



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

## REDACTIONEEL

## LEDENVERGADERING DER L.H.V.

26e JAARGANG — No. 6 — 12 FEBRUARI 1971

### INHOUD

Ledenvergadering der L.H.V. ....	149
Hoofdbestuur discussieerde over de volkstelling .....	150
Maidenspeech van L.H.V.-voorzitter F. N. M. Bierens ter Inleiding van de Ledenvergadering van 5 februari 1971 .....	151
Medische faculteitsverenigingen protesteren tegen invoering landelijk beoordelingsstelsel .....	155
Staatssecretaris Kruisinga over weigering R.I.V. medewerking aan conferentie over drugs .....	156
Proeve van een wettelijke regeling Rijksuniversiteit Rotterdam .....	156
Tweede open brief aan de K.N.M.G. en aan alle Nederlandse artsen over de aanstaande volkstelling .....	157
Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (V) .....	161
Arts en Fiscus .....	165
De stervende als docent .....	167
De landelijke Vereniging van Assistent-Generaals .....	170
De L.V.A.G. en de opleiding tot medisch specialist .....	171
Van de S.V.B.P.H.: Interne richtlijnen 1971 .....	173
Uitkeringen weduwen en wezen .....	174
Verzekering bij beëindiging praktijk wegens gezondheidsredenen .....	174
Kort verslag .....	175
Van het Centraal College: De Contactcommissie C.C.-S.R.C.-L.V.A.G. ....	175
Van de P.C.D.: Richtlijnen betreffende arbeidsvoorwaarden voor doktersassistenten .....	175
Personalia .....	176
Universitaire berichten .....	176
Brieven aan de redactie .....	177
Varia .....	177

Hoofredacteur: F. A. Bol, arts.

Redactie: J. J. van Mechelen (secre.), C. C. G. Jansens  
en R. A. te Velde.

Colofon op bladzijde 180.

De Ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging, vrijdagavond 5 februari j.l. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, kan worden beschouwd als het startpunt voor het Centraal Bestuur een voorzichtige koerswijziging aan te brengen in het te voeren beleid, dat zal worden afgestemd op de nieuwe taken, waarvoor de L.H.V. zich ziet gesteld. Met het aantreden van de nieuwe voorzitter, de heer *F. N. M. Bierens*, en de completering van het Centraal Bestuur door de verkiezing van twee nieuwe leden, is in deze Ledenvergadering nog eens onderstreept, dat de leiding van de L.H.V. nu definitief is overgegaan in andere handen. Daarmee is dan tevens de dynamische bestuursperiode-Van Rijn c.s. afgesloten, hetgeen voor menig een nog wat onwennig zal zijn, zoals de nieuwe voorzitter ook al opmerkte in de aanhef van zijn inleiding, welke verderop in dit nummer integraal wordt afgedrukt. De Ledenvergadering wenste evenwel niet zo maar zonder meer aan dit einde van een roemrucht L.H.V.-tijdperk voorbij te gaan. Op voorstel van de voorzitter van de P.H.V.-Utrecht en Omstreken, *Dr. J. C. Ogterop*, werd niet alleen oudvoorzitter *J. F. A. van Rijn* bij acclamatie tot erelid van de L.H.V. benoemd, dit erelidmaatschap werd ook toegekend aan Van Rijn's onafscheidelijke bestuurspartner, de 1 januari j.l. afgetreden secretaris van het Centraal Bestuur, de heer *J. I. van der Leeuw*. Zowel *Dr. Ogterop* als voorzitter *Bierens* wijdden daarop woorden van grote waardering jegens de twee nieuwe ereleden, wier benoeming werd geïnterpreteerd als zijnde tevens een eerbewijs voor de in de loop van de laatste jaren afgetreden bestuursleden die het beleid-Van Rijn/Van der Leeuw mede hadden bepaald en helpen uitvoeren.

\*\*

In zijn inleiding, zijn maidenspeech dus, ging de nieuwe voorzitter nader in op wat hij zich persoonlijk tot taak heeft gesteld en waarop hij reeds anti-

oipeerde in het interview, afgedrukt in het vorige nummer van Medisch Contact (nr. 5, d.d. 5 februari, bladzijde 121). De heer Bierens schetste zijn visie op wat hij het kernpunt noemt van de problematiek, waarmee de L.H.V. zich het komende jaar zal moeten bezig houden: de bevordering van de leefbaarheid van het huisartsenbestaan en de beroepsuitoefening. Vele vraagstukken liet de voorzitter daarbij de revue passeren, waarbij hij erkende, dat de L.H.V. weliswaar een beroepsorganisatie bij uitstek is om de voorwaarden te scheppen welke tot een optimale praktijkvoering moeten leiden, maar dat zulks zal moeten geschieden in het bestaande organisatieverband binnen de K.N.M.G. en in nauwe samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap.

De Ledenvergadering kon daarop, in tegenstelling tot wat ten deze was geconvoceerd (zie Medisch Contact nr. 1 van 8 januari j.l., blz. 33), nog niet de reglementswijzigingen in behandeling gaan nemen. Het Centraal Bestuur had dit punt (5) van de agenda afgevoerd, dit in afwachting van de thans nog in behandeling zijnde reglementswijzigingen van de K.N.M.G. Ook het punt (6) „aanwijzingsprocedure eerste leden van het bestuur der op te richten Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen” werd van de agenda afgevoerd.

Conform de kandidaatstelling werden met algemene stemmen tot lid van het Centraal Bestuur gekozen: de door district X voorgestelde kandidaat, de heer W. A. M. Koch jr., arts te Geldrop; en de door het Centraal Bestuur voorgestelde kandidaat, de heer G. A. Meijer, arts te Niekerk-Olderkerk.

De door district XII voorgestelde kandidaat, de heer W. P. J. M. Pierrot, arts te Vinkeveen, had voor de verkiezing zijn kandidatuur ingetrokken; hij had daarbij toegezegd zich ter beschikking te houden voor het geval een van de twee andere kandidaten niet zou worden gekozen.

Uitvoerig werd daarop de Ledenvergadering geïn-

### **Uit Medisch Contact anno 1946**

*Artsen en semi-artsen, die met goed gevolg hun examen aflegden voor de Bijzondere Medische Commissie te Eindhoven, worden erop opmerkzaam gemaakt, dat zij hunne diploma's dienen te doen viseeren door de medische faculteit der universiteit, waar zij hun doctoraal examen met goed gevolg aflegden, binnen een half jaar na het opheffen van den staat van beleg in het rijk in Europa. Wordt dit verzuimd, dan vervalt de bevoegdheid.*

### **Hoofdbestuur discussieerde over de volkstelling**

In de vergadering van het hoofdbestuur d.d. 6-2-1971 is uitvoerig gediscussieerd over de te houden volkstelling, zulks mede naar aanleiding van de open brieven van de collegae Prof. Dr. G. C. Heringa en P. J. M. Baudoin, gepubliceerd in Medisch Contact nr. 3/1971, bladzijde 67 en elders in dit nummer.

Het hoofdbestuur is van mening, dat een van de belangrijke doelstellingen van de volkstelling, het verzamelen van exacte gegevens, die mede het toekomstig beleid voor de volksgezondheid kunnen bepalen, van uitermate groot belang is. Het hoofdbestuur vreest echter, dat de onrust die door de vele publikaties over deze volkstelling is ontstaan er toe zal leiden dat de gegevens, verkregen door deze telling, niet meer de werkelijkheid zullen weerspiegelen. Het hoofdbestuur heeft besloten zo spoedig mogelijk op het juiste niveau ter sprake te brengen, welke wegen kunnen worden gevonden om de ontstane onrust te verminderen.

formeerd over de stand van zaken rondom de vaststelling van de diverse tarieven. Achtereenvolgens werd daarbij van gedachten gewisseld over de ziekenfondshonorering 1971, zowel wat de medische als de farmaceutische hulp betreft, de controletarieven en — wat gezien de recente publiciteit als een bijzonder actueel vraagstuk geldt — natuurlijk ook de particuliere tarieven.

De voorzitter van de Commissie Ziekenfondstarieven, het C.B.-lid S. van Randen, daarbij geassisteerd door de economisch adviseur van het C.B., de heer A. van der Smeede, gaf toelichting op de resultaten van de onderhandelingen met de ziekenfondsorganisaties over de honorering in 1971 voor medische hulp, resultaten die de Ledenvergadering ter goedkeuring waren voorgelegd en waarover alle leden schriftelijk reeds gedetailleerd waren ingelicht. De voorzitter van de Apotheek-Commissie, de heer C. van der Marel — die inmiddels een opmerkelijk jubileum heeft gevierd: 12½ jaar lid van het Centraal Bestuur — deed ditzelfde terzake van de farmaceutische hulp, daarbij in herinnering brengend, dat dit jaar het abonnementstarief voor het apothekedeel een einde neemt, onvoorziene gebeurtenissen voorshands buiten beschouwing gelaten. De A.C.-voorzitter noemde dit een gelukkige ontwikkeling, waarmee het belang van de volksgezondheid, voor zover het de medicamenteuze voorziening van de verzekerden betreft, zeker zal zijn gediend. Ten aanzien van het centraal uitrekensysteem ten behoeve van de gezamenlijke controle namens L.H.V. en G.O.Z. verduidelijkte de heer Van der Marel, dat hiermee de mogelijkheid wordt geopend om op

korte termijn statistische gegevens over de receptuur te verwerken; in het kader van de berekening van de kosten per ziel wat betreft de receptuur, welke via een computersysteem maandelijks kan worden geproduceerd, is een snelle verwerking van groot belang.

De voorstellen tot overeenkomsten met de ziekenfondsorganisaties, welke overeenkomsten nog de goedkeuring van de Ziekenfondsraad behoeften, werden met algemene stemmen aanvaard.

Daarop was het woord aan de voorzitter van de Commissie Keurings- en Controletarieven, de heer J. Helfrich, die aankondigde dat het Centraal Bestuur, gehoord de Ledenvergadering, thans overweegt opnieuw contact op te nemen met het bestuur van de Federatie van Bedrijfsverenigingen om het overleg terzake van de controletarieven te heropenen.

Tenslotte was het aan de voorzitter zelf om de Ledenvergadering te informeren over de ontwikkelingen rondom de particuliere tarieven die de laatste tijd weer zoveel publiciteit hebben geoogst. Deze publiciteit was gevolgd op een informatieve bijeenkomst met vertegenwoordigers van de pers, een bijeenkomst door het Centraal Bestuur begin februari in Utrecht belegd. In de discussies met de journalisten had de voorzitter het standpunt, dat de L.H.V. inneemt in het overleg met Economische Zaken, nader toegelicht. Uitgangspunt van die discussies was geweest de kritiek van het Centraal Bestuur aan het adres van de regering naar aanleiding van de berichten, dat gedurende deze kabinetsperiode geen beslissing meer zou worden genomen over de be-

roepspensioenregeling voor artsen. De voorzitter had daarop gesuggereerd dat het eventuele uitblijven van de fiscale clausule tot gevolg zou kunnen hebben, dat alleen al hierom de particuliere tarieven met 2 tot 2½ gulden zouden moeten worden verhoogd. Overigens, zo had de voorzitter toen voorts gesteld, zouden deze tarieven toch al moeten worden aangepast. Daarbij had hij becijferd, dat een particuliere patiënt, gerekend naar het gemiddelde aantal verrichtingen per jaar en de tijd die daarmee is gemoeid, slechts een bedrag in rekening mag worden gebracht dat ongeveer twintig procent te laag zou zijn, zulks gerelateerd aan de C.B.S.-trend sedert 1967.

Intussen, zo besloot de heer Bierens, zet het Centraal Bestuur zijn pogingen voort om tot een adequate honorering te kunnen komen; het overleg met Economische Zaken wordt voortgezet, waarbij van de kant van de L.H.V. wordt uitgegaan van de stelling, dat er geen discrepantie mag bestaan, noch in de behandeling, noch in de tariefstelling van ziekenfondspatiënten en particulieren.

Nadat in de rondvraag nog enkele détailproblemen, door verschillende afgevaardigden naar voren gebracht, summier werden behandeld, nadat — zoals hierboven reeds gemeld — de oud-bestuursleden Van Rijn en Van der Leeuw tot ereleden waren benoemd (het voorstel hiertoe werd als laatste punt tijdens de rondvraag aan de orde gesteld) kon de voorzitter tegen elf uur de eerste door hem geleide noch in de behandeling, noch in de tariefstelling van ziekenfondspatiënten en particulieren.

A.I.

## Maidenspeech van L.H.V.-voorzitter F. N. M. Bierens ter inleiding van de ledenvergadering van 5 februari 1971

*Give us the tools . . .*

Het zal voor velen hier aanwezig nog wat onwennig zijn om te ervaren dat nu inderdaad de leiding van onze vereniging is overgegaan in andere handen. De dynamische persoonlijkheden van de afgetreden bestuursleden Van Rijn, Van der Leeuw en Trouw, die zozeer hebben bijgedragen tot de nieuwe taakopvatting van de L.H.V. zullen node worden gemist. De lof die hun in de vorige vergadering is toegezwaaid was zo spontaan en heeft hen, die zo enorm veel hebben gedaan voor de belangen van de Nederlandse huisarts en de bevordering der huisartsgeneeskunde, veel goed gedaan. Toch is misschien wel wat te veel het accent gevallen op het begrip „Oorlogskabinet”; de strijd die zij hebben moeten voeren was weliswaar spectaculair, doch zeer zeker niet het voornaamste deel van hun werkzaamheden. Het was niet alleen het oplossen van

een zeer acute problematiek waar zij zich mee bezighielden, doch zij hebben ook vele bouwstenen aangedragen voor het beleid in de toekomst, bouwstenen waarmee uw bestuur kan voortwerken. Enige gedachten daarover zou ik vandaag in uw midden willen leggen, opdat u ze uit kunt dragen in de periferie om daar te discussieren hoe het algemeen beleid moet worden bepaald. Een algemeen beleid dat slagvaardig moet zijn, doch moet rusten op een bezonnen oordeel, tot stand gekomen langs de lijn die de organisatie aangeeft wil zij evenwichtig zijn en doeltreffend.

Goede informatie van de achterban achten wij van primair belang, wij hopen o.a. door middel van de „Ledenbrief” te bereiken dat alle leden zich gedocumenteerd weten over de problemen waarover ons, dus ook hun, oordeel wordt gevraagd. Voor de beleidsvoorbereiding en beleidsuitvoering heeft u ons gemachtigd het bureau te reorganiseren, een

reorganisatie die eenvoudiger op papier is te zetten dan uit te voeren. De keuze van de juiste man op de juiste plaats is geen sinecure en vraagt onze voortdurende aandacht. Wij zullen u over de ontwikkelingen in deze zaak op de hoogte houden.

Wat is nu het kernpunt van de problematiek waarmee we ons dit jaar zullen bezig houden? Het lijkt me in één woord samen te vatten: de *leefbaarheid* van het beroep te behouden c.q. te verbeteren; het is het primaire belang van onze patiënten dat zij zich gegarandeerd weten van een continue begeleiding van de door hun gekozen huisarts. De dreiging dat hij zijn praktijk zou kunnen verlaten zal op dit punt frustrerend werken. Als wij geen voorwaarden weten te scheppen om het huisartsenbestaan leefbaar te houden, zullen wij er niet in slagen de centrale positie van de medicus practicus in de gezondheidszorg te handhaven. Met theoretische beschouwingen daarover schieten we niets op; we kennen voldoende voorbeelden van instanties die de centrale positie van de huisarts bepleiten, zulks alleen maar met de mond beleiden en in praktische zin door hun daden ontkrachten.

Aan welke te scheppen voorwaarden zal onze continue aandacht moeten worden besteed? Het is vervelend om als voorzitter der L.H.V. te moeten beginnen over de honoreringstructuur, we hebben toch al het imago dat het ons daar alleen maar om te doen zou zijn. Toch moet het mij van het hart dat dit vraagstuk nog steeds een van de meest knellende punten is. Wij zijn weliswaar blij met hetgeen is bereikt in de *ziekenfondssector*, toch is nog steeds in het abonnementshonorarium het kostendeel niet adaequaat aangepast. Het spanningsveld tussen hetgeen in werkelijkheid is gerealiseerd en wat wordt gewenst om optimaal te kunnen functioneren is nog te groot. De huisarts moet in staat zijn om zijn tijd zo efficiënt mogelijk aan zijn patiënten te kunnen besteden. Daarbij hoort een optimale praktijkinstallatie wat enorm veel kosten met zich brengt, daarbij horen ook voldoende para-medische krachten die hem kunnen helpen veel werk uit handen te nemen. Nog steeds is het niet mogelijk om uit het ons tot dusver toegemeten kostenbudget in de rekenpraktijk een optimale praktijkvoering te bekostigen.

Het hete hangijzer van de *particuliere tarieven* werkt op velen frustrerend in hun beroepsuitoefening. Een duidelijke structuur voor allen is noodzakelijk. Men wil weten waar men aan toe is wat betreft het niveau, aanpassing en differentiatie. Diepgaande besprekingen met het ministerie van Economische Zaken zijn wederom geopend, waarbij wij de stelling hebben ontwikkeld dat er geen discrepantie mag bestaan, noch in de behandeling, noch in de tariefstelling van ziekenfondspatiënten en particulieren. Om weer in rustig vaarwater te kunnen komen hebben wij gesteld dat de „jacht op de huisartsen als prijsopdrijvers” dient te worden gestopt.

Voor een principieel verweer hebben we genoeg casuïstiek in juridische zin, administratief-rechtelijk ligt de zaak bij het College van Beroep voor het Bedrijfsleven.

De *pensioenvoorziening* waarvan de basisregeling met zo'n grote meerderheid is aanvaard, wacht nog steeds op het realiseren van clausuleringen daaraan verbonden. Informatie op het hoogste niveau heeft ons geleerd dat het rapport van de commissie-Van Soest is vertraagd, een vertraging die er wel eens op uit zou kunnen draaien dat de belofte van de regering Zijlstra, overgenomen door het kabinet De Jong, niet wordt ingelost zodat deze regeling gedurende deze kabinetsperiode niet door de Kamer kan worden gelooft. Het kabinet Zijlstra heeft gesteld, dat bij het uitblijven van een fiscale clausule een noodwet huisartsen tot stand zou komen. Mede op grond van die toezegging hebben de huisartsen gemeend de regering niet voortdurend te moeten lastig vallen met deze specifieke huisartsenproblematiek. De L.H.V. heeft het juist geacht, om zich inzake de fiscale clausule geheel aan te sluiten bij hetgeen de regering voor andere vrije beroepsbeoefenaren tot stand zou brengen; de L.H.V. heeft dat gedaan in het vertrouwen dat de regeling, die zo'n essentieel onderdeel was van het in 1966/1967 bereikte akkoord, op redelijk korte termijn tot stand zou komen. Toen bleek dat het rapport van de commissie-Van Soest zou worden afgewacht heeft het Centraal Bestuur de regering, het parlement en de politieke partijen laten weten, wat voor verstrekkingen het uitblijven van de regeling kan hebben voor de huisartsenstand in Nederland. Het bestuur heeft bovendien de landelijke pers ingelicht over de gang van zaken: het rekent ook ten deze op uw steun een vlammend protest te laten horen. De huisartsen in Nederland hebben getoond dat zij het nodige sociale respect kunnen opbrengen in het aanvaarden van een back-service regeling; de huisartsen in Nederland hebben vertrouwd op toezeggingen, zij zijn wederom bedrogen uitgekomen. Een van de eerste principes van de leefbaarheid is het zich garant weten van een goede oudedagsvoorziening, zelfs de basis daarvan wordt nu aangetast.

Na deze kanttekeningen over enkele materiële aspecten die de leefbaarheid van het huisartsenberoep mede bepalen ga ik gaarne over op zaken welke meer op organisatorisch gebied liggen.

Het Centraal Bestuur is bijzonder verheugd met uw uitdrukkelijke adhaesie betuigd aan de motie in de vorige ledenvergadering over de *opleiding tot huisarts*, die een specifieke opleiding dient te zijn na het artsexamen. Alle partijen zijn het er over eens dat dit principieel de beste voorwaarde is om te komen tot een goede beroepsuitoefening na een adaequate scholing. Nog te veel jonge artsen zien op tegen het huisartsenberoep, omdat dit te weinig herkenbaar is.

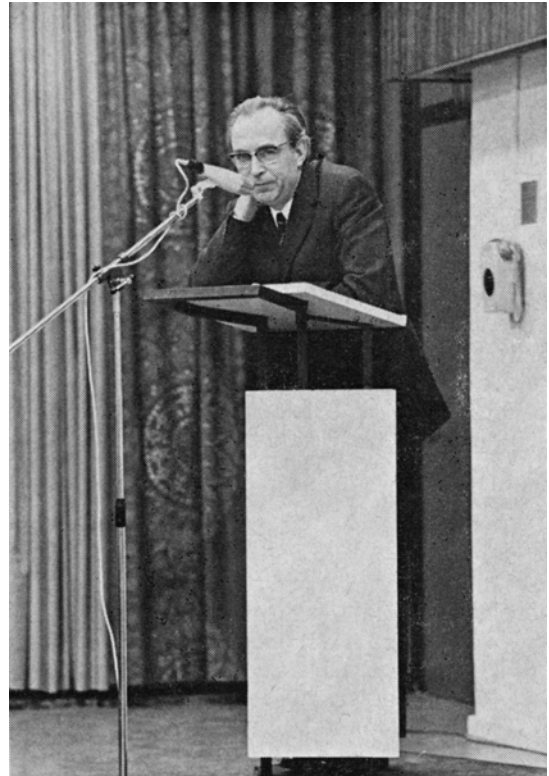
Wij zijn de huisartsenhoogleraren, de huisartseninstituten, het N.H.G. dankbaar voor hun niet afla-

tende ijver om ons beroep te introduceren gedurende de opleiding tot arts. Deze instanties verrichten essentieel werk, dat zijn vruchten al begint af te werpen. De kroon op dit werk zal worden gevormd door de specifieke beroepsopleiding, gevolgd door een registratie als huisarts. Van onze gehele beroepsgroep zullen grote offers gevraagd moeten worden om dit te realiseren. U allen die in de dagelijkse praktijkuitoefening die image van de huisarts bepaalt, zult uw kennis moeten overdragen, daarbij geleid vanuit de medische faculteiten en de beroepsorganisaties. Het zich beschikbaar stellen om jonge collegae in te werken vraagt een geweldige persoonlijke inzet: naast het enorme takenpakket dat toch al op uw schouders rust zal dit vele extra offers vragen, ook in de persoonlijke sfeer. In de door ons gekozen oplossing zou de kans kunnen bestaan, dat bij een algemene bevoegdheid na het artsexamen in het zesde studiejaar, huisartsen zonder specifieke opleiding voor het particuliere bestand zouden kunnen gaan opereren, terwijl men voor het fondspatiëntenbestand de specifieke opleiding zou dienen te hebben, hetgeen in het Verstrekkingenbesluit ook voor de specialisten reeds is geregeld.

Dat naast de specifieke opleiding tot huisarts ook de *nascholing* onze bijzondere aandacht moet hebben zal voor u duidelijk zijn. Scholing en nascholing zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Men kan geen enkel vak met genoegen uitoefenen, als men niet bij de tijd is. De ontwikkelingen in het huisartsenvak nemen zo'n grote vlucht, dat men permanent bijgeschoold moet worden, zowel op curatief als op verzorgend terrein. De kwaliteitsbewaking van de huisartsgeneeskunde is een primaire plicht van de L.H.V., men kan niet een adaequate honorering claimen als men niet zeker is van de kwaliteit van het produkt. Het is ieders plicht te voldoen aan de hoogste eisen, de L.H.V. moet het mogelijk maken dat het voldoen aan die eisen praktisch realiseerbaar blijft.

Dit stellende kom ik vanzelf op het enorme probleem, dat Van der Leeuw en anderen noemen „het kwantiteits-kwaliteitsdilemma”. Door het grote tekort aan huisartsen is het onmogelijk om optimaal te functioneren. Voor optimaal functioneren is voldoende tijd nodig, die men moet kunnen besteden aan de patiënt, men moet goed geprepareerd zijn door bezinning en studie over de onderhavige problematiek. Door de geweldige toename van het aantal patiënten per huisarts, gepaard gaande met consumptievergroting in medische zin, is het voor velen onmogelijk het vak naar behoren uit te oefenen. Praktijkverkleining tot 2.000 patiënten zou de enige oplossing zijn, de honoreringsstructuur en het gebrek aan mankracht laten deze oplossing buiten beschouwing.

Hoe kan men proberen dit vraagstuk op een enigszins aanvaardbare wijze op te lossen? U weet dat velen in de vorming van *groepspraktijken* een



*De nieuwe L.H.V.-voorzitter, F. N. M. Bierens, spreekt de ledenvergadering toe.*

panacee zien. Wij vinden dit een van de mogelijke pragmatische oplossingen. Het werken in een groepspraktijk vergt wel van de deelnemers een bepaalde karakterstructuur. Tot nu toe is de artsenopleiding in het algemeen nogal Hippocratisch ingesteld. In de opleiding aan de medische faculteit is de „leer tot samenwerking” nog nauwelijks ingevoerd. Ik dacht dat dit een essentieel onderdeel van de opleiding zou moeten zijn. Iedere samenwerkingsvorm biedt grote voordelen, zowel voor de patiënt als voor de arts. U kent de argumentaties: verdelen van de werktijden, het regelen van de vakanties, het continu beschikbaar houden van iemand die de acute problematiek kan opvangen, waarbij het centrale, uniforme kaartstelsel essentieel is om efficiënt te werken, het gebruik maken van de apparatuur etc. Iedere samenwerkingsvorm heeft ook zijn nadelen, die vaak afhangen van de karakters der deelnemers, tot nu toe weinig geschoold om samen te werken, terwijl het gevaar dreigt dat ook de patiënt vooral in het begin zijn oude vertrouwensrelatie met zijn eigen huisarts in gevaar acht. Een goede follow-up in de bestaande groepspraktijken zou ons daar veel over kunnen leren, een onderzoek waar men druk mee doende is. Door het oprichten van de Stichting Financiering Groepspraktijken heeft de L.H.V. getoond volop aan het experiment mee te willen werken. Wij hopen dat er allerlei instanties bereid worden gevonden daadwerkelijk met ons mee te willen werken. De start-

subsidie van de L.H.V. is slechts bedoeld als aanmoedigingspremie.

Het werken in *wijk- of buurtgezondheidscentra* lijkt mij nog meer voordelen te bieden, omdat daar gelegenheid is samen te werken met allen die belast zijn met de gezondheid van individu, gezin en buurt. Talloze problemen moeten multidisciplinair worden benaderd, iets wat heel goed mogelijk is ten plattelande in de vorm van gezinswerkgroepen of home-teams. Het leren werken met vakmensen uit andere disciplines vergt van de huisarts een totaal andere instelling. Het willen delegeren van de eigen patiënt, met medeweten van die patiënt, is iets wat moet worden geleerd. De opleiding tot huisarts zal ook hier op moeten worden afgestemd.

Ook de *inschakeling van para-medische krachten* zou een van de mogelijkheden kunnen zijn. Naast een meer tijd vragend overleg over de patiënt, zou dit kunnen resulteren in een enorme tijdsbesparing, bijvoorbeeld als de wijkverpleegster naast het basiswerk van de consultatiebureaus, ook het veld in zou kunnen gaan om te bezien of naast haar advies het ook nog nodig is dat de arts zich persoonlijk bemoeit met de patiënt.

Het verleggen van de *arts-patiënt contacten naar het spreekuur* met zijn vele mogelijkheden bij een goede outillage is een andere verbetering. Nederland is een van de weinige landen waar huisartsen frequent huisbezoeken afleggen. Dit heeft het voordeel dat men als gezinsarts op de hoogte is van hoe alles reilt en zeilt in het woonmilieu. Toch zou het dienstig zijn als er meer faciliteiten zouden worden geschapen om patiënten per taxi naar en van het spreekuur te vervoeren. Waar deze mogelijkheden bestaan wordt er nog onvoldoende gebruik van gemaakt.

Dat er vele kostenverhogende factoren aanwezig zijn bij de vorming van allerlei soorten samenwerkingsvormen is genoegzaam bekend, de L.H.V. doet alle moeite hier een gereede oplossing voor te vinden. Voorlopig heeft de regering het probleem in studie gegeven in de Ziekenfondsraad, waar ook wij in de gelegenheid zijn het onze bij te dragen. Veel liever ware het ons geweest als de regering zelf eens wat dieper getast had in de „Experimenteerpot” ten behoeve van het eerste echelon. Het probleem gedooft geen uitstel, vooral niet in de grote in ontwikkeling zijnde stadswijken.

Het probleem van de huisarts in de grote steden gaat ons bijzonder ter harte. Voor ons liggen de noodkreten uit Den Haag, Rotterdam en Capelle aan de IJssel. Het wordt hoog tijd dat we alle krachten die dit aangaat bundelen, ondanks alle geruststellende cijfers van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Wij mogen ten aanzien van dit vraagstuk geen struisvogelpolitiek bedrijven. Er zijn inderdaad noodgebieden, waar regering, provincie of gemeente zullen moeten ingrijpen als wijzelf met

behulp van andere instanties geen oplossing hebben te bieden. Hier zal worden beslist of de huisarts in de grote stad nog wel kan functioneren, of zijn hulp die door velerlei oorzaken inadaequaat dreigt te worden niet zal worden overgenomen door diverse instanties en instituten. Instanties die zeker niet goedkoper zullen functioneren dan de huisarts, instanties die de positie van de huisarts als vertrouwensman zullen ondergraven. De huisarts moet soms noodgedwongen een stuk van zijn taak laten schieten, wat tot een uitholling van het beroep leidt: de geestelijke gezondheidszorg in al zijn aspecten, de eerste hulpverlening, acuut optredende stoornissen (hart-ren wagen, acute polikliniek), de verloskunde, de preventieve geneeskunde, voorts in functies waargenomen door consultatie-bureaus voor zuigelingen, kleuters, en in de toekomst ook teen-agers en bejaarden. Dat vele communicatiestoringen daarvan het gevolg zullen zijn is te verwachten. Hier wordt duidelijk de positie van de huisarts ondermijnd, hier is het duidelijk zichtbaar dat het inderdaad „vijf voor twaalf” is. De L.H.V. zal alle krachten moeten mobiliseren om naast alle middelen die ik hiervoor heb geschetst een concrete oplossing te vinden, zij zal een zo groot mogelijke stem in deze ontwikkeling moeten hebben. Te veel is reeds uit onze vingers geglipt, door niet attent te zijn.

Het leefbaar houden van het vak in de grote stad, het zoeken naar mogelijkheden om jonge artsen te bewegen zich daar te vestigen, dat vormt het cardinale probleem van deze jaren. Het zal niet alleen met een andere honoreringsstructuur zijn op te lossen: goede huisvesting, het ontkoppelen van praktijk en privéwoning, betaalbare assistentie om een groot stuk van de besognes op te vangen, gezondheidscentra, geografisch beter omschreven dus bereikbare praktijkgebieden, parkeerfaciliteiten, beperking van huisbezoek, al dit soort zaken vragen onze aandacht.

Tot slot wil ik nog enige aandacht vragen voor de *praktijkvoering*, het management. Met vreugde mogen wij constateren dat de Werkgroep praktijkvoering van het N.H.G. vele stukken heeft gepubliceerd die bij kunnen dragen tot een betere beroepsuitoefening, wat zeker meer arbeidsvreugde geeft. U vindt ze steeds meer gepubliceerd in ons vademecum. Het kost zeker moeite om het eenmaal betreden karrepad te verlaten, doch het effect van de koersverandering zal duidelijk zijn. Uitbreiding van het diagnostisch arsenaal door meer gebruik te maken van snelle laboratoriumdiagnostiek, röntgenapparatuur, electrocardiografie, plethysmografie, snellere consultatie in „out-patient clinics” kunnen bijdragen tot beter curatief handelen, het formeren van mobiele teams in het kader van de regionale instituten, geestelijke gezondheidszorg met directe consultatie wat betreft de „probleempatiënt” zou velen de gang naar de psychiater besparen en het effect zou groter zijn.

Nog veel is er te organiseren, wil het huisartsen-

beroep aan betekenis winnen. De L.H.V. zou haar taak niet goed zien als zij daadwerkelijk niet bereid was mee te denken over de toekomstige organisatie van de gezondheidszorg. Of daarbij het anders structureren van de verzekeringsvorm een grote rol kan spelen, is voor ons een vraagteken. Wij zullen ons kritisch moeten afvragen of er inderdaad medisch zo veel argumenten ingebracht kunnen worden tegen een of andere vorm van een volksverzekering. Als er een betere gezondheidszorg is te realiseren, dan moeten wij er aan meewerken, ten behoeve van hen die aan onze zorgen zijn toevertrouwd. Het kostenaspect zal daarbij een grote rol spelen, met het aanvaarden van de stelling: gelijke honorering voor de particulier en de ziekenfondspatiënt, is dit aspect voor ons niet zo'n grote moeilijkheid. Welke tariefstructuur dan de meest redelijke is, is van latere zorg, ook daarover zijn in de bestaande systemen de acten nog niet gesloten.

Bij het noemen van al deze onderwerpen, die ik slechts summier heb kunnen opsommen, zal velen van u het gevoel hebben bekropen dat menig deelprobleem thuis hoort bij het N.H.G. Ik dacht dat dat zeer zeker het geval was, onze wetenschappelijke vereniging heeft reeds vele hier besproken facetten belicht en er al uitermate veel en belangrijk werk aan besteed, het „movement“-karakter van deze vereniging staat er borg voor dat zij dit zal blijven doen, zij is onmisbaar voor het goed functioneren

van de huisarts. Het scheppen van voorwaarden om tot een optimale praktijkvoering te kunnen komen achten wij bij uitstek een taak van de L.H.V. als beroepsorganisatie, zulks dan in de bestaande relatie met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en in nauwe samenwerking met het N.H.G. Zeer verheugd zijn wij dan ook om de steeds beter wordende verhouding met het N.H.G., die leidt tot een soort huwelijksverhouding, waarbij de mannelijke rol aan de L.H.V. wordt toegedacht en de vrouwelijke aan het N.H.G. In een modern huwelijk zorgt echter de man niet alleen voor het inkomen en de vrouw voor de opvoeding, het zal een partnerrelatie moeten zijn met aspect voor ieders kwaliteiten, samen beslissen wie welke taak op zich neemt, alle Dolle Mina-tendenties ten spijt. De nu gecombineerde commissies kunnen ervoor zorgen dat er geen kortsluitingen ontstaan, ofschoon spanningen vaak goed zijn om tot een zuiverder verhouding te komen: u heeft het gezien aan het tot stand komen van het N.H.I. Dit jaar bestaat de L.H.V. 25 jaar, zij is in de kracht van haar leven, het paren met het 15-jarige N.H.G. belooft een kroost met toekomst.

Het belang van de aan ons toevertrouwde patiënt blijft het primaire doel van ons handelen. Moge deze doelstelling tot zijn recht komen in ware eendracht met onze Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

---

### **Medische faculteitsverenigingen protesteren tegen invoering landelijke beoordelingsstelsel**

De vergadering van medische faculteitsverenigingen heeft in een brief aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen haar ernstige bezwaren uiteengezet tegen het voornemen van de minister, voor de studie aan de medische faculteiten een landelijk beoordelingsstelsel in te voeren. Daarbij wordt, zeggen de medische studenten, een laag percentage van gezakten aan de ene faculteit opgeofferd aan een hoger percentage aan een andere faculteit.

De vergadering, die in haar brief een gebrek aan beleid (gekenmerkt door vele maatregelen ad hoc) ten aanzien van de problematiek rond het medisch wetenschappelijk onderwijs constateert, zegt de indruk te hebben dat de bewindsman in een landelijk beoordelingsstelsel een oplossing heeft willen vinden om de onvermijdelijke invoering van wachtlijsten zo goed mogelijk te doen vallen. Een landelijk beoordelingsstelsel, aldus de vergadering, kan niet los worden gezien van een landelijk propaedeutisch examen, omdat men alleen als de doelstellingen van het eerste jaar en de manier waarop deze worden vervuld en geëvalueerd identiek zijn, tot een landelijke beoordeling kan komen.

Het Interfacultair Overleg Geneeskunde heeft echter reeds begin 1969 de minister gewezen op de vergaande consequenties van gelijkschakeling van het onderwijs aan de verschillende medische faculteiten, zowel voor de samenstelling en inhoudelijke aspecten van de vakken als voor de wijze waarop het onderwijs wordt gegeven. Afgezien van de tijd en kosten die hiermee zijn gemoeid, zal een landelijk propaedeutisch examen op basis van dit gelijkgeschakelde onderwijs nog meer dan nu het geval is een examen zijn waarbij het voornamelijk gaat om feitenkennis, terwijl voortdurend experimenteren en aanpassen van het onderwijs onmogelijk zou worden gemaakt.

De vergadering van medische faculteitsverenigingen noemt in haar brief als belangrijkste bezwaar, dat het landelijk beoordelingsstelsel een om politieke redenen gepousseerd voorstel is, dat onvoldoende op onderwijskundige merites is bekeken. „Wachtlijsten zijn er al genoeg, manipulaties met cijfers nog erger“, aldus een perscommuniqué dat de medische faculteitsverenigingen hebben uitgegeven. De vergadering heeft de minister daarom verzocht van zijn voornemen om tot een landelijk beoordelingsstelsel te komen, af te zien.

## **Staatssecretaris Kruisinga over weigering R.I.V. medewerking aan conferentie over drugs**

Op vragen van het Tweede Kamerlid, de heer Imkamp (D'66) inzake de weigering van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid om toestemming te verlenen aan medewerkers van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid te spreken over hun bevindingen met betrekking tot het gebruik van soft drugs, heeft Dr. Kruisinga het volgende geantwoord:

„Op 1 oktober 1970 ontving het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid een brief van een wetenschappelijk medewerker van de Humanistische Stichting Socrates in verband met een conferentie, te houden op 25 oktober door deze stichting, over de verschillende implicaties van het gebruik van soft drugs. De aanleiding tot dit schrijven vormde het feit, dat het de organisatoren ter ore gekomen was dat enige van de medewerkers van het instituut zich bezighielden met dierproeven, waarmee de uitwerking van intoxicatie door genoemde middelen wordt onderzocht. Toestemming werd gevraagd om een der betrokken medewerkers, indien geïnteresseerd, een en ander over zijn bevindingen te doen vertellen op de voornoemde conferentie, wanneer de eventuele schadelijkheid van het gebruik van de drugs aan de orde zou komen.

„Het Rijksinstituut heeft geen van zijn medewer-

kers toestemming geweigerd om hun bevindingen met drugs mede te delen op enige conferentie, doch heeft formeel geantwoord dat het niet bereid was zijn medewerking te verlenen aan bedoelde conferentie van 25 oktober. Uit de brief van de stichting moest worden afgeleid, dat het aan de orde komen van de schadelijkheid van bedoelde drugs niet bij voorbaat vaststond. Evenmin was het zeker dat de vertegenwoordiger van het instituut in de gelegenheid zou worden gesteld zijn bevindingen uiteen te zetten indien de schadelijkheid van deze drugs niet aan de orde zou worden gesteld. Gezien deze onzekere voorwaarden heeft het instituut gemeend niet op het voorstel in te moeten gaan”, aldus Dr. Kruisinga, die voorts stelt, dat hij van deze gang van zaken pas achteraf kennis heeft genomen en hierop dan ook geen enkele invloed heeft uitgeoefend. Hij zegt van mening te zijn dat men eerst kan spreken van goede voorlichting over het gebruik van drugs indien aan de schadelijke nevenwerkingen de nodige aandacht wordt geschonken. Gezien de onzekerheid hieromtrent in het onderhavige geval komt hem de reactie van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid begrijpelijk voor, terwijl strijdigheid met de behoefte aan openheid gelet op het voorgaande niet in het geding kan zijn.

## **Proeve van een wettelijke regeling Rijksuniversiteit Rotterdam**

De minister van Onderwijs en Wetenschappen, Dr. G. H. Veringa, heeft een proeve voor een wettelijke regeling van een rijksuniversiteit te Rotterdam zonder commentaar toegezonden aan de Nederlandse Economische Hogeschool (NEH) en de Medische Faculteit te Rotterdam (MFR). Het stuk is afkomstig van de Technische werkgroep universiteit te Rotterdam die het eerder aan de minister had aangeboden.

De werkgroep heeft aan de memorie van toelichting op de proeve een document met een alternatieve opzet voor een universiteit te Rotterdam van de hand van Prof. Mr. H. Th. J. F. van Maarseveen (geen lid van de werkgroep) als bijlage toegevoegd.

Uitgangspunt van het wetsontwerp is de samenvoeging van de NEH en de MFR tot één nieuwe instelling van wetenschappelijk onderwijs. De rijksuniversiteit Rotterdam zal in eerste instantie de faculteiten omvatten die thans bij de NEH en de MFR bestaan namelijk: de faculteiten van de economische wetenschappen, de rechtsgeleerdheid, de sociale wetenschappen en de geneeskunde. Daarnaast zal een centrale interfaculteit worden ingesteld. Het wetsontwerp wijkt op één punt, namelijk voor wat betreft de bestuursstructuur enigszins af van de Wet op het wetenschappelijk onderwijs en

van de Wet universitaire bestuurs Hervorming 1970. Hiermee wordt tegemoetgekomen aan de wens naar een grotere mate van interne decentralisatie. De afwijkingen houden verband met de herkomst en de verworvenheden van de NEH en met het eigen karakter van de MFR.

In zijn alternatieve opzet voor een universiteit te Rotterdam kiest Prof. Van Maarseveen voor wat hij een federatieve universiteit noemt. In deze constructie nemen het Rijk, de MFR en de NEH deel aan een gemeenschappelijke regeling tot oprichting van een openbare universiteit. De universiteit krijgt daardoor het karakter van een samenwerkingsvorm van MFR en NEH. Dat betekent dat beide instellingen hun zelfstandigheid behouden. Zij hebben echter tot taak in geïnstitutionaliseerd verband tezamen met het Rijk een dergelijke federatieve universiteit tot ontwikkeling te brengen.

De alternatieve opzet van Prof. Van Maarseveen zou, volgens de memorie van toelichting op het wetsontwerp van de werkgroep, onder meer betekenen dat Rotterdam in feite drie instellingen van wetenschappelijk onderwijs zou gaan tellen, elk met een eigen rechtspersoonlijkheid, te weten de bijzondere economische hogeschool (de rijksinstelling), de medische faculteit en de rijksuniversiteit Rotterdam.



# **Tweede OPEN BRIEF aan de K.N.M.G. en aan alle Nederlandse artsen over de aanstaande VOLKSTELLING**

Hooggeachte Collegae,

Nadat, reagerend op onze eerste open brief in Medisch Contact van 22 januari i.l., het Dagelijks Bestuur zijn voorlopige standpuntsbepaling via de pers heeft bekend gemaakt en het ons welwillend in de gelegenheid heeft gesteld daarover met de voorzitter en enige leden van het secretariaat van gedachten te wisselen, stellen wij er prijs op ons opnieuw tot u te richten vóór het hoofdbestuur op zaterdag 6 februari zijn standpunt bepaalt.

Nu namelijk meer nauwkeurige gegevens over de wijze waarop de telling zal worden doorgevoerd, tot onze kennis zijn gekomen — gegevens die ons met name voor de in inrichtingen en tehuizen verblijvende personen en eo ipso voor de voor dezen verantwoordelijke artsen de bezwaren en gevaren nog groter doen voorkomen dan wij ze eerst al zagen — zien wij ons genoopt deze opnieuw en nu meer gedetailleerd en breder beredeneerd uiteen te zetten; ook daarbij wijzend op verder liggende gevaren voor de algemene geestelijke volksgezondheid.

Wij willen ons hierin beperken, evenals wij dat in hoofdzaak in onze vorige brief hebben gedaan, tot de telling in inrichtingen en tehuizen, waarbij artsen in het bijzonder kunnen zijn betrokken (vragenlijst G); wij behouden ons voor eventueel daarna ons nog via andere publiciteitsmedia meer in het algemeen tot de bevolking te richten.

In deze brief zullen wij achtereenvolgende drie punten aan de orde stellen:

I. Informatie over de positie, waarin, door de wijze waarop de volkstelling *op naam* zal geschieden, de aan inrichtingen en tehuizen verbonden artsen tegenover dit gebeuren komen te staan.

II. Beschouwing over de positie, waarin de in die inrichtingen en tehuizen verblijvende personen door de techniek van de telling komen te verkeren, mitsgaders de voor hen daaruit mogelijkerwijze voortvloeiende gevolgen.

III. Beschouwing over de taak van de K.N.M.G. in deze.

Vooraf nog één opmerking om van meet af aan de discussie te vrijwaren voor een blijkbaar dreigend misverstand: zoals wij nog nader zullen toelichten, is het *niet de telling als zodanig*, waartegen wij on-

ze bezwaren richten, maar *uitsluitend de op-naamstelling*.

Dan nu ter zake:

I

Art. 5 sub 2 van het K.B. Volkstelling geeft de algemene regel: „Ieder die optreedt als hoofd van een in gezins- of ander verband samenwonende groep van personen, alsmede ieder bestuurder van een inrichting of tehuis is voorts verplicht de vragen te beantwoorden, gesteld in de art. 3 bedoelde vragenlijsten die bij hem zijn bezorgd voor personen die tot die groep behoren, onderscheidenlijk in die inrichting of dat tehuis werkelijke woonplaats hebben, voor zover die personen op of na 1 maart 1953 zijn geboren, dan wel het gemeentebestuur ten aanzien van die personen van oordeel is, dat een geldige reden hen verhindert die vragen te beantwoorden”.

N.B. Waarop het gemeentebestuur zijn oordeel moet vestigen, en hoe het tot de daarvoor nodige gegevens komt, is niet aangegeven.

De Volkstellingenwet art. 11 bevat de mogelijkheid van verschoning:

Art. 11 sub 2: „Zij, die uit hoofde van hun stand, beroep of ambt tot geheimhouding verplicht zijn, kunnen zich verschonen van het verstrekken van gegevens doch uitsluitend voor zover betreft hetgeen hun in hun hoedanigheid is toevertrouwd”.

Uiteraard is het deze bepaling, die c.q. voor aan inrichtingen verbonden artsen in aanmerking komt. Hierbij moet wel direct worden opgemerkt — de kwestie komt nader ter sprake —, dat volgens uitspraak van de Hoge Raad (Ned. Juristenblad 1913 pag. 958, speciaal 1928 pag. 727) in art. 11 sub 2 de ontsnapping ten onrechte als verschoningsrecht is geformuleerd: volgens genoemde uitspraken van de H.R. gaat het om verschonings

*plicht*!

Nadere gegevens omtrent de wijze, waarop de tellingen in inrichtingen en tehuizen praktisch wordt uitgevoerd, zijn te vinden in een door het Centraal Bureau voor de Statistiek uitgegeven boekje, dat aan de buitenzijde het opschrift draagt: „14de Algemene Volkstelling annex Woningtelling” en als inhoud vermeldt: *Vragenlijst G voor een Inrichting of een Tehuis*, en: „In dit boekje zijn tevens opgenomen *Aanwijzingen voor de Administratie van de Inrichting of het Tehuis*”.

In het boekje wordt op blz. 1 de „*Taak van de inrichting of het Tehuis*” aldus omschreven: „De taak die in het kader van de uitvoering van de volkstel-

ling aan de inrichtingen en tehuizen is toegewezen bestaat in het kort samengevat hieruit, dat de *leiding* van elke inrichting en tehuis er voor zorg draagt dat de vragen van de op pagina 4 van dit boekje afgedrukte Vragenlijst G worden beantwoord; aan de teller die de inrichting of het tehuis zal bezoeken de nodige inlichtingen worden verschaft; de door de teller achtergelaten Vragenlijsten F zo volledig mogelijk worden ingevuld; de ingevulde Vragenlijsten F worden verantwoord op de achter in dit boekje afgedrukte Recapitulatie; het ingevulde telmateriaal aan de teller wordt afgeleverd".

Blz. 2: „In het kader van de Volkstelling wordt als Inrichting of Tehuis beschouwd elke instelling (ook die van een particulier persoon) waarin *onder algemene leiding* en voor een bepaald doel personen verblijf houden, die zich aan de *voorschriften van die leiding* hebben te onderwerpen" (cursivering van ons).

Blz. 3. Bevat de Vragenlijst G. Wij noemen 2 van de 5 vragen:

1. „Wat is de aard van de inrichting of het tehuis", met de toelichting: „Invullen b.v. bejaardenhuis, ziekenhuis, psychiatrische inrichting, kostschool, weeshuis, reclasseringsinrichting, klooster, kazerne of derg."

2. „a. Heeft de inrichting of het tehuis meer dan een bestemming; b. zo ja, welke soorten activiteiten worden dan uitgeoefend?"

Toelichting: „Voorbeelden van te onderscheiden activiteiten zijn: Verpleging van zieken: van chronische zieken; van psychiatrische patiënten; verzorging van geestelijke gehandicapten; opvoeding van moeilijk opvoedbaren; van wezen; onderwijs geven; huisvesting van schoolkinderen; van daklozen; van marechaussee; van kloosterlingen; bewaking van gevangenen, enz."

Aan blz. 6-7 („het verschaffen van inlichtingen aan de teller") ontlene wij: „Vóór 1 maart zal elke inrichting en elk tehuis worden bezocht door een speciale vanwege het gemeentebestuur aangewezen teller aan wie is opgedragen *in overleg met de leiding of de leiding of de administratie* (cursivering van ons) van de inrichting of het tehuis vast te stellen, welke van de in de inrichting of het tehuis verblijvende personen voor telling in aanmerking komen; op welke soort vragenlijsten de in aanmerking komende personen moeten worden geteld".

„Vaststellen welke personen voor telling in aanmerking komen: *De teller beschikt over een overzicht van de namen van alle personen die in het persoonsregister van de gemeente aan het adres van de inrichting zijn opgenomen*" (cursivering van ons).

Verder noteren wij uit deze bladzijde: „*De administratie van de inrichting of het tehuis* (cursivering van ons) moet de teller behulpzaam zijn in het bijwerken van het betrokken overzicht tot de toestand te middernacht tussen 28 februari en 1 maart."

„*De administratie van de inrichting of het tehuis* (cursivering van ons) moet de teller behulpzaam

zijn bij het vaststellen van de soort vragenlijst die voor de voor telling in aanmerkende personen moet worden ingevuld."

Op bladzijde 7 komt een merkwaardige, onduidelijke aanwijzing voor: „N.B. *tijdelijk* in de inrichting verblijvende personen mogen *niet* aan het overzicht worden toegevoegd".

Hoe deze zin te interpreteren? Neemt men het woord *tijdelijk* in de meest letterlijke zin, dan vallen daar onder alle categorieën van in inrichtingen verblijvenden, met uitzondering van als ongeneeslijk te boek staanden (en de Duitse gevangenen in Breda). Neemt men het niet letterlijk, dan zijn daarmee zeer vele (bijvoorbeeld opvoedingsgestichten, inrichtingen voor a-socialen, e.a.) in dit boekje opgenomen voorbeelden onjuist. Daarmede zou dan deze N.B.-opmerking inderdaad een merkwaardige ontsnapingsmogelijkheid inhouden. De vraag „hoe groot is deze ontsnapingsmogelijkheid" stelt dan een nieuw probleem.

Omtrent het invullen van de vragenlijsten voor inrichtingen (dat zijn de vragenlijsten F): blz. 9: „Volgens het eerder aangehaalde artikel 5 lid 2 van het Besluit Algemene volks- en woningtelling 1971 zijn de *bestuurders van inrichtingen en tehuizen verplicht deze vragenlijsten F door de administratie te laten invullen voor alle personen jonger dan 18 jaar en voorts voor personen van 18 jaar en ouder die daartoe niet in staat zijn* (cursivering van ons).

Tenslotte ontlene wij nog aan blz. 14 de opgave, dat onder de categorieën van verzorgden, onder het hoofd „In het kader van sociale zorg in een inrichting opgenomen personen": „*Personen in kampen voor zwak sociale gezinnen, in tehuizen voor ongehuwde moeders, voor daklozen* (bijv.: HVO-huizen, reclasseringsinrichting)" vallen.

Bij het zorgvuldig doorlezen van deze met opzet in extenso weergegeven voorschriften en aanwijzingen, valt op, dat wel in het K.B. en op enkele plaatsen verder wordt gesproken van „hoofd", of „ieder bestuurslid", of „leiding", maar dat merkwaardig dikwijls, met name in de uitvoerig geciteerde vragenlijst G, toelichtingen, aanwijzingen — of zijn het opdrachten? — worden gegeven aan de administratie, terwijl de teller de volledige *persoonsinventaris op naam* van de inrichting of het tehuis wordt geacht te bezitten.

Laat ons nu de rol van de arts-directeur van een inrichting, om de gedachten te bepalen, die van een inrichting voor zwakzinnigen of moeilijk opvoedbaren, beschouwen. Deze arts zal zich bewust zijn, dat door de aard van deze inrichting, de algemene diagnose van de ziekte der opgenomen personen zonder meer voor ieder duidelijk is. De namen der opgenomen moet hij daarentegen als hem-uit-hoofde-van-zijn-functie-bekend beschouwen, zodat hij daaromtrent zijn geheimhoudingsplicht heeft te handhaven. Dat de teller, door het gemeentebestuur ingelicht, al die namen kent — en eventueel naar buiten kan laten „uitlekken" — is een ernstige fout, gevolg van deze wet. Het enige wat nog in de macht

van de arts-directeur staat, is zich er tegen te verzetten, dat het bestuur, of de leiding of de administratie, resp. via dezen iemand van het personeel de teller binnen laat, om zo te voorkomen, dat deze in persoonlijk contact de aanwezige patiënten bij name en in persoon identificeert. Voor wat ouderen, en nu gaan onze gedachten naar andere en oudere categorieën van inwonenden, ongehuwde moeders, reclassanten, ter beschikking gestelden, kan deze persoonlijke confrontatie met een teller, vooral als zich het hele gebeuren in een kleine gemeente afspeelt, bijzonder pijnlijk zijn. Wij moeten aannemen, dat deze geneesheer-directeur inderdaad de teller buiten de deur zal houden. Maar wat moet hij doen, als, onder de dwang van de wet, anderen in huis doen, wat hem uit hoofde van zijn geheimhoudingsplicht verboden is? Aftreden, met alle gevolgen van dien?

Hetzelfde dilemma moet de arts-niet directeur ervaren, die de privé-identiteit, ev. inclusief de diagnose, van zijn patiënten door langs hem heengaande n.b. door de wet voorgeschreven dwang geschondden ziet!

## II

Wanneer wij van de dokter, resp. de leiding van het huis, overgaan naar de daarin opgenomen personen, willen wij allereerst aandacht geven aan de tegen ons standpunt ingebracht protesten dergenen, die menen in de telling een voor de gehandicapten nuttige regeringsmaatregel te kunnen zien, n.l. een inventarisering, die de weg naar vermeerdering en verbetering van hulpverlening, in het bijzonder voor gehandicapten, zou helpen banen. Tegen deze mening voeren wij zes argumenten aan:

1. dat voor de kennis van de aard en de omvang der te betrachten verbetering van zorg wel kennis van de aard en de aantallen der te verzorgen patiënten, echter geenszins het kennen van de namen der betrokken patiënten nodig is. Het ongelukkige, reeds eerder door ons vermelde voorbeeld van minister Nelissen ter argumentatie van de op-naamstelling van de telling is een argument te meer voor de stelling, dat het vervolgen van een individueel ziektegeval, resp. het vervolgen van een statistisch belangrijk aantal individuele ziektegevallen, primair altijd zuiver een medische zaak is, waarmee de beleidsinstanties en de statistici alleen via de medici te doen mogen krijgen, onder alle waarborgen van respectering van anonimiteit.

Het is hier dus de plaats met nadruk de in de aanhef van ons schrijven gestelde verzekering te herhalen, dat wij in het geheel geen bezwaar zien in de telling als zodanig, *integendeel het nut daarvan voor het toekomstig beleid voor de volksgezondheid volledig onderschrijven. De kennis van de namen der patiënten is daarvoor ten enen male onnodig.*

2. De op-naam-plaatsing, vooral in combinatie met de uitermate grove en ongenueanceerde inde-

ling in categorieën van maten en soorten van invaliditeit, resp. hulpbehoevendheid, is onjuist en schadelijk: onjuist, omdat zij enerzijds door het ontbreken van scherpe, resp. objectieve criteria, of niet is door te voeren, of tot monstreuze, voor de personen in kwestie pijnlijke blunders moet leiden.

Een paar voorbeelden slechts: De vraaglust gaat zover, dat men wil weten in hoeverre iemand binnenshuis in het dagelijks leven handreikingen nodig heeft. Wanneer moet een huisvrouw, die dank zij de moderne technische hulpmiddelen zich zelf kan redden, c.q. zelfs met behulp van een „huishoudelijke hulp”, als hulpbehoevend worden geïnventariseerd? Wat te zeggen van blinden, die in belangrijke posities, praktisch zelfstandig Europa doorreizen? Wat van oud-poliopatiënten die Olympische prijzen winnen, zwaar-invaliden die langs universitaire studie tot belangrijke wetenschappelijke of sociale prestaties komen, al rijden zij in een wagentje of aangepaste auto? Wie zou het wagen Helen Keller als invalide te rubriceren? Mogen we op „invaliden”, die zichzelf hun vrijheid en zelfstandigheid hebben bevochten een „teller” afsturen die hen zal indelen?

- 3 De op naamstelling is ook schadelijk: de zojuist gevolgde gedachtengang voert tot een verder liggende, maar o.i. zeer essentiële conclusie: De „telling”, de persoonlijke, op naam doorgevoerde rubricering is lijnrecht in strijd met het eerste, basale beginsel van de revalidatie: namelijk dat haar doel is de gehandicapte te brengen tot een zo hoog mogelijk lichamelijke, geestelijke en sociale zelfstandigheid. Getaxeerd en geregistreerd te worden naar de mate van invaliditeit zal door velen die er naar streven boven hun gebrek uit te groeien, die er in hopen te slagen door het ontplooiën van compenserende kwaliteiten letterlijk volwaardig te worden, aantasten in hun persoonlijkheidsgevoel en in hun zelfvertrouwen.

4. Een fout op zich zelf is, dat de registratie op de band het vastleggen is van de status quo op één ogenblik; ernstige tekortkoming jegens allen, wier reconvalescentie in gang is. En dat in deze tijd, waarin de macht der geneeskunde tot genezing van tot voor kort ongeneeslijke ziekten en invaliditeiten ons dagelijks voor verrassingen plaatst; waarin technische voorzieningen, medicamenteuze en andere therapieën de symptomen van allerlei categorieën van ernstige ziekten (men denke slechts aan diabetes, pernicioze anemie, nierziekten) zodanig kunnen terugdringen, dat een geheel of bijkans valide leven mogelijk is! Moeten deze „zieken”, geregeld onder controle van hun arts, volgens kaart 2 sub 7a en 7b, als „aangewezen op hulp van anderen” worden gerubriceerd? Het overdenken van deze en talloze andere dergelijke gevallen dwingt van de medische kant uit de rubricering 7a-7c als niet alleen als onmogelijk en ontoelaatbaar, maar als droevig-ridicuul en ook als schadelijk voor de patiënten te karakteriseren.

5. Wij komen terug op de inbreuk, die de telling

maakt op de integriteit van de persoonlijkheid en de persoonlijke vrijheid: de ongehuwde moeder, de reclassant, het moeilijk opvoedbare kind, die in hun tijdelijk verblijf worden geregistreerd: zullen zij de „telling” niet als een diskwalificatie ondergaan? Subjectief... en objectief? De mogelijkheid bestaat, ook in het gevaal dat de teller niet „lekt” en de gemeenteraadsleden, resp. het „gemeentebestuur” potdicht is, dat de geregistreerde behoort tot die 10%, waarvan de banden een paar jaar worden bewaard voor na-onderzoek. Moet dan na zoveel jaren worden opgerakeld dat mevrouw X een ongehuwde moeder, mijnheer Y „gereclasseerd” is geweest?

6. En dan tenslotte blijft, dat wij niet kunnen vergeten en ook niet mogen negeren, die mogelijkheid, dat hetzij van binnen of van buiten een misdadige aanslag wordt gepleegd op ons land; dat misbruik wordt gemaakt, vóór wij het kunnen beletten, van hetgeen op de computerband is vastgelegd en bewaard. Men wuift zo gemakkelijk deze kans weg. Men zegt: „de wetenschap over onze oostergrenzen is ernstig en eerlijk”. Wij zijn er van overtuigd. Maar niemand kan zeker zijn, dat er naast en buiten de ernstige wetenschappelijke wereld, geen stromingen zijn, waarin de N.S.B.-inzichten over „onnutte levens die moeten worden opgeruimd” nog voortbestaan. Nauwelijks bekend is, dat maar enkele dagen vóór D day „men” alle voorbereidingen klaar had om beslag te leggen op de centrale karthotheek van alle leerlingen en oudleerlingen van zwakzinnigen-scholen...

In het voorgaande hebben wij, overeenkomstig onze medische opzet, alleen gesproken over inrichtingen en tehuizen van medisch karakter. Het zou fout zijn, niet ten slotte in het voorbijgaan te zeggen, dat met name een overeenkomstige gedachtengang moet worden gevolgd voor instellingen op sociaal, resp. sociaal-psychologisch gebied.

### III

Het D.B. van de K.N.M.G. heeft in zijn perscommuniqué naar aanleiding van onze vorige open brief gesteld, dat het beroepsgeheim van de arts niet in het geding is, indien het gaat om het zelf invullen van vragenlijsten. De waarde van deze stelling in casu wordt o.i. teniet gedaan, enerzijds door het feit dat de inrichting of het tehuis mee moet werken aan de voorlegging van de vragenlijsten aan de patiënten, anderzijds door de toelating van de teller tot de administratieve gegevens van het huis. De arts gaat o.i., als gezegd, voor zijn aandeel alleen vrijuit, indien hij het contact tussen de administratie en de teller verbiedt.

Het D.B. spreekt van het maatschappelijk nut van de telling. Wij menen dat, vanuit medisch standpunt

### Maatschappij-agenda 1971

1 april	— Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
17 april	— Ledenvergadering L.S.V.
24 april	— Alg. Vergadering Maatschappij
7 mei	— Ledenvergadering L.H.V.
23 september	— Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
7, 8 en 9 oktober	— Ledencongres Maatschappij
23 oktober	— Ledenvergadering L.S.V.
30 oktober	— Alg. Vergadering Maatschappij
13 november	— N.H.G.-congres
19 november	— Ledenvergadering L.H.V.
27 november	— Ledenvergadering L.A.D.

bezien, dit nut wordt overschaduwd door de zeer ernstige nadelen en psychisch-hygiënische gevaren, individueel en sociaal van de op-naam-stelling. Tegenover het door het D.B. uitgesproken vertrouwen in de handhaving van de anonimiteit stellen wij onze skepsis, gegeven de grote rol die vele en velerlei personen in de uitvoering toegewezen hebben gekregen; een en ander in het bijzonder in verband met de op-naam-stelling.

In het gesprek op 2 februari i.l., waartoe welwillenderwijze ondergetekenden door de voorzitter zijn uitgenodigd, heeft deze aangevoerd, dat het, in het algemeen gesproken, op de weg ligt van de K.N.M.G. zich te conformeren aan langs legale, democratische weg tot stand gekomen wettelijke voorschriften. Wij willen dit geenszins bestrijden; stellen daar echter tegenover, dat het ook de taak is der Maatschappij te waken voor de belangen der volksgezondheid en te waarschuwen, wanneer van regeringszijde maatregelen genomen worden, die voor de gezondheid — *in casu geldt het hier de geestelijke volksgezondheid* — schadelijk dreigen te zijn. Deze dreiging ligt bij de volkstelling op naam in de aantasting van de persoonlijkheid en het gevaar voor de persoonlijke geestelijke vrijheid der burgers. Nu de wet helaas een voldongen feit is, is o.i. voor de artsen weigering tot medewerking op grond van de verschoningsplicht een collectieve plicht.

Wij herhalen dus met klem aan de Maatschappij en aan de artsen de in onze vorige brief gedane oproep!

Hoogachtend,

W.g.  
Prof. Dr. G. C. Heringa  
P. J. M. Baudoin  
Parkstraat 7, Assen

# Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (V)

*Door Prof. Dr. P. Muntendam*

## **Preventieve geneeskunde en sociale zekerheid**

De ontwikkeling van de preventie in geneeskunde en gezondheidszorg maakt het noodzakelijk zich erover te beraden of de organisatie van dien aard is, dat een optimaal effect op de volksgezondheid is te verwachten. Als wij een poging willen doen ons hierop te bezinnen, dan zullen wij ons in het kader van dit artikel beperkingen moeten opleggen. Wij hebben daartoe de keuze gemaakt door het vraagstuk uitsluitend voor Nederland te bezien — hoewel uitspraken uit het buitenland zullen worden aangehaald — en het te projecteren in het kader van de sociale zekerheid.

Historisch gezien heeft de bestrijding van besmettelijke ziekten door het voorkomen de eerste duidelijke inhoud aan de preventieve geneeskunde gegeven. Centraal stond daarbij de immunisatie en men zou Jenner daarom zeker een van de grondleggers van de preventieve geneeskunde kunnen noemen. Het volgend jaar zal het honderd jaar geleden zijn, dat onze eerste Besmettelijke-Ziektewet (Thorbecke, 1872) tot stand kwam en terecht vormden de artikelen over de vaccinatie tegen pokken een belangrijk onderdeel van deze wet. Een tweede belangrijke impuls tot de ontwikkeling van de preventieve geneeskunde kwam uit de zich rondom de eeuwwisseling ontwikkelende pediatrie, waarbij met name de toenemende kennis over de invloed van een goede voeding en doelmatige, hygiënische verzorging op de gezondheid van het jonge kind, zich reeds spoedig manifesteerde in een duidelijke daling van de zuigelingensterfte. De betekenis van beide impulsen vinden wij in ons land terug in het jaar 1929, waarin het Instituut voor Praeventieve Geneeskunde te Leiden werd opgericht, dank zij vooral het initiatief van de kinderarts Dr. E. Gorter; de eerste en voorlopig enige afdeling in dit instituut vormde de bacteriologie. En het waren wederom de kinderarts en de bacterioloog, Gorter en Van Loghem, die een belangrijke bijdrage leverden tot het enkele jaren later, in 1936, verschijnen van het bekende Leerboek Praeventieve Geneeskunde.

Naast deze beide specifiek preventief-geneeskundige gebieden dient duidelijk naar voren te worden gebracht, dat reeds geruime tijd ook in ons land de kennis rijpte omtrent het causale verband tussen sociale levensomstandigheden en gezondheid, duidelijker gezegd tussen armoede en ziekte. Het waren vooral de geneeskundigen Matthias van Geuns aan het einde van de 18e eeuw en Coronel na het

midden van de 19e eeuw, die niet alleen in vele publicaties op dit verband wezen, doch tevens duidelijk stelden dat het voorkomen van ziekte mede een taak en verantwoordelijkheid was van de overheid, voor zover het betrof bestrijding van armoede, verbetering van het leefmilieu en bestrijding van de gevaren het kind, de vrouw en de man vanuit de arbeid bedreigend.

Keren wij terug tot de besmettelijke ziekten, die rondom het jaar 1870 ons land nog steeds in ernstige mate bedreigden: pokken, cholera en tyfus. Het waren immers deze aandoeningen, die hebben geleid tot een actief deelnemen van de bevolking zelf in de bestrijding ervan. Reeds in de zestiger jaren vormden zich plaatselijk comités om het hoofd te bieden aan de bedreiging van de cholera en op initiatief van de rijksoverheid, te weten van de inspecteur van de volksgezondheid in Noord-Holland, werden in die provincie in 1875 de eerste (Witte) Kruisverenigingen opgericht, welke zouden leiden tot het landelijke net der kruisorganisaties (Groene, Wit-Gele en Oranje-Groene Kruis). Een enkel gegeven uit deze ontwikkeling dient hier te worden vermeld, teneinde de historische groei te verduidelijken en inzicht te verschaffen over de achtergrond van de huidige situatie en haar problemen met betrekking tot de organisatie van de preventief-geneeskundige zorg in ons land. De taak van de eerste kruisverenigingen was een gemengde, dat wil zeggen zowel curatief als preventief. Curatief in de zin van bevordering van een goede thuisverpleging van de patiënten (vooral de armen) lijdende aan een besmettelijke ziekte, welke verpleging tevens een duidelijk preventief karakter droeg door het beperken van besmettingsgevaar. Men denke bijvoorbeeld aan de verpleging van de zieke op een uit het magazijn verkregen ledikant, waardoor het besmettingsgevaar in de bedstee belangrijk werd beperkt. Ook met zuivere preventie hielden deze kruisverenigingen zich bezig. De bevordering van het verkrijgen van betrouwbaar drinkwater was een voorbeeld van deze preventieve taak. Reeds van den aanvang af heeft de gezondheidsvoorlichting, vooral door de wijkverpleegsters die reeds aan het einde van de vorige eeuw haar entree in het Witte en Groene Kruis maakten, een belangrijk element in de functie van de Kruisorganisaties uitgemaakt. Door het terugdringen van de epidemische ziekten kwam de algemene ziekenverpleging in de woning steeds meer op de voorgrond, vooral rondom de eeuwwisseling toen duidelijk werd, dat de kruisverenigingen pas dan hun taak op behoorlijke wijze konden ver-

vullen als zij konden beschikken over een wijkverpleegster. Het is echter juist deze medewerkster in de gezondheidszorg geweest, die in steeds toenemende mate het preventief-geneeskundige karakter aan de taak van de kruisverenigingen zou geven.

Twee ontwikkelingen hebben hiertoe in belangrijke mate bijgedragen. De eerste ontwikkeling lag in het bacteriologische en daarmee in het epidemiologische vlak. Het vinden van de tuberkelbacil (1882) en daarmee het erkennen van de tuberculose als een zeer besmettelijke ziekte, vooral gevaarlijk voor hen, die uit hoofde van hun leeftijd (kinderen), hetzij uit hoofde van geringe weerstand (armoede, slechte voeding) dan wel slechte milieu-omstandigheden (woning, fabriek) het meest vatbaar bleken voor infectie. Uitermate belangrijk was de rol, die de kruisverenigingen hierbij in de thuisverpleging zouden gaan spelen. De profylaxe en het voorkomen van een voortgaande gezinsbesmetting lagen daarbij in handen van de wijkverpleegster. Het was dan ook niet te verwonderen dat de rijksoverheid, erkennende dat de bestrijding van de tuberculose mede haar verantwoordelijkheid was, in de loop van het eerste decennium van deze eeuw, onder andere door het verlenen van subsidies, tevens erkende dat zij de organisatie en de uitvoering dezer bestrijding, vooral liggende in het preventieve vlak, vol vertrouwen kon leggen in handen van de particuliere organisaties — de kruisverenigingen en de Verenigingen ter bestrijding van de tuberculose — en niet zelf moest gaan doen wat anderen beter ter hand konden nemen. Naast deze belangrijke preventief-geneeskundige taak, waartoe de tuberkelbacil aanleiding gaf, ontwikkelde zich het inzicht, dat ook de pediatrie een duidelijke bijdrage in de preventie binnen de kruisverenigingen zou kunnen leveren. Door de provinciale diensten van de Kinderhygiëne en met name door de medewerking van de wijkverpleegsters-huisbezoeksters aan de lokale consultatiebureaus voor zuigelingen breidde de preventief-geneeskundige activiteit van de kruisverenigingen in het gezin zich opnieuw uit. Andere terreinen, ook in de sector geestelijke volksgezondheid, volgden. Uit de overheidssubsidie aan de plaatselijke verenigingen, zijnde de helft van het salaris van de wijkverpleegster, blijkt welk een rol de overheid in de preventief-geneeskundige zorg aan de kruisverenigingen heeft opgedragen.

Behalve de thuisverpleging van zieken, voortgekomen uit preventieve overwegingen in het einde van de vorige eeuw, is de curatieve zorg steeds buiten de actieradius van de kruisvereniging gebleven. Ook deze ontwikkeling heeft haar historische verklaring. Ten tijde van de oprichting dezer verenigingen immers waren de ziekenfondsen, vooral in de grote steden en industriële centra, reeds in volle bloei. Deze organen, werkend op verzekeringsbasis, hadden uitsluitend tot doel, aan de verzekerden in geval van ziekte geneeskundige hulp te verstrekken. Bij de ontwikkeling van het ziekenfondswezen in deze eeuw en ook na de invoering van het Ziekenfondsenbesluit en later van de Ziekenfondswet heeft

het verstrekkingenpakket het karakter van curatieve zorg behouden, hoewel tussen 1960 en 1970 bij een viertal circulaires van de Ziekenfondsraad een voorzichtige poging is gedaan in de richting van de preventie door enkele mogelijkheden tot immunisatie voor de verzekerden te openen. In beginsel kan men echter stellen, dat de verstreking van de curatieve zorg de optimale mogelijkheid tot ontplooiing heeft gekregen binnen de sociale verzekering, in casu het ziekenfondswezen.

Na deze historische schets van de verschillen in organisatiepatroon tussen preventieve en curatieve zorg in ons land, dient men zich af te vragen of deze ontwikkeling nog kan worden aanvaard in het huidige maatschappelijke patroon. Een eerste aanwijzing van twijfel vindt men reeds in het begin van deze eeuw, namelijk in 1907 als de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst zich met een adres tot de Tweede Kamer richt naar aanleiding van het ontwerp-Ziekteverzekeringwet en hierin stelt, dat de wijkverpleging een taak van de ziekenfondsen zou moeten zijn, opdat „... de geneeskundige behandeling der verzekerden geschiede op de meest doeltreffende wijze”. In het Unificatierapport van 1925, waaraan ook de Maatschappij haar bijdrage leverde, wordt nogmaals gesteld dat wijkverpleging en vaccinaties in de ziekenfondsverzekering thuishoren. Het rapport Sociale Verzekering, uitgebracht in 1938 door N.V.V. en S.D.A.P., ziet als taak van de ziekenfondsen mede vaccinatie, immunisaties, andere vormen van preventieve geneeskunde en bevordering van de wijkverpleging.

In de considerans van de Ziekenfondswet wordt over preventie niet gesproken, doch wordt slechts „de geneeskundige verzorging” als object van ziekenfondsverzekering beschouwd. Hoewel de inhoud van de verstreking bij Algemene Maatregel van Bestuur moet worden bepaald, bestaat er geen twijfel over het standpunt van de wetgever in deze, gezien hetgeen hierover in de Memorie van Toelichting is geschreven:

„De verstrekkingen liggen vrijwel geheel in de sector van de curatieve gezondheidszorg. Dit vloeit voort uit de historische ontwikkeling en er bestaat naar het oordeel van de ondergetekenden geen aanleiding voor principiële veranderingen te dezer zake.”

Het is wel verbazingwekkend, dat de wetgever in 1961 deze woorden schrijft, twintig jaar na het hieronder te vermelden Engelse rapport inzake sociale zekerheid en een jaar nadat de Ziekenfondsraad, na hierover advies te hebben ingewonnen van een commissie van deskundigen, een circulaire tot de ziekenfondsen richt, waarin de raad stelt dat naast de curatieve hulp als taak voor de ziekenfondsen ook gerekend moet worden „... die preventieve zorg, die van belang is voor de individuele verzekerde en zijn gezin...”, een standpunt dat in overeenstemming is met de vroegere uitspraken die hierboven werden aangehaald. Blijkbaar was de toenemende roep om integratie van preventieve en

curatieve zorg, zowel in toepassing als organisatie, in 1961 nog niet tot het oor van de wetgever gedrongen.

Reeds werd gewezen op het Engelse rapport, dat in 1942 verscheen. De staatsman William Beveridge, bood dit rapport getiteld „Social Insurance and Allied Services” aan zijn regering aan en het zou dit document zijn, dat de grondslag voor de National Health Service zou vormen. In dit rapport wordt het begrip Sociale Zekerheid ontwikkeld\* en Beveridge stelt onder meer vast, dat gezondheid en sociale zekerheid in wisselwerking tot elkaar staan: geen sociale zekerheid zonder de grondslag van gezondheid, geen gezondheid zonder de zorg in het kader van de sociale zekerheid. Met andere woorden: slechts dan kan aan ieder lid van de volksgemeenschap het recht op gezondheidszorg — zie ook de Universele Verklaring van de Rechten van de Mens van de Verenigde Naties, 1948 — worden gewaarborgd, indien deze zorg is ingebouwd in het kader van de sociale zekerheidswetgeving. Het is duidelijk, dat hierin niet past de veronderstelling dat uitsluitend zou moeten worden gedacht aan curatieve gezondheidszorg. Integendeel, de preventie is in deze niet minder belangrijk en als men spreekt over gezondheidszorg, beschikbaar voor eenieder, dan dient men deze zorg als geïntegreerde preventieve en curatieve zorg, als maatschappelijke gezondheidszorg te zien. Zeer duidelijk brengt Beveridge dit onder woorden, waar hij stelt dat voor het waarborgen van sociale zekerheid nodig is „... a comprehensive service for the prevention and the cure of disease and disability”, waaraan hij toevoegt, dat iedere burger recht heeft op deze voorziening, waar of in welke vorm ook, door huisarts of specialist, thuis, poliklinisch, klinisch of in gezondheidscentra. Hoe goed ook bedoeld. Engeland heeft zijn kans niet gegrepen; het heeft er niet voor gezorgd, dat binnen de nationale gezondheidsdienst in een waarlijk geïntegreerde maatschappelijke gezondheidszorg werd voorzien. En toch waren het de geneeskundigen, vooral de huisartsen, die in alle landen zich in toenemende mate ervan bewust werden, dat een belangrijk deel van de door hen verleende geneeskundige hulp en aan het gezin verstrekte adviezen in feite van preventief-geneeskundige aard waren. Een andere buitenlandse uitspraak, welke deze gedachte wederom duidelijk vertolkt in het organisatorische vlak, lezen wij in de *Revue International du Travail* (1949): „... un service de soins médicaux ne peut atteindre sa pleine efficacité s'il ne fait partie intégrante d'un service de santé bien organisé, couvrant tous les aspects de la prévention et de la guérison des maladies”.

Keren wij tot eigen land terug, dan stellen wij vast, dat zowel in het medische als in het paramedische vlak bij de uitoefening van de geneeskunst

er een steeds grotere vermenging komt van preventief- en van curatief-geneeskundige handelingen en verrichtingen en dat in het kader van de grondrechten van de mens, het behoud, de bevordering en het herstel van de gezondheid, een elementaire voorwaarde voor sociale zekerheid is. Met het vaststellen van het feit, dat de preventieve zorg zich in Nederland historisch heeft ontwikkeld binnen de kruisverenigingen en buiten het ziekenfondswezen, dus buiten de sociale verzekering, mag men niet, als de wetgever in 1961, volstaan. Dan immers zou men bewust onze preventief-geneeskundige zorg buiten de sociale-zekerheidswetgeving houden; het lidmaatschap van de kruisverenigingen is immers een volkomen vrijwillige aangelegenheid van het individu en men kan derhalve niet stellen, dat de Nederlander in het kader van de sociale zekerheid een recht op preventief-geneeskundige hulp kan doen gelden. Ook het feit van subsidiëring van de kruisverenigingen verandert aan dit beginsel niets. De vraag is derhalve duidelijk: kan er tussen het ziekenfonds en de kruisverenigingen een zodanige integratie van organisatie tot stand worden gebracht, dat met behoud van het bestaan der partners, met name van de niet bij wet zeker gestelde kruisverenigingen, de geneeskundige zorg als een geïntegreerde preventief- en curatief geneeskundige hulp in het kader van een recht binnen de sociale zekerheid wordt gewaarborgd?

Er zijn verschillende ontwikkelingen geweest, die de bestudering van deze vraag hebben bevorderd. Reeds werden genoemd de circulaire van de Ziekenfondsraad inzake de immunisaties. Steeds meer werden met name de huisartsen zich bewust van hun preventieve taak, welke onder meer in hun functie van „family-counsellor” een belangrijke rol speelt. Ook binnen het kader van de Ziekenfondsraad kwam dit aspect meer dan eens in de gedachtenwisseling duidelijk naar voren. Duidelijk was ook de evolutie binnen de kruisverenigingen. Was men tot voor betrekkelijk korte tijd geleden nog huiverig voor een te nauw contact met de ziekenfondsen, vooral voortkomend uit een naar mijn mening begrijpelijke vrees voor verlies van zelfstandigheid, nadat men gedurende bijna een eeuw een zo voortreffelijke staat van dienst in de preventief-geneeskundige zorg had weten te verwerven, steeds meer bleek men ervan overtuigd dat de bakens moesten worden verzet en dat ook deze gezondheidszorg een recht is, dat in het kader van de sociale zekerheid zijn toepassing zou kunnen vinden. Daarenboven waren de toenemende materiële zorgen voor de kruisverenigingen reden met een ander oog dan het voormalig wantrouwende een blik te werpen in de richting van de organen, welke in deze de sociale zekerheid waarborgen, de ziekenfondsen.

De hier geschetste ontwikkeling werd duidelijk toen een werkgroep „Preventie” uit de Commissie Verstrekkingen van de Ziekenfondsraad zich in 1969 met een nieuwe studie over het vraagstuk van de preventie binnen het ziekenfondswezen belastte. Hoewel deze werkgroep en de genoemde commis-

---

\* Zie ook: P. Muntendam. Sociale Zekerheid. Medisch Contact nr. 45/1965.

sie hun studie nog niet hebben afgerond, mogen toch enkele mededelingen reeds worden gedaan om een indruk te geven van de richting, waarin de organisatie en financiering van de betreffende voorzieningen zich wellicht in de naaste toekomst zal kunnen ontwikkelen. In dit verband dient namelijk een andere wet te worden genoemd, welke in dit betoog nog geen vermelding vond, te weten de A.W.B.Z., de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1967). In tegenstelling tot de Ziekenfondswet, welke slechts een verplichte verzekering kent voor loontrekkenden met een loon van f 17.050,— of minder en een vrijwillige verzekeringsmogelijkheid voor zelfstandigen met een zelfde inkomensplafond, is de A.W.B.Z. een algemene volksverzekering, geldend voor iedereen, zonder loon- of inkomensgrens. In beginsel geeft de A.W.B.Z., welke wordt uitgevoerd door de ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars onder toezicht van de Ziekenfondsradaad, aanspraak op langdurige opname in inrichtingen, derhalve op verstrekkingen die de gemiddelde draagkracht van iedere Nederlander te boven gaan, reden waarom men aan deze tak van sociale-zekerheidsvoorziening de vorm van de volksverzekering heeft gegeven. Vanaf de invoering van deze wet op 1 januari 1968 heeft het weliswaar in het voornemen gelegen de aanspraken voorlopig te beperken tot intramurale voorzieningen en wel in de eerste plaats die, welke veelal van zeer langdurige aard zijn (in verpleegen zwakzinnigeninrichtingen en inrichtingen voor zwaar lichamelijk gehandicapten), maar er is gesteld, dat risico's voortvloeiende uit extramurale voorzieningen, zeker niet in beginsel van de aanspraken zouden zijn uitgesloten. Het is juist gezien van de wetgever, hier geen principieel onderscheid te maken tussen intra- en extramuraal, aangezien deze voorzieningen vaak in één lopen — men denke bijvoorbeeld aan de steeds meer in zwang komende dagverplegingen — en bovenal moet worden gestreefd naar één zodanige financiering van de gezondheidszorg, dat iedereen aanspraak hierop kan maken. Met andere woorden, de A.W.B.Z. vormde het sluitstuk van de sociale verzekering, waardoor het mogelijk werd het geheel van de gezondheidszorg te plaatsen in het kader van de sociale zekerheid.

De nieuwste ontwikkeling in de toepassing van de A.W.B.Z. moet men dan ook in deze context zien en met name in verband met de bewoordingen inzake het voorwerp der verzekering, zijnde de geneeskundige behandeling, verpleging en verzorging, daaronder begrepen voorzieningen tot behoud, herstel of ter bevordering van de arbeidsgeschiktheid, of strekkende tot verbetering van levensomstandigheden. In dit licht moet men het initiatief van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid bezien, die in 1970 advies heeft gevraagd omtrent het brengen van de sociaal-psychiatrische diensten binnen de voorzieningen krachtens de A.W.B.Z. Aannemende, dat binnenkort deze uitbrei-

ding van toepassing der A.W.B.Z. tot stand komt, kan worden vastgesteld, dat hiermee ook een belangrijke stap geplaatst wordt in de richting van het brengen van de preventief-geneeskundige zorg binnen de sociale zekerheid. Immers de activiteiten der sociaal-psychiatrische diensten zijn in sterke mate preventief gericht, zodat het initiatief van de staatssecretaris een principiële stap betekent voor de organisatie en toepassing van de preventieve zorg in ons land. Temeer mogen wij deze conclusie trekken, omdat het ons bekend is dat een inmiddels aan de staatssecretaris uitgebracht advies van de Centrale Raad van de Volksgezondheid inzake de financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg in Nederland evenzeer wijst in de richting van het brengen van deze zorg, preventief en curatief, onder de A.W.B.Z., zij het dat men — terecht — dit proces in fasen wil doen verlopen.

Voegen wij bij deze ontwikkelingen het feit, dat uit het contact van de werkgroep „Preventie” uit de Ziekenfondsradaad met de nationale kruisverenigingen duidelijk bij deze organisaties een grote mate van bereidheid is gebleken, de mogelijkheid te onderzoeken met behoud van zelfstandigheid en het beginsel van het lidmaatschap der kruisvereniging het gehele terrein van preventieve werkzaamheid in de sociale zekerheid, dat wil zeggen binnen het kader van de A.W.B.Z., te brengen, dan meen ik dat de conclusie gerechtvaardigd is, dat binnen enkele jaren een vervolgartikel in Medisch Contact zal kunnen verschijnen, met dezelfde titel als boven dit stuk geplaatst is, met dien verstande dat het woordje „en” in „in” zal zijn gewijzigd: „Preventieve geneeskunde in sociale zekerheid”.

Welke voordelen zullen dan zijn verkregen? Voorop dient te worden gesteld, dat iedere Nederlander dan het recht op deze zorg kan doen gelden, terwijl tegenover dit recht de plicht van premiebetaling bestaat. Deze plicht stelt hem echter in staat zelf bij de uitvoering betrokken te zijn, hetgeen bij een financiering uit de algemene middelen in mindere mate het geval is. Voorts is een financiering krachtens de sociale verzekering bij de wet zeker gesteld, terwijl overheidssubsidiëring een waarborg voor deze continuïteit allerminst biedt. Belangrijk is ook de financiële basis, die langs deze weg aan de uitvoeringsorganen, met name aan de kruisverenigingen, wordt geboden, waardoor de mogelijkheid wordt geschapen tot een grotere uniformiteit van uitvoering, terwijl tevens deze financiële zekerheid de voorwaarden schept tot kwaliteitsverbetering van de maatschappelijke gezondheidszorg. En tenslotte zal door het onderbrengen van preventieve zorg in de A.W.B.Z. de kloof tussen de op historische gronden zo sterk uit elkaar gegroeide preventief- en curatief-geneeskundige zorg kunnen worden overbrugd en zal kunnen worden gestreefd naar een steeds verder voortgaande integratie, zoals de praktijk, vooral van de huisartsen, deze in feite reeds lange jaren toont.



# VROUW, HUIS en AUTO 1971

Door Mr. K. Sneep

Mr. Neijzen heeft in Medisch Contact van 8 januari 1971 een overzicht gegeven van de wijzigingen, die 1971 op fiscaal gebied te zien geeft. Op een drietal daarvan wil ik thans dieper in gaan.

## Helpende echtgenote

De fiscale positie van de gehuwde werkende vrouw is een voortdurende bron van discussie. Na een aanvankelijke zuinig gemeten vrijstelling van één/derde van de arbeidsinkomsten van de gehuwde vrouw met een minimum van f 500,— en een maximale aftrek van f 2.000,—, welke voor de haar man in zijn praktijk meehelpende echtgenote meestal neerkwam op een aftrek van f 750,—, bracht het jaar 1970 een soulaas van 11%; de aftrek van één/derde van de arbeidsinkomsten bleef, doch de aftrekbare minima en maxima werden respectievelijk f 555,— en f 2.220,—; de geldswaarde van de hulp van de meehelpende echtgenote werd in principe gesteld op f 2.499,— en daarmee de doorsnee-aftrek op f 833,—. Het jaar 1971 brengt een principiële wijziging aldus, dat van de arbeidsinkomsten de eerste f 1.000,— steeds zullen zijn vrijgesteld. Heeft de vrouw méér dan f 1.000,— arbeidsinkomsten, dan zal terzake van het meerdere een aftrek van 20% worden gegeven. De totale aftrek zal echter niet meer dan f 4.000,— kunnen bedragen. Dit maximum zal dus bij een netto arbeidsinkomen van f 16.000,— kunnen worden gehaald; immers de vrijstelling bedraagt in dat geval f 1.000,— plus 20% x (f 16.000,— - f 1.000,—). Onder arbeidsinkomsten zijn tevens te begrijpen uitkeringen wegens tijdelijke arbeidsongeschiktheid en (dit is nieuw!) uitkeringen ingevolge de werkloosheidswet.

De waardering van de hulp van de haar man in diens zelfstandig beroep meehelpende vrouw is ingaande 1971 zeer principieel gewijzigd, en wel door deze te relateren aan twee factoren; te weten de door haar bestede tijd en de winst van 's mans onderneming. De formule is de volgende:

Bij een hulp, die minstens 2.000 uren per jaar omvat (dat is méér dan een volle normale dagtaak bij een vijfdaagse werkweek!) wordt de waarde daarvan gesteld op minstens f 3.000,— (aftrek alsdan f 1.000,— + 20% x f 2.000,— = f 1.400,— of (als dat meer is) op 35% van de totale winst uit onderneming. Zou een artsenvrouw aan de hulp van haar man een volle dagtaak hebben (2.000 uren of meer) bij een totale praktijkopbrengst van f 80.000,—, dan wordt de waarde van haar aandeel gesteld op 35% x f 80.000,— = f 28.000,—. De vrijstelling zou

moeten bedragen f 1.000,— + 20% x f 27.000,—, doch blijft beperkt tot het maximum van f 4.000,—.

Bij een hulp, die tenminste 1.000 uren per jaar omvat (ruim halve dagen) wordt de waarde daarvan gesteld eveneens op minstens f 3.000,—, of als dit meer is op 22,5% van de ondernemingswinst. Voor de medische praktijk betekent dit voor een ruim halve dagen meewerkende vrouw eveneens praktisch steeds de maximale aftrek van f 4.000,—.

Voor alle andere gevallen (de minder jaarlijkse uren vergende echtelijke hulp) wordt de waarde daarvan gesteld op f 3.000,—, en de aftrek derhalve op f 1.400,—.

Let wel: geschrokken van de plotselinge vrijgevigheid (!) ten aanzien van de werkende gehuwde vrouw en de daaraan verbonden budgettaire gevolgen, hebben de regeerders het nodig geoordeeld uitsluitend voor het jaar 1971 de minimum aftrek te stellen op f 850,— (i.p.v. f 1.000,—) en de maximale op f 2.500,— (i.p.v. f 4.000,—). Wij memoreren, dat onder arbeid van de vrouw bij de praktijk van haar man niet valt arbeid die in het huishoudelijke vlak ligt (aannemen van al dan niet telefonische boodschappen, schoonhouden van praktijkruimten, was- sen enz. van beroepskleding). Deze beperking volgt uit de geschiedenis van de tot standkoming van de betreffende regeling en wordt in die zin door de belastingdienst gehanteerd. De tot aftrek leidende hulp zal dus verder moeten gaan (bijhouden van administraties; regelen van afspraken, bestellingen doen enz., medische assistentie). De fiscale praktijk zal dus zijn, dat de hulp van de meeste doktersvrouwen niet verder wordt gehonoreerd dan met de doorsnee aftrek van f 1.400,— (voor het jaar 1971 f 850,— plus 20% x f 2.150,—, zijnde f 1.280,—). De nieuwe regeling heeft helaas géén wijziging gebracht in de onbevredigende situatie, dat hulp van de vrouw bij de arbeid uit dienstbetrekking van haar man niet met een fiscale aftrek wordt gehonoreerd.

## Eigen huis

In Medisch Contact van 8 januari j.l. is reeds uitvoerig uiteengezet, dat voor 1971 e.v. de huurwaarde minus lasten voor de zelf bewoonde eigen woning wordt gefixeerd op bedragen, oplopende tot maximaal f 2.400,— per jaar, afhankelijk van de verkoopwaarde in bewoonde staat. Dit maximum wordt overigens pas gehaald bij een dergelijke verkoopwaarde van f 240.000,— of meer. Renten en kosten van (hypothecaire) leningen en erfpachtscanons blijven afzonderlijk aftrekbaar. De inkomensfixatie, die

vooral aan de aftrekbaarheid van grote onderhoudskosten een einde heeft gemaakt, geldt ook voor de zogenaamde tweede woning. Wordt deze tweede woning tijdelijk aan derden verhuurd, dan zal als netto inkomen dienen te worden aangegeven drie/kwart van de terzake ontvangen huur. Bij gemeubileerde of gestoffeerde tijdelijke verhuur zal theoretisch als inkomen moeten worden aangegeven drie/kwart van het ontvangen huurbedrag, voor zover dit de woning als zodanig betreft, plus het volle bedrag wegens meerdere huur van stoffering of meubilering minus de op dit laatste drukkende lasten (afschrijving op, c.q. kosten van vervanging van verhuurd meubilair enz.) Praktisch gesproken zal een en ander veelal ook overeenkomen met drie/kwart van de totale huur voor huis plus stoffering en/of meubilering. Voor woning met praktijk aan huis geldt de inkomensfixatie alleen voor het woondeel; de lasten op het praktijkdeel drukkende blijven volledig aftrekbaar. Stel, dat een woning, tevens voor de praktijk dienende, een verkoopwaarde heeft liggende tussen de f 120.000,— en f 240.000,—, dan zou bij uitsluitend bewoning de netto inkomsten daaruit worden gefixeerd op f 1.200,— per jaar.

Stel, dat deze woning voor 75% als woning en voor 25% voor de praktijk dient (garage voor de praktijkauto tot het praktijkdeel rekenend), dan dient terzake van het woondeel te worden aangegeven  $75\% \times f 1.200,— = f 900,—$ . Van de praktijkinkomsten mogen dan worden afgetrokken de werkelijk op het praktijkdeel drukkende lasten. Dit zullen zijn 25% van de totale vaste lasten (grond- e.a. lasten; verzekering; afschrijving) plus de werkelijke aan het praktijkdeel bestede onderhoudskosten (hier ontstaat weer een duidelijke bron van fiscale conflicten. Wie controleert of de schilder de wachtkamer dan wel de keuken een opknappbeurt heeft gegeven?) Ook in deze situatie blijven de volle kosten en renten van geldleningen en de volle erfpachtscanons fiscaal aftrekbaar. Deze regeling geldt zowel voor woon/praktijkpanden, die tot het zogenaamd privé-vermogen, als voor die welke tot het beroepsvermogen behoren.

#### Auto

Het fiscaal niet-aftrekbaar deel wegens privé rijden met een zaakauto wordt ingaande 1971 beheerst door de navolgende regels, die overigens in hoofdlijnen overeenstemmen met de voordien geldende opzet:

Wanneer een zaakauto privé wordt gebruikt, wordt dit privégebruik gefixeerd op 15% (was 10%) van de catalogusprijs inclusief b.t.w. Het verlaagde percentage van 6% voor tweedehands auto's is komen te vervallen.

De fixatie van het privégebruik geldt niet als de auto nagenoeg niet privé wordt gebruikt. Volgens rechtspraak kan van nagenoeg niet privé gebruiken worden gesproken als het totaal aantal privékilometers per jaar niet meer is dan 10% van het totale jaarkilometertal en bovendien niet meer dan 2.000 km.

De fixatie van de privékosten geldt alleen ten aanzien van auto's, die behoren tot het beroep (ondernemings)vermogen van de belanghebbende, dan wel voor de zaakauto, die de werkgever aan zijn werknemer ter beschikking stelt.

Rijden van huis naar werk behoort tot de zakelijke ritten (voor zelfstandigen was dit voorheen anders).

Het wegens privé rijden bij te tellen bedrag van 15% van de catalogusprijs wordt verminderd met de bedragen, die wegens het privé rijden zelf zijn gedragen, dus niet ten laste van de beroepswinst of ten laste van de werkgever zijn gekomen.

Deze regelen tezamen genomen leiden voor de praktizerende medicus tot de volgende praktische conclusies. Als voorheen zal hij alle aan het houden van de auto verbonden kosten zo veel mogelijk ten laste van zijn beroepsinkomen brengen. Nu duidelijk in de wet is vastgelegd, dat het rijden van huis naar werk géén privé rijden is, zal het privé rijden (tenzij met de auto verre vakantie-reizen worden ondernomen) veelal binnen de voornoemde grens van 2.000 km kunnen blijven, dus géén bijtelling van 15% x cataloguswaarde, doch in plaats daarvan bijtelling van de werkelijke kilometerkostprijs der gereden privékilometers. De tijdens privéritten gemaakte kosten, die niet ten laste van de beroepswinst of van de werkgever zijn gebracht, kunnen weer van de bijtelling worden afgetrokken. Het is dus belangrijk ook de tijdens deze privéritten zelf gedragen kosten te noteren (denk aan kosten tijdens de vakantie!).

Wordt een privé-auto voor de uitoefening van een dienstbetrekking gebruikt, dan geldt de bijtelling van 15% van de cataloguswaarde niet. De werkelijke kosten van zakelijk gereden kilometers mogen worden afgetrokken (minus de terzake van de werkgever ontvangen vergoeding). Kosten van huis naar werk worden gefixeerd op het bedrag van het zogenaamde reiskostenforfait, zodat de werkelijke meerdere kosten niet in aftrek komen. Een vergoeding van de werkgever voor het rijden van huis naar werk komt in principe in mindering op het aftrekbaar forfait, en wordt bovendien fiscaal inkomen voor zover de vergoeding boven anderhalf maal het forfait uitkomt. Op deze gecompliceerde regeling komen wij te zijner tijd terug.

# De stervende als docent

## Over „Lessen voor levenden” van Mevr. E. Kübler-Ross door Ds. M. A. Krop, studentenpastor te Groningen

*Plaats van onderricht:* Afdeling psychiatrie van één der universiteitsziekenhuizen van Chicago.

*Deelname:* Artsen, pastores en studenten.

*Gespreksleiding en analyse:* Mevr. E. Kübler-Ross.

*Docenten:* Mensen, die weten binnen afzienbare tijd te sterven en die bereid zijn hierover te praten.

*Directe aanleiding* tot dit seminarie: Het verzoek van een viertal theologie-studenten om assistentie bij een door hen gekozen projectonderzoek over de dood als de grootste crisis, waarmede de mens tijdens zijn leven wordt geconfronteerd. Dit verzoek werd in positieve zin beantwoord in die zin, dat onderzoek naar de doodsbewerking als een beëindiging van menselijk sterven alleen dan zinvol werd geacht, wanneer gegevens konden worden geverifieerd aan de hand van experimenten. Dus geen theorie over wat sterven en doodgaan zouden kunnen betekenen, maar feitelijk en zakelijk: „Wat ervaart een mens, die weet heeft van zijn naderend einde?” Is deze bereid te praten, laat hij zich kritisch observeren, kunnen zijn reacties en behoeften worden bestudeerd, laten de relaties tot zijn omgeving zich evalueren? Tot welk punt wil een stervende buitenstaanders bij dit proces betrekken?

*De opzet* diende daartoe niet vooringenomen en eerlijk te zijn. Geen vooropgezette mening, geen kennisname vooraf van het ziektebeeld. Men vertelde de patiënt precies de bedoeling, namelijk dat men wilde leren van ernstig zieke en doodzieke patiënten. Men vroeg, of zij bereid waren op eventuele vragen te antwoorden. Wanneer de patiënt op de vragen weinig toeschietelijk antwoordde en begon te klagen over pijn, ongemak of (on)gerichte boosheid tot uitdrukking bracht, dan werd hem verteld dat ook deze gevoelens tot het studie-object behoorden. De patiënt wist dat het gesprek op de band werd opgenomen om later de verdere discussie te dienen. Het gesprek kon door de patiënt ook zonder enige opgave van reden elk ogenblik worden afgebroken. Het was voor het team uit de aard der zaak een grote voldoening wanneer een gesprek langer duurde dan vooraf werd bepaald, wanneer een patiënt om herhaling vroeg of namen van andere patiënten noemde, die ook voor een dergelijk gesprek in aanmerking zouden willen komen.

*Gespreksanalyse.* Met ruim 200 patiënten werd een dergelijk gesprek gevoerd. De analyse dezer

Ds. M. A. Krop schreef in M.C. nr. 44/1970, blz. 1181, over „Waarheid en leugen aan het ziekbed”. In dat artikel wees hij onder meer op het boek van mevr. E. Kübler-Ross: „On death and dying”, Nederlandse vertaling: „Lessen voor levenden, gesprekken met stervenden” (Ambo Balthoven; 1970). In bijgaand artikel wordt aan dit boek nader aandacht gegeven. Geciteerd wordt uit de Nederlandse vertaling.

Mevr. E. Kübler-Ross is Zwitserse van geboorte; zij studeerde aan de universiteit te Zürich. Zij is verbonden aan de psychiatrische consultatie-afdeling der universiteitsziekenhuizen te Chicago. Sinds enige jaren is zij belast met de zorg voor zieken, voor wie artsen geen herstel meer zien. In het voorwoord dankt zij onder anderen man en kinderen, die haar de gelegenheid gaven naast haar volledige dagtaak echtgenote en moeder te zijn.

gesprekken beslaat het overgrote deel van dit boek. In de tijd tussen het moment van de bewustwording van het onafwendbare einde en de dood zelf kwam een aantal fasen in volgorde naar voren. Na de schok als eerste die der *ontkenning*. De patiënt zegt of schreeuwt: Dit kan niet waar zijn, dat is onmogelijk. Dit kan een ander overkomen maar mij niet. Vervolgens die der *woede*. De patiënt vraagt: Waarom moet mij dit overkomen en een ander niet? Of is het geen schande, dat men denkt mij als een onmondig kind te kunnen behandelen? Ik ben er zelf nog bij en ik kan heel goed beslissen wat goed voor mij is en wat niet. Daarna die van het *maranderen*. Er worden beloften gedaan in geval van herstel. Beloften aan God, de kerk, de wetenschap (de beschikbaarstelling van lichaamsdelen). Of men vraagt nog een laatste gunst, die eigenlijk niet meer verantwoord is. Een operazangeres met kanker aan de wang vroeg bijvoorbeeld om een publiek optreden voor het gehele seminarie voordat ze zou worden weggeroepen voor de operatie, waarna haar gezicht voor altijd bedekt zou moeten blijven. Vervolgens de *dubbele depressie*, namelijk de terugwerkende en de voorbereidende. De eerste moet het verleden verwerken; de tweede wordt bepaald door de toekomst, die nergens meer aan toe kan komen. Deze dubbele depressietoestand vraagt om veel begrip. Zij kan niet worden benaderd door enkele opbeurende woorden. De patiënt moet de gelegenheid krijgen zich hier geheel doorheen te bewegen. Dan de *aanvaarding*. Er komt een moment, dat de patiënt het einde aanvaardt. Het onvermijdelijke wordt onder ogen gezien en bij alle gesprekken en beslissingen word er rekening mee gehouden. Ten-

slotte de hoop. In al deze vijf fasen is de hoop nimmer afwezig - in de ene fase sterker dan in de andere. Maar altijd is er nog wel de verwachting van een wonder, een ingrijpen van buitenaf, een nieuwe medische ontdekking, tenslotte de verwachting van wat nog komen kan na de dood. De schrijfster legt op dit gegeven van de hoop sterk de nadruk. In de schematische voorstelling op blz. 265 overspant deze het geheel van alle stervensstadia.

### *Enkele gevolgtrekkingen*

Dit boek is een eerste publikatie. Naar aanleiding van de gevoerde gesprekken zijn door studenten een groot aantal scripties gemaakt, die in volgende publicaties zullen worden verwerkt. Uit het hier gepubliceerde komen enkele gegevens duidelijk naar voren. Ik noem ze in volgorde.

De waardigheid. Het blijkt, dat de mens, juist de stervende mens, behoefte heeft zo waardig mogelijk te kunnen sterven. Dit blijkt uit de wijze, waarop hij over zijn toestand wil worden geïnformeerd en over de mogelijke inspraak in zijn behandeling: wel of geen operatie, wel of geen pijnstillende middelen, etc. Hebben de artsen en de zusters tijd voor een gesprek, voor enkele momenten van persoonlijke aandacht per dag, en meer nog 's nachts? In dit verband typeert de vraag naar de voortdurende aanwezigheid van een pastor in de nachtelijke uren.

De waardigheid der behandeling in het ziekenhuis correleert met de waardering door de omgeving. De terugwerkende depressie blijkt ook uit de wijze, waarop men zich al dan niet gewaardeerd heeft gevoelen in het werk, het gezin, het partnerschap. Op deze punten biedt dit boek zeer interessante gegevens, namelijk hoe belangrijk het voor de stervende is het leven te kunnen verwerken en het gevoel te hebben dat hij iets heeft kunnen betekenen. Het blijkt, dat enerzijds de wrok en anderzijds de eenzijdige binding bijna op dezelfde wijze het stervensproces kunnen bemoeilijken.

„Het onderscheid tussen mensen met een godsdienstige overtuiging en zonder religie lijkt niet zo groot te zijn. Dit verschil is overigens uiterst moeilijk te bepalen” (blz. 266). De weinigen met een sterk geloof laten zich het best vergelijken met de weinige patiënten, die uitgesproken atheïst waren. De meerderheid der patiënten kan ergens tussen deze twee uitersten worden gesitueerd. (Vraag M.A.K.: „Zijn het wel zulke uitersten?”) In het stadium der aanvaarding gaat de beeldvorming van hetgeen na de dood zou kunnen plaatsvinden een sterkere rol spelen. Heel begrijpelijk, omdat in de fase van het losmakingsproces tussenkomst van buitenaf een storende factor is. Men hoort stemmen, men ziet licht, men voelt zich opgenomen als in een grote reünie.

### *Beoordeling*

Deze publikatie vraagt om een beoordeling, die uit de aard der zaak niet meer dan voorlopig kan

zijn. Dit onderzoek speelt zich af in een Amerikaans ziekenhuis. Over het Amerikaanse karakter zegt de schrijfster: „Omdat ik ben opgegroeid in een Europees land waar de wetenschap nog niet zo ver is gevorderd, waar de moderne techniek nog maar juist toepassing vindt in de geneeskunde en waar de mensen nog leven zoals hier een halve eeuw geleden, was ik in de gelegenheid om een gedeelte van de ontwikkeling in een kortere periode door te maken en te bestuderen” (blz. 15). Wat in de Angelsaksische landen en met name in de Verenigde Staten gebeurt laat zich dus niet zonder meer vergelijken met toestanden in Europese ziekenhuizen. Daarnaast het verschil van begeleiding in een ziekenhuis of thuis. Speelt bijvoorbeeld in Nederland de huisarts niet een veel bepalender rol?

Typerend is de bereidheid van stervenden om te praten, soms uren lang. Dat is natuurlijk ook een vorm van herwinning van waardigheid. De patiënt ligt op bed, vrij hulpeloos, ten dode opgeschreven (letterlijk!), en nu komt er iemand, die niet enkel belangstelling toont maar die vraagt wat te mogen leren. Wat een kans en welk een mogelijkheid zichzelf te bewijzen, in de zeer positieve zin van het woord. In dit boek ontbreekt het gesprek met iemand, die een dergelijk gesprek niet wilde voeren en die ook kon (wilde) argumenteren, waarom hij hiertoe niet bereid was. Dit zou aan deze gesprekken ongetwijfeld nog meer diepgang hebben gegeven dan nu blijkbaar mogelijk was. Het is ook niet eenvoudig gevoelswaarden op de juiste manier over te dragen.

Een uiterst belangrijk punt is de weerstand en de medewerking van de zijde der medici en zusters. Eerst praktisch altijd tegenwerking, die later veranderde in samenspel. Toch is het boek op dit punt verre van duidelijk. Verteld wordt, dat het bij de aanvang wel leek of er in het gehele ziekenhuis geen stervende aanwezig was, omdat de behandelende geneesheren kennelijk bevreesd waren voor het traumatiserend effect van zulk een gesprek. Het kostte zeker gemiddeld twee uur om verlof te krijgen aan de patiënt te vragen, of hij tot zulk een gesprek bereid was (blz. 37). Maar op diezelfde bladzijde wordt verteld, dat slechts zelden stafleden van het eigen ziekenhuis aan het seminarie deelnamen. En op het eind van het boek (pag. 246 en 247) wordt verteld van artsen, die geweldige scènes maakten omdat zij merkten dat met „hun” patiënt was gepraat. Van de 10 artsen reageerden er 9 geërgerd, geprikkeld en zelfs vijandig, wanneer er werd gevraagd om een gesprek met patiënten die onder hun behandeling stonden. Het komt mij voor, dat de zaak er mede zou zijn gediend wanneer de houding der behandelende artsen en der hoofden van afdelingen duidelijker uit de verf zou komen dan nu het geval is. Dit te meer, omdat uit het aanvankelijk team van 4 een seminarie gegroeid is van 50, een officiële cursus voor de medische en theologische faculteit. Met deelname ook van artsen, verpleegsters, ziekenverzorgsters, maatschappelijk werkers, pastores en rabbijnen, en arbeidstherapeuten.

Wat is nu de plaats van een dergelijk seminarie in

een universiteitskliniek, wanneer de eigen stafleden praktisch en bloc verstek laten gaan? Te meer, omdat dit seminarie van praktisch experiment wordt aangevuld met een theoretische cursus, waarin wijsgerige ethische, morele en religieuze kwesties worden behandeld. De cursus wordt beurtelings verzorgd door de schrijfster en de pastor van het ziekenhuis. Doodgaan als medisch-biologisch feit wordt daarmee geplaatst in een beter kader van cultureel-antropologische bezinning.

Deze bedoeling blijkt ook uit het eerste gedeelte van het boek. Twee citaten: „Ons onbewuste kan zich geen definitief einde van het leven hier op aarde voorstellen; en als ons leven moet eindigen, wordt deze beëindiging altijd toegeschreven aan een geweldige ingreep van buitenaf”. „Daardoor wordt de dood als zodanig geassocieerd met een misdaad, een schrikwekkend gebeuren, iets dat uiteraard vraagt om vergelding en straf” (blz. 12). Ook in 1971 blijft de dood een angstaanjagend gebeuren, al meent de mens deze angst op vele niveaus te hebben overwonnen. Voor de geneeskunde geldt de vraag of zij een humanitair en gewaardeerd beroep zal blijven, dan wel een nieuwe, onpersoonlijke wetenschap wordt. Dit onpersoonlijk karakter doet de angst voor de dood eer toenemen dan verminderen, ook al omdat de medische wetenschap zich moet afvragen of zij in dienst staat van een verlenging van het leven dan wel in die van vermindering van lijden.

De schrijfster vraagt zich ook af welke rol de religie bij al deze veranderingen speelt. Vroeger was, zo meent zij, het lijden zinvol omdat men er in

een toekomstig leven voor kon worden beloond. De beloningsgedachte is verdwenen en daarmee heeft het lijden zijn betekenis verloren. Zij stelt als paradox, dat de samenleving heeft bijgedragen tot de ontkenning van de dood, terwijl de religie de meeste van haar aanhangers heeft verloren, die in een leven na de dood, dat wil zeggen in onsterfelijkheid geloofden. Zij verwacht niet, dat de dienaren der kerk erg veel succes zullen hebben bij hun pogingen mensen terug te brengen tot het geloof in een leven na de dood, waardoor het sterven weer lonend zou worden gemaakt. Zij is zich ervan bewust, dat aan de mens op deze wijze veel wordt ontnomen, namelijk de realiteitszin met betrekking tot de dood en tot de zingeving van het lijden. Dit gemis speelt voor haar niet alleen op het persoonlijk vlak. Er is alleen kans op vrede — innerlijk en tussen de volk'ren — als de realiteit van de dood wordt aanvaard en het mogelijk is de houding tegenover de dood bij regeringsleiders, die uiteindelijk beslissen over oorlog en vrede, nader te bestuderen.

### *Waardering*

De waarde van dit onderzoek mag hoog worden aangeslagen. De dood is geen geïkt patroon. Hij is zo verschillend als ieders levensgang verschillend is, zeker in een polyforme technische maatschappij. De stervende mag zichzelf het middelpunt weten. Als middelpunt kan hij anderen dienen met raad en begeleiding. Ook door fouten te erkennen en deze zo mogelijk uit te spreken. Hij heeft er bovenal recht op, ook in zijn ergste verlatenheid, de waardigheid van het te kunnen sterven over te dragen\*.

Een cultuur die de dood wegdrukt, wordt wrede. De dood komt op een afstand, hij wordt tot toneelspeel achter gesloten gordijnen. Schrijfster pleit daarom ook voor een betere voorlichting door de pers en andere publiciteitsmedia, die massaal (oorlogs)geweld moeten vertalen in gewoon menselijk leed. Dat is ongetwijfeld een mogelijkheid. Op voorwaarde, dat deze voorlichting wordt geplaatst in het kader van een positieve doodsbenedering, die de waarde van elk mensenleven onderstreept, ook waar de dood bewust wordt gewild.

Een arts, met wie ik dit boek besprak, maakte tegen mij de opmerking, dat een dergelijke begeleiding van stervenden een veelvoud aan personeel zou vragen van wat nu ter beschikking staat. Ik kan dit uit de aard der zaak niet zo beoordelen, maar ik ben wel van mening dat hier een samenspel mogelijk is van allen met allen: de stervende, de naaststaande, artsen, zusters, pastores, etc. Het is onjuist de zwaarste last op één groep, te weten de zusters, te laten drukken. Dat hoeft ook niet wanneer de stervende leermeester mag zijn.

---

\* In de vele publikaties die de laatste tijd over dood en sterven zijn verschenen, laat die gedachte veelal verstek gaan. Hoe de stervende te laten wennen aan het feit dat hij gaat sterven, wanneer het besluit te nemen „de knop om te draaien”, zijn daarin de hoofdvragen; vragen die aangeven, dat men meer bezig is met zichzelf dan met degene die sterft. Wij blijven nog altijd staan voor onze eigen angst voor de dood. Wie omgaat met de dood, zal eerst zijn eigen doodsangst moeten onderkennen. De stervende kan hem daarbij tot grote steun zijn. Wij zullen het sterven als feit weer moeten accepteren, en hoe kan dat beter dan door — met een eerbied, die de ander zijn waardigheid geeft — te luisteren naar degene voor wie de doodsproblematiek actueel is geworden? Alleen de stervende is in staat ons duidelijk te maken, wat doodgaan betekent. In deze geest voortgedacht, kan men zich afvragen of het erom gaat dat wij de stervende vertellen hoe hij moet doodgaan, of dat hij ons vertelt hoe wij moeten leven. Immers, het sterven schept veelal minder problemen voor de stervende dan voor zijn omgeving — onze weigerachtigheid bij deze dingen stil te staan belet ons dit in te zien.

# De Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen

De Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen (L.V.A.G.), welke voorzitter verderop de binnen de vereniging levende gedachten met betrekking tot de specialistenopleiding uiteenzet, werd op 30 september 1961 te 's-Gravenhage opgericht. Als leden kunnen blijkens de verenigingsstatuten toetreden: „alle artsen werkzaam als assistent-geneeskundige in opleiding voor een Medisch Specialisme in één van de ziekenhuizen binnen het Koninkrijk der Nederlanden, alsmede de artsen die in een ander verband een opleiding ontvangen voor een medisch specialisme”.

Najaar 1970 kwam de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen uit met een losbladige gids inzake „De opleiding tot medisch specialist”, samengesteld door C. Th. Smit Sibinga, voorzitter L.V.A.G. 1969-1971, en Dr. W. F. Tordoir, secretaris L.V.A.G. 1969-1970. Dit 110 bladzijden dikke werkje is bedoeld om aangepaste informatie te verschaffen over alles wat de opleiding tot medisch specialist en die tot sociaal-geneeskundige in ons land raakt. Het werd onder meer aan alle assistent-geneeskundigen toegezonden. Wij ontfanen er met betrekking tot de vereniging de volgende gegevens aan:

Aan de oprichting van de landelijke vereniging van assistent-geneeskundigen in 1961, onder voorzitterschap van L. van Dam, ging die van de Rotterdamse Vereniging van Assistent-Geneesheren op 18 mei 1960 vooraf. Het toentertijd omschreven doel van de vereniging behelsde de belangenbehartiging in de meest uitgebreide zin. Een nadere omschrijving werd hieraan niet gegeven, hoewel bij de oprichting van de Rotterdamse vereniging verbetering van de rechtspositie en de salarissen, alsook verbetering van het onderlinge contact tussen assistenten en ziekenhuizen, drijfveren waren. Nu, tien jaar na het zetten van de eerste stap, is de L.V.A.G. „een in zijn groei en ontwikkeling niet meer te stuiten belangenvereniging voor artsen in opleiding tot medisch specialist binnen het Koninkrijk der Nederlanden”. De vereniging heeft thans rechtspersoonlijkheid.

Door de snelle ontwikkelingen op het terrein van de specialistenopleiding, zowel in eigen land als binnen het bredere raam van de E.E.G., bestaat er in de L.V.A.G. behoefte aan per specialisme georganiseerde vakgroepen of disciplinaire verenigingen, die zich met een grote mate van zelfstandigheid met de opleidingsproblematiek kunnen bezighouden. Sinds september 1969 is er een goed functionerende afdelingsorganisatie; de vereniging telt afdelingen in Amsterdam (3x), Deventer, 's-Gravenhage, Groningen, Leiden, Nijmegen, Rotterdam, Tilburg en Utrecht. Daarnaast zijn er landelijk georganiseerde disciplinaire verenigingen, waarvan reeds functione-

ren de Vereniging van Assistenten Psychiatrie (V.A.P.), de Vereniging van Assistenten Neurologie (V.A.N.) en de Vereniging van Assistenten Gynaecologie (V.A.G.). Nieuwe leden kunnen zich aanmelden bij het afdelingsbestuur dan wel bij de plaatselijke afdeling van een disciplinaire vereniging (adressen in het informatorium).

De vereniging besteedt aandacht aan de maatschappelijke en financieel-economische belangen van de leden, waarvoor onder meer contacten worden onderhouden met de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband. De Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen is geen onderdeel van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het lidmaatschap van de L.V.A.G. impliceert dan ook niet het lidmaatschap van de K.N.M.G. Wel onderhoudt de L.V.A.G. geregeld contact met de K.N.M.G. en haar geledingen. Diegenen onder de artsen in opleiding tot medisch specialist, qualitate quo werkzaam in dienstverband, die tijdens hun specialisatie lid zijn van de K.N.M.G., zijn als groep ingedeeld bij de L.A.D. In het Centraal Bestuur van de L.A.D. is deze groep vertegenwoordigd door een lid van het Hoofdbestuur van de L.V.A.G. De L.V.A.G. is dus geen categorale onderafdeling van de L.A.D., zoals men wel meent; slechts een deel van haar leden zou als categorale onderafdeling binnen de L.A.D. kunnen worden gerangschikt. Sinds april 1969 is er een geregeld en intensief overleg met het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten (C.C.) en de Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.) over de totale opleidingsproblematiek. Dit overleg vindt plaats in de Contactcommissie C.C.-S.R.C.-L.V.A.G., een studiec commissie die zich ten doel stelt het formuleren van adviezen betreffende de opleiding tot medisch specialist, uit te brengen aan de drie samenstellende instanties, alsmede het onderhouden van een zinvol en duurzaam contact tussen deze instanties. De regeling van de volksgezondheid heeft tevens de aandacht van de L.V.A.G.

Naast de organisatorische opzet van de vereniging behandelt het informatorium uitvoerig de opleiding tot medisch specialist en sociaal-geneeskundige — een hoofdstuk met een keur van gegevens over de historische achtergronden, de gang van zaken tijdens de opleiding, mensen en zaken met wie en waarmee men te maken krijgt. Tenslotte komen fiscale problemen en verzekeringen aan de orde, en verder de salarissen en de arbeidsvoorwaarden.

De Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen, maar dat staat niet in het boekje, telde per 1 januari van dit jaar 1.012 geregistreerde leden, dat is 60% van alle assistent-geneeskundigen in ons

land. Het secretariaat van de vereniging (eerste secretaris P. Niermeyer) is gevestigd: Ranonkelstraat 25, Groningen, tel. 050-778136/050-39123, toestel 771.

#### Commentaar

Jammer genoeg stuitten wij hier en daar op een onjuiste weergave van de feiten of een al te ongenueanceerde woordkeuze.

Zo werd, in tegenstelling tot wat in het historisch overzicht staat, reeds spoedig na 1931 een begin gemaakt met het opstellen van eisen, waaraan opleiders en inrichtingen zouden moeten voldoen, en niet pas vanaf 1949 (p. 27). Inspraak is overal in het onderwijs van recente datum; helemaal waar is het daarom niet, dat de specialist in opleiding de enige is die, waar het de zeggenschap over de inhoud van het eigen studiepakket betreft, lange tijd geheel buitenspel heeft gestaan (p. 27). Eventuele geschillen tussen opleiders en opgeleide behandelt de S.R.C., terwijl de Commissie van Beroep fungeert als instantie waar opleiders, opgeleiden en ziekenhuisbesturen van een beslissing van het C.C. of de S.R.C. in beroep kunnen gaan; dit komt op p. 30 beter uit de verf dan op p. 28. Wie is afgespecialiseerd wordt ingeschreven in het register van erkende specialisten; anders dan het informatorium doet denken, is er maar één zo'n register (p. 33).

Verder is het niet zo, dat „de vrije praktiserende specialist in de grond van de zaak economisch afhankelijk is van deze artsenorganisatie” (p. 28 - bedoeld is de K.N.M.G.), maar dat hij voor de economische effectuering van zijn bevoegdheid van de K.N.M.G. afhangt, omdat deze de contracten afsluit;

economisch afhankelijk is hij van wie hem betaalt, niet van wie daarbij voor hem bemiddelt. Op dezelfde manier is een woord als „vacuüm” (p. 28) wel een zwaargewicht, als men bedenkt dat het gaat over een periode van voortgezet overleg volgend op een afwijzing van Maatschappij-zijde van het overheidsadvies een stichting voor de specialistenopleiding in het leven te roepen; het werk ging gedurende die vijf jaar gewoon — dat is: op de oude voet — door.

Dát alles op de oude voet doorgaat, is de L.V.A.G. kennelijk een doorn in het oog. Zij kijkt en gaat duidelijk op een nieuwe wijze tegen de dingen aan (zie daarover het volgende artikel). Dit mag er echter niet toe leiden, dat *basis*-informatie gekleed in termen van het eigen gezichtspunt wordt gepresenteerd. De assistent-geneeskundigen mogen een eigen mening hebben over de rol, die de diverse betrokkenen bij de specialistenopleiding en -registratie moeten spelen. Het is hun volste recht, te menen dat de Maatschappij hierin domineert. Wel mag men eisen, dat in de voorlichting dienaangaande feit en visie niet worden gemixt. Niemand hoeft zich tegen wie dan ook af te zetten. (Het doet wat dit betreft onplezierig aan, dat niet werd vermeld dat de lijst van de opleidingsinrichtingen, blz. 76 en volgende, volledig ten S.R.C.-burele werd opgemaakt.) Wij hopen, dat in een volgende uitgave alle feiten kloppend zullen zijn gemaakt, en ook dat zakelijk gedeelte en eigen betoog in aparte hoofdstukken zullen zijn ondergebracht. Informatorium en L.V.A.G. — beide uniek in hun soort — zouden er alleen maar bij winnen.

## De L.V.A.G. en de opleiding tot medisch specialist

**Door C. Th. Smit Sibinga, voorzitter L.V.A.G.**

De bestudering van de problemen die samenhangen met de opleiding tot medisch specialist vormt een van de taken, waarvoor de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen (L.V.A.G.) zich ziet gesteld. Sinds het voorjaar van 1969 heeft de L.V.A.G. een geregeld overleg met de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst over de opleidingen.\*

Als uitgangspunt voor deze gedachtenwisseling dient de volgende definitie van het begrip „medisch specialist”:

„Een medisch specialist is een arts, van wie mag worden verwacht dat hij:

1. op de hoogte is van de theoretische achtergronden en de technische mogelijkheden van zijn specialisme;

2. in staat is de verworvenheden van zijn opleiding naar behoren te hanteren”.

De L.V.A.G. meent op grond van deze begripsbepaling tot een meer rationele benadering van de opleiding te kunnen komen. De snelle ontwikkeling op theoretisch en praktisch gebied in de medische wetenschap maakt het noodzakelijk, dat de inpassing van de ontwikkelingen in de specialistenopleiding zo efficiënt mogelijk geschiedt.

De volgende punten lijken van essentieel belang om de vereiste theoretische en praktische aspecten van de opleiding te waarborgen:

- a. de eisen die mogen worden gesteld aan de kwaliteit van de arts-assistent bij de beëindiging van zijn opleiding dienen nader te worden uitgewerkt;
- b. de programmering van de opleidingen dient te

beantwoorden aan de eisen, die worden gesteld aan de medische specialist;

- c. een objectieve controle op de opleiding — dat wil zeggen op de arts in opleiding, de opleider, en de opleidingsinrichting — dient het onder a. gestelde te waarborgen.

De L.V.A.G. is van mening, dat de controle op de opleiding onder meer zinvol kan worden gewijzigd door behalve de opleiders zelf ook de artsen in opleiding hierin te betrekken. Informatie over de opleiding van de kant van de arts-assistent zal in het advies van de visitatiecommissie meer dan thans tot zijn recht kunnen komen. Men kan zich afvragen of er bij de controle op de opleiding voor de overheid ook een taak ligt, gezien het belang van een goede opleiding tot medisch specialist voor de volksgezondheid. Wat betreft de opleider en de opleidingsinrichting zal de visitatie zich in eerste instantie moeten richten op:

- de mogelijkheid tot uitvoering van de opleidingsprogramma's;
- de daadwerkelijke uitvoering van de opleidingsprogramma's.

De controle op de arts in opleiding zal meer dan voorheen zich moeten concentreren op de ontwikkelde vakbekwaamheid. Een eventuele tussentijdse beoordeling, zoals voorgesteld door de Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.) zou waar mogelijk moeten geschieden door een team van opleiders c.q. deskundigen. Een nadere programmering van de verschillende opleidingen — naar inhoud en naar tijd — zal op korte termijn moeten worden uitgewerkt. Per specialisme is dit zeker mogelijk, indien deze programmering in eerste aanleg bijvoorbeeld is gericht op de minimale opleidingseisen.

#### Commentaar

Zoals ook staat vermeld in het L.V.A.G.-informatorium, is bij Huishoudelijk Reglement van de K.N.M.G. vastgesteld dat het Centraal College bestaat uit: een aantal gewone leden, namelijk zoveel

---

\* De K.N.M.G., een privaatrechtelijke organisatie, regelt middels het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.) en de Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.) de opleiding en registratie van specialisten.

De overheid, vertegenwoordigd met adviserende stem in het C.C., heeft in de ministers van Onderwijs en Wetenschappen en van Sociale Zaken en Volksgezondheid een passief vetorecht ten aanzien van de besluiten van het C.C.

De besluiten van het C.C. en de K.N.M.G. zijn in beginsel alleen bindend voor leden van de K.N.M.G. Door de conformiteit van de betalende instanties — ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen — hieraan, wordt het in de praktijk onmogelijk een specialisme uit te oefenen zonder te zijn geregistreerd bij de S.R.C. Een wettelijke basis voor het uitoefenen van een specialisme ontbreekt, en daarmee een wettelijke waarborg voor de kwaliteit van de opgeleide specialist.



*De fractie, waarin alle verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen O.L.M.A. worden uitgedrukt, heeft — berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen per ultimo december 1970 — voor het eerste kwartaal 1971 een waarde van f 1,168.*

medische hoogleraren als er medische faculteiten zijn, aan te wijzen door die faculteiten of — zo nodig — door de minister, benevens evenveel door de K.N.M.G. aan te wijzen, niet aan een universiteit verbonden specialisten (in geen van beide gevallen hoeven dit Maatschappij-leden te zijn); daarnaast een viertal adviserende leden, en wel twee namens de betrokken departementen en twee namens de ziekenhuisorganisaties. De regeling van de opleiding tot medisch specialist komt derhalve tot stand door een samenspel van beroepsorganisaties, medische faculteiten, overheid en ziekenhuiswezen.

Als wettelijke basis voor het uitoefenen van een medisch specialisme fungeert het op het C.C. betrekking hebbende gedeelte van het Huishoudelijk Reglement van de K.N.M.G. Het betreffende H.R.-gedeelte kan, zoals in de Maatschappij-statuten staat omschreven, alleen met instemming van de bewindslieden van Onderwijs en Wetenschappen en Sociale Zaken en Volksgezondheid worden gewijzigd. Eenmaal aanvaard door de minister van Onderwijs en Wetenschappen (zoals reglementair is bepaald) — en dus rechtskracht bezittend — zijn de besluiten van het C.C. wel degelijk bindend voor alle specialismen en voor al degenen, die na het volgen van de opleiding zich in het register van medische specialisten willen laten inschrijven, Maatschappijlid of niet. Iets anders is, dat niemand verplicht is zich als medisch specialist te laten inschrijven; maar dat is niet meer dan een formele vaststelling: niet alleen dat de inschrijving de waarborg geeft dat een goede specialistische opleiding werd gevolgd, in de praktijk zal men er zich (zoals hierboven terecht wordt opgemerkt) om den brode wel toe gedwongen zien, aangezien men anders in de verzekerings sfeer als huisarts wordt aangemerkt en dienovereenkomstig wordt gehonoreerd.

*Red. M.C.*



**Interne Richtlijnen 1971**

Het bestuur van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen heeft in zijn vergadering van 21 januari 1971 besloten om de bedragen van de voor de jaren 1967 t/m 1970 geldende „Interne Richtlijn” voor het jaar 1971 te verhogen. Het desbetreffende besluit luidt als volgt:

Het bestuur van de „Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen”,

overwegende,

dat voor het jaar 1967 door het bestuur een interne richtlijn werd vastgesteld ter zake van het — geheel onverplicht — verrichten van uitkeringen aan weduwen en wezen van huisartsen, die op of na 1 januari 1967 doch voor de eerste van de maand na de 70ste verjaardag zijn overleden (gepubliceerd in Medisch Contact van 18 augustus 1967);

dat het bestuur besloten heeft de interne richtlijn zoals deze werd gewijzigd voor de jaren 1968 t/m 1970 ook voor het jaar 1971 te continueren, met inachtneming van de, hierna onder punt d vermelde wijzigingen;

dat ter zake van deze continuering blijft gelden, dat het bestuur weliswaar voornemens is zich bij het verstrekken van uitkeringen naar de — gewijzigde — interne richtlijn te gedragen, doch dat daaraan door niemand enige aanspraak op uitkeringen ontleend kan worden;

stelt vast dat de inhoud van de interne richtlijn voor het jaar 1971 als volgt luidt:

a. het bestuur van de Stichting Voorlopig Beheer is voornemens uitkeringen te doen aan de weduwe respectievelijk de kinderen van een huisarts, die overlijdt op of na 1 januari 1967 doch vóór de eerste van de maand, volgend op zijn zeventigste verjaardag en tevens vóór de datum, waarop de definitieve pensioenregeling voor huisartsen in werking treedt;

b. voor een weduwenuitkering kan in aanmerking komen de vrouw, met wie de huisarts ten tijde van zijn overlijden gehuwd was;

c. voor een wezenuitkering kunnen in aanmerking komen kinderen van de overleden huisarts als mede stief- en pleegkinderen, die in zijn gezin en op zijn kosten werden onderhouden en opgevoed, beneden de leeftijd van 18 jaar, dan wel — ten aanzien van studerende en invalide kinderen — beneden de leeftijd van 27 jaar, op wie de kinderaftrekbepalingen van de Wet op de Inkomstenbelasting van toepassing zijn;

d. de norm voor de weduwenuitkering bedraagt:

1. voor weduwen van huisartsen, die in 1967 zijn overleden: f 5.000,— per jaar, te verminderen met f 133,33 voor ieder vol jaar, dat de huisarts op 1 januari 1967 ouder was dan 40 jaar, met een minimum van f 1.000,— per jaar;

2. voor weduwen van huisartsen, die in 1968 zijn overleden: f 5.400,— per jaar, te verminderen met f 144,— voor ieder vol jaar, dat de huisarts op 1 januari 1968 ouder was dan 40 jaar, met een minimum van f 1.080,— per jaar;

3. voor weduwen van huisartsen, die in 1969 zijn overleden: f 5.700,— per jaar, te verminderen met f 152,— voor ieder vol jaar, dat de huisarts op 1 januari 1969 ouder was dan 40 jaar, met een minimum van f 1.140,— per jaar;

4. voor weduwen van huisartsen, die in 1970 zijn overleden: f 6.144,— per jaar, te verminderen met f 164,— voor ieder vol jaar, dat de huisarts op 1 januari 1970 ouder was dan 40 jaar, met een minimum van f 1.224,— per jaar;

5. voor weduwen van huisartsen, die in 1971 overlijden: f 6.572,— per jaar, te verminderen met f 175,25 voor ieder vol jaar, dat de huisarts op 1 januari 1971 ouder was dan 40 jaar, met dien verstande dat het verminderde bedrag steeds zal worden afgerond naar het dichtstbijzijnde veelvoud van f 4,—. De minimum uitkering bedraagt derhalve f 1.316,— per jaar;

e. uitgangspunt is een wezenpensioen per kind ad. een vijfde van het weduwenpensioen, met verdubbeling indien en zolang niet tevens weduwenpensioen wordt uitgekeerd;

f. deze richtlijn is van toepassing op iedere huisarts als gevolg van wiens overeenkomst met een ziekenfonds pensioengelden in de stichting worden gestort, ongeacht het aantal bij hem ingeschreven ziekenfondspatiënten; geen weduwen- en wezenpensioen wordt uitgekeerd, indien de huisarts vóór zijn overlijden zijn huisartsenpraktijk heeft neergelegd, tenzij het voor het bestuur aannemelijk is, dat het neerleggen van de huisartsenpraktijk na 1 januari 1967 heeft plaatsgevonden wegens ouderdom of algehele invaliditeit; indien een gewezen huisarts, die zijn huisartsenpraktijk anders dan wegens ouderdom of algehele invaliditeit heeft neergelegd, zich na 1 januari 1964 opnieuw als huisarts heeft gevestigd of vestigt, zal eveneens geen weduwen- en wezenpensioen worden toegekend, tenzij het bestuur de overtuiging heeft, dat de nieuwe vestiging geen verband heeft gehouden met enige verwachting omtrent de uitkeringen als hier bedoeld;

g. voor de arts, wiens beroepsinkomen voor minder dan 60% bestaat uit inkomsten uit de behandelingen van zijn in het kader van zijn huisartsenpraktijk behandelde patiënten worden de bedragen van het weduwen- en wezenpensioen verminderd in evenredigheid met de mate waarin deze inkomsten minder dan 60% van zijn beroepsinkomen bedragen.

Voorts besloot het bestuur van de Stichting om, gehoord de actuaire, de uitkeringen aan weduwen en wezen van in de jaren 1967 t/m 1970 overleden huisartsen, die een onverplichte uitkering op grond van de „Interne Richtlijn” ontvangen, voor het jaar 1971 te verhogen tot de bedragen die volgens deze „Interne Richtlijn” gelden voor weduwen en wezen van in 1971 overlijdende huisartsen.

Utrecht, 21 januari 1971

Het bestuur van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen,

J. F. A. van Rijn, voorzitter,  
J. I. van der Leeuw, secretaris,  
C. van der Marel, penningmeester.

### Uitkeringen weduwen en wezen

Het bestuur van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen heeft besloten om, gehoord de actuaire, de uitkeringen aan weduwen en wezen van in de jaren 1967 t/m 1970 overleden huisartsen, voor zover deze weduwen en wezen een onverplichte uitkering krachtens de „Interne Richtlijn” ontvangen, voor het jaar 1971 te verhogen tot het niveau van de bedragen zoals deze geheel onverplicht gelden voor weduwen en wezen van in 1971 overlijdende huisartsen. Dit betekent een verhoging van de uitkeringen ten opzichte van 1969 met circa 7%.

Aan weduwen en wezen van in 1970 overleden huisartsen werden de onderstaande uitkeringen toegekend. De toegekende bedragen, op jaarbasis, verdeeld naar de afgeronde leeftijd van de overledene op 1-1-1970 luiden als volgt:

leeftijd van de over- ledene op 1-1-1970	weduwenuitkeringen		wezenuitkeringen		gemiddelde uitkering per gezin
	aantal	bedrag	aantal	bedrag	
30 tot 35 jaar . . . . .	1	f 6.144,—	1	f 1.228,80	f 7.372,80
35 tot 40 jaar . . . . .	—	„ —,—	—	„ —,—	„ —,—
40 tot 45 jaar . . . . .	3	„ 17.448,—	15	„ 17.349,60	„ 11.599,20
45 tot 50 jaar . . . . .	3	„ 14.988,—	9	„ 9.091,20	„ 8.026,40
50 tot 55 jaar . . . . .	2	„ 8.352,—	8	„ 6.681,60	„ 7.516,80
55 tot 60 jaar . . . . .	3	„ 10.232,—	8	„ 5.500,80	„ 5.244,27
60 tot 65 jaar . . . . .	3	„ 8.100,—	2	„ 1.047,20	„ 3.049,07
65 tot 70 jaar . . . . .	5	„ 8.952,—	2	„ 728,—	„ 1.936,—
	20	f 74.216,—	45	f 41.627,20	f 5.792,16

### ADRESWIJZIGINGEN

*kunnen om technische redenen niet spoor-  
slags worden gerealiseerd. Men verzeker-  
e zich toezending van Medisch Contact op  
een nieuw adres door van adreswijziging  
ten minste vier weken tevoren opgave te  
doen aan de administratie.*

### Verzekering bij beëindiging praktijk wegens gezondheidsredenen

*Verzekering ingevolge de risicoregeling voor we-  
duwen- en wezenutkering aan nabestaanden van  
huisartsen, die hun praktijk beëindigen wegens ge-  
zondheidsredenen.*

Het blijkt regelmatig dat, wanneer huisartsen hun praktijk beëindigen om gezondheidsredenen, op een leeftijd jonger dan 65 jaar, dat zij er niet van op de hoogte zijn, dat het toch mogelijk is verzekerd te blijven op grond van een desbetreffende bepaling in de Interne Richtlijn van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen.

Wij willen er nogmaals op wijzen dat, indien een huisarts om bovengenoemde reden zijn praktijk beëindigt, hij, teneinde verzekerd te kunnen blijven, dit feit dient te melden aan de directeur van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen, postbus 3047 te Utrecht.

Onzerzijds zal dit bericht worden doorgegeven aan de medisch adviseur van de „Artsen Onderlinge” te 's Gravenhage, waarna een keuringsop-  
roep zal volgen. De uitslag van deze keuring is maatgevend voor het handhaven van de verzeke-  
ringsvoorwaarden op grond van invaliditeit. Bij ach-  
terwege blijven van deze aanmelding en keuring is de invaliditeit, in geval van overlijden, achteraf moeilijk te bewijzen. De uitkering aan de nabestaanden kan op deze gronden door het bestuur worden geweigerd.

J. I. van der Leeuw, arts  
secretaris SVBPH

## Kort verslag

*Kort verslag van de bestuursvergadering, gehouden op donderdag 5 november 1970 in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht.*

Het definitieve jaarverslag 1967/1968 wordt goedgekeurd en vastgesteld evenals het voorlopig jaarverslag 1969.

De tekst van het reglement der Financieel Economische Raad wordt door het bestuur aanvaard. De Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen zal van dit feit op de hoogte worden gesteld.

Naar aanleiding van een telefonisch verzoek van de Verzekeringskamer om inlichtingen inzake de risicoregeling wordt besloten een brief te zenden waarvan de inhoud wordt besproken en vastgesteld.

Een voorstel inzake beleggingen overeenkomstig het advies van de Financieel Economische Raad wordt aangenomen.

De overeenkomst met de Stichting Dienstverlening aan Pensioenfondsen zal voor 1971 worden verlengd.

## MC | VAN HET CENTRAAL COLLEGE

### De contactcommissie C.C.-S.R.C.-L.V.A.G.

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten heeft in 1969, in overleg met de Specialisten Registratie Commissie, besloten een commissie in te stellen voor contact en overleg met de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen, zulks mede naar aanleiding van een schrijven van het bestuur van de L.V.A.G. aan het Centraal College inzake meer inspraak bij de opleiding tot specialist.

Met de instelling van deze contactcommissie in een paritaire samenstelling heeft het bestuur van de L.V.A.G. zich kunnen verenigen. In de commissie hebben zitting drie vertegenwoordigers namens het C.C., twee namens de S.R.C. en vijf namens de L.V.A.G.

De contactcommissie, die bedoeld is als een studietoelichtingscommissie, heeft haar opdracht als volgt geformuleerd:

- omtrent de opleiding tot medisch specialist adviezen te formuleren, die voor alle in de contactcommissie vertegenwoordigde groepen aanvaardbaar lijken;
- een regelmatig en zinvol contact tussen de vertegenwoordigde groepen inzake de opleiding tot medisch specialist te waarborgen.

Bij toerbeurt treedt, telkens voor een jaar, een van de vertegenwoordigers van een der drie groepen als voorzitter op.

Utrecht, 11 januari 1971

W. J. de Jager,  
secretaris van het C.C.

## MC | VAN DE PERMANENTE COMMISSIE DOKTERSASSISTENTEN

### Richtlijnen betreffende arbeidsvoorwaarden voor doktersassistenten

1. Onder doktersassistente wordt verstaan het vrouwelijk hulppersoneel, dat in het bezit is van een door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst erkend diploma voor doktersassistente en werkzaam in een dokterspraktijk.

2. Het bruto-salaris per maand, op basis van een 42-urige werkweek (voor een doktersassistente ouder dan 50 jaar op basis van een 37-urige werkweek) bedraagt:

	per 1-1-71	per 1-4-71
in het eerste dienstjaar	f 648,—	f 654,—
in het tweede dienstjaar	701,—	708,—
in het derde dienstjaar	759,—	766,—
in het vierde dienstjaar	822,—	831,—
in het vijfde dienstjaar	891,—	900,—
in het zesde dienstjaar	965,—	975,—
in het zevende dienstjaar	1.087,—	1.098,—
in het achtste dienstjaar	1.130,—	1.141,—
in het negende dienstjaar	1.230,—	1.243,—
in het tiende en volgende dienstjaren	1.326,—	1.349,—

3. Het salaris wordt evenredig verminderd bij een werkweek van minder dan 42 uren.

4. De doktersassistente die de leeftijd van 23 jaar heeft bereikt ontvangt, ongeacht het aantal dienstjaren, een minimumloon van f 759,— (vanaf 1 april f 766,—), dat voor haar als loon voor het eerste dienstjaar geldt. Voor het volgende dienstjaar geldt in dat geval een loon van f 831,— enz. volgens de schaal van lid 2.

5. De arbeidstijd wordt geregeld met inachtneming van de desbetreffende wettelijke voorschriften en van hetgeen in een dienstbetrekking gebruikelijk is.

6. De doktersassistente heeft recht op vakantie met behoud van salaris, gedurende 15 werkdagen per jaar, gerekend vanaf 1 juli.

7. De doktersassistente heeft voorts recht op een vakantietoeslag van 6% van het salaris genoten in de periode, waarover de vakantie geldt. De toeslag wordt uitbetaald in de maand mei.

8. De doktersassistente is verplicht het beroepsgeheim te bewaren in dezelfde omvang als van een medicus wordt geëist.

9. Deze richtlijnen gelden vanaf 1 januari 1971.

*Nieuwe leden*

P. Bánki, Reinkenstraat 56, Den Haag  
 A. P. M. Bender, Beneluxlaan 149, Geleen  
 S. A. S. E. van Bentum, Pieterstraat 3, Utrecht  
 W. Bergsma, Mr. Dr. Frederiksstraat 12, Breda  
 W. J. van Best, Glazoenowlaan 4, Rotterdam  
 P. J. Beumer, Prinsengracht 837, Amsterdam  
 J. M. H. Blom, Buntlaan 86, Driebergen  
 W. R. N. de Boer, Alex. Boersstraat 17, A'dam  
 J. E. J. M. van Breukelen, Vulcaanstraat 25, Gaanderen  
 C. M. A. Bruyninckx, Willem Alexanderstraat 33, Veldhoven  
 P. J. Bijl, Hogebeintumerweg 10, Ferwerd (Fr)  
 H. M. Chavannes, Saenredamstraat 130, Haarlem  
 J. K. M. Eeftinck Schattenkerk, Raphaëlstraat 27<sup>3</sup>, A'dam  
 H. R. A. Fischer, Tjaskerlaan 16, Rotterdam  
 Dr. C. Francke, Ch. Bokellaan 18, R'dam  
 E. A. de Graaff, Walramstraat 23, Sittard  
 P. W. Hendriks, Duivelsbruglaan 102, Breda  
 J. A. M. Hoogbergen, Prof. v. Itersonstraat 4, Heerlen  
 A. H. L. B. Ideler, Joh. Vijghstraat 62, Nijmegen  
 P. H. de Jong, Harlingerstraatweg 93, Leeuwarden  
 J. M. Kouwenberg, Immanuel Kantstraat 57, R'dam  
 Dr. G. A. Krull, Händellaan 49, Naarden  
 R. J. Kuik, Westerhavenstraat 22 A, Groningen  
 F. H. Maingay, Serenadestraat 30, Apeldoorn  
 Dr. P. C. M. Mol, Ruys de Beerenbroucklaan 7, Heerlen  
 E. M. Noordijk, Burg. Keijzerlaan 69, Leidschendam  
 G. H. A. C. Norro, St-Philipsland 131, Amstelveen  
 C. G. van Oostrom, Loodskotterhof 20, A'dam  
 B. Oskam, Laan v. Vollenhove 2581, Zeist  
 Mevr. J. D. R. Peereboom-Wijnia, Joh. v. Oldebarneveld-  
 laan 69, Den Haag  
 W. O. v.d. Peppel, Jac. Catssingel 95, Breda  
 F. G. F. M. Receveur, Goltziusstraat 2, Venlo  
 C. F. S. Schudel, Westersingel 39, Groningen  
 R. F. A. Simonis, Schotersingel 97, (rood), Haarlem  
 H. W. J. M. Verbeeten, Casa Academica k 70, J. Wattstr.  
 75, A'dam  
 Mevr. M. A. Verbrugge-Schaad, Dijk 10, Enkhuizen  
 W. J. E. Verheggen, Azuurweg 252, Tilburg  
 N. B. Vissel, Deltastraat 14, A'dam  
 J. G. P. Vissers, Groningerplein 9, Leeuwarden  
 Ch. Volmer, Cort v.d. Lindenstr. 28, Hoogezand  
 J. W. Vredevelde, Kievitstraat 15, Alphen a/d Rijn  
 J. C. L. Wesdorp, Singel 486, A-dam  
 D. van der Weij, Tiranaplantsoen 153, Haarlem

**UNIVERSITAIRE BERICHTEN***Promoties:*

*H. L. L. Frank* promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De invloed van glycerol op de excitatie-contractie koppeling in het geïsoleerde geperfundeerde rattehart”. Promotoren waren Prof. Dr. A. A. H. Kassenaar en Dr. H. C. Hemker.

*R. L. Polak* promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „An analysis of the influence of antimuscarinic agents on synthesis, storage and

release of acetylcholine by cortical slices from rat brain”. Promotor was Prof. Dr. E. M. Cohen.

*Benoemingen:*

*Dr. C. van den Berg*, thans wetenschappelijk hoofdmedewerker bij het Pathologisch Laboratorium van de Rijksuniversiteit te Leiden, is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan deze universiteit om onderwijs te geven in de pathologie met een bijzondere opdracht voor de histo-diagnostiek.

*Dr. G. Th. A. M. Bots*, thans wetenschappelijk hoofdmedewerker bij het Pathologisch Laboratorium van de Rijksuniversiteit te Leiden, is benoemd tot buitengewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan deze universiteit om onderwijs te geven in de pathologie met een bijzondere opdracht voor de neuropathologie.

*Dr. G. K. van der Hem*, thans wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de Rijksuniversiteit te Groningen, is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan deze universiteit om onderwijs te geven in de inwendige geneeskunde, in het bijzonder in de leer der nierziekten.

*C. Pearce F. F. A.* (R.C.S.) is benoemd tot hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam om onderwijs te geven in de anesthesiologie.

*Dr. N. W. de Smit* is benoemd tot buitengewoon lector in de faculteit der rechtsgeleerdheid aan de Vrije Universiteit te Amsterdam om onderwijs te geven in de forensische psychiatrie.

**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 degenen, 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 noodgevalen” — 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.

*Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft.*

#### ARTS EN FISCUS

Naar aanleiding van de nieuwe belastingsbepalingen en het artikel van uw fiscale medewerker in Medisch Contact nr. 1/1971, blz. 17, zou ik de aandacht van de collegae willen vragen voor het antwoord van Mr. K. Sneep in de Fiscale Vraagbaak van Elseviers Weekblad d.d. 9 januari 1971. Daarin wordt vermeld, dat de onderhouds- en reparatiekosten van het bedrijfsgedeelte van onze woonhuizen wel aftrekbaar blijven.

Wieringen, 23 januari 1971

J. A. Kok, arts

*Naschrift* — In zijn rubriek in M.C. van 8 januari i.l. schreef de fiscale medewerker dat onderhoudskosten en afschrijving van de eigen woning in 1971 niet meer aftrekbaar zullen zijn in het licht van de bepaling, dat met ingang van dit jaar de economische huurwaarde van de zelfbewoonde eigen woning op een bepaald bedrag — gekoppeld aan de verkoopwaarde in bewoonde staat — wordt vastgesteld. In de in dit nummer van M.C. geplaatste daarop aansluitende rubriek „Arts en fiscus” wordt, nadat eerst de meest aanspreekbare wijzigingen zijn aangegeven, op bijzonderheden ingegaan, zoals de mogelijkheid van aftrek van onderhoudskosten van het praktijkgedeelte van de (zelfbewoonde eigen) woning.

Red. M.C.

#### EEN MULTIDISCIPLINAIRE P.H.V.?

De gedachtengang die collega Schuler in zijn brief (M.C. nr. 2/1971, blz. 62) schetst, is inderdaad in het verslag over de persconferentie van de P.H.V. Rotterdam en Omstreken niet aan de orde geweest. In dit verslag (M.C. nr. 52/1970, blz. 1413) werd slechts een mogelijkheid aangegeven „om althans aan de grootste nood het hoofd te bieden”. De nood ligt in Rotterdam op het terrein van de eerste echelons medische verzorging, en wel in het reeds aanwezige en vooralsnog onafwendbare tekort aan huisartsen. Dit tekort is, de leeftijdsopbouw van de Rotterdamse huisartsen in aanmerking nemend, alleen te ondervangen door nieuwe vestigingen van jonge

huisartsen. Niet alleen te Rotterdam, doch in meer stedelijke agglomeraties is de animo van jonge collegae (of van hun echtgenotes) zich als huisarts te vestigen nihil.

Nimme: is verondersteld, lat vorming van groepspraktijken een toevloed van nieuwe vestigingen in de Maasstad teweeg zou brengen. Het begrip groepspraktijk, wat daaronder ook verstaan wordt, schijnt tegenwoordig vaak te worden gezien als enig, universeel middel om uit de moeilijkheden van de eerste lijn geneeskundige verzorging te geraken. Overtuigd dat voor Rotterdam een afdoende oplossing op kortere termijn uitsluitend kan worden gevonden in de vorming van groepspraktijken, zijn wij geenszins. Het P.H.V.-bestuur had echter de indruk, dat bij een bepaalde vorm van praktijkuitoefening, namelijk in groter verband met meerdere collegae vanuit een gebouw dat niet samenvalt met de woongelegenheid van het artsengezin, de grote stad een beperkte aantrekkingskracht op jonge collegae kan uitoefenen en dat deze schaalvergroting sommige gevestigde collegae zou kunnen weerhouden het huisartsenberoep te verlaten. Het doel van de enquête waarover de persconferentie handelde, was een inzicht te krijgen in welke stadsgebieden een bereidheid tot samenwerking in deze vorm aanwezig was en deze te relateren aan geconstateerde noodsituaties. Daarmee werden tien gebieden gesignaleerd waar, indien op korte termijn een voorziening getroffen wordt, mogelijk een nieuwe vestiging aantrekkelijker kan worden gemaakt. Wellicht zou in de toekomst een uitbouw aan de directe en meer efficiënte medische sociale hulp in deze gebieden kunnen worden gegeven.

Wij zijn het met collega Schuler eens, dat de mogelijkheden van een multidisciplinair welzijnsteam wellicht groter zijn dan die van de solitair werkende huisarts, doch wij vrezen dat deze benaderingswijze een beperking van het patiëntenareaal met zich mee brengt, die op dit moment gewoonweg niet haalbaar is; wat in de gezondheidszorg van een wijk met tien- of twintigduizend zielen realiseerbaar zou zijn, is niet zonder meer toe te passen op een stadsbevolking van bijna 700.000. In teamverband kan ongetwijfeld beter zorg worden gedragen voor alle „care”-aspecten, doch wij worden geronfronteerd met een situatie waarin de „cure”-aspecten in het gedrang dreigen te komen. Simplificerend: het bestuur van een vereniging heeft onder meer de plicht haar ledenbestand op peil te houden; de

mogelijkheid, het eventueel zelfs te vergroten (met huisartsenleden) was één van de bedoelingen van de enquête.

Rotterdam, 25 januari 1971

Dr. J. H. Aarts, secretaris P.H.V.

#### DE VOLKSTELLING

De open brief in M.C. nr. 3/1971, blz. 67 aan de K.N.M.G. en aan alle Nederlandse artsen over de aanstaande volkstelling is mij uit het hart gegrepen. Uit andere overwegingen heb ik persoonlijk ernstige bezwaren tegen deze volkstelling, omdat ik vind dat het meest kostbare van het individu, namelijk zijn persoonlijke vrijheid en zijn privacy, hierdoor in ernstige mate wordt aangetast. Ik betreur dan ook de kortzichtigheid van de kamerleden, die de wet op de volkstelling — mijns inziens in strijd met het meest primaire verankerd in de rechten van de mens, namelijk zijn persoonlijke vrijheid — klakkeloos als hamerstuk hebben aangenomen. Ik zou het zo sterk willen stellen, dat het zelfs de moeite waard is om voor deze privacy veertien dagen gevangenisstraf over te hebben. In de laatste oorlog zijn er genoeg mensen geweest die voor dezelfde vrijheid meer over hadden. Indien u deze gedachte kunt onderschrijven, vraag ik mij af of het initiatief van de collegae Heringa en Baudoin niet verder zou moeten gaan dan de vragen sub 7 a, b en c. In dit geval zou juist de artsenstand, als groep die juist de privacy van de mens zo ter harte gaat, op het gevaar af dat ze te weinig open wordt genoemd, zich eigenlijk met hand en tand tegen deze volkstelling moeten verweren.

De Bilt, 26 januari 1971

W. P. J. Viëtor, zenuwarts

De komende wetenschappelijke vergaderingen van de Nederlandse Vereniging voor Plastische en Reconstructieve Chirurgie (voorheen de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie) vinden plaats op 24 april 1971 te Zwolle en op 30 oktober 1971 te Maastricht, aldus een melding van de secretaris.



De milieuverontreiniging verontrust 70% der Nederlanders, de een wat meer, de ander wat minder. Een kleine 40% heeft de gevolgen van de mi-

lieuwerontreiniging ook zelf ervaren. Als hoofdvervuilers ziet de Nederlandse bevolking vooral de industrie en het wegverkeer. Daarna worden de zeescheepvaart, inclusief de olietankers, en het huishouden (afval) genoemd. 84% vindt, dat er onvoldoende tegen de vervuiling wordt opgetreden; een groot deel hiervan zou bereid zijn f 10,— tot f 25,— per jaar te „dokken” voor het behoud van een gezond leefmilieu. Gegevens als deze zijn te vinden in „Milieubesef”, een enquête naar de betrokkenheid van de Nederlandse bevolking met de problematiek voortvloeiend uit de aantasting van het natuurlijk leefmilieu (1970). Het overzicht is uitgebracht door de Staatsuitgeverij, Christoffel Plantijnstraat, 's-Gravenhage, tel. 070-814511. Het kost f 4,20; per post bezorgd een gulden meer.



Onder het thema „Continuïteit van de verpleegkundige zorg” worden in de loop van 1971 door Kerk en Wereld te Driebergen een drietal studieconferenties georganiseerd in samenwerking met de Nederlandse Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen. De bedoeling van deze conferenties is begrip te kweken voor de noodzaak van deze voortdurende zorg: voor, tijdens en na verblijf van de patiënt in de ziekeninrichtingen. Reeds geruime tijd ervaren zowel vele verpleegkundigen die in de ziekeninrichtingen werken als zij die in de wijk werkzaam zijn het als een leemte, dat verpleegkundige informatie betreffende de opgenomen en weer ontslagen patiënten niet of met vertraging wordt doorgegeven. In het eerste halfjaar van 1971 zijn bij Kerk en Wereld twee conferenties gepland, en wel op 5-6 maart en 2-3 april. De weekend-conferentie in maart is in het bijzonder bestemd (en alleen op uitnodiging toegankelijk) voor verpleegkundige directieleden en hoofden van verplegingsdienst van ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen en — voor wat betreft de maatschappelijke gezondheidszorg — de provinciale verpleegsters in algemene dienst, hoofdwijkverpleegsters en verpleegsters in landelijke algemene dienst van de kruisverenigingen. De conferentie op 2-3 april is open en bestemd voor verpleegkundigen (intra- of extramuraal werkzaam) en leerling-verpleegkundigen. Na deze twee conferenties is in het najaar van 1971 nog een derde beraad gepland, dat de conclusies en reacties van de vorige conferenties als uitgangspunt heeft en daarom word belegd voor beleidsvormende instanties, zoals bestuurders van instellingen op het gebied van de

intra- en extramurale gezondheidszorg, ziekenfondsen, overheid, parlementariërs en politieke partijen. De deelnemingsprijs voor deze conferentie bedraagt, inclusief logies en maaltijden, f 60,— per persoon, voor leerlingverpleegkundigen f 35,— per persoon. Aanmelding/informatie bij het conferentiesecretariaat van Kerk en Wereld, De Horst 1, Driebergen, telefoon 03438-24241.



Uit cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek blijkt dat omstreeks 25 oktober 1970 bij de gezamenlijke universiteiten en hogescholen 17 000 studenten waren ingeschreven, die zich voor de eerste maal aan een Nederlandse instelling voor wetenschappelijk onderwijs lieten inschrijven. Dit is bijna 1300 meer dan in het jaar daarvoor of wel een stijging van 8 procent. Het vorig jaar was de toeneming 6 procent. In de loop van het studiejaar zal naar de ervaring leert, nog een beperkt aantal inschrijvingen volgen. De belangstelling nam vooral toe in de maatschappijwetenschappen (met 14 procent) en in de medische wetenschappen met 10 pct. Aldus Uitleg (13 januari 1971), weekblad van het departement van Onderwijs en Wetenschappen.



Gebleken is, dat er grote behoefte bestaat aan een goede documentatie op het gebied van de bouw van zwakzinnigeninrichting. Daarom is de Werkgroep zwakzinnigenzorg voornemens binnen enkele maanden een losbladige documentatie van het op 16 en 17 september 1970 te Utrecht gehouden expositum zwakzinnigenzorg uit te geven. De opzet van de documentatie is als volgt gedacht: de volledige tekst van de gehouden inleidingen; markante gedeelten uit de discussie; de kaart met de geografische spreiding der inrichtingen; alle geëxposeerde tekeningen (in kleurendruk); de bij de plannen geëxposeerde domateriaal en eventueel aanvullende toelichtingen. Bij intekening vóór 15 maart 1971 zal de prijs f 40,— per exemplaar bedragen; nadien zal de prijs hoger komen te liggen. De intekening kan geschieden bij het secretariaat van de werkgroep, Badhuisweg 72, 's-Gravenhage.



Op 26 maart a.s. hoopt zuster Frederike Meyboom honderd jaar te worden. Vrijwel iedereen in de verpleegkundige wereld kent haar naam als pionierster op velerlei terrein in de

verpleging en ook vanwege haar grote activiteiten ten behoeve van de oud-verpleegsters die, na bewezen diensten, in zorglijke materiële omstandigheden kwamen te verkeren. Een comité onder voorzitterschap van Prof. Mr. J. Th. M. de Vreeze heeft zich gevormd om zuster Meyboom op haar honderdste verjaardag te huldigen door haar een receptie en een geschenk aan te bieden. Het huldigingscomité heeft voor dit doel een postgirorekening geopend onder nummer 310100 ten name van de Penningmeester Comité zuster Meyboom honderd jaar, Den Haag, waarop gaarne bijdragen, groot of klein, worden ingewacht.



De Algemene Nederlandse Vereniging ter Voorkoming van Blindheid (secretaris Dr. J. ten Doesschate, kamer 102 Oogziekenhuis, Leyweg 295, Den Haag) heeft een werkgroep opgericht ter bestudering van het verlies van gezichtsvermogen ten gevolge van verkeersongevallen. De werkgroep, die onder voorzitterschap staat van de neurochirurg Dr. A. C. de Vet, en als leden ook vertegenwoordigers van instanties die bij deze studie zijn geïnteresseerd omvat, is haar werkzaamheden begonnen met het verzamelen van gegevens, voor zover die thans reeds ter beschikking staan. De werkgroep zal hiervoor de Nederlandse oogartsen en de neurologen/neurochirurgen benaderen en doet een beroep op hun medewerking, om de te vragen gegevens te willen verstrekken.



De Werkgroep wetenschappelijke samenwerking met Cuba zoekt contact met zeer gespecialiseerde Nederlandse docenten, die bereid en in staat zijn tijdens een der universitaire vakanties cursussen over hun vakgebied te geven aan de Universiteit van Havana. Voertalen zijn Spaans, Frans en Engels. Vorig jaar stuurden 63 Nederlandse hoogleraren een adres aan de leden van de Staten-Generaal met betrekking tot het isolement van Cuba; het nieuwe plan is daarvan een uitvloeisel. Dergelijke initiatieven zijn ook elders in Europa genomen, bijvoorbeeld in Frankrijk, waar het Comité de Liaison Scientifique et Universitaire Franco-Cubain in de zomer van 1970 een aantal wetenschappers naar Cuba uitzond. Belangstellenden wordt verzocht een curriculum vitae, met inbegrip van een lijst van publikaties, te willen overleggen en voorstellen te doen aangaande de inhoud van de colleges die zij denken te gaan geven.

De reiskosten vanaf Madrid v.v. en de verblijfkosten komen voor rekening van de ontvangende universiteit. Inlichtingen zijn verkrijgbaar bij: Prof. Dr. G. J. Kruijer, Sociologisch Instituut, Korte Spinhuissteeg 3, Amsterdam-C./Michelangelostraat 282, Amsterdam-Z.; Mr. P. van Tongeren, afdeling Buitenlandse Betrekkingen Universiteit van Amsterdam, Spui 21, Amsterdam-C./Bilderdijklaan 102, Bilthoven; en Drs. J. van Ginneken, Seminarium voor Mas-sapsychologie, Herengracht 457, Amsterdam-C., Nieuwe Leliestraat 87<sup>3</sup>, Amsterdam-C.



Het 16de „Eerste zaterdag in maart symposium" zal worden gehouden op 6 maart a.s. te 10.30 in „De Doelen" te Rotterdam. Voorzitter van het door Merck Sharp & Dohme georganiseerde symposium is Prof. Dr. G. A. Lindeboom. Het programma vermeldt inleidingen van Dr. J. Tudor Hart, huisarts te Glyncorrwg, Wales, over „Voorkomen van hypertensie in de huisartspraktijk"; van Dr. W. Birkenhäger, internist aan het Zuiderziekenhuis te Rotterdam over „Etiologie en diagnostiek van primaire hypertensie"; van Dr. W. J. van Amstel, internist, verbonden aan het Academisch Ziekenhuis te Leiden over „Behandeling van patiënten met hypertensie, waarom, wanneer en hoe?" en van Prof. Dr. J. A. Oosterhuis over „De betekenis van het oogfundusonderzoek bij de patiënt met hypertensie". Aan het einde van de ochtend- en middagzitting zal na de gehouden voordrachten discussie kunnen worden gevoerd.



De International Health Foundation heeft een wetenschappelijke prijsvraag uitgeschreven: „An amount of SF 5,000.— will be awarded during 1971 for the best study submitted to the International Health Foundation on the subject: Gonadal function in the man between 45 and 55 years of age. Papers may deal with any aspect of this subject — clinical, social, or biochemical — and should contain new and original ideas on the subject. They should be written in English and should not exceed 2,500 words in length. Quality rather than quantity will influence the final selection. Papers, together with a short curriculum vitae of the author, should be sent to the International Health Foundation, 14 rue de Hollande, 1204 Geneva, Switzerland, to arrive by 1st June, 1971. The results will be announced in August 1971. An additional prize of SF 2,000.— for the best paper submit-

ted by an author under 35 may be awarded if the quality of the entries permits".



Uitbreiding van de nationale gezondheidszorg vormt een van de drie hoofddoelen van de „nieuwe Amerikaanse revolutie", waartoe president Nixon enige weken geleden opriep in zijn jaarlijkse boodschap, de State of Union. De beide andere hoofdpunten zijn een verbetering van de financiële positie van staten en steden, en een drastische inkrimping van het landelijk bestuursapparaat. Nixon zei verder te streven naar het bestrijden van de armoede (onder meer door een betere bijstandregeling), het tegengaan van inflatie en werkloosheid, en het voeren van een hardere politiek ten aanzien van de milieuverontreiniging. Wat de gezondheidszorg betreft, wil de Amerikaanse president 100 miljoen dollar uittrekken voor onderzoek naar geneesmiddelen tegen kanker.



C.R.M. is gereedgekomen met de Rijksregeling Dagverblijven voor Gehandicapten inzake erkenning, subsidiëring, garantieverlening en toezicht. De regeling is eind januari in werking getreden, met terugwerkende kracht tot 1 juli 1970. Gevolg is, dat eveneens gerekend vanaf die datum de subsidie van rijkswege van 75% op 90% is gebracht. De regeling geldt zowel kinderdagverblijven als dagverblijven voor ouderen (leeftijdsgrenzen 3-15 jaar; 15 jaar en ouder) waar geestelijk of lichamelijk gehandicapten een onderdak vinden. Ook het toezicht is in de nieuwe regeling geformaliseerd. Op het ogenblik telt ons land ongeveer 100 dagverblijven, de helft voor kinderen, de andere helft voor ouderen.



Een initiatief op Europees niveau zou het mogelijk kunnen maken de opvang van mindervaliden op een nieuwe leest te schoelen. Met het oog daarop organiseert de Commissie van de Europese Gemeenschappen een colloquium inzake revalidatie en tewerkstelling van mindervaliden, dat van 24-26 mei 1971 in Luxemburg zal worden gehouden. Doel van het colloquium is, personen die belang stellen in en betrokken zijn bij de revalidatie en de tewerkstelling van mindervaliden in Europees verband bijeen te brengen, te praten over de methoden die het best beantwoorden aan de huidige eisen, vast te stellen welke leemten er bestaan en tenslotte te

trachten doelstellingen voor de gehele gemeenschap te formuleren. Het programma beperkt zich tot die vormen van invaliditeit, die op jeugdige of volwassen leeftijd zijn ontstaan. Voertalen zijn Engels, Frans, Duits, Italiaans en Nederlands (simultaanvertalingen). De inschrijving voor het colloquium is gratis en moet schriftelijk gebeuren, onder vermelding van: naam, functie of beroep; volledig adres en telefoonnummer; voertaal waaraan de voorkeur wordt gegeven; bijdrage die men wil leveren (met opgave van het onderwerp en de belangrijkste referenties). Aanmeldingen vóór 31 maart 1971 bij: „Colloquium minder-validen", Commissie van de Europese Gemeenschappen, Rue Aldringen, 29, Luxemburg.



De dertiende oriëntatiecursus voor aanstaande huisartsen vanwege het Nederlands Huisartsen Instituut wordt gehouden op de vrijdagen 19 en 26 februari, 5, 12, 19 en 26 maart en 2 april a.s. steeds van 15.30 tot 21.00 uur in de benedenzaal van de dépendance van het N.H.I., Moreelsepark 9, Utrecht. Voor deze cursus is aanmelding nog mogelijk bij de secretaresse van het N.H.I. mevr. M. G. M. Vavrinek-Ferdinandus, Mariahoek 4, Utrecht, telefoon 030/19946 bij wie ook inlichtingen zijn te verkrijgen. De kosten van de cursus bedragen voor niet-NHG-leden f 75,—, voor NHG-leden f 40,— en voor studenten f 35,— (inclusief broodmaaltijden), over te maken op postgiro 394072 van het NHI onder vermelding „Dertiende oriëntatiecursus".



Van 5-11 september 1971 vindt te Sils Maria in de Engadin (Zwitserland) de 10e Silser Studienwoche van de Schweizerische Gesellschaft für Psycho-somatische Medizin plaats, met als thema: „De psychologische benadering van de somatisch zieke". Tijdens de studieweek zullen door middel van groepswork praktische oefeningen in psychotherapie voor niet psychiatrisch gespecialiseerde artsen worden gehouden. Meer informatie geeft Dr. O. Meier, 4805 Brittnau, Zwitserland.



De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft aan het Instituut Intagon te Amsterdam verzocht een overzicht te geven van de opvang, behandeling en begeleiding van druggebruikers. De staatssecretaris wil verzekeren, dat voor druggebruikers in de

gewenste omvang en van de vereiste kwaliteit mogelijkheden bestaan van opvang, behandeling en begeleiding. In de huidige fase van ontwikkeling is onzekerheid ontstaan over de vraag, of gezien de verwachtingen rond de toename van het gebruik en de houding van druggebruikers de aangeboden voorzieningen voldoende zijn aangepast en de nodige flexibiliteit bij de werkwijze in acht wordt genomen. Wat betreft de kwaliteit van de zorg bestaat enige twijfel over de doelmatigheidsvraag, of een bepaald type opvang en begeleiding dat in een gegeven situatie een constructieve oplossing betekent in een andere situatie zonder meer te kopiëren is. Het vooronderzoek dat het Intagon te Amsterdam ter hand neemt, zal nog volstaan met het vastleggen van de werkwijze van verschillende vormen van dienstverlening. Daardoor wordt een basis gelegd voor een inventarisatie, die een inzicht geeft in de mogelijkheden van opvang, behandeling en begeleiding die in Nederland zijn ontwikkeld. Het onderzoek maakt deel uit van het totaal onderzoekprogramma met betrekking tot het druggebruik, dat mede op aandringen van de Staten-Generaal op stapel is gezet.



De besturen van de Vereniging voor Misvormden (Anna-kliniek voor Orthopedie) te Leiden, de Stichting Reuma-Kliniek „Sole Mio” te Noordwijk en de Stichting „Het Rotterdamsch Zeehospitium” te Katwijk aan Zee hebben besloten tot de stichting van een nieuwe kliniek voor reumatologie, orthopedie en kortdurende revalidatie voor volwassenen. Deze kliniek, die zal worden genoemd naar wijlen Prof. Dr. J. D. Mulder, zal in totaal ongeveer honderdnegenentwintig bedden gaan tellen. De notariële oprichting van de Stichting Professor Jan Mulder-Kliniek heeft onlangs plaatsgevonden. Aldus „Acta et Agenda” (d.d. 28 januari 1971) informatieblad der Leidse Universiteit.



Met ingang van 1 januari 1971 zijn de Bond van R.K. Ziekenfondsen in Nederland en de Centrale Bond van Onderling beheerde Ziekenfondsen gefuseerd, waardoor de Nederlandse Unie van Ziekenfondsen is ontstaan. Bij deze organisatie zijn 34 ziekenfondsen met rond 3 miljoen verzekerden aangesloten. Ten behoeve van het contact met deze verzekerden geeft de unie het blad „Uw goed recht” uit, dat 6x per jaar zal verschijnen in een oplage van 900.000 exemplaren.

## MEDISCH CONTACT

Verschijnt wèkelijks

**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; J. H. van Meurs, Beverwijk.

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

**Uitgever:** Uitgeverij. Kruyt N.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259\*, 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 opgaaf van redenen worden geweigerd.

**Abonnementen:** Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 40,—, plus f 1,60 BTW = f 41,60, buitenland f 45,—, losse nummers f 1,04 (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 Uitgeverij. Kruyt N.V., Bussum.

**Oplage:** 16.720 exemplaren.

**Druk:** Verweij Mijdsrecht.

## KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ

### TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

**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

**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.

\* \* \*

**Bureau voor waarneming en vestiging:**

van 9 tot 17 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411;

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

**Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:**

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-887021