



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

AANTASTING VAN AUTORITEIT

Onlangs hebben enkele lezers onze aandacht gevraagd voor een krantenbericht, dat was voorzien van het opschrift „Boete voor arts die plicht verzaakte”. Het bericht behelsde de me-

dedeling dat een patiënt, die zich bij graafwerk aan de hand had verwond, een anti-tetanus injectie weigerde en dat de rechtbank te Toulouse de arts, die zich bij deze weigering had neergelegd, deswege had beboet. De genoemde rechtbank zou zich op het standpunt hebben gesteld dat niet de patiënt doch de arts had te beslissen welke behandeling de patiënt dient te ondergaan. Naspeuring in Franse medische tijdschriften heeft ons geen opheldering kunnen geven over deze naar onze begrippen wat bevreemdende rechterlijke uitspraak. Niettemin, het opschrift boven dit bericht, dat een arts zijn plicht verzaakte is toch wel symptomatisch voor de neiging - zoals het onlangs in het mededelingenblad voor het personeel van het Wilhelmina-Gasthuis te Amsterdam werd geformuleerd - om in kranten over de medische verzorging blijk te geven van wantrouwen in ieder, die als autoriteit wordt gezien.

Een der lezers, die ons opmerkzaam maakte op dit bericht en zich blijkens zijn schrijven - en niet ten onrechte - ergert aan de snelheid, waarmee sommige kranten op informatie van patiënten, dus eenzijdig, al dan niet reëel wan-gedrag of nalatigheid van artsen publiceren, deelde daarbij mede dat het ziekenhuis, waar-over hij het directoraat voert, gewend is patiënten, die tegen medisch advies in het ziekenhuis willen verlaten, een verklaring te laten tekenen dat zij op en voor eigen verantwoordelijkheid handelen. Inderdaad, het ziet er wel naar uit, gelet op de wijze waarop patiënten als bron voor publiciteitsmedia dienst blijken te kunnen doen, dat het voor de arts of voor het ziekenhuis kan zijn geboden in bepaalde gevallen over

25e JAARGANG — No. 11 — 13 MAART 1970

INHOUD

Aantasting van autoriteit	249
Universitaire berichten	250
De medische professie in het ziekenhuis	251
Minister Veringa installeerde Commissie	
Voorbereiding Medische Faculteit Maas-	
tricht	254
Jubileumcongres A.N.V.S.G. „De mens in	
zijn milieu”	254
Internationaal perspectief	255
Directies Delftse ziekenhuizen bezorgd over	
mogelijke vestiging ziekenhuis Rijswijk	257
Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie	
ten doop gehouden	258
Boerhaavecursus over „Vorderingen in de	
geneeskunde”	260
De Incunabelen en Postincunabelen in de	
Bibliotheek van de Maatschappij (LI) ...	261
U.R.-geneesmiddelen	263
Van het hoofdbestuur:	
Uitslagen verkiezingen districtsraden ...	267
Van de Commissie inzake Geneeskundige	
Verklaringen:	
Grensarbeiders	267
Van het Centraal Bestuur L.H.V.:	
Zestiende lijst van apothekrijke gebie-	
den	268
Van de S.V.B.P.H.:	
Belastbaarheid pensioengelden	268
Van de S.P.M.S.:	
Uitkeringen weduwen en wezen	268
Uit de afdelingen	269
Personalia	269
Brieven aan de redactie	270
Varia	271

Hoofdredacteur: F. A. Bol

Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens

Colofon op bladzijde 272

documentatie te beschikken om zich te vrijwaren tegen eventueel later, op grond van inmiddels ondervonden teleurstelling, tegen hen te ondernemen acties.

Dat dit niet denkbeeldig is meent men te mogen afleiden uit een verhaal, dat De Volkskrant enkele weken geleden op een maandagmorgen haar lezers voorhield. Blijkens dit verhaal had op de daaraan voorafgaande zaterdag een bejaarde patiënt tegen medisch advies in het ziekenhuis verlaten. Kort nadat de patiënt naar zijn woning was vervoerd verergerde zijn toestand en hij overleed enkele uren later. De schoonzoon zou tevergeefs hebben getracht snel hulp van de huisarts te krijgen, wendde zich vol verontwaardiging tot genoemd dagblad met de uiteenzetting van zijn bevindingen en de mededeling dat hij tegen de huisarts een klacht bij een medisch tuchtcollege zou - let wel: zóú - indienen. De mededelingen van de schoonzoon van de overledene waren voor het genoemde blad kennelijk zonder meer voldoende om deze zaak en daarmee de huisarts binnen anderhalf weekend-etmaal in de publiciteit te brengen. Andermaal een symptoom als voren.

Even op dit laatste geval ingaande: voor de schoonzoon stond blijkens zijn met gretigheid door het blad gepubliceerde relaas vast dat de schoonvader - al dan niet na een getekende verklaring dienaangaande - tegen medisch advies in uit het ziekenhuis naar zijn woning was

vervoerd. Maar het blad had zich blijkbaar niet willen opwerken tot de vraag, welke de consequenties kunnen zijn wanneer een patiënt zich bewust, tegen medisch advies in en in een i.c. kennelijk ernstige situatie, onttrekt aan de voortdurend hem omringende medische hulp, zoals in het ziekenhuis kan worden geboden; het zich bezinnen op deze consequentie zou vermoedelijk remmend hebben gewerkt op de gebleken voorkeur de publieke opinie te bespeken met de verontwaardiging dat de huisarts niet spoorslags hulp kwam - of kon? - bieden aan de patiënt, die zich enkele uren tevoren aan ononderbroken medische bijstand had onttrokken.

Zowel een vooralsnog oncontroleerbaar bericht, dat wordt voorzien van een opschrift dat „een arts zijn plicht verzaakt” als het hier ge-signaleerde op gezag van een familielid gepubliceerd verhaal in genoemd dagblad, wettigen de vraag of de symptomen, die kenmerkend zijn voor de - niet alleen in het medische vlak - waarneembare neiging tot aantasting van de autoriteit, nog wel representatief zijn voor een voor iedereen aanvaardbare zin voor opbouwende kritische begeleiding door de publiciteit van hetgeen zij in het maatschappelijke leven waarneemt. Steeds meer te vrezen wordt, dat men op den duur die vraag ontkennend zal moeten gaan beantwoorden.

v.M.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

R. F. Brenkman te Warmond promoveerde aan de Universiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Regeneratie en metaplasie van respiratoir epitheel”. (Een experimenteel histologisch, autoradiografisch en enzymhistochemisch onderzoek over het trachea-epitheel van de muis). Promotor was Prof. Dr. A. Schaberg.

P. Kanaar te Leiderdorp promoveerde aan de Universiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Over de pathogenese van acne vulgaris”. Promotor was Prof. Dr. M. K. Polano.

A. A. W. Op den Coul promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De atrofie van de kleine handspieren”. Promotor was Prof. Dr. A. Biemond.

Benoemingen:

Dr. E. van Dijk is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de huid- en geslachtsziekten.

Dr. W. Goudsmit is benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de faculteit der rechtsgeleerdheid en in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de forensische psychiatrie.

Prof. Dr. A. H. van Leeuwen is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de algemene inwendige geneeskunde.

Dr. C. van der Meer is benoemd tot hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de inwendige geneeskunde.

Dr. P. G. Smelik is benoemd tot hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de farmacologie.

Dr. A. Verjaal is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden om onderwijs te geven in de geneeskundige neurologie.

Dr. G. H. Zeilmaker is benoemd tot gewoon lector aan de Medische faculteit te Rotterdam om onderwijs te geven in de fysiologie, met een bijzondere opdracht voor de fysiologie van de voortplanting.

De medische professie in het ziekenhuis

Rede van Dr. J. C. M. Hattinga Verschure bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de ziekenhuiswetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Utrecht

In een rede, gehouden op maandag 2 maart 1967, schetste Dr. J. C. M. Hattinga Verschure — bij de aanvaarding van zijn ambt als gewoon hoogleraar in de ziekenhuiswetenschappen aan de Rijksuniversiteit te Utrecht — de ontwikkeling van het ziekenhuiswezen, zowel o.a. naar geneeskundige verrichtingen en personeelsbezetting, om vervolgens in te gaan op de medische professie in het ziekenhuis. Dienaangaande betoogde Dr. Hattinga Verschure:

„De medische specialist wordt in de maalstroom van de geschetste ontwikkeling meegesleept. Het is duidelijk dat hij in toenemende mate is aangewezen op de concentratie van hulpkrachten en apparatuur in het ziekenhuis. Ook de spreekkamer thuis wordt voor veel specialismen relatief insufficiënt. De vereiste samenwerking met andere specialisten kon aanvankelijk worden opgevangen door een toenemend aantal intercollegiale consulten. Maar in steeds meer gebieden van de specialistische geneeskunde ontwikkelt zich de samenwerking tot vaste groepsverbanden. Het is echter een onjuiste gedachte dat een „team” ontstaat door het bijeen brengen van een aantal individuele deskundigen. Het huidige individu en meer nog de individualist zal pas tot echt team-werk in staat zijn wanneer zijn persoonlijkheidsstructuur daartoe een diepgaande verandering heeft ondergaan. In de meeste ziekenhuizen spreekt men tegenwoordig van „de medische staf”. Veelal wordt er nog slechts mee aangeduid dat er een vastere binding aan het ontstaan is tussen bepaalde specialisten en een bepaald ziekenhuis. Slechts zelden is een medische staf reeds ontwikkeld tot een echt groepsverband, in staat om enerzijds de algemene aspecten van haar professie adequaat te hanteren en anderzijds zich voldoende te identificeren met het ziekenhuis als geheel, en zich niet „buiten” of zelfs „tegenover” het ziekenhuis op te stellen als een soort belangenvereniging.

Voor de specialist ligt dit terrein van de groepsgebondenheid binnen het ziekenhuis inderdaad vol met „mijnen”. *Mijn* eigen bedrijfje is een constructie uit het verleden die steeds minder geloofwaardig wordt; *mijn* eigen verantwoordelijkheid moet met anderen op een ingewikkelde wijze worden gedeeld. *Mijn* medisch handelen wordt onderwerp van overleg in een groep. Anderen menen zich met de hoogte van *mijn* inkomen te moeten bemoeien. Veel van

deze „mijnen” leiden nu en dan tot explosies. Het mijnenveld in het ziekenhuis is voor hen die het moeten ruimen — besturen, directies, progressieve specialisten — een gevaarlijk terrein. De kleine knallen horen tot het leven van alledag. De grote explosies komen in de kranten en worden in hun structurele achtergrond meestal niet begrepen. De adaptatie van de specialisten aan groepsverband en ziekenhuis kan worden bevorderd door sociologisch en sociaal-psychologisch onderzoek. Hier ligt een belangrijk werkterrein.

Organisatie en professie

„De ontmoeting tussen medische professie en ziekenhuisorganisatie — aldus woordelijk Dr. Hattinga Verschure — heeft vaak meer het karakter van een botsing. Ten dele wordt dat veroorzaakt door het feit dat veel medici organisatie ervaren als een noodzakelijk kwaad en als werk van lagere orde. Zo is het verklaarbaar dat medici die zich op sociaal-geneeskundig of medisch-organisatorisch terrein begeven door de clinici als een soort „on-echte” medici worden beschouwd, die naar hun gevoel verraad gepleegd hebben door te treden uit de „kring der magiërs” die de „echte genezers” omvat. Onkunde en minachting voor organisatie zijn voor de clinicus geen goede basis om met succes zelf op te treden als hoofd van een afdeling of een instituut. Van de zijde van organisatie-deskundigen wordt het dan weer moeilijk om zulke clinici met respect tegemoet te treden. Het spanningsveld tussen organisatie en professie is groot en verdient een grotere aandacht van wetenschappelijke onderzoekers. Zulk onderzoek dient mede uit te gaan van voldoende kennis van de feitelijke verhoudingen, wil het ontkomen aan het gevaar van eenzijdigheid. Een voorbeeld, hoe belangrijk de sociologie kan bijdragen tot het scheppen van inzicht in het spel van menselijke verhoudingen zoals zich dat in het ziekenhuis aan het ontwikkelen is wordt gevormd door een voordracht van De Moor over *Professie en organisatie* (1967). Anderzijds moet ik opmerken dat deze studie tevens het bewijs in zich draagt dat nader onderzoek in de Nederlandse verhoudingen noodzakelijk is. Gemakkelijk zal elk der beide partijen zich meester maken van uitspraken die haar gelegen komen en deze „in naam der wetenschap” uitdragen. Bij zulke studies is dan ook grote voorzichtigheid geboden. Uit een onderzoek in

een enkel ziekenhuis en dan nog in de Verenigde Staten (Perkins 1960) en dan nog tien jaar geleden, mag men voor Nederland niet zonder meer tot conclusies komen die richting zouden geven aan een te voeren beleid. De hypothese van Gouldner e.a. (1957), dat er noodzakelijkerwijs een polariteit bestaat tussen loyaliteit aan de eigen organisatie en loyaliteit aan de wetenschappelijke beoefening van de professie, moge wellicht gelden voor de wetenschappelijke onderzoekers aan universiteiten, zij dient op de ziekenhuizen niet te worden toegepast dan na zorgvuldige toetsing op haar geldigheid aldaar.

In de ziekenhuizen lijkt mij een systeem, waarbinnen een symbiose tussen professie en organisatie wordt bevorderd, te verkiezen boven de situatie waarin de professie parasiteert op de organisatie. Naast de studie van de verschijnselen spreek ik mij uit voor het opzetten van alternatieve structuurpatronen die, na zorgvuldige analyse, in de ziekenhuizen kunnen worden getoetst op hun bruikbaarheid en die kunnen bijdragen tot het scheppen van betere verhoudingen, waardoor minder energie nodig zal zijn om het evenwicht in het dagelijks handelen te handhaven."

Na te zijn ingegaan op de problematiek van personeelsverloop en personeelstekort in het ziekenhuis zag spreker in verband met automatisering en met verkorting van arbeidstijden de personele bezetting van het ziekenhuis in de toekomst minder somber in. Dr. Hattinga Verschure betoogde dienaangaande:

„De werkloosheid zal in een geordende maatschappij uitgesmeerd worden over allen, dat wil zeggen dat een gedwongen arbeidstijdverkorting zal moeten plaatsvinden. De vijfdaagse werkweek van heden zal in enkele decennia kunnen worden ingekort tot een werkweek van vier of wellicht zelfs drie dagen, terwijl de vakanties verlengd zullen kunnen worden tot verscheidene maanden per jaar. Voor het ziekenhuis lijkt deze ontwikkeling rampzalige gevolgen te zullen hebben. Men zal met nog veel meer personeel moeten werken om de continue diensten in stand te houden, met alle bezwaren die daaraan verbonden zijn. Het organisatieaspect zal onevenredig toenemen. De vele regelingen en overdrachten van gegevens zullen dan echter, beter dan nu het geval is, kunnen worden verricht door de computer. Behalve door verkorting van de arbeidstijd, zal de enorme vrijkomende arbeidscapaciteit kunnen worden opgevangen door al die dienstverlenende bedrijven waarin een emotioneel volwaardig menselijk contact een voorlopig onvervangbaar gegeven lijkt te zijn. Naast bijv. pastorale zorg en sommige recreatieve beroepen, zullen ook de gezondheidsinstellingen tot deze groep gerekend moeten worden. Zij zullen kunnen putten uit een welhaast onafzienbaar arbeidspotentieel. Na het passeren van een dieptepunt in de jaren zeventig mag worden verwacht dat de personeelsvoorziening steeds beter gaat worden en wellicht na enkele decennia reeds een verzadigingspunt heeft bereikt. Een evenwichts-

toestand voor de continuebedrijven zal bovendien worden bevorderd zodra door verdere werktijdverkorting het „vrije weekend" zijn karakter van algemeen geldende vrije dagen heeft verloren. Bij toenemende bevolkingsdichtheid zal de efficiëntie waarschijnlijk wel vereisen, dat de vrijetijdsvoorzieningen voortdurend en gelijkmatig worden benut en niet zoals thans nog het geval is, met sterke toppen in „het weekend". Met F. L. Polak ben ik van mening dat wij er goed aan doen, ons zo intensief mogelijk met de ontwikkeling van de toekomst bezig te houden. De consequenties van de huidige technologie zijn wellicht voortekenen van een totaal andere samenleving.

Intussen moet men in de ziekenhuizen echter nog de gaten trachten te vullen die telkens weer dreigen te vallen door het personeelstekort. In de verpleegkundige sector is daartoe het inzetten van grotere aantallen Philippijnse verpleegkrachten succesvol gebleken in het Onze Lieve Vrouwe gasthuis en het St. Lucasziekenhuis te Amsterdam. Met de juiste procedure kan hun aantal tot duizenden worden vergroot, zonder enige schade voor hun moederland; integendeel."

Een panorama van vraagstukken

Vervolgens gaf Dr. Hattinga Verschure een panorama van vraagstukken, daarbij enkele markante opsommende, overigens vaststellende niet volledig te zijn. Deze punten werden als volgt voorgelegd:

„De *patiënt* is aan het veranderen. Hij is veel-eisender geworden wat betreft zijn medische behandeling, verpleging en bouwkundige voorzieningen. Hoe het ziekenhuis subjectief door de patiënten wordt ervaren is nog onvoldoende bestudeerd en vereist verder onderzoek.

De *democratisering* van de ziekenhuisorganisatie begint meer ruimte te krijgen. Naast de medische staf ontstaat de bedrijfsstaf; naast de vergadering van hoofdzusters de gekozen verplegingsraad. De spelregels voor vruchtbaar overleg, dat bovendien niet teveel tijd van iedereen gaat kosten, moeten worden aangeleerd. Hiervoor moeten meer mogelijkheden worden geschapen, terwijl het inzicht dat goed vergaderen een kunst is die men leren moet, gemeengoed zal dienen te worden.

De *directiestructuur* in de ziekenhuizen heeft al veel pennen in beweging gebracht. Ik bekken mij tot de pluriforme oplossing, waarbij uit een aantal alternatieven telkens weer de structuur wordt gekozen die het best aansluit op de omstandigheden ter plaatse en de mogelijkheden van beschikbare personen. Die alternatieven, elk voorzien met de voor en nadelen die eraan verbonden kunnen zijn, dienen dan ook ter beschikking te zijn van de ziekenhuisbesturen en directies.

Het *bestuur* van het ziekenhuis, met name het

stichtingsbestuur, vult zich veelal aan door coöptatie. Een orgaan waaraan het verantwoording moet afleggen, is er niet. De zittingsduur der leden is de facto onbeperkt, wanneer niet is vastgelegd dat men slechts een of tweemaal herkiesbaar is. Bij zulk een constructie is het lofrijk en verwonderlijk dat besturen van Nederlandse ziekenhuizen niet veel vaker vervallen tot willekeur. Alternatieve constructies dienen niettemin bestudeerd te worden.

Ook *ethische problematiek* moet hier worden genoemd. Gelukkig is in Nederland de medische ethiek goed ontwikkeld. Het is merkwaardig dat bij veel medische specialisten de maatschappelijke ethiek echter is achtergebleven. Hoe is het anders te duiden, dat zo verbeterd wordt vastgehouden aan verouderde of inadequate honoreringsvormen, zoals de sterke progressie van honoraria voor particuliere patiënten, of ook sommige ziekenfondsverrichtingstarieven, ook al leiden die door de inmiddels veranderde omstandigheden in een aantal gevallen tot inkomens van tonnen, die in geen redelijke verhouding meer staan tot de geleverde prestaties. Hier moet ook gewezen worden op het vergen van „praktijkovernemingsommen” door ziekenhuisspecialisten, terwijl van „goodwill” geen sprake is, zoals bij laboratoriumspecialisten, radiologen en anesthesisten.

De *schaalvergroting* is weer een ander probleem. Een volledige uitoefening van het gehele veld van specialistische geneeskunde met al zijn uitlopers, zou een ziekenhuis vergen met 1.500 tot 2.000 bedden. Gelukkig heeft de mening postgevat dat mammoet-ziekenhuizen organisatorisch en sociologisch in ons land niet goed te hanteren zijn. Velen, waaronder ook ik mij reken, achten 400 tot 600 bedden een optimale grootte. Men aarzelt om 1.000 bedden als maximum te overschrijden.

Affiliatie moet dan voor de medische faculteiten de oplossing bieden voor het relatieve tekort aan onderwijsbedden. Bij verstandige doorvoering kan affiliatie echter veel meer voordelen bieden aan alle partners. Het volledige pakket van medisch-specialistische voorzieningen kan immers wel worden geboden in een groep van samenwerkende ziekenhuizen, die tot een juiste onderlinge werkverdeling zijn gekomen. Affiliatie zal een belangrijke kern kunnen vormen in de regionale samenwerking tussen de ziekenhuizen in die verzorgingsgebieden waarin academische ziekenhuizen aanwezig zijn. Wat groepsgeneeskunde is voor de specialisten, is regionale samenwerking voor de ziekenhuizen. De uitbouw van regionale samenwerking in het algemeen en affiliatie in het bijzonder, acht ik voor de komende jaren een van de belangrijkste opgaven voor de Nederlandse ziekenhuizen.”

Wat betekent „Ziekenhuiswetenschappen”?

In zijn rede gaf Dr. Hattinga Verschure — na

aandacht te hebben geschonken aan ziekenhuisbouw en wetenschappelijk onderzoek — een antwoord op de vraag wat „ziekenhuiswetenschappen” betekent, dienaangaande zeggende:

„De panoramaschets van het ziekenhuis toont aan dat daar problemen liggen op velerlei wetenschapsgebieden. Bovendien staan die problemen vaak met elkaar in relatie. Er is dus een *kluwen* van vraagstukken. Wanneer men daaruit een enkel vraagstuk isoleert en het gaat onderzoeken binnen het wetenschapsgebied waarin het thuishoort, mist men het ziekenhuiskader waarbinnen dat vraagstuk leeft en moet worden opgehelderd. De ziekenhuisproblematiek is een typisch interdisciplinaire problematiek. Tal van wetenschappen moeten tot samenspel worden gebracht. De mensen die verschillende wetenschappen beoefenen moeten elkaars taal eerst leren verstaan, voordat in waarachtige samenwerking de kluwen van problemen kan worden opgelost. De beoefening van de ziekenhuiswetenschappen kan dus beslist niet geschieden door het amateuristisch grasduinen van medici op sociologisch gebied, van sociaalpsychologen op medisch gebied, of van architecten op het gebied van organisatieleer, enz. Ik ben mij dat gevaar bewust, maar zal er niet steeds aan kunnen ontkomen. Het beoefenen van ziekenhuiswetenschappen kan dus slechts geschieden door middel van werkgroepen die bestaan uit beoefenaars van verscheidene bij het probleem betrokken wetenschappen. Kortom, het terrein van de ziekenhuiswetenschappen is het raakvlak waar ziekenhuisgeneeskunde, economie, organisatieleer, sociologie, prognostica, sociale psychologie, planologie en zo nodig nog andere wetenschappen elkaar *treffen en met elkaar in interactie treden*. Wanneer ik over ziekenhuizen spreek, sluit ik daarbij verpleegtehuizen en psychiatrische ziekenhuizen in.”

*
**

Aan het slot van zijn rede sprak Dr. Hattinga Verschure de hoop uit dat in de toekomst het bijvak ziekenhuiswetenschappen bij verscheidene doctoralexamens mogelijk zal worden. Hij meende evenwel thans nog niet te kunnen overzien of het daarnaast gewenst is om voor diegenen onder de medische studenten, die later als specialist hun gehele leven in sterke mate op het ziekenhuis zijn aangewezen, een korte cursus of *capita selecta* in het zesde of zevende jaar te geven. De specialist is steeds „op het toneel” van het ziekenhuis en het zou goed zijn wanneer hij beter wist wat zich allemaal achter de coulissen bevindt en afspeelt, aldus Dr. Hattinga Verschure die ziekenhuiswetenschappen een wenteltrap naar de toekomst noemde: telkens een volgende trede, telkens een nieuw blikveld, vermoeiend en ook duizelig makend, maar een trap die beklommen moet worden, die wentelt en wentelt en waarop men, met spanning omhoog gaat om te zien waarheen zij leidt.

Minister Veringa installeerde Commissie Voorbereiding Medische Faculteit Maastricht

Minister Veringa van Onderwijs en Wetenschappen heeft in Maastricht met de installatie van de Commissie Voorbereiding Medische Faculteit Maastricht een eerste stap gezet op weg naar de vestiging van een universiteit in de Limburgse hoofdstad. De commissie zal onder voorzitterschap staan van het Tweede Kamerlid Dr. J. G. H. Tans.

In zijn installatierede ging minister Veringa nader in op de taak die de commissie heeft te vervullen. Hij onderscheidde daarin twee fasen: „De eerste fase, die ik op ongeveer een half jaar zou willen stellen, bestaat uit het ontwerpen van een plan in hoofdlijnen voor de vestiging in Maastricht van een medische faculteit als onderdeel van een aldaar op te richten rijksuniversiteit, alsmede voor de voorziening in een academisch ziekenhuis. Daarbij dient tevens een tijdschema te worden opgesteld, een en ander met inachtneming van de beschouwingen ter zake in de Nota Medisch Wetenschappelijk Onderwijs. De tweede fase zal dan tot doel hebben de verdere uitwerking en voorbereiding op basis van dit plan”.

De bewindsman achtte deze fasering noodzakelijk, omdat nog geen concrete beslissingen zijn genomen over de op te bouwen structuur van faculteit en academisch ziekenhuis, noch over het tijdstip waarop de medische faculteit zal kunnen worden geopend. De minister meende dat aspecten van organisatie en management, van bouwtechnische aard, zaken die het medisch curriculum betreffen en de daarvoor nodige voorzieningen van personele aard, en voorts aangelegenheden die geregeld moeten worden met het provinciaal bestuur en met het college van burgemeester en wethouders van Maastricht, allereerst in hoofdlijnen moeten worden bekeken. Hij zei het zeer op prijs te zullen stellen, indien de commissie hem begin 1971 een globaal plan zou kunnen voorleggen, dat tevens een indruk geeft van

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.

Of wanneer u zich, wonende in de andere dan de genoemde delen van ons land, telefonisch verstaat met de buitendienstmedewerker R. Th. van der Garden te Epse-Gorssel: 05759-18 25.

de kosten, die met de uitvoering daarvan gemoeid zullen zijn.

De Commissie Voorbereiding Medische Faculteit Maastricht is als volgt samengesteld: lid tevens voorzitter: Dr. J. G. H. Tans, te Mechelen-Wittem; leden: Ir. C. A. Doets, te Baarn; Dr. H. A. M. Hulsman, te Warmond, en Drs. A. C. J. Rottier, te Heerlen; lid tevens vertegenwoordiger van de minister van Onderwijs en Wetenschappen: Prof. Dr. A. Querido, te Oegstgeest; lid tevens vertegenwoordiger van het provinciaal bestuur van Limburg en van het gemeentebestuur te Maastricht: G. J. Heiligers, te Heerlen.

In het benoemingsbesluit van de commissie is bepaald, dat tussentijds advies zal worden uitgebracht na afloop van de eerste fase en dat voor de verdere uitwerking van de plannen in tweede fase de samenstelling van de commissie zo nodig zal worden aangepast.

Jubileumcongres A.N.V.S.G. „De mens in zijn milieu”

De Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde houdt van 20-23 mei 1970, ter gelegenheid van haar 40-jarig bestaan, een wetenschappelijk congres, gewijd aan het onderwerp „de mens in zijn milieu”.

Plaats: Internationaal Congrescentrum R.A.I. te Amsterdam. Gedurende het congres zal in groepsbijeenkomsten en in plenaire vergadering worden gediscussieerd over een achttal facetten van de Sociale Geneeskunde, te weten: ecologie en algemene gezondheids-

zorg, milieuhygiëne, jeugdgezondheidszorg, studentengezondheidszorg, arbeids- en bedrijfsgezondheidszorg, gezondheidszorg voor ziekenfondsverzekerden, verzekeringsgeneeskunde en extramurale gezondheidszorg. Alle genoemde onderwerpen zullen zowel vanuit een medisch standpunt als vanuit de gezichtshoek van andere disciplines worden besproken. Deelname van vele niet-medici aan het congres zal daarom op hoge prijs worden gesteld. Over deze onderwerpen zijn pre-adviezen in voorbereiding, die in

een speciaal congresnummer van het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde omstreeks 1 mei zullen worden gepubliceerd en aan de congresdeelnemers worden toegezonden. De beide laatste dagen zullen ook buitenlandse bezoekers het congres bijwonen. Er is gezorgd voor een aantrekkelijk nevenprogramma. Voor nadere informatie en aanmeldingen wende men zich tot: secretariaat A.N.V.S.G.-Congres 1970, Congresdienst gemeente Amsterdam, Oudezijds Achterburgwal 199, Amsterdam-C., telefoon 020-214455.

De Wereld Gezondheids Organisatie en de B.C.-wapens

De wereld gaat aan nijd ten onder

„Speciaal voor de burgerbevolking vormen de chemische en biologische wapens een bedreiging. Dergelijke wapens hebben vaak een aselectief karakter. De hoge concentraties waarin zij bij militaire operaties worden aangewend zouden ertoe kunnen leiden, dat ook de burgerbevolking binnen het doelgebied en op geruime afstand windafwaarts daarvan er ongewild in aanzienlijke mate door wordt getroffen.

„De gezondheid van de mens zou bij een gebruik op grote schaal van deze middelen (en bij sommige middelen ook na aanwending op kleinere schaal) zozeer kunnen worden aangetast, dat de bestaande voorzieningen van de gezondheidszorg er niet tegen zouden zijn opgewassen.

„Het gebruik op ruime schaal van chemische en biologische wapens zou daarnaast blijvende, nog niet te voorspellen veranderingen in het menselijk milieu kunnen veroorzaken.

„De mogelijke gevolgen van chemische en biologische wapens zijn in hoge mate onzeker en onvoorspelbaar, aangezien er complexe en bijzonder variabele factoren in meespelen, onder andere van meteorologische, fysiologische, epidemiologische en ecologische aard.

„Hoewel het voor het gebruik van deze wapens tegen grote civiele doelen op een, militair gezien, significante schaal noodzakelijk is over moderne wapensystemen te beschikken, zouden geïsoleerde en sabotage-aanvallen tegen dergelijke doelen, waarvoor niet zulke verregaand ontwikkelde wapensystemen nodig zijn, onder bepaalde omstandigheden en met gebruikmaking van bepaalde van deze middelen, kans van slagen kunnen hebben.”

*
**

Over de uitwerking van chemische en biologische wapens op de gezondheidstoestand van burgerbevolkingen heeft de Wereld Gezondheids Organisatie (WHO) een rapport doen uitkomen. De voornaamste conclusies daaruit vindt men hierboven opgesomd. Er is aan gewerkt door een groep van achttien deskundigen uit elf landen; onder hen waren Prof. Ir. L. Huisman, hoogleraar in de civiele gezondheidstechniek aan de Technische Hogeschool te Delft en bestuurslid van de Gezondheidsorganisatie TNO, en Mr. F. W. van Haaren, hoofd van het laboratorium van het gemeentelijk waterleidingbedrijf te Amsterdam. Eerder had de WHO reeds meegewerkt aan de samenstelling van een UNO-rapport over de chemische en biologische wapens (zie Medisch Contact,

nr. 5/1970, bladzijde 120). Het nieuwe WHO-rapport vormt daarop een aanvulling. Het ligt in de bedoeling de samenwerking van de Verenigde Naties en de Wereld Gezondheids Organisatie op het vlak van het uitbannen van de BC-wapens voort te zetten.

Een groot aantal van die wapens is „geschikt” om onder oorlogsomstandigheden te worden ingezet. Het rapport geeft een selectie van de middelen, die het meest voor een dergelijk gebruik in aanmerking komen. Het onderscheidt „lethal, incapacitating and harassing agents”, al naar gelang de genoemde middelen een volledige, tijdelijke dan wel momentane liquidatie tot stand helpen brengen. Gebruik en effect verschillen van middel tot middel. Soms wordt verstuiving toegepast, in andere gevallen zal het drinkwater worden besmet. De ene „agent” heeft een onmiddellijke uitwerking, de andere werkt op langere termijn. Tenslotte kunnen de infectieziekten die worden verspreid zich al dan niet tot een groter gebied uitstrekken.

Chemische wapens

„Lethal agents”, dat wil zeggen middelen, die de dood van het slachtoffer tot gevolg hebben. Hieronder vallen de gifgassen en de butolisme-toxinen, die voedselvergiftiging veroorzaken. Als gifgassen worden gebruikt: suffocantia, bloedgassen, vesicantia zoals mosterdgas, zenuwgassen als sarin en VX.

„Incapacitating agents”, dat wil zeggen middelen, die het slachtoffer tijdelijk naar lichaam of geest uitschakelen, onder andere bacteriële toxinen, die de spijsvertering ontregelen; chemicaliën die de menselijke geest aantasten, waaronder LSD; BZ, een hallucinogeen gas. De afloop kan dodelijk zijn. Een tijdlang heeft men in de waan verkeerd, dat met de opkomst van deze middelen een humane oorlog mogelijk was geworden.

„Harassing agents”, dat wil zeggen middelen, die maken dat het slachtoffer zich snel onwel voelt worden en dat blijft tot even nadat hij niet meer aan het middel is blootgesteld. Men vindt hieronder traan-gas en andere chemicaliën, die veroorzaken dat het slachtoffer hoest, niest, overgeeft of pijn heeft. In sommige landen worden deze middelen door de op-roerpolitie gebruikt. Een vijftiental is ook onder oorlogsomstandigheden aangewend. Zij zijn niet zonder gevaar; vooral personen met astma of chronische bronchitis zijn er erg gevoelig voor.

Als chemische middelen die indirect gevaar opleveren voor de mens noemt het rapport verder nog

de oogstverdelgers. Hierin zijn begrepen herbiciden en chemicaliën die de bodem onvruchtbaar maken. De laatste jaren is het gebruik van deze middelen sterk toegenomen. Een hoeveelheid van om en nabij de 50.000 ton is tot dusverre in Zuid-Vietnam verstoven om de voedselvoorraden en schuilhoeken van het Nationaal Bevrijdingsfront te vernietigen. Menselijke consumptie van met deze middelen besmet water en voedsel is gevaarlijk. Bij laboratoriumproeven is aangetoond, dat in elk geval één van de in het WHO-rapport genoemde defoliantia bij proefdieren teratogeen werkt. De Verenigde Staten hebben het gebruik van één van deze middelen aan restricties onderworpen.

Biologische wapens

In tegenstelling tot de chemische wapens zijn de biologische wapens nimmer (officieel) in de hedendaagse oorlogspraktijk aangewend. Voor een dergelijk gebruik staan de volgende biologische wegen open:

- virusinfecties, waaronder gele koorts, dingue, influenza en pokken;
- rickettsia-infecties, zoals tropical typhus en Q-koorts;
- bacterie-infecties, inzonderheid pest, miltvuur en tyfeuze koorts.

Het rapport geeft ook ramingen van de aantallen doden en gewonden, die bij een aanval met BC-wapens zouden vallen. Het gaat uit van steden van verschillende grootte en op een uiteenlopend niveau van sociaal-economische ontwikkeling. Een voorbeeld: infecteert men een moderne stad van vijf miljoen zielen met pestbacillen, dan zullen daarbij in totaal 136.000 inwoners omkomen — 36.000 door primaire, 100.000 door secundaire besmetting. Een miljoenstad in een minder hoog ontwikkeld land zou bij zo'n aanval 250.000 doden te betreuren krijgen. Het rapport toont aan, dat zelfs in een niet al te dicht bevolkt doelgebied een aanval van één enkel vliegtuig problemen van een omvang als nooit tevoren met betrekking tot de medische hulpverlening met zich mee zal brengen.

Het gevaarlijkst zijn volgens de werkgroep de biologische wapens; over de mogelijke uitwerking van één daarvan werd zoëven het een en ander gezegd. Van de thans bekende chemische wapens maken alleen de zenuwgassen en het butolisme-toxine een potentieel aantal slachtoffers, dat te vergelijken is met dat van de biologische wapens. Het rapport geeft daarvan de volgende voorbeelden: slechts vier ton sarin, een zenuwgas, zou in een stad tienduizenden doden kunnen veroorzaken; eveneens vier ton VX, een ander zenuwgas, zou bij „gunstige” weersomstandigheden, verspreid over een gebied van ongeveer zes vierkante kilometer, tussen de 50 en 180.000 slachtoffers maken. Benadrukt wordt, dat de potentiële aantallen doden en gewonden die in het rapport worden genoemd, het gevolg zijn van een zeer beperkte aanval. Een dergelijke aanval kan

thans reeds door een aantal landen worden uitgevoerd en de kans bestaat, dat een toenemend aantal landen evenver zal komen.

Ook aan de gevolgen op lange termijn, verbonden aan het gebruik van BC-wapens, wordt aandacht gegeven. Genoemd worden chronische ziekten, latere gevolgen voor de bevolking, nieuwe besmettingshaarden en wijzigingen in de ecologische omstandigheden. Met name worden onder de gevolgen achteraf van zowel de biologische als de chemische oorlogsvoering genoemd: kanker; teratogenese, onder andere door thalidomide en rubella-virus, alsmede door sommige defoliantia, die uitgebreid worden gebruikt voor zowel militaire als niet-militaire doeleinden en waarvan het teratogene effect bij muizen en ratten is aangetoond; genetische mutaties, als mogelijk gevolg van het gebruik van defoliantia.

Het rapport bestudeert tevens de gevolgen die het bestaan van de biologische en chemische wapens heeft voor de rol van adviseur die de Wereld Gezondheids Organisatie bij de verschillende regeringen speelt. Het stelt dat er zeer grootscheepse, uiterst kostbare pogingen nodig zouden zijn om tegen die wapens defensieve maatregelen uit te werken. En dan nog zouden dergelijke maatregelen er toe kunnen leiden, dat de angst voor vernietiging in andere landen toeneemt. Die angst van twee kanten zou tot een „balance of terror” leiden, er zouden meer BC-wapens worden verspreid, kortom het resultaat van deze defensieve maatregelen zou kunnen zijn dat er een versnelde bewapeningswedloop plaatsvindt. De kans op het al dan niet opzettelijk afvuren van BC-wapens zou zo juist sterk kunnen toenemen, luidt de conclusie van de werkgroep. Toch zouden, vinden de achttien, binnen het raam van de bestaande behoeften en middelen bepaalde maatregelen kunnen worden genomen. Men kan beginnen met de opsporing en waarneming van luchtvervuiling en besmettelijke ziekten te verbeteren. Ook kan bij voorkomende natuurrampen de medische zorg, met inbegrip van ontsmettingsmethoden, worden verbeterd. Meer algemeen zou kunnen worden gewaakt over de veiligheid van gebouwen en watervoorziening. Dergelijke maatregelen zouden bepaalde ondermijnende groepen gedeeltelijk kunnen afschrikken en het aantal slachtoffers bij een eventuele zeer kleine aanval op het eigen land of bij een aanval op een buurland doen dalen. Wel dient bedacht, dat men er zich absoluut onvoldoende op kan verlaten, indien het gaat om een welbewust ondernomen aanval.

Het rapport besluit met te zeggen, dat het een dwingende eis is, wegen te vinden om zo spoedig mogelijk iedere bodem onder de beweerde noodzaak van militair gericht onderzoek aangaande BC-wapens weg te halen. Resoluties hierover, die door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties en de World Health Assembly zijn aangenomen, dienen binnen de kortste keren ten uitvoer te worden gelegd. Overwogen moet worden, welke stappen daarnaast kunnen worden ondernomen om de ontwikkeling en aanwending van biologische en chemi-

sche middelen als oorlogstuig onder alle omstandigheden te verijdelen.

Intussen heeft president Nixon zojuist bevolen alle ziekteverwekkende wapens te vernietigen, de vergiften inclus. Reeds eind vorig jaar had hij bekendgemaakt, dat de Verenigde Staten eenzijdig zouden afzien van het gebruik van chemische aanvalswapens en van de produktie en het gebruik van bacteriologische wapens. Strijdpunt was sindsdien geweest, of onder de laatste ook de giften moesten worden gerekend, aangezien deze niet besmettelijk zijn. De beslissing die nu is genomen strijkt de legerhoofden tegen de haren in. Maar het doel schijnt bereikt: volgens de Russen maakt een verdrag over het uitbannen van BC-wapens een goede kans.

Maken we de balans op, dan blijkt dat Nixon de biologische wapens volledig heeft afgezworen en dat verder het gebruik van chemische aanvalswapens niet meer wordt gedoogd. Van de C-wapens blijven de Verenigde Staten in elk geval de defoliantia en het traangas gebruiken. Daarnaast ligt naar het schijnt het hallucinogene BZ, als enige van de „incapacitating agents”, voor gebruik gereed in het

land opgeslagen, een vermoeden geuit in Het Vrije Volk van 11 februari, dat aan het WHO-rapport uitvoerig aandacht besteedt. Voorlopig zal men echter in de eerste plaats blijven denken aan de wel degelijk vernietigende gassen, zoals mosterd-, blauwzuur- en zenuwgas, aldus hetzelfde artikel.

Aan methoden om de burgerbevolking tegen de gevolgen van een aanval met onder andere chemische en biologische wapens te beschermen, wordt ook in ons land gewerkt. Volgens het hoofd van de microbiologische afdeling van het medisch-biologisch instituut van de Rijksverdedigingsorganisatie TNO, Dr. H. C. Bartlema, gaat het hier om zuiver defensief onderzoek. Aan de hand van het WHO-rapport en van artikelen die naar aanleiding daarvan zijn verschenen kan de vraag worden gesteld, of dit onderzoek het gevaar niet juist vergroot. Immers, het gevolg ervan kan zijn dat de angst aan weerszijden er door toeneemt, en ook, dat nog heilzamer middelen worden ontdekt. Wellicht komt deze vraag ter tafel tijdens de (geheime) hearing van de 2e Kamer-commissie voor de civiele verdediging, die binnenkort zal plaatsvinden. t.v.

Directies Delftse Ziekenhuizen bezorgd over vestiging ziekenhuis Rijswijk

De directies van de drie samenwerkende Delftse ziekenhuizen, te weten Bethel, St. Hippolytus en Oude en Nieuwe Gasthuis, maken zich ernstige zorgen over de mogelijke vestiging van een ziekenhuis te Rijswijk. Zij zijn van mening dat hierdoor in de Delftse ziekenhuizen een aanzienlijke onderbezetting van het geplande aantal beschikbare bedden (1.050) zal ontstaan. Bovendien verwachten zij dat ook de mogelijkheid om patiënten uit Delft, het naburige Rijswijk en de Westlandse gemeenten meer gedifferentieerde medische hulp te verlenen, ongunstig zal worden beïnvloed.

Volgens de directies bedragen de investeringskosten voor één ziekenhuisbed, met de daarbij behorende outillage, op het ogenblik f 120.000,—. Een leegstaand bed kost een modern ziekenhuis — in verband met de algemene exploitatiekosten, rente, afschrijving alsmede bijkomende bedrijfskosten — circa f 20.000,— per jaar. Daar het hier gelden betreft die door de gemeenschap zijn verstrekt, dient volgens genoemde directies een dergelijke verspilling zoveel mogelijk te worden voorkomen.

De capaciteit van de Delftse ziekenhuizen wordt ruim voldoende om een groot deel van de patiënten uit de omliggende gemeenten — zonodig uit Den Haag, waar de directeur van de GG en GD nog onlangs van een noodsituatie sprak — zonder wachttijd te kunnen opnemen. De drie ziekenhuizen verlenen hun diensten binnen het kader van de „Stich-

ting Samenwerking Delftse Ziekenhuizen”. Deze stichting werkt thans aan de oprichting van een groot gezondheidscentrum, dat behalve de drie ziekenhuizen, ook een centraal gebouw met de modernste laboratoria, gekoppeld aan een computer, een centrale apotheek en een radiotherapeutisch instituut zal omvatten en waarbij een groot revalidatiecentrum met een Methyschool is gesitueerd. Het Delftse gezondheidscentrum is op korte afstand van Rijswijk gelegen. Verwacht wordt, dat de huidige samenwerking van de drie ziekenhuizen een nog verdergaande integratie op het terrein van de curatieve gezondheidszorg tot gevolg zal hebben.

De totale personeelsbezetting van het gezondheidscentrum zal te zijner tijd 1.400 medewerkers bedragen. Het nieuwe personeel zal onder meer uit de verpleegkundige, paramedische en andere beroepen worden aangetrokken. De directies van de drie samenwerkende Delftse ziekenhuizen zijn daarom van mening dat — wanneer in Rijswijk een groot ziekenhuis zou worden gebouwd — naast de eerder genoemde consequenties op financieel terrein, het aantrekken van voldoende geschikt personeel welhaast onmogelijk zal worden. Dit zou inhouden, dat een efficiënte en rendabele exploitatie van het gezondheidscentrum te Delft en ook van het te bouwen ziekenhuis te Rijswijk, op grote moeilijkheden zal stuiten die van invloed zullen zijn op de regionale medische hulpverlening.

Nederlands Tijdschrift voor Gerontologie

ten doop gehouden

Verschenen is het eerste nummer van het „Nederlands tijdschrift voor Gerontologie”, een uitgave van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie en de N.V. Uitgeversmaatschappij Kluwer/Van Loeghem Slaterus te Deventer. Het tijdschrift, dat om de drie maanden zal verschijnen, werd gepresenteerd op een persconferentie, bij welke gelegenheid de voorzitter van de vereniging, oud-minister Dr. G. M. J. Veldkamp, informatie verstreekte over het beleid inzake de bejaardenzorg. Namens de redactie van het nieuwe tijdschrift gaf Dr. J. M. A. Munnichs enige toelichting op recente wetenschappelijke onderzoeken op gerontologisch terrein, waarvan in het ten doop gehouden eerste nummer van bovengenoemd tijdschrift verslag wordt uitgebracht.

In het voorwoord van dit eerste nummer stelt de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, onder meer:

„Blijkens zijn doelstelling wil het nieuwe tijdschrift voluit multidisciplinair van karakter zijn. O.m. wordt gestreefd naar artikelen en voorstellen, gericht op het praktische beleid van de welzijnszorg en de integratie van de oudere mens in onze sociale structuur. De medische discipline - hoewel royaal vertegenwoordigd in de redactie alsook in dit eerste nummer - wordt aldus opgenomen in groter geheel. Zulk een integratie acht ik en als medicus en als staatssecretaris van Volksgezondheid een verheugend verschijnsel. Zij kan in het algemeen niet genoeg bevorderd worden en zal met name op dit genuanceerde terrein der bejaardenproblematiek goede resultaten kunnen afwerpen. Er schuilt hierin voorts een mogelijkheid van „éducation permanente” voor beoefenaren van verscheidene disciplines. Over de vraag of gerontologie een aparte (tak van) wetenschap mag c.q. moet heten, wordt verschillend gedacht. Belangrijker is echter m.i. het praktische resultaat: het samenbrengen van gegevens en inzichten, waardoor een integrale aanpak van problemen tot de mogelijkheden gaat behoren. En tot de verblijdende effecten van zulk een integratie kan gerekend worden, dat ook voor de bejaarden zelf een stuk éducation permanente binnen het bereik komt te liggen, waarop zij in hun levensfase - de idee dezer „blijvende vorming” omvat immers juist alle levensfasen - aanspraak mogen maken”.

De heer Veldkamp voegt hier onder meer aan toe:

„Met het verschijnen van het Nederlands tijdschrift voor Gerontologie wordt een lange periode van voorbereiding afgesloten en begint een nieuwe fase in de ontwikkeling van de wetenschappelijke

aandacht voor het complexe vraagstuk van de vergrijzing van de Nederlandse bevolking. Het was de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie ernst toen zij de eerste bijzondere leerstoel in de gerontologie instelde en wel aan de Rijksuniversiteit van Utrecht, welke momenteel wordt bezet door Professor Dr. J. Schreuder. Daarmee werd haar standpunt duidelijk: de gerontologische problematiek, of het nu de medische, de biologische of de meer sociaal-wetenschappelijke problematiek geldt, verdient universitaire aandacht en belangstelling. Niet alleen wegens de maatschappelijke vraagstukken bij de ouderen, maar ook wegens de inhoudelijke problematiek. Deze vraagt om universitaire c.q. theoretische doordenking, om methodisch verantwoord onderzoek en een daarop afgestemd beleid. Door dit tijdschrift, waarvan de redactie voor een groot deel identiek is met het bestuur van de Vereniging voor Gerontologie, is het nu eindelijk mogelijk aandacht te vragen voor de wetenschappelijke activiteiten, die in eigen land en in de omringende landen worden verricht om tevens door een uitgebreide documentatie daartoe te stimuleren. Het spreekt vanzelf, dat in het tijdschrift de neerslag te vinden zal zijn van de activiteiten van de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie. Een tijdschrift is beter in staat het kloppend hart van de wetenschap te volgen dan publikaties in boekvorm dit kunnen doen. Hoewel wij begrijpen dat velen, ook in wetenschappelijke kringen, vooreerst nog aarzelen, ten eerste om ruimte te scheppen voor welke tak van de gerontologie dan ook en op de tweede plaats, om de gewenste aandacht daaraan te geven, kan dit tijdschrift de drempelvrees wellicht verminderen en velen, die nu nog aarzelen, aanzetten het boeiende wetenschappelijke veld van de mens gedurende zijn tweede levensheft te betreden. Het bestuur van de Vereniging is grote erkentelijkheid verschuldigd jegens het Preventiefonds, dat door het verlenen van subsidie de mogelijkheid heeft geschapen het tijdschrift op te richten”.

Veroudering van de Nederlandse bevolking

Tijdens bovengenoemde persconferentie werden voorts nadere gegevens verstrekt over de veroudering van de Nederlandse bevolking.

De gerontologie als wetenschap houdt zich in ons land bezig met de veroudering in de meest ruime zin des woords, niet alleen met bejaarden (personen van 65 jaar en ouder), maar ook met ouderwordende personen (personen vanaf 40 jaar en ouder) en met vraagstukken, die zich door een zekere ontwenning bij bepaalde leeftijdsgroepen voordoen, bijvoorbeeld de bijscholingsproblemen van volwassenen tussen 30 en 40 jaar. Voor het gemak de Ne-

derlandse bevolking vanaf 40 jaar in ogenschouw nemend, blijkt dat in 1968 25,9% van de Nederlandse bevolking 40 tot en met 64 jaar oud was en dat 10% 65 jaar en ouder was in dat jaar. Op ruim

$\frac{1}{3}$ deel van de bevolking richt de aandacht zich van de jonge wetenschap van gerontologie. De verdeling over de verschillende leeftijdsgroepen is in tabel 1 aangegeven:

Tabel 1. Bevolking naar leeftijd en geslacht, per 31 december 1968 (CBS)

	mannen		vrouwen		totaal	
	aantal	%	aantal	%	aantal	%
0- 9 jaar	1.224.230	19,2	1.168.371	18,2	2.392.601	18,7
10-19 jaar	1.149.751	18,0	1.095.274	17,1	2.245.025	17,5
20-29 jaar	1.034.830	16,2	973.415	15,2	2.008.245	15,7
30-39 jaar	798.256	12,5	760.430	11,9	1.558.686	12,2
40-49 jaar	733.256	11,5	754.400	11,8	1.487.656	11,6
50-54 jaar	314.031	4,9	330.267	5,1	644.298	5,0
55-59 jaar	297.444	4,7	323.390	5,0	620.834	4,9
60-64 jaar	262.211	4,1	297.817	4,6	560.028	4,4
65-69 jaar	210.509	3,3	252.453	3,9	462.962	3,6
70-74 jaar	158.489	2,6	199.860	3,1	358.349	2,8
75-79 jaar	106.976	1,7	137.339	2,1	244.315	1,9
80-84 jaar	61.336	0,9	79.249	1,2	140.585	1,1
85 jaar en ouder	31.651	0,4	43.121	0,7	74.762	0,6
Totaal	6.382.960	100,0	6.415.386	99,9	12.798.356	100,0

Belangrijke problemen, die zich bij de leeftijdsgroep van 40 - 64 jaar voordoen, zijn: a. problemen rondom oudere werknemers, die bij bedrijfssluitingen elders moeilijk kunnen worden geplaatst; b. moeilijk plaatsbare ouderen bij bedrijven, die worden gereorganiseerd; c. moeilijkheden ten aanzien van beroepswisseling bij ouderen, mede in verband met pensioenrechten; d. problemen van voortijdige pensionering; e. aanpassing en voorbereiding op de pensionering; f. tewerkstelling van gehuwde vrouwen, wier huishouden weer kinderloos is geworden en die weer een bijdrage aan de samenleving willen leveren.

Tot voor enkele jaren werd de gerontologie beschouwd als de wetenschap, die zich louter bezighield met bejaarden. De hiernavolgende gegevens hebben dan ook betrekking op deze sub-groep van de gerontologische aandacht.

Hoewel het absolute aantal bejaarden (65 jaar

en ouder) tussen 1900 en 1940 steeg van 307.816 tot 618.956 is het procentuele aandeel van de bejaarden op de totale bevolking in deze vier decennia slechts gestegen van 6,0 tot 7,0%. Na 1940 begint zich een duidelijke stijging af te tekenen. Momenteel maakt het percentage bejaarden 10,2 uit van de totale bevolking. Volgens de prognoses van het C.B.S. zal dit stijgen tot 11,6% in 1990 en 2000. In absolute cijfers zou dit neerkomen op circa 1.867.000 boven 65-jarigen in 1990 en op circa 2.076.000 in 2000. Het totale aantal bejaarden in ons land bedraagt thans ongeveer 1.316.000. Het is duidelijk dat het verzorgingsprobleem steeds belangrijker zal worden.

Bejaardenoorden

De laatst gepubliceerde gegevens over bejaardenoorden zijn van 31 december 1968. Op deze datum telde Nederland 1863 bejaardenoorden naar houder en provincie verdeeld als aangegeven in tabel 2 (zie de volgende bladzijde).

Het totale aantal krachtens artikel 3 van de wet op de bejaardenoorden aangemelde bejaardenoorden bedroeg toen 1957. Daarvan waren er echter 94 niet als zodanig in gebruik (in aanbouw, andere bestemming, opgeheven e.d.) Het aantal verzorgden in deze bejaardenoorden bedroeg totaal 101.969, 70.862 vrouwen en 31.107 mannen. Van het totaal maakten 7534 echtparen deel uit. Voor hun verzorging waren 24.487 personeelsleden met volledige dagtaak werkzaam en 6674 met een gedeeltelijke dagtaak.

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

Tabel 2. Aantal bejaardenoorden naar houder en provincie.

	Kerk- gen.sch.	Sticht.	Ver.	Naaml. Venn.	Part.	Gem.	Burg. instel.	Totaal
Groningen	8	42	1	1	17	14	3	86
Friesland	14	45	6	—	6	17	3	91
Drente	9	20	—	1	6	3	—	39
Overijssel	10	56	3	2	7	3	2	83
Gelderland	35	118	14	12	128	2	6	315
Utrecht	16	69	3	3	99	—	—	190
Noord-Holland	34	150	11	14	193	17	2	421
Zuid-Holland	37	164	8	9	94	10	4	326
Zeeland	11	30	2	1	2	—	8	54
Noord-Brabant	70	97	1	—	6	1	2	177
Limburg	43	24	2	—	8	—	4	81
Nederland	287	815	51	43	566	67	34	1863
waaronder:								
Amsterdam	7	20	5	7	39	3	—	81
Rotterdam	5	30	2	3	20	1	—	61
's-Gravenhage	7	24	4	5	51	4	—	95

Boerhaavecursus over:

Vorderingen in de geneeskunde

Onder auspiciën van de Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs zal van 19 tot en met 21 maart 1970 in het Boerhaavekwartier een cursus plaats vinden over het thema „Vorderingen in de geneeskunde”. Het programma, dat volgens de cursusleiding voor zichzelf spreekt, is opgebouwd uit een aantal losse onderwerpen naast enkele bij elkaar passende en een symposium over tandheelkundige aspecten, van belang voor de algemene geneeskunde. Het ligt in de bedoeling bepaalde gedeelten van deze cursus, die vooral is bedoeld voor huisartsen, in één dag te herhalen in Enschede onder auspiciën van de Dr. G. J. van Hoytema Stichting, die tijdstip en plaats nader zal aankondigen.

Spreekers tijdens de cursus in het Boerhaavekwartier zullen zijn:

Prof. O. Backer Dirks, afdeling Preventieve Tandheelkunde, Rijksuniversiteit, Utrecht; Dr. G. J. Bremer, huisarts te Nieuwkoop; Dr. A. Cats, polikliniek Rheumatologie, Academisch Ziekenhuis, Leiden; L. van Dam, polikliniek Inwendige Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. J. G. Eernisse, Bloedbank, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. C. van Emde Boas, seksuoloog te Amsterdam; F. Eulderink, Pathologisch Laboratorium, Rijksuniversiteit, Leiden; Prof. Dr. H. H. van Gelderen, afdeling

Kindergeneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Prof. Jhr. Dr. J. de Graeff, afdeling Inwendige Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. A. Haak, internist, Diakonesseninrichting Bronovo, Den Haag, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Prof. Dr. E. L. Noach, Farmacologisch Laboratorium, Rijksuniversiteit, Leiden; Prof. Dr. M. K. Polano, afdeling Dermatologie, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. J. Rohmer, afdeling Kindergeneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. J. H. Ruys, afdeling Kindergeneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Prof. Dr. A. Sikkel, afdeling Gynaecologie en Verloskunde, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Prof. Dr. F. J. Tempel, afdeling Prothetische Tandheelkunde, Gemeente Universiteit, Amsterdam; Prof. Dr. G. M. H. Veeneklaas, afdeling Kindergeneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Prof. Dr. B. J. Visser, Afdeling Conserverende Tandheelkunde, Gemeente Universiteit, Amsterdam; R. W. Zaadnoordijk, specialist Mondheelkunde, Diakonesseninrichting Bronovo, Den Haag.

Cursusleiders zijn: L. Kuenen en Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis, Plaats: Collegezaal van het Fysiologisch Laboratorium, Wassenaarseweg 62, Leiden. Inlichtingen bij het Secretariaat van de Boerhaave Commissie, telefoon: 01710-47222, toestel 2797.

De Incunabelen en Postincunabelen in de Bibliotheek van de Maatschappij (LI)

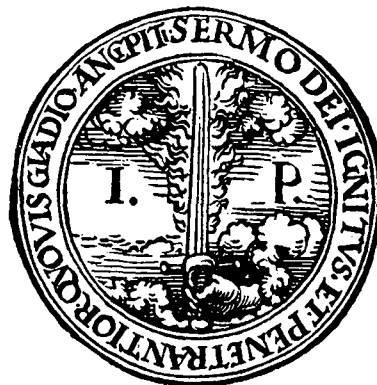
Pauli Aeginetae Salubria de tuenda valetudine praecepta, Guilielmo Copo Basileiensi interprete. Item Encomium artis medicae, D. Eras. Rot. autore. Norembergae Anno MDXXV.

Paulus Aegineta, zo genoemd naar zijn geboorteplaats het eiland Aegina ten zuidwesten van Athene, leefde tussen 620 en 680. Hij was een groot geneesheer, chirurg en verloskundige. Paulus van Aegina heeft gestudeerd in Alexandrië en was een der laatste artsen van de Alexandrijnse school. Hij werkte nog in Alexandrië toen deze plaats werd veroverd door de Arabieren, waarna veel van de laat-antieke cultuur verloren ging. Na zijn studie heeft Paulus, de raadgeving van Galenus volgend, veel gereisd. Hij vertoefde in Rome en in Klein-Azië en later woonde hij in Griekenland. Paulus was vooral beroemd als chirurg en verloskundige en als zodanig stond hij ook bij de Arabische vroedvrouwen in hoog aanzien. Hij behoorde tot de eerste mannen die de verloskunde beoefenden, daar deze vóórdien werd overgelaten aan vroedvrouwen.

Een verloskundig werk van Paulus is verloren gegaan, doch een overzicht van de gehele geneeskunde is intact behouden gebleven: Epitomè s iatsikè s biblia hepta. (Overzicht van de geneeskunde in zeven boeken.) Het eerste boek behandelt de gezondheidszorg, het tweede de koorts, het derde de intern gelocaliseerde aandoeningen, waarin ook sprake is van verloskunde en vrouwenziekten, het vierde de externe pathologie, het vijfde beten en vergiften, het zesde de chirurgie en het zevende enkelvoudige en samengestelde geneesmiddelen. Behalve vermelding van bestaande opvattingen vindt men in het werk persoonlijke meningen en ervaringen van Paulus. Vooral het boek over de chirurgie is van groot belang voor de geschiedenis der geneeskunde, voor de kennis van de stand der heilkunde in de tijd van Paulus en daarvoor. Het in het Grieks geschreven werk werd door de Arabieren in hun taal overgezet. De originele Griekse tekst verscheen in druk te Venetië in 1528 en te Bazel in 1538. Driemaal is de tekst van het gehele werk in het Latijn bewerkt door Torinus, Janus Cornarius en Guinterus Andernacus. Een Engelse vertaling verscheen in 1844 en een Duitse, uitgegeven te Leiden, in 1914. Het zesde boek over chirurgie is in het Frans vertaald. Terwijl de Latijnse vertaling van het gehele werk pas later verscheen is de vertaling in het Latijn van het eerste boek reeds in 1525 uitgekomen en dat is onze postincunabel.

Deze postincunabel behandelt: Pauli Aeginetae salubria de tuenda valetudine praecepta (Nuttige

PAVLI AEGINETAE SALVBRIA DE TV
enda valetudine praecepta,
Guilielmo Copo Basileiensi interprete.
ITEM.
ENCOMIUM
VM ARTIS MEDICAE,
D. Eras. Rot. autore.



NOREMBERGAE ANNO
M. D. XXV;

voorschriften van Paulus van Aegina voor de gezondheidszorg), vertaald door Guilielmus Copus Basileiensis. Willem Copus was een arts in Bazel, die van 1471 tot 1532 leefde. Hij werd in 1530 lijfarts van Frans I, koning van Frankrijk. Na een voorwoord van de drukker-uitgever Johannes Petreius aan de lezer, een index der honderd hoofdstukjes en een inleiding door de vertaler Guilielmus Copus volgt het werk van Paulus van Aegina in de vertaling van Willem Copus. Terwijl het werk volgens de titel in Neurenberg is uitgegeven in 1525 is de inleiding gedateerd: Ex Parisiorum Lutecia, XIII Calen. Aprilis Anno MDX (Uit Parijs, 18 maart 1510),

waarom misschien nog een uitgave verscheen vóór de onze.

De praecepta, de regels, de adviezen zijn vermeld in honderd hoofdstukjes, die alle interessant zijn, doch waaruit hier slechts enkele zaken kunnen vermeld worden. In Caput XIV lezen we onder andere: „A decimo quarto ad primum et vigesimum annum mathematicae sapientiaeque studio incumbant, et ad fortiores exercitationes pro corporis robore ducantur, ut et corpore et animo laborantes a libidinis impetu cohibeantur” (Van het veertiende tot het een en twintigste jaar moeten zij zich toelleggen op de studie der wiskunde en filosofie en moeten zij aangespoord worden tot zware oefeningen ter verkrijging van een krachtig lichaam, zodat zij door lichamelijke en geestelijke inspanning worden afgehouden van uitpattingen). Vóór de lichaamsoefeningen wordt het lichaam gewreven. In Caput XV staat: „Ante exercitationem corpus modice calfaciemus, linteo fricantes, deinde nudis manibus ex oleo perfricabimus, donec calescat satis, ac transmutetur corpus atque florido rubore suborto ad habitum decentem perducatur” (Vóór de oefening zullen wij het lichaam matig warmen door het met linnen te wrijven, vervolgens zullen wij het met blote handen met olie krachtig wrijven tot het voldoende warm is geworden en het lichaam veranderd wordt en door de langzaam ontstane bloeiende roodheid tot een behoorlijk uiterlijk wordt gebracht). Daarna komen hoofdstukken over de lichaamsoefeningen, over de soorten, de kwaliteit en de kwantiteit, over de vermoeidheid door de oefeningen.

Ook zijn er hoofdstukken over de levenswijze in de ouderdom, over middelen om het lichaam glad en rimpelvrij te houden en welriekend te maken, over bescherming der tanden en het reinigen van de gehoorgang enz. Ook wordt ingegaan op liefde en bijslaap. De levenswijze in verschillende jaargetijden wordt in beschouwing genomen. Aangaande het gedrag bij zeereizen zegt Paulus in Caput LVI onder andere: „Vomitio quae navigantibus accidit in principio quidem neque facile neque utiliter arcetur, quippe quae magna ex parte iuvare solet” (Het is noch gemakkelijk noch dienstig het braken, dat hen die op zee reizen overvalt, in den beginne tegen te

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.

Medische informatiekaart

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

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

werken, daar het namelijk meestal nuttig pleegt te zijn). Verder worden middelen aanbevolen ter vermagering en om aan te komen bij te grote magerheid. Dan komen de hoofdstukken over de temperamenten: de kentekens van het beste temperament, de kentekens van het temperament van de hersenen, van de maag, het hart, de lever, de longen, de testikels. In aansluiting daaraan methoden ter verbetering van een warme, een koude, een droge en andere dyscrasieën. Vervolgens zijn voedingsmiddelen aan de beurt, verschillende groenten, vruchten, gevogelte, eieren, vlees, vis, melk, kaas, wijn. Tenslotte worden nog adviezen gegeven aangaande de slaap en slapeloosheid.

Naast verstandige opmerkingen en raadgevingen vindt men veel onzin in het werk. Men vergete echter niet dat het 1300 jaar geleden geschreven werd. Hoe zal men over 1300 jaar over de huidige generatie spreken?

De „Praecepta” van Paulus Aegineta worden in onze postincunabel met doorlopende foliëring gevolgd door „Encomium artis medicae” van Erasmus, waarvan ik vroeger reeds een uitgave van 1518 heb besproken (Medisch Contact 11 december 1964), zodat een beschouwing hiervan thans achterwege kan blijven.

Het colofon luidt: „Excudebatur Noremburgae apud Joannem Petreium, mense Februario Anno MDXXV”. De postincunabel bevat 79 folio's (158 bladzijden), gefolieerd a-i 8 k7. Afgebeeld is het titelblad met het drukkersmerk van Johannes Petreius.

Dr. J. A. van Dongen

U.R.-GENEESMIDDELEN

Door C. van der Marel, huisarts te Witmarsum

De Wet op de Geneesmiddelenvoorziening biedt de minister de mogelijkheid te bepalen, welke geneesmiddelen uitsluitend op recept mogen worden afgeleverd, voor zover het belang van de volksgezondheid dit vordert. In de Staatscourant d.d. 19 februari 1970 no. 35 is een besluit gepubliceerd, waarbij deze bepaling per 1 juni 1970 voor een aantal geneesmiddelen van kracht wordt.

Het is, gezien de werking en nevenwerkingen van de moderne geneesmiddelen — waarbij vitale organen worden beïnvloed — alleszins noodzakelijk de patiënt tegen zelfmedicatie van deze geneesmiddelen te beschermen en de verantwoordelijkheid voor en een continueren van het gebruik ervan primair bij de geneeskundige te leggen. In dit licht moet de U.R.-bepaling worden gezien.

Men kan zich afvragen, waarom het zo lang heeft geduurd voordat er een U.R.-regeling tot stand kwam: de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening is van oktober 1963. De oorzaak hiervan ligt in het feit, dat de U.R.-regeling afhankelijk was van de U.A.-regeling, waarbij werd bepaald welke geneesmiddelen slechts door apothekers, apotheekhoudende artsen en dierenartsen mochten worden afgeleverd. Aan deze regeling nu waren overgangsbepa-

lingen verbonden, reden waarom zij pas per 1-2-1970 in volle omvang van kracht werd.

Een aantal geneesmiddelen was reeds op grond van een andere wet of besluit U.R., te weten de preparaten vallende onder de Opiumwet (d.d. 1-10-1928) en de wekaminen (Besluit d.d. 1-4-1969). Het nieuwe besluit voegt daaraan een aantal geneesmiddelen toe*.

Bij eerste beschouwing lijkt de U.R.-bepaling alleen de afleveraar (apotheker of apotheekhoudende arts) te regarderen. Door toepassing echter van artikel 28 lid 2 van het Besluit Uitoefening Artsenijbereidkunst kan de minister voorschriften geven aangaande de herhaling van deze receptuur. Deze recepten mogen slechts worden herhaald, indien de geneeskundige op het recept heeft aangegeven, dat en hoeveel malen herhaling van de aflevering mag plaatsvinden. Hiermee is de lijn doorgetrokken, die ook voor de opium- en wekaminenreceptuur geldt. Het besluit heeft hierdoor zijn weerslag op de receptuur van artsen uit alle disciplines. Vermeldt de arts op het recept geen aanduiding van herhaling, dan mag de apotheker of apotheekhoudende arts het niet itereren. Ook de aanduiding „iteretur” is op zich zelf onvoldoende. In beide gevallen heeft

H. Jansen arts spreekuur 1-2	A-stad 20-7-70
R. phenylbutazonum no XXX	
3 dd I	
Hr. Klaassen A-stad.	
niet zo ↑	

H. Jansen arts spreekuur 1-2	A-stad 20-7-70
R. phenylbutazonum no XXX	
3 dd I	
Hr. Klaassen A-stad.	
it.	
of zo ↑	

H. Jansen arts spreekuur 1-2	A-stad 20-7-70
R. phenylbutazonum no XXX	
3 dd I	
Hr. Klaassen A-stad.	
it. 2x	
maar zo ↑	

Indien u geen bezwaar hebt tegen itereren door de apotheker, of dit gewenst of noodzakelijk vindt, dient u dit duidelijk aan te geven . . . !

de apotheker het recht de patiënt terug te sturen. Weliswaar mag hij van het verbod het recept te herhalen afwijken, mits het gaat om spoedgevallen en hij zich voldoende heeft verwittigd dat er geen gevaar van misbruik bestaat. Het is echter allerm minst de bedoeling, dat dit tot uitholling van het besluit gaat leiden.

De geneeskundige zal zijn receptuur, ook al in het belang van de verhouding met apotheker en patiënt, moeten aanpassen, in die zin dat hij, indien iteratie is bedoeld, daarvan een duidelijke aanduiding op het recept vermeldt: it. 1x, it. 2x, etc. - overigens een kleine moeite.

Het besluit kent een paar uitzonderingen: insuli-

* De volgende toedieningsvormen mogen door apothekers en apotheekhoudende artsen slechts op recept worden afgeleverd:

a. toedieningsvormen welke een of meer der navolgende zelfstandigheden bevatten (zie op de volgende bladzijden afgedrukte lijst, behorend bij het besluit U.R.-zelfstandigheden):

antibiotica,
barbitalen m.u.v. 15 mg. per doseringseenheid,
corticosteroiden,
cytostatica,
geslachtshormonen,
psychofarmaca,
spierrelaxantia,
sulfonamiden,
wekaminen;

voorts:

bepaalde analgetica, zoals aminophenazonum-indometacinum-phenylbutazonum-pentazocinum;
bepaalde hypertensiva, zoals mecamlaminum-pempidinum-pentolonium;
bepaalde hypnotica, zoals acecarbromalum-carbromalum-glutethimidum;

voor zover in enige toedieningsvorm gebracht, al of niet in combinatie met andere geneesmiddelen;

b. oplossingen voor parenteraal gebruik, droge zelfstandigheden, welke na toevoeging van een oplosmiddel bestemd zijn voor parenteraal gebruik, alsmede oplossingen voor peritoneaalspoeling;

c. implantatietabletten;

d. toedieningsvormen voor oogheelkundig gebruik, met uitzondering van oogwassingen en contactlensvloei-stoffen;

e. oplossingen en suspensies voor inhalatie in de vorm van drukaerosolen;

f. vloeistoffen voor spoeling of desinfectie van de blaas;

g. toedieningsvormen voor therapeutisch intravaginaal gebruik.

Met betrekking tot de onder b t/m g genoemde toedieningsvormen geldt de bepaling slechts voor zover deze toedieningsvormen één of meer van de zelfstandigheden, vallende onder het U.A.-besluit, bevatten.

Abonnementen op Medisch Contact, welke niet voor het einde van de jaargang schriftelijk zijn opgezegd, worden geacht opnieuw voor dezelfde termijn te zijn ingegaan.

nepreparaten mogen zonder meer door de apotheker worden geïtereerd; ovulatieremmers mogen worden herhaald, mits de totale hoeveelheid niet meer is dan voor gebruik voor 6 maanden, tenzij de arts anders voorschrijft (de apotheker is, in tegenstelling tot de normale gang van zaken, gebonden de bijsluit niet te verwijderen, tenzij de arts anders voorschrijft).

Overzien wij het geheel, in het bijzonder de samenstelling van de lijst, dan lijkt het het meest doelmatig, dat men zich niet vermoeit met uit het hoofd te leren in welke gevallen de stringente bepaling van het itereren wel of niet moet worden vermeld, maar dat men zich aanwent bij het voorschrijven van welk middel dan ook, te bedenken of iteratie gewenst is en zo ja hoe vaak.

Voor de apotheekhoudende artsen heeft de zaak nog een bijzonder facet: ook voor hen geldt, dat zij de in het besluit genoemde geneesmiddelen niet mogen afleveren zonder recept, zelfs al zijn zij zelf de voorschrijver.

In tegenstelling tot bijvoorbeeld de Opiumwet kent het Besluit Artsenijberekunst geen bepaling ten aanzien van de eisen waaraan een recept moet voldoen. Een aantekening in het apotheekboek kan zodoende als recept gelden. De eerste aflevering zal praktisch altijd worden genoteerd; het besluit zal met betrekking hiertoe dus geen ingrijpende maatregel zijn. Iets anders is het met de iteraties. *Twee wegen staan de arts hierbij open: óf hij kruist bij zijn eerste voorschrift het aantal herhalingen af, óf hij maakt van elke iteratie een nieuwe aantekening.* Dit laatste lijkt het doelmatigst. Bij specialistenrecepten kan de arts de herhalingen op het oorspronkelijke recept afkruisen, of hij kan de iteraties als eigen voorschrift overnemen door een aantekening in het apotheekboek. Zowel de specialistenrecepten als de aantekeningen in het apotheekboek dienen 6 jaar te worden bewaard. Ook hier zal de meest doelmatige oplossing zijn, dat de apotheekhoudende arts van alle afleveringen — U.R. of niet — aantekening houdt.

Samenvattend:

Het U.R. besluit houdt in:

- voor de niet-apotheekhoudende arts: duidelijk op het recept aangeven, dat en hoeveel iteratie wordt gewenst;
- voor de apotheekhoudende arts: de betrokken afleveringen als voorschrift in het apotheekboek overnemen.

De arts passe dit uit praktische overwegingen op alle geneesmiddelen toe.

Lijst behorende bij het Besluit U.R.-zelfstandigheden

Acecarbromalum	Chlortetracyclinum, alsmede zijn zouten en zijn complexverbindingen	Fenfluraminum en zijn zouten
Acetophenazinum en zijn zouten	Chlorzoxazonum en zijn zouten	Fenyramidolum en zijn zouten
Alcuronium en zijn zouten	Cloforexum	Fludrocortisonum, alsmede zijn esters en hun zouten
Aldosteronum en zijn esters	Clometocillinum en zijn zouten	Fludroxycortidum
Alimemazinum en zijn zouten	Clomifenum en zijn zouten	Flumetasonum en zijn esters
Allobarbitalum en zijn zouten *	Clopenthixolum en zijn zouten	Fluocinololum, alsmede zijn esters en zijn acetonide
Allopurinolum	Cloxacillinum en zijn zouten	Fluocortololum en zijn esters
Allylestrenolum	Colistinum en zijn zouten	Fluorometholonum, alsmede zijn esters en hun zouten
Alprenololum en zijn zouten	Corticotrophinum	9 alpha Fluoroprednisolonum, alsmede zijn esters en hun zouten
Amfepramonum en zijn zouten	Cortisonum, alsmede zijn esters en hun zouten	Fluorouracilum
Amfomycinum	Cyclarbamatum	Fluoxymesteronum en zijn esters
Aminophenazonum, alsmede zijn zouten en zijn complexverbindingen	Cyclobarbitalum en zijn zouten *	Flupentixolum en zijn zouten
Aminosidinum en zijn zouten	Cyclophosphamidum	Fluperololum, alsmede zijn esters en hun zouten
Amitriptylinum en zijn zouten		Fluphenazinum en zijn zouten
Amobarbitalum, alsmede zijn zouten en zijn complexverbindingen *	Deferoxaminum en zijn zouten	Fluprednisolonum en zijn esters
Amphetaminum en zijn zouten	Demethylchlortetracyclinum, alsmede zijn zouten en zijn complexverbindingen	Formocortalum
Amphotericinum B	Desipraminum en zijn zouten	Framycetinum en zijn zouten
Ampicillinum en zijn zouten	Desoxycortonum, alsmede zijn esters en hun zouten	
Androstanazololum, alsmede zijn esters en hun zouten	Dexamethasonum, alsmede zijn esters en hun zouten	Gentamycinum en zijn zouten
Androsteronum en zijn esters	Dexamphetaminum en zijn zouten	Glucagonum
Aprobarbitalum, alsmede zijn zouten en zijn molecuulverbindingen *	Dextromethorphanum en zijn zouten	Glutethimidum
Azacyclonolum en zijn zouten	Diazepamum en zijn zouten	Gonadotrophinum chorionicum en sericum
Azathioprinum	Dibenzepinum en zijn zouten	Gramicidinum
	Dichlorisonum, alsmede zijn esters en hun zouten	
Bacitracinum	Dicloxacillinum en zijn zouten	Haloperidolum
Barbitalum en zijn zouten *	Dienestrolum en zijn esters	Hepatabarbum en zijn zouten *
Benactyzinum en zijn zouten	Diethazinum en zijn zouten	Heptobarbitalum en zijn zouten *
Benzphetamineum en zijn zouten	Diethylstilbestrolum, alsmede zijn esters en hun zouten	Hetacillinum en zijn zouten
Benzylpenicillinum, alsmede zijn zouten en zijn additieverbindingen	Dihydrostreptomycinum en zijn zouten	Hexapropymatum
Betamethasonum, alsmede zijn esters en hun zouten	Dimercaprolum	Hexobarbitalum en zijn zouten
Brallobarbitalum en zijn zouten *	Dimethisteronum	Hexestrolum
Broparestrolum	Dixyrazinum	Hydrocortisonum, alsmede zijn complexverbindingen, zijn esters en hun zouten
Busulfanum	Doxycyclinum, alsmede zijn zouten en zijn complexverbindingen	Hydroxychloroquinum en zijn zouten
Butalbitalum en zijn zouten *	Droperidolum	Hydroxyprogesteronum en zijn esters
Butaperazinum en zijn zouten	Drostanolonum en zijn esters	Hydroxyzinum en zijn zouten
Butobarbitalum en zijn zouten *	Dydrogesteronum	
		Imipraminum en zijn zouten
Capreomycinum en zijn zouten	Emylcamatum	Indometacinum
Carbromalum	Erythromycinum, alsmede zijn zouten en zijn esters en hun zouten	Isocarboxazidum en zijn zouten
Carisoprodolum	Estradiolum en zijn zouten	
Cefaloridinum	Estriolum, alsmede zijn esters en hun zouten	Kanamycinum en zijn zouten
Cefalotinum en zijn zouten	Estronum, alsmede zijn esters en hun zouten en zijn geconjugeerde verbindingen	Kitasamycinum en zijn zouten
Chlorambucilum en zijn zouten	Ethinylestradiolum	
Chloramphenicolum, alsmede zijn esters en hun zouten	Ethisteronum en zijn esters	Levamefetaminum en zijn zouten
Chlordiazepoxidum en zijn zouten	Ethylamphetaminum en zijn zouten	Levomepromazinum en zijn zouten
Chlorisondaminumzouten	Ethylbutyl thiobarbitalum en zijn zouten	Lincomycinum
Chlormadionum, alsmede zijn esters en hun zouten	Ethylestrenolum	Lymecyclinum, alsmede zijn zouten en zijn complexverbindingen
Chlormezanolum en zijn zouten	Ethynoldiololum, alsmede zijn esters en hun zouten	Lynestrenolum
Chloroquinum en zijn zouten		
Chlorotrianisenum		Mecamylaminum en zijn zouten
Chlorphenterminum en zijn zouten		Medroxyprogesteronum en zijn esters
Chlorprednisonum, alsmede zijn esters en hun zouten		Megestrolum en zijn esters
Chlorpromazinum en zijn zouten		Melaminsulfonum en zijn zouten
Chlorprothixenum en zijn zouten		Melphalanum
Chlortestostorenum, alsmede zijn esters en hun zouten		Menotrophinum
		Mephenoxalonum
	Febarbamatum *	

Paramethasonum, alsmede zijn esters
en hun zouten
Pargylinum en zijn zouten
Pecazinum en zijn zouten

Sulfalenum, alsmede zijn zouten en zijn acetylverbinding

Vinca alkaloiden en hun zouten
Vinylbitalum *
Viomycinum en zijn zouten

**Uitslagen verkiezingen
districtsraden**

Op grond van het bepaalde in artikel 607 lid 3 HR, worden de uitslagen van de verkiezingen voor de districtsraden in MC gepubliceerd. Deze publikatie vindt nu nog plaats *in alfabetische volgorde*.

Wanneer vóór of op 1 april 1970 alle 20 districtsraden zullen zijn verkozen en zij tevens elk hun bureau (bestaande uit voorzitter, plv. voorzitter(s) en secretaris) hebben samengesteld, zal een overzichtspublikatie plaatsvinden.

Op grond van de gehouden verkiezingen zijn tot lid van de districtsraad voor *district V* gekozen:

H. Bakema, Leiderdorp;
H. A. Blaauwendraad, Koudekerk;
Dr. P. A. Coumou, Leiden;
N. G. Geelkerken, Gouda;
K. Gill, Zwammerdam;
P. Henry, Voorschoten;
J. P. Hoeneveld, Gouda;
J. B. Hugenholtz, Oegstgeest;
C. de Kemp, Delft;
Mej. A. R. Smit, Leiden;
A. J. Zwartendijk, Alphen.

Op grond van de gehouden verkiezingen zijn tot lid van de districtsraad voor *district XI* gekozen:

J. M. A. A. Begheyn, Weert;
Dr. W. P. M. A. Lamers, Maastricht;
M. J. M. Mol, Roermond (Maasniel);
J. A. C. Platteel, Venlo;
Th. J. A. van der Ploeg, Valkenburg;
H. J. J. van Sambeek, Geleen;
Dr. F. P. Stapert, Sittard;
K. H. M. Suys, Simpelveld;
D. Wintgens, Heerlen;
J. L. M. de Wolf, Houthem-St. Gerlach.

Op grond van de gehouden verkiezingen zijn tot lid van de districtsraad voor *district XVII* gekozen:

W. C. Boelens, Hengelo;
I. Breekland, Almelo;
Th. Franssens, Enschede;
A. J. Hamleers, Almelo;
D. J. van der Heyden, Hengelo;
J. C. Polée, Borne;
H. W. van der Veen, Hellendoorn;
H. Wefers Bettink, Enschede;
Ph. Wüstefeld, Enschede.

Op grond van de gehouden verkiezingen zijn tot lid van de districtsraad voor *district XVIII* gekozen:

J. Bouwer, Tuk bij Steenwijk;
F. Drijber, Emmen;

B. H. L. de Haas, Assen;
K. A. Huisman, Erica;
J. F. Janssen, Hoogeveen;
J. H. Magendans, Nw. Buinen;
H. Mulder, Gasselternijveen;
A. J. Tjeenk Willink, De Wijk;
Dr. J. M. Vrolijk, Emmen.

Grensarbeiders

Het in Nederland algemeen aanvaarde systeem van „scheiding van behandeling en controle” wordt in andere landen nauwelijks toegepast. Ook in Duitsland is dat het geval. Daar verlangen de Krankenkassen een door de b.g. afgegeven arbeidsongeschiktheidsverklaring.

Gelukkig is er voor de in Nederland wonende, doch in Duitsland werkende arbeiders reeds in 1954 officieel een speciale regeling ingevoerd. Voor hen wordt de vereiste arbeidsongeschiktheidsverklaring door een controlerende instantie afgegeven: aanvankelijk door de Raad van Arbeid, sinds 1963 door het G.A.K. (zie punt B-2 van het „groene boekje”). Na een inlooperperiode, waarin de Krankenkassen aan de voor hen ongewone en onbegrijpelijke procedure moesten wennen, heeft deze regeling zeer goed gefunctioneerd.

Sinds 1 januari j.l. bestaat er in Duitsland echter een nieuwe regeling voor de uitkering van ziekengeld; dit wordt gedurende de eerste 6 weken niet meer door de Krankenkasse uitbetaald, maar door de werkgever. Ook ditmaal is er voor Nederlandse grensarbeiders tijdig een goede regeling getroffen (waarover hieronder meer). Het valt echter nauwelijks te verwonderen, dat er in Duitsland werkgevers zijn, die van hun Nederlandse werknemers - net als van de Duitse - een arbeidsongeschiktheidsverklaring door de b.g. verlangen. Dit nu is volstrekt onjuist. Voor de Nederlandse grensarbeiders is de oude regeling in hoofdzaak gehandhaafd, dat wil zeggen dat de controle door het G.A.K. geschiedt.

Iedere grensarbeider heeft van zijn Krankenkasse een inschrijvingsbewijs ontvangen (formulier N3). Op de achterzijde daarvan staat, in twee talen, een uitvoerige instructie. Voor de onderhavige kwestie zijn vooral de volgende drie passages van belang:

„Wanneer aan de voorschriften voor het aanvragen van ziekengeld is voldaan, behoeft aan de werkgever geen afzonderlijke medische verklaring te worden gezonden; dergelijke verklaringen worden namelijk door behandelende geneeskundigen in Nederland niet afgegeven. Een afzonderlijke melding bij de Duitse Krankenkasse is dan evenmin nodig. Het is voldoende wanneer de verzekerde zijn werkgever onmiddellijk meedeelt, vanaf welke datum de arbeidsongeschiktheid bestaat en hoe lang deze vermoedelijk zal duren”.

„Een grensarbeider dient in geval van arbeidsongeschiktheid wegens ziekte daarvan onverwijld aangifte te doen bij het voor zijn woonplaats bevoegde districtskantoor van het G.A.K. Deze aangifte dient te geschieden door middel van het formulier „Ziek-melding voor in Duitsland verzekerden“, welk formulier verkrijgbaar is bij de districtskantoren van het G.A.K. en - in het grensgebied - bij de postkantoren”.

„De bevoegde Duitse Krankenkasse zal, zodra zij van het districtskantoor van het G.A.K. de mededeling omtrent de aanvang en vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid heeft ontvangen, de werkgever hiervan in kennis stellen, opdat deze indien aan de voorwaarden is voldaan, het loon kan doorbetalen. Voorzover niet tot loondoorbetaling wordt overgegaan zal de Krankenkasse het verschuldigde ziekengeld betalen”.

Uit het bovenstaande volgt, dat de behandelende arts ook voor die patiënten, die onder de Duitse sociale verzekering vallen, géén arbeidsongeschiktheidsverklaringen moet afgeven. Hij kan volstaan met te vragen, of zij hebben voldaan aan hun verplichtingen, te weten de mededeling aan de werkgever en de aangifte bij het G.A.K. Hij behoeft niet bang te zijn, dat hij hierdoor zijn patiënten dupeert; er bestaat geen risico voor weigering van ziekengeld of voor ontslag. Mocht de werkgever niet van de bedoelde regeling op de hoogte zijn, dan kan hij bij de betreffende Krankenkasse de nodige informatie verkrijgen.

Namens de Commissie inzake
Geneeskundige Verklaringen,
A. E. Denekamp, voorzitter

Zwolle, 28 februari 1970

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

Zestiende lijst van apotheekrijpe gebieden

Bij beschikking van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid is met ingang van 15 februari 1970 als apotheekrijp gebied, bedoeld in artikel 7, eerste lid, van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, aangewezen:

1. de gemeente Geertruidenberg, tezamen met het gedeelte van de gemeente Raamsdonk, dat bestaat uit de plaats Raamsdonksveer;

2. het gedeelte van de gemeente Gilze-Rijen dat gelegen is ten noorden van de verkeersweg Breda-Tilburg.

C. van der Marel, arts,
voorzitter Apotheekcommissie
L.H.V.

MC | VAN DE STICHTING VOORLOPIG BEHEER PENSIOENGELDEN VOOR HUISARTSEN

Belastbaarheid pensioengelden

Naar aanleiding van de aan de huisartsen toegezonden saldobiljetten zijn aan de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen vragen gesteld over de belastbaarheid van de op naam van huisartsen geboekte pensioengelden.

Indien deze gelden, die op dit moment niet uw eigendom zijn, als belastbaar inkomen zijn aangemerkt, adviseren wij u om contact op te nemen met de directeur van de Stichting telefoon 030-887021 of 030-885411. U zult dan een schriftelijke verklaring ontvangen die u aan uw belastingadviseur ter hand kunt stellen.

MC | VAN DE STICHTING PENSIOENFONDS MEDISCHE SPECIALISTEN

Uitkeringen weduwen en wezen

Het bestuur van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten heeft besloten om gezien de gunstige beheersresultaten, de uitkeringen op grond van het reglement inzake de L.S.V.-bijdrage als bedoeld in artikel 4 onder b van de statuten der Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten (P.M.S.) aan weduwen en wezen van specialisten die in 1968 en 1969 zijn overleden, onverplicht te verhogen tot het peil van de uitkeringen zoals die met ingang van 1 januari 1970 krachtens dit reglement zijn vastgelegd. Dit betekent een verhoging van de ingegane uitkeringen met circa 8 1/3%, ten opzichte van het niveau 1969, nadat per 1 januari 1969 de uitkeringen aan weduwen en wezen van specialisten die in 1968 zijn overleden reeds met 4 1/2% waren verhoogd. In 1969 werden de volgende uitkeringen toegekend. De toegekende bedragen, op jaarbasis, verdeeld naar de afgeronde leeftijd van de overledene op 1-1-1969 luiden als volgt:

leeftijd van de overledene op 1-1-1969	weduwenuitkeringen		wezenuitkeringen		gemiddelde uitkering per gezin
	aantal	bedrag	aantal	bedrag	
35 tot 40 jr.	1	f 7.140,—	3	f 4.284,—	f 11.424,—
40 tot 45 jr.	1	„ 6.300,—	4	„ 5.040,—	„ 11.340,—
45 tot 50 jr.	2	„ 7.701,76	4	„ 3.654,—	„ 5.677,88
50 tot 55 jr.	3	„ 7.350,—	3	„ 1.512,—	„ 2.954,—
55 tot 60 jr.	5	„ 8.644,12	10	„ 3.633,—	„ 2.455,42
60 tot 65 jr.	2	„ 2.520,—	1	„ 273,—	„ 1.396,50
	14	f 39.655,88	25	f 18.396,—	f 4.146,56

Utrecht, 25 februari 1970

Dr. D. W. Swijgman,
secretaris S.P.M.S.

Voordrachten

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

Alkmaar en Omstreken: G. B. de Keyser, revalidatie-arts, onderwerp: „De fysische therapie in de revalidatie”.

Amersfoort en Omstreken: Prof. Dr. P. A. Biersteker, onderwerp: „De grenzen van het menselijk prestatievermogen”. Dr. V. M. Oppers, onderwerp: „De statisticus als detective”. Prof. Dr. J. Swieringa, onderwerp: „De mogelijkheden van longtransplantatie”.

Amsterdam: Prof. Dr. O. Kranendonk, onderwerp: „Medische zorg in ontwikkelingslanden”.

Arnhem en Omstreken: Dr. H. J. Furstner, patholoog-anatoom, onderwerp: „Oorzaken van vaginaal bloedverlies, een histopathologisch overzicht”.

Apeldoorn en Omstreken: Prof. Dr. C. P. Sporken, onderwerp: „Vernieuwde inzichten in fundamenteel ethische vraagstukken, toegespitst op de abortus en de euthanasie”. S. F. Rodermond, onderwerp: „De politieke eenwording van Europa”.

Eindhoven en Omstreken: F. E. van Dam, internist, onderwerp: „Anticoagulantia, gevaren van hun toepassing. Organisatie van een regionale thrombosedienst”.

Emmeloord en Omstreken: Prof. Dr. S. J. Geerts geeft een toelichting op de film „Chromosomes and human pathology”.

Friesland-Noord: Dr. J. H. R. van der Pas, onderwerp: „Sociaal-geneeskundige aspecten van de revalidatie”. Mr. A. J. J. van der Scheer, onderwerp: „Samenspel”. Prof. Beks, onderwerp: „De verhoging van de intracraniele druk en haar klinische aspecten”.

Gooi- en Eemland: Mr. W. B. van der Mijn, onderwerp: „De arts en zijn rechter”.

's-Gravenhage en Omstreken: Dr. W. J. Breslau, onderwerp: „Prothesen, mogelijkheden en beperkingen”.

Groningen en Omstreken: Dr. R. C. Hoekstra, zenuwarts, onderwerp: „Seksuele doding: forensisch-psychiatrische studie vanuit de Van Mesdag inrichting”.

Heerenveen en Omstreken: Prof. Dr. G. J. P. A. Anders, hoogleraar antropogenetica, onderwerp: „Van mens tot molecuul in de erfelijkheidsleer”.

Den Helder en Omstreken: J. F. den Hamer, longarts, onderwerp: „Chronische asperifieke respiratoire aandoeningen”.

Helmond en Omstreken: Prof. Dr. A. Haspels, gynaecoloog, onderwerp: „Hormonale behandeling in climacterium en postmenopauze”.

Hunsingo-Fivelingo-Westerkwartier: J. Helfrich, onderwerp: „De pensioenregeling huisartsen, 3e concept”.

Oldambt: Prof. Dr. L. Meijler, hoogleraar in de

klinische farmacologie, onderwerp: „Waarom klinische farmacologie?”

Rotterdam en Omstreken: Mejuffrouw F. Venema, onderwerp: „De samenwerking van de medici en het maatschappelijk werk”.

Utrecht: Dr. J. B. J. Soons, Dr. J. G. Verhoeven, Dr. L. H. M. van Gorp, onderwerp: „De betekenis van de hepar biopsie”.

Zuid-Limburg: G. Beckers, onderwerp: „Apen en mensen”.

Zutphen: Mevrouw M. E. Smorenberg-Schoorl, interniste, onderwerp: „Diabetes in de zwangerschap”.

Zwolle en Omstreken: Dr. A. F. Casparie, Dr. C. J. Russchen, Dr. J. A. ten Bokkel Huinink, internisten, onderwerp: „Haemodialyse”.

Zwolle en Omstreken: Dr. R. Dijkstra, plastisch chirurg, onderwerp: „Het stelen van lapjes”.

MC | **PERSONALIA***Nieuwe leden:*

H. Aeiljelts Averink, Haddingestraat 35c, Groningen.

Mevr. M. Aeiljelts Averink-Tuinink, Haddingestraat 35c, Groningen.

J. A. Beker, Korte Mare 22, Leiden.

C. T. E. Beljaars, Einsteinstraat 139, Nijmegen.

Mevr. G. Blomberg-Vermeiden, Zwarteweg 28A, Noordwijk-Binnen.

J. Boor, Jan de Beyerhof 21, Ouderkerk a/d Amstel.

M. A. M. Boormans, Terrahof 29, Tilburg.

C. L. A. H. Bruijnen, Strauslaan 4, Groningen.

R. S. A. C. M. Corbey, Dingostraat 6, Nijmegen.

D. P. van Driel, Gabriël Metsulaan 30, Veenendaal.

L. Driessen, De Clerqstraat 52, Amsterdam.

Mevr. C. van Gastel-Hermann, van Heemstralaan 53, Arnhem.

G. de Goey, van Eeghenstraat 62, Amsterdam.

C. E. A. M. Gribnau, Malvert 68-67, Nijmegen.

P. Harmsen, Kattegat 8, Amsterdam.

Mevr. C. T. van Hartingsveldt-Verloep,

M. H. Tromplaan 230, Oegstgeest.

A. G. ten Have, Burggravenlaan 28, Leiden.

H. J. J. van der Heijden, Ibisdreef 336, Utrecht-Overvecht.

H. F. P. Hillen, Heidebloemstraat 105, Nijmegen.

P. de Jong, Leidseweg 455, Voorschoten.

A. H. v. d. Klis, Stadionweg 45, Amsterdam.

R. Kolthof, Polluxstraat 80, Groningen.

H. Koning, Da Costalaan 6, Haren (Gr.).

J. Kos, Luttikcie 1, Heemskerk.

Mevr. E. V. M. Kranenburg-Daamen, Molenvliet 200, Rotterdam-24.

K. de Man, Merellaan 321, Capelle a/d IJssel.

R. G. Massaro, T. Mesdagstraat 48, Groningen.

J. P. Molenaar, van Harenspad 16, Heerenveen.

T. H. Oei, Sint Philipsland 109, Amstelveen.

F. Polak, Oudezijds Voorburgwal 155, Amsterdam.

Th. H. J. M. Raab, Bongaertslaan 46, Heerlen.

T. Romeijn, Weimarstraat 371, Den Haag.

P. Schmidt, Zou'erwoudsesingel 64, Leiden.

J. B. Seegers, Smaragdplein 204, Utrecht.

P. Slikker, Tigrisdreef 124, Utrecht (Overvecht).

A. A. Tuin, Quinten Massijsstraat 1, Amsterdam.

W. M. Wiersinga, Nic. Witsenkade 14 sous, Amsterdam.

W. van Woerkom, Steenzicht 83, Den Haag.
L. van Wijk, Fagotstraat 22, Rijswijk-Z.H.
P. van der Zwaal, Rebrandtlaan 20, Doorn.

Overleden:

Mej. E. H. Boorsman, Sportlaan 21¹, Den Haag.
E. van Gogh, v. Dortstraat 16 zwart, Haarlem.
M. Gualthérie van Weezel, Gaykingastraat 19, Ten Boer.
Ph. R. Hugenholtz, Oosterbleek 19, Lochem.
Dr. W. C. J. B. Hulscher, ten Hovestraat 68a, Den Haag.
Dr. J. J. Nierstrasz, Mr. Vixseboxsestraat 24, Holten.
M. v. d. Ridder, „Libra” Enkweg 16 a, Holten Ov.
N. H. A. J. Schulte, Teunisbloemlaan 20, Bentveld.
S. van Steenwijk, Elzentlaan 10, Eindhoven.
M. J. van de Velde, 's-Lands Werf 254, Rotterdam.
Dr. L. B. C. Veldhof, Hoogeweg 24, Amsterdam-O.
S. C. Waalwijk van Doorn, Amsterdamseweg 21, Ede (Gld).

ADVERTENTIES

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

Uitgeversmaatschappij Kruyt n.v.
Groot Hertoginnelaan 28,
Bussum
(Telefoon: 02159 - 3 22 59)

MC

BRIEVEN AAN DE REDACTIE

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

ETHIEK VAN KEURINGEN

De „open brief” van collega Voûte, opgenomen in M.C. nr. 8 van 20 februari j.l., is mij uit het hart gegrepen. Dit geldt zowel voor het daarin vervatte scherpe oordeel over het artikel van F. E. C. Bouricius (M.C. nr. 6) als voor de geuite kritiek op het beleid van de redactie.

Ook ik ben van mening, dat de redactie opname van het onderhavige immorele artikel had moeten weigeren. Door dit plaats te geven in het officiële orgaan van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft ook zij in mijn ogen het vertrouwen in de medische stand ondermijnd. Of is het de redactie ontgaan, dat de auteur van het stuk het moreel alleszins acceptabel noemt als een verzekeringskandidaat valsheid in geschrifte pleegt en tracht de verzekeringsmaatschappij op te lichten door onjuiste gegevens te verschaffen over het te verzekeren leven? Maar zelfs als deze ergerlijke passage aan de aandacht is ontsnapt, dan kan het de redactie toch niet zijn ontgaan, dat het artikel volkomen gespeend is van logica en kennis van zaken op het gebied van keuringen en dat het feitelijk geen andere inhoud heeft dan trappen tegen de gevestigde orde en te onpas schermen met het modewoord „discriminatie”.

Natuurlijk bleek dit artikel koren te zijn op de molen van onze publiciteitsmedia.

Het warrig karakter van het stuk

maakt complete kritiek in kort bestek tot een onmogelijkheid. Ik wil mij daarom beperken tot het pomen van twee stellingen:

1. Het instituut van levensverzekering op vrijwillige basis (een zeer waardevol element in onze samenleving) kan niet bestaan zonder acceptatiekeuringen en zonder de bepaling, dat bewust bedrog aan de kant van de verzekeringskandidaat de maatschappij van haar verplichtingen ontslaat. Zonder deze waarborgen zouden lieden met de mentaliteit van de schrijver van het gewraakte artikel via het voor hoge sommen verzekeren van ernstig bedreigde levens de maatschappijen in luttele jaren insolvent maken tot grote schade van tal van integere verzekerden.

2. De keuringen ten behoeve van levensverzekering, welke in ons land jaarlijks ten getale van minstens 100.000 worden verricht, leveren een naar waarde moeilijk te overschatten bijdrage aan de preventieve gezondheidszorg. Talloze malen zijn tot dan toe onbekende, doch therapeutisch te beïnvloeden, kwalen daarbij in een beginstadium aan het licht gebracht en toegankelijk geworden voor behandeling.

In mijn loopbaan heb ik naar schatting ongeveer een 2.000-tal van dergelijke keuringen verricht; vele malen heb ik na afloop van de keuring medische adviezen gegeven tot verbetering van gezondheid en levensprognose en ik kan naar waarheid en met nadruk verklaren, dat deze ongevraagde adviezen vrijwel steeds in dank zijn aanvaard. Heel vaak heb ik de gekeurde de opmerking horen maken „Zo'n uitgebreid onderzoek zou je eigenlijk elk jaar moeten ondergaan! Maar ja, als je geen klachten hebt kom

je er niet toe daarvoor naar een dokter te gaan en je bent dan ook al gauw bang dat je ten onrechte beslag op zijn tijd legt”.

Het is dan ook mijn overtuiging, dat veel mensen dankbaar zijn gestemd na een ondergane keuring, ook in gevallen waar de keuring afwijkingen aan het licht heeft gebracht en de weg heeft geopend naar herstel. Artsen, die keuringen verrichten „voor economische doeleinden”, plegen geen ethisch ontoelaatbare handelingen, maar werken mee aan nuttige preventieve gezondheidszorg. Ethisch ontoelaatbaar daarentegen is het goedpraten van bewust bedrog voor geldelijk gewin.

's Gravenhage, 21 februari 1970

F. Bouman

TAAK EN POSITIE VAN DE AVA

Naar aanleiding van het artikel van collega Denekamp over „Taak en positie van de Afdelingsvertrouwensarts” (M.C. van 6 februari 1970, pag. 123) zou ik graag nog eens de extra aandacht van de artsen — behandelende zowel als AVA's — willen vestigen op de daarin genoemde voorwaarde b: „een door de instelling aangewezen c.g. is er niet”.

Ingevolge het bepaalde in het Koninklijk Besluit d.d. 27 april 1962, Stbl. nr. 157, is de *Rijks Geneeskundige Dienst* aangewezen om de Rijks-overheidsinstellingen van advies te dienen in zaken van medische of medisch-sociale aard, verband houdende met het personeelsbeleid.

Wanneer derhalve een „Rijkswerknemer” (ambtenaar of arbeidscontractant zich tot zijn b.g. wendt voor een verklaring, welke moet dienen ter ondersteuning van een op zijn rechtspositie betrekking hebbend verzoek aan de „Rijkswerkgever”, dan moet de

b.g. hem hiervoor niet naar de AVA verwijzen, doch naar zijn chef, die dan aan de R.G.D. advies zal vragen.

Mocht de ambtenaar abusievelijk toch bij de AVA terecht komen, dan behoort deze geen verklaring af te geven, doch eveneens de betrokkene naar zijn chef te verwijzen.

's Gravenhage, 17 februari 1970

H. J. Steenge, bedrijfsarts,
directeur R.G.D.

Naschrift

Met dit ingezonden stuk van collega Steenge kan ik mij volledig verenigen. Het geeft een nuttige aanvulling op mijn voorbeelden van patiënten, die niet naar de AVA behoren te worden verwezen.

Zwolle, 21 februari 1970

A. E. Denekamp

DE KOSTEN VAN HET GENEESMIDDELENPAKKET

Naar aanleiding van het artikel in Medisch Contact van 27-2-1970 bladzijde 216 betreffende de kosten van het geneesmiddelenpakket in Nederland, wil ik het volgende opmerken:

De staatssecretaris vindt de kosten in vergelijking tot andere landen bijzonder laag. Dat zou dan het gevolg zijn van de unieke contracten tussen de apothekers en de ziekenfondsen en het feit, dat in Nederland de apothekers relatief beter zijn gespreid en groter. Over de getallen die de staatssecretaris vermeldt, zal ik het niet hebben, ofschoon deze volgens mijn berekening niet kunnen kloppen. Maar het meest unieke feit, dat van essentieel belang lijkt te zijn in het drukken van de kosten, wordt in het antwoord van de staatssecretaris niet vermeld. Dat unieke feit is namelijk het unicum van het instituut van de apotheekhoudende huisarts, waarvan dan het meest unieke is, dat deze geneesmiddelendistribuant een veel lagere honorering krijgt in abonnement en een veel lagere kostenvergoeding voor bereiding en aflevering.

Aangezien het de bedoeling is het instituut van de apotheekhoudende huisarts te laten verdwijnen, zal het deze of een volgende staatssecretaris wel duidelijk worden, dat de kosten van het geneesmiddelenpakket, na de verdwijning van de apotheekhoudende huisarts, aanzienlijk zullen stijgen en dat Nederland dan niet meer zo'n gunstige plaats inneemt als nu het geval is. Ik wil niet beweren, dat wij dan aan de top komen te staan, maar het is zonneklaar, dat wanneer voor \pm 3,5 miljoen fondspatiënten straks een honorarium aan de apothe-

ker moet worden betaald, dat beduidend hoger ligt dan dat voor de apotheekhoudende arts die deze mensen nu verzorgt, het geneesmiddelenpakket aanzienlijk duurder zal worden. En dan doet het er weinig toe, of via geleide vestiging er 300 of 500 apothekers bijkomen, juist vanwege het feit, dat het ziekenfondscontract een honorering in abonnement per patiënt verleent. Ook de factor onkostenvergoeding voor bereiding en aflevering gaat niet omlaag, maar zal integendeel stijgen, gezien de beduidend lagere onkostenvergoeding, die aan de apotheekhoudende huisarts wordt toebedeeld.

Het zou de moeite lonen om ook de efficiëntie van de geneesmiddelendistributie internationaal te bezien en te vergelijken, zoals die nu plaats vindt hier en in het buitenland. Misschien valt die vergelijking voor ons land dan ook wel gunstig uit, mede dankzij het bestaan van de apotheekhoudende huisarts. En dan komt vanzelf de vraag of het elimineren van de apotheekhoudende huisarts, tegen een aanzienlijke stijging van de kosten van het geneesmiddelenpakket, wel is verantwoord. Dan zal namelijk eerst moeten worden aangetoond, dat de apotheekhoudende huisarts een slechtere verzorging geeft dan de apotheker.

Geulle, 28 februari 1970

J. A. P. M. Kuijpers,
apotheekhoudend huisarts

MC | VARIA

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga heeft aan de Stichting Het Dove en Slechthorende Kind te Amsterdam een subsidie toegekend voor de uitvoering van een tweetal onderzoeken. Het eerste is een onderzoek inzake de zogenaamde „home-training" van dove en slechthorende kinderen. Het tweede is een onderzoek naar de factoren die de beroepskeuze en de beroepsmogelijkheden van door gehoorbrek gehandicapte jongeren bepalen. Met betrekking tot de home-training — de oefening thuis — is het van belang over meer gegevens te beschikken die een inzicht geven in de vraagstukken rond de begeleiding van kinderen met hoorapparaten en hoormoeilijkheden. Daarbij speelt de opvang van het gehandicapte kind in het gezin en de school een grote rol. Tevens kan worden nagegaan of de huidige vormen van begeleiding geheel aan hun doel beantwoorden. Dr. Kruisinga acht de resul-

taten van dit onderzoek van belang voor de aan ouders en leerkrachten te geven voorlichting. Het tweede onderzoek zal zich richten op de juistheid van de selectie en de keuze voor bepaalde beroepen, die voor gehoorgestoorde het meest geschikt zijn. De wijzigingen in het arbeidsproces en de verbeterde aanpassingsmogelijkheden van de gehandicapte moeten naar het oordeel van de staatssecretaris leiden tot een heroriëntatie ten aanzien van de beroepsmogelijkheden van slechthorenden. De resultaten van dit tweede onderzoek zijn van belang voor de school en beroepskeuze en voor de door het bedrijfsleven toegepaste selectie-criteria.

¶

Op 6 mei 1970 zal in de Doelen te Rotterdam een internationaal symposium over de chirurgie van de hand worden gehouden. De organisatie berust bij de afdeling Plastische chirurgie van het ziekenhuis Dijkzigt. Het symposium vindt plaats ter gelegenheid van de Europese bijeenkomst van de American Society for Surgery of the Hand; het zal worden voorgezeten door Prof. Joseph H. Boyes uit de Verenigde Staten. Nadere inlichtingen zijn verkrijgbaar bij: Dr. J. C. van der Meulen, plastisch chirurg, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Dr. Molewaterplein 40, Rotterdam, tel. 010-132260, toestel 3407.

¶

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft bij beschikking van 16 februari 1970, nr. 171061, de kliniek voor verslavingsziekten „Jellinek-kliniek", Keizersgracht 674 en Linnaeusparkweg 20-22 te Amsterdam met terugwerkende kracht tot 1 april 1968 erkend als inrichting in de zin van artikel 8, eerste lid, van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten.

¶

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga heeft zijn medewerking verleend aan een gericht onderzoek naar de effecten op de menselijke cel en het nageslacht van chemische stoffen in het leefmilieu van de mens. Het onderzoek zal onder meer worden gericht op een afbraakproduct van cyclamaat, waarvan de scheikundige naam luidt N-hydroxycyclohexylamine. Het onderzoek zal worden uitgevoerd door het Laboratorium voor Stralengenetica van de Rijksuniversiteit te Leiden, onder leiding van Prof. Dr. F. H. Sobels, in samenwerking met het Na-

tionale Laboratorium te Oak Ridge in de Verenigde Staten. Met dit onderzoek wordt beoogd bij te dragen tot verbetering van het inzicht in schadelijkheid van chemische stoffen in het directe leefmilieu. Het richt zich in het bijzonder op de invloeden op de menselijke cel en de menselijke weefsels van de chemische stoffen.



Zoals reeds is bericht zal de premie voor ziektekostenverzekering binnenkort met 12 tot 14 procent stijgen. In de Staatscourant van 19 februari is de beschikking (van 13 februari) opgenomen van de ministers van Economische Zaken en van Financiën en van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, waarbij goedkeuring tot deze premieverhoging wordt verleend. Ter toelichting van hun beschikking schrijven de bewindslieden het volgende:

„Ook in 1970 zal rekening dienen te worden gehouden met een toename van de consumptie van de dienstverleningen in de medische sector en verdere vooruitgang in de kwaliteit van de ziekenhuisdiensten. Deze ontwikkeling, tezamen met de normale trendmatige aanpassing van salarissen, zal er toe leiden, dat de door ziektekostenverzekeraars gedekte risico's eveneens een stijging vertonen. Mede gelet op de aan betrokken ondernemingen gestelde solvabiliteitseisen is het niet verantwoord de berekende premies op het bestaande niveau te handhaven.”



Op 25 april 1970 vindt in het RAI Congrescentrum Amsterdam het Internationaal Gerontologisch Symposium 1970 „De toekomst van het oud worden” plaats. Het symposium wordt georganiseerd ter gelegenheid van de officiële opening van het verpleegtehuis „Vreugdehof” in de hoofdstad. Inschrijving voor deelname kan geschieden bij Verpleegtehuis Vreugdehof, De Klencke 11, Amsterdam; voldoening van de kosten aan het zelfde adres, beide vóór 1 april. Het gironummer van de „Vreugdehof” is 1756823; op het girostrookje vermelden: Symposium 1970.



Op 29 januari 1970 overschreed het aantal ingeschreven studenten aan de rijksuniversiteit te Groningen de 10.000. Vooral na de tweede wereldoorlog valt in Groningen een snelle stijging van de studentenbevolking te constateren. In het studiejaar 1949-1950 stonden er 1981 studenten ingeschreven; in 1959-1960 was dit getal

tot 3.358 opgelopen; in 1964 groeide het tot ruim 6.000. De laatste tien jaar is het aantal studenten nagenoeg verdrievoudigd: in het studiejaar 1968-1969 werd een aantal van 9.511 bereikt.

Sinds in 1963 de faculteit der sociale wetenschappen haar intrede deed, telt de Groninger rijksuniversiteit zeven faculteiten; daarnaast zijn er enige interfaculteiten gesticht, laatstelijk die der actuariële wetenschappen en der econometrie.



Blijkens persberichten wil Zweden met ingang van 1 januari 1971 alle apotheken nationaliseren. De staatssecretaris van Sociale Zaken, Göte Tridh, heeft meegedeeld, dat de minister van Sociale Zaken Sven Aspling een wetsontwerp zal indienen, waarin de nationalisatie wordt geregeld. Er zal een nieuwe maatschappij worden opgericht, die de levering van medicamenten moet organiseren. Tweederde van de aandelen van deze maatschappij komt in staatshanden. Het andere derde deel wordt toegewezen aan een stichting van apothekers. In het bestuur van deze maatschappij zullen ook vertegenwoordigers van de ziekenhuizen zitting hebben. Volgens staatssecretaris Tridh kunnen door de nieuwe wet de medicijnen goedkoper beschikbaar worden gesteld.



Op de laatste dag van het vorig jaar telde ons land 12.958.000 inwoners; Het geboorteoverschot voor de zestig jaren bedroeg per saldo 1,47 miljoen. Het geboortecijfer daalde van circa 21 per 1.000 inwoners in het begin van de jaren '60 tot 19,2 in 1969. Met name na 1964 werd een versnelde geboortedaling waargenomen. In 1968 bereikte ons land het laagste geboortecijfer dat het ooit heeft gekend: 18,6. Het sterftecijfer vertoonde de afgelopen tien jaar een neiging tot toename. Het gemiddeld aantal overledenen bedroeg over die jaren 7,6 per 1.000 inwoners. Voor 1969 was het sterftecijfer 8,3. De zuigelingensterfte daalde van 17,9 per 1.000 levendgeborenen in 1960 tot 13 in 1969. De cijfers werden bekendgemaakt door het C.B.S.



Met ingang van 2 maart 1970 is het Secretariaat van de Ziekenhuiscommissie - adviesorgaan van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid op het terrein van de intramurale zorg - overgeplaatst van 's-Gravenhage, Van Speykstraat no. 5, naar Utrecht, Oudenoord 49.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

Uitgever: Uitgeverij. Kruij 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 opgave van redenen worden geweigerd.

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland & 35,—, losse nummers 78 cent (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. Kruij N.V., Bussum.

Oplage: 16.220 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

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

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