



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

DE PATIËNT IN HET ZIEKENHUIS

In dit nummer van Medisch Contact vindt de lezer de reeds aangekondigde rede van de voorzitter van de Landelijke Specialisten Vereniging Dr. J. van Mansvelt, gehouden op de studiedag L.S.V.-bestuur - medische staven. Voorwaarde voor het goed functioneren van de medische staf is een positieve instelling van de

medische specialisten tegenover deze stafvorming. Noodzakelijk is eveneens dat bestuur en directorium van het ziekenhuis de medische staf die ruimte geven, bijvoorbeeld bij de beleidsvoorbereiding, die voor een goed functioneren van de staf vereist is.

Desondanks zal er een aantal praktische problemen blijven bestaan, dat niet zo gemakkelijk is op te lossen. In de discussie op 17 januari werd onder andere gesproken over tijdsbeslag: specialisten, die in meerdere ziekenhuizen werken, de administratie van medische gegevens van de patiënt en het vlot kennis kunnen nemen door de andere leden van de staf van deze gegevens.

In deze beschouwing willen wij enige notities maken gezien vanuit de patiënt.

De vertrouwensrelatie patiënt - arts dient zoveel mogelijk gewaarborgd te blijven. Voor de patiënt moet dan ook de organisatie, waaraan hij zich toevertrouwt, overzichtelijk blijven.

In zijn jaarverslag schrijft — de Geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid R. Drion — na er op te hebben gewezen dat de geneeskundige voorzieningen voortdurend complexer en omvangrijker worden — onder andere het volgende:

„Hierbij wil ik op een facet wijzen, dat al wel de aandacht heeft gekregen in de pers, ook de medische en juridische, maar toch niet de aandacht, die het verdient, namelijk de verantwoordelijkheid bij het werken van meerdere beroepsbeoefenaren in een of ander samenwerkingsver-

25e JAARGANG — No. 5 — 30 JANUARI 1970

INHOUD

De patiënt in het ziekenhuis	93
„Medisch Contact voor het bevrijde Nederlandsche gebied”; terugblik na 25 jaar	95
Samenwerking ziekenhuizen - verpleegtehuizen	99
Internationaal perspectief	100
Stichting Medische Registratie neemt computercentrum in gebruik	103
Commissie Abortusvraagstukken geïnstalleerd	104
Ontmoeting L.S.V. - Ziekenhuisstaven (I) ..	105
Huisarts en Medische Faculteit Rotterdam	109
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
De bereikbaarheid van de arts	113
<i>Van het Centraal College:</i>	
Presidium in 1970	114
<i>Van het Centraal Bestuur L.H.V.:</i>	
Ledenvergadering d.d. 23-1-1970	114
Uit de afdelingen	114
<i>Van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten:</i>	
Voorlopig verslag over het jaar 1968 ...	115
<i>Van de Stichting Voorlopig Beheer Pensioengelden voor Huisartsen:</i>	
Voorlopig verslag over de jaren 1967-1968	116
Brieven aan de redactie	118
Varia	118

Hoofdredacteur: F. A. Bol.
Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens.
Colofon op bladzijde 120.

band. Wie de verantwoordelijk voor de te verlenen hulp indien een patiënt zich tot een in enigerlei samenwerkingsverband optredende arts om hulp wendt en, in het bijzonder, waar ligt de verantwoordelijkheid wanneer een complex medisch handelen een noodlottige afloop heeft? De naald die verscholen in een tampon bij een operatie achterblijft, een infuus dat door de industrie niet steriel is afgeleverd, een berekeningsfout van een verpleegster bij het bereiden van een verdunning, hulp, die niet verleend wordt tengevolge van een communicatiestoornis bij waarneming, alle zijn dit menselijke fouten die zich derhalve steeds zullen kunnen blijven voordoen.

„Dit neemt echter niet weg dat voor dergelijke fouten, ongeacht of zij tot aanmerkelijke schade aanleiding hebben gegeven, ergens verantwoordelijkheid moet kunnen worden gelegd. De structuur is echter zo gecompliceerd geworden dat in vele gevallen zelfs de rechter, tuchtrechter, civiele rechter dan wel strafrecht, de knoop niet kan ontwarren, en tot vrijspraak dan wel afwijzing van de schadeclaim moet concluderen, en de gelaedeerde patiënt of zijn nabestaanden in de kou moet laten staan.

„Aangezien gedurende het verslagjaar zich verschillende van de hierboven vermelde voorvallen hebben voorgedaan, leek het mij gewenst in dit jaarverslag het onbevredigende van de huidige structuur te signaleren en er wat dieper op in te gaan. Met het stellen van algemene regels, in contracten vastgelegd, hoe aantrekkelijk dit misschien juridisch gezien ook is, is het probleem niet opgelost. Dit zal immers onontkoombaar tot een niet aanvaardbare verzakelijking van het medisch gebeuren voeren, een verzakelijking die in feite wezensvreemd is aan de relatie tussen de hulpzoekende mens en zijn arts.

„Veeleer zie ik het als een taak van het Staatstoezicht nauwlettend er voor te waken, dat overal waar artsen, verplegenden en paramedische of andere beroepsbeoefenaren in samenwerkingsverband werken, de structuur daarvan voldoende doorzichtig blijft en ieder zijn eigen verantwoordelijkheid blijft zien en aanvaardt.”

Een tweede facet, maar hiermee samenhangend, is, dat de patiënt zich „overgeleverd” zal

gaan voelen, een instelling die een actief meewerken aan zijn genezing in de weg kan staan.

In het oktobernummer 1969 van Het Ziekenhuiswezen schrijft mevr. A. J. Schellekens-Ligthart na een uitvoerige casuïstiek het volgende:

„De bovenstaande ervaringen hebben bij mij een aantal vragen opgeroepen, die ik als volgt zou willen formuleren: Wordt de patiënt in onze ziekenhuizen veelal niet te veel vereenzelvigd met de kwaal, waarvoor hij genezing zoekt en waaraan men die aandacht geeft, die binnen het bestaande systeem technisch en economisch haalbaar wordt geacht? Wordt er niet te weinig rekening gehouden met het feit, dat de patiënt mens is, en wel mens van deze tijd, veelal met een behoorlijke ontwikkeling, die au sérieux genomen wil worden, zeker als het om zijn gezondheid of die van zijn kinderen gaat? Wordt niet nog te veel vastgehouden aan verouderde opvattingen over de relatie specialist-patiënt, waarin de specialist nog al eens de autoritair handelende figuur is en de patiënt alles maar over zich heen moet laten komen? Heeft de specialist wel een voldoende vakkundige kijk op de gevolgen, die de ingrepen, welke hij verricht en zijn wijze van omgaan met de patiënt hebben op de geestelijke gezondheid van de patiënt? En zijn deze vragen niet minstens zo urgent t.a.v. de relatie verplegend personeel-patiënt? En als dan van deze mensen deze „vakkundige kijk” niet verwacht mag worden, omdat zij er noch de tijd noch de vooropleiding voor hebben (dit geldt met name voor de specialisten, in wier vooropleiding de menswetenschappen meestal geschitterd hebben door afwezigheid) wordt het dan niet tijd, dat vakkundigen uit andere wetenschappen (zoals psychologen, sociaal-psychologen, sociologen) zich over deze materie buigen en een vaste plaats krijgen in het ziekenhuisteam?”

En tenslotte een derde kanttekening. Dienen ook niet-medici volwaardige stafleden te zijn? Gedacht zou kunnen worden aan fysiologen, biochemici, klinische chemici, psychologen, apothekers, tandartsen. enz.

Gaarne zal de redactie van Medisch Contact het woord willen geven aan deskundigen op deze terreinen.

F. A. Bol

„Medisch Contact voor het bevrijde Nederlandsche gebied”

Terugblik na 25 jaar op herleving van de organisatorische activiteiten in het Zuiden

Het was op 27 januari a.s. vijfentwintig jaar geleden dat het eerste nummer verscheen van „Medisch Contact — blad voor de artsen aangesloten bij „Medisch Contact voor het Bevrijde Nederlandsche gebied”. De hoofdredactie was in handen van Dr. A. Tillema, redacteurs waren M. R. van Alphen de Veer en — voor het bestuur van „M.C. voor het Bevrijde Nederlandsche gebied” — A. M. Mooij. De omstandigheden, welke toen golden, vindt men duidelijk getekend in hetgeen het „Bestuur M.C. voor het Bevrijde Nederlandsche Gebied” in dit eerste nummer schreef en waaruit wij citeren:

„Zooals in artsenkringen wel algemeen bekend mag worden verondersteld, heeft na de bevrijding van een deel van ons Vaderland Het Medisch Contact zich beijverd om een onderlinge band tusschen de artsen te leggen, waardoor een voorloopige artsenorganisatie ter beschikking kwam, welke zou kunnen optreden als vertegenwoordigend lichaam der Nederlandsche artsen in bevrijd gebied. Deze organisatie werd temeer noodzakelijk, toen bleek dat de bevrijding van geheel het land nog wel eenigen tijd op zich zou laten wachten en de gewijzigde omstandigheden in het bevrijde gebied het noodzakelijk maakten reeds nu allerlei maatregelen op medisch terrein te nemen. Een, de overgrote meerderheid der artsen vertegenwoordigende organisatie, zal reeds nu de belangen van Volksgezondheid en artsen kunnen behartigen en aan allerlei instanties de gelegenheid kunnen bieden, zich met de artsen in verbinding te stellen ter bespreking van de vele medische aangelegenheden, die op oplossing wachten.

Het onderling contact tusschen de artsen in het bevrijde gebied werd van 't begin der bevrijding af nagestreefd door het houden van geregelde vergaderingen van afgevaardigden uit de verschillende afdelingen, waarbij de bedoeling voorzat, dat de afdelingen zelf zouden zorgen voor de verspreiding der verschillende berichten en mededeelingen onder haar leden. Wegens de grote communicatiemoeilijkheden heeft hieraan op vele plaatsen nog al iets ontbroken, zoodat vooral de artsen in de peripherie slechts op onvoldoende wijze konden worden bereikt.

Dit mededeelingenblad zal dan ook zeker in een behoefte voorzien en er toe kunnen bijdragen, dat de maatregelen en bepalingen, die worden voorgesteld, uniform worden toegepast.

Voor al moge door deze wijze van contact de band tusschen de artsen worden verstevigd, waardoor zij in de toekomst op de ingeslagen weg van samenwerking in 't algemeen belang kunnen doorgaan.

Het eerste verschijnen van dit blad biedt ons tevens de gelegenheid om nogmaals getuigenis af te leggen van onzen trouw aan Vorstin en Vaderland en de be-

lofte te vernieuwen, onze volle medewerking te zullen verlenen bij het geestelijk en lichamelijk herstel van ons zwaar beproefde volk.”

In dit eerste nummer van „Medisch Contact voor Het Bevrijde Nederlandsche Gebied” vindt men weergegeven welke activiteiten vóór het verschijnen daarvan werden ontplooid. Na 18 september 1944 werden in het bevrijde Nederlandse gebied in alle afdelingen vergaderingen georganiseerd en uit deze afdelingen zijn afgevaardigden te Eindhoven bijeengekomen, die daar een bestuur aanwezen: Dr. Jos Specken te Eindhoven, voorzitter, A. M. Mooij, eveneens te Eindhoven en G. F. van Balen te 's Hertogenbosch. Met dit bestuur overlegden de afgevaardigden der afdelingen elke veertien dagen, bijeenkomsten die op zondag werden gehouden, een dag die voor dit doel ook door van zeer verre komende collegae — Zeeland — werd geofferd.

Neemt men deze oude nummers van Medisch Contact ter hand, dan getuigt alle lectuur daarin van de grote intensiteit waarmee men toen reeds in het Zuiden de handen aan de ploeg heeft geslagen en veel voorbereidend werk heeft gedaan, waarop men na de bevrijding van het gehele land kon voortbouwen. Zo leest men bijvoorbeeld in dit eerste nummer over het bestaan van een „Voorlopige Commissie voor het artsexamen”, die op 21 januari 1945 voor het eerst bijeenkwam onder voorzitterschap van Dr. F. van Buchem. In het bericht dien-aangaande staat:

„Deze zette uiteen, dat er van verschillende kanten stemmen waren opgegaan om een gelegenheid tot het afleggen van het artsexamen te scheppen. Dit idee is door M.C. ter hand genomen en met goedkeuring van den D.G. der Volksgezondheid zijn Dr. F. van Buchem en Dr. J. Slooff aangezocht een commissie te vormen. Er is kort geleden een bespreking geweest met den D.G. der Volksgezondheid over de waarde van deze examens. Men heeft toen de mening naar voren gebracht, dat — niet het minst in het belang der candidaten — men noodig heeft een officieele opdracht bijvoorbeeld van den Minister van Onderwijs en een erkenning van de commissie. De D.G. der V. heeft toegezegd dit in Londen met de Minister van Onderwijs te zullen bespreken. Verder wordt noodig geacht, dat de heeren, die zich bereid verklaard hebben om te examineren, persoonlijk een officieele benoeming krijgen.”

Dat op werkelijk alle gebied werd geijverd om tot herstel van een normaal levenpatroon te komen

blijkt uit veelsoortige berichten in de daarna verschenen nummers. Zo werd in het tweede nummer een hulpactie ingezet ten behoeve van het herstel van de praktijken van collegae, die geheel of gedeeltelijk te gronde waren gegaan in het oorlogsgeweld en het werd als een vanzelfsprekende zaak beschouwd in deze oproep dat de ongeveer 1.000 artsen in het bevrijde gebied snel een fonds van f 100.000 bijeen zouden brengen om in de noodtoestand, waarin de bedoelde collegae vertoefden, te voorzien.

In het tweede nummer van „M.C. voor het Bevrijde Nederlandsche Gebied” kan men ook kennis nemen van de mededeling van de Militaire Commissaris voor Noord-Brabant met betrekking tot het buiten werking treden van de „Artsenverordening”. Daaruit worde de volgende paragraaf geciteerd:

„De Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der geneeskunst is krachtens art. 55 der Artsenverordening ontbonden. Daar de Artsenverordening tijdens de vijandelijke bezetting rechtskracht heeft gehad zal m.i. genoemde Maatschappij niet automatisch herleven, maar zal zij opnieuw moeten worden opgericht, behoudens toepassing van de artikelen 105 e.v. van het Besluit herstel Rechtsverkeer. Bij deze artikelen is onder meer bepaald dat de Raad voor Rechtsherstel het opheffen van een vereeniging als bijvoorbeeld de bovenbedoelde Maatschappij kan ongeldig maken, waarbij hij zal hebben te bepalen of deze ongedaanmaking al of niet met terugwerkende kracht geschiedt.”

Aan alle zaken werd blijkens de verschenen nummers van M.C. in het bevrijde gebied volle aandacht geschonken: er werd een bureau voor waarneming en vestiging ingesteld, bemiddeling werd verleend bij het verschaffen van studieboeken, men zette er zich reeds aan de studie terzake van de sociale zekerheid, er verschenen in M.C. korte wetenschappelijke bijdragen — een introductie van de penicilline en de toepassingsmogelijkheden! — en ook referaten uit recent verschenen buitenlandse vakbladen. Gemeenten en bedrijven adverteerden in die uit vier grote pagina's bestaande nummers om hun medische diensten weer te bemannen of te completeren, er werden hulpacties ondernomen om de collegae, die van hun vervoermiddelen waren beroofd, aan automobielen en motorfietsen te helpen en dat in die dagen de problematiek van de dagelijkse levensgang zich werkelijk bij alle doen en laten manifesteerde en zich daarbij ook wel kleine deraillementen voordeden, kan men aflezen uit een bericht onder het opschrift „Volksgezondheid” dat in het zesde nummer verscheen en dat luidde:

„De Directeur-Generaal van de Volksgezondheid deelt mede:

Naar aanleiding van het feit, dat door verschillende artsen bewijzen werden afgegeven voor vrijstelling van de eierlevering, deelt de Algemeene Commissaris voor de Voedselvoorziening mij mede, dat het aantal in te leveren eieren zoo gekozen is, dat ieder gezin, dat kippen houdt, voldoende eieren zal overhouden voor de

meest noodzakelijke behoeften. Voor de eerste vijf kippen behoeven namelijk slechts 20 eieren per kip te worden ingeleverd, en voor iedere kip méér 40 stuks.

Aan de Provinciale Instanties is door het Commissariaat voor de Voedselvoorziening instructie gegeven geen acht te slaan op de door artsen afgegeven bewijzen. Voor het geval zich zeer bijzondere omstandigheden zouden voordoen en het toch noodig zou zijn een vrijstelling te geven, zal hierover in ieder afzonderlijk geval overleg moeten plaats vinden met den plaatselijken vertegenwoordiger van den Provincialen Voedselcommissaris.”

In hetzelfde nummer d.d. 22 mei 1945 van M.C. voor het bevrijde gebied, waarin aan de artsen zeggenschap over de eieren werd ontnomen, werd de instelling van een Commissie voor het Artsexamen gepubliceerd, men zou kunnen zeggen: geproclameerd.

„Wij Wilhelmina, bij de gratie Gods, Koningin der Nederlanden, Prinses van Oranje-Nassau, enz. enz. enz.

Op de voordracht van onzen Minister van Onderwijs, Kunsten en Wetenschappen van 10 April 1945 . . .”

Overwegende dat mede ten gevolge van de gedeeltelijke bevrijding van Nederland het dringend noodzakelijk is een voorlopige voorziening te treffen, waarvoor aan personen, die het doctoraal examen in de medicijnen hebben afgelegd, gelegenheid wordt gegeven de beide deelen van het artsexamen af te leggen; Hebben goedgevonden en verstaan. . .”

Waarna de artikelen volgden tot instelling van deze Commissie. Deze wetgeving was getekend per 25 april 1945, de publikatie in M.C. van 22 mei van dat jaar geschiedde in de periode, waarin het gehele land inmiddels was bevrijd.

Het nummer van M.C., dat deze mededeling bevatte, is historisch ook interessant omdat daarin werd gepubliceerd een uiteenzetting alsmede de ontwikkeling van plannen van de Britse minister van Volksgezondheid Sir Beveridge tot instelling van de National Health Service.

In volgende afleveringen van dit Medisch Contact — gebrek aan papier verstoorde enkele malen de regelmatige verschijning — werden ook richtlijnen gegeven voor de zuivering in eigen kring. In het laatste ons uit de archieven van een Brabants arts voor het schrijven van deze herinnering beschikbaar gestelde exemplaren van Medisch Contact voor het bevrijde gebied (het dateert van 23 juli 1945 schreef de redactie:

„Met dit nummer beëindigen wij het korte bestaan van „Medisch Contact” van Zuidelijken oorsprong. Voortaan zal men vanuit het centrum van het land het Mededeelingenblad voortzetten. Wij danken allen, die ons geholpen hebben met hun bijdragen van socialen en wetenschappelijken aard en die daardoor het vrij regelmatig verschijnen van ons blad mogelijk hebben gemaakt.”

In dit laatste, zelfs zes pagina's tellende nummer van dit Zuidelijke Medisch Contact werd onder het opschrift „Nederlandsche Maatschappij t.b.d. Geneeskunst” medegedeeld, dat „deze instelling, in-

dertijd haastig door de leden verlaten, tijdens de bezetting geen belang meer had. Nu echter geheel Nederland is bevrijd — althans het Europees gebied — wordt het tijd eens te gaan denken over den vorm waarin men „De Maatschappij” wil laten herleven. Want ofschoon de meesten onzer lid waren, kan men niet zeggen, dat allen de oude „Maatschappij” vurig bewonderden. Bij het oprichten van de nieuwe Maatschappij moet men dus trachten de oude fouten te vermijden”.

Na deze inleiding werden enkele gedachten opgesomd, die zich daarover in de afdeling 's-Hertogenbosch hadden ontwikkeld. Gesteld werd daarbij dat hervorming van de inrichting van de Maatschappij ten doel moest hebben de bestaande bezwaren op te heffen. Die bezwaren staan daar, acht in getal, dan geformuleerd en wellicht komt bij de lezer bij kennisneming van die bezwaren anno 1945, die wij hier tenslotte citeren, het gezegde „Plus ça change, plus c'est la même chose” nu en dan in gedachten:

- 1 het ontbreken van een algemeen lidmaatschap;
- 2 onvoldoende werking van de indirecte dwang tot lid zijn of onderhoorig zijn door de bepaling, dat alleen leden konden deelnemen aan de Mij.- en contractfondsen namelijk door het bestaan van andere mogelijkheden voor uitgetreden of geschrapte leden en door het buiten deze bepaling vallen van alle artsen zonder ziekenfondsinkomen;
- 3 trage werking door inschakeling, voor elk besluit van commissies, H.B. afdelingen en *Alg. Verg.* voor welke maandenlange voorbereiding in het H.R. was vastgelegd;
- 4 overbelasting met werkzaamheden voor materiele belangen;
- 5 achterstalling van andere hoogere doeleinden;
- 6 onvoldoende rechtspraak door gebrek aan machtsmiddelen en door onvoldoende eenheid daarin;

7 tegenstelling tusschen huisartsen en specialisten door koppeling van de honoraria in de ziekenfondsen;

8 gebrek aan belangstelling voor Mij.-werkzaamheden bij de leden door slechte voorlichting met als gevolg ondeskundige beoordeling bij beslissingen in de *Alg. Verg.*

Doch behalve de opsomming van bezwaren werd daarnaast ook positief aangegeven wat nodig zou zijn voor doeltreffende werkzaamheid van de Maatschappij, opdat ook zoveel mogelijk artsen daarvan lid zouden zijn. Het zou te ver voeren deze positieve raadgevingen — waartoe onder meer behoorde bevordering van het ziekenfonds- en verzekeringswezen voor geneeskundige behandeling — hier in extenso uit dat laatste nummer van het Zuidelijke M.C. te citeren. Volstaan moge worden met te vermelden dat die positieve raad typografisch als 't ware een apotheose heeft gekregen in de dan cursief gedrukte stelling: „*Het is derhalve een sociale plicht zich in vereenigingsverband te groepeeren en onttrekken hieraan is een misdaad tegen het gemeenschapsbelang*”.

Tenslotte nog iets over de overgang van het laatste op 23 juli 1945 gedateerde nummer van „Medisch Contact voor het Bevrijde Nederlandsche Gebied” naar het nog in dezelfde maand centraal verschenen „Mededeelingen-blad van het Medisch Contact”, 1ste jaargang, no 1 en 2. De redactie ving dit eerste nummer aan met de volgende woorden:

„Hierbij verschijnt het eerste Mededeelingenblad van „Medisch Contact” voor geheel Nederland. Dit blad is dan tevens de voortzetting van het blad „Medisch Contact”, dat voor het bevrijde gebied regelmatig in Eindhoven verscheen. Dit was een van

Medisch & contact

Hoofdredacteur: Dr A. Tillema, Redacteurs: M. R. van Alphen de Veer en voor het Bestuur van „M. C. voor het Bevrijde Nederlandsche Gebied”: A. M. Mooij.

Blad voor de artsen

Redactie: Stratumchedijk 53A, tel. 5858, Eindhoven.
Administratie: A. Fetter, Stratumchedijk 27.
Telefoon 2715, Eindhoven en Dr A. Tillema.

aangesloten bij „Medisch Contact voor het Bevrijde Nederlandsche Gebied”

Verschijnt om de twee weken. Abonnementsprijs per halfjaar fl. 3.- bij vooruitbetaling. No. 1, 27 Januari 1945.

Zoals in artsenkringen wel algemeen bekend mag worden verondersteld, heeft na de bevrijding van een deel van ons Vaderland Het Medisch Contact zich beijverd om een onderlinge band tusschen de artsen te leggen, waardoor een voorloopige artsenorganisatie ter beschikking kwam, welke zou kunnen optreden als vertegenwoordigend lichaam der Nederlandsche artsen in bevrijd gebied. Deze organisatie werd te meer noodzakelijk, toen bleek, dat de bevrijding van geheel het land nog wel eenigen tijd op zich zou laten wachten en de gewijzigde omstandigheden in het bevrijde gebied het noodzakelijk maakten reeds nu allerlei maatregelen op medisch terrein te nemen. Een, de overgrote meerderheid der artsen vertegenwoordigende organisatie, reeds nu, de plannen van Volksheld en artsen kunnen behartigen en aan de bevoegde instantie de gelegen-

de uitingen van de groote activiteit, door de collegae in het Zuiden tentoongespreid, en die zooveel heeft bijgedragen tot de gezaghebbende plaats, die het M.C. thans inneemt. Wij mogen onze collega's in het Zuiden wel hartelijk dank zeggen voor de wijze, waarop zij hun taak hebben vervuld. In het bijzonder de redactie van het „Medisch Contact” in het bevrijde gebied, collega Dr. A. Tillema, M. R. van Alphen de Veer en A. M. Mooy, betuigen wij hier onzen dank en waardering.”

Het „Mededeelingen-blad van het Medisch Contact” verscheen maandelijks — in oktober twee keer — gedurende 1945. Het bleef bij deze partiële eerste jaargang. Op 2 januari 1946 verscheen no 1 van de 1ste jaargang van „Medisch Contact, officieel orgaan van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst”. Uit een „Aan de lezers” in dit eerste nummer van wat toen „Medisch Contact” is geworden en tot nu toe gebleven — en door vergrijsden zo begrijpelijk nog steeds niet van het lidwoord wordt ontdaan en in woord en geschrift als „Het Medisch Contact” wordt aange-merkt of aangesproken — citeren wij de aanhef:

„De naamsverandering van ons blad, tevens het beginnen van een nieuwen, eersten jaargang, geschiedt volgens besluit van de eerste Algemeene Vergadering van de herboren Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst op 30 December 1945 te Utrecht. Tot dusver was „Medisch Contact” de

band, die het overgrootste deel der Nederlandsche artsen samenbond in den strijd, die achter ons ligt, tevens ook wordend tot verbinding tusschen de „oude” Maatschappij en de „nieuwe”. „Medisch Contact” zal dus nu voortaan de naam zijn van ons blad, aangevend zijn dubbele taak, de artsen saam te houden onder elkaar en hen te binden aan hunne Maatschappij. In deze tweeledige binding heeft het hen bij te staan in hun werk: de reorganisatie en het tot nieuwen bloei brengen van de Maatschappij en in en door deel te hebben aan de volksgezondheidszorg in ons Vaderland. Moge op deze door ons allen tezamen gedragen taak zegen rusten.”

Aldus de redactie van „Medisch Contact” onder hoofdredactionele leiding toentertijd van Prof. Dr. G. C. Heringa. Zijn opvolger W. J. Royaards zag Medisch Contact een drieledige taak toebedeeld. Bij de twee door Heringa genoemde opgaven voegde hij toe het contact leggen met de buitenwereld. Na Royaards, die in 1958 Heringa opvolgde, nam in 1964 C. L. van Woelderen de hoofdredactie op zich en recent, met ingang van dit jaar, heeft F. A. Bol deze taak overgenomen. Wellicht doet zich voor degenen, die zich daartoe geroepen voelen, de gelegenheid voor de balans op te maken van de eerst twee-, daarna drieledige taak van M.C. aan het einde van 1970, wanneer de 25ste jaargang van M.C. zal zijn voltooid.

v.M.

Samenwerking ziekenhuizen-verpleegtehuizen

In Medisch Contact nr. 1 van 2 januari 1970 bladzijde 13 e.v. schreef collega Kok, arts-anaesthesist te Haren, een zeer lezenswaardig artikel over de situatie in de Nederlandse ziekenhuizen. Hij gaf daarin verschillende wegen aan waarlangs een zo efficiënt mogelijk gebruik zou kunnen worden gemaakt van de bestaande en nog te bouwen ziekenhuizen, derzelver outillage en personeel. Zijn van moderne visie getuigend verhaal zal ongetwijfeld bij praktische uitvoering de nodige weerstanden oproepen. Immers, gevestigde orden, waarin velen zijn opgegroeid, laten zich niet in een handomdraai veranderen en verbeteren. Desalniettemin is het nuttig zo nu en dan met de neus op de feiten gedrukt te worden.

Er is echter één facet niet genoemd in het geheel van mogelijkheden: het verpleegtehuis. Dit stemt tot nadenken. Ten eerste omdat van collega Kok had mogen worden verwacht, dat hij deze mogelijkheid tenminste had genoemd in het kader van zijn artikel; ten tweede omdat nog niet zo lang geleden in M.C. een rapport heeft gestaan, opgemaakt door een respectabele commissie, over het onderwerp: samenwerking ziekenhuizen en verpleegtehuizen. Kennelijk valt deze loot aan de stam van de gezond-

heidszorg nog steeds buiten het gezichtsveld van vele ziekenhuis-specialisten. Aannemende dat aan de diverse gezichtsvelden niets mankeert, is het dus blijkbaar zaak het onderwerp verpleegtehuis meer in het brandpunt te plaatsen.

Er zijn reeds vele moderne, erkende en op verantwoorde leest geschoeide verpleegtehuizen in ons land. Het aantal is door nieuwbouw, geleid door de wet ziekenhuisvoorzieningen, nog steeds groeiende. Dat deze vorm van gezondheidszorg aan een schrijnende behoefte voldoet is een ieder die oog heeft voor de problematiek op dit gebied zonder meer duidelijk. Er wordt in deze verpleegtehuizen intussen door geriatrisch geschoolde medische en paramedische krachten goed en nuttig werk verricht, veelal in samenwerking met geconsulteerde specialisten op vrijwel ieder terrein. Desalniettemin is er in de meeste gevallen een onvoldoende binding tussen het verpleegtehuis en het ziekenhuis, ook geografisch, heersen er misvattingen bij vele specialisten en ziekenhuis-directies, en zijn vele verpleegtehuizen te weinig zelfbewust. Daarbij laten zij, ook op medisch-wetenschappelijk gebied te weinig van zich horen.

Het is beslist niet zo dat het verpleegtehuis een

opbergplaats is van „mankelieke” ouden van dagen, aan wie door goed-willende oud-huisartsen medische zorg wordt besteed en waarbij ontslag alleen horizontaal plaatsvindt. Het is ook beslist niet zo, dat een verpleegtehuis er naar streeft een soort ziekenhuis te worden. Iets anders is dat het er wel graag een verlengstuk van zou willen zijn. En het is in het kader van het bovengenoemde artikel van collega Kok beslist wel zo, dat het verpleegtehuis een verlengstuk van het ziekenhuis zou moeten zijn.

Wanneer wij ons het moderne verpleegtehuis voorstellen, dan dient daar plaats en opvang mogelijk te zijn voor:

1. terminale zorg en verpleging behoevende patiënten;
2. patiënten met chronisch (en meestal progressief) verloopende ziektebeelden;
3. patiënten, jong of oud, die via revaliderende, reactiverende en resocialiserende maatregelen weer geschikt kunnen worden gemaakt voor terugplaatsing in de maatschappij.

Begrippen als „short-stay” en „long-stay”-afdelingen spreken in dit verband voor zichzelf, doch wachten nog op passende Nederlandse vertalingen. Het is deze derde groepering waarin plaats is voor nauwere samenwerking tussen ziekenhuizen en verpleegtehuizen. De overplaatsing van een nog niet volledig genezen of gemobiliseerde ziekenhuispatiënt, waarbij inbegrepen voorlopige ontslag-onmogelijkheden in het sociale vlak, naar het verpleegtehuis geeft snellere ontruiming van vele ziekenhuisbedden. Hierbij is uiteraard geregelde controle door de behandelend specialist ook in het verpleegtehuis een eis. Omgekeerd zou een consultatieve inbreng in het totale behandelings-schema van in het ziekenhuis verblijvende oudere patiënten, de snelheid van ontslag kunnen bevorderen.

Dit geschetste inniger contact tussen verpleegtehuis en ziekenhuis vooronderstelt ook een hierop gerichte planning bij de bouw van deze instituten. Immers, wil een maximaal nuttig rendement in alle opzichten worden verkregen, dan zal ook een nauwe geografische relatie nodig zijn. Door het nieuwe verpleegtehuis in de naaste of onmiddellijke omgeving van een ziekenhuis te plaatsen zal door beide van dezelfde faciliteiten (Ro-kamer, laboratorium, etc.) gebruik kunnen worden gemaakt. Hetgeen ook weer een kostenbesparende factor genoemd kan worden.

Bij dit alles is nodig het elkaar ontmoeten en leren kennen met wederzijdse waardering voor datgene wat ieder op zijn terrein presteert. Hierbij mag de geriatriesch geschoolde verpleegtehuis-arts zich bewust zijn van zijn specifieke inbreng en zal de ziekenhuis-specialist moeten inzien, dat ook in andere daarvoor geëigende instituten verantwoorde gezondheidszorg bedreven kan worden.

H. J. W. Post, 1e geneesheer
„Dr. P. C. Borsthuis”
Verpleegtehuis Hengelo (O)
Geneesheer-Directeur: A. Jonker

De reactie van collega Post op mijn artikel in Medisch Contact van 2 januari 1970 grijp ik graag aan om te onderstrepen, dat moderne verpleegtehuizen een belangrijke taak in de institutionele (curatieve) gezondheidszorg hebben. Dat ik deze groep van — naar mijn mening — ziekenhuizen voor chronische zieken niet noemde, heeft zijn oorzaak in de lokale situatie, waarin ik werk. De samenwerking ziekenhuis-verpleegtehuis is bevredigend. De gemiddelde verpleegduur van de ziekenhuizen in Groningen-Stad is korter dan het landelijk gemiddelde voor algemene ziekenhuizen.

Psychiatrische en andere categorale ziekenhuizen bleven eveneens onvermeld. Samenwerking van algemene met categorale ziekenhuizen is in de Nederlandse traditie moeizaam. In Nederland heeft men respect voor het individu en wenst eigen individualiteit ook geëerbiedigd te zien. De praktische consequentie daarvan is, dat men makkelijk langs elkaar heen werkt. Wat dit betekent voor de intramurale geneeskundige zorg vindt men zeer instructief voor Engeland beschreven op bladzijde 100 e.v. van het boek getiteld „Medecine in modern society”, geschreven door Thomas McKeown, Professor of Social Medecine, University of Birmingham. McKeown ziet als oplossing een complete integratie van alle soorten intramurale zorg, zich uitend in de locatie van de diverse instituten op één terrein. Als Engelsman kan hij appelleren aan de teamgeest van cricketspelende Engelsen. Zijn idee is verwerkelijkt bij het stichten van een „balanced teaching hospital” in Birmingham, waarvan verslag wordt gedaan in een gelijknamig getiteld symposium uit 1965 (Oxford University Press).

Ook over de integratie van intra- en extramurale geneeskundige zorg heeft McKeown oorspronkelijke ideeën. Hoewel Nederlanders mét de Engelsen een traditie van zeevaarders hebben met gevoel voor samenwerking onder moeilijke omstandigheden, geloof ik niet, dat wij reeds overal in Nederland ons eigene organisatorisch opzij willen zetten terwille van efficiency, misschien wel terwille van betere dienstverlening aan patiënten. Voorlopig zullen wij het nog moeten doen met het vertrouwde patroon van persoonlijke relaties van artsen, werkzaam in verschillende soorten ziekenhuizen.

Haren (Gron.), 12 januari 1970

J. J. H. Kok, arts-anaesthesist

**Abonnementen,
welke niet één maand van te voren
zijn opgezegd,
worden geacht voor dezelfde termijn
verlengd te zijn**

Op klasse in Engeland

De National Health Service in Engeland verschaft medische zorg van de wieg tot het graf, maar vele Britten vrezen hun graf te zien voordat zij aan de beurt zijn gekomen, aldus het weekblad Time van 26 december 1969. Twee miljoen Engelsen hebben nu een alternatief gevonden in het afsluiten van een aanvullende particuliere ziektekostenverzekering. Dat zijn er tweemaal zoveel als tien jaar geleden. De particuliere ziektekostenverzekeraars verwachten, dat het aantal mensen dat zij zullen gaan verzekeren tot vijf miljoen zal stijgen: dat is een tiende van de totale bevolking van Engeland en Wales.

De kosten van de N.H.S. worden voor het lopende boekjaar geraamd op f 16,3 miljard, meer dan 5% van het nationaal inkomen. Maar tegenover een overgrote vraag staat een te gering aanbod van geld, faciliteiten en mankracht. Nagenoeg de helft van de 2.500 ziekenhuizen die de N.H.S. in Engeland beheert, werd voor 1891 gebouwd. Dit houdt in, dat — hoewel het nieuwbouwbudget f 1,9 miljard beslaat — vele patiënten de komende tijd nog in zo goed mogelijk opgelapte negentiende-eeuwse armhuizen zullen worden verpleegd. Dikwijls wordt van de patiënten wel erg veel geduld gevraagd. Op de N.H.S.-wachttijst voor niet-acute opnamen staan meer mensen dan er ziekenhuisbedden zijn (468.000). Acute gevallen worden terstond behandeld, maar de gemiddelde wachttijd voor een tonsillectomie bedraagt 22 weken en veelal moet nog langer op specialistische behandeling worden gewacht.

De Britse particuliere verzekeraar spint bij deze toestand wol. Een patiënt die zijn eigen rekening betaalt, kan zelf de dag van opname bepalen. Ook staat het hem vrij zich te laten behandelen door de geneesheer die hij verkiest. Opname geschiedt in zijn geval niet op een overvolle zaal, maar op klas- se: de N.H.S. houdt daarvoor 4.398 bedden gereed. Verder mag de particulier verzekerde patiënt zo- veel en zo vaak hij wil bezoek ontvangen; de zaal- patiënt moet het doen met één uur bezoek en dan nog maar van twee personen tegelijkertijd. Vele parti- culier verzekerden worden op N.H.S.-kosten geope- reerd en verhuizen vervolgens naar comfortabele éénpersoonkamers of naar een particulier zieken- huis of -verpleegtehuis. De grootste van de drie particuliere verzekeringsmaatschappijen in Enge- land, de British United Provident Association (B.U.P.A.), beheert momenteel veertien verpleegte- huizen met 464 bedden en biedt haar anderhalf mil- joen leden negen verschillende opnamemogelijkhe- den. De jaaromzet van deze maatschappij beloopt f 108 miljoen. Evenals de beide andere verzekerin- gen dekt de BUPA de particuliere medische verzor-

ging, de opname, de verpleging en de heelkundige hulp.

Ieder die in Engeland beroepswerkzaamheden verricht, betaalt wekelijks een N.H.S.-premie van f 1,67 voor ieder mannelijk lid van het gezin, f 1,38 voor ieder vrouwelijk lid en f 0,95 voor ieder kind. Particulier verzekerden betalen daar overheen mini- maal f 210 voor een gezin van drie personen, tot f 600 maximaal. Dit betekende tot voor kort, dat een extra-ziektekostenverzekering maar voor weinigen was weggelegd. Thans echter betreft 70% van de door de BUPA afgesloten verzekeringen groepspo- lissen van bedrijven. Daardoor delen er, naast het kader, ook meer en meer werknemers op lagere posten in.

Toch hoeft de National Health Service niet bang te zijn de slag niet te boven te komen. Ook al kla- gen de Britten soms steen en been over de nu 21 jaar functionerende staatsgezondheidszorg (korte- lings verhieven zij hun stem nog tegen de kosten- stijging voor kunstgebitten en contactlenzen en te- gen een toeslag van ruim een gulden op recepten), alom wordt toegegeven, dat de N.H.S. het land tot dusver goede diensten heeft bewezen: 95% van de waarderingen tijdens een recente opiniepeiling liep van „goed” tot „uitstekend”. Daarenboven maken negen van de tien mensen die particulier verzekerd zijn, nog steeds gebruik van de diensten van hun door de staat betaalde huisarts.

Maatschappij-agenda 1970

9 april	— Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
18 april	— Alg. Vergadering Maatschappij
25 april	— Ledenvergadering L.S.V.
12 juni	— Ledenvergadering L.H.V.
12 september	— Alg. Vergadering Maatschappij
24 september	— Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
2 en 3 oktober	— Ledencongres Maatschappij
24 oktober	— Ledenvergadering L.S.V.
13 november	— Ledenvergadering L.H.V.
14 november	— N.H.G.-congres
21 november	— Ledenvergadering L.A.D.
19 december	— Alg. Vergadering Maatschappij

Stichting Medische Registratie neemt computercentrum in gebruik

De snelle ontwikkeling van de medische registratie in de Nederlandse ziekenhuizen heeft de Stichting Medische Registratie genoodzaakt een eigen computercentrum in gebruik te nemen. De opening daarvan had een officieel karakter in een bijeenkomst op vrijdag 23 januari in Esplanade. Nadat de voorzitter van de Stichting Dr. B. J. Rethmeier een verwelkoming had gesproken tot de vele gasten en in een korte inleiding over de ontwikkeling van de Stichting dank had gebracht onder meer aan het Centraal Bureau voor de Statistiek en het Rekencentrum van de Rijksuniversiteit te Utrecht, die de Stichting opeenvolgend in haar ontwikkelingsfasen van dienst zijn geweest, heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid een rede gehouden. Dr. R. J. H. Kruisinga sprak als volgt:

Lord Kelvin, de grote Engelse natuurkundige grondlegger van de thermodynamica en de theorie van het absolute nulpunt, heeft eens het volgende gesteld: „I often say that when you can measure what you are speaking about and express it in numbers, you know something about it, but when you cannot measure it, when you cannot express it in numbers your knowledge is of a meagre and unsatisfactory kind”.

Het zou goed zijn als wij ons vandaag de dag wat veelvuldiger deze wijsheid zouden realiseren. Ook bij de kritische beoordeling van veel informatie, die ons ook door de massacommunicatiemedia wordt aangeboden, maar ook bij de beoordeling van informatie uit de medische wetenschap. Daarbij moet natuurlijk wel worden bedacht dat ook ten aanzien van ons gepresenteerde getallen de nodige kritische instelling past. Ook getallen kunnen soms een schijn van exactheid geven op een voorstelling van zaken, die voor degeen, die de materie niet kent, misleidend is. En door die misleiding de oplossing van de wezenlijke vraagstukken niet dient.

Het toepassen van de technische verworvenheden heeft op een deel der geneeskunde duidelijk een technisch stempel geplaatst. Als men het deel der geneeskunde, de technische geneeskunde, op zich beschouwd dan is er naast véél vooruitgang toch nog veel aan technische onvolkomenheden te signaleren. Om hierin verbetering te brengen zal het nodig zijn in de toekomst de opleiding van academici meer aan de vorderingen van de geneeskunde aan te passen. Daarnaast zal het wetenschappelijk onderzoek in deze sector moeten worden bevorderd. Dat te doen betekent het tot ontwikkeling brengen van het veld van wetenschappelijk onderzoek dat zich bevindt tussen de wiskunde, de ingenieurswetenschappen, de fysica enerzijds en de geneeskunde en de biologie anderzijds. Het betekent dat wij om deze reden opleiding ook van de medi-

cus nog in belangrijke mate zullen moeten aanpassen. Als de toekomst ons niet bedriegt zal de biofysica een even fundamentele basiswetenschap in de geneeskunde worden zoals de biochemie nu al zou moeten zijn.

De opening van het computercentrum van de Stichting Medische Registratie zal meewerken een van de tekortkomingen op het gebied van de volksgezondheid op te vullen.

Belang voor overheidsbeleid en wetenschapsbeoefening

Er is grote behoefte aan verdere kwantificering van de patiëntengegevens. Die behoefte is er om twee redenen. In de eerste plaats om te komen tot de meest rationele diagnostische methoden en tot de meest rationele therapie. Dit betekent echter ook verder fundamenteel onderzoek naar elementen van de diagnostiek en elementen van de therapie. Die ontwikkeling kan enkel in de nauwste samenwerking tussen ingenieur en fysicus enerzijds en de medicus anderzijds plaatsvinden. In de tweede plaats is de behoefte aan verdere kwantificering van patiëntengegevens er nog om een andere reden. Namelijk omdat een op rationele motieven gebouwd volksgezondheidsbeleid deze gegevens nodig heeft.

Zoals bekend blijkt het niveau van gezondheidsvoorzieningen in ons land bij internationale vergelijking van zeer hoge kwaliteit en behoren de Nederlandse kengetallen om de gezondheidstoestand te meten bij internationale vergelijking tot de beste ter wereld. Willen wij die bijzonder eervolle plaats behouden dan zal het ongetwijfeld nodig zijn de research ten dienste van een rationeel volksgezondheidsbeleid te intensiveren. Dit is bovendien nodig om de efficiency de doelmatigheid van het systeem ook verder zoveel mogelijk te bevorderen en de bestedingen of zo men wil de niet noodzakelijke uitgaven of kosten zoveel mogelijk te drukken. Er is nu voor het eerst op de begroting een belangrijk bedrag van bijna twee miljoen gulden speciaal voor doelmatigheidsbevordering en kostenbewaking in de gezondheidszorg uitgetrokken.

Zoëven heb ik gewezen op de noodzaak bij het voeren van een rationeel volksgezondheidsbeleid om over nog meer exacte kwantitatieve gegevens te kunnen beschikken. Dat zal bijvoorbeeld mede nodig zijn om de planmatige aanpak van de gezondheidszorg, die voorzien is in de Wet ziekenhuisvoorzieningen, meer basis te kunnen geven. De planning van de noodzakelijke voorzieningen voor de gezondheidszorg zal met een zo nauwkeurig mogelijke schatting van de behoeften en inventarisatie van de aanwezige voorzieningen op regionale basis gepaard moeten gaan. Daartoe zijn meer en nog

beter gekwantificeerde gegevens nodig omtrent ziekte en zieken voor deterministisch en statistisch gebruik. De resultaten van de Stichting Medische Registratie van dit computercentrum zullen ook daaraan een bijdrage kunnen leveren, die naar mijn mening van toenemende betekenis zal kunnen zijn.

Gelukkig heeft de Stichting er van den beginne af naar gestreefd de wetenschap van de beschikbare gegevens te doen profiteren. Ik doel hier ook op de grote betekenis van het gepoolde materiaal voor het epidemiologische onderzoek en andere vormen van research. De Stichting heeft dit streven gerealiseerd door de gegevens te doen bundelen tot de Diagnostisch Ziekenhuizen, een statistiek die jaarlijks dank zij, en in nauwe samenwerking met de Stichting, door de afdeling Gezondheidsstatistiek van het Centraal Bureau voor de Statistiek wordt samengesteld en gepubliceerd.

De beschikking over een eigen moderne apparatuur voor de mechanische informatieverwerking van patiëntengegevens betekent een belangrijke stap vooruit op de weg om tot een sluitende statistische basis te komen voor de evaluatie en het programmeringsbeleid in deze sector van de gezondheidszorg. Op dit gebied heeft de Stichting in weinig jaren onder deze directie al veel bereikt.

Volgens artikel 2 van de Statuten heeft de Stichting tot doel de bevordering van de registratie van medische en administratieve gegevens in de Nederlandse ziekenhuizen en de centrale verzameling en verwerking van deze gegevens. Het is duidelijk dat daarmee verschillende categorieën van gebruikers zijn gediend. Zoëven heb ik al op de betekenis voor de overheid en vooruitgang van de wetenschap en toepassing daarvan gewezen. Voorts is het computercentrum van het grootste belang voor de participerende ziekenhuizen zelf, die met de beschikbaar komende gegevens periodiek — momenteel zelfs maandelijks — geïnformeerd worden over de gang van zaken in eigen huis. De leiding wordt aldus in staat gesteld de administratieve procedures te controleren. Ook de individuele specialist heeft de mogelijkheid het eigen handelen regelmatig te evalueren. De gepoolde gegevens van alle ziekenhuizen tezamen dienen daarbij als vergelijkingsmateriaal voor elk ziekenhuis en iedere specialist afzonderlijk. In dit vervand wil ik de nuttige publikatie van de Stichting noemen „Dit is uw ziekenhuis”.

Internationale coördinatie

Met haar opvatting dat voor de codering der diagnostische gegevens gebruik diende te worden gemaakt van een op de internationale classificatie van de Wereldgezondheidsorganisatie afgestemd systeem, heeft de Stichting tevens waarborgen geschapen voor internationale vergelijkbaarheid en daarmee voor de benutting van de Nederlandse gegevens in andere landen.

Bij dit alles is, als gezegd, de overheid ten nauwste betrokken. Men zal begrijpen dat ik vandaag met name niet voorbij ben gegaan aan de grote beteke-

nis, welke de gegevens van ziekenhuizen en patiënten voor de overheid kunnen hebben. Landelijke overzichten van administratieve gegevens en van naar diverse relevante aspecten gedifferentieerde patiënten gegevens bieden grote mogelijkheden. Nog meer dan voorheen zal het programmeringsbeleid in de gezondheidszorg kunnen zijn afgestemd op de realiteit, op harde statistische gegevens, nationaal en internationaal.

Reeds veel bereikt

De Stichting Medische Registratie kwam in 1963, nog maar zes jaar geleden tot stand. In dat jaar namen 20 ziekenhuizen deel met ruim 100.000 opnamen. Na dit bescheiden begin volgde een stormachtige ontwikkeling. Voor 1970 moet rekening worden gehouden met een deelname van circa 110 ziekenhuizen — dat is dus thans ongeveer de helft van alle gezamenlijke algemene, academische en kinderziekenhuizen — met bijna driekwart miljoen opnamen.

De huisvesting van de Stichting heeft zich aan deze snelle ontwikkeling aangepast. Aanvankelijk ondergebracht in het sousterrain van het gebouw van de Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst te Amsterdam, verkreeg de stichting eind 1965 haar eerste eigen pand in de Ramstraat. In de loop van het vorig jaar werd daaraan een tweede pand toegevoegd, dat na grondige verbouwing als computercentrum werd ingericht. Voordien was de Stichting voor de mechanische bewerking aangewezen op de hulp van andere instellingen. Zo werden van 1962-1964 computer-faciliteiten verleend door het Centraal Bureau voor de Statistiek en van 1966-1969 door het Computerentrum van de Rijksuniversiteit te Utrecht. Ook in andere opzichten werd door deze instellingen de helpende hand geboden. Vermeldenswaard is ook het aandeel dat de Afdeling Mechanische Bewerking van het C.B.S. heeft gehad bij de systeemanalyse. In later jaren is daarop met vrucht voortgebouwd. Ook het computercentrum van de R.U. heeft een waardevolle bijdrage geleverd in de vorm van de voortreffelijke opleiding van de eerste eigen programmeurs van de Stichting.

De snelle ontwikkeling laat zich ook illustreren aan de hand van enkele financiële gegevens. Bedroegen de jaaruitgaven in 1964 nog geen driekwart ton, voor 1970 worden deze op meer dan een miljoen begroot.

Moderne toepassing verkregen gegevens

De toegenomen omvang van de informatieverwerking, als gevolg van de groei van het aantal deelnemende ziekenhuizen, is slechts één aspect van het zich nog steeds uitbreidende arbeidsveld van de Stichting.

Werd de computer aanvankelijk gezien als instrument voor de produktie van gedetailleerde tabellen, momenteel wordt hij door de Stichting Medische Registratie veeleer gebruikt om de essentie uit de

cijfers te halen in een vorm die zich beter leent om de beleidsbepaling op verschillende niveaus te beïnvloeden. Ik doel hier op de ontwikkeling van indexwaarden, die een eenvoudige typering geven en beoordeling toelaten van de gang van zaken in de individuele ziekenhuizen. Voorbeelden hiervan zijn de berekening van gewogen verpleegd uurverwachtingen, de diagnosespreidingsindices, de operatie-index, enz.

Met het softendrama nog vers in het geheugen, zien wij voorts met grote interesse de verwezenlijking tegemoet van het onlangs bij de Stichting in studie genomen project, dat de maandelijkse signalering beoogt van significante afwijkingen in het klinische opnamepatroon.

Van de andere activiteiten wil ik hier memoreren de belangrijke bemoeienissen, welke de Stichting sinds haar totstandkoming heeft gehad met de opleiding van registratie-assistenten, de functionarissen die in de ziekenhuizen belast worden met de verzameling en codering van de medische gegevens. Tot haar belangrijke normalisatie-activiteiten kunnen worden gerekend de bevordering van de uniformiteit in de diagnosecodering door de samenstelling en uitgave door de Stichting van een Nederlandse vertaling van de voor dit gebruik gedomificeerde lijst van de Wereldgezondheidsorganisatie. Ook aan een nieuwe operatie-code wordt momenteel door de Stichting gewerkt. Hierbij wordt er naar gestreefd dit systeem mede bruikbaar te doen zijn als declaratiecode in plaats van het huidige tarief III van de Ziekenfondsraad.

Van groot belang lijkt voorts de hoge prioriteit die de Stichting heeft gegeven aan het streven naar opnemings van de identiteit van de patiënt in de computerverwerking. Daarmede zal de deur worden geopend voor de vorming van een landelijk informatie centrum ten behoeve van de behandeling en follow-up van individuele patiënten. Het spreekt vanzelf dat men zich bij dit plan zorgvuldig dient af te vragen of geen ongeoorloofde risico's worden genomen met betrekking tot de medische geheimhoudingsplicht in het belang van de patiënt.

Tenslotte nog een ander belangwekkend perspectief. De snelle groei van het aantal deelnemende ziekenhuizen maakt het nu reeds mogelijk vrij betrouwbare populatie-onderzoekingen te verrichten. Zo zal het in de naaste toekomst mogelijk worden de voor het overheidsbeleid zo belangrijke informatie te verkrijgen over het gebruik, dat in de verschillende delen van het land door de bevolking wordt gemaakt van de beschikbare ziekenhuisfaciliteiten.

Stimulering wetenschappelijk onderzoek automatisering

De vele hiervoor genoemde activiteiten van de Stichting Medische Registratie kunnen niet los worden gezien van andere initiatieven met betrekking tot de ontwikkeling van de automatisering in de zie-

kenhuizen. Ik acht, in het belang van een zo goed mogelijke en van een zo efficiënt mogelijke patiëntenzorg, verdere ontwikkelingsprojecten ter automatisering noodzakelijk. Wij zijn doende een aantal pilot studies in verschillende ziekenhuizen te stimuleren. Elk van een aantal ziekenhuizen zal een deelgebied toegewezen krijgen waar het wetenschappelijk onderzoek naar de mogelijkheden van automatisering in de gezondheidszorg zich op kan richten. Deelname van de industrie acht ik hierbij noodzakelijk. Hierover hoop ik binnen afzienbare tijd meer mededelingen te kunnen doen.

Behalve een verbetering van de kwaliteit van het werk zijn wij van oordeel dat ook de doelmatigheid de efficiency van dit werk zal worden bevorderd. Bij de bevordering van deze ontwikkeling zal er voor moeten worden gewaakt dat de systemen, die ontstaan, voldoende onderling op elkaar zijn afgestemd. In dit verband komt het mij wenselijk voor thans reeds te denken aan vorming van een centrum van landelijke dienstverlening voor dit type projecten van algemene aard, een project dat geheel past in de doelstelling van de Stichting Medische Registratie. Het ontwerpen van informatieverwerkende systemen vraagt evenwel een duidelijk andere benadering dan het diepgaande werk op kleinere schaal. Voor de ontwikkeling van de organisatie van de bredere aanpak der informatieverwerking, kan, naar het mij voorkomt, dankbaar gebruik worden gemaakt van de unieke ervaring die de Stichting Medische Registratie in Nederland heeft.

Gezien de op stapel staande grote projecten zal selectie noodzakelijk zijn. Aan een goede taakverdeling zal de overheid in belangrijke mate kunnen en ook gaan medewerken. Naast de ontwikkeling van de meer speciale automatiseringsstudies op kleine schaal, zal daarom in de toekomst van de zijde van de overheid aandacht worden geschonken aan de bevordering van dienstverlenende projecten op regionaal en landelijk niveau.

Met het in gebruik nemen van de eigen computer, die in 1970 bij een 8-urige werkdag en een geschatte bezetting van 3.500 à 4.000 computeruren, bereids het werken in meer dan één shift zal vereisen, is een aantal barrières weggenomen voor de voortgaande ontwikkeling van het werk van de Stichting Medische Registratie. Zo is onder meer thans de weg vrij gemaakt voor een verdere uitbouw van de analysemethoden der deelnemende ziekenhuizen. Nieuwe gebieden van medische informatieverwerking wachten op ontginning.

Plaats patiënt blijve centraal in het ziekenhuis

Het komt mij echter voor dat wij juist vandaag bij de opening van dit landelijk computercentrum van de Stichting Medische Registratie ons één zaak nadrukkelijk voor het oog zullen moeten houden. Namelijk het volgende. Dat bij alle automatisering in onze ziekenhuizen en bij alle voordelen van dien, die met name de patiënt ten goede komen, moeten wij ons realiseren dat de patiënt in het ziekenhuis voor

alles persoonlijke aandacht en persoonlijke bijstand heeft. Naarmate de noodzaak van deskundigheid, van gemeenschappelijke voorzieningen en samenwerkingsvormen een tendens oproept, die de aandacht afdrijft van de patiënt naar de technische aspecten, neemt gelukkig de laatste tijd de belangstelling voor de zielzorg en de aandacht voor de psychische nood weer enigszins toe. Dat acht ik hoogst noodzakelijk.

De achtergrond van een ideële bezieling en vanuit die bezieling arbeidende gemeenschap is in het verleden dikwijls een positief element gebleken in de zorg voor de zieke. Zij zal in een nieuw réveil in een veel moeilijker en gecompliceerder situatie dat ook

in de toekomst moeten trachten te kunnen zijn. Die aandacht voor de persoonlijke bijstand aan de medemens en voor het persoonlijk element in de gehele organisatie van de hulpverlening in de gezondheidszorg zal in de toekomst zeker in onze geautomatiseerde ziekenhuizen meer dan ooit van node zijn.

**

De staatssecretaris verklaarde hierna, in de hoop dat het element van persoonlijke steun en bijstand aan de patiënt niet zal worden vergeten en centraal zal worden gesteld, het computercentrum voor geopend.

Commissie abortusvraagstukken geïnstalleerd

Bij beschikking van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de minister van Justitie is op 22 januari 1970 de Commissie Abortusvraagstukken geïnstalleerd. De Commissie heeft tot taak de medische en sociale betekenis van abortus provocatus, mede aan de hand van de wetgeving en ervaringen in het buitenland, te onderzoeken en in het bijzonder te adviseren omtrent de volgende vraagpunten:

a. Welke omstandigheden maken de beslissing verantwoord om tot vruchtverwijdering bij een vrouw over te gaan?

b. Moeten er nadere voorschriften worden gesteld omtrent het nemen van zodanige beslissing en de uitvoering daarvan, en, zo ja, hoe zouden deze dan behoren te luiden?

c. Dienen de ter zake geldende bepalingen van het Wetboek van Strafrecht te worden gewijzigd en, zo ja, in welke zin?

d. Is het wenselijk en, zo ja, op welke wijze is het te verwezenlijken, dat eventuele nadere regelgeving ter zake abortus provocatus op zo duidelijk

mogelijke wijze wordt bekend gemaakt aan het publiek en aan degenen die beroepshalve met vruchtverwijdering te maken krijgen.

De commissie heeft de bevoegdheid inlichtingen in te winnen bij alle personen en instanties die haar nuttig voorkomen. De voorzitter van de commissie is bevoegd personen en instellingen uit te nodigen tot het bijwonen van vergaderingen van de commissie teneinde door haar te worden gehoord. De commissie is bevoegd tot het instellen van subcommissies en tot het uitbrengen van interimrapporten.

De commissie is als volgt samengesteld:

Prof. Dr. G. J. Kloosterman, voorzitter hoogleraar in de verloskunde en gynaecologie te Amsterdam;

Mevr. Mr. E. Veder-Smit, vice-voorzitter lid van de Tweede Kamer der Staten-Generaal;

Prof. Mr. A. A. M. van Agt, hoogleraar strafrecht en strafprocesrecht te Nijmegen;

Mevr. Dr. F. T. Diemer-Lindeboom te Rotterdam;

Mej. Mr. A. A. L. Minkenhof raadsheer in de Hoge Raad der Nederlanden;

Mej. Drs. C. L. Overweel Stafmedewerkster van de Protestants Christelijke Landelijke Kruisvereniging Het Oranje-Groene Kruis te 's-Gravenhage;

Mej. Zr. H. Th. C. Th. Peters Directrice Ziekenhuis St. Joannes de Deo te 's-Gravenhage;

Prof. Dr. A. Querido Oud-hoogleraar in de Sociale Geneeskunde te Amsterdam;

Mevr. Mr. M. Rood-De Boer te Amsterdam;

Mevr. J. H. Severijnen-Cals te Helmond;

Prof. Dr. A. Sikkels Hoogleraar in de Verloskunde en Gynaecologie te Leiden;

Prof. Dr. C. P. Sporken Hoogleraar in de moraaltheologie te Nijmegen;

Als secretarissen van de commissie treden op: mej. Mr. Zinnen ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid; Mr. J. Kuiper ministerie van Justitie.

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

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

ONTMOETING L.S.V. - ZIEKENHUISSTAVEN (I)

Inleiding L.S.V.-voorzitter Dr. J. van Mansvelt

Op de studiedag van het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging met de ziekenhuisstaven, zaterdag 17 januari j.l. gehouden te Utrecht, heeft de voorzitter der L.S.V., Dr. J. van Mansvelt, de hieronder integraal weergegeven inleidende beschouwing gehouden:

Hoewel het vandaag zeker niet de eerste keer is dat het Centraal Bestuur een studiedag houdt met de ziekenhuisstaven geloof ik toch wel te mogen spreken van een bijzondere gebeurtenis. Immers, eensdeels draagt deze bijeenkomst duidelijk het karakter van een afsluiting en wel van het werk van de Commissie Ziekenhuisstaven, die door haar stimulerende rondreis door de verschillende districten in de jaren 1965-1966 in aanzienlijke mate heeft bijgedragen tot het concretiseren van de op vele plaatsen reeds levende wens om te komen tot de instelling van een medische staf, anderzijds hoopt het Centraal Bestuur dat de huidige bijeenkomst het begin zal worden van een meer geregelde vorm van gedachtenuitwisseling tussen de medische staven en dit bestuur.

Wat dit laatste betreft mag ik misschien teruggrijpen op hetgeen ik hierover stelde in mijn eerste inleiding als voorzitter der L.S.V. tot de Ledenvergadering op 27 april 1968. Sprekende over een verbetering van de informatie naar en van de leden, wees ik er op dat het voor de L.S.V. alleen dan mogelijk zou blijken een doeltreffend en actueel beleid te voeren, indien zij, naast de reglementair voorgescreven contacten met de districten en plaatselijke specialistenverenigingen ook wegen zou openen voor wederzijdse informatie en communicatie tussen zowel het Centraal Bestuur en de wetenschappelijke verenigingen, alsook het Centraal Bestuur en de ziekenhuisstaven. Het was immers duidelijk dat de ontwikkeling van de moderne specialistische geneeskunde in toenemende mate onze leden in hun beroepsuitoefening afhankelijk zou maken van de ziekenhuis-accomodatie en daarmee en daardoor ook van de ziekenhuisorganisatie.

Het was daarom niet moeilijk om te voorzien dat indien de L.S.V. ook in de toekomst de haar binnen de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst toebedeelde taak, namelijk de behartiging van de maatschappelijke belangen van de Nederlandse specialisten, goed zou willen blijven vervullen, het in toenemende mate noodzakelijk zou worden om nauwkeurig op de hoogte te zijn en te blijven van hetgeen in de medische ziekenhuisstaven als brandpunten van feitelijke specialistische arbeid aan de orde is. Immers alleen

dan is het mogelijk ook een actieve, stimulerende en regulerende invloed te kunnen uitoefenen op de feitelijke ontwikkeling van de medisch-specialistische beroepsuitoefening.

Wat nu het eerder genoemde punt van het contact tussen Centraal Bestuur en de wetenschappelijke verenigingen betreft, meen ik wel te mogen zeggen dat zelden of nooit in het verleden der L.S.V. dit contact zo intensief is geweest als juist het afgelopen jaar, waarin de richtlijnen voor particuliere honoraria tot stand moesten worden gebracht en gecoördineerd. Wij hopen dat deze arbeid, die zeer veel tijd van alle betrokkenen heeft gevegd, thans binnenkort in eerste aanleg met succes kan worden afgesloten. Helaas is door dit onderwerp het creëren van een nauwer contact tussen Centraal Bestuur en de ziekenhuisstaven nog niet van de grond gekomen, terwijl zowel bij uw voorzitter alsook bij het bureau inmiddels vele meldingen zijn binnengekomen en adviezen zijn gevraagd waaruit blijkt, dat op diverse plaatsen in Nederland de ontwikkelingen rondom de samenstelling, taak, functie en positie van de medische staf in de algemene ziekenhuizen in volle gang zijn. Hierdoor is bij mij en naar ik meen ook bij het gehele Centraal Bestuur, nog in versterkte mate de behoefte ontstaan aan een intensief contact met u als ziekenhuisstaven om na te gaan in hoeverre het niet noodzakelijk is dat het Centraal Bestuur komt tot een meer uitgesproken positiebepaling ten aanzien van de genoemde facetten van het algemene vraagstuk van de medische stafvorming.

In de discussienota die u mede als samenvatting van het werk van de Commissie Ziekenhuisstaven bij de convocatie voor deze vergadering is toegezonden, wordt de problematiek rondom de medische staf voornamelijk gezien vanuit het onder punt 3 genoemde uitgangspunt:

„Er van uitgaande dat een ziekenhuis bij de huidige stand van zaken op gebied van de medisch specialistische geneeskunde zijn taak niet naar behoren kan vervullen zonder dat de binnen zijn muren regelmatig werkzame specialisten hun wijze van samenwerking in de medische staf hebben geregeld, is het noodzakelijk om zich nader te bezinnen op de taak van deze collectiviteit. Met vooropstelling van de persoonlijke verantwoordelijkheid van elke specialist voor de behandeling van zijn patiënten is het doel van de medische staf: door samenwerking in stafverband een zo hoog mogelijk peil van het medische werk in het ziekenhuis, in het belang van patiënten, specialisten en ziekenhuis, te bevorderen.”

Het leek mij dienstig om, daartoe geïnspireerd

door ons ter ore gekomen problematiek op meerdere plaatsen in Nederland, mede als nadere inleiding op de vraagstelling van hedenochtend, eens te trachten om de taak en functie van de medische staf vanuit een iets andere hoek, te weten uit die van de structuur van de ziekenhuisorganisatie als totaliteit te benaderen.

De structuur van het moderne algemene ziekenhuis in Nederland en de positie van de medische staf daarin

Hierbij wordt uitgegaan van de gedachte dat het moderne algemene ziekenhuis moet worden beschouwd als een dienstverlenend instituut dat een onmisbare plaats inneemt in de totaliteit van de hedendaagse gezondheidszorg.

Het ziekenhuis staat onder leiding van een bestuur. Er wordt van uitgegaan dat een ziekenhuisbestuur de verantwoording op zich heeft genomen voor het geven van leiding aan- en het bevorderen van een in alle opzichten zo goed en verantwoord mogelijke algehele gang van zaken in het ziekenhuis en dat het bestuur zich in beginsel verantwoording verschuldigd acht ten opzichte van de gemeenschap, die hetzij collectief, hetzij individueel de ziekenhuiskosten draagt en aan welks individuele leden het ziekenhuis zijn diensten aanbiedt.

Het ziekenhuis kan worden gekenmerkt als een organisatie, die er op is gericht ten behoeve van de individuele patiënten de gunstigste omstandigheden te creëren voor een naar hedendaagse eisen adequate diagnostiek, behandeling en verzorging.

Het bestuur, waarvan de leden als regel hun functie uitoefenen als ongesalarieerde nevenwerkzaamheid en die als regel niet deskundig zijn ten aanzien van het medisch gebeuren in het ziekenhuis, namelijk de diagnostiek, behandeling en begeleiding van de patiënt, zal de dagelijkse leiding van de totale gang van zaken en de voorbereiding van beleidsplannen opdragen aan een directorium, waarvan de leden een gezamenlijke verantwoordelijkheid dragen ten opzichte van het ziekenhuisbestuur. De leden van het directorium functioneren als onderling gelijkgerechtigde leden van een werkgroep en zijn aan elkaar en ieder afzonderlijk aan het ziekenhuisbestuur verantwoording verschuldigd voor het geven van dagelijkse leiding en het voorbereiden van beleidsplannen ten aanzien van de hen in de taakomschrijving toegewezen deeltaken.

Het directorium zal voor een goede taakvervulling in elk geval over een voldoende (basis-)deskundigheid moeten beschikken ten aanzien van de hoofdwerkzaamheid van het ziekenhuis en zal daarom als vaste leden moeten kennen:

- een medicus-directeur, voor de medische aspecten in algemene zin,
- een econoom-directeur, voor het aspect van een doelmatige bedrijfsvoering,
- een verpleegkundige-directrice, voor de verpleegkundige aspecten in algemene zin.

Hoewel via de drie bovengenoemde vaste leden van het directorium als regel voldoende (basis-)deskundigheid aanwezig zal zijn om vanuit deze verschillende vakgebieden in het ziekenhuis een dagelijkse gang van zaken te scheppen, die in beginsel een goede en in alle opzichten verantwoorde behandeling van de patiënten mogelijk maakt en bevordert, toch zal het resultaat van de werkzaamheid van het directorium niet voor het belangrijkste deel worden bepaald door de mate van deskundigheid van zijn leden afzonderlijk ten aanzien van de genoemde deelgebieden, alswel door de mate waarin het directorium er in slaagt:

- a deze deskundigheidsaspecten te integreren tot een evenwichtig samengestelde totaliteit;
- b deze gemeenschappelijke visie op een goede en in alle opzichten verantwoorde dagelijkse gang van zaken in het ziekenhuis, over te dragen op alle binnen de organisatie werkzame personen, waarbij mijn gedachten uiteraard allereerst naar de medische specialisten uitgaan.

Anders gezegd, het directorium hoe deskundig ook, zal voor het uiteindelijke resultaat van zijn werkzaamheid totaal afhankelijk zijn van:

- 1 de bereidheid tot werkelijk geïntegreerde samenwerking tussen de leden van het directorium zelf;
- 2 de bereidheid tot werkelijk geïntegreerde uitvoering van de taken waarvoor de organisatie in zijn geheel zich ziet gesteld, door degenen die deze arbeid in feite verrichten.

Noch het een noch het ander zal zich in de praktijk laten afdwingen, doch zal integendeel een belangrijke taak op zich vormen, die een voortdurende en positieve activiteit van de leden van het directorium afzonderlijk en gezamenlijk vereist.

Dit maakt binnen het directorium zelf een werkwijze noodzakelijk waarbij een voorzitter wordt aangewezen, die naast de behartiging van zijn eigen deeltaken als lid van het directorium, op doelmatige wijze leiding geeft aan de bijeenkomsten van het directorium en vooral de samenwerking en saamhorigheid onder de leden van het directorium bevordert. Wij zijn, met Burkens, van mening dat de directeur-geneesheer als regel de aangewezen functionaris zal zijn om dit voorzitterschap te bekleden (Ons Ziekenhuis juli 1969).

Van belang is ook dat een secretaris wordt aangewezen, die naast zijn eigen deeltaken als lid van het directorium, zorg moet dragen voor het tot stand komen van doelmatige vergaderingsverslagen, het bijhouden van een besluitenlijst van het directorium, het beheren van het directie archief en die verantwoordelijkheid draagt voor de correspondentie van het directorium en het administreren daarvan.

Daarnaast vereist het een werkwijze en mentale instelling van het directorium als geheel, die gericht is op overleg met en voorlichting van:

de medische specialisten,
het verpleegkundig- en niet-verpleegkundig medisch hulppersoneel,
de technische dienst,
de huishoudelijke dienst,
de administratieve dienst,
de scholings- en nascholingsdienst(en).

Vanuit de bovengeschetste opzet en werkwijze lijkt het gewenst en zelfs noodzakelijk dat het directorium behalve de bovengenoemde gewone leden ook een aantal vaste adviseurs kent namelijk:

de voorzitter van de medische staf,
het hoofd van de technische dienst,
het hoofd van de administratieve dienst,
het hoofd van de huishoudelijke dienst,
de hoofd-docente van de verpleegstersopleiding en eventuele andere hoofden van dienst of daarmee gelijk te stellen functionarissen zoals bijvoorbeeld de onderwijscoördinator.

Deze vaste adviseurs of adviserende leden zullen als regel niet alle bijeenkomsten van het directorium bijwonen en meestal ook slechts een gedeelte van een bijeenkomst, maar zij hebben het recht ongevraagd adviezen te geven en kunnen zelf gehoor vragen in de eerstvolgende bijeenkomst van het directorium.

Vanuit de bovengeschetste opzet en werkwijze van het directorium is het evenzeer noodzakelijk dat de genoemde categorieën van uitvoerders van de taken, waarvoor de organisatie zich ziet gesteld, ook zelf als groep dusdanig zijn georganiseerd dat zij in een dergelijke opzet kunnen functioneren.

Hierbij doen zich uiteraard bij ieder der genoemde categorieën specifieke problemen voor, die eigenlijk zouden moeten worden besproken, maar mede in verband met de tijd is het noodzakelijk om mij te beperken tot de categorie van medische specialisten.

Gezien de strikt persoonlijke verantwoordelijkheid van de medische specialisten bij de patiënten-behandeling, hebben deze steeds een bijzondere plaats ingenomen die in de gebruikelijke organisatieschema's niet hiërarchisch is in te passen. De medische specialist heeft immers, nadat hij langs welke weg dan ook door het bestuur tot de behandeling van patiënten in het ziekenhuis is toegelaten, een eigen en persoonlijke verantwoordelijkheid voor de behandeling van zijn patiënten; op grond van deze eigen en persoonlijke verantwoordelijkheid voor de feitelijke medische behandeling bleek het steeds moeilijk deze belangrijke en onmisbare, maar vaak sterk individueel gerichte uitvoerders van de meest essentiële taak binnen het ziekenhuis, op bevredigende wijze te integreren in het geheel van de organisatie.

Toch heeft naar mijn mening ook hier de ontwikkeling van de geneeskunde eigenlijk reeds de weg aangegeven waarlangs de oplossing voor dit probleem kan worden gezocht.

Immers, deze ontwikkeling heeft enerzijds duidelijk gemaakt dat een steeds verdergaande afsplitting van specialistische deelgebieden onvermijdelijk en noodzakelijk is voor een goede research en deskundige toepassing, anderzijds heeft dezelfde ontwikkeling tegelijkertijd aangetoond dat de behandeling van de individuele patiënt alleen dan optimaal kan worden gediend indien deze specialistische deelgebieden goed geïntegreerd tot een evenwichtig samengesteld behandelingspakket, worden aangeboden. Deze ontwikkeling heeft dan ook als logische consequentie gehad de vorming van medische staven; immers alleen door het tot stand komen van een gereguleerde samenwerking van de individuele medische specialisten binnen een stafverband, is te bereiken dan een enerzijds zo gevarieerd en deskundig mogelijke behandeling voor de patiënt bereikbaar wordt, terwijl anderzijds toch deze behandeling als totaliteit wordt aangeboden en begeleid; bovendien kan alleen daardoor worden bereikt dat de aan het ziekenhuis verbonden vertegenwoordigers van de medische professie als totaliteit, maar met behoud van de eigen en persoonlijke verantwoordelijkheid voor de behandeling binnen het door de medische staf geleidelijk geschapen kader, in het geheel van het ziekenhuisorganisatie kunnen worden geïntegreerd.

Het individualistisch ingestelde staflid zal door de moderne geneeskundige ontwikkeling in toenemende mate moeten gaan inzien en erkennen dat hij in vele gevallen niet meer in staat is om alleen, als individu, zijn patiënt adequaat te helpen en dat hij daarvoor de hulp van andere stafleden behoeft; als logische consequentie zal hij dan tevens dienen te aanvaarden dat hij ook de van oudsher eigen en persoonlijke verantwoordelijkheid voor de behandeling met deze anderen deelt. Daarnaast zal steeds meer de toestand ontstaan dat de staf als totaliteit verantwoordelijkheid op zich neemt voor het peil van het medisch handelen in het algemeen. Indien de stafleden individueel en de staf als totaliteit het ontstaan van deze verantwoordelijkheden negeren dan zal onvermijdelijk toch, ten gevolge van de voortschrijdende ontwikkeling van de geneeskunde, de situatie rondom de „eigen persoonlijke verantwoordelijkheid van de behandelend specialist” steeds onduidelijker en onbevredigender worden; alleen wanneer de medische staf deze ontwikkeling erkent en als totaliteit het vacuüm, dat hier dreigt te ontstaan, opvangt en bereid is vanuit de gezamenlijke verantwoordelijkheid samenwerkingsvormen te scheppen en de daaruit voortvloeiende verantwoordelijkheden te regelen, zal een optimale moderne medisch-specialistische ziekenhuisbehandeling mogelijk worden.

Ook alleen dan kan de staf als totaliteit aanspraak maken op de rechten, die aan de individuele arts-specialist behandelend geneesheer van oudsher toekamen, maar die door de ontwikkeling van de moderne geneeskunde hun basis dreigen te verliezen. Ook vanuit dit gezichtspunt bezien is het dus dringend noodzakelijk dat aan het begrip medische

staf zo veel mogelijk inhoud wordt gegeven. Wanneer wij vanuit dit gezichtspunt de taak, functie en positie van de medische staf in het Nederlands algemeen ziekenhuis benaderen, dan lijkt het noodzakelijk dat de medische staf, die zijn taak in deze zin opvat en ook waar wil maken enerzijds, bereid is vanuit eigen verantwoordelijkheid alle voor een moderne, in alle opzichten verantwoorde specialistische ziekenhuisgeneeskunde noodzakelijk geachte samenwerkingsvormen kunnen tot stand te brengen, anderzijds ook het recht kan doen gelden bij alle beleidsvoorbereidingen binnen de ziekenhuisorganisatie ten nauwste te worden betrokken en geconsulteerd.

Er is dan immers in feite sprake van één en dezelfde doelstelling: de medische staf verplicht zich een zo goed en in alle opzichten zo verantwoord mogelijke diagnostiek, behandeling en begeleiding van de patiënten te bevorderen, waarvoor hij door het treffen van interne samenwerkingsregelingen een eigen collectieve verantwoordelijkheid aanvaardt en het directorium tracht in nauwe samenwerking en overleg met de medische staf een dagelijkse gang van zaken in het ziekenhuis te scheppen, zodat deze behandeling ook op zo doelmatig en in alle opzichten verantwoorde wijze kan worden uitgevoerd en ingebed in de totaliteit van de diensten, welke het ziekenhuis aan de patiënten verleent.

Van dit gezichtspunt uit bezien lijkt het gewenst en noodzakelijk dat de medische staf zich in zijn doelstelling ook conformeert aan de doelstelling van de organisatie waarvan hij, als gezegd, een essentieel onderdeel vormt. Velen menen op goede gronden dat in het moderne algemene ziekenhuis naast de patiëntenbehandeling ook opleiding en wetenschappelijk speurwerk alle aandacht verdienen. Als wij hierbij noemen de problemen samenhangend met het streven naar een verantwoorde regionale gezondheidszorgvoorziening dan lijkt het gewenst, dat ook de medische staf in zijn doelstelling en werkwijze aandacht schenkt aan deze facetten.

In het licht van het voorgaande zou men zich kunnen voorstellen dat de staf functioneert als:

1. Coördinerend orgaan voor het professionele handelen; dit houdt in:

- a tot stand brengen van werkafspraken en afspraken over terminologie en terreinafbakening. Voorbeelden: medewerking aan een centrale medische registratie met zo mogelijk één uniforme status per patiënt, keuze van standaardmethoden en criteria, afspraken ten aanzien van de medicamenteuze behandeling, procedures van aanvraag en verslaggeving, samenwerkingsvorm bij het röntgen-onderzoek, waarborg van E.H.B.O.-bezetting en waarneming in het algemeen.
- b tot stand brengen van werkgroepen en commissies voor regelmatig voorkomende multidisciplinaire werkzaamheden. Voorbeelden: dialyse-team, transplantatie-team, commissie voor vaststellen van overlijden bij donores, infectie-commissie.

- c bevorderen van de naleving van bestaande ethische normen en gedragsregels en bevorderen van een goede intercollegiale verhouding.
- d bevorderen van de kwaliteit van het professionele handelen. Voorbeelden; gezamenlijke bespreking van moeilijke of van leerzame gevallen; intercollegiale toetsing, eventueel door necrologie-besprekingen.
- e bevorderen van de communicatie en van praktische samenwerking met huisartsen en sociaal-geneeskundigen alsmede met para-medisch werkers.

2. Wetenschappelijk gezelschap en coördinerend orgaan op het gebied van scholing en nascholing; dit houdt in:

- a distributie van bestaande kennis. Voorbeelden: refereerbijeenkomsten, voordrachten, medewerking aan scholing en nascholing, bijvoorbeeld ten aanzien van huisartsen en medische studenten en medische voorlichting in het ziekenhuis ten aanzien van andere geledingen in het ziekenhuis en zonodig daarbuiten.
- b verwerven van nieuwe kennis. Voorbeelden: goede documentatie van klinisch ervaringsmateriaal, ordenen en bewaren van observaties, registratie en codering, verwerking van verkregen informatie, eventueel wetenschappelijke verwerking en publikatie, ondernemen van onderzoeken, nascholing op eigen en aanverwante vakgebieden.
- c toetsing en eventuele verdere ontwikkeling van nieuwe apparaten en onderzoekings- c.q. behandelingsmethoden.

3. Beleidsorgaan op institutioneel gebied; dit houdt in:

- a inbrengen van feiten en inzichten van medisch-professionele aard bij de beleidsvoorbereiding van de beleidsvormende organen in het ziekenhuis en daarbuiten (intramurale en extramurale voorzieningen). Voorbeelden: advies en overleg over regionale verdeling van werkzaamheden en investeringen; advies aan het ziekenhuisbestuur bij: toelaten van nieuwe specialismen, toelatings- en benoemingsbeleid bij vacatures in medische staf en directie, investering in medische apparatuur en bouwkundige voorzieningen; regelmatig overleg met de directie over de coördinatie van medisch, verpleegkundig, technisch en huishoudelijk handelen op de afdelingen, over signaleren en bestrijden van ziekenhuisinfecties, over centrale voorzieningen; overleg met andere staven (interstafraad).
- b medewerken bij de uitvoering van beleidsbeslissingen.

4. Maatschappelijk representatief orgaan; dit houdt in:

- a behartigen van gezamenlijke zakelijke belangen van de leden. Voorbeelden: onderhandelingen over vergoedingen voor gebruik van polikliniek-ruimten, regelingen voor assistentenbijdragen, be-

sprekingen over contractbepalingen, een en ander uiteraard zoveel mogelijk binnen het kader van de ten deze door K.N.M.G. en L.S.V. gegeven adviezen.

- b representatie van de medische professionele groepering bij gebeurtenissen in de werkgemeenschap van het ziekenhuis (jubilea, opening gebouwen).

Voorwaarden voor een efficiënt verrichten van deze werkzaamheden op een wijze, die werkelijk het gezamenlijke weten, kunnen en streven van de betrokkenen tot uitdrukking brengt, is een goede inwendige structuur van de medische staf met waarborgen voor een goede besluitvorming en -uitvoering, waarin alle leden daadwerkelijk een inbreng en aandeel hebben. De regeling van deze interne verhoudingen en verdeling van taken en bevoegdheden dient in het reglement te zijn vastgelegd. Voorts dient de wijze van samenwerking met andere instanties en groepering in het ziekenhuis te zijn geregeld. Het is niet noodzakelijk de interne en de externe verhoudingen in hetzelfde reglement vast te leggen. Men kan dit laten afhangen van de plaatselijk gegroeide situatie. Onnodig te zeggen dat de inzet en de mentaliteit van de betrokkenen, alsmede hun professionele en collegiale kwaliteiten een belangrijker basis zijn voor een goed functioneren van de medische staf dan welk reglement ook.

Het was mijn bedoeling om in het voorafgaande naast het empirische uitgangspunt van de discussienota, ook nog eens een andere misschien wat meer speculatieve en theoretische benadering te geven van de problematiek rondom de medische staf en wel door deze eens te bezien vanuit gedachten over de structuur van het moderne ziekenhuis als totaliteit en de positie van de medische staf daarin.

Ik hoop dat u met mij eens zult zijn dat het werk van een medische staf uiteindelijk alleen dan zin kan hebben en ook in feite resultaat zal afwerpen, indien de structuur van het ziekenhuis een dusdanige is, dat de inbreng van een medische staf in beginsel bij de gehele beleidsvoorbereiding als een noodzakelijke voorwaarde voor een goede functie van het ziekenhuis als totaliteit wordt gezien. Anderzijds hoop ik dat u het evenzeer met mij eens zult zijn dat de opdracht van iedere arts-specialist om aan zijn patiënten een optimale moderne geneeskundige diagnostiek, behandeling en begeleiding te bieden, het eenvoudig noodzakelijk doet zijn dat hij bereid is geleidelijk een stuk eigen en persoonlijke verantwoordelijkheid naar de collectiviteit van de medische staf over te dragen om langs die weg zijn integratie als onderdeel van de medische professie, belichaamd in de medische staf met een eigen collectieve verantwoordelijkheid, in de totaliteit van de ziekenhuisorganisatie mogelijk te maken.

Huisarts en Medische Faculteit Rotterdam

Verschenen is een brochure „Huisarts en Medische Faculteit Rotterdam”, een uitgave van de Stichting Huisartsgeneeskunde Rotterdam en Omstreken. De samenstellers van deze brochure, welke is toegezonden aan ruim 500 huisartsen in de wijde omtrek van Rotterdam, een gebied zich uitstrekkend van Delft tot en met Zeeuws-Vlaanderen, gaan er van uit, dat de introductie van de huisartsgeneeskunde in het nieuwe curriculum — en vooral de daarop volgende specifieke beroepsopleiding — alleen tot stand kan komen als een groot aantal huisartsen een vrij zware taak op zich wil nemen. „Een tweede fundamentele voorwaarde voor een goede overdracht van de typische facetten van de extramurale geneeskunde aan de studenten, is” — aldus de inleiding van de onderhavige brochure — „een nauw contact en een goede samenwerking tussen de afdeling huisartsgeneeskunde van de Medische Faculteit te Rotterdam en een aantal huisartsen, die op enigerlei wijze aan de overdracht van kennis willen meewerken”. Om dit contact, deze samenwerking en samenspraak naar twee kanten te bevorderen is de Stichting Huisartsgeneeskunde Rotterdam en Omstreken in het leven geroepen. De Medische Faculteit te Rotterdam (M.F.R.) en genoemde Stichting informeren belangstellenden via de brochure

over een aantal ontwikkelingen betreffende de nieuwe opleiding en de specifieke beroepsopleiding tot huisarts.

De samenstellers van de brochure geven het volgende overzicht van het curriculum „nieuwe stijl”, waarnaar door de M.F.R. wordt gestreefd. In dit nieuwe curriculum treedt een aantal algemene tendensen naar voren.

In de eerste plaats is er het streven om de algemene medische problematiek al in een vroegere fase van de opleiding centraal te stellen. Dit komt onder meer tot uiting in een vroegere introductie van de klinische geneeskunde. In de tweede plaats wordt zoveel als mogelijk „de nadruk gelegd op zelfstandig werken onder meer door het inschakelen van een keuzepracticum in de tweede helft van het derde jaar, en het geleidelijk aan toekennen van grotere verantwoordelijkheid bij onderzoek en behandeling van patiënten in de klinische periode (senior-co-schap). Tenslotte wordt er naar gestreefd om het onderwijs zoveel mogelijk in geïntegreerde vorm te geven (blokcurssussen).

De eerste drie jaren worden besteed aan de taken van wetenschap, die nodig zijn voor een inzicht in de biologische achtergronden van de normale gezonde mens en zijn omgeving. Voorts wordt een

begin gemaakt met de studie van de menselijke ziekteleer. Het eerste studiejaar wordt vooral gebruikt om de theoretische schoolkennis van vakken als chemie en natuurkunde aan te vullen en door veel, daartoe ingerichte practica om te zetten in praktische kennis. Verder wordt van meet af aan een begin gemaakt met de medisch-biologische basisvakken, te weten biochemie, moleculaire biologie, celbiologie, anatomie en fysiologie. Tevens maken de studenten reeds nu kennis met meer specifieke medische aspecten van de opleiding in de vakken humane biologie, microbiologie, inleiding geneeskunde en inleiding psychologie. Het propaedeutisch examen, dat aan het eind van het jaar wordt afgenomen, is daardoor volgens de M.F.R. meer representatief geworden voor de hele medische studie. De studieleiding en begeleiding in het eerste jaar spelen een belangrijke rol (frequente tentamens; groepsbesprekingen; mentorensysteem; studieadviseur).

Het tweede en eerste deel van het derde studiejaar wordt de menselijke biologie in de vorm van multidisciplinaire, geïntegreerde cursussen systeemsgewijs en orgaansgewijs behandeld (integratie van de vakken fysiologie, histologie, anatomie, biochemie, etc.) en toegelicht met demonstratie van patiënten. Tegelijkertijd wordt de algemene ziekteleer gedoceerd in een geïntegreerde cursus, grotendeels in de vorm van audiovisuele zelfinstructie (teaching-machines). De medische psychologie krijgt reeds in deze fase veel aandacht.

Het tweede deel van het derde jaar wordt besteed aan het keuzepracticum, waarbij de student de gelegenheid krijgt om gedurende een aantal maanden full-time en actief (zelfstandigheid) deel te nemen aan wetenschappelijk onderzoek. Met dit keuzepracticum wordt beoogd belangstelling voor, en vooral inzicht in, wetenschappelijke onderzoeksmethoden te wekken. Welk terrein men ook kiest, steeds is het van groot belang, aldus de samenstellers van de brochure, de praktijk van wetenschappelijk onderzoek uit eigen ervaring te kennen. Met dit keuzepracticum wordt de prae-kandidaatsperiode afgesloten.

De twee jaren, van kandidaatsexamen tot doctoraalexamen, (eind vijfde studiejaar) worden besteed aan de menselijke ziekteleer (klinische vakken: interne geneeskunde, heilkunde, neurologie, psychiatrie, kindergeneeskunde, verloskunde/gynaecologie) en aan de hierbij noodzakelijke klinische basisvakken (pathologische anatomie, farmacologie, klinische microbiologie, parasitologie, gezondheidszorg).

In het vierde jaar wordt de menselijke ziekteleer gedoceerd in de vorm van colleges in de ochtenduren, welke de hoofdzaken behandelen aangaande bijvoorbeeld inwendige geneeskunde en chirurgie, en cursussen, die tot doel hebben, dat de student zich diverse technieken van onderzoek eigen maakt (introductie cursus interne geneeskunde; anamnese en onderzoek), psychiatrie (gesprekstechniek)

K.N.O. e.d. Ook worden practica gegeven in de klinische basisvakken (bijvoorbeeld pathologische anatomie en farmacologie). Er zijn ± 100 practica en cursusmiddagen gepland. Ook aan de geneeskunde van de huisarts wordt in deze fase aandacht besteed en wel in de vorm van een twintigtal colleges, terwijl ook bij de klinische colleges de rol van de huisarts vóór en ná de opname van een patiënt aan de orde zal worden gesteld. Ook nu weer wordt zoveel mogelijk naar integratie gestreefd.

Het vijfde jaar is het jaar van de zogenaamde junior-co-assistentschappen. In deze periode krijgt de student de gelegenheid het geleerde in praktijk te brengen in het contact met de patiënt, aan het ziekbed en op de polikliniek. Tijdens deze junior-co-schappen, welke plaats vinden in de grote klinische vakken (interne geneeskunde, kindergeneeskunde, heilkunde, gynaecologie-obstetrie, psychiatrie), zal men intensief worden begeleid; zij hebben dan ook het karakter van cursorische „bed-side-teaching”. Ook zijn er dagelijks klinische demonstraties en besprekingen (ook obductie besprekingen). Een middag per week worden in de vorm van capita selecta colleges gegeven waarbij wordt gestreefd naar integratie van de klinische vakken met prae-klinische en klinische basisvakken; ook hierbij zal de huisarts worden betrokken. De rest van de middagen is vrij voor eigen studie of eventuele assistentschappen. Het is in dit vijfde jaar, dat men ook streeft naar de realisatie van de semicampus gedachte: de studenten zullen nu zoveel mogelijk op het terrein van de faculteit worden gehuisvest. Men hoopt hierdoor een intensief contact met de kliniek te bevorderen. Tijdens het vierde en vijfde jaar worden tentamina afgelegd, welke tezamen het doctoraal examen vormen.

Het zesde jaar is dus het laatste jaar van het studieprogramma na het doctoraal examen. Dit jaar wordt doorgebracht als senior-co-assistent op de verschillende afdelingen van het Academisch Ziekenhuis of de geaffilieerde ziekenhuizen. In een volledige dagtaak leert de co-assistent verder de kennis die hij in de afgelopen jaren heeft verworven, praktisch aan het ziekbed toe te passen. Wat de grotere klinische vakken (interne geneeskunde, heilkunde, psychiatrie, neurologie, kindergeneeskunde, verloskunde/gynaecologie) betreft, maakt hij voor de tweede maal (vgl. junior-co-schap), maar nu veel intensiever, kennis met de kliniek. Met name zal de co-assistent in deze fase de verantwoordelijkheid voor het wel en wee van een aantal „eigen” patiënten gaan dragen. In dit zesde jaar vindt ook het co-assistentschap bij de huisarts plaats. Deze periode wordt voorlopig niet meer als voorheen afgesloten met het semi-artsexamen, maar met een assistent-artsexamen. Dit examen zou recht geven om een keuze te doen uit een aantal alternatieve onderwijsprogramma's, hetzij in de richting van verdere specialisatie bijvoorbeeld in de heilkunde, interne geneeskunde, etc., hetzij in de richting van de specifieke beroepsopleiding tot huisarts

welke één jaar zal duren. Dit zevende jaar, waarin de assistent-arts onder supervisie, maar overigens zelfstandig de geneeskunde uitoefent wordt afgesloten met het artsexamen „nieuwe stijl”, dat de bevoegdheid geeft tot vestiging als huisarts of tot verdere opleiding als specialist.

In een hoofdstuk, gewijd aan de plaats van de huisartsgeneeskunde in het nieuwe curriculum wordt gesteld, dat de faculteit te Rotterdam een afdeling „Algemene Praktijk van de Geneeskunde” heeft en dat deze afdeling vooral met de afdeling Preventieve en Sociale Psychiatrie, de afdeling Gezondheidszorg (sociale geneeskunde) en de afdeling Epidemiologie een grote vorm van integrale samenwerking zal laten zien, „Community Health”. De taakomschrijving van de afdeling Algemene Praktijk van de Geneeskunde wordt in grote lijnen als volgt weergegeven: 1. onderwijs aan de aanstaande assistent-artsen (eerste 6 jaar); 2. onderwijs aan de aanstaande huisartsen (jaar van de specifieke beroepsopleiding); 3. onderzoek met betrekking tot de huisartsgeneeskunde; 4. nascholing van de huisarts; 5. patiëntenbehandeling door middel van een huisartspraktijk.

Ad. 1. Het onderwijs aan de aanstaande assistent-artsen omvat: a. colleges en demonstraties die ten doel hebben een duidelijk beeld te geven van het werk van de huisarts; b. het medewerken aan colleges, demonstraties en capita selecta met als doel de rol van de huisarts voor, tijdens en na de specialistische behandeling aan de orde te stellen; c. het medewerken aan groepsbesprekingen gedurende de junior- en senior-co-assistentenschappen; d. het organiseren en begeleiden van het co-assistentenschap huisarts-geneeskunde.

Ad. 2. Het onderwijs aan de aanstaande huisartsen omvat: a. een oriëntatie-cursus die ten doel heeft de assistent-arts vertrouwd te maken met de praktische gang van zaken in de huisartspraktijk; b. organisatie en begeleiding van de halfjaarlijkse assistentschappen in de huisartspraktijk; c. organisatie en begeleiding van de assistentschappen in de kliniek.

Ad. 3. Het onderzoek zal zich onder andere richten op: a. taakanalyse van het werk van de huisarts; b. plaats en functie van de huisarts in het geheel van de gezondheidszorg; c. ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde; d. mate van samenwerking met personen en instanties werkzaam op het gebied van de volksgezondheid; e. bevordering van het werk van de huisarts.

Ad. 4. De nascholing zal zich in eerste instantie richten op de huisartsen, die nauw samenwerken met de faculteit (onderwijs en onderzoek), maar dient zich zo snel mogelijk uit te breiden tot alle huisartsen van Rotterdam en Ommelanden. Coördinatie op landelijk niveau is dringend gewenst.

Ad. 5. Om bovengenoemde taken op adequate wijze te kunnen vervullen dient de afdeling te beschikken over een faculteitspraktijk. Wanneer zich geen onverwachte moeilijkheden voordoen kan een dergelijke huisartspraktijk eind 1969 van start gaan.

De stage van de co-assistent in een huisartspraktijk

In het zesde studiejaar zal de co-assistent in contact moeten komen met het dagelijks werk van de huisarts. Het doel van deze stage is echter niet alleen de aanstaande artsen basiskennis bij te brengen aangaande de praktijk van de „extramurale” geneeskunde. Van even groot belang, zo niet groter, is, aldus de samenstellers van de brochure, dat: 1. diegenen, die huisarts willen worden gesterkt worden in hun motivatie; 2. diegenen, die specialist willen worden inzien, dat de huisarts op zijn eigen terrein even wetenschappelijk georiënteerd en vakbekwaam is als de specialist op het zijne; 3. diegenen, die aarzelen in hun keuze enthousiast worden gemaakt voor het huisartsberoep.

„Onomstotelijk staat immers vast”, zo kan men onder meer verder lezen, „dat het enthousiasme van aanstaande artsen om huisarts te worden absoluut en relatief daalt. Uit recente onderzoeken blijkt, dat de onvrede die er onder huisartsen ten aanzien van hun beroepsuitoefening heerst door de aanstaande artsen wordt gedeeld en velen van hun plan om huisarts te worden afhoudt. Ook voor hen blijken onder meer de te grote belasting, het gebrek aan zekerheid, het weinig wetenschappelijke en het gebrek aan specialistische diepgang is van doorslaggevende betekenis. Hierdoor komt het waarschijnlijk ook, dat nog slechts 2% van de studenten, die wel huisarts willen worden, zich in een grote stad wenst te vestigen. Tegenover dit sombere beeld staat onze ervaring in Rotterdam met stagiaires in de reeds bestaande, niet verplichte, stage bij de huisarts. Vrijwel unaniem bleek men enthousiast over de gelopen stage. In Nijmegen en Groningen waar de stage reeds enkele jaren verplicht is liggen de percentages van de pas afgestudeerde artsen, die huisarts gaan worden aanzienlijk hoger dan elders (respectievelijk 40-50% tegenover minder dan 30% elders).

„Het is blijkens onderzoeken elders en de Rotterdamse ervaring vooral de mogelijkheid van de huisarts tot contact met de medemens in een „integrale en continue zorg” welke de studenten zeer aanspreekt. Dit is niet verwonderlijk als men weet, dat er aanwijzingen zijn dat ongeveer 60% van de studenten juist met dit ideaal voor ogen de studie begint. Het gefragmenteerde beeld van de patiënt dat de studenten tijdens hun opleiding vaak krijgen heeft hen evenwel gedesillusioneerd en mogelijk mede naar het specialisme „toegedreven”. Als men echter ook weet dat ongeveer 20% van de co-assistenten de keuze voor de toekomst (huisarts of specialist) nog niet heeft gemaakt en bovenvermelde invloed van de stage voor ogen houdt, is het dui-

delijk welke positieve invloed een goed opgezette stage juist voor onze gezondheidszorg kan hebben. Het persoonlijke contact tussen opleider en opgeleide speelt bij dit alles een grote rol. Belangstelling van de kant van de opleider en de bereidheid om met de co-assistent, op collegiale wijze van gedachten te wisselen, zijn dan ook de basale voorwaarden voor het slagen van een dergelijke stage. Op deze wijze zal de student in staat worden gesteld zich een zo goed mogelijk beeld te vormen van de functie, opzet en mogelijkheden van de huisartspraktijk."

Over inhoud en duur van de stage wordt gesteld, dat deze in de loop van de komende tijd onder andere via een regelmatig overleg met de huisartsen zal moeten groeien. „Mogelijk zullen hier zekere richtlijnen voor opleider en co-assistent uit voort komen. Belangrijke onderwerpen, die bijvoorbeeld in het kader van colleges en dergelijke aan de orde zullen komen, kunnen op papier worden gezet en aan de belanghebbenden toegezonden worden. Ook is het mogelijk in groepsbesprekingen met opleiders en co-assistenten bepaalde onderwerpen verder uit te diepen. De duur van het co-schap bij de huisarts wordt zeer waarschijnlijk drie weken. In het algemeen kan worden gesteld dat het intern zijn van de co-assistent aanbeveling verdient. Een conditio sine qua non is dit zeker niet; van geval tot geval zal bekeken moeten worden of bovenstaande realiseerbaar is."

De vraag hoeveel huisartsen er nodig zijn voor deze co-assistenten stage, wordt aldus beantwoord: „Over \pm drie jaar zullen elk jaar \pm 120 tot 150 co-assistenten hun stage bij de huisarts moeten lopen. In de jaren daarvoor ligt dit geval nog aanzienlijk lager (de huidige co-assistenten van buiten R'dam). In verband met de grote waarde, die wij aan deze stage hechten, het allesoverheersende belang dienaangaande voor het opdoen van ervaring en de wenselijkheid van een geregeld contact van de huisartsopleiders met de afdeling huisartsgeneeskunde van de M.F.R. (vergelijk „feedback", inspraak, nascholing e.d.) zou het natuurlijk zeer toe te juichen zijn als zo veel mogelijk huisartsen bereid zouden zijn twee of drie maal per jaar een co-assistent te willen opleiden. Wij beseffen echter dat dit voor velen in beginsel wel veel gevraagd is en hopen daarom in eerste instantie op een zo groot mogelijk aanbod; dus ook van diegenen, die slechts één maal per jaar aan de opleiding mee kunnen doen.

Over „het zevende jaar", wordt in herinnering gebracht, dat het interfacultair overleg een commissie heeft ingesteld, die zich dient te beraden over de inhoud van dit jaar. De commissie bestaat uit vertegenwoordigers van de faculteiten, de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en het Nederlands Huisartsen Genootschap.

„Het is duidelijk", aldus de samenstellers van de brochure, „dat de duur en inhoud van het zevende jaar afhankelijk zijn van de inhoud van de basisopleiding. Het is ook duidelijk, dat de meningen om-

trent de vulling van de beroepsopleiding nogal uiteen lopen. De gedachten gaan in grote lijnen uit naar: een cursorische opleiding onder andere bestaande uit praktijkvoering, medische administratie, diagnostiek in de huisartspraktijk, receptuur, het laboratorium in de huisartspraktijk, het verwijzen, enz.; een opleiding in een ziekenhuis; een opleiding in de huisartspraktijk van $\pm 1/2$ jaar; de totale duur is voorlopig gesteld op 1 jaar. Wil deze opleiding in Rotterdam worden gerealiseerd dan dienen er over drie jaar 40-50 plaatsen beschikbaar te zijn voor de assistent-artsen."

Ten aanzien van de plaatsing van de assistent-artsen wordt aan de volgende mogelijkheden gedacht: a. De praktijkvoering van de huisartsopleider wordt afgestemd op de aanwezigheid van assistent-artsen, zodat bijvoorbeeld twee assistent-artsen per jaar kunnen worden opgeleid. Voor sommigen zal deze permanente aanwezigheid van assistent-artsen geen bezwaar zijn; anderen zullen deze situatie te belastend vinden. b. Een alternatief zou ook kunnen zijn dat vier huisartsen uit een plaats of regio (bijvoorbeeld waarnemingsgroep) om de beurt gedurende een kwartaal een assistent-arts in de praktijk hebben. Een dergelijke groep van vier arts zou dan ook twee assistent-artsen per jaar kunnen opleiden. c. Als derde mogelijkheid kan men denken aan twee bevriende of in associatie-verband werkende huisartsen die samen twee assistent-artsen per jaar opleiden. Hierbij is dan permanent een assistent-arts aanwezig die op verschillende manieren in beide praktijken kan werken. d. Het zal tenslotte duidelijk zijn dat een aantal mogelijkheden het best gerealiseerd en een aantal bezwaren het best kunnen worden ondervangen in een groepspraktijk van huisartsen, aldus de brochure „Huisarts en Medische Faculteit Rotterdam" van de Stichting Huisartsgeneeskunde Rotterdam en Omstreken.



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 1969 — voor het eerste kwartaal 1970 een waarde van f 12,50.

De bereikbaarheid van de arts

Namens het hoofdbestuur is de volgende brief verzonden aan de besturen der afdelingen:

Geachte collegae,

De dienstverlening door artsen is de laatste tijd op bijzondere en soms ongewenste wijze in de publiciteit gekomen. De uitspraak van een Medisch Tuchtcollege en, kort opeenvolgend, berichten in de dagbladen over geweigerde hulpverlening door artsen bij spoedgevallen, heeft onrust gewekt bij patiënten en bij artsen. Voor het hoofdbestuur is dit aanleiding geweest op 9 januari een persconferentie te houden ter bespreking van de aan deze onrust ten grondslag liggende problematiek.

Het hoofdbestuur heeft op deze persconferentie uiteraard geen oordeel uitgesproken over de in de publiciteit gebrachte voorvallen; daartoe ontbreken aan het hoofdbestuur de dossiers of de volledige gegevens. Wel heeft het hoofdbestuur in deze persconferentie aan de pers begrip gevraagd voor de moeilijke positie waarin de artsen dikwijls verkeren.

Uit de reacties op deze persconferentie in vele bladen blijkt dat men er wel begrip voor heeft dat zelfs de meest conscientieuze arts zich, lettende op de bedoelde uitspraak van een Medisch Tuchtcollege en op hiervoor gesignaleerde publiciteit, in dit opzicht, bedreigd kan gaan voelen. Begrip bleek er ook voor te zijn dat de veelal geëmotioneerde patiënt of diens omgeving de arts bij het ter hulp roepen niet steeds juiste en/of volledige informatie geeft, zodat het voor de arts moeilijk wordt de betekenis van een spoedboodschap te onderkennen. Men had er ook begrip voor — en wilde dit wel accepteren — dat artsen ook mensen zijn en menselijke tekortkomingen hun niet vreemd zijn.

Er werden tijdens de persconferentie drie facetten naar voren gebracht, waaraan men meende dat bij de oplossing van de gesignaleerde moeilijkheden veel aandacht zou moeten worden besteed:

1. er moet een goede organisatie zijn die het mogelijk maakt dat er altijd — en in voldoende mate — artsen bereikbaar zijn;
2. de bereidheid van de arts tot hulpverlening moet in spoedgevallen duidelijk blijken;
3. de arts moet bij het afwegen van het tot hem gerichte verzoek tot spoedige hulp een grote mate van zorgvuldigheid betrachten.

Inachtneming van het onder deze drie punten gestelde is van zeer groot belang in de relatie tussen publiek en artsen, meer in het bijzonder voor de art-

sen zelf en hun plaats in de gezondheidszorg. Gevallen, waarin een patiënt bij herhaling via een antwoordapparaat naar een andere wordt verwezen — en dit komt volgens mededelingen van de journalisten op bedoelde persconferentie, wel voor — moeten volstrekt onjuist worden geacht. Gevallen, waarin een te gering aantal artsen dienst doet en de functionerende arts zodanig is bezet, dat hij aan spoedboodschappen geen gevolg kan geven, dienen, waar mogelijk, te worden voorkomen. Het is voor het vertrouwen in de stand van de geneeskundigen in Nederland van het grootste belang dat de artsen al het mogelijke in het werk stellen om gerechtvaardigde klachten te voorkomen. Wanneer grondige, afdoende maatregelen worden getroffen en worden nagekomen ter voorkoming van gerechtvaardigde klachten, zullen ongerechtvaardigde klachten — die toch hinderlijk kunnen zijn voor een daarbij betrokken arts — minder weerklink vinden.

Het hoofdbestuur vindt in het waargenomen en het gehoorde ter persconferentie aanleiding zich opnieuw, zoals reeds enkele jaren geleden werd gedaan, tot de afdelingsbesturen te richten met het nadrukkelijke verzoek zich te willen vergewissen van de wijze, waarop weekend- en vakantiediensten en ook eventuele avond-, nacht- en andersoortige waarnemingsdiensten in hun rayon functioneren en na te gaan welke de oorzaken zijn van eventuele tekortkomingen. Het verzoekt de afdelingsbesturen over zijn bevindingen rapport aan het hoofdbestuur uit te brengen en daarin zo nodig en zo mogelijk aan te geven welke wijzigingen ter verbetering van deze diensten mogelijk zijn.

Zijnerzijds is het hoofdbestuur uiteraard volledig bereid, na kennisneming van de gerapporteerde situaties, de afdelingsbesturen met adviezen bij te staan in hun poging gebleken tekortkomingen te elimineren. Dit mede aan de hand van ervaringen in andere afdelingen opgedaan.

Het is een zeer belangrijke taak van de afdelingsbesturen er ten bate van alle betrokkenen op toe te zien dat genoemde diensten goed en zeer verantwoord zijn georganiseerd, zodat aan patiënten in spoedgevallen steeds snel hulp kan worden verleend. Wanneer bij kleine waarnemingsdiensten een voldoende bezetting niet steeds is te realiseren, dan kan voor het opvangen van noodgevallen een oplossing worden verkregen wanneer een niet dienstdoende collega zich niettemin als reserve bereikbaar houdt. In een dergelijke situatie is ook denkbaar dat afspraken worden gemaakt met nabij gelegen diensten, waarop eventueel in voorkomende gevallen een beroep kan worden gedaan. Wat dit laat-

ste betreft kan worden gesteld dat afstanden, dank zij de snelle vervoersmogelijkheden, nauwelijks meer een rol spelen.

Tot zover de taken en plichten van de artsen. Daarnaast — en dit lijkt het hoofdbestuur belangrijk en noodzakelijk — moet aandacht worden besteed aan het wekken van begrip bij patiënten en publiciteitsorganen voor de praktische moeilijkheden, waarvoor de arts ook bij goede organisatie van praktijkoefening en van waarnemingsdiensten, niettemin kan komen te staan. Dit begrip is ter persconferentie reeds gewekt blijkens de beschouwingen, welke men daarover in onderscheidene dagbladen heeft kunnen aantreffen, doch het wekken van dit begrip zal blijvend moeten worden nagestreefd door middel van publikaties en informaties. In dit verband zouden de artsen er meer op kunnen wijzen dat het bezoeken van de patiënt aan huis dikwijls onnodig is omdat vele patiënten tegenwoordig op verantwoorde wijze kunnen worden vervoerd naar de spreekkamer van de arts, waar alle hulpmiddelen voor een adequate behandeling aanwezig zijn. Verder is het van belang er voor te zorgen dat het publiek uitvoerig wordt ingelicht over de bestaande weekend- en andere diensten, zodat direct contact kan worden opgenomen met een dienstdoende arts.

Ter informatie van uw bestuur diene nog, dat dit schrijven na en in overleg met de Landelijke Huisartsen Vereniging wordt verzonden en dat ook van de zijde van de L.H.V. zelfstandig bij haar leden, via de Plaatselijke Huisartsen Verenigingen, aandrang zal worden uitgeoefend om ter zake van de in dit schrijven aan de orde gestelde zaken actief te zijn. Ter informatie van de leden zal dit schrijven in Medisch Contact no 5 van 30 januari 1970 worden gepubliceerd.

Met collegiale groeten,
Dr. L. van der Drift, voorzitter
G. Dekker, secretaris-penningmeester

MC | VAN HET CENTRAAL COLLEGE

Presidium in 1970

Tot voorzitter van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten voor het jaar 1970 is benoemd Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen te Utrecht, en tot ondervoorzitter Prof. Dr. A. Kemp te Utrecht.

ADRESWIJZIGINGEN

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

MC | VAN HET CENTRAAL BESTUUR L.H.V.

Ledenvergadering d.d. 23-1-1970

De ledenvergadering der L.H.V., bijeen te Utrecht op 23 januari 1970, heeft de voorstellen, welke de ziekenfondsorganisaties hebben gedaan inzake de honorering voor 1970 van farmaceutische hulp door huisartsen, verworpen. De argumenten van ziekenfondszijde vermochten de ledenvergadering allerm minst te overtuigen. De ledenvergadering heeft aan de Commissie Ziekenfondstarieven (farmaceutische sectie) de opdracht gegeven een en ander nogmaals met de ziekenfondsorganisaties te bespreken.

C. van der Marel, arts
voorzitter Z.T.C. (farmaceutische sectie)

MC | UIT DE AFDELINGEN

Voordrachten

Op de agenda's voor de afdelingsvergaderingen werden de volgende voordrachten vermeld:

Alphen en Omstreken: Zr. G. Jongepier, onderwerp: „Nieuwe receptacula voor colostomie-, ileostomie- en uretrostomiepatiënten”.

Arnhem en Omstreken: Dr. K. H. Brandt, internist te Arnhem, onderwerp: „Indrukken over de medische zorg in Amerika”.

Assen en Omstreken: Dr. A. J. C. Huffstadt, plastisch chirurg, onderwerp: „Aspecten van de plastische chirurgie”.

Eindhoven en Omstreken: B. van der Most, onderwerp: „Opvang van geestelijk onvolwaardige kinderen”.

's-Gravenhage en Omstreken: E. Sangster, internist, Dr. W. H. Minder, patholoog-anatoom, onderwerp: „Klinisch pathologische conferentie”.

Heerenveen en Omstreken: Prof. Dr. J. Bastiaans zal de film „Begrijpt u nu waarom ik huil” inleiden.

Helmond en Omstreken: Prof. Dr. H. Tiddens, kinderarts, onderwerp: „Het nefrotisch syndroom op de kinderleeftijd”.

Slingeland: Dr. J. van Tongeren, internist, onderwerp: „Verschillende vormen van colitis”.

Tiel: Dr. L. Koens, plastisch chirurg, onderwerp: „Plastische chirurgie”.

De Vecht en Omstreken: Prof. Dr. J. A. M. Meerloo, onderwerp: „Afweermechanismen tegen angst”.

Zuid-Limburg: Dr. A. van Straaten, onderwerp: „Aandoeningen door een afwijkend aantal geslachtschromosomen”.

Zwolle en Omstreken: B. J. Rienmeyer, orthopaedisch chirurg, onderwerp: „De langzaam afglijdende dijbeenkop epiphyse, een wolf in schaapskleren”.

Voorlopig verslag over het jaar 1968

Hierbij hebben wij het genoegen het eerste — zij het voorlopige — jaarverslag van de Stichting uit te brengen. Dit verslag is nog voorlopig, omdat controle op de volledigheid van de afdracht door de ziekenfondsen nog niet heeft plaatsgevonden, wegens het nog niet uitzenden van „saldobiljetten” aan de specialisten. Dit zal in de loop van het jaar 1970 gebeuren. Pas in het tweede halfjaar 1968 zijn gelden beschikbaar gekomen. Voorts worden de dividenden op het merendeel der aandelen betaalbaar gesteld in de eerste helft van het jaar. Beide omstandigheden worden weerspiegeld in de opbrengst van de beleggingen. De effecten bevinden zich in open bewaarneming bij de Algemene Bank Nederland N.V. te Amsterdam en haar buitenlandse correspondenten.

De in 1968 tot stand gekomen risicoregeling inzake de weduwen- en wezenvoorziening krachtens het Reglement met betrekking tot de extra contributie van de Landelijke Specialisten Vereniging bleek te voorzien in een grote behoefte. Aan 14 weduwen en 23 wezen van in 1968 overleden specialisten werd een uitkering toegekend.

De besturen van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen en de Stichting

Bestuur: A. M. Gründemann - voorzitter
Dr. D. W. Swijgman - secretaris
H. van Giffen - lid

Directeur: J. M. G. Hoes

Adviseurs: Drs. H. H. J. Bunschoten
Drs. H. W. Deunk
H. Franse

Pensioenfonds Medische Specialisten besloten om tot een coördinatie der werkzaamheden te komen. Om deze samenwerking te realiseren werd op 9 juli 1968 de Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.) gevormd.

Utrecht, januari 1970

A. M. Gründemann, voorzitter.
Dr. D. W. Swijgman, secretaris.
H. van Giffen, lid.

J. M. G. Hoes, directeur.

VOORLOPIGE BALANS PER 31 DECEMBER 1968

ACTIVA

Hypotheek	f 1.500.000,—
Effecten: (tegen aanschaffingswaarden incl. aankoopkosten)	
niet converteerbare obligaties ...	f 352.394,28
converteerbare obligaties	„ 384.325,87
aandelen	„ 6.235.843,64
	„ 6.972.563,79 ¹⁾
Interestgevende saldi bij geldinstellingen	„ 2.334.810,82
Interestloze saldi bij geldinstellingen ...	„ 279,93
Overlopende interest en dividenden	„ 38.224,89
Door de ziekenfondsen in 1969 over 1968 af te dragen pensioengelden	„ 5.364.145,82
Debiteuren	„ 49.804,31
Voorlopig aandeel in de sterftewinst van de verzekeraars over 1968	„ 194.684,—
	f 16.454.513,56

PASSIVA

Stichtingskapitaal	f 200,—
Beschikbaar voor inbreng in de toekomstige pensioenregeling	„ 14.815.824,82
Voordelig saldo over 1968 van de weduwen- en wezenrisicoregeling op grond van de extra contributie L.S.V.	„ 107.308,32
Voorziening voor uitkeringsverplichtingen aan weduwen en wezen	„ 634.199,—
In 1969 te verrichten uitkeringen over 1968 aan weduwen en wezen	„ 15.915,—
In 1969 te betalen gedeelte van de hypotheek ad f 1.500.000,—	„ 750.000,—
Crediteuren	„ 131.066,42
	f 16.454.513,56

¹⁾ Beurswaarde der effecten per ult. 1968 f 7.097.527,70

A. M. Gründemann, voorzitter.
Dr. D. W. Swijgman, secretaris.
H. van Giffen, lid.

J. M. G. Hoes, directeur.

VOORLOPIGE REKENING VAN LASTEN EN BATEN OVER 1968 MET BETREKKING TOT DE VAN DE ZIEKENFONDSEN ONTVANGEN PENSIOENGELDEN

LASTEN

Beheerskosten	f 112.257,34
af:	
aan de rekening van las-	
ten en baten met betrek-	
king tot de risicoregeling	
toegerekend aandeel in de	
kosten	„ 18.000,—
	f 94.257,34
Beschikbaar voor inbreng in de toe-	
komstige pensioenregeling; overge-	
bracht naar de balans	„ 14.815.824,82
	f 14.910.082,16

A. M. Gründemann, voorzitter.
Dr. D. W. Swijgman, secretaris.
H. van Giffen, lid.

BATEN

In 1968 en 1969 van de ziekenfondsen	
ontvangen pensioengelden over 1968 ...	f 14.849.075,05
Interest en dividenden ...	f 70.677,79
af:	
gekweekte interest over	
ontvangen extra contribu-	
tie L.S.V. inzake de risico-	
regeling (overgebracht	
naar de rekening van las-	
ten en baten m.b.t. de risi-	
coregeling)	„ 9.670,68
	„ 61.007,11
	f 14.910.082,16

J. M. G. Hoes, directeur.

VOORLOPIGE REKENING VAN LASTEN EN BATEN OVER 1968 MET BETREKKING TOT DE WEDUWEN- EN WEZENRISICOREGELING OP GROND VAN DE EXTRA CONTRIBUTIE L.S.V.

LASTEN

Premies aan de verzekeraars	f 1.090.080,—
Interest aan de verzekeraars	„ 53.200,37
Uitkeringen over 1968:	
aan weduwen	„ 11.090,—
aan wezen	„ 4.825,—
Vorming voorziening voor uitkeringsver-	
plichtingen aan weduwen en wezen	„ 634.199,—
Aan de risicoregeling toegerekend aan-	
deel in de kosten	„ 18.000,—
Voordelig saldo over 1968	„ 107.308,32
	f 1.918.702,69

A. M. Gründemann, voorzitter.
Dr. D. W. Swijgman, secretaris.
H. van Giffen, lid.

BATEN

Extra contributie L.S.V. inzake de risico-	
regeling	f 1.096.700,01
Gekweekte interest over ontvangen	
extra contributie L.S.V. inzake de risico-	
regeling	„ 9.670,68
Van de verzekeraars in 1968 en 1969	
ontvangen risicokapitalen ter zake van in	
1968 overleden artsen	„ 617.648,—
Voorlopig aandeel in de sterftewinst van	
de verzekeraars over 1968	„ 194.684,—
	f 1.918.702,69

J. M. G. Hoes, directeur.

MC

**VAN DE STICHTING VOORLOPIG BEHEER
PENSIOENGELDEN VOOR HUISARTSEN**

Voorlopig verslag over de jaren 1967 en 1968

Hierbij hebben wij het genoegen het voorlopig gecombineerde jaarverslag uit te brengen. Dit verslag is nog voorlopig, omdat de controle op de volledigheid van de afdracht door de ziekenfondsen nog niet geheel is voltooid.

De reacties van de zijde van de huisartsen, naar aanleiding van de onlangs uitgezonden saldobiljetten over de jaren 1967 en 1968, gericht aan onze accountant, zijn op dit ogenblik grotendeels behandeld.

Aan 45 weduwen en 106 wezen van in 1967 en 1968 overleden huisartsen werden krachtens het be-

Bestuur:	J. F. A. van Rijn - voorzitter J. I. van der Leeuw - secretaris C. van der Marel - penningmeester
Commissie van Toezicht:	Drs. H. H. J. Bunschoten - voorzitter Prof. Mr. J. M. M. Maeijer - lid R. Zaalberg van Zelst - lid
Directeur:	J. M. G. Hoes
Adviseur:	H. Franse

paalde in de „Interne Richtlijn” onverplichte uitkeringen gedaan.

De besturen van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten en de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen concretiseerden hun gedachten om tot coördinatie der werkzaamheden te komen. Hiertoe werd — met behoud van de eigen verantwoordelijkheid van de

beide besturen — op 9 juli 1968 de Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfonds (S.B.A.) gevormd.

J. F. A. van Rijn, voorzitter.

J. I. van der Leeuw, secretaris.

C. van der Marel, penningmeester.

J. M. G. Hoes, directeur.

VOORLOPIGE BALANS PER 31 DECEMBER 1968

ACTIVA

Interestgevende saldi bij geldinstellingen	f 40.678.213,66
Lopende interest op tegoed bij geldinstellingen	„ 1.551.142,46
Door de ziekenfondsen in 1969 over 1967 en 1968 af te dragen pensioengelden	„ 4.169.388,53
Debiteuren	„ 833.265,80
Voorlopig aandeel in de sterftewinst van de verzekeraars over 1967 en 1968	„ 203.629,36
	<hr/>
	f 47.435.639,81

J. F. A. van Rijn, voorzitter.

J. I. van der Leeuw, secretaris.

C. van der Marel, penningmeester.

PASSIVA

Stichtingskapitaal	f 100,—
Beschikbaar voor inbreng in de toekomstige pensioenregeling	„ 44.498.099,45
Voorziening voor onverplichte uitkeringen aan weduwen en wezen („Interne Richtlijn”)	„ 2.746.856,—
In 1969 te verrichten uitkeringen over 1967 en 1968 aan weduwen en wezen	„ 90.599,91
Crediteuren en transitoria	„ 99.984,45
	<hr/>
	f 47.435.639,81

J. M. G. Hoes, directeur.

VOORLOPIGE REKENING VAN LASTEN EN BATEN OVER DE JAREN 1967 EN 1968

LASTEN

Premies aan de verzekeraars	f 3.283.738,59
Interest aan de verzekeraars	„ 109.254,61
Uitkeringen over 1967 en 1968:	
aan weduwen	„ 104.388,62
aan wezen	„ 57.471,68
Vorming voorziening voor onverplichte uitkeringen aan weduwen en wezen („Interne Richtlijn”)	„ 2.746.856,—
Beheerskosten	„ 210.515,64
Beschikbaar voor inbreng in de toekomstige pensioenregeling; overgebracht naar de balans	„ 44.498.099,45
	<hr/>
	f 51.010.324,59

J. F. A. van Rijn, voorzitter.

J. I. van der Leeuw, secretaris.

C. van der Marel, penningmeester.

BATEN

In 1967, 1968 en 1969 van de ziekenfondsen ontvangen pensioengelden over de jaren 1967 en 1968	f 46.307.299,77
Interest	„ 1.873.136,46
Van de verzekeraars ontvangen risicokapitalen ter zake van in 1967 en 1968 overleden huisartsen	„ 2.626.259,—
Voorlopig aandeel in de sterftewinst van de verzekeraars over 1967 en 1968	„ 203.629,36
	<hr/>
	f 51.010.324,59

J. M. G. Hoes, directeur.

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

HANTEREN VAN HET BEROEPSGEHEIM

In de beschouwing „Hanteren van het beroepsgeheim (I)“ — opgenomen in Medisch Contact no. 2/1970, bladzijde 29 (red.) — miste ik een belangrijke schakel, waarlangs indirect medische gegevens naar buiten komen. Namelijk de schakel die leidt via het recept naar de apotheker en dan via het copierecept naar het verzekeringsorgaan. Daar steeds duidelijker de naam van het medicament een indice is voor de diagnose, vraag ik me af of apotheker en apotheekhoudend arts niet hun beroepsgeheim schenden, wanneer zij een copierecept afgeven, anders dan om elders bereiding mogelijk te maken. Dit klemmt te meer, daar meerdere verzekeringsorganen hun verzekerden min of meer pressen om deze copierecepten met de rekening in te dienen.

Maar ook de medicamentvermelding op de aflevering ontnemt de arts in zekere zin de mogelijkheid om zijn patiënt tegen mogelijk ongewenste informatie naar buiten te beschermen; en de vraag rijst of de weliswaar administratief bezwaarlijker weg van de medicamentenkaart (die ook andere voordelen heeft) niet een acceptabeler compromis is in het dilemma van de nodige informatie voor waarneming, zondagsdienst, vakantie en ongevallen en de nadruk voor de patiënt, dat deze informatie alleen dient om zijn behandeling te kunnen continueren.

Dalfsen, 13 januari 1970

D. M. Plate

psychiatrische inrichtingen en 18.843 patiënten, die opgenomen waren in verpleeginrichtingen werden betrokken in dit onderzoek. Van hen lag 4,6 procent ten onrechte in een ziekenhuis, 11 procent bevond zich ten onrechte in een psychiatrische inrichting en 13 procent lag in een verpleeginrichting zonder daar thuis te horen. Het CBC heeft berekend dat hierdoor 117.000 gulden per dag aan extra kosten ontstaan. Uitbreidingsplannen van ziekenhuizen moeten niet worden gebaseerd op de bestaande situatie. Het CBC pleit voor snelle totstandkoming van eenvoudiger voorzieningen om de doorstroming van patiënten te bevorderen, zodat zij gemakkelijker van het verkeerde bed in het goede zouden kunnen worden overgeplaatst. Het CBC pretendeert niet dat hiermee een wetenschappelijk onderzoek op dit terrein werd gedaan. Het is slechts een momentopname die toch een indruk geeft van de situatie.



Het aantal rokers onder de New-Yorkse artsen vormt volgens de Österreichische Ärztezeitung thans een minderheid. Een enquête, die het ministerie van Gezondheid in de Verenigde Staten onder 4.275 artsen en hun vrouwen in stad en staat New-York heeft gehouden, wees uit dat om en nabij de helft van de doktoren en doktersvrouwen die vroeger hadden gerookt daar nu mee waren opgehouden. Van de ondervraagde artsen had 56%, van hun vrouwen 41% de rookgewoonte opgegeven. Telt men daar de artsen en hun echtgenotes bij, die reeds niet-rokers waren, dan blijven er 31% van de artsen en 38% van de artsenvrouwen over, die nog wel aan de sigaret zijn.



Van de sinds 1967 wettelijk bestaande mogelijkheid op lokaal niveau family planning-centra in te richten is in Engeland tot dusver weinig gebruik gemaakt. In slechts 34 van de 204 gemeenten in Engeland en Wales waar de National Health Service een vestiging heeft, functioneerde in 1968 een volledige family planning service. De behoefte aan dergelijke diensten is groot, wat mag blijken uit de gestage groei van het aantal klinieken van de Family Planning Association: van 613 in 1966, tot 935 in 1969. In diezelfde tijd verdubbelde het aantal doktersconsulten in deze klinieken zich tot meer dan tienduizend per jaar.

De F.P.A. licht voor over contraceptie, verstrekt de pil en helpt de patiënten bij problemen op sexueel ge-

bied. Ook kan advies worden verstrekt betreffende verder medisch onderzoek. Sinds kort doen zich binnen deze vereniging strubbelingen voor, reden waarom de medisch directeur, Dr. Hillary Hill, in december 1969 zijn functie neerlegde. De laatste vreest, dat de dienstverlening steeds minder beroepsmatig wordt, met als mogelijk gevolg een verslechterde arts-patiëntrelatie. Een commissie van onderzoek zal zich nu bezinnen op de medische structuur en de functie van de vereniging. Aldus de British Medical Journal van 27 december 1969.



In de Verenigde Staten hebben meer dan tien miljoen mensen last van reuma, in Engeland vijf miljoen. In verschillende landen van Europa lijdt tien tot twintig percent van de bevolking er op één of andere manier aan. Volgens Prof. Delbarre van de medische faculteit te Parijs zijn er 120 verschillende vormen van reuma, van jicht en spit tot reumatische koorts. Ziek zijn kost geld. Alleen in Engeland betekent reuma voor de industrie een verlies van zestien miljoen mandagen per jaar; in de Verenigde Staten worden er jaarlijks honderdmiljoen dagen ziekteverlof om opgenomen. In Frankrijk wordt door de sociale verzekering aan reumapatiënten een bedrag van 300 miljoen francs uitgekeerd, en dit bedrag stijgt nog steeds. Volgens drie Duitse geleerden, Dr. G. Josenhans, Dr. K. Tillmann en Dr. N. Dettmer, is 20% van de gevallen van reumatoïde arthritis thans te genezen; in vele andere gevallen kan de pijn worden verzacht en kan het gebruik van gewrichten en ledematen blijvend worden gewaarborgd. De levensverwachting wordt door chronische reumatoïde arthritis niet verminderd. Aldus World Health, het blad van de WGO, dat in zijn januari-nummer reuma en allergie behandelt.

Rosie Maurel onderscheidt twee hoofdsorten van allergie: allergie van de huid, zoals netelroos en eczeem, en allergie van de ademhalingsorganen, zoals astma, allergische bronchitis en hooikoorts. Ongeveer vier miljoen Fransen, ofwel 8% van de Franse bevolking, heeft te kampen met allergie, een cijfer dat ook voor landen met eenzelfde levenspeil en industriële ontwikkelingsgraad zal opgaan.



Dr. Meindert J. W. de Groot, hoofd-administrateur bij het Centraal Bureau voor de Statistiek, hoofd van de afdeling Gezondheidsstatistiek is benoemd tot Officier in de orde van Oranje-Nassau. In een vergadering

In ziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen en verpleeginrichtingen liggen vele patiënten in het „verkeerde bed“. Dit concludeert blijkens persberichten de Stichting Centrale Begeleidingscommissie voor Medische Controle (CBC) aan de hand van een onderzoek dat in de periode van 1 tot 15 mei van het vorig jaar door deze stichting werd ingesteld. Uit dit onderzoek bleek dat vele patiënten eigenlijk in een andere inrichting zouden moeten worden verpleegd, dan die waar zij op dat ogenblik lagen. Enquête-formulieren werden verstuurd naar 477 inrichtingen. 41.816 patiënten in algemene ziekenhuizen, 19.112 patiënten in

van directeuren, adviseurs en afdelingshoofden heeft de directeur-generaal van de Statistiek, Dr. J. Ch. W. Verstege, hem op 29 december 1969 de bij de onderscheiding behorende versierselen uitgereikt. In verband met de bereikte pensioengerechtigde leeftijd heeft Dr. De Groot met ingang van 1 januari 1970 zijn ambt neergelegd. De scheidende functionaris was sinds 1953 secretaris-rapporteur van de Nationale Commissie voor de Gezondheidsstatistiek van de Gezondheidsraad en trad in 1961 in dienst van het C.B.S. Na het beëindigen van zijn dienstverband bij het C.B.S. is Dr. De Groot adviseur geworden bij het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid inzake epidemiologisch onderzoek.



Sinds in 1967 de Wereld Gezondheids Organisatie de pokkenbestrijding op wereldschaal ter hand nam, is het aantal gevallen van deze ziekte met bijna 60% gedaald. Het aantal landen waar pokken werden geconstateerd nam in die drie jaar af van 43 tot 29. Werden in 1967 128.300 gevallen gemeld, de schattingen voor 1969 spreken van 56.000 gevallen. Vooral in West- en Midden-Afrika werd een scherpe daling waargenomen: in 1969 tot een tiende van het jaar ervoor. In Europa, Australië en Noord-Amerika worden de pokken sinds september 1968 niet meer aangetroffen. In 27 Afrikaanse, Zuidamerikaanse en Aziatische landen was de ziekte begin 1969 nog endemisch; eind 1969 bedroeg dit aantal 17.

De vraag naar pokkenvaccin is groot. Het vorig jaar verspreide de WGO 21.640.000 doses; dit jaar zijn 33 miljoen doses nodig. Deze voorraden worden verstrekt door negen landen. Verder zijn er nog de zendingen van land tot land: vanuit de U.S.S.R. worden jaarlijks bij benadering 100 miljoen doses verstuurd, vanuit de Verenigde Staten 40 miljoen. Opgemelde feiten komen voor in een rapport, behandeld op de 45e vergadering van het Uitvoerende Comité van de WGO, die vanaf 20 januari in Genève is gehouden.



De bedrijfsgeneeskundige dienst van Utrecht gaat onder het gehele gemeentepersoneel een onderzoek instellen naar het verschijnsel van het ongeoorloofd ziekteverzuim. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat een deel van het steeds veelvuldiger ziekteverzuim bij het bedrijf niet medisch is geïndiceerd. Wethouder van onderwijs-, jeugd-, culturele en personeels-

zaken, H. van der Vlist, maakte dit, aldus de correspondent van de N.R.C., bekend tijdens de behandeling van de gemeentebegroting. Hij zei dat de ziektepercentages bij het GEVU in vijf jaar tijds stegen van 7,2 naar 8,7. De grootste stijging werd waargenomen bij het vervoerbedrijf. De percentages bij het buspersoneel stegen van 8 naar 10,3. Dit heeft ernstige gevolgen voor het „gezonde personeel“, dat toch al onder druk werkt.



De exploitatiebegroting van de Wereld Gezondheids Organisatie voor 1971 beslaat 73.230.000 dollar (omstreeks f 265 miljoen). Vergeleken met de goedgekeurde begroting voor 1970 betekent dit een verhoging met 5.580.000 dollar (omstreeks f 20 miljoen), of 8,25%. De voorgestelde verhoging van de exploitatiekosten zal voor iets meer dan de helft moeten worden aangewend om de bestedingen op het niveau van dit jaar te kunnen handhaven. Het resterende bedrag is bestemd voor directe extrahulp aan bepaalde landen, alsmede voor de bureaus van de WGO zelf, ter bestrijding van de meerdere kosten bij een lichte uitbreiding van de werkzaamheden op het gebied van de medische research en de dienstverlening.



De International Association of Oral Surgeons (I.A.O.S.), de Wereldorganisatie van Mondchirurgen zal van 17-21 mei 1971 in het RAI-Congrescentrum te Amsterdam haar 4e Internationaal Congres houden. De eerste drie congressen werden gehouden in London (1962), Kopenhagen (1965) en New York (1968). Het wetenschappelijk programma van het 4e Internationaal Congres van Mondchirurgen omvat symposia over onder meer „Bening osseous tumors of the jaws“ en „The maxillary sinus“. Voorts zullen in een aantal simultaan verlopende sessies alle facetten van de Mondheekunde worden belicht. De traumatologie van het aangezichtsskelet krijgt bijzondere aandacht. Trainees zullen in een speciale sessie verslag doen van de resultaten van hun researchprogramma. Tijdens het congres zullen continu wetenschappelijke films worden vertoond. Een tentoonstelling van vakliteratuur en nieuwe instrumenten en apparatuur wordt ingericht.

De uitnodiging van de I.A.O.S. aan de Nederlandse Vereniging voor Mondheekunde om het congres te organiseren houdt een erkenning in van de mondheekunde en zijn organisatie

in Nederland. In het organisatie comité van de 4th Conference on Oral Surgery hebben zitting: Prof. Dr. W. A. M. van der Kwast (voorzitter), Dr. L. A. M. Roorda (secretaris) en Prof. Dr. P. A. E. Sillevius Smitt (penningmeester). Het wetenschappelijk comité staat onder voorzitterschap van Prof. Dr. G. Boering. Enkele hoogtepunten van het „social and ladies programme“ zijn: ontvangst in het Rijksmuseum, balletvoorstelling, een banket, excursies naar de Deltawerken, golfwedstrijden, zeilwedstrijden op het IJsselmeer. Deelname aan het congres staat open voor leden en buitengewone leden van de Nederlandse Vereniging voor Mondheekunde en voor alle geïnteresseerde tandartsen en artsen. Voor nadere inlichtingen kan men zich wenden tot het secretariaat: Congresbureau Inter Scientias, Postbus 9058, Den Haag.



Het Nederlandse medische team in Nigeria zal op korte termijn met een kleine twintig man worden uitgebreid. Minister Udink heeft dat blijkens persberichten bekend gemaakt in een vergadering die de vaste Tweede Kamercommissie voor Buitenlandse Zaken besteedde aan de situatie in het voormalige Biafra. De uitzending van het nieuwe medische team is nog afhankelijk van toestemming van de federale regering in Lagos. Op het ogenblik is al een aantal medici gereed voor vertrek. Het grootste gedeelte van de nieuwe groep moet echter nog worden gewonnen. Verwacht wordt dat het na de Nigeriaanse toestemming nog een week of drie zal duren voordat Nederland zijn huidige medische team van veertien man op dertig tot veertig zal hebben gebracht.



Volgens het Centraal Bureau voor de statistiek heeft het rijk in 1967 om en nabij de 400 miljoen gulden aan spoorwerk uitgegeven, hierbij niet meegerekend de spoorwerkactiviteit van de universiteiten. Dit is gemiddeld 12 procent lager dan het zogenaamde „wetenschapsbudget“ over 1969, dat het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen jaarlijks aan de beide kamers der Staten-Generaal aanbiedt. Van de genoemde 400 miljoen was 29 miljoen of wel 6 procent, bestemd voor spoorwerk op het gebied van de A-wetenschappen, 371 miljoen (94 procent) voor de B-wetenschappen. Deze gelden werden ter beschikking gesteld aan stichtingen die overwegend door de overheid zijn gefinancierd (32 pro-

三

३

MEDISCH CONTACT

Bestuur: Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice-voorzitter; Prof. Dr. S. A. de Lange, Essenweg 54, Rotterdam, secretaris; Prof. D. C. den Haan, Rotterdam, penningmeester; G. A. C. Bosch, Amsterdam.

Uitgever: Uitgeversmij. 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.

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

Druk: Verweil Mildrecht.

Adres der Maatschappij en haar organen: Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411, postgiro 58083; hoofdbestuur, dagelijks bestuur, boekhouding, bureau voor waarneming en vestiging van 8.30 tot 17 uur, (na 18 uur en ook 's zondags telefoon 020-798984), — Landelijke Huisartsen Vereniging — Landelijke Specialisten Vereniging — Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband — Specialisten Registratie Commissie — Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, O.L.M.A.

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen: secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-2184; postgiro 111950 t.n.v. de penningmeester der Stichting Ondersteuningsfonds te Utrecht.

Raad van beroep: Dr. H. Navis,
secretaris, Joris van der Haa-
genlaan 22, Arnhem.