of methoden waren het condoom en de pil (78 en 48%), coïtus interruptus en periodieke onthouding (43% en 36%). Volgens een andere opgave paste minstens 84% één of meer malen coïtus interruptus toe.

Ruim een kwart van de studenten bleek onvoldoende kennis over anticonceptie te bezitten. Van de bij het onderzoek betrokken studenten zei 92% wel meer informatie te willen hebben over onderwerpen die met seksualiteit verband houden. Men zou vooral meer willen weten over anticonceptie, abortus, het verschil in beleving van seksualiteit tussen man en vrouw, en geslachtsziekten. De vraag om meer informatie bleek groter naarmate er meer discrepantie in de relatie werd ondervonden.

In een nabeschouwing concludeert de bewerkster van het onderzoek, dat het nogal overtrokken beeld van de vrije, losbandige student in Delft kennelijk bepaald niet opgaat. Zij doet de aanbeveling om aan het begin van de studie collectieve voorlichting te verschaffen, zowel over anticonceptie als ten aanzien van relatie- en belevingsaspecten.

„Student en sexualiteit”, N.I.S.S.O.-rapport nr. 7, is ad f 1,— verkrijgbaar bij de Stichting Gezondheidszorg voor Studenten, Oude Delft 93, Delft.

ADVERTENTIES

Opgaven van advertenties dienen ter bespoediging van de plaatsing rechtstreeks te worden aangeboden aan:

Uitgeversmaatschappij Kruyt b.v.

Groot Hertoginnelaan 28,

Bussum

(Telefoon: 02159 - 1 62 41)

Gezondheid als doelstelling van (medische) gezondheidszorg

*Door Dr. H. H. W. Hogerzeil, directeur medische dienst
N.V. Philips' Gloeilampenfabrieken, Eindhoven*

Na de M.C.-publicaties in 1971 over „De toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Nederland” en de hierop volgende M.C.-publicaties in 1972 over „De doelstelling van de gezondheidszorg”, zou het correct zijn allereerst op deze belangrijke bijdragen citerend in te gaan, alvorens het verzoek der M.C.-redactie hierover mee te denken te beantwoorden. Ik heb deze weg niet gevolgd, maar ik ben mij er ten zeerste van bewust hoezeer men steunt op gedachten van anderen wanneer men eigen gedachten wil formuleren.

Sinds de mens als biologische verschijning aanwezig is in wat wij wereld noemen, heeft hij ervaren dat zijn functioneren in die wereld kan zijn belemmerd. Om dit niet kunnen functioneren aan anderen en zichzelf duidelijk te maken heeft hij deze beleving een naam gegeven door te zeggen: ik ben ziek. Zo kan op eenzelfde manier iemand die geen arbeid kan verrichten dit feit aan zichzelf en anderen duidelijk maken door te zeggen: ik ben arbeidsongeschikt.

Toen de mens behalve biologische verschijning ook cultuurverschijnsel en cultuurdrager werd, ging hij voor zijn ziek zijn een oorzaak zoeken en deze oorzaak bestrijden. Ook aan deze oorzaken en bestrijders gaf hij namen. In de animistische en religieuze culturen heeft hij de oorzaken van het niet kunnen functioneren en van het ziek zijn in de demonen, de goden of de menselijke schuld gelokaliseerd en dienovereenkomstig de bestrijding aan zweerders, met magie beklede medicijnmannen of priesters opgedragen. In de macht- en scientiaculturen liet hij de oorzaak van ziek zijn voortkomen uit lichamelijke of sociale minderwaardigheid of uit wetenschappelijk kenbare noxen, waarbij hij de bestrijding opdroeg aan positieverbeteraars en aan kenners van wetenschap. In de huidige culturen die op ideologieën berusten wordt de oorzaak in de maatschappijstructuur en het hieruit voortkomend onwelzijn gelokaliseerd en de bestrijding opgedragen aan ideologen en welzijnkenners.

In iedere nieuwe cultuur bleef een stuk achter van de voorafgaande opvattingen over oorzaak en bestrijdingsmethoden. Hierdoor werden zowel het begrip voor de oorzaken van ziek zijn als voor de methoden van bestrijding steeds complexer. Bovendien begreep de mens als enige van alle biologische

wezens, dat hij qua aanleg onvolledig van structuur was; en niet alleen lichamelijk maar ook psychisch en sociaal.

Door zijn psychische en sociale onvolledigheid kan hij veelal alleen maar bestaan ten koste van of door anderen. Door zijn biologische onvolledigheid is hij gevoelig voor negatieve invloedsfactoren waarvan hij de gevolgen als symptoomstoornissen ondergaat. Ziek zijn is hierdoor zichzelf in het mens zijn belemmerd voelen - hetzij naar psychische rijpheid, hetzij naar sociale integratie, hetzij naar lichamelijke organisatie. Het uitzonderlijke van de mens is, dat hij ondanks zijn al of niet bewuste onvolledigheid en ondanks een partieel disfunctioneren op zeer bijzondere wijze boven de eigen gegevenheid kan uitgroeien. Hierdoor kan hij zeggen: ik ben ziek, ik functioneer niet als mens, en kan hij tegelijkertijd zeggen: ik ben niet gezond, want ik weet op een of andere manier wat een gezond mens zou kunnen zijn.

Indien het vorenstaande als uitgangspunt juist is of althans als uitgangspunt bruikbaar is, betekent gezondheid en gezond zijn in tegenstelling tot ziekte en ziek zijn: zich in staat weten als mens met een eigen psychische vrijheid in relatie met anderen te kunnen functioneren binnen een ongeschonden collectiviteit en met een lichamelijke organisatie zonder symptoomgevolgen van negatieve invloedsfactoren.

De doelstelling der gezondheidszorg kan dan worden geformuleerd als het in vrijheid bewust maken en doen hanteren van de structurele menselijke onvolledigheid, het bevorderen van het sociaal kunnen leven in relatie met anderen, het bestrijden van negatieve invloedsfactoren, het genezen van gevolgsymptomen en het helpen vinden van nieuwe integraties bij onverhoopt blijvende of reducerende defecten. In deze volgorde. Gezondheid en gezond zijn van individu én van collectiviteit is dan de doelstelling der gezondheidszorg.

Nu kan men doelstellingen niet realiseren zonder methodologie en organisatie en men kan methodologie en organisatie niet continueren zonder evaluatie en toetsingscriteria. Indien men de mate van gezond zijn afhankelijk stelt van de wijze van mens zijn, zullen de toetsingscriteria voor gezondheid per cultuur, per politiek wereldbeeld en per filosofisch mensbeeld zeer verschillend kunnen zijn. Gezond

zijn is dus in wezen een probleem van het mens zijn. In de M.C.-beschouwingen komt men dit openlijk of verhuuld tegen. Het is dan ook dit probleem van het mens zijn, dat de doelstelling voor gezondheidszorg zo moeilijk laat beschrijven, laat rationaliseren of laat operationaliseren. Maar laten wij toch een poging wagen.

Gezondheid is het in vrijheid psychisch kunnen bestaan, het zonder bedreiging voor anderen sociaal aanwezig kunnen zijn, het lichamen functioneren zonder symptoomstoornissen. Gezondheidszorg is het scheppen van de voorwaarden hiervoor.

Daar ik als medicus schrijf in M.C., een blad voor medici, mag ik de vraagstelling gelukkig reduceren tot: wat is de bijdrage van de medicus aan de gezondheidszorg; wat is medische gezondheidszorg? De medische wetenschap en de toepassing hiervan in geneeskunde en gezondheidszorg is gericht op en door het lichamen functioneren van de mens, zoals dit zich in objectieve zin laat meten dan wel in subjectieve zin laat ervaren. Lichamen kan hier worden opgevat als de entiteit van ruimtelijke ordening en operationele organisatie waarin de mens door de ander en de wereld metrisch wordt waargenomen en relationeel wordt herkend en als materiële manifestatie waarin hij zichzelf als aanwezigheid beleeft en operationeel ervaart.

Door de medische wetenschap te binden aan het lichamen functioneren brengen wij een — noodzakelijke — restrictie aan in het professionele medische werkterrein om hierdoor grensoverschrijding te voorkomen. Door het lichamen functioneren zowel aan objectieve waarneming als aan subjectieve beleving te binden brengen wij een — noodzakelijke — verruiming aan in het medische werkterrein om hierdoor samenwerking met deskundigen uit de sociale, technische, biologische en andere wetenschappen in de gezondheidszorg mogelijk te maken.

Indien wij nu deze omschrijving van medische wetenschap naar restrictie en uitbreiding leggen op de bovengegeven omschrijving van ziek zijn en gezond zijn, kunnen hieruit de taken (activiteiten) voor de medische gezondheidszorg logisch worden afgeleid.

Met betrekking tot het meten van gezondheid binnen een cultureel-politiek bepaald wereldbeeld en een filosofisch bepaald mensbeeld heeft de medicus een met zijn professionele deskundigheid overeenkomende, signalerende verantwoordelijkheid. Telkens weer zal hij erop moeten attenderen, dat er invloedsfactoren zijn in de wereld, de maatschappijstructuur, de arbeidssituatie, de gezinssituatie, de individuele situatie etc. die het aanwezig zijn van gezondheid negatief of positief beïnvloeden. Het is niet altijd de taak van de medicus de negatieve invloedsfactoren zelf te bestrijden omdat hem hiervoor veelal de deskundigheid, de tijd en de continue relatie ontbreken, maar dit ontslaat hem niet van zijn verplichting tot evaluerend signaleren, voorlich-

ting geven, overleg plegen en soms stelling nemen.

De medicus heeft tot nu toe aan de signalering van invloedsfactoren betrekkelijk weinig systematisch aandacht besteed en de bestrijding hiervan niet als een primaire taak gezien. In een ander verband heb ik hierbij gesproken over symptoomgeneeskunde versus systeemgeneeskunde en sociaal-medische systeemzorg. Vanuit zijn historische wording is de medicus opgeleid tot symptoomgeneeskunde, het genezen van gevolgsymptomen: het zetten van een fractuur, het openen van een abces, het penicilleren van een pneumonie etc., hierbij onvoldoende beseffend dat de mens niet een in zichzelf besloten eenheid is maar onderdeel en participant is van een groter of kleiner intra- of interdependent systeem waarvan hij de uiteindelijke resultante als uniek persoon of als consistente groep presenteert. Malaria en vele andere infectieziekten hadden eigenlijk al lang op de systeemstructuur en de noodzaak van de sociaal-medische systeemzorg moeten attenderen. Genezing van malaria is incidenteel interessant maar sociaal-medisch onbelangrijk als het systeem moeras-muskiet-plasmodium niet wordt „genezen”.

Het malariavoorbeeld kan gemakkelijk worden doorgetrokken naar verkeersongevallen, lawaaidoofheid, arbeidsongeschiktheid, verslaving, neurosen, psychosomaten, auto-immuunziekten; in feite naar alle stoornissen in het lichamen functioneren. De symptoomgeneeskunde is incidenteel en individueel belangrijk, maar sociaal-medisch zijn de gevolgsymptomen pas te bestrijden als zij als systeem worden herkend en naar dependentie begrepen. Het zal een taak voor de sociaal-geneeskundigen zijn een sociaal-medische systeemkunde te ontwikkelen via signalering, informatica, humane ecologie en mens-situatie-wereldanalyse om hierdoor de schadelijke invloedsfactoren en hun onderlinge intra- of interdependentie op te sporen en zo mogelijk door systeeminterventie te bestrijden.

Wat het genezen van klachten betreft, hierover is reeds zoveel en zo goed geschreven dat de kennis der symptoomgeneeskunde en de taak van de curatieve sector voldoende zijn behandeld. Het omvat de functie van de medicus als arts en hulpverlener van de patiënt. Wie ooit tot patiënt werd, weet hoezeer de hulp van de arts hem het vertrouwen gaf de donkere en soms angst en pijn veroorzakende episode door te komen met de hoop de eigen continuïteit te kunnen vervolgen.

Een derde doelstelling in de gezondheidszorg is het helpen en het adviseren van de mens die blijvend beperkt zal blijven in zijn objectief en/of subjectief lichamen functioneren. Hier is de doelstelling, deze mens binnen zijn mogelijkheden te refunctionaliseren en in de eigen leefsituatie te reintegreren.

Als vierde doelstelling kan men het organiserend-evaluerend aspect onderkennen, met het toeken-

nen van prioriteiten. Er zullen namelijk in de nationale zorg voor gezondheid prioriteiten moeten worden gesteld. Beslissingen zullen moeten worden genomen over lokalisatie van deskundigheid, van ontwikkelingsresearch, van materiaal en van geld. Consumenten/patiënten en deskundigen zullen hierover gezamenlijk een uitspraak moeten doen, waarbij de overheid de evaluatie der resultaten en de controle op afspraken zal moeten beheren. Hierbij spelen wederom cultureel-politieke aspecten, factoren, opvattingen en inzichten een rol. (Met het woord politiek is vanzelfsprekend niet partijpolitiek bedoeld. Als persoonlijke nood/noot kan men hier stellen, dat het soms lijkt alsof cultureel-politieke problemen of beslissingen pas aan bod komen als deze in de partijpolitiek diensten kunnen bewijzen.)

Tenslotte blijft nog het aspect dat als eerste punt van zorg werd genoemd: het aan de mens bewust maken van zijn structurele onvolledigheid. Men zou dit kunnen vertalen als het in vrijheid leren accepteren maar ook het als vrij mens leren hanteren van zijn beperktheid op een zodanige wijze dat men zich gezond voelt en als zodanig door anderen wordt herkend en waargenomen. De medicus kan hieraan slechts een geringe bijdrage leveren: buiten zijn deskundigheid, als persoon in zijn relatie met zijn medemens; binnen zijn deskundigheid als professionele stimulering, training en vorming van het lichamenlijk functioneren. Samenwerking met anderen is hierbij onmisbaar.

Opzettelijk is deze eerste doelstelling laatst gezet omdat het scheppen van condities hiervoor zo moeilijk is. Men moet als het ware eigen onvolledigheid overschrijven om een programma voor minder onvolledigheid te schrijven. Het is even moeilijk als het denken in drie dimensies voor een eendimensionale mens zou zijn. Het is de mens echter ingeboren hiermee bezig te zijn en deze ingeboren menselijke drijfveer maakt het mogelijk een reëel vertrouwen te hebben dat de mens ooit nog eens zal leren in de

collectiviteit waartoe hij behoort als gezond mens volledig aanwezig te zijn.

Samenvattend ontstaan de volgende hoofdactiviteiten, wanneer men gezondheid als doelstelling van gezondheidszorg kiest:

1. *Stimulering, training en vorming* in psychohygiëne en gezond lichamenlijk functioneren.
2. *Sociaal-medische signalering en systeemgeneeskunde* ter bestrijding/afscherming/opheffing van invloedsfactoren die binnen het interdependente systeem mens-situatie-wereld stoornissen kunnen geven. Belangrijk hierbij is het voorkomen van gevolgsymptomen.
3. *Symptoomgeneeskunde en selectieve diagnostiek* voor het opheffen/genezen van stoornissen en voor het voorkomen van onjuiste zorg.
4. *Refunctionalisatie en sociale reïntegratie* van blijvend gestoord functioneren.
5. *Evaluerend beheer der gezondheidszorgorganisatie* inclusief prioriteitentoe wijzing.

Op grond van deze vijf deelaspecten is het mogelijk, uitgaande van een cultureel-politieke en filosofische definitie van gezondheid, een aangepaste organisatie te structureren die gezondheid als doelstelling van gezondheidszorg kan realiseren. De medicus kan aan de gezondheidszorg meehelpen door stimulering, signalering, systeemgeneeskunde, symptoomgeneeskunde en refunctionalisering. Het is niet zo veel, maar meer dan voldoende om een leven lang mee bezig te zijn.

Mocht men deze vijf themata in deze volgorde meer algemeen als denkpatroon gaan toepassen dan geeft dit consequenties voor de opleiding. Het zou daarom belangrijk zijn, als de M.C.-redactie 1973 wijdde aan „De opleiding in de gezondheidszorg”.

Twee artikelen over vals negatieve uitkomsten van cytologisch onderzoek

Door Prof. Dr. B. S. ten Berge Blaricum

In verband met de belangstelling die de laatste tijd bestaat voor het cytologisch onderzoek ter vroege ontdekking van cervixcarcinoma meen ik, dat het van nut kan zijn de aandacht te vestigen op twee onlangs verschenen artikelen. Deze artikelen gaan over vals negatieve uitkomsten van cytologisch onderzoek, waardoor het carcinoma te laat wordt ontdekt.

In een artikel van Purvis L. Martin (Amer. J. Obst. Gyn. juni 1972 vol. 113 pp. 541-548) worden de resultaten gegeven van een vergelijkend onderzoek met betrekking tot een tweetal districten: één — San Diego County, circa 1,3 miljoen inwoners — met een goede regelmatige cytologische controle (screening-project 1956-1966) en een ander — Imperial County, circa 80.000 inwoners — met een

minder goede controle. In beide districten werden in 1967 alle patiënten met invasief carcinoma opgespoord, zowel door bestudering van de ziektegeschiedenissen in de ziekenhuizen als door onderzoek naar niet in de ziekenhuisarchieven voorkomende gevallen. Een analyse van de resultaten deed vermoeden, dat invasief carcinoma slechts in ongeveer 50% van de gevallen te voorkomen was geweest. In het district met de hoogste graad van preventie (minstens één onderzoek per jaar bij 82% van de vrouwen) werden in 1967 in totaal 67 patiënten met invasief carcinoma gevonden en in het minder goed gecontroleerde district (42%) in 1967 in totaal 9: respectievelijk 5 en 11 op 100.000 inwoners. In het goed gecontroleerde district kwam het invasief carcinoma dus aanzienlijk minder voor.

Interessant is, dat de onderzoekers — die er blijkbaar vanuit gaan, dat een invasief carcinoma altijd een voorstadium heeft, het carcinoma in situ — in de genoemde 76 gevallen hebben nagespeurd welke oorzaken kunnen worden aangewezen voor een te late herkenning. Zij ontdekten, dat soms verschillende factoren hebben samengewerkt.

— *Fouten van patiënten*: geen jaarlijks bezoek aan de arts, 34 maal; wel verdachte verschijnselen maar geen consult, 17 maal; weigering zich te laten onderzoeken, 7 maal.

— *Fouten van artsen*: in 30 gevallen was de patiënte wel naar de arts toegegaan, maar nam deze geen cytologisch uitstrijkje af; in 3 gevallen werd er wel een uitstrijkje afgenomen en was dit suspect, maar werd er geen verder onderzoek ingesteld; in 4 gevallen was het cervixbeeld suspect, maar was de cytologische uitslag negatief; in 3 gevallen was de arts niet competent voor beoordeling; bij 2 patiënten met invasief carcinoma was de arts niet meer aanwezig en had hij de gegevens niet overgedragen aan een opvolger.

— *Fouten van laboratorumpersoneel*: in 20 gevallen was de beoordeling waarschijnlijk vals negatief geweest, maar konden de preparaten niet meer worden achterhaald voor nacontrole; in 10 gevallen die een negatieve beoordeling hadden gekregen moest de diagnose bij nacontrole worden veranderd; in 3 gevallen waarin later carcinoma werd gevonden waren de preparaten op onjuiste wijze afgenomen en had men indertijd beter nieuwe preparaten kunnen aanvragen; in 1 geval was een verkeerde histologische diagnose gesteld.

— *Fouten van de samenleving*: in 11 gevallen was de patiënte wel in een ziekenhuis opgenomen, maar werd geen cytologisch onderzoek ingesteld; in 2 gevallen wist de patiënte niet, dat gratis onderzoek mogelijk was; 2 patiënten bleken nauwelijks op de hoogte van het bestaan van cytologische uitstrijkjes; in 1 geval vond de patiënte de wachttijd — 2 maanden — te lang en verscheen zij pas na 6 maanden.

In 3 gevallen was van geen van deze fouten sprake, maar verscheen het invasieve carcinoma in het jaar tussen twee onderzoeken in. De familie van één van de betrokken patiënten stelde een rechtsvervolgting tegen de arts in.

Het beschreven artikel toont aan, dat het mislukken van tijdige diagnose aan verschillende, soms gelijktijdig werkende factoren kan worden toegeschreven. Het belangrijkste zijn hier de vals negatieve uitslagen, die altijd mogelijk zijn. Naar mijn mening moet de instruerende arts de patiënte blijven controleren, ook al is de uitslag negatief. Verdachte verschijnselen moeten dus altijd als verdacht worden geïnterpreteerd. Een negatieve uitkomst is altijd een waarschijnlijk negatieve bevinding.

Ook in een ander recent artikel, ditmaal van Duitse zijde (H. K. Bauer, Z. schr. Geb. u. Fr. h. k. (1971) pp. 572-574), werd gewezen op het gevaar van cytologisch onderzoek met vals negatieve uitkomst. De betreffende patiënten hebben het gevoel volkomen veilig te zijn, terwijl dit niet het geval is. De schrijver bespreekt 7 patiënten van wie door klinisch onderzoek kon worden achterhaald, dat bij hen een foutieve cytologische diagnose was gesteld. Volgens Christopherson c.s. wordt bij 4-6 vrouwen op 1.000 tijdens het eerste onderzoek een invasief carcinoma gevonden en bij 1 op 1.000 tijdens latere cytologische onderzoeken.

Het is niet gebleken, dat invasief carcinoma meer voorkomt bij gebruik van orale anticonceptiva. Dysplasie komt dan wel meer voor.

Het is naar mijn mening zeer belangrijk, dat tijdens de cytologische controle bij „pil”gebruik een onderzoek wordt ingesteld naar het voorkomen van maligniteit. Minstens zo belangrijk is, dat wordt onderzocht op de hormonale status van de uitstrijk en op infectie met monilia trichomonas en andere organismen. De vagina bij vrouwen met een aandoening van deze aard verkeert dikwijls in een dysfunctie, die kan worden verholpen door het voorschrijven van een ander medicament of het toevoegen van bijvoorbeeld oestriol. De klachten over pijn, stroefheid etc. bij de coïtus kunnen dan worden verholpen, de chronische prikkel wordt weggenomen.

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

zijn voor leden van de Maatschappij verkrijgbaar op het Bureau der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. De prijs van het Maatschappij-embleem (internationaal model), vervaardigd van astralon, is f 1,—. Ook is verkrijgbaar een embleem van plak-plastic à f 0,50. Men wordt verzocht bij bestelling de kosten te voldoen door overschrijving op postgiro 58083 der Maatschappij.

STIMEZO-memorandum over abortuswetgeving

De Stichting voor Medisch Verantwoorde Zwangerschapsonderbreking, Stimezo Nederland, heeft de leden van de Tweede Kamer en de besturen der politieke partijen een memorandum toegestuurd over de abortuswetgeving. In een begeleidend schrijven wordt gesteld, dat bij de komende kabinetsformatie die abortuswetgeving weer ter sprake zal komen. Bij de vorige kabinetsformatie is volgens het bestuur van Stimezo de aanpak van het massaal voorkomende verschijnsel van ongewenste zwangerschap benaderd en daarna verder uitgewerkt in de sfeer van het politieke compromis. Stimezo Nederland is van mening dat dit niet weer moet gebeuren. Het stichtingsbestuur stelt voorts dat het verschijnsel van de ongewenste zwangerschap, gezien vanuit praktisch oogpunt, overigens niet meer dringend om de bemoeienissen van de kant van de wetgever vraagt: ten eerste omdat het praktische probleem van de hulpverlening intussen vrijwel zou zijn opgelost, „een ontwikkeling die niet meer is terug te draaien”, ten tweede omdat een restrictief beleid op grond van politieke en/of religieuze overwegingen binnen enige jaren onmogelijk zou worden gemaakt door de verdere perfectie van de reeds op de markt verschenen abortuspil.

De samenvatting van het memorandum luidt als volgt:

Stimezo Nederland heeft met grote verbazing kennis genomen van het Ontwerp van Wet Afbreking Zwangerschap van het kabinet Biesheuvel 1971-1972. Verbazing ontstond al bij het bekend worden van het regeerakkoord paragraaf 23, waarbij het politieke compromis tussen ver uiteenliggende standpunten werd gesloten buiten de openbaarheid en zonder de inbreng van ter zake deskundigen. De in dit akkoord genoemde voorwaarden waaraan een arts moet voldoen om niet strafbaar te zijn bij het verrichten van abortus waren zeer discutabel en vonden in de sedertdien verlopen tijd steeds minder aanhangers. Ook de aan het wetsontwerp ten grondslag liggende uitgangspunten van de belangtelling tussen draagster en ongeboren vrucht en de beschermwaardigheid van de ongeboren vrucht op de wijze zoals toegelicht in de Memorie van Toelichting acht Stimezo Nederland onjuist. Dat het wetsontwerp daarenboven géén waarborgen schept dat die uitgangspunten ook worden gehandhaafd doch slechts een procedure voorschrijft om buiten de strafbaarheid te blijven is kenmerkend en illustreert de fundamentele zinloosheid van het wetsontwerp.

Volstrekt onaanvaardbaar voor een integere be-

roepsuitoefening acht Stimezo Nederland een vijftal belangrijke facetten van het wetsontwerp:

1. Het wetsontwerp ligt dwingend een „Nee, tenzij in uiterste noodsituatie“-attitude op aan elke hulpverlener. Dit vervalst de hulpverlening en leidt tot schade van alle betrokkenen.

2. *De inbreuk op het beroepsgeheim.* Aan de Inspecteur van Volksgezondheid zou inzage moeten worden gegeven in vele — zo niet alle — gegevens betreffende behandelde patiënten, al of niet via een geneesheer-directeur. Dit druist regelrecht in tegen de essentie van het beroepsgeheim zoals de Nederlandse Wet die kent. Slechts enkele vage en weinig geruststellende bepalingen brengen hierin enige nuancering aan.

3. Het categorisch uitsluiten van bepaalde groepen — in casu buitenlandse — vrouwen van de (medische) hulpverlening. Hoewel (nog) niet voorgeschreven laat het wetsontwerp de mogelijkheid hiertoe uitdrukkelijk open.

4. Verleiding tot wetsontduiking. Het wetsontwerp is ook schadelijk voor alle betrokkenen omdat het de hulpverlening dringt in de sfeer van het geniep en het verbodene. In het belang van de kwaliteit van de hulpverlening zal Stimezo zich niet laten verleiden slinkse mazen in de wet te zoeken. Zij zal de wet openlijk overtreden en niet weer terugkeren tot de schemer van de illegaliteit.

5. *Inperking van de vrijheid de geëigende therapie te kiezen.* Het wetsontwerp stelt regels omtrent de uitvoering van de ingreep, de geëigende methoden en het verlenen van nazorg. Dit is een inbreuk op de vrijheid van de arts de geëigende therapie te kiezen. Op geen enkel ander terrein van de gezondheidszorg is de minister bevoegd zo in te grijpen in de persoonlijke verantwoordelijkheid van de arts. Stimezo zal zich niet laten voorschrijven welke medisch-technische en/of psychologische therapie moet worden gehanteerd.

Stimezo Nederland zal geen moment aarzelen bovengenoemde punten te verwerpen en, indien ooit in enige wet deze punten zouden worden opgenomen, een dergelijke wet te overtreden in het belang van een integere hulpverlening en beroepsuitoefening.

Zeer ongewenst acht Stimezo Nederland voorts vele facetten van het ontwerp waaruit hier slechts een greep:

- de wet handhaaft de principiële strafbaarheid van de arts die aborteert;
- de toenemende rechtsonzekerheid die het wetsontwerp voor de huidige praktijk van de hulpverlening brengt;
- de uit het gehele wetsontwerp sprekende negatieve benadering van abortus waardoor grote schade wordt toegebracht aan de volksgezondheid;
- de suggestie die uit het wetsontwerp spreekt, de medicus die aborteert te verdenken van onzorgvuldig handelen waarvan allerlei wettelijke maatregelen hem dan moeten weerhouden;
- de verplichting de abortus te doen plaats vinden in een „erkende” inrichting met autoritaire bestuursstructuur, dat wil zeggen waarin de medewerkers niet in het bestuur zijn vertegenwoordigd;
- de vele — bijna onbegrensde — inperkingen van de autonomie van de arts, niet alleen bij de besluitvorming maar ook bij de uitvoering van abortus: een riskant precedent;
- de talloze onzekerheden en tegenstrijdigheden welke in het wetsontwerp zijn aan te wijzen: bestuurlijk broddelwerk! aldus het memorandum.



ONCOLOGISCHE RICHTINGAANWIJZERS (XXV)

(Naar: „70 aanwijzingen voor de diagnostiek en behandeling van kwaadaardige gezwellen”, Universitair Kanker Centrum Groningen.)

Universitair Kanker Centrum Leiden

Algemeen

Iedere patiënt met haemoptoe, haematemesis, melaena of haematurie dient volledig specialistisch te worden onderzocht.

Maag-darmkanaal

Een maagulcus dat niet volledig reageert op interne therapie in een periode van 6 weken, dient als maligne te worden beschouwd, totdat (bij operatie) het tegendeel blijkt.

Achylia gastrica verhoogt de kans op het ontstaan van maagcarcinoom.

Nieuwbouw Academisch Ziekenhuis Amsterdam kan van start

Mr. C. van Veen, minister van Onderwijs en Wetenschappen, heeft het bestuur van het Academisch Ziekenhuis te Amsterdam gemachtigd een voorlopig ontwerp voor de eerste tranche uit het — sterk gewijzigde — gecoördineerde structuurplan voor de nieuwbouw van de academische ziekenhuizen in Amsterdam, Leiden en Utrecht te laten samenstellen. De besturen van genoemde ziekenhuizen zijn met dit door de gezamenlijke architecten van hun instellingen aangeboden nieuwe plan akkoord gegaan.

De minister gaat er vanuit, dat zo gauw mogelijk een samenwerkingsovereenkomst tussen de drie

betrokken architectenbureaus zal worden getekend, zoals van die zijde is toegezegd. De schriftelijke opdracht voor het voorlopig ontwerp zal door de projectdirecteuren van de drie academische ziekenhuizen tezamen moeten worden voorbereid. Op verzoek van de minister zal het ontwerp vóórdat de opdracht aan de architecten wordt verstrekt ter goedkeuring worden voorgelegd aan de coördinator nieuwbouw academische ziekenhuizen, thans Ir. C. A. Doets.

Het nieuwe plan verschilt op enkele hoofdpunten van het oude. De „strokenstructuur” van het oude plan heeft plaatsgemaakt voor een „blokkenstructuur” met betrekkelijk kleine blokken, waardoor een goede aanpassing aan de beschikbare terreinen mogelijk is geworden en uitbreiding in de toekomst aanzienlijk is vergemakkelijkt. Daarnaast is voorzien in de mogelijkheid niet-klinische afdelingen elders onder te brengen. Het bebouwingspercentage in Leiden en Utrecht zal van 30 op 25 kunnen worden gebracht. Het aantal ingangen zal bij het nieuwe plan één of twee kunnen zijn. Tenslotte zijn grotere binnenhoven geprojecteerd met het oog op een verbeterde toelating van het daglicht.

Ingevolge de lopende afspraken zullen nu ook Leiden en Utrecht binnen drie maanden met voorstellen met betrekking tot de eerste tranches aldaar moeten komen.

Overdrukken

Auteurs die overdrukken wensen van een artikel van hun hand in Medisch Contact dienen daarover vóór publicatie met de redactie in verbinding te treden.

A.N.V.S.G.-commentaar op basisfilosofie Medische Faculteit Maastricht

Uit de publikatie in Medisch Contact nr. 33 van 18 augustus 1972 over de „Basisfilosofie achtste medische faculteit” blijkt dat de Commissie Voorbereiding Medische Faculteit Maastricht in zijn „Voorlopige Deelnota” een richtlijn heeft aangegeven volgens welke de medische faculteit zich in eerste instantie dient te ontwikkelen.

Uitgebreid wordt gesproken over een vroegtijdige accentuering van de epidemiologie in de regio en van epidemiologisch onderzoek. Eveneens wordt gewezen op het belang van de problematiek van organisatie en management in de gezondheidszorg en van het aantrekken van deskundigen op deze gebieden ten behoeve van het onderwijs in de geneeskunde en de gezondheidszorg. „Speciale aandacht” zal worden besteed aan de opleiding van artsen voor het eerste echelon en aan evaluatie en onderzoek naar de doeltreffendheid van gezondheidsvoorzieningen in het eerste echelon en de relaties van deze met andere echelons. „Voldoende aandacht” zullen bovendien de maatschappelijke en geestelijke gezondheidszorg krijgen.

Het hoofdbestuur van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde is verheugd over de visie die uit verschillende delen van de gepubliceerde „philosophy” naar voren komt. Met name de belangrijke plaats die aan de epidemiologie, basiswetenschap voor de sociale geneeskunde, wordt toegekend, acht het hoofdbestuur van groot belang. Ook de speciale aandacht voor de opleiding van artsen werkzaam in het eerste echelon, tot welke men een groot deel van de sociaal-geneeskundigen als bedrijfsartsen, jeugdartsen werkzaam o.a. als schoolarts en consultatiebureau-arts en in zekere zin ook de verzekeringsgeneeskundigen kan rekenen vindt grote waardering bij het hoofdbestuur. Dit zelfde geldt ook ten aanzien van de belangstelling van de Voorbereidingscommissie voor de problematiek van organisatie en management in de gezondheidszorg, mede gezien het feit dat vele functies in deze sector worden uitgeoefend door sociaal-geneeskundigen (directeuren G.G. en G.D., medisch directeuren ziekenhuis, directeuren Provinciale Raad Volksgezondheid, geneeskundig inspecteurs Volksgezondheid, enz.).

De geschetste stellingname van de voorbereidingscommissie wordt mede van groot belang geacht voor de artsenopleiding te Maastricht omdat een belangrijk deel van de Nederlandse artsen full-time werkzaam is in een sociaal-geneeskundige functie. Het aantal van deze artsen kan momenteel worden geschat op 2500-3000 en is nog steeds stijgend.

Het heeft het hoofdbestuur van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde dan ook ten zeerste verbaasd dat de consequentie

van de vermelde „philosophy” in het geheel niet is betrokken in de uitwerking van de plannen. Noch in de samenstelling van de in eerste instantie aan te trekken staf, zoals deze wordt omschreven in bovengenoemde publikatie, noch in de naar buiten blijkende acties wordt gewag gemaakt van de belangrijke plaats van de sociale geneeskunde en de maatschappelijke gezondheidszorg. Uit de geplaatste advertenties blijkt dat voor diverse gebieden van de geneeskunde en de gezondheidszorg hoogleraren worden aangetrokken, doch niet voor de sociale geneeskunde.

Het hoofdbestuur acht het derhalve noodzakelijk te wijzen op deze omissie. Het drukt hierbij zijn grote bezorgdheid uit ten aanzien van het weglaten van de sociaal-geneeskundige discipline bij de aanvang van de stafvorming en spreekt de wens uit dat alsnog op korte termijn de sociale geneeskunde zal worden betrokken in de stafvorming en in de planning inzake het curriculum.

W. H. van Dijk,

secretaris van de Algemene
Nederlandse Vereniging voor
Sociale Geneeskunde.

Medische informatiekaart

Het is voor patiënten, die daarvoor in aanmerking komen, van groot belang dat zij een medische informatiekaart bij zich dragen. De arts, die incidenteel aan zodanige patiënten hulp moet verlenen, is er — en de patiënt zelf vooral — ten zeerste mee gebaat wanneer hij door middel van deze medische informatiekaart onmiddellijk kan vaststellen van welke medicijnen degen, die acuut medische hulp behoeft, gebruik maakt en tot welke behandelende huisarts of familieleden van de betrokkene hij zich kan wenden.

De medische informatiekaart van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst — een herziene uitgave van de vroegere „Medicamentenkaart voor noodgevallen” — is bij het Bureau der Maatschappij verkrijgbaar tegen kostprijs. De prijs is vastgesteld op f 0,20 per stuk bij aflevering in plastic hoesje; de verzendkosten zijn hierbij niet inbegrepen. Grotere hoeveelheden van deze medische informatiekaarten kunnen ook worden afgenomen zonder plastic hoesje à f 0,10 per stuk.

Over oorlogen, martelingen en wreedheden

Over oorlogen, martelingen en wreedheden handelde een studiedag, die de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie 4 november jl. in Amsterdam heeft gehouden. De rond honderd aanwezigen luisterden naar een stukje theorie van Prof. Dr. J. A. van Doorn, socioloog, bewogen zich met voormalig Indië-officier Prof. Dr. J. E. Hueting van theorie naar praktijk en hoorden tenslotte over martelingen als werkelijkheid Dr. H. A. van Geuns, medicus en scheidend voorzitter van Amnesty International Nederland.

Prof. Van Doorn betoonde zich oneens met de stelling, dat speciaal onze maatschappij wordt gekenmerkt door geweld. De samenleving als zodanig is (altijd) gewelddadig (geweest). Sinds de opkomst van de maatschappijwetenschappen worden structurele (systeem-gebonden) factoren die tot geweldpleging kunnen leiden als belangrijk onderkend. Een model van de plaats van het geweld in sociale systemen, als door spreker geschetst: Een zekere dwang tot zelfhandhaving voert tot machtsuitoefening, desnoods in de vorm van geweld. Deze vorm van geweldpleging wordt aan speciale instituten als leger en politie toevertrouwd: de gewelduitoefening wordt geprofessionaliseerd. Genoemde instituten vervullen een grensfunctie, die — dubbele moraal — maakt dat normaal afgekeurde middelen gelegitimeerd worden aangewend. Twee situaties kunnen zich nu voordoen: de aanvaarding van geweld door het systeem als geheel — de bevolking schaart zich achter het leger, tegenstanders worden als crimineel gezien; of het achterwege blijven van een dergelijke aanvaarding — alle kanalen raken lek, er worden excessen gemeld. Prof. Van Doorn: „Men gaat pas van excessen spreken op het ogenblik dat men zich los wil maken van een conflict”. Een excès wordt omschreven als geweldaanwending tegen machtelozen. Gevaar is aanwezig, indien als specialisatie binnen de specialisatie geweld om het geweld wordt bedreven. Alle beweerdde „militaire doelmatigheid” à la Massu ten spijt is het eind dan niet in zicht. Het neerslaan van de Algerijnse opstand bijvoorbeeld mag dan militair gesproken zijn gelukt, uit politiek zowel als uit humaan oogpunt zal men daar anders over denken.

Met deze conclusie zat de spreker precies in het straatje van zijn voorganger, Prof. Dr. H. E. Hueting, zij het dat deze het wel verder afliep. Prof. Hueting wees aan de hand van het onlangs in de publiciteit gekomen para-schandaal in België op de latente, angstaanjagende actualiteit van het verschijnsel geweldpleging. Immers, uit alles blijkt dat men in België het aangehaalde geval van het (bij wijze van oefening) martelen van medesoldaten als

een overigens begrijpelijk excès beschouwt. Met andere woorden, van de beide mogelijke definities van de term „excès” — 1. wandaad in algemene zin, 2. uitzondering — kiest men voor de tweede. De vraag is echter, of excessen als de genoemde geen regel weerspiegelen, of zij geen bepaald patroon vertonen en als zodanig voorspelbaar zijn. In dat geval is het verwarrend te spreken van excessen in de zin van uitzonderingen, en doen getallen er niet toe als men wil gaan ingrijpen. Een zelfde verwarring als de term „excès” sticht de term „militaire doelmatigheid”. In legerkringen verstaat men daarvoor meestal doelmatigheid op korte termijn; parlement, regering en volk verlangen echter een doelmatigheid op langere termijn. Vaak is de relatie beslissing-veld vanwege de afstand verduisterd. Daarom zou men de beslissingnemers in concreto moeten confronteren met de uiteindelijke gevolgen van wat zij hebben beslist en zou men de uitvoerders van die beslissingen moeten dwingen tot een discussie over essentialia.

Dat deze essentialia in onze wereld met laarzen worden getreden vormde de kern van het betoog van Dr. H. A. van Geuns. Systematisch worden martelingen en wreedheden gepleegd — teneinde snel en doeltreffend informatie te verkrijgen, als straf voor al dan niet vermeende misdaden, om mensen met een afwijkende mening te „corrigeren” en bij wijze van intimidatie van hele bevolkingsgroepen. Het bestaan van martelscholen moet op grond van de feiten, met name met betrekking tot Engeland, worden aangenomen. De algemene tendens over de gehele wereld is, dat steeds meer regeringen het gebruik van geweld — wel of niet oogluikend — toestaan. Steeds meer ook wordt geweldpleging een vanzelfsprekend onderdeel van elke vorm van ondervraging en verhoor. Het is meer dan waarschijnlijk, dat het gebruik van martelingen en wreedheden door politie en militairen vooral samenhangt met de visie van de overheid op de aard van de oppositie. Deze visie werkt op twee manieren door. Ten eerste worden arrestaties en langdurige inhechtenisnemingen zonder vorm van openbaar proces weételijk toelaatbaar geacht. Ten tweede wordt stemming gekweekt, hetgeen het begaan van wreedheden in de hand werkt — zeker omdat in deze gevallen controle op het doen en laten van de lagere organen en personen die met de directe uitvoering zijn belast ontbreekt.

Van enige landen is bekend, dat artsen en aan martelingen en wreedheden medewerking verlenen. Dr. Van Geuns noemde Brazilië (Amnesty-rapport 1972), Griekenland, Noord-Ierland (Amnesty-rapport 1972) en de U.S.S.R.

Bedrijfsgezondheidszorg in ziekeninrichtingen en de Wet gezondheidsvoorzieningen

De 24ste Najaarsconferentie van de Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen, dit jaar gehouden van 19-21 oktober in De Bilderberg te Oosterbeek, had twee onderwerpen: bedrijfsgezondheidszorg in ziekeninrichtingen en Wet gezondheidsvoorzieningen. Sprekers waren onder meer Dr. J. Sikkel, Prof. Dr. C. F. Brenkman, J. Hendriks, Mr. W. B. v. d. Mijn en Drs. A. H. M. Struik.

Bedrijfsgezondheidszorg ziekeninrichtingen

Dr. J. Sikkel, hoofd Bedrijfsgeneeskundige Dienst van de Vrije Universiteit, begon zijn voordracht over bedrijfsgezondheidszorg in ziekeninrichtingen met een toelichting op artikel 8 c lid 1 van de Veiligheidswet, waarin de taak van een bedrijfsgeneeskundige dienst wordt omschreven. Spreker onderstreepte, dat „medewerking aan het bestrijden van ziekteverzuim” dient te worden gelezen als een medewerken aan het vermijden van onnodig ziekteverzuim. Hierin past niet meer de van vroeger in een kwaad daglicht staande ziektecontrole, maar dient men te streven naar een ziekte-toezicht en ziektebegeleiding, waardoor men een cijfermatig inzicht krijgt in de spreiding van het verzuim. In de historie van het ziekenhuiswezen zien wij dat verschillende van de nu onder de bedrijfsarts vallende activiteiten wel reeds min of meer duidelijk werden verricht, hetzij door de geneesheer-directeur hetzij door een van de aan het ziekenhuis verbonden artsen. Hier en daar werd al of niet intensief een aanstellingskeuring verricht. Ziek personeel vond behandeling bij de directeur-geneesheer of bij een van zijn assistenten. De „baas zelf”, aldus Dr. Sikkel, droeg de verantwoordelijkheid voor zijn mensen, waardoor de mogelijkheid aanwezig was dat het personeel terugdeinsde op momenten dat openheid en vertrouwen eerste vereisten waren. Naar sprekers mening rust een van de belangrijkste grondpeilers van de bedrijfsgeneeskunde op een volkomen onafhankelijke opstelling van de bedrijfsarts ten opzichte van de bedrijfsleiding.

Vervolgens vroeg Dr. Sikkel aandacht voor het periodiek bedrijfsgeneeskundig onderzoek. De aanstellingskeuring omschreef hij als de eerste ontmoeting van de werknemer met de bedrijfsarts, en in deze geest ook als eerste van een serie onderzoeken die de werknemer met een bepaalde frequentie gedurende zijn werkzame perioden dient te onder-

gaan. De jongere leeftijdsgroepen werden hiertoe bijvoorbeeld één maal per vijf jaren gezien, de oudere met een grotere frequentie, bijvoorbeeld de boven 55-jarigen één maal per twee jaar. Deze frequentie kan door de bedrijfsarts in bepaalde gevallen worden aangepast.

Een probleem apart noemde Dr. Sikkel het infectiegevaar in het ziekenhuis. Hierover stelde hij, dat inzake de tuberculose de bedrijfsgeneeskundige dienst, in samenwerking met de directie van het ziekenhuis, de instantie zal moeten zijn die alle maatregelen neemt en die ook in goed bijgewerkte kaartsystemen alles omtrent röntgenonderzoek, Mantoux-reacties en B.C.G.-injecties registreert en documenteert en zorg draagt voor een stipte naleving van de voorschriften. Voor variola geldt als voorschrift, dat nieuw personeel bij aanvang van het werk een vaccinatiebewijs moet hebben dat niet ouder is dan 3 jaar en dat voorts revaccinatie om de 3 jaar moet plaatsvinden. Gevaarlijk is de aanwezigheid van personeel met de zogenaamde „vieze keel” alsook van personeel met furunkels en geïnfecteerde wonden. De bedrijfsgeneeskundige dienst schrijft in al deze gevallen het maken van neus- of pusuitstrijken voor, welke dienen te worden onderzocht op de bacteriologische afdeling waarbij dan tevens de gevoeligheid ten opzichte van allerlei antibiotica moet worden bepaald. Aanbevolen wordt dat al het nieuwe verplegend en medisch ziekenhuispersoneel bij aanstelling de neus en keel wordt uitgestreken. In verband met het optreden van salmonella-infecties beval de spreker aan, regelmatig (het liefst enige weken na het vakantie seizoen) de faeces van het keukenpersoneel te onderzoeken.

Tot slot kwam Dr. Sikkel te spreken over het op grond van wettelijke verplichtingen bij geringe financiële armslag tot stand komen van regionale bedrijfsgeneeskundige diensten. Doorgaans worden deze diensten in de vorm van stichtingen opgericht. Als voordelen van deze stichtingen worden genoemd: de bereikbaarheid ook voor het kleinste bedrijf, het tegengaan van inmenging van de bedrijfsdirectie, de onderlinge samenwerking en uitwisseling van ervaringen van artsen (voorkomen van bedrijfsblindheid). Voor de bedrijfsgeneeskundige dienst zag Dr. Sikkel een plaats als zelfstandige dienst in het grote ziekenhuis, met name het academisch ziekenhuis.

Wet gezondheidsvoorzieningen

De heer J. Hendriks, directeur van het Centraal Ziekenfonds te Tilburg, vond het bijzonder belangwekkend dat de Geneeskundige Vereniging de blik richt op de wereld buiten het ziekenhuis. Het „hoe” en „waarom” van de Wet gezondheidsvoorzieningen belichtend, stelde hij als uitgangspunt de absolute interdependentie van het intra- en extramurale territorium en van de intra- en extramurale zorg bij de in ons land heersende systemen en structuren. Spreker wees op de duidelijk v er onder de maat gebleven interesse voor de Volksgezondheidsnota 1966. De Volksgezondheidsnota geeft zijns inziens een volledige, bijna perfecte analyse, onder meer van de situatie in het eerste echelon. Het stuk komt, vooral als het gaat om de organisatie van de lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg tot welhaast ontmoedigende constateringen, in het bijzonder met betrekking tot de zeer weinige onderlinge verbanden tussen de verschillende disciplines in de organisaties van beroepsbeoefenaren. De Volksgezondheidsnota 1966 zou, wat dit betreft, aldus de spreker, ook nog in 1972 geschreven kunnen zijn. De heer Hendriks ontwikkelde een vijftal stellingen:

- De Wet gezondheidsvoorzieningen heeft tot doel ordening te brengen in al die zaken welke gedurende de afgelopen jaren uit de hand zijn gelopen.
- De huidige kosten zijn te hoog in verhouding tot de geleverde diensten. Binnen het huidige budget zou meer kunnen gebeuren en de toepassing van prioriteiten zou hierdoor in mindere mate noodzakelijk zijn.
- Inspraak van de pati ent is in het patroon van de huidige voorzieningen nauwelijks te onderkennen.
- De kosten van extramurale zorg worden opgebouwd uit een aantal afzonderlijke — los van elkaar staande — factoren, waardoor inzichtelijkheid ontbreekt.
- De enige wijze om tot juiste financiering te geraken en daardoor een stuurmechanisme te kunnen hanteren is een algemene volksverzekering.

De volgende spreker over het voorontwerp van Wet gezondheidsvoorzieningen, Mr. W. B. v. d. Mijn, secretaris-jurist van de K.N.M.G., had de titel: „De wetgever is geen tovenaar” aan zijn voordracht gegeven. Kenmerk van de nieuwe wetgeving was zijns inziens dat deze niet is opgezet als een regeling van bovenaf. Dit betekent, dat de wetgever erkent de problemen niet alleen te kunnen oplossen en de medewerking nodig te hebben van allen die op het gebied van de gezondheidszorg werkzaam zijn. Dit betekent ook, dat weerstanden moeten worden overwonnen, niet met agressie jegens hen die op het gebied van de gezondheidszorg werkzaam zijn, maar met overtuiging en kracht van argumenten. De Memorie van Toelichting bij het voor-

ontwerp van Wet gezondheidsvoorzieningen spreekt terecht over: doelmatigheids-, soberheids- en kwaliteitsnormen, waaraan de gezondheidsvoorzieningen zullen moeten voldoen. „Wie er werkelijk naar streeft alle gezondheidsinstellingen en -werkers mee te krijgen op weg naar een nieuwe structuur, maar alleen de soberheid predikt, toont zich geen goede pleitbezorger. In feite schiet hij evenzeer tekort als degene die doelmatigheid predikt voor de sector van zijn buurman”, aldus Mr. Van der Mijn. Hij beklemtoonde, dat bij de Maatschappij Geneeskunst sterk het besef leeft dat van de artsen en van de andere personen en instellingen op dit gebied een belangrijke inbreng moet komen voor het bereiken van een nieuwe structuur van de gezondheidszorg: „Geenszins heerst de opvatting dat wij er al zijn, wanneer de wet er zal zijn. Wel wordt af en toe opgemerkt dat men niet naar het optimale moet streven, omdat het allerbeste onbereikbaar is. Gezondheidszorg is immers mensenwerk. Ook in het recht, wanneer het gaat om de vaststelling van iemands verplichtingen of aansprakelijkheid, wordt niet gewerkt met het begrip „optimaal”, maar met begrippen als „verantwoord, redelijk, gemiddeld, normaal”. Ook Mr. Van der Mijn poneerde enkele stellingen:

- Voor het bereiken van een doelmatige gezondheidszorg is een Wet gezondheidsvoorzieningen noodzakelijk, maar niet voldoende. Niet minder noodzakelijk is daadwerkelijke medewerking en offerbereidheid van allen die op dit gebied werkzaam zijn.
- Bij orderingsproblemen bestaat er in het algemeen een conflict tussen het individueel wenselijke en het collectief noodzakelijke. Dit conflict moet men onderkennen.
- Duidelijkheid dient te worden geschapen omtrent de verhouding tussen de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en het toekomstige College Gezondheidsvoorzieningen.
- Het bekende artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen mag er niet toe leiden, dat de vooruitgang van de medische wetenschap wordt belemmerd.
- De K.N.M.G. acht het haar taak bij de artsen een juiste instelling tegenover de problemen in de gezondheidszorg en — waar nodig — een verandering van attitude te bevorderen.

Prof. Dr. C. F. Brenkman, hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, besteedde in het bijzonder aandacht aan de kansen op samenwerking bij de invoering van een Wet gezondheidsvoorzieningen. Hij betoogde, dat reeds v or de indiening van het voorontwerp van Wet gezondheidsvoorzieningen een doorbraak viel te constateren naar samenwerking tussen functionarissen en instellingen van gelijke en verschillende werkgebieden — een tendens naar samenwerking en schaalvergroting die lijkt te zullen doorzetten, omdat zij gebaseerd is op moderne gezondheidsecologische overwegingen. Als belangrijkste kenmerken

van de huidige ontwikkeling naar samenwerking en schaalvergroting noemde de spreker: a. regionalisatie, met ruime mogelijkheden voor inspraak en participatie van de bevolking; b. het openhouden en scheppen van uitgroeimogelijkheden van gezondheidszorg naar welzijnszorg; c. een bevredigende financiering.

Prof. Brenkman benadrukte, dat in het voorontwerp wel wordt gesproken van verbetering van de structuur van de gezondheidszorg en het op elkaar afstemmen van intra- en extramurale voorzieningen, maar dat de wetgever zich ten onrechte distantieert van het scheppen van mogelijkheden voor een welzijnszorg-plan, waarvan de gezondheidszorg één der facetten is. De doelstelling van het ontwerp was naar zijn mening te beperkt, omdat het onvoldoende rekening houdt met de uitgroeimogelijkheden.

De positie van de medisch directeur in het algemene ziekenhuis

In een der sectievergaderingen werd de positie van de medisch directeur in het algemene ziekenhuis toegelicht door Drs. A. H. M. Struik. Hij deed dit aan de hand van de volgende 15 stellingen:

1. Om verschillende redenen verdient het de voorkeur, dat het algemene ziekenhuis in Nederland wordt geleid door een meerhoofdige directie:

- bij de leiding van het algemene ziekenhuis heeft men te maken met méér aspecten, wetenschappelijke disciplines, beroepen en soorten mensen, dan in welhaast enige andere organisatie;
- er zijn in Nederland onvoldoende artsen, die in staat zijn alléén een grote en ingewikkelde organisatie te leiden;
- in een meerhoofdige directie kan de ene directeur de andere aanvullen, niet alleen wat betreft vakkennis en ervaring maar ook wat betreft persoonlijke instelling en benadering van de problemen.

Overigens hangt de keuze tussen één- en meerhoofdige directie ook af van andere factoren, waaronder de grootte van het ziekenhuis.

2. De leden van een meerhoofdige directie zijn allen verantwoordelijk voor dezelfde zaak: dat de doelstellingen van het ziekenhuis worden bereikt, dat wil zeggen dat de opgenomen patiënten — voor zover mogelijk — zo effectief en goedkoop mogelijk en op de meest menselijke wijze worden genezen en dat een maatschappelijk verantwoord opnamebeleid wordt gevoerd.

De titels „medisch” en „economisch” directeur mogen niet betekenen, dat de eerste zich uitsluitend met medische en de tweede zich uitsluitend met economische zaken bezighoudt. Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor een verpleegkundig directeur. De titels moeten betekenen, dat iedere directeur dezelfde zaak beschouwt vanuit een andere discipline of gedachtenwereld, niet dat hij van die zaak slechts een deel beschouwt.

3. Een meerhoofdige directie vormt een collectivum, dat meer bevoegdheden en verantwoordelijkheden heeft dan de som van de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de individuele directeuren. Alle zaken, die betrekking hebben op de beleidsvorming en -voorbereiding, behoren tot de verantwoordelijkheid van de directie, niet tot de verantwoordelijkheid van een individuele directeur. Het management is niet het exclusieve terrein van de economisch directeur, noch van enige andere individuele directeur. Onverminderd de bevoegdheden van het bestuur kan men daarom de directie als geheel beschouwen als de rechtstreekse chef van iedere individuele directeur.

4. De voorzitter van de directievergadering heeft tot taak de directievergaderingen te beleggen, te leiden en te evalueren. Hij is de primus inter pares voor wat betreft de vorm van het overleg, niet voor wat betreft de inhoud daarvan. De vraag wie van de directeuren met deze taak moet worden belast dient te worden beantwoord op basis van hun voorzitters-kwaliteiten, niet op grond van hun studierichtingen.

5. In organisatieschema's van ziekenhuizen worden de diensthoofden meestal ieder onder één bepaalde directeur getekend. Dit werkt het misverstand in de hand, dat voor elke dienst uiteindelijk slechts één directeur verantwoordelijk zou zijn. Gezien de collectieve verantwoordelijkheid van de directie mag de bedoelde schematische voorstelling niet méér betekenen, dan dat ieder diensthoofd via een bepaalde directeur contact opneemt met de directie en dat die directeur de chef van dat diensthoofd is, voor zover het betreft de uitwerking — niet de vorming — van het beleid.

6. De gebruikelijke titels van directeuren en diensthoofden, alsmede de opzet van de bovenbedoelde organisatieschema's leiden gemakkelijk tot de opvatting dat er, naast de éénhoofdige directie, slechts twee andere mogelijkheden zijn: a. een tweehoofdige directie, bestaande uit een medisch en een economisch directeur, en b. een driehoofdige directie, bestaande uit een medisch, een economisch en een verpleegkundig directeur. Het verdient aanbeveling andere modellen in overweging te nemen, bijvoorbeeld: een driehoofdige directie, bestaande uit een directeur voor patiëntenzaken, een directeur voor voorwaarden-scheppende zaken en een directeur voor ontwikkelingszaken. De laatstgenoemde zou zich onder meer kunnen bezighouden met kwesties betreffende regionalisatie en nieuwbouw.

7. De overtuiging, dat het belang van een beroep blijkt uit het feit dat dat beroep is aangeduid in de titel van een directeur, berust op een organisatorisch en taalkundig misverstand.

8. Voor elke arbeidsorganisatie betekent de eis

tot democratisering, dat het personeel inspraak krijgt in het beleid. Voor het ziekenhuis betekent het tevens, dat de (potentiële) patiënt inspraak in het beleid krijgt. Voor een directeur vloeit hieruit voort, dat hij niet autoritair mag leiden en ook, dat hij niet moet dulden autoritair geleid te worden. Wat dit laatste betreft moet worden opgemerkt, dat een bestuur dat niet is samengesteld door — en misschien ook uit — alle belanghebbende maatschappelijke groeperingen, met inbegrip van de medewerkers, in moreel opzicht geen recht van spreken heeft en dat recht in juridisch opzicht niet zou behoren te hebben.

9. Het onderscheid tussen „medewerkers” en „personeelsleden” is ondemocratisch en organisatorisch misleidend. Niemand kan dit beter weten dan de medisch directeur, die in vele gevallen tot beide categorieën behoort.

10. De medici die aan het ziekenhuis zijn verbonden zijn tot op zekere hoogte autonoom, maar moeten zich tevens tot op zekere hoogte inpassen in de organisatiestructuur van het geheel. De mate waarin de spanning tussen deze twee situaties wordt beheerst bepaalt in hoge mate de effectiviteit van het werk van het ziekenhuis en van het werk van de medicus. In dit spanningsveld speelt de medisch directeur een essentiële rol. Overigens treedt deze spanning niet alleen op bij de uitoefening van het medische beroep, maar (misschien in mindere mate) ook bij het verpleegkundige beroep en eigenlijk bij elk beroep. De spanning tussen de eis van gecoördineerde samenwerking en persoonlijke verantwoordelijkheid is een wezenlijk dilemma voor elke organisatie en voor ieder lid van een organisatie.

11. De vraag of een medicus tot een ziekenhuis moet worden toegelaten dan wel in dienstverband van het ziekenhuis moet werken, staat los van de vraag in welke opzichten hij autonoom moet kunnen werken dan wel zich moet onderschikken aan de directie.

12. Een van de belangrijkste taken van de medisch directeur is, namens de directie contact te onderhouden met de medische staf. Deze speelt in de praktijk een aantal verschillende rollen:

- die van een soort „vakbond”, die tegenover het ziekenhuis „soverein” is;
- die van een beroepsgroep, die „autonoom” is op het gebied van de medische behandeling;
- die van een adviescollege voor directie en bestuur;
- die van een vergadering van aan de directie ondergeschikte afdelingshoofden; en
- die van een studiegroep.

Bij elk van deze rollen hoort een andere relatie met de directie. Zonder een actieve medische staf

Vertrouwensartsen kindermishandeling

De arts kan zich, wanneer hij met (een vermoeden van) kindermishandeling wordt geconfronteerd, wenden tot de vertrouwensartsen:

- Amsterdam: A. J. Koers, tel. 020-142455, postbus 8333.
- Arnhem: E. van Ruller, tel. 085-423157, postbus 467.
- Groningen: J. M. Rijkmans, tel. 050-162003, postbus 145.
- Rotterdam: J. J. Pieterse, tel. 010-128110, postbus 2525.

en zonder een goed inzicht in de bedoelde relaties kan het ziekenhuis niet optimaal functioneren.

13. Gezien het feit, dat zowel de praktizerende medicus als de medisch directeur ieder meerdere verschillende rollen spelen in het samenwerkingspatroon van het ziekenhuis, roept de situatie waarin ook de medisch directeur in het ziekenhuis praktijk uitoefent complicaties op. De positie van de geneesheer-directeur is daardoor moeilijker dan die van de directeur-geneesheer.

14. De situatie, waarin de medisch directeur van een ziekenhuis tevens optreedt als bedrijfsarts van dat ziekenhuis kan leiden tot onnodige rolconflicten.

15. Grof gesteld kan men de medisch directeurs van algemene ziekenhuizen in Nederland indelen in twee groepen:

- degenen, die alles te zeggen hebben, omdat men meent dat in een medische instelling een medicus in alles het eerste en laatste woord moet hebben
- degenen, die niets te zeggen hebben, omdat men meent dat de medische zaken moeten worden geregeld door autonome behandelende artsen en dat het management moet worden gevoerd door de economisch directeur.

Beide situaties berusten op onjuiste organisatorische opvattingen. Welke de bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de medisch directeur behoren te zijn, kan pas worden vastgesteld als men de rollen van bestuur, directie, directeurs, artsen en overige medewerkers beschouwt in relatie tot elkaar. Gezien de plaatselijke omstandigheden en de persoonlijke kwaliteiten van alle betrokkenen, heeft een dergelijke analyse niet voor elk ziekenhuis te leiden tot eenzelfde resultaat.

Vergaderdata 1973 Commissie Groepspraktijken

Dinsdag 23 januari 1973, dinsdag 13 februari 1973, dinsdag 13 maart 1973, dinsdag 10 april 1973, woensdag 2 mei 1973, woensdag 6 juni 1973, dinsdag 3 juli 1973, dinsdag 7 augustus 1973, dinsdag 18 september 1973, dinsdag 2 oktober 1973, dinsdag 13 november 1973, dinsdag 4 december 1973, telkens aanvangende te 18.00 uur.

Vergaderdata Apotheekcommissie 1973

Dinsdag 16 januari 1973, dinsdag 20 februari 1973, dinsdag 20 maart 1973, dinsdag 17 april 1973, dinsdag 15 mei 1973, dinsdag 26 juni 1973, in de maand juli wordt er niet vergaderd, dinsdag 14 of 28 augustus 1973, dinsdag 11 september 1973, dinsdag 16 oktober 1973, dinsdag 20 november 1973, dinsdag 18 december 1973. De vergaderingen vangen telkens aan om 18.00 uur.

Tarief inentingen

Ten aanzien van het toedienen van injecties tegen griep, mazelen etc., welke niet geschieden op medische indicatie, is het Centraal Bestuur van mening dat niet in alle gevallen — naast de kosten voor het vaccin — het particulier consulttarief in rekening behoeft te worden gebracht. Derhalve adviseert het Centraal Bestuur u ter zake van de honorering dienaangaande van het navolgende principe uit te gaan:

- a. individuele vaccinatie — entstof + consulttarief;
- b. meerdere tegelijk — entstof + $\frac{1}{2}$ consult;
- c. massaal (bijvoorbeeld d.m.v. „pistool”) — entstof + $\frac{1}{4}$ consult;
- d. massaal, doch op verzoek van één opdrachtgever (bijvoorbeeld bejaardentehuis) — entstof + tijdsbestek (uurhonorarium).

Er kunnen zich echter omstandigheden of situaties voordoen, welke afwijking van dit advies rechtvaardigen.

F. A. van Spanje, arts
secretaris L.H.V.

Presidium Centraal College 1973

Tot voorzitter van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten voor het jaar 1973 is benoemd Prof. Dr. G. A. Lindeboom, Amsterdam, en tot ondervoorzitter Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, Utrecht.

Vergaderdata en studiedagen 1973

Het Centraal College heeft voor 1973 de volgende vergaderdata vastgesteld: 15 januari, 19 februari, 19 maart, 16 april, 21 mei, 18 juni, 9 juli, 17 september, 15 oktober, 19 november en 17 december, steeds op maandag te 19.00 uur in het gebouw der Maatschappij voor Geneeskunde.

Voor studiedagen — aanvangende te 10.00 uur — zijn voor 1973 de volgende zaterdagen gereserveerd: 10 maart, 30 juni en 10 november.

Kort verslag

Kort verslag van de vergadering van het College voor Sociale Geneeskunde, gehouden op vrijdag 1 september 1972, te 17.45 uur in het gebouw der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht.

Voorzitter W. B. J. M. van der Meeren

De voorzitter opent de vergadering, welke ook door plaatsvervangende leden van het C.S.G. wordt bijgewoond. Hij verwelkomt in het bijzonder Prof. Dr. J. A. Weyel, Amsterdam, die is uitgenodigd voor de bespreking van het onderwerp „het zevende jaar van de opleiding tot arts” dat als eerste punt op de agenda staat. Mede aan de hand van een nota van Prof. Dr. C. F. Brenkman, lid van het C.S.G., wordt dit onderwerp uitvoerig besproken. In het bijzonder komt aan de orde de differentiatie met betrekking tot de sociale geneeskunde in het zevende studiejaar.

In zijn vergadering van 7 april 1972 heeft het C.S.G. zich beraden over de mogelijkheden tot verkorting van de opleidingsduur tot sociaal-geneeskundige voor een assistent-arts die in zijn zevende studiejaar de sociaal-geneeskundige richting heeft gevolgd.* Prof. Brenkman heeft in zijn nota uiteengezet de mogelijkheden, maar ook de moeilijkheden, welke er zijn bij het volgen van een sociaal-geneeskundige richting bij het vigerende raamplan II, (na 6 jaar het assistent-artsexamen en na het 7e jaar het artsexamen) en daarnaast die welke het gevolg zullen zijn van een invoering van het raamplan I (artsexamen na 6 jaar maar de uitoefening van de

* Het korte verslag van de op 7 april 1972 gehouden vergadering is gepubliceerd in Medisch Contact 1972/30, bladz. 820, en het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 50 (1972) 607.

geneeskunst mag gedurende enige tijd nog niet zonder supervisie plaats vinden — I a, of geen inschrijving als medewerker bij de ziekenfondsen zonder een specifieke opleiding — I b, of een vrijwillige specifieke opleiding — I c, of een titelbescherming — I d). Aangezien wordt verwacht dat binnen afzienbare tijd raamplan I en wel I - b d, wordt ingevoerd, beperkt het C.S.G. zich tot een eerste bespreking van de consequenties daarvan met het oog op de opleiding tot sociaal-geneeskundige.

In deze bespreking komen verschillende vragen aan de orde: onder wiens verantwoordelijkheid zal de specifieke beroepsopleiding plaats vinden? hoe moet de opleiding tot sociaal-geneeskundige worden geregeld? hoe zal deze worden gefinancierd? moet er gelijkwaardigheid zijn in de financiering van de opleiding tot sociaal-geneeskundige, tot huisarts en tot specialist? Besloten wordt dit complexe en ingewikkelde vraagstuk in een volgende vergadering nogmaals te bespreken aan de hand van een door de voorzitter van het C.S.G. op te stellen nota.

De notulen van de vergadering d.d. 9 juni 1972 worden goedgekeurd.

Vastgesteld wordt het antwoord aan het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten naar aanleiding van het van het Centraal College ontvangen rapport van de studiecommissie revalidatie. Het C.S.G. is van mening dat de revalidatie als zodanig niet bij de sociale geneeskunde is onder te brengen en dat de revalidatiearts niet als een sociaal-geneeskundige te kenmerken is. Aan het Centraal College wordt voorts voorgesteld in kleine kring een oriënterende bespreking te houden over die onderdelen van de geneeskunde die niet onder de termen van de door het Centraal College en het C.S.G. gehanteerde criteria vallen.

Van de Vereniging van adviserend geneeskundigen bij de ziekenfondsen is een schrijven ontvangen met bijlagen inzake inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen. Gesteld wordt dat de opleiding van adviserend geneeskundigen bij de ziekenfondsen ter inschrijving in het register binnen de tak algemene gezondheidszorg dient te liggen en niet, zoals thans het geval is, binnen de tak verzekeringsgeneeskunde en dat diensgevolge een inschrijving moet kunnen plaats hebben na het volgen van de opleiding algemene gezondheidszorg.

Het C.S.G. bespreekt in dit kader uitvoerig de inhoud en doelstelling van de verzekeringsgeneeskunde en de bij het schrijven gevoegde bijlagen: een taakomschrijving adviserend geneeskundigen en een functieanalyse van adviserend geneeskundigen bij de ziekenfondsen. Besloten wordt deze aangelegenheid in een volgende vergadering nogmaals aan de orde te stellen.

Nieuwe leden

- P. J. Bettink, Wolravenstraat 6, De Meern.
 Mej. C. A. M. Bolweg, Kringloop 59, Amstelveen.
 J. M. den Boon, Ws. „Cave Entin“, Da Costakade t/o 66, Utrecht.
 M. Y. Bos, Pr. Willem Alexanderstraat 20, Gronsveld.
 P. Botman, Catharijnesingel 87 bis, Utrecht.
 S. Brouwer, Heemraadssingel 273 A, Rotterdam.
 P. F. J. M. Boxel, Rosweydelaan 16, De Meern.
 F. J. van den Broek, Ws. Renée Désirée, Plettenburg, Jutphaas.
 M. F. Cox, Schubertplantsoen 13, Voorschoten.
 J. C. C. F. M. Croonen, Livingstonelaan 18, Geldrop.
 H. A. F. M. Custers, Napo 891, Veldpost Station Utrecht.
 H. F. Dubois, Mariaplaats 55, Utrecht.
 J. A. M. van Dijk, J. v. d. Heijdenstraat 10, Utrecht.
 B. Gandasaputra, Havenstraat 27, Monster.
 J. A. Gevers Leuven, Thinstraat 13, Utrecht.
 L. J. G. Gooren, Van Hogendorpstraat 31, Wassenaar.
 P. J. Hemel, Nijeheim 87-11, Zeist.
 R. J. Hené, Brahmslaan 283, Leiden.
 V. H. F. Hermans, Rooseveltlaan 76, Utrecht.
 J. G. J. van Iersel, Frederik Hendrikstraat 19, Utrecht.
 F. de Jager, Tolsteegsingel 5, Utrecht.
 J. B. M. Th. Jonkergouw, Noordeindestraat 39, Utrecht.
 Mevr. A. Keijer-Dekker, Oosterhavenstraat 7, Enkhuizen.
 J. G. M. Klijn, Roordastraat 142, Haarlem.
 P. H. Th. Koch, Doornstraat 12, Utrecht.
 G. A. A. Koekkoek, Jan Ligthartplein 4, Zeist.
 J. J. G. Koning, Van Renesselaan 74 A, Zeist.
 R. Th. V. Kranenburg, Eerste Achterstraat 3 A, Utrecht.
 Mevr. M. F. J. Kroeks-Lehmann, Tigrisdreef 218, Utrecht.
 Tj. S. Kuindersma, Het Laagt 9, Amsterdam-Nieuwendam.
 Mej. M. P. van Lent, Mauritsstraat 67, Utrecht.
 Mej. A. Lubbers, Noorderstraat 3, Utrecht.
 G. J. Middeldorp, Willem de Zwijgerlaan 1, Hoorn.
 E. C. M. Molijn, Wagendwarsstraat 56, Utrecht.
 P. H. M. Mulder, Obrechtstraat 28, Utrecht.
 H. A. M. Maaijkens, Klikspringerdreef 17, Utrecht.
 J. A. M. Negenborn, Den Brielstraat 21-23, Amsterdam.
 E. J. J. Neven, Parallelweg 39, Gulpen.
 E. Noothout, Lepelaarstraat 23, Utrecht.
 Mej. E. C. M. Plag, Zeekant 105, 's-Gravenhage.
 M. Pollack, Jacob van Lennepkade 67 III, Amsterdam.
 F. B. W. M. Rademaker, A. van Solmslaan 38, Zeist.
 J. P. Reinders, De Sitterlaan 75, Leiden.
 J. J. Romeijn, Ridderhoflaan 21, Kouderkerk a/d Rijn.
 C. D. Romijn, Mensingestraat 22, Assen.
 R. E. N. van Rijswijk, Ravellaan 101, Utrecht.
 A. J. Schipper, Molenpad 3, Schalkwijk.
 Dr. A. J. M. Schipperijn, Leeuwenhorstlaan 4, Noordwijk.
 R. Th. Schoenmaker, Valkenberglaan 23, Apeldoorn.
 Mej. J. J. Schokking, Davidstraat 73, Rotterdam.
 B. A. R. Smalberg, Garenmarkt 11, Leiden.
 M. Soewarso, Vlietstraat 3 bis, Utrecht.
 H. A. M. Staring, Van A. van Wijckskade 17 bis, Utrecht.
 H. Stigter, Prof. Lorentzlaan 185, Zeist.
 Mevr. H. W. C. Stok-Savelsbergh, Raiffeisenlaan 23, Utrecht.
 Mej. R. T. The Lan Hing, v. Coehoornstraat 11 A, Leerdam.
 H. H. P. Vergouwen, Nassastraat 5, Utrecht.
 H. W. C. M. Vos, Finsterwoldepad 22, Arnhem.
 A. F. Wehlburg, Bogaardslaan 67, Apeldoorn.

Nieuwe inschrijvingen

De Specialisten Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in de periode van 1 juli 1972 tot en met 30 september 1972 de navolgende specialisten ingeschreven:

Anaesthesie

- T. Alexiev, Ratelaar 9, Barendrecht, per 1 juli 1972.
- D. Canter, Pijperstraat 10, Geleen, per 20 juni 1972.
- S. J. Dercksen, Bolestein 182, Amsterdam, per 1 september 1972.
- Mej. J. R. van Erkel, Burg. Keijzerlaan 138, Leidschendam, per 1 april 1972.
- Mevr. E. K. B. Graafstal-Paasche, 't Zand 33, de Meern, per 15 augustus 1972.
- Mej. M. A. Lauchengco, Schokland I 97, Amstelveen, per 1 april 1972.
- Mevr. K. Malinska-Cervinkova, Eisenhowerlaan 356, Utrecht, per 22 augustus 1972.
- O. Mostarić, Oranjelaan 170, Dordrecht, per 1 juni 1972.
- H. A. Schilderspel, Klompven 16a, Oisterwijk, per 1 juli 1972.
- H. Z. Schraffordt Koops, Kennemerstraatweg 61, Heiloo, per 1 februari 1972.
- Mej. J. J. Tielsch, van Breestraat 80, Amsterdam, per 1 december 1971.
- Wb. C. Wilbers, Prinses Beatrixlaan 14, Berg en Dal, per 15 juni 1972.

Cardiologie

- J. J. M. L. Chappin, de Gast 49, Zuidhorn (Gr.), per 1 augustus 1971.
- P. M. J. Corten, Lokhorst 17, Leiderdop, per 19 juni 1972.
- Mej. K. Meeter, Wilgenplaslaan 320, Rotterdam, per 1 augustus 1972.

Chirurgie

- P. Ackerman, Schaarlooweg 37, Curaçao, per 1 januari 1972.
- F. A. Asin, Parklaan 16, Paramaribo - Suriname, per 16 augustus 1972.
- D. van Bekkum, Tolsteegplantsoen 46 I, Utrecht, per 1 september 1972.
- Dr. B. Boerema, Grimburgwal 10, Amsterdam, per 1 mei 1972.
- F. G. M. Buskens, Beverweg 55, Nijmegen, per 1 juni 1972.
- Mej. L. A. Dekker, Atjehstraat 48, 's-Gravenhage, per 1 augustus 1972.
- C. K. Jongma, Pr. Mauritsstraat 10, Barendrecht, per 1 augustus 1972.
- F. O. de Lind van Wijngaarden, Angsteloord 42, Abcoude, per 1 september 1972.
- G. J. Middeldorp, Willem de Zwijgerlaan 1, Hoorn, per 1 juni 1972.
- Dr. H. H. J. Zwart, 275 - 7th Avenue, Salt Lake City, Utah - 84103 U.S.A., per 1 juli 1972.

Dermatologie

- E. J. M. Bakkers, Frederik van Eedenplaats 207, Capelle a/d IJssel, per 1 juli 1972.
- J. Groen, Coehoornsingel 26, Zutphen, per 1 juli 1972.

- B. J. Castermans, Wilhelminastraat 24, Zoutkamp, per 1 juli 1972.
- R. P. Disch, van Coevordenstraat 23, Oldenzaal, per 1 augustus 1972.
- J. J. M. Festen, Schaepmanlaan 3, Groningen, per 1 maart 1971.
- G. Nakratzas, Frans Halslaan 209, Oegstgeest, per 1 juni 1972.
- W. L. Noll, Carmenlaan 235, Amstelveen, per 1 augustus 1972.
- Mej. S. J. C. B. Pape, Laan van de Helende Meesters 123, Amstelveen, per 1 september 1972.
- Dr. J. K. van de Ree, Mereveldlaan 145, de Meern, per 1 augustus 1972.
- J. E. Reinders, G. Oswaldstraat 13, Harlingen, per 1 juni 1972.
- J. Roos, Newtonstraat 17 bv., Amsterdam, per 10 juli 1972.
- P. J. Stijnen, Schaepmanlaan 80, Groningen, per 1 juni 1972.
- Mevr. C. S. Tewarie-Mungra, Parnassusweg 159, Amsterdam, per 1 augustus 1972.
- Mej. The Lan Hing (R. Tirtana), Friezenlaan 220, Tilburg, per 1 juni 1972.
- L. A. G. A. Voermans, Leidseweg 554, Voorschoten, per 28 augustus 1972.
- D. J. Th. Wagener, Lankforst 29-09, Nijmegen, per 1 mei 1972.
- J. Wolthuis, Griegstraat 14, Leiden, per 1 mei 1972.

Keel-, neus- en oorheelkunde

- E. W. Bakker, van Haapsstraat 6, Nijmegen, per 1 maart 1972.
- Dr. B. I. J. Beentjes, Sarphatistraat 142 hs., Amsterdam, per 1 juli 1972.
- H. J. Engelbert van Bevervoorde, Karel Doormanlaan 48, Utrecht, per 1 september 1972.
- E. R. Havermans, Irislaan 259, Oegstgeest, per 1 september 1972.
- E. C. W. L. Marres, Blondeelstraat 178, Rotterdam, per 1 september 1972.
- S. L. Sprock, Dr. W. Maalweg 15, Willemstad - Curaçao, per 1 augustus 1972.
- R. J. van der Wal, Mosselweg 8, Blaricum, per 15 augustus 1972.

Kindergeneeskunde

- Mevr. R. A. den Boer-Reuben, Breedveldsingel 77, Rotterdam, per 2 december 1971.
- F. M. Kleijnen, Spoorstraat 158, Gennep, per 1 juni 1972.
- J. E. A. R. de Schrijver, Faustdreef 425, Utrecht, per 1 september 1972.
- P. J. C. van der Straaten, Groeneweg 10, Merkelbeek (L), per 1 maart 1972.
- V. W. A. Vermeulen, Gen. Snijdersstraat 23, Badhoevedorp, per 1 juli 1972.
- Mej. C. M. R. Weemaes, Rhodosdreef 82, Utrecht, per 1 april 1972.

Laboratoriumonderzoek

Hoofdvak: *Pathologische Anatomie*

- K. Feenstra, Weth. v.d. Bergplantsoen 11, Roden, per 15 juni 1972.

Longziekten en tuberculose

- Mej. H. Arif, Lucas Bolwerk 9, Utrecht, per 1 juni 1972.

Maag-, darm- en stofwisselingsziekten

Dr. G. N. J. Tytgat, Schepenenstraat 38, Mijdrecht, per 26 april 1972.

Neurochirurgie

Dr. G. Blaauw, Floris Versterlaan 17, Rotterdam, per 1 mei 1972.

Oogheelkunde

Dr. R. F. Brenkman, Sweilandstraat 11, Warmond, per 15 juli 1972

R. Fast, Ieplaan 73, 's-Gravenhage, per 15 juni 1972.

H. J. Lim, Keizersgracht 554, Amsterdam, per 1 september 1972.

Orthopaedie

W. J. Botman, Belle van Zuylenlaan 9, Amstelveen, per 1 augustus 1972.

G. P. H. Hermans, Schoutstraat 38, Nijmegen, per 1 april 1972.

F. A. J. van Hussen, Oude Molenweg 3, Nijmegen, per 1 juli 1971.

Plastische chirurgie

E. Boekhoff, Schoolstraat 10, Yde (Dr.), per 1 augustus 1972.

J. W. Boelens, Valkenhof 8, Borne, per 1 september 1972.

Radiologie

H. Damsma, Koninginneweg 212 II, Amsterdam, per 15 april 1972.

Dr. B. Hoencamp, Tilburgseweg 5, Riel (N.Br.), per 1 juli 1972.

C. A. Kamps, Boerhaavelaan 54, Leiden, per 1 september 1972.

Radiodiagnostiek

W. J. Kühler, Buiksloterdijk 188, Amsterdam, per 1 juli 1972.

Revalidatie

O. Berman, Kerkeland 14, Langbroek, per 1 juli 1972.

Mej. A. M. van den Brink, Verbeekstraat 8, Delden, per 1 september 1972.

F. A. A. van Dam, Marie Koenenlaan 109, Tilburg, per 1 juni 1972.

G. J. J. M. van Hooff, Ruusbroecplein 27, Eindhoven.

Urologie

C. F. Affourtit, Gerststraat 13, Ruischerbrug, per 1 juni 1972.

Dr. J. C. van Gooswilligen, Kleine Gent II, Vught, per 1 mei 1972.

Verloskunde en gynaecologie

A. Beets, Tjerk Hiddesdreef 14, Voorschoten, per 1 juli 1972.

E. M. Bourez, Julianaplantsoen 227, Diemen, per 1 augustus 1972.

D. R. de Groot, van Weerden Poelmanlaan 144, Utrecht, per 1 september 1972.

J. Krammer, Cannenburg 78, Amsterdam-Buitenveldert, per 1 mei 1972.

H. T. Lim, van den Berghlaan 347, Hoofddorp, per 1 januari 1972.

W. P. Snijders, Markerstraat 7, Amstelveen, per 15 juni 1972.

R. J. Thijs, Mr. van Hasseltlaan 28, Rozendaal, per 1 augustus 1972.

J. W. Wladimiroff, Bosbesstraat 130, 's-Gravenhage, per 1 mei 1972.

G. M. J. A. Wolfs, Churchill-laan 208, Amsterdam, per 12 juni 1972.

Zenuw- en zielsziekten

J. G. M. Barnhoorn, Beeklaan 130, Noordwijk, per 1 juli 1972, Hoofdvak: Psychiatrie.

W. J. Binnema, Churchill-laan 11, Voorhout, per 15 april 1971, Hoofdvak: Psychiatrie.

Mevr. M. J. W. Dunning-Klauwers, Betuwestraat 25, Amsterdam, per 1 juni 1972, Hoofdvak: Psychiatrie.

G. C. M. M. van Gool, Kopellerpoort 14, Roermond, per 1 mei 1972, Hoofdvak: Neurologie.

L. van der Graaff, van Heemstralaan 6, Arnhem, per 1 juli 1972, Hoofdvak: Neurologie.

B. Heemskerck, Hartingstraat 22, Utrecht, per 1 mei 1972, Hoofdvak: Neurologie.

Mevr. J. Ch. Hopster-Tjong-Ayong, Borkumerrijf 55, Delfzijl, per 1 juli 1972, Hoofdvak: Psychiatrie.

A. J. Lanting, Henri Dunantstraat 127, Apeldoorn, per 1 december 1971, Hoofdvak: Neurologie.

J. A. A. van der Linden, Cronjéweg 23, Oosterbeek, per 1 maart 1972, Hoofdvak: Psychiatrie.

K. C. H. Lyppens, de Ruyterstraat 74, Huizen, per 1 februari 1972, Hoofdvak: Neurologie.

Ch. J. Njiokiktien, Amsteldijk 29", Amsterdam, per 16 mei 1972, Hoofdvak: Neurologie.

A. J. M. Pelckmans, Frederik van Eedenplaats 141, Capelle a/d IJssel, per 17 juli 1972, Hoofdvak: Neurologie.

H. J. C. Ras, Werengouw 31, Amsterdam-Nieuwendam, per 1 juni 1972, Hoofdvak: Psychiatrie.

P. A. Ross, Kastelenstraat 211-III, Amsterdam, per 1 juni 1972, Hoofdvak: Psychiatrie.

M. J. E. Stassen, Frans Halsstraat 8 hs., Amsterdam, per 1 juli 1972, Hoofdvak: Psychiatrie.

A. Zecha, Burggravenlaan 160, Leiden, per 1 augustus 1972, Hoofdvak: Neurologie.

H. Th. M. Zwartkruis, Willem Daniëlsaan 1, Santpoort, per 1 mei 1972, Hoofdvak: Psychiatrie.

Psychiatrie

J. B. Bakker, Honingerdijk 32, Rotterdam, per 15 juli 1972.

B. J. Boswijk, Wagenaarsstraat 125 IIIa, Amsterdam, per 1 augustus 1972.

Mevr. S. Croes-Buth, van Merlenstraat 88, 's-Gravenhage, per 1 juli 1972.

P. J. Ferguson, Vredelaan 23, Roden, per 1 juli 1972.

G. W. de Graaff, J. F. Kennedylaan 19, Rijswijk (Z.H.), per 1 juni 1972.

J. W. M. Pluymakers, Bongweg 2, Hoogvliet, per 1 september 1972.

Mej. B. A. A. M. de Wijs, Castrostraat 44, Groningen, per 1 juli 1972.

Aantekening klinische neurofysiologie

G. C. M. M. van Gool, Kopellerpoort 14, Roermond, per 1 mei 1972.

L. van der Graaff, van Heemstralaan 6, Arnhem, per 1 juli 1972.

A. J. Lanting, Henri Dunantstraat 127, Apeldoorn, per 1 december 1971.

K. C. H. Lyppens, de Ruyterstraat 74, Huizen, per 1 augustus 1972.

Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich overigens het recht voor de te publiceren brieven in te korten.

TE OUD VOOR PENSIOENFONDS

Het antwoord aan de collega die net te oud was om nog in het Pensioenfonds te worden opgenomen (M.C. nr. 46 van 17 november 1972, blz. 1225) is wel erg kort.

Naar mijn mening had men toch wel kunnen ingaan op de fiscale zijde van de uitkering ineens, namelijk: deze valt óf onder het progressieve tarief óf onder het bijzondere tarief van 20,6 en 41,2%. In het laatste geval is het voor de vraagsteller van belang er voor te zorgen, dat hem nog dit jaar het gestorte geld wordt uitgekeerd, want vanaf 1 januari 1973 betaalt hij er 50% voor.

Verder had men van de gelegenheid gebruik kunnen maken door eens te wijzen op de overgangsbepaling van artikel 45. Was de vraagsteller in 1903 geboren, dan had hij kunnen vragen van dit artikel gebruik te mogen maken.

Hippolytushoef, 22 november 1972

J. A. Kok

PUBLICITEIT I

In antwoord op de ingezonden brief van de heer H. de Witte, in M.C. van 24 november 1972, bladzijde 1273, wil ik wel een paar opmerkingen maken. Het ging over de verhouding tussen journalistiek en geneeskunde. Allereerst dat ik niet de pretentie heb na-

mens wie dan ook iets te zeggen of te schrijven, dan uitsluitend namens mijzelf als televisiekijker en krantenlezer. Vervolgens, om even de gedachte te bepalen, dit: Toen ik enige tijd geleden de reportages had gezien van A.V.R.O.'s-Televizier over de kinderverlamming in Staphorst en enkele maanden later vernam dat Televizier met die reportage een belangrijke prijs had gewonnen op een televisiefestival, kreeg ik een vieze smaak in mijn mond. Dat soort cynisme is in de journalistenwereld misschien heel gewoon, maar persoonlijk moet ik daar nog wat aan wennen.

En nu de quiz van de heer De Witte: eerste vraag: onverkwikkelijkheden in de medische wereld en of de volksgezondheid daarmee is gediend. Het antwoord moet zijn: nee. Tweede vraag: is de volksgezondheid gediend met het binnenskamers houden van ruzies. Het antwoord luidt: De volksgezondheid is slecht gediend met ruzies. Alles wat deze ruzies helpt oplossen is welkom. Mijn indruk is dat de ruzies waar het hier om gaat, momenteel alleen maar erger worden, mede door de publiciteit. Derde en laatste vraag: recht op informatie van de bevolking over aanslagen op de volksgezondheid, met als oorzaak conflicten tussen artsen. Het antwoord luidt: De bevolking heeft net zo veel recht op goede informatie als op goede geneeskunde. Deze informatie moet m.i. worden verstrekt door ter zake deskundige verslaggevers. M.a.w. door verslaggevers die enigszins op de hoogte zijn van medische zaken (zoals de figuur van de medische medewerker b.v.). Dit teneinde de zaak zelf beter te kunnen beoordelen, maar vooral ook, en daar gaat het om, om in staat te zijn de „feiten en meningen” voor een breed publiek te kunnen „vertalen”. Een ruzie tussen specialisten dient anders te worden behandeld dan een ruzie tussen vakbondsbestuurders of tussen de heer Fahdronc en de K.N.V.B.

Daar heeft het publiek recht op. Als je dat niet aanvoelt kun je beter afzien van verdere discussie.

Sliedrecht, 24 november 1972

J. H. Bade

PUBLICITEIT II

Als antwoord op het ingezonden stuk van de heer H. de Witte, journalist, in M.C. no 47 van 24 november 1972, bladzijde 1273, zag ik gaarne het volgende weerwoord geplaatst:

De bewustzijnsvernaauwing, die de heer De Witte bij collega J. H. Bade veronderstelt kan ook menige journalist worden verweten. Twintig verkeersdoden gedurende een week-end zijn ook een „aanslag op de volksgezondheid”. Het afdoen van twintig doden van een week-end in enkele regels staat in geen verhouding tot de pagina's, die over het conflict in Eindhoven werden geschreven. Natuurlijk mag een dergelijk conflict met commentaar worden gesignaleerd. Het is de manier waarop vele journalisten tegen de artsenstand ageren, welke nauwelijks is te verteren.

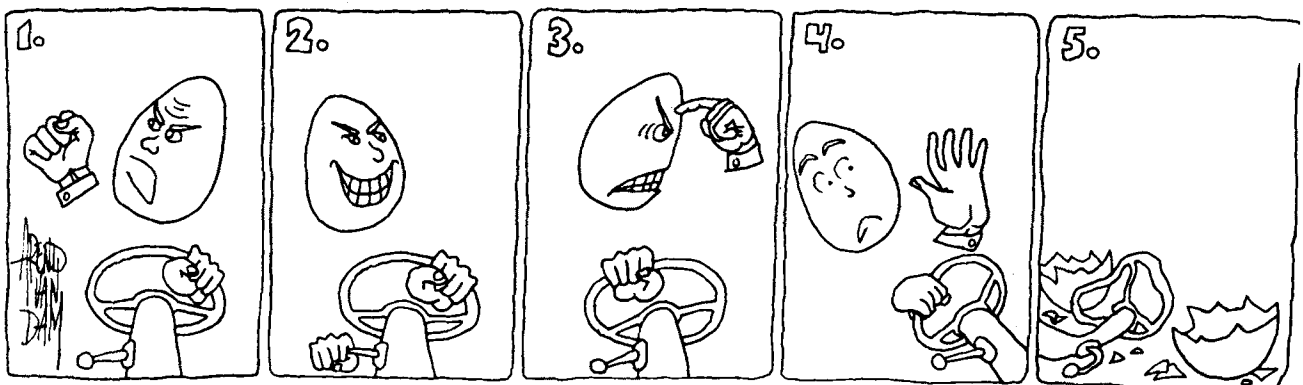
Breda, 25 november 1972

A. B. Kunst, chirurg

GOODWILL

Het redactioneel artikel „Goodwill” in M.C. no. 47 geeft mij aanleiding tot enkele opmerkingen.

Men kan stellen, dat een bedrag moet worden betaald voor goodwill omdat dit nodig is voor de oudedags-, weduwen- en wezenvoorziening. Het is echter niet vanzelfsprekend, dat het de opvolger in de praktijk is, die deze voorzieningen moet betalen, vooral niet als straks de pensioenregeling in



werking is getreden. Wanneer een 25 jaar oude arts dan als huisarts gaat werken moet hij f 4.200,— per jaar gaan betalen voor backservice. Blijft hij tot zijn 65e jaar huisarts dan zal hij in het geheel hiervoor 40 keer f 4.200,— = f 168.000,— betalen. De contante waarde van deze 40 betalingen bedraagt bij de aanvang van de praktijk, rekening houdende met een rentevoet van 5%, ruim f 75.000,—. Zelf zal hij hier nooit enig profijt van trekken. Dat wil dus zeggen, dat een jonge arts, zodra hij zijn werk als huisarts aanvangt, begint met f 75.000,— te betalen voor de verzorging van oudere artsen en hun gezinnen. Zo hij hiertoe al bereid is, dan kan men toch moeilijk van hem vragen bovendien nog een groot bedrag te betalen ten behoeve van de oudedags-, weduwen- en wezenvoorziening van de collega wiens praktijk hij gaat voortzetten.

De reden voor een jonge arts om te willen betalen voor overname van een praktijk kan dan ook alleen zijn, dat hij in deze transactie voor zich zelf voordeel ziet. Dit voordeel kan zijn gelegen in het spoediger bereiken van een goed inkomen, of wel in een aantrekkelijke woonplaats, goede intercollegiale verhoudingen ter plaatse enz.

Het voor goodwill te betalen bedrag wordt voornamelijk bepaald door de economische waarde welke goeddeels afhangt van de verhouding tussen vraag en aanbod. Regelend optreden door de K.N.M.G. kan hierop slechts weinig invloed uitoefenen. Te hoog vaststellen van de overnameprijs maakt de praktijken onverkoopbaar, te laag vaststellen leidt tot onderhandse extrabetalingen.

Aangezien het instituut van goodwilloverneming toch eigenlijk niet meer aanvaardbaar is, zou het het beste zijn als het afgeschafte zou kunnen worden. De vraag is alleen of dit mogelijk is zonder het recht van vrije vestiging aan te tasten.

Rotterdam, 27 november 1972

A. W. Herweijer, specialist voor maag-, darm- en stofwisselingsziekten.

MC | VARIA

De eenheidsdosis-aflevering van geneesmiddelen, allengs ingang vindend in de ziekenhuizen, is ook aan te bevelen voor de algemene apotheek. Dit is de mening van J. M. van Rossum,

verbonden aan het Farmacologisch Laboratorium van de Katholieke Universiteit te Nijmegen. In het Pharmaceutisch Weekblad van 24 november jl. bepleit deze een standaardisering van stripverpakkingen, in de zin van een eenheidsdosering-verpakking van 10 dosiseenheden per strip. In de Verenigde Staten is dit decimaal identische systeem reeds in gebruik. De strips van 10 dosiseenheden worden er afgeleverd in voorraadverpakkingen van 10 x 10, 100 x 10 etc. Op de verpakking van elke individuele dosis bij de decimale eenheidsdosisaflevering zouden moeten worden vermeld: de (generieke en eventueel merk-) naam van het middel, de dosis, doseringsvorm en farmacologische klasse, en eventueel andere noodzakelijke informatie. Meerkosten zou de aanbevolen verpakkingwijze volgens de schrijver nauwelijks opleveren, ook al omdat bij invoering ervan de kleine standaardverpakking zou kunnen komen te vervallen.

De Adviescommissie Sociaal Psychiatrische Diensten van de Ziekenfondsraad is van oordeel, dat op korte termijn een met de geestelijke gezondheidszorg samenhangend beleidsplan voor crisisinterventiecentra moet worden ontwikkeld. Een kleine groep deskundigen zal, zo schrijft de raad, worden verzocht bedoeld beleidsplan op te stellen. Het besluit hiertoe viel tijdens een beraad over de problematiek betreffende de uitvoering en financiering van de ambulante geestelijke gezondheidszorg, zoals deze is voorgesteld in een te vormen samenwerkingsverband tussen het algemeen ziekenhuis „Overvecht” en de Sociaal-Psychiatrische Dienst van de Utrechtse Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid. De commissie meent, dat in beginsel de in genoemd ziekenhuis in het kader van de crisisinterventie plaatsvindende werkzaamheden functioneel kunnen samenhangen met de door de sociaal-psychiatrische diensten gegeven hulpverlening.

Voor de tandheelkundige hulp waarop ziekenfondsverzekerden aanspraak kunnen maken op zaterdagen, zondagen en feestdagen is per 16 november jl. een nieuwe regeling van kracht. Aldus een bericht van de Ziekenfondsraad, die de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne op dit punt adviseerde. Verzekerden die tijdens het weekend of op feestdagen

de hulp van een tandarts inroepen zijn deze, behalve als het een nabloeding betreft, altijd een bedrag schuldig. Niet-gesaneerde patiënten betalen f 24,—, gesaneerde patiënten f 10,—. Niet-gesaneerde patiënten die bij de tandarts komen met klachten als gevolg van een ongeval of een acute ontsteking aan een tand of kies die kortgeleden is behandeld, betalen f 10,—. Tegen overlegging van de door de tandarts afgegeven kwitantie betaalt het ziekenfonds een bedrag van f 10,— terug.

Het „Publiekatieblad van de Europese Gemeenschappen” van 16 november 1972 publiceert de voorstellen voor richtlijnen van de Raad terzake van de harmonisatie van de wetgevingen inzake rijbewijzen voor motorvoertuigen. Betreffende opeenvolgende medische onderzoeken wordt voorgesteld dat houders van rijbewijzen dit moeten ondergaan met tussentijden van vijf jaar tot de leeftijd van vijftig jaar, met tussentijden van twee jaar van vijftig tot vijfenzeftig jaar en van één jaar na vijfenzeftig jaar. De houders van rijbewijzen voor de categorie motorvoertuigen, die zijn aangepast aan de invaliditeit van de bestuurder, moeten, ongeacht hun leeftijd, elke twee jaar een medisch onderzoek ondergaan. Zij zijn daartoe ook gehouden, zoals in lid 3 van artikel 8 van deze Richtlijnen wordt voorgesteld, na een ongeval waarbij zij verwondingen hebben opgelopen waarvoor zij meer dan acht dagen in een ziekenhuis zijn opgenomen.

„Wij moeten () de Nederlandse artsen vragen het woord „lepel” te gaan vergeten en hangende deze gewoonteverandering mededelen, dat wij voortaan () c., cp., cth. in de magistrale receptuur op onze etiketten vertalen in 15 ml, 10 ml en 5 ml (rationeler dan de oude farmacopeevertaling van 15 ml, 8 ml en 3 ml).” Aldus A. M. Weeshoff, Oud-Beijerland, in een brief aan de redactie van het Pharmaceutisch Weekblad van 24 november 1972. De schrijver adviseert zijn collegae de lepel de lepel te laten en met het oog op een exacte volumedosering kleine plastic maatbekertjes mee te geven, inhoud 25 ml, met een nauwkeurig aangegeven en gemakkelijk afleesbare onderverdeling en klem passend op de schroefdop. Bij antibiotica-suspensies en enkele andere preparaten waar de fabrikant zelf het doseerlepeltje insluit

en eventueel in geval van iteratie zou geen extra bekertje behoeven te worden verstrekt. Geraamde kosten bij een „omzet“ van 20.000 dranken per jaar: f 520,—.

¶

De Dr. Saal van Zwanenberg-prijs is voor 1972 toegekend aan Prof. Dr. E. J. Ariëns, hoogleraar in de farmacologie aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Deze zal de prijs ontvangen voor zijn fundamentele onderzoeken betreffende de interactie tussen geneesmiddelen en hun receptoren. De prijs is ter beschikking gesteld door de Dr. Saal van Zwanenburg Stichting, die tot doel heeft wetenschappelijk onderzoek te bevorderen dat gericht is op de creatie van nieuwe geneesmiddelen of dat moet worden geacht daartoe rechtstreeks of indirect te kunnen bijdragen.

¶

De Teleac is begonnen met het heruitzenden van beide programma's over geboortenregeling, die onlangs op het scherm verschenen in het kader van de serie nascholing huisartsen. Deel 1 werd dezer dagen opnieuw vertoond, deel 2 is te zien op zondag 10 december, 18.20-18.50 uur, Nederland 1; herhaling: dinsdag 12 december na het laatste journaal, net nog onbekend.

¶

Op 2 en 3 februari 1973 houdt de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie in het Amsterdamse Hilton-hotel een congres met als thema: „Lipid metabolism and atherosclerosis“. Het thema wordt in drie zittingen — Lipid metabolism, Treatment by diet, Treatment by drugs — behandeld. Op de avond van de eerste congresdag zal onder de maaltijd in drie groepen worden gediscussieerd — een pratentje?

¶

„In sommige lid-Statens van de Europese Gemeenschappen zijn de treinen praktisch ontoegankelijk voor personen, die door ouderdom of invaliditeit gehandicapt zijn. Op de spoorwegstations in Frankrijk bijvoorbeeld sluit het niveau van het perron niet aan op die van de wagons. De gehandicapte reizigers, die toch al in hun bewegingen zijn beperkt, wordt het daardoor moeilijk gemaakt gebruik te maken van de spoorwegen“ -

aldus een toelichting bij vragen over toegankelijkheid van treinen van het lid van het Europese Parlement de heer Oele aan de Commissie van de Europese Gemeenschappen. De Commissie heeft geantwoord dat de voorstellen, welke thans worden opgesteld met betrekking tot de harmonisatie van het spoorwegbeleid van de lid-Statens, nog geen enkele bepaling bevat terzake van dit door genoemd parlementslid genoemd vraagstuk. Maar de Commissie zal niet nalaten, zo deelt zij voorts in haar antwoord mede, zo spoedig mogelijk de vereiste initiatieven te nemen.

¶

Een werkgroep van de psychologische subfaculteit aan de Rijksuniversiteit te Utrecht ontwikkelt en onderzoekt methoden om mensen te helpen die problemen hebben met hun seksuele beleving. Aldus een universitair persbericht. Gebrek aan armslag op financieel en personeel vlak noodzaakt de werkgroep zich voorlopig te richten op de behandeling van een beperkte groep. Gekozen werd voor hulp aan vrouwen met een secundaire anorgasmie, dat wil zeggen vrouwen die anders dan geen of weinig plezier meer aan het geslachtsverkeer beleven. De behandeling is er een van vrouw en man samen. Drie maanden lang komen zij tweemaal per week met een eveneens gemengd behandelbaar bijeen om te leren hoe zij met plezier met elkaar zouden kunnen omgaan. Voorlopig kan de behandeling worden verstrekt aan ongeveer 50 paren met een vaste relatie. Inlichtingen en aanmeldingen: Instituut voor Klinische en Industriële Psychologie, Onderzoeksgroep Sexuele Stoornissen, Korte Nieuwstraat 2, Utrecht, van 21 november tot 5 december 1972, tel. 030-332114, toestel 241.

¶

Op vrijdag 15 december a.s. zal in Tilburg door de Dienst Informatieverwerking van de Stichting Het R.K. Gasthuis een wetenschappelijke dag worden georganiseerd over de automatische informatieverwerking in de gezondheidszorg. De Dienst Informatieverwerking werd in 1969 opgericht. Nu drie jaar later zijn twee projecten operationeel geworden: het project patiëntregistratie, het project automatisering van het klinisch-chemisch laboratorium van het St. Elisabeth-ziekenhuis. Door de medewerkers van de Tilburgse ziekeninrichtingen zijn in-

middels nog enige projecten voor realisatie voorgelegd. Enkele zijn voor een verdere bewerking ter hand genomen. Op de wetenschappelijke dag zal informatie worden verstrekt over: de plaats die een automatiseringsafdeling in de organisatie behoort in te nemen; de doeleinden die drie jaar geleden voor ogen stonden; de ervaring die inmiddels is opgedaan; de criteria aan te leggen bij projectkeuze en projectrealisatie; de inhoud van enkele projecten. Op deze bijeenkomst, die wordt gehouden in de aula van het St. Elisabeth-ziekenhuis te Tilburg, zullen inleidingen worden gehouden door: Prof. Dr. G. Grabner, hoogleraar-directeur van het instituut voor medische computer-wetenschappen, verbonden aan de medische faculteit in Wenen; Prof. Dr. J. B. Stolte D.M.S.A., directeur van het Bestuursbureau van de Stichting Het R.K. Gasthuis Tilburg en hoogleraar in de ziekenhuiswetenschappen aan de R.K. Universiteit van Nijmegen en aan de Katholieke Hogeschool te Tilburg; Dr. A. van der Kuy, apotheker van de Tilburgse ziekeninrichtingen; Drs. H. J. Rots, hoofd van de Dienst Informatieverwerking van de Stichting Het R.K. Gasthuis; Dr. J. F. Leijten, chemicus, verbonden aan het klinisch-chemisch laboratorium van het St. Elisabeth-ziekenhuis te Tilburg.

¶

Samen met de Nederlandse Hartstichting organiseert de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde op zaterdag 24 maart 1973 in het Gorlaeus Laboratorium van de Rijksuniversiteit te Leiden een symposium, te wijden aan de vraag: „Wie krijgt een hartinfarct?“

Het thema van de ochtendzitting die aanvangt om 10.30 uur luidt: „Hedendaagse leefgewoonten en hun risico's“: betekenis van hart- en vaatziekten voor de volksgezondheid; betekenis van risicofactoren voor coronair lijden; hypertensie en hartinfarct; roken en hartinfarct; voeding en hartinfarct. Het thema van de middagzitting luidt: „Opsporing van risicofactoren en interventie in bedrijven“: doel, opzet, organisatie en uitvoering van het onderzoek in bedrijven door de Commissie Opsporing en Preventie van Ischaemische Hartziekten (C.O.P.I.H.) van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde (N.V.A.B.); resultaten en consequenties van het C.O.P.I.H.-onderzoek; epidemiologisch onderzoek in bedrijven. Het symposium zal worden besloten met een forumdiscussie.

ONTVANGEN BOEKEN

Henk Mochel, *Een milde dood. Gedachten bij en een verslag van een televisieserie over euthanasie*, J. H. Kok N.V., Kampen 1972, 100 blz. Prijs: f 7,50.

Kees Trimbos, *Morgen brengen. Studies over maatschappelijke veranderingen en psychosociaal welzijn*, Van Loghum Slaterus, Deventer 1972, 170 blz. Prijs: f 14,50.

Dr. M. Oosterlee, *Psychiatrische dagbehandeling. Een bijdrage tot een oriëntatie omtrent de consequenties van hospitalisatie- en behandelingsbeleid in de psychiatrie*, Uitgeversmaatschappij de Tijdstream bv, Lochem 1972, 204 blz. (eerder verschenen als academisch proefschrift). Prijs: f 26,—

Prof. Dr. Th. Hart de Ruyter en Prof. Dr. L. N. J. Kamp, *Hoofdpijnen van de kinderpsychiatrie*, Van Loghum Slaterus, Deventer 1972, 265 blz. Prijs: f 24,50.

Bewerking van de delen 1 t/m 4 van het Handboek der Psychiatrie, onder meer bestemd voor ouderejaarsstudenten in de medicijnen, alsook voor huisartsen en specialisten die met kinderen te maken krijgen.

Jaarboek voor Sociale Gezondheidszorg, III/1972, Stafleu's Wetenschappelijke Uitgeversmaatschappij N.V., Leiden 1972, 160 blz. Prijs per jaar: gebrocheerde editie f 125,—; gebonden editie f 140,—.

Dr. Th. B. Kraft, *Overspanning*, De Erven F. Bohn N.V., Haarlem 1972, 166 blz. Prijs: f 22,50.

Volledige titel: „Overspanning. Een psychosomatische en sociale zaak. Inleiding voor artsen, medici in opleiding en andere psychosociaal werkenden”.

Een met veel praktijkvoorbeelden onderbouwde poging om enige orde te scheppen in die ziektebeelden, die met enig recht als „overspanning” kunnen worden gezien.

H. de Ru (red.), *Informatorium Medicamentorum I, IIA*, samengesteld door de Documentatiedienst van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie, 's-Gravenhage 1971 (Uitgegeven in samenwerking met de Stichting Excerptie Medica), 776 blz. Prijs: f 300,— (abonnementsprijs).

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

Bestuur: Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice-voorzitter; Dr. J. A. Stoop, J. M. Kemperstraat 5, Utrecht, secretaris; G. A. C. Bosch, Amsterdam, penningmeester F. Moerman, Wapenveld.

Redactie: Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgever: Uitgeversmij. Kruyt B.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-16241* postgiro 142554.

Advertenties: In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven

de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgave van redenen worden geweigerd.

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 50,—, plus f 2,— BTW = f 52,—, buitenland f 55,—, losse nummers f 1,56 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

Adreswijziging: Leden Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst uitsluitend aan Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden aan Uitgeversmij. Kruyt B.V., Bussum.

Oplage: 17.730 exemplaren.

Druk: Verweij Mijdrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEEKUNST

Adressen: K.N.M.G. (secretariaat, boekhouding, ledenregister, enz.) - Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband - Landelijke Huisartsen Vereniging - Landelijke Specialisten Vereniging - Centraal College - Specialisten Registratie Commissie - College voor Sociale Geneeskunde - Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie - Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.):

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411
Postgiro K.N.M.G.: 58083

Bureau voor waarneming en vestiging:

van 8 tot 16.30 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411:

uitsluitend na 18 uur en in het weekend: telefoon 020-798984.

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-12184 of 12960; postgiro 111950 t.n.v. de penningmeester der Stichting Ondersteuningsfonds te Utrecht.

Raad van Beroep:

Dr. H. Navis, secretaris, Joris van der Haagenlaan 22, Arnhem.

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021