



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

Permanent Comité der Artsen der E.E.G. in plenaire zitting te Rome bijeen

Met ingang van 1971 zijn presidium en secretariaat van het Permanent Comité der Artsen der Europese Economische Gemeenschap van België overgegaan naar Italië. Dat heeft ons naar Rome geleid voor de bijwoning van de op vrijdag 11 en zaterdag 12 juni i.l. gehouden plenaire zitting van dit Permanent Comité. Voorafgaande aan deze plenaire zitting gatieleiders bijeen geweest en in hun samenkomst is kennelijk gesproken over de kort voor deze plenaire

zijn in de namiddag van donderdag 10 juni de delegatie ingediende nota van de Nederlandse delegatie met betrekking tot een efficiëntere werkwijze van het P.C., die tevens zou kunnen leiden tot matiging van de voor de deelnemende landen financiële consequenties, welke inherent zijn aan bestaan en werkwijze van het Comité; aan deze nota hebben wij in M.C. no 22/1971 onder het opschrift „De vinger aan de E.E.G.-pols” een beschouwing gewijd.

In de bijeenkomst van delegatieleiders, zo deelde de voorzitter Prof. Antonino Spinelli in zijn openingswoorden bij de plenaire zitting mede, is men nog niet tot definitieve conclusies gekomen, maar op de in de herfst te houden plenaire zitting zal dan uitsluitend worden gegeven over de werkwijze, eventuele reconstructie van de werkwijze en van het Permanent Comité. Deze mededeling van Prof. Spinelli maakte aanstonds duidelijk dat de nota van de Nederlandse delegatie in deze zitting met niet overmatig belangrijke zaken niet aan de agenda zou worden toegevoegd.

Indirect kwam het thema financiën overigens wel aan de orde in verband met de notulen van de voorgaande, te Brussel op 27 en 28 november 1970 gehouden plenaire zitting, dit naar aanleiding van een door Prof. Fromm gevraagde duidelijker precisering van de beantwoording van de daar aan Italië gestelde vraag of dit land, evenals voorheen Frankrijk, Nederland, Duitsland en België, bereid was zelfstandig de bijzondere kosten van presidium en secretariaat-generaal te dragen, waarnaast dan de overige kosten over alle landen zouden zijn om te slaan. Prof. Spinelli gaf daarop nu een zeer duidelijk bevestigend antwoord, daaraan toevoegende dat de Italianen dit uit eigen middelen zouden bekostigen en daartoe, om de volledige onafhankelijkheid te bewaren, generlei subsidie, aan wie ook, zouden vragen.

Van de secretaris-generaal Dr. Turziani heeft men een overzicht gekregen van de werkzaamheden van

26e JAARGANG - No. 25 - 25 JUNI 1971

INHOUD

Permanent Comité der Artsen der E.E.G. in plenaire zitting te Rome bijeen	677
Capaciteitscommissie medische faculteiten adviseert over het aantal studenten dat tot het tweede studiejaar kan worden toegelaten	681
Brieven in de Bibliotheek van de Maat- schappij (XIV)	682
Internationaal perspectief	683
De toekomstige structuur van het zieken- huiswezen	687
De ontwikkeling van de gezondheidszorg in de Sovjet-Unie tot 1975	690
Moellijkheden bij de Willem Arntzhoeve ...	691
Ondeugdelijke weekendwaarnemingsrege- lingen?	692
De seksualiteit van de gehandicapten	693
Van het Centraal Bestuur L.A.D.: Jaarverslag 1970	695
Van de S.R.C.: Nieuwe inschrijvingen	700
Van de S.G.R.C.: Nieuwe inschrijvingen	701
Brieven aan de redactie	702
Varia	703

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

Colofon op bladzijde 704.

het secretariaat sinds de laatste plenaire zitting te Brussel, waarbij deze de Belgen alle eer bewees voor de steun, welke hij bij het overnemen van dit secretariaat had ontvangen en waarnaast hij zich voor velerlei vertragingen, voorafgaande aan deze zitting, excuseerde wegens de langdurige poststaten in Italië, waardoor men gedurende bijna twee maanden gedwongen was geweest het hoognodige internationaal telefonisch af te doen. Van de naast de president gezeten Mr. Funari, die de beheerder der penningen Dr. Giandoso verving, kreeg men wat cijfers betreffende de uitgaven tot nu toe met toezegging, dat in een volgende zitting — en dat sluit aan bij de wensen tot reconstructie en strakker financieel beheer van het P.C. — een duidelijker inzicht geboden zal krijgen in het financiële beleid en de daaruit voor de deelnemende landen voortvloeiende consequenties.

Interessant was het verslag dat Mr. Funari gaf van een bespreking, door hem en Belgische representanten van het P.C. gevoerd met volgens zijn zeggen drie hoge ambtenaren van de E.E.G. Daarbij zou van de zijde van deze hoge ambtenaren zijn uiteengezet dat harmonisering van de sociale zekerheid en daarmee van de ziektekostenverzekering een doel was, dat nog zeer ver in het verschiet ligt en dat het nooit de bedoeling zou zijn daarbij te streven naar een absolute unificatie van stelsels van sociale zekerheid in de zes landen. Op dit gebied zouden volgens deze ambtenaren in de uiteenlopende stelsels veel elementen van traditie en kwaliteit zijn aan te wijzen, die het onmogelijk maken in bepaalde systemen veranderingen aan te brengen. Daarom zou er dan meer worden gestreefd naar een minimum plafond aan sociale zekerheid en naar eliminering van alle discriminatoire situaties in de onderscheidene stelsels.

Voorts zouden deze hoge ambtenaren dan kenbaar hebben gemaakt dat er weinig meer te veran-

deren zou zijn aan het volgens hen intussen weer in voor de artsen ongunstige zin gewijzigde voorstel voor Richtlijnen voor de uitwisseling van artsen in de E.E.G., kortom dat voor de bedenkingen, welke het P.C. te dien aanzien, maar ook ter zake van andere richtlijnen, zoals bijvoorbeeld die voor de opticiens, heeft, geen of nauwelijks meer gehoor zou zijn te vinden in Brussel.

Op deze mededelingen, die naar Mr. Funari uitdrukkelijk stelde, niet genotuleerd waren in die bijeenkomst en ook in de notulen van deze plenaire zitting niet zouden moeten worden opgenomen, is ietwat emotioneel gereageerd, kennelijk voortkomende uit een gevoel van miskennis (door Brussel) aan de zijde van het P.C. Vooral ook omdat uit die mededelingen naar voren was gekomen dat de onderscheidene voorstellen voor Richtlijnen nog voor het einde des jaars in de Raad van Ministers tot definitieve regelingen zullen worden verheven, raakte men nu geënerveerd. Zouden deze zaken nu snel hun beslag krijgen of zou uitstel niet gewenst zijn nu Engeland en ook Denemarken naar aansluiting bij de E.E.G. tenderen? zo vroeg Prof. Fromm. Te dezer zake kon president Spinelli daarop vragen naar hun indruk omtrent de stand van zaken aan de Engelse, Zweedse en Deense waarnemers in deze zitting: deze waarnemers, ook van Oostenrijk, wonen sinds jaren de plenaire zittingen van het P.C. bij. Voor Engeland gaf Dr. Turner als zijn voorzichtig geformuleerde indruk dat het in het algemeen niet zeker is dat de meerderheid der Engelse bevolking toetreding tot de E.E.G. onderschrijft; de publieke opinie is sterk verdeeld en wij zijn er niet zeker van dat alles goed zal aflopen, aldus Dr. Turner, die daaraan toevoegde dat de Engelse artsen zeer zeker bereid zijn goede Europeanen te worden — vandaar zijn waarneming in dit P.C. sinds 1961 — en dat zij alle in het P.C. genomen beslissingen en gedane uitspraken onderschrijven. De Zweed Dr. Wiklund lichtte toe dat zijn socialistische regering in eigen land met grote problemen worstelde maar in het algemeen niet als enthousiast voor toetreding tot de E.E.G. kon worden aangemerkt. Van Deense zijde hoorde men dat een liberaal-conservatieve regering geen toenadering zoekt tot de E.E.G. en dat daar socialistische groeperingen een referendum overwegen over een toetreding tot de E.E.G. Hoe de Denen er over denken zal dus moeten worden afgewacht. Ten aanzien van Noorwegen zag de Deense vertegenwoordiger niet veel meer dan veel binnenlandse problematiek voor de daar socialistische regering, waardoor belangstelling, positief of negatief, voor de E.E.G. op de achtergrond blijft.

Een protest

De Duitse delegatieleider Prof. Fromm oordeelde, gehoord alle mededelingen over de gang van zaken te Brussel, dat het dan zeer noodzakelijk was een document uit te geven, waarin het P.C. zijn bezorgdheid uitspreekt over de Richtlijnen en zijn teleurstelling, dat bij de opstelling daarvan niet gebruik is gemaakt van de ervaring en vak-deskundigheid, zoals

Nederlandse delegatie

De Nederlandse delegatie bij de op 11 en 12 juni i.l. te Rome gehouden plenaire zitting van het Permanent Comité der Artsen der Europese Economische Gemeenschap bestond uit: C. Landheer, voorzitter, Dr. F. H. J. Kortenhorst, lid van het hoofdbestuur, Dr. H. van Giffen voor de L.S.V., W. C. de Boer voor de L.A.D. en J. F. A. van Rijn voor de L.H.V. Als adviseurs waren aan de delegatie toegevoegd Drs. P. Brandes, secretaris-econoom der Maatschappij, Mr. A. C. Kraaijenbrink, directeur van het bureau der L.S.V., Mr. H. Veenstra, directeur van het bureau der L.H.V. en secretaris van de afdeling Buitenland der Maatschappij en Mr. J. J. Witteveen, directeur van het bureau der L.A.D.

die in het P.C. is gerepresenteerd. In zo'n vooral voor de pers bestemde verklaring zag de Nederlandse delegatieleider Dr. C. Landheer weinig effect; deze wilde een aan de minister-presidenten te verzenden document zien opgesteld, waarin nauwkeurig naast elkaar zou worden weergegeven welke aanbevelingen het P.C. heeft gedaan, wat daarvan wel en wat niet in de Richtlijnen is doorgekomen, welke bezwaren aan de tegenwoordige voorstellen voor Richtlijnen zijn verbonden en welke consequenties daaruit zullen voortvloeien, waarvoor de artsorganisaties der zes landen dan geen enkele verantwoordelijkheid kunnen en willen dragen en die loyale medewerking van deze organisaties zal bemoeilijken. Standpunt van Dr. Landheer was, dat men een en ander nu nadrukkelijk (en op korte termijn) moest vastleggen opdat regeringen later, wanneer zij de nadelige consequenties van de nu voorliggende Richtlijnen ervaren, zich niet kunnen verontschuldigen met te zeggen dat zij voor deze bittere consequenties niet zijn gewaarschuwd.

Op zijn beurt weer kwam Prof. Fromm met een tekst voor de door hem gewenste verklaring naar de openbaarheid, waarover men zich bij eerste aanhoren natuurlijk niet aanstonds wilde uitspreken maar die, nadat deze tekst in de daags daarop voortgezette zitting aan ieder schriftelijk was voorgelegd, met algemene stemmen is aanvaard, onder voorbehoud vooral van Franse zijde dat de vertaling daarvan minitueuzer zal geschieden dan tijdens deze zitting spoedshalve het geval kon zijn. Om ook ten aanzien van de haastige vertaling in het Nederlands onjuiste nuancering te vermijden worden hier de origineel ingediende en aanvaarde tekst weergegeven:

„Die in Rome versammelten Delegierten der Aerzte der E.W.G. haben mit tiefer Sorge davon Kenntnis erhalten, dass bei der Beschlussfassung über die Richtlinien für die freie Niederlassung der Aerzte, wichtige Arbeitsergebnisse des Comité Permanent ausser Acht gelassen werden. Die Aerzte der E.W.G. erblicken hierin eine grosse Gefahr, da ihre Vorschläge das Ergebniss von einer 12-jährigen Arbeit darstellen, die unter Berücksichtigung aller Fachleute gefasst wurden. Eine Nichtbeachtung wichtiger Principien in den Vorschlägen des Comité Permanent kann das koordinierte Gefüge der Richtlinien gefährden und es den Aerzten unmöglich machen, die in Brüssel beschlossenen Richtlinien anzuerkennen und mit Leben zu erfüllen. Daher bietet das Comité Permanent weiterhin seinen Sachverstand und seine positive Einstellung an und hofft, dass es nicht zu einer Gefährdung der Kooperation zwischen Behörden des Gemeinsamen Marktes und dem Comité Permanent kommen wird.“

Er is terzake van dit thema dan voorts het besluit genomen dat de juristencommissie van het P.C. zo spoedig mogelijk te Parijs bijeen zal komen met de voorzitter van het P.C. en de delegatieleiders om tot de opstelling te komen van een document, zoals Dr. Landheer dat de regeringen onder ogen wil brengen.

Er zijn in deze plenaire zitting verslagen uitge-

bracht van onderscheidene werkgroepen zonder dat daarbij evenwel van afgeronde werkzaamheden en daarmee van door het P.C. te bevestigen inzichten of standpunten sprake kon zijn. Te noteren uit al deze verslaggevingen is een mededeling uit de werkgroep ziekenhuisartsen, volgens welke particuliere ziekenhuizen zich binnenkort op een te Biarritz te houden samenkomst tot een Europese organisatie zouden willen groeperen. Daarop schoot de door deze mededeling verraste Dr. Van Giffen — liaison tussen de Union Européenne des Médecins Spécialistes (U.E.M.S.) en het P.C. — meteen aan met de aan de Belgische representant van deze werkgroep gerichte vraag waarom het P.C. zich zou doen vertegenwoordigen bij een kennelijk weer afzonderlijke organisatie — met welke specifieke belangen? — buiten de U.E.M.S. om. En zou dan naast de groep Burkens uit de U.E.M.S. weer een andere organisatie willen gaan trachten afzonderlijk met Brussel in gesprek te komen? Het was duidelijk op te maken uit de oppositie van Dr. Van Giffen tegen representatie van het P.C. bij deze te stichten nieuwe groepering, dat hij hier nogal zeer vreemde adders onder het E.E.G.-gras vermoedde. Zijn nauwelijks verholten argwaan tegen een club van particuliere ziekenhuizen — ziekenhuizen die het eigendom zijn van een of meer artsen? — sloeg toch wel aan, want het P.C. bevond, dat het op de oprichtingsbijeenkomst van wat men ook privé-klinieken zou kunnen noemen, niet gerepresenteerd moest zijn; veel verder dan waarneming door de vroegere Belgische president Dr. Wynen, blijkbaar nogal geïnteresseerd voor de nieuw te vormen groepering, zou het niet mogen gaan.

Dr. Van Giffen heeft, nadat de verslagen van de werkgroepen waren uitgebracht, als liaison tussen U.E.M.S. en P.C. veel zakelijke informatie gegeven over de begin mei te Luxemburg gehouden bijeenkomst van de U.E.M.S., waarbij hij naar voren bracht dat men in die kring — en hij persoonlijk niet in het minst — geporteerd was voor het voortbestaan van het P.C. en handhaving van de eenheid, zoals door het P.C., waaronder de al eerder opgerichte U.E.M.S. zich heeft willen scharen, is uitgedragen. De U.E.M.S. heeft daar in Luxemburg in den brede van gedachten gewisseld over de vraag hoe de invloed van het P.C. in Brussel ware te vergroten. De gedachte aan een ambassadeur met domicilie Brussel is van de hand gewezen omdat men de mogelijkheid van een al te persoonlijk optreden van een dergelijke representant en van een dan denkbaar schisma tussen ambassadeur en P.C. zou willen ontwijken; daargelaten de vraag of een daartoe geschikte figuur, die er zich evenmin toe zou mogen lenen nationale problemen in zijn werk op de voorgrond te brengen, zou zijn te vinden. De U.E.M.S. ziet meer in frequenter samenkomsten van delegatieleiders en de liaison-figuren.

De U.E.M.S. heeft zich in die in mei te Luxemburg gehouden bijeenkomst, zo heeft Dr. Van Giffen voorts toegelicht, bezonnen op de aard van de werkzaamheden, welke haar te doen staan. Nog

eens is daarbij vastgelegd dat die zich richten op kwaliteit en opleiding en de wetenschappelijke omstandigheden, waaronder het werk wordt uitgevoerd. Zich ook te begeven in problemen van sociaal-economische en maatschappelijke aard zou betekenen dat men de ene materie met de andere overspoelt. De U.E.M.S. bepaalt of juist beperkt zich daarom tot de feitelijke werkzaamheden van de specialist — de monospecialistische groeperingen zijn ook bij de U.E.M.S. ondergebracht — en te dien aanzien heeft deze organisatie meer dan genoeg werk te ondernemen met studies betreffende de ontwikkeling van de coördinatie, de harmonisatieproblematiek, opleidingen e.d.

Terzake van de monospecialistische groeperingen, wier wensen of uitspraken aan de beoordeling van de plenaire vergadering van de U.E.M.S. onderworpen zijn, deelde Dr. Van Giffen mede dat men in mei in Luxemburg plenair heeft ingestemd met het inzicht van de Nederlandse anesthesie, dat de opleiding tot anesthesist van drie tot vier jaar zou moeten worden verlengd, gelet op de uitbreiding van de basisvakken en de steeds hogere eisen en toenemende verantwoordelijkheid bij de ontwikkeling der chirurgie voor de anesthesist. Dr. Van Giffen stelde het op prijs wanneer het P.C. van dit door de U.E.M.S. op voorstel van een monospecialisme ingenomen standpunt kennis zou willen nemen, niet om nu aanstonds het P.C. te verzoeken naar Brussel te gaan en te pogen een wijziging te bewerkstelligen in de desbetreffende richtlijnen, die deze opleiding op drie jaar stellen, doch wel om, wanneer een gelegenheid zich daartoe zou voordoen, Brussel over deze zienswijze van de U.E.M.S. te informeren.

Bij het begin van de zitting op zaterdagmorgen, waarop deze verslagen van werkgroepen en van de verbindingsman van de U.E.M.S. werden uitgebracht, had Prof. Spinelli reeds aangekondigd er naar te streven de zitting om één uur te kunnen sluiten op verzoek van vele leden der delegaties, die nog huiswaarts wilden keren. Dat gaf aan deze ochtendzitting, na het uitbrengen van de genoemde verslagen, een betrekkelijk kort verloop, waarbij de stemming over de eerder vermelde door Prof. Fromm voorgelegde verklaring weinig tijd vorderde. Er volgden nog wat mededelingen, o.a. betreffende de Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (U.E.M.O.), die donderdagavond te Rome bijeen was geweest en waarbij tot voorzitter van het bestuur van de U.E.M.O. is gekozen de onlangs afgetreden



**In het vorige nummer van Medisch Contact
nr. 24 van 18 juni 1971
werden inschrijfformulieren
alsmede een gedetailleerd programma
van het aanstaande Ledencongres
te Rotterdam afgedrukt.**

voorzitter van de Landelijke Huisartsen Vereniging J. F. A. van Rijn; het secretariaat van de U.E.M.O. zal nu worden behartigd door het secretariaat van de L.H.V.

Wat de organisatie van deze voor het eerst in Italië gehouden plenaire zitting van het P.C. betreft heeft Prof. Fromm aan het slot der vergadering veel bijval gekregen voor zijn woorden van bewondering voor de wijze, waarop Prof. Spinelli en de zijnen zich van hun nieuw aanvaarde taken hebben gekweten. De voorbereiding van de zitting — in hotel Excelsior aan de velen welbekende Via Vittorio Veneto — bleek zeer doeltreffend te zijn geweest, de leiding bleek bij Prof. Spinelli in zeer goede handen. Daarbij hebben de Italianen zich goede gastheren getoond, die ook zorg hebben gedragen voor culturele tijdpassering tijdens de zitting voor de echtgenoten der vergaderenden.

v.M.

PAKISTAN

Giro 999

Vluchtelingenhulp Amsterdam

Capaciteitscommissie medische faculteiten adviseert over het aantal studenten dat tot het tweede studiejaar kan worden toegelaten

De capaciteitscommissie medische faculteiten heeft advies uitgebracht over het aantal studenten dat in september aanstaande tot het tweede studiejaar in de geneeskunde kan worden toegelaten. Minister Veringa heeft het advies inmiddels ter kennisneming aan de Eerste en Tweede Kamer toegezonden. Uit het advies blijkt dat er landelijk gezien een evenwicht bestaat tussen de beschikbare en de benodigde capaciteit. Het aantal studenten dat tot het tweede studiejaar kan worden toegelaten heeft de commissie vastgesteld op 1255. Dit getal wijkt nauwelijks af van het aantal van 1245 studenten, dat de commissie vorig jaar september in haar eerste advies (voor het studiejaar 1970/1971) aanvaardbaar achtte.

Het aantal studenten dat in september aanstaande in aanmerking zal komen voor toelating tot het tweede studiejaar heeft de commissie op 1265 geraamd. Deze raming kwam tot stand door het aantal eerstejaarsstudenten te verminderen met het verwacht percentage gezakten voor het propedeutisch examen plus het verwacht percentage uitvallers. De verschillende percentages verkreeg de commissie door voor iedere faculteit het gemiddelde te nemen van de studie jaren 1968/1969 en 1969/1970.

Met uitzondering van Groningen is bij de afzonderlijke faculteiten wel sprake van verschillen tussen de beschikbare en de benodigde capaciteit. Per faculteit liggen de cijfers als volgt:

	2de-jaars- capaciteit	tot het 2de jaar toe te laten	verschil
Amsterdam GU	210	182	+ 28
Amsterdam VU	250	193	+ 57
Groningen	200	197	+ 3
Leiden	195	232	— 37
Nijmegen	200	228	— 28
Utrecht	200	233	— 33
totaal	1255	1265	— 10

Minister Veringa heeft aan de universiteiten en aan het Interfacultair Overleg Geneeskunde verzocht zoveel mogelijk het aanleggen van wachtlijsten te voorkomen, met name door aan de betrokken studenten de mogelijkheid te bieden over te gaan naar een andere medische faculteit. De minister heeft de beide Kamers meegedeeld, dat hij van plan is om de capaciteiten voor het tweede studiejaar in

de geneeskunde overeenkomstig het advies van de commissie vast te stellen. Ook heeft hij laten weten bereid te zijn, indien een van de Kamers daartoe de wens te kennen geeft, in discussie te treden met de betrokken vaste commissie voor Onderwijs en Wetenschappen over dit voornemen, alvorens tot de wettelijke vaststelling van de toe te laten aantallen te komen.

De capaciteitscommissie medische faculteiten heeft zich, overeenkomstig haar taakomschrijving, niet beziggehouden met de Medische faculteit te Rotterdam. Deze faculteit kent als enige een numerus fixus voor de toelating tot het eerste studiejaar. In haar advies zet de commissie uiteen, hoe zij zowel langs „normatieve” als langs „descriptieve” weg de opleidingscapaciteit heeft berekend. De eerste methode is gebaseerd op normen, die de commissie heeft bepaald, voor onder meer het aantal uren dat de staf aan onderwijs besteedt, de tijd die nodig is voor het voorbereiden van colleges, het afnemen van examens e.d., de verhouding tussen aantallen studenten en aantallen „onderwijspatiënten” (in academische en in geaffilieerde ziekenhuizen), en de behoefte aan wetenschappelijke staf voor het klinisch onderwijs. Hoewel deze methode in hoofdzaak gelijk is aan de methode die de commissie het vorig jaar gebruikte, bleek zij nu aanzienlijk lagere uitkomsten te geven. De commissie wijt dit onder meer aan veranderingen in het onderwijsprogramma (het nieuwe curriculum wordt geleidelijk ingevoerd) en in de onderwijsmethoden (met name meer onderwijs in kleine groepen). Voorts heeft de correctie van vroegere, onjuiste opgaven van de omvang van de wetenschappelijke staf en van het aantal ziekenhuisbedden, dat voor het onderwijs geschikt is, daarmee te maken.

De commissie concludeert dat de normen die zij hanteert kennelijk te veel verschillen van het in werkelijkheid gevoerde beleid, om als richtsnoer te kunnen dienen voor het thans toe te laten aantal studenten. De commissie heeft daarom als tweede benadering een „descriptieve” methode ontwikkeld. Het belangrijkste verschil met de andere methode is, dat zij uitgaat van het aantal onderwijsuren, dat dit jaar werkelijk is gegeven. Met deze methode kwam men tot een aanmerkelijk hogere capaciteit van het klinisch onderwijs en een iets lagere capaciteit voor het niet-klinische onderwijs, dan met de normatieve methode.

De commissie heeft deze resultaten eind april met vertegenwoordigers van de faculteiten besproken. Daarna heeft zij, uitgaande van de descriptieve methode, voor elke faculteit de opleidingscapaciteit voor het tweede studiejaar vastgesteld. Aangezien

de commissie daarbij met veel onzekerheden werd geconfronteerd, zowel over de interpretatie van feitelijke gegevens als over de ontwikkeling in de komende jaren, heeft zij rekening gehouden met de aantallen tweedejaarsstudenten, die de faculteiten zelf nog aanvaardbaar achten.

Op speciaal verzoek van de minister heeft de commissie ook een verdeelsleutel gegeven voor de plaatsing van eerstejaarsstudenten in de geneeskunde. Deze ziet er als volgt uit:

Amsterdam VU	18%
Amsterdam GU	22%
Groningen	17%
Leiden	14%
Nijmegen	15%
Utrecht	14%

totaal 100%

Het totaal aantal te verwachten eerstejaarsstudenten is geraamd op 1950. De Medische faculteit te Rotterdam zal naar verwachting 180 eerstejaarsstudenten toelaten, zodat nog 1770 eerstejaarsstudenten volgens de aangegeven verdeelsleutel bij de verschillende faculteiten zullen worden geplaatst. Daarbij is van belang of de faculteiten waarvoor een overschot aan tweedejaarsstudenten geraamd is, dit overschot bij andere faculteiten kunnen onderbrengen of dat zij wachtlijsten moeten instellen. Plaatsing op een wachtlijst geeft immers een jaar later voorrang bij de toelating tot het tweede studiejaar.

Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (XIV)

Een brief van Herman Boerhaave aan Andreas Comans

In de Bibliotheek van de Maatschappij zijn acht brieven van Boerhaave aan Comans, geschreven tussen 1728 en 1737. Deze zijn ten dele in het Latijn, ten dele in het Nederlands. Voor het grootste gedeelte zijn het adviezen voor de behandeling van patiënten, met recepten, terwijl enkele gaan over andere zaken, zoals de hiervolgende.

Het adres luidt:

*Mijn Heer, den Heere
Andr. Comans
Doctor medicine, en practicus te Arnhem*

En de tekst:

Mijn Heer

Ik ben al aangesproken over de bewuste sake en heb UEd aangeprezen als bequaam en waardig,

soo ik in gemoede meende te behooren. Onderwijlen heb ik verstaan onder de hand, alsof UEd, door onvoorsigtige uijtingen omtrent saken, die de uijterste omsigt eischen, sig niet al te aangenaam had gemaakt bij de Heeren, wien het bestel der ampten toekomd.

Dit is mij soo smertelijk, als vreemd, voorgekomen: omdat ik meende, altijd te hebben gemerkt in UEd wijse uitzicht, en ook UEd welvaaren seer ter herte nam. Ik hope, dat dit niet sal geeven belemmeringe in het goede, dat ik altijd sal betragten ten uwen voordeele, als sijnde

Mijn Heer

UWEDLS onderdaanige Dienaar
H. Boerhaave

Leijde 17 ¹³/₃ 31

In deze brief wordt Comans door Boerhaave de les gelezen wegens „onvoorsigtige uijtingen omtrent saken, die de uijterste omsigt eischen”. Blijkbaar had Comans gedongen naar een ambt, waarbij hij de steun kreeg van Boerhaave.

De datering van de brief is als gewoonlijk bij Boerhaave: dag en maand staan boven elkaar tussen de twee helften van het jaartal.

Herman Boerhaave is in Voorhout geboren op 31 december 1668 en in Leiden overleden op 23 september 1738. In 1684 ging hij theologie en filosofie studeren, in 1690 promoveerde hij tot „magister philosophiae”. Pas daarna ging hij geneeskunde studeren en promoveerde daarin te Harderwijk in 1693. Hij vestigde zich te Leiden als arts, in 1701 werd hij lector aan de universiteit aldaar, in 1709 professor in de botanie en de geneeskunde. Later doceerde hij ook chemie. Boerhaave was een voortreffelijk clinicus en botanicus, ook was hij van grote betekenis voor het onderwijs door hiervoor een grote plaats in te ruimen aan het ziekbed. Vele buitenlanders bezochten zijn colleges. Van zijn publikaties moeten vooral worden genoemd de „institutiones medicae” en de „Aphorismi”

Andreas Comans was een arts in Arnhem.

Dr. J. A. van Dongen

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.

Een witboek over de Franse huisarts

Door J. Huibregtsen, arts te Rotterdam

In de medische wereld van Frankrijk, speciaal onder de huisartsen, heersen onrust en bezorgdheid. Als symptoom hiervan verscheen in 1970 een „Livre blanc sur le médecin de famille”, dat aan alle Franse artsen en aan talloze autoriteiten werd toegezonden. Het comité dat zich verantwoordelijk stelt voor de uitgave van dit witboek bestond uit vijf artsen. Dezen waren voor een deel lid van het Syndicat National des Médecins Omnipraticiens Français, voor een ander deel van het Syndicat des Médecins Généralistes et Internistes Français. Het Syndicat des Omnipraticiens is aangesloten bij de machtige Confédération des Syndicats Médicaux Français, waarin de specialisten en de huisartsen met een zeer grote praktijk de meerderheid vormen. Een minderheid in dit verbond sympathiseert met de verontruste huisartsen, die in het witboek hun grieven, inzichten en plannen hebben uiteengezet. Het Syndicat des Généralistes, dat uit de oppositie is voortgekomen, staat grotendeels achter de ideeën van de samenstellers.

Het boek opent met de opdracht: „Ondergetekenden, geneesheren, ... er zich van bewust hoe ernstig de toekomst van de huisarts wordt bedreigd en daarmee de gezondheidszorg in haar geheel, zowel functioneel als financieel, roepen alle verantwoordelijke staatsburgers op dit witboek met aandacht te lezen en te overdenken”. De thans gepubliceerde verzameling documenten is voortgekomen uit een intens onbehagen met de huidige situatie, een onbehagen dat zowel de praktijkuitoefening (met inbegrip van de honorering) betreft als de opleiding en nascholing van de medicus practicus. Men realiseert zich heel goed, dat een overeenkomstig onbehagen zich ook van de huisartsen buiten Frankrijk heeft meester gemaakt. Men zou daarom graag zien, dat de actie in eigen land de stoot geeft tot een Europese actie teneinde te voorkomen dat in geheel Europa het huisartsenberoep ten dode zou zijn opgeschreven.

De Franse huisarts voelt zich geïsoleerd en in de steek gelaten, niet alleen door de maatschappij maar ook door zijn beroepsgenoten. Hij meent zoveel in aanzien te hebben verloren, dat hij in de medische wereld nauwelijks meer meetelt. Het feit, dat pas afgestudeerde artsen een (nog steeds) afnemende bereidheid tonen het huisartsberoep te kiezen, houdt hiermee ongetwijfeld verband. In grote trekken laten de klachten zich als volgt samenvatten:

1. De huisarts maakt steeds langere werkdagen vanwege de toenemende consumptie van medische

Wil men de auteurs van het hierbij besproken „Livre blanc sur le médecin de famille” geloven, dan wordt het met de dag minder aantrekkelijk huisarts in Frankrijk te zijn. Velen, vooral jongeren, kiezen voor specialisatie of gaan in dienstbetrekking. Anderen, waaronder de witboekmakers, zijn niet van plan het bijltje er zo gauw bij neer te gooien. De laatsten, van mening dat officiële artsenorganisaties en overheid het er wat betreft de huisartsgeneeskunde bij laten zitten, zetten in hun vorig jaar gepubliceerde bundel een aantal feiten en meningen hieromtrent op een rijtje.

Onderliggende gedachte van het witboek is, dat een (op handen zijnde) failliet van de huisartsgeneeskunde in Frankrijk tegelijk het failliet van de gehele gezondheidszorg aldaar betekent. Materieel en moreel ondergewaardeerd, moet de huisarts weer aanzien verkrijgen, zal niet de gehele medische wereld zijn gezicht verliezen.

Het overzicht hiernaast werd geschreven door de Rotterdamse verzekeringsgeneeskundige J. Huibregtsen. Het verscheen in eerste instantie in de Mededelingen aan de controlerend geneesheren van Nationale-Nederlanden Schadeverzekering Maatschappij N.V. Nr. 68, maart 1971, en werd enigszins bewerkt voor publikatie in M.C.

hulp. Het tekort aan huisartsen, met als gevolg een grotere praktijkomvang voor de overblijvenden, sorteert eenzelfde effect. Tevens daalt hierdoor het honorarium per tijdseenheid.

2. Het werk wordt noodgedwongen oppervlakkiger gedaan. Het wordt vrijwel onmogelijk in de praktijk een hoger aanzien te verwerven.

3. De tariefverhogingen blijven ver achter bij de trendmatige verhogingen van de ambtenarensalarissen.

4. De pensioenregeling is hoogst onvoldoende. Na een verplichte premiebetaling van 4.000 F per jaar gedurende 35 jaar ontvangt een 65-jarige huisarts, *mits hij geen enkele betaalde medische werkzaamheid meer uitoefent*, per jaar 14.500 F aan pensioen; zijn weduwe ontvangt hiervan de helft. Ziekenfondsartsen kunnen een vrijwillige aanvullende verzekering sluiten. Voor een premie van 480 F per jaar, waar de Sécurité Sociale het dubbele aan toevoegt,

ontvangen zij op dezelfde condities nog eens 6.500 F jaarlijks.

In 1968 waren er in Frankrijk 18.700 specialisten, 24.800 huisartsen en 22.550 artsen in dienstverband (bedrijfsartsen, artsen-ambtenaren, artsen in opleiding tot specialist, militaire artsen, enz.). Elk jaar komen er ongeveer 2.000 artsen bij, maar het aantal huisartsen blijft gelijk en toont soms zelfs een geringe daling. Uit een door medische studenten in eigen kring georganiseerde enquête van 1968 bleek, dat 76,5% zich wilde specialiseren en 32,5% huisarts wilde worden, althans aanvankelijk, doch dat slechts 21,5% van plan was huisarts te blijven. Het witboek vermeldt enkele interessante motieven voor de keus van specialist, zoals deze uit de enquête naar voren kwamen. Men zei zich te willen specialiseren, omdat men behalve een beroep ook nog een gezin had, vanwege de hogere verdiensten, omdat de hoeveelheid medische kennis nog steeds toeneemt en men zich beperkingen moet kunnen opleggen, en omdat het gemakkelijker is een goede specialist te zijn dan een goede huisarts.

Wat doet nu de gemiddelde Franse huisarts? Onder het opschrift „La réalité” neemt het witboek een tijdschriftverslag over, dat de activiteiten van een huisarts in een der Parijse voorsteden opsomt gedurende één werkdag van 7.30 uur tot 22.00 uur. In de 14 uur dat deze arts werkte, zag hij 40 patiënten, schreef hij 31 recepten, 10 geneeskundige verklaringen en 5 brieven aan specialisten, vulde hij 32 ziekenfondsformulieren in en hield hij zijn medische administratie bij. Een 14-urige werkdag was voor deze collega normaal. Wel voegt hij daaraan toe, dat het hem in deze omstandigheden onmogelijk is zich te verdiepen in de psychische achtergronden van de klachten die zijn patiënten uiten of zelfs maar in de nauwkeurige diagnostiek van hun ziekten. Hij concludeert, dat hij geen gezinnen of individuen onder zijn behandeling heeft, maar zich alleen tegenover ziekten ziet geplaatst die hij liefst zo snel mogelijk moet diagnosticeren (en genezen!). Weliswaar zijn hieraan geen algemeen geldende conclusies te verbinden, maar al bij al is er zeker sprake van een te lange werkdag met teveel papier en te weinig geneeskunst.

Een in 1966 verricht onderzoek wijst uit, dat de gemiddelde Franse huisarts per jaar ruim 3.000 huisbezoeken aflegt, tegenover een 3.300 consulten. Volgens een andere opgave is het aantal huisbezoeken ongeveer gelijk aan het aantal spreekuurconsulten, hetgeen redelijk overeenstemt. Volgens deze opgave rijden de huisartsen in de steden gemiddeld 200 km per week en die op het platteland gemiddeld 400 km. Volgens dezelfde bron werken de huisartsen in Frankrijk gemiddeld 72 uur per week. Genoemde cijfers komen voor in het verslag dat de secretaris van de Confédération, Dr. Marçais, in 1969 maakte van een onderzoek dat hij instelde naar de honoraria. Een adviserend geneesheer van een Parijs' ziekenfonds bleek toen een aanvangssalaris te verdienen van 58.000 F per jaar, een inkomen dat wordt verdiend in een normale dagtaak, met minimale on-

kosten, volledige sociale voorzieningen en pensioen. Volgens statistische gegevens verdient een Franse huisarts 80.000 - 120.000 F per jaar; 20% van de huisartsen bereikt echter nog geen inkomen van 60.000 F. Dit zijn bruto-bedragen, er gaat 55 à 60% aan onkosten af. Dr. Marçais stelt vast, dat er bij 60% onkosten een belastbaar inkomen overblijft van 32.000 - 48.000 F per jaar (in de genoemde 20% van de gevallen slechts 24.000 F). Hierop drukt dan nog de inkomstenbelasting, terwijl sociale zekerheid ontbreekt en de oudedagsvoorziening ontoereikend is.

Een schrijnend beeld van de huidige stand van zaken binnen de Franse gezondheidszorg geeft het verslag van een interruptie van Prof. H. Péquignot tijdens een drankbestrijderscongres. Hij merkte daar op dat het heersende stelsel de patiënten in twee categorieën indeelt: a. de groep patiënten met aandoeningen waar onderwijs en wetenschap nut van hebben en die een verpleging en behandeling in gespecialiseerde inrichtingen krijgt; b. een groep die niet veel aanspraken kan maken — alcoholici, psychosomatici, de meeste chronisch zieken en alle bejaarden: volgens Péquignot minstens de helft van alle patiënten — een vergeten groep mensen, voor wie een op specialisatie (dat is: op geïsoleerde gevallen) gerichte geneeskunst zich niet echt interesseert. De ene arts na de andere schuift ze door, schrijft ze nieuwe geneesmiddelen voor, verricht opnieuw een aanvullend onderzoek — en zo voort tot het volgende werkverzuim of tot de dood er, nadat veel (verkeerde) kosten zijn gemaakt, op volgt. De wijze waarop deze categorie patiënten wordt behandeld betekent, als het nog even zo doorgaat, het echec van de Franse geneeskunde, aldus de samenstellers van het witboek. En wel in tweeërlei opzicht, materieel en moreel. Alleen belangrijke hervormingen op het gebied van de medische zorg, met meer aandacht voor de werkelijke problemen, kunnen een compleet bankroet voorkomen. Juist om dit met rasse schreden naderende bankroet voor te zijn, is het zaak te verhinderen dat de huisarts van het toneel verdwijnt.

Hoe stelt men zich een verbetering voor? Economisch gesproken zo: 1. ziekenhuisopnamen zouden beperkt moeten blijven tot die patiënten voor wie een kostbare behandeling volstrekt onontbeerlijk is; 2. degenen die langdurig „in de ziekte wet lopen” zouden beter moeten worden opgevangen, hetgeen inhoudt bekwame niet-overbelaste huisartsen en stopzetting van vaak overbodige „nadere onderzoeken”; 3. de huisartsen moeten de tijd krijgen bij te blijven op het terrein van de receptuur.

Een en ander verschilt wezenlijk van de in het 5e Plan uitgestippelde lijnen. Thans tracht men ingevolge dat plan de (vermoedelijk nog steeds toenevende) overconsumptie af te remmen, ten eerste, door begunstiging van de medische specialismen, omdat de specialist-technicus de patiënt sneller en bekwamer (en dus economischer) zou kunnen genezen dan de huisarts; ten tweede, door handhaving van het huisartsentekort. In deze opvatting is de huisarts niet veel meer dan een soort sorteerder,

die zich dient te beperken tot kortdurende — goedkope — consulten. Dergelijke verrichtingen, aldus het witboek, beantwoorden echter noch aan de behoeften van de patiënt noch aan die van de geneeskunst in haar moderne gedaante. Verder zal elke bezuiniging op het huisartsenbudget slechts geringe invloed uitoefenen op het totale tekort van de gezondheidszorg, daar het leeuwendeel van de kostenstijgingen voor rekening van de ziekenhuizen komt — een bewering die met een grafiek wordt gestaafd.

Bij de huidige stand van zaken beschikt Frankrijk over een wijdvertakt net van huisartsen. Deze nemen een zeer groot aantal consulten en visites, die deels slechts weinig tijd vergen, voor hun rekening. Daarnaast bezit het land een corps specialisten, dat in en buiten het ziekenhuis werk op specifieke vakgebieden verricht, hetgeen meestal per patiënt meer tijd vergt, en dat daarenboven de door huisartsen toegezonden „moeilijke gevallen” te behandelen krijgt. De laatste tien jaar is er in zoverre iets veranderd, dat de huisarts de mogelijkheid kreeg tot een uitgebreidere diagnostiek te geraken en daardoor het niveau van zijn medisch werk te verhogen. Aan de andere kant nam het getal der veel tijd, moeite en geld vergende patiënten met uitsluitend of vrijwel uitsluitend functionele (psychosomatische) klachten sterk toe. Hoewel het, zegt het witboek, juist de huisarts is die het doelmatigst en meest economisch verantwoord aan deze wassende stroom hulpzoekenden het hoofd kan bieden — nog daargelaten het feit dat hij het is die tot de klacht achter de klacht kan doordringen — komt hij daaraan nu niet toe. Door hun numerieke tekort zijn de huisartsen niet meer in staat alle gevraagde hulp doeltreffend te verlenen. Zij vluchten vaak noodgedwongen in aanvullend specialistisch onderzoek of vragen te gauw klinische observatie. Als logisch uitvloeisel hiervan krijgen de specialisten veel werk te doen dat niet op hun niveau thuishoort en dat eigenlijk door de huisarts had moeten worden gedaan. Het aanzien van de huisarts wordt er met dat al niet beter op. Voeg daarbij de toenemende zuigkracht van de diverse specialismen (de traditionele en de moderne superspecialismen) en men begrijpt waarom het aantal „généralistes” waarneembaar slinkt.

Reeds in 1968 gaf het rapport-Fichelet, waarvan een paar bladzijden in het witboek staan afgedrukt, ruim baan aan de gedachte dat men op een kritiek punt is aangeland en dat er ingrijpende veranderingen zullen moeten plaatsvinden. De 62 toen geïnterviewde huisartsen zagen drie mogelijkheden als basis van een georganiseerde curatieve geneeskunde:

a. nationalisatie; b. associatie en groepspraktijk; c. erkenning van de huisartsgeneeskunde als specialisme. Voor nationalisatie was men absoluut niet geporteerd, hoewel men wel vreesde dat er iets in die richting zal gaan gebeuren. De groepspraktijk blijkt vooral aantrekkelijk vanwege de mogelijkheid, activiteiten en verantwoordelijkheden over meerdere artsen te spreiden. Maar het laatste punt, gelijkstelling met de specialist, vond men kennelijk het belang-

rijkst. De Franse huisartsen benijden de specialist zijn wijze van praktijkvoeren en het respect dat hij geniet. Daarbij komt, dat de specialist financieel niet is gedwongen een grote massa patiënten als het ware aan de lopende band te behandelen en zo nodig aan ieder meer tijd kan besteden. Hierbij vergeleken zien de Franse huisartsen zichzelf wel eens als een soort medische dwangarbeiders.

De eis tot gelijkstelling van huisarts en specialist kreeg concreet gestalte in de oprichting van een „Comité National pour le C = Cs”, waarbij C staat voor huisartsenconsult en Cs voor specialistenconsult. Over een gelijkwaardige beloning van huisarts en specialist schreef dit comité in november 1969 een forse brief aan de Commission de la Nomenclature, een soort Gezondheidsraad van 31 leden waaronder zegge en schrijve 1 huisarts. In dat schrijven wordt ingegaan op de recente taakuitbreiding van de huisarts, de toenemende psycho-sociale problematiek onder de patiënten en last but not least de nog altijd voor de ziekenfondsvergoeding gehanteerde basis van 6 consulten per uur voor een huisarts. Informerend naar de uitwerking van dit schrijven, dat integraal in het witboek is afgedrukt (de drie ondertekenaars behoren tot de samenstellers van het witboek) bleek mij, dat het merendeel van de commissieleden ontwijkend had geantwoord.

Afgezien daarvan: welke mogelijkheden ziet het witboek, uitgaande van het vigerende vergoedingstelsel? Ten eerste kan worden gemeld, dat de samenstellers de grondslag van dit systeem willen handhaven, enerzijds omdat het antwoordt aan de tradities van de Franse geneeskunst en anderzijds omdat het economisch onverantwoord zou zijn reeds na tien jaar op een ander stelsel over te stappen. Een zwenking in de richting van óf volledige nationalisatie óf volledig vrije praktijkvoering óf een abonnementssysteem achten zij inopportuun. In het geding is niet de verstrekkingwijze maar de geldelijke waardering van de diverse verstrekkingen. Het huidige stelsel, dat het midden houdt tussen nationalisatie en vrij beroep, kan blijven. Het Franse „système conventionnel”, in 1958 ontworpen en sinds 1960 in functie, laat de patiënt vrij in zijn artsenkeuze. De verzekerde betaalt naar een vastgesteld tarief per verrichting en krijgt in het algemeen van het ziekenfonds 75% terugbetaald. Dit van staatswege gelanceerde systeem wordt gewaarborgd door de Confédération, indien per departement een meerderheid van de artsen er zich mee akkoord verklaart; zo niet, dan worden individuele overeenkomsten gesloten. Zoals geschetst laat het witboek de grondslagen van dit stelsel onverlet. Wel wil men het baseren op een ruim voldoende aantal huisartsen, die met behulp van moderne hulpmiddelen een groter deel van de behoefte aan medische zorg voor hun rekening kunnen nemen. Voorwaarde is verder de erkenning van de huisartsgeneeskunde als specialisme, hetgeen materieel gesproken inhoudt dat de C de Cs snel moet inhalen.

Binnen afzienbare tijd zou een uniform tarief voor alle artsen moeten gelden, een Cn (n = national).

De opstellers van het witboek achten een gelijke tarifiering psychologisch van groot belang. Zij zien de Cn als een symbool voor de herwaardering van het huisartsenberoep. De invoering ervan zal gepaard moeten gaan met de afschaffing van het „gehuigschrift interne geneeskunde”. De huisartsen ondergaan het bestaan daarvan als vernederend, omdat het is voorbehouden aan een elite van ziekenhuisartsen, als een soort reserve voor het huisartsenbestand. Invoering van een Cn wordt verder gewichtig geacht met het oog op de carrièreplanning van de huisarts. Er kan een eenvoudig promotiestelsel worden opgebouwd, dat in hoofdzaak gebaseerd kan blijven op het vigerende „droit à dépassement permanent” — dat wil zeggen het recht te profiteren van de reputatie die men zich als huisarts in een zeker tijdsverloop bij zijn patiënten heeft verworven. Alleen de vorm zou dienen te worden gewijzigd: men kan genoemd recht bijvoorbeeld toekennen na 15 jaar praktijk, op grond van gevolgd nascholingscursussen etc. Wie deze „promotie” heeft verkregen zou dan met tact en met mate boven de officieel vastgestelde tarieven mogen uitgaan (dat het hier echt gaat om een kwestie van te goeder naam en faam bekend staan, bewijst het feit dat bij deze opzet de patiënt 75% van het normale bedrag vergoed zou blijven krijgen en niet 75% van het verhoogde honorarium).

Het zal duidelijk zijn, dat materieel zowel als functioneel één zaak hierbij van het uiterste belang is: de opleiding van de huisarts. Op het ogenblik wordt de Franse huisarts nog onvoldoende op zijn taak voorbereid. Het witboek bevat er een beknopt artikel over van Prof. C. Laroche. Volgens deze verkeert de huisartsgeneeskunde in Frankrijk in malaise, met als gevolg een toenemende weerstand tegen het huisartsberoep. Het aanzien van de huisarts daalt tegenover een stijgend respect voor specialist en superspecialist. Miskenning van de ware taak van de huisarts maakt, dat de student onvoldoende inzicht krijgt in de verantwoordelijkheid die de huisartspraktijk hem op de schouders legt. Tijdens zijn studie ziet hij vrijwel alleen patiënten in goed geoutilleerde academische ziekenhuizen, een milieu dat nogal wat verschilt van zijn toekomstig werkterrein. De enorme technische ontwikkeling binnen de geneeskunde dringt het psycho-sociale aspect van het huisartsberoep op de achtergrond, terwijl juist de psychosomatiek het terrein is waarop de goed opgeleide huisarts zijn grote betekenis kan krijgen.

Wil de geneeskunst als vrij beroep blijven bestaan, aldus Laroche, dan moeten de artsen zelf de ontwikkeling van de professie ter hand nemen. De huisarts moet breken met het isolement waarin hij altijd heeft geleefd. Hij moet niet meer 24 uur per dag beschikbaar behoeven te zijn voor de praktijk, doch moet over voldoende tijd beschikken voor zijn eigen medische ontwikkeling en zijn contacten met specialisten en ziekenhuizen, hetgeen alleen in groepspraktijken mogelijk zal zijn. Om dit te bereiken zal de voorbe-

Buitendienstmedewerkers van de O.L.M.A.

Inlichtingen over de betekenis, welke de OLMA — de door de Maatschappij Geneeskunst ingestelde Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen — voor u kan hebben, worden gaarne verstrekt wanneer u, wonende in de westelijke helft van Nederland (inbegrepen de provincie Utrecht), de buitendienstmedewerker J. van Elzelingen Skabo-Brun te Amsterdam opbelt: 020-229.225.

De buitendienstmedewerker voor de drie zuidelijke provincies is de heer E. J. M. Ghering, Leijparkweg 41, Tilburg, tel. 04250-32354; voor de andere dan de genoemde delen van ons land treedt als buitendienstmedewerker op de heer R. Th. van der Garden te Epse-Gorssel, tel. 05759-1825.

reiding op een zelfstandige praktijkuitoefening, nadat de universitaire opleiding is voltooid, veel beter moeten worden georganiseerd. Een werkgroep van het Franse ministerie van Onderwijs wil komen tot een verplichte stage van tenminste een jaar in een niet-universitair ziekenhuis, facultatief te vervolgen met stages in poliklinieken, gezondheidscentra of particuliere praktijken: het geheel staat bekend als de „troisième cycle”. Prof. Laroche acht het minimum van één jaar te kort; hij vreest, dat er te grote verschillen in bekwaamheid zullen ontstaan tussen artsen die zich tot het verplichte jaar hebben beperkt en degenen die de hele cyclus hebben afge maakt.

Zelf de ontwikkeling van de professie ter hand nemen... Voor wie het witboek leest, doemen talrijke vragen op. Ik noem er twee: 1. Hoe liggen de mogelijkheden tot realisering van al hetgeen in dit werkstuk als wenselijk en voor een groot deel als strikt noodzakelijk wordt opgesomd? 2. In hoeverre verschillen de Franse toestanden van de Nederlandse; kunnen wij ons spiegelen aan, respectievelijk le- ring trekken uit de situatie van de huisartsgeneeskunde zoals deze in het „Livre blanc sur le médecin de famille” wordt geschetst? Wat de eerste vraag betreft, correspondentie met een Franse collega die aan het witboek heeft meegewerkt, heeft mij in concreto niet veel wijzer gemaakt. De beantwoording van de tweede vraag laat ik gaarne over aan hen, die zelf nog midden op de woelige zee van de huisartsgeneeskunde de goede koers trachten te vinden en te behouden.

De toekomstige structuur van het ziekenhuiswezen

Door K. L. J. Hoefnagels, oogarts te Tilburg

In de artikelenreeks over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Nederland is weinig aandacht besteed aan de vraag in hoeverre de huidige ziekenhuisplanning voldoet aan de te verwachten ontwikkeling in de toekomst. Het zou ten onrechte de indruk kunnen wekken, dat ons landelijk ziekenhuisbeleid op de goede weg is en derhalve buiten de discussie staat. De feitelijke situatie geeft alle reden tot een onderzoek naar de mate waarop in ons land wordt gewerkt volgens een doordracht en omlijnd nationaal structuurplan voor de intramurale gezondheidszorg. Het heeft er namelijk alle schijn van, dat er in dit opzicht nauwelijks een duidelijk centraal beleid bestaat. Ook in het kader van de zorgelijke financieel-economische toestand waarin ons land verkeert lijkt de vraagstelling actueel genoeg of de overheid op dit punt niet tekort schiet, gezien het ontbreken van initiatieven tot een gerichte taakverdeling en een efficiënt gebruik van de nationale ziekenhuiscapaciteit.

Iedereen is er van doordrongen, dat een optimale intramurale gezondheidszorg een kostbare noodzakelijkheid is. Dit houdt echter niet in, dat een verantwoorde kostenbewaking van een zo belangrijk deel van onze nationale bestedingen een optimale ontplooiing van deze gezondheidszorg in de weg hoeft te staan. In feite worden momenteel nog steeds ziekenhuizen onafhankelijk van elkaar gebouwd, uitgebreid en gerenoveerd, waarbij de eigen plaatselijke groepsbelangen prevaleren boven het grote voordeel van een op elkaar afgestemde samenwerking met een functionele taakverdeling. Weliswaar roept deze ondoelmatige aanpak af en toe stemmen op ten gunste van schaalvergroting en regionalisatie, als middel om paal en perk te stellen aan alle kostbare dubbelures van inrichtingen, apparatuur en mankracht, veel verder dan deze kreten is het echter nog niet gekomen. Toegegeven, hier en daar wordt schoorvoetend gezocht naar samenwerkingsverbanden tussen bestaande ziekenhuizen. Dit gebeurt echter vooralsnog onvoldoende planmatig en te weinig gericht op concentratie van gelijksoortige functies.

Een van de belangrijkste oorzaken waarom men nog niet verder is gekomen dan incidenteel improviseren is het gemis aan een duidelijke lijn in het structuurbeleid van de intramurale gezondheidszorg. Een beleid dat niet veel verder gaat dan de beddenbehoefte — de norm die men hiervoor hanteert van 5 bedden op 1000 inwoners berust zelfs niet op een wetenschappelijk gefundeerd onderzoek — en de kostprijs per bed, geeft vrij spel aan een

kostenverslindend particularisme en een versplintering van medische deskundigheid.

Onder meer in Engeland, Scandinavië en West-Duitsland worden uitgebreide studies gemaakt over de meest wenselijke structurele opbouw van het ziekenhuiswezen. Hieruit verkrijgt men voldoende gegevens om een bepaald doelgericht schema te hanteren met betrekking tot de vereiste vorm en omvang van de landelijke ziekenhuisvoorzieningen. Oostenrijk heeft nog niet zo lang geleden deskundigen van de World Health Organisation ingeschakeld om mede te adviseren in de meest gewenste opzet van de ziekenhuisplanning. Het is daarom toch wel hoog tijd dat in ons land alle verantwoordelijke instanties, zoals de overheid, de ziekenhuisbesturen en de ziekenhuisfunctionarissen, de achterstand die ten opzichte van de moderne Europese landen bestaat gaan inhalen. Al deze landen komen tot een vastomlijnd regionalisatiesysteem, dat zij aanwenden om naar een meer logische opbouw van de intramurale gezondheidszorg toe te werken. De hoofdprincipes, welke aan het systeem ten grondslag liggen, zijn overal dezelfde:

- a. Hoog gekwalificeerde dienstverlening is in hoge mate afhankelijk van de optimale grootte van een ziekenhuis.
- b. De opleiding moet geschieden in een groot ziekenhuis waar alle specialisatie aanwezig is.
- c. Zeker de basisspecialist is nauwelijks meer in staat alle ontwikkelingen in zijn vakgebied te volgen. Samenbundeling van specifieke deskundigheid in teamverband biedt een betere garantie voor een hoogwaardig dienstenpakket;
- d. De ziekenhuistaken moeten zoveel mogelijk worden geregionaliseerd, met name vereisen vooral de hooggespecialiseerde onderzoek- en behandelingsfuncties een bepaalde omvang van de regio waarin zij functioneren. Het moet niet toegestaan zijn, dat afzonderlijke specialisten zich willekeurig ergens vestigen. In het bijzonder bij de hoogwaardige specialismen is dit des te meer van belang, omdat zij het meeste kapitaal en de hoogste bedrijfskosten vergen.

Op grond van deze principes komt men vanzelfsprekend tot de vraagstelling, hoe groot een ziekenhuis moet zijn om een compleet pakket van medische diensten te kunnen aanbieden. Vrijwel unaniem blijkt dan de conclusie, dat hiervoor een capaciteit van 1200 à 1500 bedden een minimum-vereiste is. Een dergelijk ziekenhuis bevat dan behalve de ba-

sisvakken onder meer afdelingen voor plastische chirurgie, neurochirurgie, thoraxchirurgie, vaatchirurgie, hoogspannings-röntgentherapie, radio-isotopen, nefrologie, hemodialyse, kinderchirurgie, coronaric care en een audiologisch centrum. De centrale of zo men wil topziekenhuiseenheid wordt gezien als een optimale functionele totaliteit, die aan de betrokken regio een onafhankelijke, medische zelfstandigheid geeft.

De tweede vraag, welke beantwoord moet worden is die naar de grootte van het verzorgingsgebied, dat door deze volwaardige ondeelbare medische eenheid kan worden bediend. Wat betreft de superfuncties van zo'n ziekenhuis, die omwille van hun kostbaarheid en een zo efficiënt mogelijke benutting een regio dienen te bestrijken van een daartoe vereiste omvang, bewegen de schattingen zich in de buurt van een inwonersaantal van 1 miljoen. Hieruit volgt, dat een bevolkingsgebied van een miljoen inwoners in aanmerking komt voor een centraal regioziekenhuis van 1200 tot 1500 bedden. Het spreekt vanzelf, dat hierin de dienstverlening van de basisvakken met een aanzienlijk kleinere bevolkingsgroep correleert. Volgens de in Nederland bestaande normen zou een ziekenhuis met een dergelijk aantal bedden de totaalbehoefte dekken van een rayon van 250.000 à 300.000 inwoners. Om ook wat basisfunctie betreft te beantwoorden aan de bevolkingsbehoefte, ligt het dus voor de hand om alleen een ziekenhuis in een bestaand rayon van een dergelijke grootte te belasten met de geschatte centrale functie in een regio. De overige 700.000 à 750.000 inwoners van deze regio kunnen voor de niet-superfuncties op geëigende wijze worden verzorgd door kleinere ziekenhuiseenheden ter grootte van circa 800 bedden of circa 300 bedden, naar gelang de omvang van de verdere bevolkingsconcentraties in het regionale verzorgingsgebied. Dit echter weer met dien verstande dat men in een bepaalde agglomeratie, welke in aanmerking komt voor 800 bedden, niet bijvoorbeeld drie ziekenhuizen van 300 bedden creëert en daarmee op basisniveau onnodige dubbelures invoert.

Op de beschreven wijze verkrijgt men dus een regionale pyramideopbouw, bestaande uit drie categorieën ziekenhuizen: het regioziekenhuis (1200 à 1500 bedden), het rayonziekenhuis (700 à 800 bedden) en het lokale ziekenhuis (300 à 400 bedden). Een voorbeeld van deze pyramideopbouw in een regio (1 miljoen inwoners) zou er dus als volgt uit kunnen zien: een regionaal of streekziekenhuis van 1300 à 1400 bedden, twee rayonziekenhuizen van 700 à 800 bedden en 6 à 7 lokale ziekenhuizen van 300 à 400 bedden. Het spreekt vanzelf, dat niet al te grote absolute waarde moet worden toegekend aan de bedden capaciteit van de onderscheiden categorieën, evenals het zonder meer duidelijk is dat extra bijzondere taken de regiobegrenzing kunnen overschrijden. Globaal gezien worden echter overeenkomstige schema's met dezelfde basisprincipes, in de omliggende landen toegepast. Er is dan ook geen sprake van een oorspronkelijke visie van schrij-

ver dezès, maar louter van een principe dat op diverse plaatsen in het buitenland wordt toegepast doch maar weinig kans krijgt om aandacht te vinden in ons land. Wanneer men deze regionale ziekenhuisstructuur, tot stand gekomen op grond van wel doordachte medische en economische argumenten, zou willen toepassen op de Nederlandse geografische verhoudingen, dan blijkt dit een systeem te zijn waar zeer goed mee valt te werken.

Het ligt voor de hand om als uitgangspunt een indeling van ons land in regio's te kiezen, welke zoveel mogelijk beantwoordt aan de historisch gegroeide gewestelijke samenstelling van onze bevolking. Dit biedt het voordeel, dat de provinciale geografische en culturele samenhang wordt gehandhaafd.

In het bijgaande schema is een nationale planning weergegeven aan de hand van het bevolkingsaantal van de verschillende provincies en de daaraan beantwoordende regioziekenhuizen. De bestaande universiteitsziekenhuizen kunnen worden gezien als ziekenhuizen die reeds een regiofunctie uitoefenen. Hiermede rekening houdend blijkt dat voor verdere regiovorming in aanmerking komen: Overijssel en Drenthe te zamen voor 1 regio; Zuid-Holland voor een derde regio; Brabant en Zeeland tezamen voor twee regio's. De verdere uitwerking van de pyramideopbouw laat zich voor elk van deze te bestemmen regio's op basis van de bevolkingsverdeling eenvoudig bepalen.

Deze logische opbouw van een regiostructuur in de nationale intramurale gezondheidszorg is natuurlijk niet in een, twee, drie te effectueren. Talloze obstakels staan een realisering op korte termijn in de weg. Identificatieproblemen, autonoom opererende ziekenhuisbesturen, individualisme van de specialisten, historisch gegroeide religieuze verscheidenheid, maar vooral het vasthouden aan oude vertrouwde patronen houden de doorbraak van nieuwe moderne vormen tegen. Men krijgt soms de indruk, dat de mensen die uiteindelijk beslissen over de opzet en de structuur van nieuw te bouwen ziekenhuizen door beperkte deskundigheid zich gelukkiger voelen bij het oude „beproefde” stramien dan bij nieuwe vormen, die zij door hun beperktheid niet kunnen overzien. Al deze negatieve invloeden in de diverse geledingen vragen jaarlijks miljoenen en miljoenen guldens als prijs. En het is de vraag, hoelang nog de gemeenschap bereid zal zijn deze prijs te betalen en er in zal berusten dat alleen maar halve oplossingen worden gezocht in de vorm van bepaalde provisorische samenwerkingsverbanden tussen bestaande gespreid gesitueerde ziekenhuizen. Wanneer aan een dergelijke vrijblijvende samenwerking geen duidelijke functionele taakverdeling ten grondslag ligt en nog steeds de partners zich beijveren om de volledige scala van medische mogelijkheden ieder voor zich zelf op te eisen, is er nog geen sprake van regionalisatie. Immers een gezamenlijke wasserij, een gezamenlijke inkoop en een gezamenlijk pathologisch-anatomisch laboratorium kan men nauwelijks regionalisatie noemen, wanneer er geen

concentraties van hoogwaardige specialismen en specifieke onderzoek- en behandelingsmethoden worden doorgevoerd.

De mogelijkheid moet zelfs worden geboden om nog verder te gaan, door het groeiend besef dat ook de basisspecialisten niet meer in staat zijn om hun vak in de volle omvang als enkeling uit te oefenen. De neiging tot individualisme dient in het belang van de patiënt te worden doorbroken. Alleen door teamvorming is het mogelijk speciale deskundigheid in bepaalde vakonderdelen samen te bundelen tot een complete volwaardigheid. Zeker omdat het te verwachten is dat in de toekomst de trend tot verbijzondering nog sterk zal toenemen, is het niet meer verantwoord dat specialisten van eenzelfde vakgebied op enige afstand van elkaar ieder afzonderlijk het gehele vakterrein, noodzakelijkerwijs zo goed en zo kwaad mogelijk, proberen aan te bieden aan hun patiënten. Zo is het voor in aanmerking komende bevolkingscentra, om maar een voorbeeld te noemen, toch feitelijk gewenst dat drie of vier oogartsen hun werkzaamheden in teamverband concentreren op één plaats en niet hun bekwaamheden versnipperen door op te treden als zelfstandige oogartsen in afzonderlijke ziekenhuizen. Alleen als men gezamenlijk elkaar aanvult, wordt voorkomen dat een sluipende polipragmasie zich van ons meester gaat maken en dat speciale onderzoeken of behandelingen aan de patiënt worden onthouden. Naast een verhoging van het behandelingsniveau, zal bovendien door een aangepaste taakverdeling een veel efficiënter gebruik kunnen worden gemaakt van beschikbare bekwaamheid, mankracht en outillage. Dit resulteert weer in geweldige besparingen aan tijd, investeringen en bedrijfskosten, door opheffing van de huidige verkwistende doublures.

Noodzakelijkerwijs zijn in deze beschouwingen slechts enkele aspecten van het ziekenhuisbeleid aan de orde gesteld. Er zijn nog wel meer factoren aan de orde gesteld. Er zijn nog wel meer factoren

Bundel: Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland

De serie publikaties over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Nederland, zoals verschenen in de nummers 2 tot en met 14 van Medisch Contact 1971, is gebundeld en kan ter beschikking van belangstellenden worden gesteld. Tegen vergoeding van de kosten ad f 1.50 per stuk zal de bundel na bestelling worden toegezonden door de secretaresse van Medisch Contact, Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030 - 88 54 11, toestel 222.

baar maken, zonder dat men zich hierover bekommert. Bijvoorbeeld de verwachting van een accentverschuiving van de klinische naar de poliklinische werkzaamheden, met een daaruit voortvloeiende mogelijke besparing op het beddenaantal. Verder de noodzaak tot een taakverruiming van het echelon van de huisartsen in de scala van de curatieve gezondheidszorg. Dit biedt de mogelijkheid om de bestedingen, welke zich nu te eenzijdig concentreren op de kostbare top, meer te verdelen naar de minder kostbare voet. Ook aan deze factoren worden in het huidige gevoerde ziekenhuisbeleid nog steeds geen duidelijke consequenties verbonden. Het zou echter te ver voeren hierop in het bestek van dit artikel dieper in te gaan. Wel is het te hopen, dat het nieuwe kabinet de nodige aandacht zal besteden aan ons ziekenhuisbestel en richting zal geven aan een sanering van ons ziekenhuiswezen, door meer ruimte te bieden aan moderne visies en uitgebreidere informaties.

Uit Medisch Contact anno 1946

Zuiver menscheijk beschouwd heeft het geen enkel nut, dat iemand, die een vele-jaren-durende, de-gemeenschap-veel-geld-kostende, een ... bepaald quantum altruïstisch enthousiasme eischende opleiding volgt, om tenslotte zijn gaven van hart en hoofd als arts ter beschikking te stellen van werkgevers in alle soorten en qualiteiten, om te controleeren of deze niet bedrogen worden door hun arbeiders of door de hen behandelende geneesheeren.

	inwonersaantal 1968	Universiteits- ziekenhuizen	gewenste regio- ziekenhuizen
Noord-Holland	2.215.876	2	2
Zuid-Holland	2.922.450	2	3
Utrecht	768.715	1	1
Gelderland	1.456.554	1	1
Overijssel	895.916	—	1
Drente	354.124	—	
Groningen	511.753	1	1
Friesland	511.330	—	
Zeeland	298.457	—	2
Noord-Brabant	1.725.292	—	
Limburg	985.738	1	1

De ontwikkeling van de gezondheidszorg in de Sovjet-Unie tot 1975

In een Pravda-artikel licht de Sovjetminister van Volksgezondheid, Petrovski, de in het lopende vijfjarenplan vervatte maatregelen met betrekking tot de gezondheidszorg toe. Selecta, das wochenmagazin des arztes, van 24 mei jl. geeft daarvan de hoofdinhoud. Tot 1975 zullen vooral op een drietal terreinen verbeteringen worden doorgevoerd. Het zijn de medische zorg voor de bevolking, de geneeskundige voorzieningen in de bedrijven en de milieuhygiëne. Wat de ziekenhuizen betreft blijft het accent liggen op de algemene inrichtingen, hoewel er ook enkele grotere categorale ziekenhuizen zullen worden bijgebouwd. Op het vlak van de preventie worden dermate goede vorderingen gemaakt, dat een geëigende preventieve zorg voor allen in zicht lijkt te komen. Veel excellente lof gaat uit naar de algemeen arts — in de U.S.S.R. lid van het team dat een gezondheidscentrum mant — de vertrouwensfiguur van de wijk. De minister acht alle voorwaarden voor een doelmatig georganiseerde gezondheidszorg aanwezig. Als voorbeeld noemt hij het groeiend aantal artsen: 213.000 nieuwe artsen, vanaf nu gerekend, zullen het totaal aantal in 1975 op 840.000 hebben gebracht; dat is 32,7 artsen per 10.000 inwoners, of 1 arts op 306 inwoners. Tenslotte vermeldt hij dat het aantal ziekenhuisbedden in de Sovjet-Unie op het ogenblik 2,7 miljoen bedraagt, met een streefgetal van 3 miljoen voor 1975.

Nu zeggen cijfers niet alles, zelfs al zouden die streefgetallen worden gehaald. Qua getal heeft de U.S.S.R. de

beste gezondheidsdienst ter wereld. Het land kampt echter met een heel ander probleem, namelijk dat van de verdeling van de medische zorg. Eerstens laat de artsenspreiding te wensen over. Bij een landelijk gemiddelde in 1968 van 25,3 artsen per 10.000 inwoners, telden Estland en Letland er 31,5 respectievelijk 33,4; aan de andere kant telden republieken als Moldavië, Uzbekistan en Tadzjikistan er veel minder: 18,8 — 18,3 — 15,5 artsen per 10.000 leden van de bevolking. Voorts komen bepaalde specialismen bij het walletje langs. Een vertraagde toename boekten de aantallen pediaters (in 1968 meer patiënten per arts dan tien jaar eerder), internisten (19% meer in tien jaar tijds), algemeen artsen, dermatologen, stomatologen en hygiënisten — globaal genomen bedroeg de landelijke stijging van het artsental tussen 1959 en 1968: 61%. Meer van deze cijfers geeft het Oost-europa Instituut, in casu dat van Berlijn.

Voor beide problemen (te veel/te weinig artsen in een bepaalde streek; te veel/te weinig artsen van een bepaald specialisme) biedt het bestaande stelsel een oplossing in de vorm van een „dienstplicht” voor artsen. Gedurende 3 jaar wordt iedere pas afgestudeerde medicus van staatswege ingezet op een plek waar hij of zij (70% van alle Russische artsen zijn vrouwen, een percentage dat men naar verluidt bezig is terug te brengen op 50%) op dat moment het meest nodig is. Daarbij wordt niet altijd rekening gehouden met het specialisme dat de student in

zijn laatste (7e) studiejaar heeft gekozen (op de toekomstige pediaters na, die al vanaf het 3e studiejaar een eigen studieprogramma volgt). Het laat zich dus indenken, dat iemand die afstudeert met interne geneeskunde als hoofdvak, als algemeen arts of hygiënist wordt uitgezonden. Ook na de verplichte diensttijd, gedurende de 6 maanden evenzeer verplichte nascholing „thuis”, kan men weer in een ander specialisme terechtkomen, al naar de aard van de beschikbare plaatsen; in 10% van de gevallen gebeurt dat nu al. Pas na drieënhalf jaar is men, binnen het kader van de geboden mogelijkheden, vrij om te gaan en te staan waar men wil, als specialist-ambtenaar in staatsdienst. Meer over de opleiding en de werkomstandigheden van de Sovjetartsen in JAMA, 22 maart 1971.

De uitgangspunten van het huidige Sovjet-Russische beleid op het stuk van de volksgezondheid maken het optreden van „negatieve verschijnselen van een al te enge specialisatie”, waarvan de minister gewag maakte, steeds onwaarschijnlijker. Waar alle lijntjes naar Moskou lopen, kan met terdaad worden gewerkt aan een allesomvattende, groepsgewijze, specialistisch gerichte zorg voor allen. De mogelijkheid om met pas afgestudeerd medisch personeel te schuiven voegt daaraan een extra-dimensie toe. De omstandigheden maken de specialist. De man die zich op onze manier kan specialiseren, scoort een toevalstrefter. In principe is iedereen overal „the right man in the right place”.



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 maart 1971 — voor het tweede kwartaal 1971 een waarde van f 1,252.

Moeilijkheden bij de Willem Arntszhoeve

In verband met moeilijkheden, die zich voordoen in de Willem Arntszhoeve, is een commissie ingesteld — bestaande uit Prof. Dr. N. Speijer, Mr. J. van Andel en Prof. Dr. J. J. G. Prick — die tot taak heeft gekregen een onderzoek in te stellen, dat betrekking moest hebben op de kwaliteit van de behandeling, de verpleging en de verzorging van de patiënten in deze inrichting. Daarnaast kon deze commissie ook andere aspecten, zoals bestuursbeleid en de sfeer binnen de inrichting in haar beschouwing betrekken.

Deze commissie heeft een rapport uitgebracht, dat is gepubliceerd in de Staatscourant van vrijdag 11 juni. Daaruit blijkt dat de commissie van oordeel is dat de communicatie tussen de bestuurscolleges tekort is geschoten tengevolge waarvan regenten eerst met bestaande conflicten werden geconfronteerd toen een aantal directeuren aan het bestuur verzocht één hunner te ontslaan. Ook goede informatie tussen bestuur en regenten ontbrak. De commissie is verder van oordeel dat door het ontbreken van duidelijke omschrijvingen van de bevoegdheden van de verschillende bestuurscolleges een ondoorzichtige toestand is ontstaan en dat het onjuist is dat het dagelijks bestuur, gezien het stadium waarin conflicten waren gekomen, zichzelf heeft belast met onderzoek naar klachten over de situatie. Binnen het directorium liggen de verantwoordelijkheden onduidelijk en de commissie is voorts van oordeel dat de ontstane moeilijkheden mede zijn toe te schrijven aan het feit dat — met uitzondering van de directeur voor algemene zaken — de directie niet is getest op leidinggevende capaciteiten, evenmin de directeur-psycholoog, die na zijn afstuderen wel gedurende enkele jaren onder supervisie heeft gewerkt maar welhaast zonder begeleiding werd belast met de leiding van een grote afdeling van de Hoeve. De commissie constateert, zonder af te dingen op de goede bedoelingen van de psycholoog-directeur, dat hij onvoldoende bekwaamheid heeft als manager en geen evenwichtige leiding heeft kunnen geven aan de ontwikkeling van Dennendal.

Naar het oordeel van de commissie staat vast dat de huidige nevenschikking van directeuren niet voldoet, zoal niet heeft gefaald. Eigenmachtig optreden van de directeur van Dennendal heeft er mede toe geleid dat personeel, merendeels jeugdig, is aangesteld, terwijl de inlichtingen, die de personeelsdienst over hen ontving, vaak niet gunstig waren. Het be-

stuur onderschat volgens de commissie de betekenis van een behoorlijk selectiemechanisme bij de werving van nieuw personeel, in het bijzonder de directeur van Dennendal overschat de mogelijkheden om personen, die in het verleden een deviant gedrag hebben getoond, te reclasseren binnen de werksituatie die hun bij de zwakzinnigeninrichting kan worden geboden. De spanningen onder het personeel hebben geleid tot een opmerkelijk hoog percentage van ziekmeldingen, dat zijn oorzaak vindt in neurotische klachten.

Ten aanzien van sterfgevallen, die zich onder de patiënten hebben voorgedaan, is de commissie van mening dat daarbij sprake kan zijn van falen van het toezicht, in elk geval aan tekort aan zorgvuldigheid in de aan zwakzinnigen te besteden zorg. Er is, zo constateert de commissie, voor de patiënten van Dennendal sprake van een verhoogd risico op grond van tekort aan verpleegkundige/technische vaardigheid, aan psychiatrische en algemene inbreng bij de medische verzorging, onvoldoende controle op toediening van medicijnen, verwaarlozing van lichamelijke hygiëne e.d. De commissie, wier algemene indruk is dat de inrichting een ziek lichaam is, beveelt aan zo spoedig mogelijk een psychiater-neuroloog aan te stellen voor de functie van medisch directeur en een orthopedagoog of psycholoog voor de functie van orthopedagogisch of psychologisch directeur; zij ziet als de meest juiste leiding voor een inrichting als Dennendal een triumviraat, waarin de bevoegdheden duidelijk zijn afgebakend.

**

Na het bekend worden van de moeilijkheden in de Willem Arntszhoeve heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Krusinga de inspecteur voor de geestelijke volksgezondheid in Noord- en Zuid-Holland Dr. W. L. Meyering tijdelijk ontheven van het toezicht op de instellingen van de Willem Arntszhoeve. Tegen deze schorsing heeft Dr. Meyering bezwaar aangetekend bij het Ambtenarengerecht te Utrecht, dat 14 juni i.l. uitspraak heeft gedaan en Dr. Meyering in het gelijk heeft gesteld. Het Ambtenarengerecht was van oordeel dat de staatssecretaris bij het nemen van zijn besluit ten aanzien van Dr. Meyering niet die zorgvuldigheid in acht heeft genomen die uit een oogpunt van behoorlijk bestuur betaamt.

Ondeugdelijke weekend-waarnemingsregelingen?

Dr. H. Roelink, directeur van het Bureau voor Waarneming en Vestiging van de K.N.M.G. schrijft ons het volgende:

De publikatie van een uitspraak van het Medisch Tuchtcollege te Zwolle (zie Medisch Contact 1969-47), waarbij een maatregel werd genomen tegen een arts, aan wie onzorgvuldigheid in handelen werd verweten tijdens een waarneming voor een andere arts, heeft de Maatschappij aanleiding gegeven een nader onderzoek in te stellen naar de bereikbaarheid van de arts tijdens waarnemingen. De resultaten van dit onderzoek zijn gepubliceerd in Medisch Contact 1970-1065 en 1970-1101. Uit dit onderzoek bleek dat landelijk op uitgebreide schaal maatregelen zijn genomen teneinde de bereikbaarheid van de artsen tijdens de waarnemingsdiensten optimaal te doen zijn. Duidelijk is daarbij echter gesteld dat dergelijke regelingen slechts kunnen functioneren wanneer de waarnemend arts de zorgvuldigheid bij zijn handelen voldoende in acht neemt. Ondeugdelijke uitvoering van een weekendwaarneming is dus zeker mogelijk bij het bestaan van een deugdelijke weekendwaarnemings regeling.

Dit brengt mij tot de kern van mijn betoog. In Medisch Contact 1971-419 wordt vanwege het Medisch Tuchtcollege Amsterdam een uitspraak gepubliceerd inzake een ondeugdelijke weekendwaarneming, waarbij aan verweerder een waarschuwing werd gegeven op grond van ondermijning van het vertrouwen in de stand der geneeskundigen door, ondanks herhaalde telefonische verzoeken daartoe, niet tijdig bij de patiënt te verschijnen.

Dezerzijds kan uiteraard niet worden getreden in de uitspraak van het Medisch Tuchtcollege. Uit de formulering daarvan wordt duidelijk dat de arts in zijn persoonlijk optreden gefaald heeft.

Van meer belang zijn de overwegingen, welke het Tuchtcollege bij toepassing van de vermelde maatregel in aanmerking heeft genomen. Deze overwegingen houden enkele algemene beschouwingen in, die niet in direct verband staan met de genoemde casus. Zij zijn van groot belang voor alle artsen (in het bijzonder huisartsen), die bij enigerlei waarnemingsregeling zijn betrokken. Met deze overwegingen verlaat het Tuchtcollege het terrein van de uitvoering van een waarneming (waarop de casus betrekking heeft) en begeeft zich op het terrein van de organisatie van de waarnemingsdiensten.

Deze overwegingen hebben waarschijnlijk tot gevolg gehad dat in perspublicaties naar aanleiding van deze uitspraak werd gesproken van ondeugdelijke weekendwaarnemingsregelingen, waar in feite sprake was van een ondeugdelijke uitvoering van de regeling. Ook van artsenzijde attendeerde men ons op de verontrusting, die de publikatie van de uitspraak in deze kring heeft verwekt.

In verband met de algemene aspecten, die aan de

naar voren gebrachte overwegingen zijn verbonden, lijkt het dienstig nader op deze overwegingen in te gaan. Gesteld wordt door het Tuchtcollege, dat de weekenddienst qua regeling volstrekt onverantwoord was. Ter motivering hiervan wordt aangevoerd het feit, dat vijf in het centrum van de stad gevestigde huisartsen hun praktijken doen waarnemen door een jonge onervaren, in ... gevestigde collega, die over de gegevens van de patiënten niet kan beschikken en die — zeker niet op zaterdagmiddag — niet in staat zou kunnen zijn in het centrum van de stad wonende patiënten snel te bereiken.

Zijn nu de naar voren gebrachte argumenten op zichzelf of in combinatie duidelijk een getuigenis van een onverantwoorde weekendwaarnemingsregeling? Een duidelijke adstructie ontbreekt daarvoor. Ik wil de verschillende argumenten eens de revue laten passeren.

Gesteld wordt dat de arts onervaren jong was. Wat is onervaren? Eenmaal moeten wij allen beginnen na ons artsexamen. De betrokken arts had zijn opleiding gehad, had een maand waargenomen in een huisartsenpraktijk en was thans, tijdens de vervulling van zijn militaire dienstplicht, in opleiding voor chirurg (n.b. de betrokken casus heeft talrijke chirurgische aspecten!). Een zekere ervaring kan de betrokken arts dus niet worden ontzegd. Bovendien geringere ervaring beschermt een arts tegen routinematige arbeid, terwijl de kans op het ontstaan van „blinde vlekken" nog niet aanwezig is.

Het Tuchtcollege betreft in zijn overwegingen eveneens het feit dat de betrokken arts niet kan beschikken over de gegevens van de patiënten. Dit is algemeen voorkomend tijdens weekendwaarnemingen en de ervaring leert dat de arts, die de grenzen van zijn mogelijkheden kent, met deze beperking op verantwoorde wijze een waarneming kan verrichten.

Voorts wordt gesteld dat de betrokken arts-zeker niet op zaterdagmiddag — in staat zou kunnen zijn in het centrum van de stad wonende patiënten snel te bereiken. Indien dit het geval was, zou de ervaring moeten leren dat deze belemmering, indien zij reëel is, veel vaker tot moeilijkheden aanleiding zou geven. En wat te denken van de drukte tijdens de spitsuren op werkdagen?

De overwegingen van het Tuchtcollege wekken de indruk dat er een verband bestaat tussen de uitvoering van de waarneming door de arts over wie geklaagd is en de regeling van de betrokken waarnemingsdienst. Dit verband wordt door de overwegingen onvoldoende toegelicht. Ware dit het geval dan zouden deze overwegingen repercussies hebben zowel voor goed functionerende waarnemingsregelingen als voor het beleid van het Bureau voor Waarneming en Vestiging van de Maatschappij.

Nader onderzoek en — zo nodig — maatregelen zouden wenselijk zijn, indien de overwegingen van het Tuchtcollege duidelijk gegrond en geadstrueerd

waren. Dit onderzoek en de eventueel nodige maatregelen zouden dan in de eerste plaats gedaan, respectievelijk genomen moeten worden door de beroepsbeoefenaren zelf. In eerste aanleg lijkt de Inspectie voor de Volksgezondheid — zoals het Tuchtcollege aangeeft, — daarvoor niet de aangewezen instantie. Beter ware het met de lokale of landelijke beroepsorganisaties die veelal deze regelingen organiseren of helpen organiseren te overleggen.

Concluderende kan dus worden gesteld dat het Tuchtcollege de overwegingen, waarop het de betrokken weekenddienstwaarnemingsregeling volstrekt onverantwoord acht, onvoldoende heeft kunnen aantonen. Slechts de uitvoering van de regeling is, zoals uit de uitspraak van het Medisch Tuchtcollege blijkt, in het onderhavige geval onzorgvuldig toegepast.

In verband met het bovenstaande, heeft ook het hoofdbestuur der Maatschappij deze overwegingen in zijn vergadering van 1 mei 1971 aan een nadere discussie onderworpen. Daarbij was het hoofdbestuur van mening dat uit de overwegingen van het Tuchtcollege niet de conclusie kan worden getrokken, dat de genoemde regeling van de waarnemingsdienst volstrekt onverantwoord was. Mits de betrokken arts de nodige zorgvuldigheid had betracht en zich van zijn beperkingen bewust was geweest, achtte het hoofdbestuur het niet onaanvaardbaar, dat een jonge arts, met een ervaring als de betrokkene, een waarneming verricht binnen het kader van een regeling, zoals in de overwegingen van het Tuchtcollege wordt aangegeven.

Dit alles neemt niet weg dat gesteld kan worden, dat het aanbeveling verdient dat iedere arts, betrokken is bij een waarnemingsregeling, nog eerst terdege overweegt in hoeverre hij een bijdrage kan leveren in het bevorderen van het functioneren van deze regeling. Gedacht wordt daarbij aan optimale inschakeling van telecommunicatiemiddelen, samenwerking met lokale weekendregelingen van de wijkverpleging (bijvoorbeeld ter voorselectie van noodzakelijke gevallen), betaling van taxivervoer naar de huisarts door de ziekenfondsen, verzamelen van consulten op een centraal punt met goede outillage (bijvoorbeeld een polikliniek) en op bepaalde daarvoor duidelijk bekend gemaakte tijden enz.,*

Ook van de zijde van de overheid is men attent op deze problematiek. Bij schrijven van 5 april 1971 en gericht aan de Vereniging van Nederlandse Gemeenten verzocht de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan de gemeentebesturen dringend om aandacht te geven aan de verkeersproblematiek van de arts.

Optimale bereikbaarheid en bereidheid tijdens waarnemingsregelingen ontstaan pas bij een goed samenspel tussen alle betrokkenen.

* Ook voor de onlangs door de Landelijke Huisartsen Vereniging ingestelde Commissie „Stadeproblematiek” is op dit gebied wellicht een taak weggelegd. Daarnaast onderzocht de Commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap de mogelijkheden een investeriserend onderzoek te doen ten aanzien van weekenddiensten.

De seksualiteit van gehandicapten

Door Dr. K. Heslinga, orthopedagoog

De commissie „Seksualiteit gehandicapten” van de Nederlandse Vereniging voor Revalidatie heeft de afgelopen paar jaar velerlei problematiek geïnventariseerd door middel van individuele interviews en gespreksgroepen met gehandicapten. Daarbij is duidelijk gebleken, dat er talloze instrumentele en psychologische problemen bij de gehandicapten voorkomen voor wat betreft de beleving van een seksualiteit. Momenteel vindt hierover een wat uitgebreider wetenschappelijk onderzoek plaats, waarvan de resultaten het volgend jaar worden gepubliceerd in een deeltje van de Aula-seksuologie-reeks.

In scholen, instituten en centra voor gehandicapten is het mogelijk gespreksgroepen te organiseren onder leiding van hiertoe speciaal opgeleide gespreksleiders. Dit kunnen zowel groepen gehandicapten zijn als groepen medewerkers, zoals opvoe-

Tijdens het eerste internationale congres over Cerebral Palsy, dat van 26 tot 30 april jl. in Het Dorp te Arnhem werd gehouden, was één dag speciaal gewijd aan de problemen rondom de seksualiteit van gehandicapten. Hiernaast doet Dr. K. Heslinga, orthopedagoog, in het kort verslag van de mededelingen die hij op dat congres heeft gedaan. Dr. Heslinga is stafmedewerker van de Nederlandse Vereniging voor Revalidatie en coördineert landelijk de activiteiten inzake de seksuele en relatieproblematiek van gehandicapten. Van zijn hand verscheen in 1970 bij Van Loghum Slaterus, Deventer: Opvoeding van blinden en andere gehandicapten.

ders, verpleegsters, verzorgsters, enz. Om de zaken wat te concretiseren wil ik hier een onderwerp vermelden waarmee men nogal eens wordt geconfronteerd, namelijk de vraag hoe de houding van de verzorgster moet zijn wanneer een ernstig lichamelijk gehandicapte patiënt haar vraagt hem behulpzaam te zijn bij de masturbatie of bij een coïtus in geval van een huwelijk van twee zeer ernstig lichamelijk gehandicapte huwelijkspartners. Wij zijn van plan de relevante ethische problemen hieromtrent nader te bestuderen. Vooralsnog gaan onze gedachten primair uit naar een *technologische partner*, waarbij wij denken aan technische hulpmiddelen zoals deze zijn gebruikt en beschreven door Masters & Johnson*.

Het was plezierig tijdens het congres te ervaren, dat men in Zweden in dezelfde richting denkt, zodat wij met onze Zweedse collega's hebben afgesproken gezamenlijk deze oplossingen te concretiseren. Ook zal in dit verband worden getracht visueel illustratie-materiaal te vervaardigen over gevarieerde seksuele omgangsmogelijkheden van gehandicapten. Daarmee wordt in een grote behoefte voorzien. Op dit gebied wordt nog maar al te veel getheoretiseerd, maar dat is niet voldoende. Het is een uitdaging om te proberen theorieën om te zetten in praktische oplossingen. Daarmee is onze gehandicapte medemens het meest geholpen.

Maar ook andere zaken vragen onze aandacht. Zo dienen wij ons te realiseren, dat het gehandicapte *meisje* geringe huwelijkskansen heeft en in tegenstelling tot andere ongehuwden minder mogelijkheden om een beroep uit te oefenen dat haar vrouwelijke — verzorgende en behagende — gevoelens bevredigt. De meisjes krijgen dan ook onze bijzondere aandacht. In gesprekken met hen verzwijgen wij niet, dat op het gebied van de huwelijkskansen enig pessimisme op zijn plaats is. Dit neemt niet weg, dat de opvoeding er op dient te zijn gericht de meisjes tot zo aanvaardbaar mogelijke partners te vormen. Men denke aan een gehandicapte jonge vrouw, die op kamers woont of een flat heeft. Als zij zich in een nette, gezellige kamer beweegt, soepel is in de omgang met niet-gehandicapten, vlug een maaltijd bereidt of handig het een en ander weet te serveren, er leuk gekleed en verzorgd uitziet, dan zullen haar vrienden haar eerder als een geschikte huwelijkspartner zien. De ADL-training, die natuurlijk nog andere doelen heeft dan de voorbereiding tot een huwelijk, moet dan ook zeer veel aandacht krijgen van de opvoeders van gehandicapten.

Wat de hulpverlening aan de gehandicapten die in de samenleving wonen betreft, kan worden meegedeeld dat zij straks gebruik kunnen maken van de

ADRESWIJZIGINGEN

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

meer dan 100 adviesbureaus voor huwelijks- en geslachtsleven uitgaande van de drie grote levensbeschouwelijke stichtingen op dit gebied. In principe is hiervoor reeds alle medewerking verkregen. Onzerzijds zullen wij nu het opzetten van begeleiding van deze bureaus moeten realiseren. Er zal relevante informatie over gehandicapten worden verstrekt; men zal ad hoc een beroep moeten kunnen doen op revalidatiespecialisten, enz.

Daarbij dient men erop bedacht te zijn, dat men niet steeds probeert de moeilijkheden in eerste instantie uit de handicap te verklaren doch veeleer uit algemeen menselijke moeilijkheden. Men kan stellen, dat een goede seksuele relatie de huwelijksrelatie ten goede komt, maar vooral dat een geslaagd huwelijk de seksuele verhouding meer tot zijn recht doet komen. Vaak blijkt, dat seksuele moeilijkheden niet van primaire maar van secundaire aard zijn. Ze zijn geen oorzaak maar gevolg, dat wil zeggen terug te voeren op dieper liggende spanningen tussen de huwelijkspartners.

Andere taken die op een aanpak wachten zijn:

- bijeenbrengen en beheren van de ervaringen die de deskundigen opdoen en deze verwerken voor informatie;
- organiseren van lezingen, cursussen, studiedagen en andere trainingsvormen voor verpleegkundigen, verzorgenden en opvoeders van gehandicapten;
- verzorgen van voorlichting op bijeenkomsten en congressen van bijvoorbeeld artsen, psychologen, maatschappelijk werkers, gehandicapten, en dergelijke;
- stimuleren van research.

Het zal duidelijk zijn, dat wij hier — ook internationaal gezien — nog een praktisch onontgonnen gebied betreden. De uitdaging is daarom des te groter. Op dit integratiegebied is nog veel leed te verzachten. Nog maar al te vaak beschouwt men onze gehandicapte medemens als een sekseloos wezen. Het internationale congres over Cerebral Palsy heeft tijdens zijn discussies duidelijk gesteld, dat men in ieder land er bij de overheid op zal aandringen dat middelen beschikbaar komen om op adequate wijze hulp te kunnen verlenen bij de huwelijks- en relatieproblematiek van gehandicapten.

* In dit verband hield ook Dr. A. M. C. M. Schellen, androloog te Sittard, een belangrijke lezing op dit congres, getiteld: *Therapeutic facilities for physically handicapped males with sexual disorders*. Samen zullen wij de mogelijkheden van technische seks-hulpmiddelen verder inventariseren, respectievelijk ontwikkelen.

JAARVERSLAG L.A.D. 1970

Jaarverslag van de secretaris van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband over het jaar 1970.

Inleiding.

Het afgelopen jaar heeft onmiskenbaar in het teken gestaan van de aansluiting van de L.A.D. bij de Centrale van Hogere Ambtenaren (C.H.A.) en de Nederlandse Centrale van Hoger Personeel (N.C.H.P.), zodat de lezer van dit jaarverslag een belangrijke plaats zal zien ingeruimd voor een beschouwing over deze aansluiting. Het jaar 1970 heeft de L.A.D. nog geen concrete resultaten te zien gegeven met betrekking tot de verschillende zaken, die zijdens de L.A.D. bij de centrales aanhangig zijn gemaakt, dit beschouwt het centraal bestuur als voortkomend uit het feit, dat de vereniging eerst gedurende korte tijd is aangesloten. Het centraal bestuur is verder van mening, dat het rendement van de aansluiting mede afhankelijk zal kunnen zijn van de activiteiten, welke de L.A.D. binnen deze organisaties zal hebben ontwikkeld. Niettemin is het goed vast te stellen, dat het na een periode van enige jaren mogelijk moet zijn om te komen tot een evaluatie van de aansluiting bij de centrales, opdat men oordele over de staat van baten en lasten van deze aansluiting.

De aansluiting bij de Centrale van Hogere Ambtenaren (C.H.A.) en de Nederlandse Centrale van Hoger personeel (N.C.H.P.)

De werkzaamheden van het centraal bestuur zijn, voor zover het de voorbereiding van de aansluiting bij de Centrale van Hogere Ambtenaren (C.H.A.) en de Nederlandse Centrale van Hoger Personeel (N.C.H.P.) betreft, afgerond: deze aansluiting werd op 1 januari 1970 een feit. Omdat het lid worden van beide centrales voor de L.A.D. grote veranderingen oplevert, hetgeen in het gehele jaar 1970 merkbaar is geweest, lijkt het juist de relatie van de L.A.D. met deze organisaties een belangrijke plaats te geven in dit jaarverslag.

Het is wellicht goed de juridische vorm van het aangesloten zijn nogmaals te belichten. De centrales kennen als gewone leden verenigingen, bestaande uit leden aan wie men het predikaat „hoger” (ambtenaren c.q. werknemers in privaatrechtelijk dienstverband) pleegt toe te kennen; deze verenigingen behoren belangenbehartiging van de leden reglementair na te streven en rechtspersoonlijkheid te hebben. Omdat de L.A.D. geen rechtspersoonlijkheid bezit heeft het hoofdbestuur der K.N.M.G. toegestaan, dat van de rechtspersoonlijkheid van de

Maatschappij gebruik werd gemaakt; de jure is de K.N.M.G. toegetreden tot C.H.A. en N.C.H.P., ten behoeve van zijn leden in respectievelijk publiekrechtelijk en privaatrechtelijk dienstverband werkzaam. Indien men meent, dat met deze leden het integrale ledenbestand van de L.A.D. samenvalt, is dat niet geheel juist: de militaire artsen vallen, hoewel zij in publiekrechtelijk dienstverband werkzaam zijn, buiten het werkgebied van de Centrale van Hogere Ambtenaren: de C.H.A. heeft toegang tot de diverse geledingen van het Georganiseerd Overleg voor Rijksambtenaren, de militairen echter kennen een afzonderlijk Georganiseerd Overleg. Een oplossing voor deze omissie ter zake van de belangenbehartiging van de officier-arts zal moeten worden gevonden. Het lidmaatschap van de beide centrales heeft verschillende gevolgen. Allereerst kan men stellen, dat de aansluiting voor die leden van het centraal bestuur, die zich in het bijzonder met centrale-aangelegenheden hebben willen bezighouden, alsook voor de medewerkers van het bureau een aanzienlijke verzwaring van taken met zich heeft gebracht. Het mag dan zo zijn, dat een ieder, die zich gelieerd weet met de L.A.D., zich geconfronteerd ziet met een schier onuitputtelijke reeks van niet steeds even duidelijke afkortingen — het toetreden tot de centrales heeft de rij van neologismen nog buitengewoon doen toenemen — het in praktijk met de instanties achter de afkortingen werken blijkt niet steeds eenvoudig.

Toen de aansluiting een feit was, is aan ieder lid van de L.A.D. bericht gezonden, dat overeenkomstig het relevante dienstverband een doorverbinding met de C.H.A. of de N.C.H.P. zou plaatsvinden. Bij het verzenden en verwerken van genoemd bericht en de daarop volgende reacties is wel gebleken, dat een automatisering van het L.A.D.-ledenbestand, of juist, van het K.N.M.G.-ledenbestand grote prioriteit behoort te hebben: het verzenden van een rondschrijven aan de leden der vereniging is een zaak, die het bureau in de huidige bezetting en — vooral — met de huidige uitrusting voor grote moeilijkheden plaatst. Het K.N.M.G.-ledenbestand fungeert namelijk als basisbestand, waaruit vele andere systemen, waaronder dat van de L.A.D., worden afgeleid. Het stemt tot voldoening, dat de K.N.M.G. een aanvang met het automatiseren heeft gemaakt, het centraal bestuur staat hier, als vanzelfsprekend, geheel achter.

Nadat het rondschrijven aan de individuele leden was verzonden werd duidelijk, dat de communicatie tussen centraal bestuur en ledenvergadering enerzijds en de individuele leden anderzijds niet optimaal is. Hoewel vóór 1970 verschillende publikaties inzake de toetreding tot de centrales in „Medisch Con-

tact" verschenen zijn, bleek de kern van de materie ondanks een toelichting in het genoemde rondschrijven veelal niet duidelijk te zijn. Dat met name het bureau hierdoor enige tijd bijzonder zwaar belast is behoort wel geen andere toelichting. Gestreefd zal moeten worden naar een situatie, waarin meer leden van de L.A.D. geïnformeerd zijn over wat zich in de vereniging afspeelt. Het centraal bestuur kan de daadwerkelijke steun van de leden uit de periferie niet ontberen; het feit, dat de L.A.D. thans in bijzonder veel organen vertegenwoordigers kan benoemen, moge dit nog accentueren.

Het centraal bestuur houdt de vragen van de communicatie in studie. Zoals vermeld, heeft de aansluiting bij de Centrale van Hogere Ambtenaren onder meer consequenties op het gebied van vertegenwoordiging voor de L.A.D. in verschillende ambtelijke instanties en op verschillend niveau. Op landelijk niveau bestaat, als een bijzondere commissie van overleg, het Centraal Overlegorgaan Personeelszaken Wetenschappelijk Onderwijs (C.O.P.W.O.). Dit C.O.P.W.O. wordt gevormd door hoge representanten van het departement en vertegenwoordigers van ambtenarenorganisaties, waarvan de C.H.A. er één is. De L.A.D. heeft via de C.H.A.-toegang tot het C.O.P.W.O. een belangrijke mogelijkheid gekregen om zijn stem te laten horen. De invoering van de Wet op de Universitaire Bestuurshervorming (W.U.B.) en de Wet op de rechtspersoonlijkheid van Academische Ziekenhuizen is voor de leden van de L.A.D., die in universitair dienstverband werkzaam zijn, van direct belang. Middels de aansluiting bij de Centrale van Hogere Ambtenaren is een contact ontstaan met de Vereniging van Academiën bij het Wetenschappelijk Onderwijs, de V.A.W.O. Deze vereniging is reeds langer bij de C.H.A. aangesloten. De V.A.W.O., die leden van alle faculteiten kent, is een de belangen van zijn leden behartigende organisatie. Het centraal bestuur is van mening, dat een goede samenwerking tussen V.A.W.O. en L.A.D. in het C.O.P.W.O.-kader de arts in universitair dienstverband ten goede zal komen.

Op plaatselijk niveau begint het overleg zich te ontwikkelen voor enkele overlegorganen bij universiteiten, faculteiten en academische ziekenhuizen heeft de L.A.D. reeds leden-vertegenwoordigers kunnen voordragen.

Is de positie van de C.H.A. met betrekking tot verschillende vertegenwoordigingen vrij algemeen aanvaard, de N.C.H.P. is enigszins minder gestegen in aanzien. Dit is te verklaren door de kortere tijd van bestaan van de N.C.H.P. — ± 10 jaar tegenover ± 6 jaar van de C.H.A. — en het feit, dat de N.C.H.P. niet met één „bedrijf” maar met vele verschillende bedrijven te maken heeft. De situatie in de privaatrechtelijke sector is bepaald minder coherent dan in de overheidsfeer. Overigens heeft het centraal bestuur met genoegen kunnen waarnemen, dat het amendement-Rietkerk in verband met de wijzigingen van het handelsrecht, welk amendement het recht van enquête in een onderneming ook geeft aan categorale organisaties, werd aangenomen in de Twee-

de Kamer. De N.C.H.P., die aan de voorbereiding van dit amendement heeft meegewerkt, zal hiermede een belangrijke vermeerdering van prestige kunnen verkrijgen.

Bij de Centrale van Hogere Ambtenaren zijn onder meer de volgende onderwerpen aanhangig gemaakt door het centraal bestuur: de wens van een vertegenwoordiging in het bestuur van het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke belangen, de salarispositie van de schoolartsen, de salarispositie van de inspecteurs van de volksgezondheid, alsmede de arbeidsvoorwaarden in ruime zin van de assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist.

Bij de Nederlandse Centrale van Hoger Personeel is vooralsnog slechts één zaak naar voren gebracht, de wens van het centraal bestuur om een vertegenwoordiging in het bestuur van de Gemeenschappelijke Medische Dienst en van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor te verkrijgen. De indruk bestaat bij het centraal bestuur, dat de N.C.H.P. zich met energie aan een mogelijke realisering van deze vraag wijdt.

Niet onvermeld mag blijven dat, hoewel de L.A.D.-ledenvergadering zich in 1969 met op één na algemene stemmen vóór de aansluiting bij de centrales uitsprak, het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (N.V.A.B.) zich aanvankelijk tegen de aansluiting bleef verzetten. Een voordracht van de voorzitter van het centraal bestuur voor de ledenvergadering van de N.V.A.B. in april 1970 werd gevolgd door een bemiddelingspoging in een vergadering van het dagelijks bestuur van de K.N.M.G., voorgezeten door dr. L. van der Drift. Het centraal bestuur wil dit met erkentelijkheid vermelden. Een bespreking tussen de voorzitter en de secretaris van het N.V.A.B.-bestuur en de voorzitter en de directeur van de L.A.D. heeft tot een aanvaardbare oplossing geleid. Zoals bekend bestaat de mogelijkheid van dispensatie van registratie bij de C.H.A. of de N.C.H.P., deze dispensatie kan het centraal bestuur op verzoek van een individueel lid geven. In 1970 zijn 73 verzoeken ingediend, hiervan werden er 49 ingewilligd. Heeft de aansluiting bij de centrales niet de onverdeelde steun van de N.V.A.B. kunnen krijgen, de overige categorale groepen binnen de L.A.D., in het bijzonder de groep van medisch-wetenschappelijke onderzoekers, verenigd in de Vereniging van Medisch Wetenschappelijke Onderzoekers (V.M.W.O.) en de Vereniging van G.A.K.-artsen zijn daarentegen als duidelijke voorstanders van de aansluiting naar voren gekomen.

De reorganisatiecommissie heeft in 1970 een tweede vervolgrapport opgesteld, waarin een nieuw huishoudelijk reglement wordt voorgesteld. Het centraal bestuur en vervolgens de ledenvergadering hebben zich achter het rapport gesteld, zodat het nieuwe huishoudelijk reglement in 1971 van kracht kan worden.

Als belangrijkste vernieuwingen zijn te vermelden: de nieuwe opbouw van de ledenvergaderingen, een

beperking van de zittingsduur van centraal bestuursleden, het opgericht worden van districtsverenigingen van artsen in dienstverband. Het centraal bestuur meent, dat de reorganisatiecommissie de hem gegeven opdracht op uitstekende wijze heeft vervuld.

Komende activiteiten op het reorganisatiegebied zullen gericht zijn op het verwezenlijken van een sociaal-geneeskundig bureau, dat, op te richten door de L.A.D. en de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde, de K.N.M.G., de A.N.V.S.G. en de L.A.D. van wetenschappelijke informatie zal voorzien.

Het interim-rapport van de Commissie Smallenbroek. Het interim-rapport van de commissie honorering wetenschappelijk corps medische faculteiten, doorgaans de commissie Smallenbroek genoemd, is door deze commissie mede voorgelegd aan het centraal bestuur. Het centraal bestuur heeft na uitvoerige studietoeken vele contacten met het hoofdbestuur der K.N.M.G. en met relevante categorale groepen van de vereniging, aan de commissie Smallenbroek een advies uitgebracht, waarin onder meer gesteld wordt, dat het huidige salarisoniveau van het medisch wetenschappelijk corps de belangen van onderwijs, research en patiëntenzorg niet kan dienen. Voorts heeft het centraal bestuur de nadruk gelegd op de waarde van de eenheid van het medisch-wetenschappelijk personeel: een regeling die verbeteringen beperkt tot de klinici wordt niet aanvaardbaar geacht. De commissie is gewezen op de richtlijnen voor salarissen en pensioenen zoals deze jaarlijks door de L.A.D. worden vastgesteld en gepubliceerd. Het centraal bestuur heeft zich in zijn berichten aan de commissie Smallenbroek beperkt tot het signaleren van zijns inziens aan de voorgestelde regeling inhaerente bezwaren.

Hiernaast heeft het centraal bestuur het hoofdbestuur van de K.N.M.G. in overweging gegeven in zijn reactie aan de commissie Smallenbroek te stellen, dat een salariëring conform de L.A.D. richtlijnen voor salarissen van artsen in dienstverband een oplossing van de vragen met zich zal kunnen brengen. Het hoofdbestuur der K.N.M.G. heeft dit advies van het centraal bestuur willen overnemen. Tijdens een onderhoud met de commissie heeft een K.N.M.G.-delegatie, waarin de L.A.D. was vertegenwoordigd door dr. E. van Leer, dr. F. A. Nelemans en mr. J. J. Witteveen, in december 1970 een toelichting verstrekt.

Officieren-arts. Het centraal bestuur is in het jaar 1970 enige malen geconfronteerd met problematiek zowel van beroeps-officieren-arts als ook van dienstplichtige artsen. De vragen hadden betrekking op de salarispositie en op de plaats van deze artsen in de militaire bevelsverhoudingen.

In juni 1970 hebben dr. S. G. van der Meulen en mr. J. J. Witteveen namens het centraal bestuur een onderhoud gehad met de interdepartementale commissie dienstplichtbeleid ter zake van de invoering van de wedde-eerste oefening ook voor dienstplichtige artsen. Van de zijde van de L.A.D. is een poging

gedaan om de te verwachten teruggang in salaris, die deze regeling ten gevolge zou hebben, tegen te gaan.

Het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (P.G.G.M.) is per 1 januari 1970 effectief geworden. Het in werking treden van dit fonds betekent een bijzonder grote verbetering in de pensioenpositie van de artsen, op arbeidsovereenkomst werkzaam bij privaatrechtelijke verpleeginrichtingen. Het fonds is ingevolge de Wet op de verplichte deelneming in een bedrijfspensioenfonds verplicht gesteld voor alle bovengenoemde inrichtingen, hetgeen een welkome harmonisatie en verbetering van rechten heeft bewerkstelligd. Enige onduidelijkheid schijnt in den lande te bestaan ten aanzien van het al dan niet verplicht opgenomen kunnen worden in het fonds van de assistent-geneeskundige in opleiding tot specialist bij privaatrechtelijke opleidingsinrichtingen, daar het reglement van het P.G.G.M. ieder die „tijdelijk” werkzaam is van deelneming uitsluit. Tijdens een gesprek dat het College van Gedelegeerden uit het centraal bestuur met mevrouw mr. G. Evers, directeur van het P.G.G.M., in een buitengewoon prettige sfeer heeft kunnen voeren kwam echter naar voren, dat de bepaling van het „tijdelijk werkzaam zijn” in bovengenoemde zin toch vooral moet geacht worden van toepassing te zijn op overeenkomsten, die als zodanig niet langer dan enige maanden van kracht zullen zijn. Hoewel de assistent-geneeskundige in veel gevallen tijdelijk bij de privaatrechtelijke verpleeginrichting werkzaam zal zijn kan de directie van de inrichting hem als deelnemer bij het P.G.G.M. aanmelden. Het centraal bestuur acht het van groot belang dat de assistent-geneeskundigen, van wie velen immers gehuwd zijn, van de goede voorzieningen van het P.G.G.M. gebruik zullen maken. Het centraal bestuur heeft met genoegen kennis kunnen nemen van de verwachting, dat het Pensioenfonds Volksgezondheid en Maatschappelijk Werk (P.V.M.) in het P.G.G.M. zal opgaan. In het P.V.M. zijn verzekerd onder meer de artsen, verbonden aan de consultatiebureaus voor de tuberculosebestrijding. De pensioenpositie van deze artsen, die bepaald bijzonder onvoldoende mag worden genoemd, heeft de aandacht van het centraal bestuur.

De jaarlijks door de *salaris- en pensioencommissie* opgestelde richtlijnen voor salarissen en pensioenen van artsen in dienstverband lijken nog aan aanzien te winnen, hetgeen moge blijken uit een toenemend aantal advertenties, waarin aan deze richtlijnen wordt gerefereerd. Ook weet een toenemend aantal werkgevers het bureau van de L.A.D. te vinden. Een delegatie van het centraal bestuur, bestaande uit E. van Luyt, Dr. S. G. van der Meulen, H. Voorzanger en Mr. J. J. Witteveen, heeft in oktober 1970 een bespreking gevoerd met de sectie Verpleegtehuizen van de Nationale Ziekenhuis Raad (N.Z.R.) over de salarispositie van directeurs van verpleegtehuizen. Dit gesprek heeft geleid tot een volledige overeenstemming.

De L.A.D. is ook in 1970 regelmatig op *internatio-*

naal terrein actief geweest. De delegatie van de L.A.D. bij het Permanent Comité der Artsen der E.E.G., bestaande uit W. C. de Boer, L. de Boer, Dr. E. van Leer en Mr. J. J. Witteveen heeft verschillende vergaderingen in het kader van het Permanent Comité bijgewoond. De L.A.D. is vertegenwoordigd in de werkgroepen „artsen in dienstverband“, „ziekenhuisartsen“ en „bedrijfsgeneeskunde“ van het Comité, de delegatie woont de plenaire zittingen van het Comité bij.

De Fédération Européenne des Médecins de Collectivités, te beschouwen als een Europese vereniging van artsen in dienstverband, kent eveneens een L.A.D.-vertegenwoordiging. In juni 1970 heeft een bijeenkomst van drie dagen plaats gevonden te Utrecht, waar de L.A.D. het gastheerschap vervulde. Met grote erkentelijkheid wil het centraal bestuur vermelden, dat de staf en de directie van het Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht, met name dienen Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, cardioloog en Dr. L. P. de Jong, directeur algemene zaken te worden genoemd, aan de ontvangst van de buitenlandse gasten hun medewerking hebben willen geven. Ook Dr. C. H. J. Stockmann, chirurg te Rotterdam is zo vriendelijk geweest een voordracht te willen houden.

De ledenvergadering. De ledenvergadering kwam op 21 november 1970 in het jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht bijeen. Centraal stond bij deze vergadering de behandeling van het tweede vervolgrapport van de reorganisatiecommissie, waarin een geheel vernieuwd huishoudelijk reglement van de L.A.D. was opgenomen. Voor de inleiding tot deze vergadering, gehouden door de voorzitter van het centraal bestuur, H. Voorzanger, arts, zij verwezen naar „Medisch Contact“, 1970, nummer 48, bladzijde 1291, waar deze inleiding integraal is opgenomen; in ditzelfde nummer is een redactionele beschouwing over de ledenvergadering opgenomen. De notulen der vergadering zijn gepubliceerd in „Medisch Contact“ 1971, nummer 15, bladzijde 424.

Het centraal bestuur en de verschillende commissies. De L.A.D. is, zoals uit het bovenstaande is gebleken, ook in 1970 in talrijke besturen en commissies vertegenwoordigd geweest. Genoemd worden — zonder enige pretentie van volledigheid:

het hoofdbestuur en het dagelijks bestuur van de K.N.M.G.,
de centrale besturen van L.H.V. en L.S.V.,
het hoofdbestuur van de C.H.A.,
het dagelijks bestuur van de N.C.H.P.,
het hoofdbestuur van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde,
de commissie van overleg bij het academisch ziekenhuis Dijkzigt,
de commissie van overleg bij het academisch ziekenhuis te Leiden,
de medezeggenschapscommissie bij de G.G. en G.D. te Amersfoort,
het overleg in C.H.A.-verband voor het centraal

overlegorgaan Personeelszaken Wetenschappelijk Onderwijs (C.O.P.W.O.),
de H.B.-commissie Organisatiecriterium,
de door A.N.V.S.G. en L.A.D. ingestelde commissie Geriatrie,
de door de L.A.D. en de V.A.W.O. ingestelde commissie Universitaire Medische Centra.

Het hoofdbestuur der Maatschappij heeft het centraal bestuur verschillende adviesaanvragen doen toekomen; als onderwerpen hiervan kunnen worden vermeld: het wetsontwerp ziekenhuisvoorzieningen, de regeling en klapper, de intercollegiale toetsing, de huisarts in universitair dienstverband, de instelling van een K.N.M.G.-bureau „buitenland“.

De samenstelling van het *centraal bestuur* en de verschillende commissies.

Op 1-1-1970 was het centraal bestuur als volgt samengesteld:

H. Voorzanger, medisch directeur van een ziekenhuis, Amsterdam, voorzitter;

W. C. de Boer, districts consultatiebureau-arts voor tuberculosebestrijding, Arnhem, ondervoorzitter;

Dr. C. K. J. Kaaijk, schoolarts, Vries, secretaris;
J. H. van Dalen, medisch adviseur en controlerend arts ziekenfondsen, Enschede, penningmeester;

J. J. R. Buirma, directeur Gemeentelijke Geneeskundige Dienst, Apeldoorn;

Dr. B. van Dijk, directeur-geneesheer Bedrijfsgeneeskundige Dienst, Dordrecht;

J. J. H. Lammerts van Bueren, adviserend geneeskundige Gemeenschappelijk Administratiekantoor, Heeze;

E. van Leer, interne geneeskunde, chef de clinique, Rotterdam;

E. van Luyt, hoofd Bedrijfsgeneeskundige Dienst van de G.G. en G.D., 's-Gravenhage;

Dr. F. A. Nelemans, arts-farmacoloog Klinisch Geneesmiddelen Onderzoek T.N.O., Maassluis;

Dr. W. Storm van Leeuwen, hoogleraar electro-neurologie, Utrecht (plv. Dr. A. Kemp, hoogleraar neurologie, Utrecht);

K. Visser, geneesheer-directeur Psychiatrisch Ziekenhuis, Assen;

E. van de Weg, directeur Seminarium voor Gezondheidszorg, Utrecht.

Per ultimo september 1970 zag J. J. H. Lammerts van Bueren zich door persoonlijke omstandigheden genooddaakt te bedanken voor zijn lidmaatschap van het centraal bestuur. Het centraal bestuur heeft hem node zien vertrekken.

Als adviserende leden in het centraal bestuur der L.A.D. traden in 1970 op: voor het H.B.: Dr. J. A. Dalmeijer; voor de L.H.V.: Th. J. Weterman; voor de L.S.V.: J. C. Mann; voor de A.N.V.S.G.: Prof. Dr. L. Burema (plv. Dr. C. F. Brenkman); voor de L.V.A.G.: C. W. M. van Veelen.

Het centraal bestuur vergaderde 6 maal en wel op 16 januari, 6 maart, 1 mei, 19 juni, 11 oktober en 6 november 1970.

Het college van gedelegeerden werd in 1970 gevormd door: H. Voorzanger, W. C. de Boer, Dr. C. K. J. Kaaijk, J. H. van Dalen, J. J. H. Lammerts van Bueren (ultimo september 1970 vervangen door E. van Luyt), E. van Leer, Dr. F. A. Nelemans. Gedelegeerden vergaderden in 1970 6 maal en wel op 12 februari, 2 april, 28 mei, 20 augustus, 8 oktober, 10 december.

De ledenvergadering d.d. 21-11-1970 heeft per 1-1-1971 verkozen tot lid van het centraal bestuur Z. S. Stadt, luitenant-kolonel-arts te Ulvenhout. In september 1970 trad tussentijds af J. J. H. Lammerts van Bueren. De ledenvergadering d.d. 21-11-1970 heeft voorzien in de vacature Lammerts van Bueren door D. Schotanus, adviserend geneeskundige Gemeenschappelijk Administratiekantoor te Arnhem te benoemen.

In september 1970 werd door het hoofdbestuur van de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen als opvolger van C. W. M. van Veelen voorgedragen als adviserend lid van het centraal bestuur W. G. M. Teunissen te Nijmegen.

De ledenvergadering heeft met ingang van 1 januari 1971 besloten het centraal bestuur uit te breiden met één lid: Z. S. Stadt, luitenant-kolonel-arts te Ulvenhout werd hiervoor uitgenodigd, hij aanvaardde de benoeming.

De reorganisatiecommissie bestond ultimo 1970 uit: H. Voorzanger; Dr. S. G. van der Meulen; G. Houwink, medisch adjunct-directeur van een ziekenhuis; Dr. F. A. Nelemans; C. van Luyt, verzekeringsgeneeskundige Gemeenschappelijk Administratiekantoor, Roermond; Dr. C. F. Brenkman, directeur Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, Arnhem.

De salaris- en pensioencommissie werd gevormd door: E. van Luyt; J. H. van Dalen; M. C. de Haan, medisch directeur van een ziekenhuis, Eindhoven; H. van der Houwen, adviserend arts van algemene ziekenfondsen; Dordrecht; J. J. H. Lammerts van Bueren; Dr. C. K. J. Kaaijk.

Ten burele van de L.A.D. waren in 1970 werkzaam mevrouw W. J. E. van Eijkern-Schrikkel, mej. J. M. Bruins, secretaressen, Dr. S. G. van der Meulen, medisch adviseur van het centraal bestuur en Mr. J. J. Witteveen, die per 1 januari 1970 tot directeur van

het bureau werd benoemd. Mevrouw van Eijkern was op 1 oktober 1970 gedurende 12½ jaar aan het bureau verbonden, welk heuglijk feit ook tijdens de ledenvergadering d.d. 21-11-1970 in herinnering werd gebracht.

De zinsnede uit het jaarverslag over 1969, dat op het bureau veel werk wordt verzet, heeft zeker geen betekenis verloren. Het bureau verzorgt de begeleiding van de vergaderingen van het centraal bestuur en de vele andere commissies. Ook verleent het bureau diensten aan individuele leden van de vereniging; in het jaar 1970 hebben ongeveer 100 individuele leden eens of meermalen voor een individueel advies het bureau bezocht, het geven van adviezen naar aanleiding van telefoongesprekken dan wel correspondenties geschiedt meermalen per dag.

De financiële situatie van de L.A.D. heeft ook in 1970 tekorten te zien gegeven. Deze tekorten vonden hun oorzaak in het feit, dat het niet wel mogelijk is gebleken te komen tot een redelijke schatting van de kosten van het in 1969 betrokken nieuwe gebouw. De aansluiting bij de C.H.A. en de N.C.H.P. drukt eveneens zwaar op de begroting. Een voorstel tot verhoging van de contributie werd door de ledenvergadering aanvaard.

Het ledenbestand van de L.A.D. werd op 31 december 1970 gevormd door 4610 artsen, van wie 790 assistent-geneeskundigen (voor 1969 was dit respectievelijk 4453 en 770). Een nadere uitsplitsing van deze getallen naar de functie van de leden is thans niet wel realiseerbaar; daar de beginfase van het geautomatiseerd worden van het ledenbestand is ingegaan is te verwachten dat een volgend jaarverslag meer concrete cijfers in casu zal kunnen bevatten.

Slotopmerking. In dit verslag is niet gestreefd naar volledigheid, slechts is gepoogd een benadering te geven van de veelheid van zaken, waarvoor de vereniging, en met name het centraal bestuur, zich ziet gesteld. Het bestuur, zich bewust van de mogelijkheid van omissies of onduidelijkheden in deze verslaglegging, nodigt de lezer, bij wie tijdens het doornemen van dit jaarverslag vragen ter zake zijn opgekomen, uit deze vragen ter kennis van het bureau te brengen, opdat de informatieoverdracht tussen de leden in de periferie en het bestuur wordt bevorderd.

Utrecht, mei 1971.

Voor het Centraal Bestuur der L.A.D.
Dr. C. K. J. Kaaijk, secretaris

Nieuwe inschrijvingen

De Specialisten Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in de periode van 1 januari 1971 tot en met 31 maart 1971 de navolgende specialisten ingeschreven:

Allergische ziekten

P. H. Dieges, Puccinidreef 37, Voorschoten, per 1 januari 1971.

Anesthesie

Mevr. H. Bosch-Tetzner, Keizersgracht 550, Amsterdam, per 1 januari 1971.
Mevr. M. L. Brown-Odijk, Steekterweg 88a, Alphen a/d Rijn, per 1 maart 1971.
M. J. M. Gielen, Maanstraat 7, Nijmegen, per 16 februari 1971.
A. H. J. Houwing, Briljantstraat 446, Alphen a/d Rijn, per 1 februari 1971.
J. N. Jager, Secr. Versteeglaan 30, Vleuten, per 1 januari 1971.
Mevr. Prof. D. M. E. Vermeulen-Cranch, Bernard Zweerskade 24 II, Amsterdam, per 16 februari 1971.
N. J. L. Wright, Stoutenburgstraat 19, Breda, per 15 januari 1971.
M. Zvonar, Boerhaavelaan 220, Leiden, per 15 januari 1971.

Cardiologie

M. I. H. El Gamal, Lavendellaan 11, Aalst, per 1 januari 1971.
K. S. Liem, Prins Bernhardstraat 56, Culemborg, per 1 september 1970.
(Hiermede komt de inschrijving voor het specialisme Inwendige Geneeskunde d.d. 1-2-1969 te vervallen).
E. O. Robles de Medina, Rosweydelaan 98, De Meern, per 1 februari 1971.

Chirurgie

Dr. L. A. Bouvy, Kastanjelaan 33, Oss, per 1 januari 1971.
H. A. van Dijk, R. Vinkeleskade 58 hs, Amsterdam, per 1 februari 1971.
H. Hollander, Hofbrouckerlaan 14, Oegstgeest, per 1 januari 1971.
Dr. M. B. Lagaaij, Boerhaavelaan 144, Leiden, per 25 augustus 1970.
L. Springer, Tiengemeten 19, Amstelveen, per 1 januari 1971.
J. C. C. Swierstra, Händelstraat 18, Utrecht, per 1 januari 1971.
W. Vlietstra, Stalpaertstraat 106, Rotterdam, per 18 januari 1971.
A. Vos, Prinsengracht 762 I, Amsterdam, per 1 januari 1971.
F. J. van IJzeren, Anemoonweg 20, Paterswolde, per 15 januari 1971.

Dermatologie

Mej. W. E. Nanning, Coolsestraat 87a, Rotterdam, per 1 oktober 1970.
R. Roberti, Monnetlaan 117, Utrecht, per 1 januari 1971.

Inwendige geneeskunde

P. Bánki, Reinkenstraat 56, 's-Gravenhage, per 1 februari 1971.
W. van Berkel, Ravellaan 113, Utrecht, per 1 februari 1971.
R. Bieger, Van Swietenstraat 15, Leiden, per 1 november 1970.
B. Nio Sien Jauw, Lankforst 25-54, Nijmegen, per 1 september 1970, met de aantekening Röntgenologie.
B. Oei Hong Kie, Cattepoelseweg 231, Arnhem, per 19 januari 1971.
Mej. Th. J. A. Pilaar, Godijn van Doormaalstraat 64, Rotterdam, per 16 juli 1970.
Mej. H. J. Seldenrath, Van Aerssenlaan 36d, Rotterdam, per 1 januari 1971.
J. R. I. Snobl, Mechelenstraat 60, Breda, per 1 januari 1971.
G. Staal, C. Huygenslaan 6, Winschoten, per 1 januari 1971.
Mej. M. J. E. Vinkenburg, Flevolaan 127, Amstelveen, per 15 januari 1971.

Keel-, neus- en oorheelkunde

E. C. Belonje, Flevolaan 43, Amstelveen, per 1 januari 1971.
R. Jong, Van der Feltzpark 3, Assen, per 1 maart 1971.
H. Venker, Meutelaan 11, Bilthoven, per 1 december 1970.

Kindergeneeskunde

Mej. I. A. van den Broeck, Kan. Mijllinckstraat 12, Nijmegen, per 1 februari 1971.
Mevr. R. H. M. Dijkman-Neerincx, Fransestraat 65, Nijmegen, per 1 januari 1971.
F. A. M. Meersschaert, Aert van Neslaan 314, Oegstgeest, per 9 maart 1971.
Mej. H. M. Turpijn, Waddenland 67, Duivendrecht, per 1 september 1970.
P. Vio, Van Vollenhovenplein 82, Leiden, per 3 februari 1971.

Laboratoriumonderzoek

J. H. M. van Buchem, Smetanalaan 448, Assen, per 16 januari 1971; hoofdvak: pathologische anatomie.
M. C. B. Gorsira, Van Vollenhovenplein 61, Leiden, per 1 januari 1971; hoofdvak: pathologische anatomie.
Dr. H. J. A. Sonderkamp, Roermondseweg 128, Steijl (Tegelen), per 1 januari 1971; hoofdvak: bacteriologie.
J. Veldkamp, Mereveldlaan 52, De Meern, per 1 september 1970; hoofdvak: bacteriologie.
G. P. Vooy, Aldenhof 61-06, Nijmegen, per 1 januari 1971; hoofdvak: pathologische anatomie.

Longziekten en tuberculose

H. G. van der Kolk, Henriëtte Roland Holststraat 25, Zwolle, per 1 februari 1971.

Neurochirurgie

Th. A. Dokkum, Cobradreef 44, Utrecht, per 19 januari 1971.

Oogheelkunde

J. van Bruggen, Wendeling 90, Emmen, per 1 januari 1971.
J. H. W. Keur, Jekerstraat 30 II, Amsterdam, per 1 januari 1971.
A. J. M. Smals, Grote Spie 54, Breda, per 1 februari 1971.
W. G. M. Witkam, Weverslaan 37, Voorburg, per 1 januari 1971.

Orthopedie

M. T. C. Speeckaert, Schubertlaan 24 B, Roosendaal, per 2 oktober 1970.

Radiologie

M. D. van Dam, Oostelijk Halfroond 31, Amstelveen, per 1 februari 1971.

G. P. A. Damman, Jisperveldstraat 146, Amsterdam, per 1 januari 1971.

Dr. I. Heller, Berglustlaan 89, Rotterdam-Hillegersberg, per 17 februari 1971.

B. Janevski, Filigraandonk 44, Maastricht, per 19 januari 1971.

Prof. Dr. I. Kazem, Reestraat 11, Nijmegen, per 17 februari 1971.

G. J. H. de Mandt, St. Annastraat 462, Nijmegen, per 1 maart 1971.

Revalidatie

H. Bakker, Witte de Withlaan 11, Doorn, per 1 december 1970.

Verloskunde en gynaecologie

Dr. M. F. D. Csanky, Thomas Jeffersonlaan 629, Rijswijk, per 1 januari 1971.

W. H. A. M. de Groot, Okapistraat 38, Nijmegen, per 1 januari 1971.

K. Mil, Peter Schunckstraat 220, Heerlen, per 1 januari 1971.

F. S. Rachmat, Wilhelmina Gasthuis, Amsterdam, per 1 januari 1971.

P. E. R. Rhemrev, Van Merlenlaan 9, Heemstede, per 1 februari 1971.

G. L. A. Verbeke, Maria Ziekenhuis, Dr. Deelenlaan 6, Tilburg, per 9 december 1970.

A. J. M. van der Werf, Prof. v. d. Grintenstraat 12, Nijmegen, per 1 januari 1971.

Zenuw- en zielsziekten

J. F. van der Bruggen, Bertha van Suttnerstraat 1, Haarlem, per 11 mei 1970; hoofdvak: psychiatrie.

Mevr. Prof. Dr. E. C. M. Frijling-Schreuder, Soetendaal 17, Amsterdam, per 15 februari 1971; hoofdvak: psychiatrie.

J. Hofstra, Utmarksgatan 19, 72335 Västerås, Zweden, per 16 november 1970.

J. Troost, Toscadreef 31, Utrecht, per 1 november 1970; hoofdvak: neurologie.

Aantekening electroëncephalografie

H. A. M. G. Pieters, Trekweg 27, Middelstum, per 1 augustus 1970.

J. Troost, Toscadreef 31, Utrecht, per 1 november 1970.

MC | VAN DE S.G.R.C.

Nieuwe inschrijvingen

De Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft de volgende artsen ingeschreven in het register van erkende sociaal-geneeskundigen.

Tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

per 23 december 1970, G. D. Bos te Rotterdam

per 1 januari 1971, S. C. van der Meulen te Delft
per 1 februari 1971, C. J. Bruinse te Dordrecht

Tak jeugdgezondheidszorg

per 3 november 1970, E. Oosterhuis-Weisz te Voorburg
per 1 januari 1971, Dr. N. W. Klaasse te Rotterdam
per 1 februari 1971, Dr. S. Kafiluddi te Rotterdam
per 15 maart 1971, A. Verloop te De Bilt

Tak algemene gezondheidszorg

per 25 januari 1971, F. E. Reitsma te Zeist
per 15 februari 1971, A. G. Dissevelt te Nairobi — Kenya

Utrecht, 26 mei 1971

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

S. A. Duursma te Utrecht promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Botafwijkingen bij patiënten met verminderde nierfunctie”. Promotor was Prof. Dr. L. A. Hulst.

D. J. J. Groenhuys te Nijmegen promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De besmettelijkheid van ftisis”. Promotor was Prof. Dr. J. K. Kraan. Co-referent Prof. Dr. N. G. M. Orie.

L. M. Hogerzeil te Utrecht promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Erythropoetische protoporphyrie, een klinisch en genetisch onderzoek”. Promotor was Prof. Dr. L. H. Jansen.

V. A. J. M. Kunst te Nijmegen promoveerde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Bereiding en toepassing van een concentraat van de stollingsfactoren II, VII, X en IX: PPSB”. Promotor was Prof. Dr. C. A. M. Haanen.

P. Nieuwenhuis te Groningen promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „On the origin and fate of immunologically competent cells”. Promotor was Prof. Dr. F. G. Keuning. Co-referent Dr. I. Molenaar.

D. J. Steensma te Diepenveen promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Het plaveiselcelcarcinoom van de tong”. Promotor was Prof. Dr. J. Oldhoff. Co-referent Prof. Dr. H. C. Stam.

J. D. de Stoppelaar te Woudenberg promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Streptococcus mutans, streptococcus sanguis en tandcaries”. Promotor was Prof. O. Backer Dirks.

A. Vos te Amsterdam promoveerde aan de Uni-

versiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Damage and repair of the common bile duct”. Promotor was Prof. Dr. I. Boerema.

A. K. Vos te Bergen op Zoom promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De prognose van de ziekte van Hodgkin gebaseerd op de histologische typering”. Promotor was Prof. Dr. A. Schaberg.

R. A. van de Weg promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Enzympatroon en functionele activiteit van de bijnierschors”. Promotor was Prof. Dr. A. Schaberg.

A. van der Wouden te Wassenaar promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Botziekten in het os temporale met gehoorstoornissen”. Promotor was Prof. Dr. P. H. Schmidt.

W. G. Zelvelder te Delft promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Therapeutic evaluation of hypnotics”. Promotor was Prof. Dr. J. van Noordwijk.

A. van der Zwan te Oestgeest promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Hypofyse-tumoren — pituitary tumors”. Promotor was Prof. Dr. W. Luyendijk.

Benoemingen:

Dr. H. J. Huisjes is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de verloskunde en de leer der vrouwenziekten.

Prof. Dr. P. J. F. M. Kuijpers is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de vaatchirurgie.

Prof. Dr. L. K. M. H. Lacquet is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de thorax- en cardiochirurgie.

Dr. G. Losekoot is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de kinder-cardiologie.

Dr. S. J. Nijdam is benoemd tot gewoon hoogle-raar in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de psychiatrie.

Dr. J. P. Roos is benoemd tot hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam om onderwijs te geven in de cardiologie.

Dr. J. A. Weijel is benoemd tot bijzonder hoogle-raar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de sociale verzekeringsgeneeskunde.

MC | BRIEVEN AAN DE REDACTIE

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

JEUGD ONDER DRUG

Het is mogelijk, dat de heer J. H. van Meurs in Medisch Contact nr. 18/1971, blz. 514, dank zij zijn opleiding het boekje „Jeugd onder drug” „naar onwaarde” kan schatten. Helaas is hij — ondanks zijn opleiding — nog niet helemaal in staat een brief te schrijven, waarin zijn bezwaren gefundeerd en systematisch duidelijk worden gemaakt. Zijn brief bevat een warboel van aanvallen op respectievelijk: een groep artsen, staatssecretaris Kruisinga, het boekje „Jeugd onder drug”, de eerste persconferentie van Dr. Esser en de V.A.B.O.O. Het zou te ver voeren om op al deze kritiek in detail in te gaan. Op een enkel punt wil ik

echter graag enig commentaar geven.

Het boekje „Jeugd onder drug” zou zichzelf volgens Van Meurs als „wetenschappelijk” aanprijzen. Op blz. 7 staat: „de verwerkte wetenschappelijke argumenten zijn... het resultaat van duizenden wetenschappelijke onderzoeken, die over de gehele wereld zijn verricht”. Dat wil zeggen de schrijvers hebben diverse gegevens, die zij bestudeerden, geselecteerd en naar beste weten verwerkt tot een voor het doel geschikt en hanteerbaar gemaakt boekje, dat is voor de doorsnee opvoeder. Het is nu eenmaal voor een gewone burger niet doenlijk om uit een verzameling wetenschappelijke gegevens enige wijsheid te putten. Laat staan, daaruit datgene te destilleren wat hij in zijn dagelijks leven als praktisch bruikbaar kan benutten.

Op welke wetenschappelijke gegevens steunt de uitspraak van Van Meurs, dat dit boekje naar zijn mening gevaarlijk zou zijn voor de geestelijke volksgezondheid? Zou het niet verreweg verstandiger zijn om zich voorlopig neer te leggen bij de uitspraak van

de staatssecretaris, Dr. Kruisinga, die in de Eerste Kamer zei: „Hoe men het ook keert of wendt, er heerst op zijn minst, allerm minst zekerheid over de onschadelijkheid van hennep”.

Het is de plicht van de heer Van Meurs als arts, van alle artsen, apothekers, ouders en opvoeders, de jeugd te wijzen op het goede in het leven, maar tevens hen te waarschuwen tegen en te behoeden voor schadelijke invloeden en deze niet op onverantwoordelijke wijze te bagatelliseren. De schrijvers van „Jeugd onder drug” hebben naar mijn mening een duidelijke waarschuwing laten horen. Reeds alleen daarom zijn zij te prijzen.

Tilburg, 4 juni 1971

G. L. M. A. Hage-Noël, apotheker

Naschrift: Wellicht ten overvloede wijzen wij er op, dat „Jeugd onder drug” voor dit blad werd besproken door de psycholoog Dr. O. W. M. Kamstra, en wel in het Drugnummer, M.C. nr. 21/1971, blz. 597. *Red.*

In het verslag over haar werkzaamheden gedurende 1970 maakt de Rekenkamer er gewag van dat zij bij brief van 25 juni 1970 van de minister van Onderwijs en Wetenschappen bericht heeft ontvangen dat was besloten de bestaande regelingen inzake medisch-specialistische hulp voor ziekenfonds-verzekerden ook toe te passen voor wat betreft de poliklinieken van academische ziekenhuizen en wel met terugwerkende kracht van 1 april 1970 af. Hoewel het de Rekenkamer tot voldoening stemt dat de regeling tot stand is gekomen, vestigt zij nog eens de aandacht op de trage gang van zaken in deze tien jaar slepende kwestie. Het interuniversitair en het interdepartementaal overleg duurden tot 1965 en het overleg van de rijksoverheid met de Ziekenfondsraad van 1965 tot ultimo 1969. Al die jaren zijn de staat belangrijke inkomsten — naar schatting op basis van het prijspeil 1970 f 16 miljoen per jaar — ontgaan, aldus de Rekenkamer, die er nog eens op aandringt dat de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid al zijn invloed zal aanwenden om in eventuele volgende gevallen tot een snellere besluitvorming door de Ziekenfondsraad te komen.



In de Canadese provincie Quebec is het tot een hevige crisis in de gezondheidszorg gekomen, schrijft Eurinform van 14 april jl. De specialisten staken voor een deel, velen denken er hard over weg te gaan. Reden hiervan is het aannemen, in juli 1970, van een nieuwe provinciale wet op de ziektekostenverzekering. Genoemde wet maakt de medische en tandheelkundige hulp gratis en geeft de overheid grotere controlebevoegdheden dan overal elders in het land. De benodigde gelden komen voor de helft uit de landskas; voor de andere helft is een extra-loonbelasting ingevoerd, op fifty-fifty-basis op te brengen door werkgever en werknemer. Vooral de specialisten kwamen tegen de nieuwe regeling in het geweer. Hun netto-jaarincome zou tot 25 à 27.000 dollar dalen, de helft van wat zij gewend waren. Op 8 oktober 1970 begonnen zij aan een tiendaagse staking, die werd gebroken toen de autoriteiten de 16e oktober een wet uitvaardigden, die elke dag verder staken strafbaar stelde met een boete van 200-500 dollar of een hechtenis van ten hoogste een maand. Deze wet werd, nadat de specialisten

onder protest hun werkzaamheden hadden hervat, op 15 november weer buiten werking gesteld. Het laat zich aanzien, dat vele artsen de provincie Quebec zullen verlaten. In 1962 raakte Saskatchewan bij een zelfde conflict 40% van zijn artsen kwijt.



Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde is door het aftreden van de collegae Groot Wesseldijk, Jacobs en Vertin en het verkiezen van de collegae Becking, Van Nieuwenhuize en Zuidema, thans als volgt is samengesteld: J. Bosman, voorzitter; H. Zuidema, 1e secretaris; J. H. Becking, penningmeester; Dr. A. E. Leuftink, vicevoorzitter; J. M. de Bok, 2e secretaris; N. A. Meursing en Dr. J. P. van Nieuwenhuize, leden; Dr. J. P. Kuiper, adviserend lid; Mevr. T. Rooyackers-Beemster, plv. adviserend lid.



Op 25 en 26 juni aanstaande vindt een Boerhaave-cursus „Drugs” plaats. De bedoeling van deze cursus is informatie te geven over het gebruik en misbruik van drugs en alcohol. Behandeld worden achtergronden, herkenning van de acute situatie en verwijzing. De cursus is speciaal bestemd voor huisartsen. Cursusleiding: Prof. Dr. J. Bastiaans, Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis, Prof. Dr. N. Speijer en Prof. Dr. E. L. Noach. Nadere inlichtingen en inschrijvingen bij het secretariaat van de Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Academisch Ziekenhuis, Leliden, tel. 01710-47222, toestel 2797.



Van 8-14 oktober 1971 wordt in het Zweedse Gothenburg de internationale vakbeurs „Medical care and health” gehouden. Informatie bij de Landenkamer Zweden van de Centrale Kamer van Handelsbevordering, Postbus 2085, Den Haag, tel. 070-814551.



In het volgende academisch jaar zal Dr. E. Brutton als Fulbright professor aan de universiteit van Utrecht zijn verbonden. Prof. Brutton is hoofd van de afdeling Spraakpathologie van de University of Southern Illinois, Carbonale (Illinois) U.S.A. Van oktober 1971 tot april 1972 zal onder leiding van Dr.

Brutton en Dr. Damsté voor een beperkt aantal deelnemers een seminarie worden gehouden over de leer-theoretische achtergronden van spraakstoornissen. De bedoeling is wekelijks gedurende twee uren bij elkaar te komen, in totaal 16 keer. Het algemene gedeelte is ook van belang voor iemand die niet bijzonder op de hoogte is van spraakstoornissen. De kosten voor deelname bedragen f 150,—, voor studenten ingeschreven aan een universiteit is de deelname kosteloos. Op-gave (nog niet bindend) gaarne met voorkeur voor tijdstip dat het best convenieert aan mevrouw M. J. Kooy-Kool, Akademisch Ziekenhuis, Afdeling Foniatrie, tel: 030-28234, toestel 592.



In het kader van de bevordering van de doelmatigheid binnen de gezondheidszorg heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid medio 1970 een onderzoekopdracht verleend aan het Nationaal Ziekenhuisinstituut en het raadgevend bureau Ir. B. W. Berenschot N.V. Het gaat om een tweetal vooronderzoeken naar de mogelijkheid van arbeidstechnische splitsing van de uitvoerende arbeid op verpleegafdelingen in ziekenhuizen. De algemene vraagstelling luidde: „Kan het totale verpleeg/verzorg-arbeidsvolume op een zodanige wijze worden gesplitst, dat zinvolle, redelijk attractieve dagtaken ontstaan, die kwalitatief duidelijk kunnen worden onderscheiden en zo mogelijk op elkaar aansluitende opleiding en honorering inhouden?”. In een eerste vooronderzoek werd gebruik gemaakt van voor een groot deel reeds beschikbare gegevens met betrekking tot de tijdsbesteding van verschillende categorieën medewerkers van verschillend niveau, werkzaam op de algemene interne en algemene chirurgische verpleegafdelingen van vier algemene ziekenhuizen. Dit historisch materiaal werd zo gerangschikt, dat kennis werd verkregen omtrent de totale tijdsbesteding van de verschillende medewerkers en de tijdsbesteding per activiteit of handeling. Het rapport over dit eerste vooronderzoek kwam in december 1970 gereed. Door middel van het tweede onderzoek wil men meer gedetailleerde kwantitatieve gegevens trachten te krijgen. Dit onderzoek, dat is beperkt tot de algemene chirurgische verpleegafdelingen, mondt uit in: een lijst van werkzaamheden/handelingen; een tabel van gemiddelde tijden voor de belangrijkste werkzaamheden en handelingen; een lijst van gemiddelde frequenties waarin de patiëntgebonden werkzaamheden/han-

delingen, afhankelijk van patiëntentypen, voorkomen. Het rapport over dit vooronderzoek zal eind juli gereedkomen, in augustus gevolgd door een interimrapport over de eerste onderzoekfase. Een samenvattend rapport over beide vooronderzoeken kan eind dit jaar worden ingewacht. Het zal de basis moeten vormen voor een studie naar de taakstructuren in de verpleging, gericht op toekomstige situaties en met organisatiemethodieken uit het bedrijfsleven als uitgangspunt. Een uitvoerige beschouwing over beide vooronderzoeken verschijnt in het juli-nummer van „Het Ziekenhuis“.



Op 16 oktober 1971 vindt te Nijmegen een studiedag plaats onder auspiciën van de Katholieke Artsenvereniging en de Protestants Christelijke Artsenorganisatie. Er zullen voordrachten worden gehouden over het beeld van het westerse huwelijk en de alternatieve verschijningsvorm daarvan. Tijdens het tweede deel van de dag komen in het bijzonder problemen rond huwelijk en seksualiteit bij bepaalde vormen van handicap aan de orde. Verdere inlichtingen volgen.



West-Duitsland heeft zijn eerste hoogleraar in de klinische cytologie. Het is Prof. Hans-Jürgen Joost, directeur van het Cytologisch Instituut van het Bayrisches Landesverband zur Erforschung und Bekämpfung der Krebskrankheiten. De nieuwe leerstoel is ondergebracht bij de Technische Universiteit van München. De pasbenoemde hoogleraar hoopt reeds door hem gestarte activiteiten met betrekking tot de vroege detectie van kanker in zijn nieuwe functie te kunnen uitbouwen, zo meldt Selecta d.d. 7 juni 1971.



Het Pharmaceutisch Weekblad van 11 juni 1971 is in zijn geheel gewijd aan het op 30 maart jl. gehouden Drugsymposium van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Pharmacie. Men kan er de tekst van alle voordrachten van die dag in vinden en verder een weergave van de paneldiscussie en de na afloop gehouden persconferentie. Het nummer kan worden aangevraagd via het secretariaat van de K.N.M.P., Alexanderstraat 11, 's-Gravenhage, tel. 070-655922.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

Uitgever: Uitgeverij. Kruyt N.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259*, postgiro 142554.

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

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 40,—, plus f 1,60 BTW = f 41,60, buitenland f 45,—, losse nummers f 1,04 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 17.060 exemplaren.

Druk: Verweij Mijdsrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Bureau voor waarneming en vestiging:

van 9 tot 16.30 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411:

uitsluitend na 18 uur en in het weekend: telefoon 020-793334.

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Boheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021