



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

„DEN HAAG ONTVANGT”

Met als thema „Volksgezondheid in een snel veranderende wereld” houdt de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst op 2 en 3 oktober aanstaande haar jaarlijkse Ledencongres. Dit lijkt om meerdere redenen een bijzonder congres te worden. Was het gebruikelijk het wetenschappelijk programma voor het belangrijkste deel in afzonderlijke

secties af te handelen, deze keer vindt het be- raad gezamenlijk plaats. De mogelijkheid daar- toe is geschapen door de aard van het onder- werp, dat hoofdzakelijk maatschappij-gericht is. Dat de openingstoespraak zal worden gehou- den door Zijne Excellentie Dr. R. J. H. Kruis- inga, staatssecretaris van Sociale Zaken en Volks- gezondheid, sluit hierop volledig aan.

Dat het Ledencongres 1970 wel eens een bij- zonder congres zou kunnen worden valt ook op te maken uit de volgende zin, voorkomend in de inleiding tot het programma: „Het is tevens een open congres: echtgenoten van deelnemers en ook de pers zijn op alle zittingen welkom.” Deze zinsnede voert de gedachten terug naar het Le- dencongres 1968 in Groningen, waar de toen- malige voorzitter van de Maatschappij, Dr. Z. Nauta, in zijn openingsrede sprak over de arts in de veranderende wereld. Bij die gelegenheid brak Dr. Nauta een lans voor de open commu- nicatie tussen arts en publiciteitsmedia. Hij mo- tiveerde zijn stellingname als volgt:

„De leek hoefden wij helemaal geen tekst en uitleg te geven. Bovendien hadden wij in zijn ogen nog veel van onze magiër-status weten te behouden. Wij zullen ons echter bewust moeten worden, dat deze tijd radicaal voorbij is. Ook ons isolement is dank zij de ontwikkeling der techniek en daardoor der informatie en commu- nicatie opengebroken. Ook van ons wil men het wat, hoe en waarom weten. Ook ons terrein van wetenschap is geen privé-terrein meer, waar wij ongewenste nieuwsgierigen konden weren. Ook ons terrein is openbaar terrein geworden. Alleen als wij bereid zijn dit te aanvaarden, zullen wij

25e JAARGANG — No 33 — 14 AUGUSTUS 1970

INHOUD

„Den Haag ontvangt”	873
Discussie over abortus provocatus	875
Toepasbaarheid casework-methode in stu- die	877
Ziekenfondsraad wil niet alle studenten on- der verplichte ziekenfondsverzekering brengen	878
Inrichting en werkwijze van districtsambu- lancediensten in Engeland (slot)	879
Experimenteel verloskundig centrum Wor- merveer	881
's-Gravenhage, congresstad met vele beeld- houwwerken	882
Rapport van het Gerontologisch Centrum Nijmegen	885
Van het Centraal College: Jaarverslag 1969	887
Van de S.R.C.: Jaarverslag 1969	891
Brieven aan de redactie	894
Varia	895

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

Colofon op bladzijde 896.

mogen verwachten zonder achterdocht te worden benaderd."

Nu zijn de openingszittingen van onze Ledencongressen altijd openbaar geweest, de congressen als zodanig echter niet. De bij de openingstoespraak van collega Nauta aanwezige vertegenwoordigers van de communicatiemedia betoonden zich tijdens een aansluitende persconferentie verheugd over de woorden van de Maatschappij-voorzitter, maar spraken er tevens hun verbazing over uit, dat niettegenstaande deze woorden het congres zelf nog altijd niet toegankelijk was voor de pers. Stante pede werd toen besloten, de pers alsnog in de vergadering toe te laten.

Ook in 1969 werd de pers, veertien dagen voor de opening van het 21e Ledencongres in Den Bosch, na ampele besprekingen mede uitgenodigd. Dit jaar vermeldt de aankondiging van het 22e Ledencongres, dat de pers van harte welkom zal worden geheten. Voorwaar een verheugende ontwikkeling. Het zou zeker overweging verdienen deze openheid in principe ook ten aanzien van de ledenvergaderingen van de Maatschappij na te streven.

Een Maatschappij-Ledencongres rond te krijgen is geen peuleschil. Onze collegae uit de residentie hebben naast hun professionele activiteiten zeer veel werk verzet. Het loont de moeite die moeite te honoreren door aan het Ledencongres deel te nemen. Daartoe gelieve men zich — liefst vóór 1 september aanstaande —

Maatschappij-agenda 1970

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

op te geven. Om het degenen die tot dusver nog niet in de gelegenheid waren zich als congresganger te melden gemakkelijk te maken, wordt bij dit nummer van Medisch Contact — zoals eerder geschiedde in Medisch Contact nr. 26 van 26 juni j.l. — het complete programma inclusief het inschrijfformulier voorgelegd. Het congressecretariaat, gevestigd in de Riouwstraat 171 te 's-Gravenhage, ziet met belangstelling uw inschrijving tegemoet.

B.

N.B. De integrale teksten van de voordrachten, welke op het Haagse Ledencongres zullen worden gehouden, zullen — gezien de aard van het onderwerp — dit jaar niet zoals voorheen gebruikelijk worden gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, maar in Medisch Contact.

Jaarlijkse actie Nationaal Bureau voor Reclasing

Het Nationaal Bureau voor Reclasing voert zijn jaarlijkse actie dit keer in de periode van 14-27 september.

De overheid subsidieert de reclasing met ongeveer f 20 miljoen. Echter voor uitzonderlijke projecten is deze subsidie niet toereikend. Tot die bijzondere projecten worden bijvoorbeeld gerekend het uitbrengen van films over de reclasing; het verlenen van financiële steun aan een door jongerengroepen georganiseerd congres over de reclasing; het uitgeven van informatieve literatuur. Naast de fondsenwerving komt meer en meer de nadruk te liggen op verdieping van de relatie veroordeelden-niet veroordeelden. Dit plaatst het reclasingswerk in een veel breder kader, namelijk dat van de geestelijke volksgezondheid. Het bete-

kent zoeken naar een antwoord op de vraag, in hoeverre de samenleving verantwoordelijk is voor degenen die zij afwijst, opbergt of uitstoot. Vervreemding tussen "vrije" en "onvrije" burgers, met alle gevolgen van dien, zou op die manier misschien enigszins kunnen worden verholpen. Er zijn in ons land momenteel 524 reclasingsambtenaren; ieder van hen ziet gemiddeld ongeveer 80 cliënten. Permanent hebben ongeveer 20.000 voorwaardelijk veroordeelden - de grootste groep -, voorwaardelijk in vrijheid gestelden en anderen contact met reclasingsinstellingen. Als haar belangrijkste taak ziet de reclasing het herstellen van de relatie tussen cliënt en samenleving.

Het verschaffen van werk en het verle-

nen van financiële steun, vroeger haar voornaamste activiteit, behoort nu meer tot de taak van het Gewestelijk Arbeidsbureau en de dienst van Sociale Zaken. De meeste instellingen op het gebied van de reclasing zijn particulier. De voornaamste zijn: het Nederlands Genootschap tot Reclasing, de Katholieke Reclasingsvereniging, het Leger des Heils, de Protestants Christelijke Reclasingsvereniging, de Dr. F. S. Meijers vereniging voor geestelijk gestoorde delinquenten en de Federatie voor de zorg van Alcoholisten, waarin de medische consultatiebureaus voor alcoholisme zijn verenigd. Tezamen met een aantal kleinere instellingen zijn zij gebundeld tot de Vereniging van Reclasingsinstellingen, met als uitvoerend orgaan het Nationaal Bureau voor Reclasing.

A B O R T U S P R O V O C A T U S

Door Dr. A. J. Swaak, arts te Tilburg

Normbesef en de abortuswetgeving

In het redactioneel „Abortus provocatus en de wet” in dit tijdschrift van 17 juli j.l. wordt gesteld dat de discussie over de abortus provocatus in het begin van dit jaar werd heropend speciaal met het oog op een eventuele wetswijziging. Bij de huidige stand van zaken, aldus de redactie, lijkt het zinvol dat de discussie zich ook daadwerkelijk op dit punt toespitst.

Met „de huidige stand van zaken” wordt waarschijnlijk bedoeld op het feit dat de heren Lamberts en Roethof aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten Generaal een wetsvoorstel hebben aangeboden, dat beoogt de strafstelling voor zwangerschapsverstoringen te beperken. Om de meningsvorming van de medicus over deze uiterst moeilijke en complexe materie te vergemakkelijken zullen bovendien twee artikelen van juristen worden gepubliceerd over de abortus-wetgeving in Nederland.

Uit het bovenstaande zou kunnen worden afgeleid dat de medische moraal zich reeds in zoverre heeft gewijzigd, dat voortaan ook andere omstandigheden dan louter de medische indicatie de aanleiding kunnen vormen voor het verrichten van een abortus en dat het thans noodzakelijk wordt geacht deze geëvolueerde medische moraal te codificeren in rechtsregels. Rechtsregels bedoelen in het algemeen de normen, die door de gemeenschap worden aanvaard, nader te omschrijven en te definiëren en tevens de sanctie-maatregelen te formuleren, die kunnen worden getroffen wanneer van deze rechtsregels wordt afgeweken.

Evenals de schrijver van dit artikel zullen ongetwijfeld vele medici, die de gevoerde discussies over de abortus provocatus weliswaar met belangstelling doch min of meer passief hebben gevolgd, zich in ernst hebben afgevraagd of hun persoonlijke opvatting over het verrichten van een abortus provocatus op andere dan medische indicaties inderdaad reeds in deze mate is mee-geëvolueerd. Zij zullen zich daarbij ook de vraag hebben gesteld, wanneer inderdaad de tijd daartoe is aangebroken, aan welke voorwaarden dan zal moeten worden voldaan om de in dit opzicht gewijzigde maatschappelijke norm in rechtsregels te codificeren.

Normen zijn bakens, tekens, wegwijzers en gidsen ten behoeve van ons denken, voelen en handelen. Zij bedoelen te zijn ideeën, opvattingen, richtlijnen en maatstaven voor een aan de verschillende situaties aangepast gedrag. Normen actualiseren bepaalde

waarden en zijn als het ware voorgestructureerde oplossingen voor problemen, waarvoor de gemeenschap kan worden geplaatst. Daar deze problemen zich echter in een dynamische maatschappij steeds verder wijzigen, zullen ook de normen voortdurend wijzigingen ondergaan.

Voor de leden van de gemeenschap houden normen, die immers richtinggevend en voorschrijvend zijn, een zekere beperking in. Het zich houden aan bestaande normen betekent dan ook een afzien van mogelijke individuele gedragsalternatieven. Normen oefenen dus een sociale druk uit op het individu maar bieden aan de andere kant een gemeenschappelijk referentiekader, waaraan de juistheid van bepaalde meningen, gedachten, gevoelens en handelingen kan worden getoetst. Bestaande normen betekenen dus voor de mens ook een stuk veiligheid, geborgenheid en zekerheid en reguleren en voorspellen - althans binnen een bepaalde reikwijdte - ook de inter-persoonlijke relaties. Zij vergemakkelijken in de vorm van procedures (proces durées) de omgang en de samenwerking in de gemeenschap en werken bovendien conformerend.

Het zich niet houden aan de normen levert voor betrokkene dan ook zonder meer nadeel op, omdat immers de reciprociteit in de menselijke relaties wordt verstoord. Op het negeren van bestaande normen staan dan ook vaak sancties en wel in negatieve zin (minachting, terechtwijzing, uitstoting of zelfs ter doodbrenging) als ook in positieve zin (respect, beloning, sympathiebetuiging). Normen zijn een groepsproduct, zij zijn het resultaat van vaak langdurige en heftige sociale interacties.

Normen gelden vaak slechts voor één of voor bepaalde groeperingen, hierbij is te denken aan de afwijkende normen, die aangehangen worden in bijvoorbeeld een politieke partij, een bepaalde godsdienst, in een bedrijf, in het leger, enz. Zij worden aan ieder nieuw lid van die bepaalde groepering overgedragen om zodoende zijn/haar gedrag te reguleren en de groep als zodanig in stand te houden. Men kan ook verschillende niveaus van normen onderscheiden. Zo zijn er gewoonten, gebruiken, omgangsvormen en ook zedelijke normen. Alnaargelang het niveau wordt een eventueel afwijken van deze normen in meerdere of mindere mate getolereerd.

Normen maken deel uit van het cultuurpatroon van de groep. Het begrip „cultuur” is in het verleden al op velerlei wijzen gedefinieerd. J. P. B. de Josselin de Jong gaf als definitie: „het systeem van

niet-erfelijke levensuitingen - inclusief de producten van die levensuitingen - van een zelf-bewerkte mensengemeenschap", terwijl van Doorn en Lammers het begrip cultuur hebben omschreven als: „een patroon van normen, verwachtingen, waarden en doeleinden, die specifiek kenmerkend zijn voor een groep". Christopher Alexander ziet de cultuur als systeem van standaardsituaties. Elke situatie brengt rollen mee, bepaalde gedragsregels, die bij de vervulling van deze rollen in acht moeten worden genomen en verder het ruimtelijk decor dat nodig is om te kunnen voldoen aan de verwachtingen ten aanzien van het gedrag.

Abortus provocatus op niet-medische indicatie vindt thans plaats door ondeskundige aborteurs in ruimten, die te enen male ongeschikt zijn voor dergelijke medische ingrepen. Bij wijziging van ons huidige cultuurpatroon zal het in de toekomst mogelijk worden de abortus provocatus ook op andere dan medische gronden te laten verrichten door gynaecologen in aangepaste operatiekamers.

De vraag kan worden gesteld of, wanneer normen zodanig groepsgebonden blijken te zijn, er ook normen bestaan, die universeel zijn en eigen aan het mens-zijn of met andere woorden wezenlijk behoren tot het mens-zijn. Het antwoord op deze vraag is hierom zo van belang omdat immers in onze steeds evoluerende wereld alle gevestigde waarden hun vanzelfsprekendheid verliezen en algemeen erkende en aanvaarde waarden en normen steeds meer worden gerelativeerd en ook inderdaad wijzigingen ondergaan. Onzekerheid over de bestaande normen en waarden kan dan ook allerwege worden geconstateerd. In de verschillende sociale structuren vinden althans in een dynamische maatschappij steeds destructurering en herstructurering plaats en wel op grond van de waarde en de betekenis, die door de mens wordt toegekend aan zijn omgeving.

Kluckholm, definieert een waarde als: „A conception, explicit, distinctive of an individual or characteristic of a group of the desirable, which influences the selection from available modes, means and ends of action". Durbin, geciteerd naar Stalpers, omschrijft een cultuurwaarde als een achteraf komende rationalisatie van functionele doelstellingen. Het staat vast dat de cultuur van de mens mede wordt bepaald door zijn biologische en psychische natuur, dat wil zeggen door de in zijn genenpatroon aanwezige potenties. De cultuur-anthropoloog Malinowski heeft de correspondenties aangegeven tussen een zevental „basic needs" van somatische aard als daar zijn: metabolisme, voortplanting, lichamelijk comfort, veiligheid, beweging, groei en gezondheid en evenzovele „cultural responses" zoals voedselvoorziening, behuizing, bescherming, vervoer, onderwijs, hygiëne en ziekenhuizen. Portmann heeft op zijn beurt gewezen op de correlatie tussen de zgn. „vroeggeboorte" en het groeiritme van de pasgeborene enerzijds en de cultuuroverdracht anderzijds en tussen de ongespecialiseerdheid van de pasgeboren mens en de cultuur als op-

heffer van dit manco en als typisch aanpassings- en ontwikkelingskenmerk van het mens-zijn.

Sommige universele normen zijn dus kennelijk terug te brengen tot de identieke bio-psychische aanleg van de mens, terwijl andere normen samenhangen met de specifieke cultuur van de groep. Dit betekent dus dat het individu normen kent, die bepaald worden door zijn bio-psychische natuur en daarnaast normen, voortkomende uit zijn enculturatie. De cultuur en de waarden- en normensystemen van deze cultuur worden dus gedragen door individuele personen, die hun persoon-zijn echter mede danken aan de creativiteit van hun medemensen.

In onze Westerse cultuur werd niettegenstaande de ook hier snel voortschrijdende differentiatie in waarden en normen toch nog - althans ogenschijnlijk - aan één waarde vastgehouden namelijk de waarde, die werd gehecht aan het menselijk leven. Dit mag worden afgeleid uit het feit dat in het algemeen alles wat het mensenleven bedreigt (oorlog, verkeersongevallen, mishandeling) verontwaardiging opwekt en al wat het leven beschermt, verzorgt en behoudt wordt geprezen. De zorg voor het behoud en de eerbiediging van het menselijk leven zouden dus als universele normen kunnen worden beschouwd, ware het niet dat de geschiedenis ons leert dat niet aan het leven in zijn louter biologisch-materiële zin doch aan de *zin* van het leven de hoogste waarde wordt toegekend. Is het immers niet zo dat in het verleden - en trouwens heden ten dage nog - waarden als gerechtigheid, vrijheid en onafhankelijkheid kennelijk een zodanige zin aan het leven geven dat men hiervoor alles, vaak zelfs het eigen leven veil heeft?

Een leven zonder zin, het louter „in leven zijn" wordt ervaren als een slaafs, een onpersoonlijk, een onmenselijk leven. Het leven wordt eerst als zinvol beleefd wanneer het menswaardig is, wanneer die waarden, die het leven een menselijk leven doen zijn, worden geactualiseerd en bevorderd. Deze waarden dienen uiteraard voort te komen uit een mensopvatting, een menselijk ontwerp, dat een consensus vereist van de gemeenschap, waarin ieder lid van die gemeenschap zichzelf herkent. Om deze door consensus verkregen mensopvatting in de gemeenschap te concretiseren en te behouden zullen zich normen ontwikkelen waaraan zich eenieder van die gemeenschap zal hebben te houden. Voor bestaande problemen bieden deze normen dan tijdelijke oplossingen, die in die bepaalde fase in de ontwikkeling van de groep functioneel zijn ten aanzien van de realisering van het zich ontwikkelende menselijk ontwerp en die zodoende het cultuurpatroon van die gemeenschap mede vormen.

Het menselijk ontwerp kan in de ene cultuur van een hogere waarde zijn dan in een andere cultuur, zodat dus niet alle culturen gelijkwaardig zijn. Dit is namelijk afhankelijk van de mate, waarin het menselijk ontwerp, dat een bepaalde cultuurgemeenschap via haar waarden- en normensysteem tracht te actualiseren, meer of minder gedifferentieerd en

genuanceerd is op de realisering van de menselijke mogelijkheden is gericht.

Normen bieden dus slechts tijdelijke oplossingen, die de gemeenschap, waarvoor zij gelden, helpen bepaalde doelstellingen te bereiken. Dit houdt dus in dat wanneer de doelstelling evolueert, bijvoorbeeld ten aanzien van de realisering van een meer gedifferentieerde mensopvatting ook de bestaande normen moeten worden aangepast.

In onze huidige maatschappij nu kunnen wij constateren dat op allerlei levensterreinen gangbare normen worden geherformuleerd, gevolg van het feit dat door een groot aantal oorzaken (mechanisatie, urbanisatie, communicatie, economische expansie, ontwikkeling van de wetenschappen, onderwijs, democratisering, enz. enz.) zowel de omgeving van de mens als het menselijk ontwerp wijzigingen ondergaat, andersgezegd de doelstelling en de zingeving van het leven veranderen. Aan de ene kant valt namelijk een groeiende solidariteit met het universele mensdom waar te nemen, terwijl tegelijkertijd ook hogere eisen worden gesteld nopens het individuele mens-zijn. Dit betekent dat momenteel als norm geldt dat het leven van het individu eerst dan als zinvol wordt ervaren als hij/zij zijn/haar somatische, psychische, sociale en spirituele mogelijkheden zo optimaal mogelijk kan ontplooiën.

Samenhangend met deze aanvaarding van andere waarden- en normensystemen winnen vooral ook onder invloed van schriftelijke en mondelinge informatie het besef en de norm veld dat het ook op andere dan zuiver medische indicaties geoorloofd kan zijn zich ontwikkelend embryonaal menselijk leven te vernietigen, wanneer daarmee beoogd wordt de zin van het leven van de moeder en/of de gezinsleden veilig te stellen, met andere woorden dat actueel biologisch materieel menselijk leven wordt opgeofferd om daardoor de zin van ander meestal volwassen menselijk leven te bestendigen, te behoeden of te redden. Daarnaast blijft uiteraard de norm van kracht dat alles in het werk moet worden gesteld om zich ontwikkelend embryonaal menselijk leven, dat zin geeft aan het leven van de moeder en de gezinsleden, te bestendigen, te behoeden en te redden.

De vraag die zich hierbij onmiddellijk en levensgroot aan ons opdringt is of in werkelijkheid de mogelijkheid zich kan voordoen, dat de zin van het leven van een vrouw of anderen kan worden aangetast of zelfs bedreigd door een zich in utero ontwikkelende vrucht. Een tweede niet minder belangrijke vraag is of er wel een uitspraak kan worden gedaan over de voorwaarden, waaraan moet worden voldaan alvorens het zich ontwikkelende leven de mogelijkheid wordt geboden uit te groeien tot een zinvol leven. Dit lijkt direct verband te houden met de mens-opvatting en de daaraan gerelateerde waarden en normen van de cultuur, waarin de vrouw en de zich ontwikkelende vrucht hun leven als een zinvol leven moeten actualiseren.

De samenleving, die dit waarden- en normensysteem met het oog op het door haar gestelde men-

selijk ontwerp in stand houdt, zal naar mijn mening dan ook inspraak moeten hebben bij de beslissing, bij de waardering en beoordeling of en zo ja in welke mate sprake is van bedreiging van de zin van het leven van de vrouw, die om deze reden een potentieel, weliswaar nog in embryonaal stadium verkerend, zinvol leven wil vernietigen. Hoewel hierbij uiteraard aan de betrokken vrouw een belangrijke stem moet worden toegekend bij de bepaling van de mate, waarin de zin van haar leven wordt bedreigd, zal de validiteit daarvan toch getoetst moeten worden aan zowel de individuele- als de collectieve normen, die dan gepersonifieerd kunnen worden in een multi-disciplinair samengesteld abortusteam. Tegelijkertijd zou de gemeenschap dan naleving van de norm moeten bevorderen dat zwangerschap moet worden voorkomen, indien een kind niet wordt gewenst.

Of onze samenleving ten aanzien van haar normen al zover is geëvolueerd dat de wetgeving met betrekking tot de abortus provocatus moet worden geherformuleerd zal blijken uit de beschouwingen, die straks in de Tweede Kamer over het ingediende wetsvoorstel zullen worden gehouden.

Literatuur

- Kluckhohn, Cl. en A. L. Kroeber Culture a critical review of concepts and definitions 1963
Stalpers J. A. Sociaal paedagogisch werk. De noodzaak van begeleidende vorming. Openbare les 1965 Tilburg
Doorn J. J. A. van en Lammers C. J. Moderne sociologie. Utrecht 1959
Loeven Dr. J. H. M. M. Cultuur en norm. Sociale Wetenschappen 1968 11 - 2
Christopher Alexander. Stedenbouw en psychologie. Streven februari 1970
Portmann A. Het beeld van de mens 1961. Phoenix pocket, Zeist.
Malinowski B. A scientific theory of culture and other essays 1944. Chapell Hill.

Toepasbaarheid casework-methode in studie

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft zijn medewerking toegezegd aan een onderzoek naar de toepasbaarheid van de „casework“-methode bij de behandeling van kinderen met ontwikkelings- en aanpassingsstoornissen. Het onderzoek is opgezet door de werkgroep Casework met Kinderen, waarvan Dr. M. A. J. Romme voorzitter is. Tot nu toe is in Nederland de casework-methodiek steeds gericht geweest op de hulp aan volwassenen. Mocht uit de resultaten van dit onderzoek blijken, dat de casework-methodiek inderdaad te gebruiken is voor kinderen, dan zullen na scholing van een aantal psychiatisch sociale werkers in het kindercasework de mogelijkheden van hulpverlening aan kinderen in belangrijke mate kunnen worden uitgebreid. Niet alleen zal de ontwikkeling van de nieuwe methodiek de hulpverlening van de Medisch Opvoedkundige Bureaus ten goede kunnen komen, maar ook zal naar wordt verwacht de casework-methodiek met vrucht kunnen worden toegepast op de terreinen van de kinderbescherming en de jeugdhigiëne.

Ziekenfondsraad wil niet alle studenten onder verplichte ziekenfondsverzekering brengen

In een op vrijdag 3 juli gedateerde brief aan de president-curator van de Leidse Universiteit, Prof. Dr. P. Muntendam, heeft - blijkens een verslag in „Acta et Agenda” van 22 juli 1970 - de Ziekenfondsraad doen weten, dat hij onvoldoende motieven aanwezig acht alle studenten onder de verplichte ziekenfondsverzekering te brengen. De raad laat zich hierbij leiden door de gedachte, dat de verplichte ziekenfondsverzekering in beginsel een verzekering van werknemers is, waarvan de lasten geheel door het bedrijfsleven worden gedragen. De raad is bereid te bevorderen, dat de vrijwillige ziekenfondsverzekering in beginsel een verzekering van werknemers toegankelijk wordt.

In zijn brief deelt de Ziekenfondsraad mede, dat hij het in augustus 1969 door Prof. Muntendam - die toen nog prorector sociale voorzieningen was - aan de orde gestelde vraagstuk van de ziekenfondsverzekering van studenten en met name van de mogelijkheid de studenten onder te brengen in de verplichte ziekenfondsverzekering in studie heeft doen nemen door de commissie verzekerden. Voorgelicht door deze commissie, is de raad, hoewel hij begrip heeft voor de specifieke moeilijkheden, waarvoor de met name niet bij een ziekenfonds ingeschreven student zich geplaatst ziet, wanneer hij wordt geconfronteerd met de noodzaak gedurende langere tijd geneeskundige of tandheelkundige hulp in te roepen, in zijn vergadering van 28 mei tot de conclusie gekomen, dat onvoldoende motieven aanwezig zijn deze moeilijkheden op te lossen door het onder de verplichte ziekenfondsverzekering brengen van alle studenten. De raad laat zich hierbij leiden door de gedachte, dat de verplichte ziekenfondsverzekering voor een belangrijk groter aantal studenten mers is, waarvan de lasten geheel door het bedrijfsleven worden gedragen.

Bij de uitbreiding van de verplichte ziekenfondsverzekering met groepen niet-werknemers (invaliden, werklozen, weduwen) is steeds uitgegaan van de opvatting, dat het billijk is door voortzetting van de verplichte verzekering te voorzien in de geneeskundige verzorging van die uitkeringsgerechtigden, die, voordat het recht op uitkering ontstond, tot de kring der verplichtverzekerden behoorden. De rechtsgrond voor het onder de verplichte verzekering brengen van deze groepen niet-werknemers was derhalve steeds gelegen in de gezamenlijke verantwoordelijkheid van het bedrijfsleven tegenover diegenen uit eigen kring, die door omstandigheden buiten hun wil hun werkzaamheden moesten staken, waardoor de daarop steunende verplichte verzekering zou moeten eindigen.

Naar de opvatting van de raad kan van een

rechtsgrond in deze zin ten aanzien van een eventuele verplichte verzekering van studenten niet worden gesproken. Evenmin kan de verplichte verzekering van studenten worden gezien als een soort anticiperen op een latere langdurige verplichte verzekering, omdat studenten door hun opleiding als het ware zijn voorbestemd om niet tot de kring van verplicht verzekerden te behoren (vrije beroepen, loon boven loongrens).

De raad zegt zich te hebben afgevraagd, of niet voor een aanzienlijk deel aan de bezwaren tegen de huidige situatie zou kunnen worden tegemoet gekomen door te bevorderen, dat de vrijwillige ziekenfondsverzekering voor een belangrijk groter aantal studenten toegankelijk wordt. Niet alle studenten hebben namelijk de mogelijkheid een vrijwillige verzekering te sluiten, omdat in afwachting van de totstandkoming van door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid te stellen nadere regelen voor de toetsing van het inkomen aan de welstandsgrens, overeenkomstig het daartoe op 13 mei 1966 door de Ziekenfondsraad aan de minister uitgebrachte advies, onder meer de richtlijn wordt gehanteerd: „Minderjarige en meerderjarige kinderen, die geheel of grotendeels door hun ouders worden onderhouden en die het ziekenfonds verzoeken om inschrijving als vrijwillig-verzekerde, anders dan als mede-verzekerde, worden geacht een inkomen te genieten, gelijk aan het inkomen van hun ouders”.

De raad kan er zich mee verenigen, dat deze richtlijn in de toekomst niet meer wordt toegepast ten aanzien van personen van zestien jaar of ouder, wier voor werkzaamheden beschikbare tijd grotendeels in beslag wordt genomen door of in verband met het volgen van onderwijs of van een beroepsopleiding. De raad zal zijn advies van 13 mei 1966 in deze zin aanvullen.

Hoewel de raad er zich van bewust is, dat de hoogte van de door de vrijwillige verzekering verschuldigde premie een belemmering kan blijven vormen voor de toetreding tot de vrijwillige verzekering, vertrouwt hij, dat het loslaten van de koppeling aan het inkomen van de ouders een bijdrage vormt tot oplossing van de moeilijkheden, waarvoor Prof. Muntendam de aandacht van de raad heeft gevraagd.

De raad wijst er nadrukkelijk op, dat de voorgestelde maatregel de bestaande mogelijkheden tot het genieten van premiereductie in het kader van het Besluit Reductieregeling Vrijwillige Ziekenfondsverzekering 1970 onverlet laat.

De raad heeft een afschrift van zijn brief aan Prof. Muntendam aan de ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van Onderwijs en Wetenschappen gezonden.

Inrichting en werkwijze van districtsambulancediensten in Engeland (slot*)

Door T. Landheer**

De ambulancedienst, die Londen bestrijkt, is zeker de grootste ter wereld. Niet minder dan 1/6 van de totale ambulances van Engeland en Wales is in Londen gestationeerd.

De thans in Londen werkzame ambulancedienst werd pas geformeerd op 1 april 1965 toen de Greater London Council werd geconstitueerd. Deze Greater London Council bestrijkt 620 vierkante mijl, de dienst heeft ongeveer 1.000 auto's op 76 verschillende stations. Ongeveer 2.500 man personeel verzorgt de 8 miljoen inwoners van Londen en de 400 ziekenhuizen en klinieken. Per jaar worden 3 miljoen patiënten vervoerd over een totale afstand die meer dan 15 miljoen mijl bedraagt.

Het ambulancewerk voor spoedeisende gevallen zorgt voor ongeveer 1.400 oproepen iedere dag. Wanneer men een ongeval ziet of ergens is een patiënt die medische hulp kan krijgen, kan de ambulance worden opgeroepen door 999 te telefoneren. In alle andere gevallen komt een ambulance alleen wanneer de arts of ziekenhuis erom vraagt. Per dag worden ongeveer 9.000 ritten gemaakt om patiënten naar en van ziekenhuizen te brengen. Soms heeft men hiervoor de „hospital car service” ingeschakeld, hetgeen meestal bezitters van een privé-auto zijn die zich beschikbaar stellen om op deze wijze hun auto rendabel te maken. Zij krijgen hiervoor een bepaalde som per mijl uitbetaald. Beide diensten worden door de National Health Service zonder eigen bijdrage uitgevoerd.

Om de dienst effectief en zo economisch mogelijk te laten lopen is het nodig dat men een goede communicatie heeft en dat men tevens de beste en kortste weg voor de auto's kan uitzoeken. In 1965 werd het controlesysteem ingrijpend veranderd. In de toekomst zal groot Londen 6 controlestations kennen in plaats van de huidige vier. De communicatie geschiedt door radio-, telex alsook door directe telefoonlijnen met de ziekenhuizen. Alhoewel het verkeer in Londen steeds meer toeneemt en zelfs tot enorme verstoppingen aanleiding geeft, is de tijd die verloopt tussen de ontvangst van de oproep voor een spoedeisend geval en de aankomst van de ambulance iets meer dan 7 minuten. Hierbij dient te worden aangetekend dat de ambulances geen andere rechten hebben in het verkeer.

Het personeel, dat nauwkeurig wordt gecontroleerd, heeft strenge instructie dat het zelden van de

sirene gebruik mag maken, zeker wanneer de patiënt in de ambulance is. Zij mogen geen rode lichten passeren, alleen dan wanneer het andere verkeer stilstaat heeft men voorrang. De chauffeur is en blijft verantwoordelijk voor zijn auto en heeft niet het recht om anderen van de weg af te duwen. Het komt zelden voor dat een ambulance een ongeval heeft dankzij deze zeer strikte instructies. De opdracht is de patiënt in dezelfde of betere toestand in het ziekenhuis af te leveren dan waarin deze wordt aangetroffen. De ambulancechauffeurs staan wel aan spanningen bloot, zij hebben per 8-urige werkdag overdag ongeveer 8 tot 12 spoedopdrachten te verwerken.

In Londen worden de ambulances om de 7 jaar ingeruild of nadat zij 100.000 mijl hebben afgelegd. Het personeel van de ambulance-auto's kan men ook hier in 2 categorieën verdelen: de chauffeurs voor het zittend vervoer en het personeel dat toegelaten is in de ambulancedienst.

Het nieuw aangestelde ambulancepersoneel krijgt een korte cursus van 60 uur bestaande uit voordrachten en praktische eerste hulpverlening. Nadat het deze opleiding heeft gehad mag het dienst doen op de auto's voor zittend vervoer. Wanneer er vacatures zijn kan men aanvragen om een cursus te volgen gedurende 6 weken, waarna men kan worden geplaatst op de ambulance-auto. Aan het eind van deze cursus worden de aangestelden nogmaals getest of zij wel geschikt zijn voor het werk. Daarna gaan zij 14 dagen op pad met een „training-supervisor”, die hen op de vingers kijkt. Is dit allemaal volbracht dan mogen zij met een tweede man op de ambulance gaan werken. Al het volledig opgeleid ambulancepersoneel krijgt elke 3 jaar een 2 weken durende herhalingscursus. Gespecialiseerde cursussen worden gegeven voor het toezichthoudend en controlepersoneel.

De kosten van de ambulancedienst voor Londen overschrijden de £ 6.000.000,— per jaar. Ongeveer 10.000 orders voor vervoer worden per dag ontvangen. Daarvan zijn ongeveer 10%, dat zijn 1.300 spoedgevallen. Hiervan zijn 560 acute ziektegevallen, 120 ongevallen thuis, 180 straatongevallen terwijl 170 maal vervoer voor de aanstaande bevalling in het ziekenhuis wordt gevraagd.

Organisatie centrale post

Uit de verslagen blijkt dat één centrale post voor de oppervlakte van een provincie als Overijssel voldoende is. De Engelsen hanteren het getal van 1

* Voor het eerste deel zie Medisch Contact nr. 32/1970, bladzijde 855 e.v.

** Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid voor Overijssel en de zuidelijke IJsselmeerpolders.

ambulance op 10.000 inwoners, in Nederland moet voorlopig nog met 1 op 20.000 inwoners rekening gehouden worden. Met 1 radio-frequentie kunnen minstens 100 auto's worden gecontroleerd, dit betekent dat er op het semi-platteland, dus buiten de Randstad een bevolking van 2 miljoen inwoners op deze wijze kan worden bediend.

Bij goede instructie en straffe leiding kan dan genoegzaam radio-telefonisch verkeer tot stand komen. De bemanning en de staf van de centrale post stelt, gezien de continu-dienst, grote eisen, zodat deze beter op 1 plaats kan worden gerealiseerd dan op meerdere plaatsen, waar de werkzaamheden niet voldoende zijn voor een continue bezetting. De apparatuur nodig voor deze post is kostbaar. Met van den beginne af aan een concentratie, kan een aanmerkelijke besparing worden bereikt. De Engelsen geven aan, dat hun posten eerst na enige tijd werden gecentraliseerd, de toen reeds bestaande werkwijze was niet gemakkelijk te vervangen door een eenvoudige en streng gecentraliseerde. De verantwoordelijkheid ligt ook eenvoudiger bij 1 centrale post.

De werkzaamheden

In ons land zijn de werkzaamheden voornamelijk vervoer van en naar ziekenhuizen, in het algemeen van liggende patiënten. De taxi-ondernemer verzorgt het zittende vervoer. In Engeland wordt het zittende

vervoer ook door de ambulancedienst verzorgd, hetgeen (zie de verslagen) een groot aanbod oplevert. Ritten naar polikliniek, maar ook naar de fysiotherapeutische afdeling met speciale auto's, wanneer meerdere patiënten tegelijk kunnen worden vervoerd, maken de rit als zodanig minder duur, het toch aanwezige personeel wordt benut, terwijl deze tak van dienst geschikt is om de toekomstige ambulancechauffeur ervaring op te laten doen.

De bestaande ambulancediensten, die zittend vervoer erbij doen, werken met kleine tekorten. Het verdient naar mijn mening aanbeveling na te gaan of deze werkwijze in het algemeen ook in Nederland niet gevolgd kan worden.

Uitrusting

In het rapport Ambulance Training and Equipment wordt nader op de uitrusting ingegaan. Voorzover die medisch noodzakelijk is, zullen de richtlijnen van de Vereniging van directeuren van Gemeentelijke Geneeskundige Diensten in Nederlandse omstandigheden voldoende basis vormen. Wat betreft de details het volgende. Gebleken is dat het zwaailicht boven op de auto in druk stadsverkeer niet voldoende wordt gezien, daarom heeft men in Londen (zij het nog niet wettelijk geregeld) aan de voorzijde boven de koplampen 2 blauwe zwaailichten gemonteerd die wel zodanig opvallen, dat het gewenste effect wordt verkregen.



Een team van de London Ambulance Service in actie

Beademingsapparatuur werkt op batterijen en is zo klein dat deze gemakkelijk kan worden meegenomen in de huizen. Elke ambulanceman heeft een tas met eerste hulpmiddelen, in Londen ook nog een paar handschoenen waarmee elektriciteitsdraden kunnen worden aangepakt. De ambulance-auto's in de nieuwste uitrusting hebben brancards op wielen, die kunnen worden vastgezet, zodat men aan alle kanten de patiënt kan benaderen. Vervoer in huis geschiedt niet op brancards, maar op een soort opvouwbare „draagstoel”, die gemakkelijk wendbaar is in liften en in trappenhuisen.

Opleiding

Het geven van les aan kleine groepen is oneconomisch. Nu in vele counties de ambulance dienst enkele jaren goed draait, neemt ook de behoefte aan personeel toe. Een enkele school is reeds in gebruik. De voordelen hiervan behoeven niet nader te worden uitgelegd, wij kennen het voorbeeld van de internaten voor opleiding van kraamverzorgsters. Een goede opleiding van den beginne af is essentieel, omdat de leerling, die een zo zelfstandige functie gaat bekleden, telkens kan worden beoordeeld, ook in stress-situaties.

Na een eerste korte opleiding, waarin bij- of her-scholing in de E.H.B.O. plaats vindt, volgt plaatsing

op een auto voor zittend vervoer. De zelfstandige functie op een ambulance-auto voor spoedgevallen kan men eerst gaan vervullen na ruime ervaring op de eenmanswagen en een aanvullende cursus van 6 weken. Gediplomeerde verplegers worden niet als chauffeur-ambulanceman gebruikt. De instructie geldt ook voor rijtechniek, kaartlezen maar ook wegen-verkeersreglement.

De ambulance-auto heeft pas voorrang, wanneer die door het andere verkeer wordt verleend, men mag die niet nemen. Door het bijbrengen en inprenten van dit begrip kan worden voorkomen dat de part-time ziekenvervoersondernemer met plank gas, jankende hoorn en zwaailicht op weg naar het ziekenhuis nog meer ongelukken maakt.

N.B. De foto's waarmee dit artikel (zie ook deel I in het voorgaande nummer van Medisch Contact) werd geïllustreerd zijn hier gereproduceerd met toestemming van de Odhams Newspapers Ltd., respectievelijk de London Ambulance Service.

Literatuur:

Wet ambulancevervoer 1969.

Vervoer van ongevalsslachtoffers Provinciale Raad voor de Volksgezondheid Overijssel 1967.

Report by the Working Party on Ambulance Training and Equipment H.M.S.O. 1967.

Experimenteel verloskundig centrum Wormerveer

In Wormerveer zal worden geëxperimenteerd met een nieuwe vorm van samenwerking tussen kraaminrichting en kraamcentrum. Hiervoor is het centrum voor kraamzorg Zaanstreek financiële steun gedurende enige jaren toegezegd door de staatssecretaris van Volksgezondheid, Dr. R. J. Kruisinga. Het is de bedoeling, te zien welke mogelijke toepassing moderne technieken bij de verloskundige hulp en de kraamzorg kunnen krijgen.

De bevallingen in het verloskundig centrum kunnen ook door de eigen huisarts of vroedvrouw worden verricht. Behalve de gebruikelijke controle voor de geboorte door huisarts of vroedvrouw zal ook een zwangerschapsonderzoek door een gynaecoloog worden verricht. Op deze manier wil men trachten te komen tot een zo goed mogelijke keuze van vrouwen bij wie om bepaalde redenen een bevalling in het ziekenhuis nodig zou zijn. Vrouwen bij wie een ongecompliceerde bevalling is te verwachten, zijn door de nieuwe organisatievorm in de gelegenheid te kiezen tussen een bevalling thuis of in het verloskundig centrum. In het laatste geval wordt gesproken van een „verplaatste thuisbevalling”. Het experiment opent verder de mogelijkheid tot wat wordt genoemd een „short stay-bevalling”. Hierbij vindt de bevalling en de verzorging in de eerste dagen daarna plaats in het verloskundig centrum, maar de verdere kraamzorg thuis. De kraamzorgverlening wordt dan van het centrum uit in eigen huis voortgezet.

Het Wormerveerse experiment is met name van

belang, omdat zo een onderzoek plaats vindt naar de resultaten van een tussenvorm tussen de thuisbevalling en volledige kraamzorg thuis en de ziekenhuisbevalling. Het biedt de gelegenheid, een vergelijking te maken tussen drie mogelijkheden van kraamzorg, te weten: bevalling en kraamzorg thuis, bevalling en kraamzorg in het verloskundig centrum, en bevalling in het verloskundig centrum en kraamzorg thuis. In ons land vindt momenteel in de meerderheid van de gevallen thuisbevalling plaats. Bij internationale vergelijking blijkt, dat de resultaten die de mening van de staatssecretaris zou het thans vanuit het gezichtspunt van de gezondheid van moeder en kind in ons land worden bereikt met een thuisbevalling die van een klinische bevalling in andere landen over het algemeen te boven gaan. Naar geïnaugureerde experiment belangrijke gegevens kunnen leveren met betrekking tot de meest gunstige voorwaarden voor bevalling en kraamzorg.

ADRESWIJZIGINGEN

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

Congresstad met vele beeldhouwwerken

„Den Haag mag zich gelukkig prijzen, dat het over een groot aantal openbare kunstwerken beschikt. Over de gehele stad verspreid vindt men beelden, plastieken, mozaïken en dergelijke en, ontrokken aan het oog van de voorbijganger, treft men in openbare gebouwen, zoals scholen, ook vele versieringen aan. De werken werden in een lange reeks van jaren zowel door particulieren als door de gemeentelijke overheid geplaatst”.

Aldus de aanhef van een redactionele beschrijving van de Haagse beeldende kunst in „'s-Graven-

hage”, het altijd zeer fraai uitgegeven maandblad van de gemeente 's-Gravenhage, dat in 1967 een speciaal nummer wijdde aan de openbare kunstwerken. In dit nummer — waaraan wij het hierna volgende ontleen — wordt er melding van gemaakt dat de gemeente 's-Gravenhage na 1945 aanzienlijke bedragen heeft besteed aan de verfraaiing van het stedelijk landschap door op pleinen en in straten, lanen en plantsoenen vele beeldhouwwerken te plaatsen. Dit beleid had mede ten doel bij de inwoners van de residentie meer belangstelling te wekken voor de beeldende kunst. Het ontwerpen, uitvoeren en plaatsen van de kunstwerken werd gefinancierd door 1e het budget van de Gemeentelijke Commissie voor Kunstopdrachten; 2e een regeling, volgens welke voor kunstwerken bestemd werd een bedrag gelijk aan 2 procent van de bouwsommen van gemeentelijke bouwwerken onder f 100.000,—, 1½ procent van gemeentelijke bouwwerken onder f 1.000.000,— en 1 procent van gemeentelijke bouwwerken boven f 1.000.000,—; 3e een regeling volgens welke voor kunstwerken bestemd wordt: 1 procent van de aanlegkosten van stratenplannen e.d. verhoogd met 0,25 procent voor de noodzakelijke voetstukken en funderingen en 2 procent van de aannemingsbegroting bij de bouw van bruggen; 4e een regeling, volgens welke voor kunstwerken bestemd wordt: 1,5 pro mille voor de versiering van woningwetwoningen, exclusief de technische installaties. Derhalve een zeer doelbewust gefinancierd cultuurbeleid op dit gebied, waaraan 's-Gravenhage sinds 1945 vele nieuwe kunstwerken te danken heeft en die in vele gevallen het oeuvre zijn van Haagse beeldhouwers, aan wie de opdrachten daartoe werden verstrekt.

De lijst van de voornaamste na 1945 uit het budget van de Commissie voor Kunstopdrachten geplaatste beeldhouwwerken is indrukwekkend te noemen. De twintig voornaamste opdrachten worden overtroffen door het aantal na 1945 uitgevoerde kunstopdrachten aan openbare schoolgebouwen, want die waren daarvan het drievoudige. En ook ongeveer zestig vermeldingen staan dan nog genoemd op de lijsten van na 1945 uitgevoerde kunstopdrachten in of aan de gemeente toebehorende gebouwen in het kader van stratenplannen en woningwetbouw. Daarnaast werden ten behoeve van de verzameling van het Haagse Gemeentemuseum in de loop der jaren eveneens onderscheidene moderne beeldhouwwerken aangekocht, waaronder onder meer het beeld van Henry Moore „Large Locking Piece”.

Een „Haagse beeldenroute” is een toeristische route in het klein, wanneer men althans een route van 50 kilometer klein mag noemen wanneer men



Aan de Groothertoginnelaan staat het beeld van Eline Vere, representante van de Haagse fin de siècle, zoals Louis Couperus haar in zijn roman van die naam schiep. Het beeld is van de in 1907 geboren Theo van der Nahmer en werd in 1956 geplaatst als posthume hulde aan haar schepper, Louis Couperus, en tevens als herinnering aan de ingetogen, wellicht meer in-conventionele levenssfeer van de Haagse beau monde ten tijde van de eeuwwisseling. Zoals men onlangs in Medisch Contact heeft kunnen lezen (Medisch Contact no. 17/1970 bladzijde 436) werd de door het evenzeer echt Haagse dagblad Het Vaderland de „Vaderlandprijs 1970” — een kleine Eline Vere — uitgereikt aan de „echte-ouderwetse” (Haagse) huisarts S. M. Lammerts van Bueren. Dr. Lammerts van Bueren beloofde zijn Eline Vere — nu 81 jaar oud — die zorg te geven, welke haar toekomst.

die, om van de beeldhouwwerken rustig te genieten, voortdurend wil onderbreken om zich tot aanschouwing van de kunstwerken tijd te gunnen. Het zal voor de congresgangers zeker niet doenlijk zijn deze toeristische route te kunnen beoefenen, tenzij men gebruik maakt van de auto. Want daarop is deze in voornoemd nummer van „'s-Gravenhage” aangegeven beeldenroute afgestemd. Ze beoogt niet meer dan een leidraad te zijn voor hen, die openstaan voor de moderne beeldhouwkunst.

Routebeschrijving

De Haagse Beeldenroute begint en eindigt bij het Haags Gemeentemuseum aan de Stadhouderslaan. In de omgeving van het museum staan een drietal beelden, die in de route zijn opgenomen: Aan de vijver: „Huiselijke zorgen” van Rik Wouters, in de tuin achter het museum: „Vrouwenfiguur” van Charlotte van Pallandt en achter het tentoonstellingsgebouw: „Large Locking Piece” van Henry Moore.

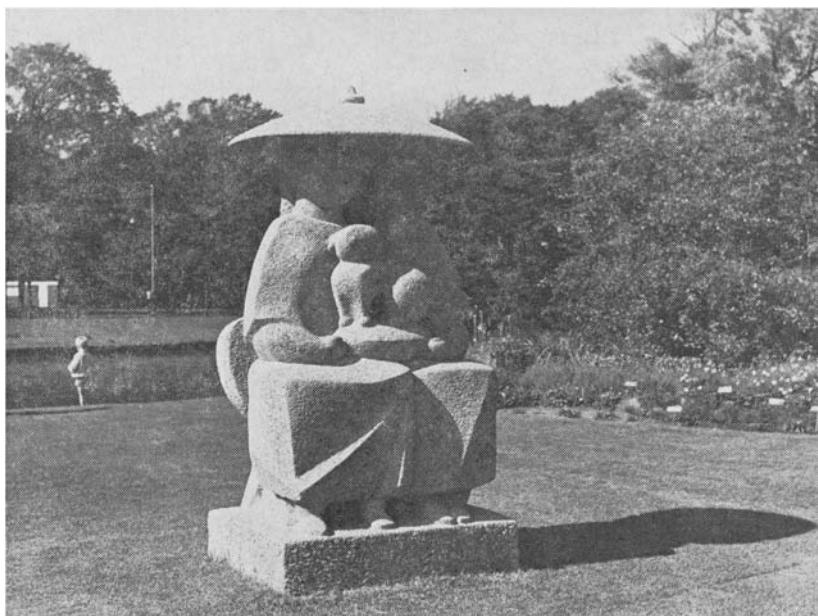
Van het museum gaat de tocht via de Stadhouderslaan naar het Stadhoudersplantsoen, waar op een van de gazons links van de weg „Twee meisjes” van Jos van Riemsdijk staan. Van dit gazon gaat het verder via de Stadhouderslaan en de Koningin Emmakade tot aan het Sweelinckplein. In het plantsoen links aan de kant van de Waldeck Pyrmontkade staan zowel de „Orpheus” van Dirk Bus als de „Drinkbak” van J. B. Gutterswijk. Van het Sweelinckplein gaat de route via de Banstraat rechtsaf naar de Groot Hertoginnelaan, waar „Eline Vere” van Theo van der Nahmer staat. Van hier gaat het via de Carnegielaan, de Tobias Asserlaan naar de Johan de Wittlaan, waar tegenover het in

aanbouw zijnde Nederlands Congresgebouw op een heuvel het „Hert” van Gra Rueb te vinden is.

Via de Johan de Wittlaan, de Oude Scheveningseweg, de Kanaalweg, de Duinweg en de Nieuwe Duinweg komt men bij het Westbroekpark (ingang Kapelweg), waar een vijftal beelden te vinden zijn, die in de tocht zijn opgenomen. Het zijn: „Twee vrouwen met een hond onder een parasol” van Bram Roth, „Moeder en kind met poppenwagen” van Bram Roth, „Zittende vrouw” van Theo van der Nahmer, „Odysseus en de Sirenen” van Everdine Henny en de „Haan” van Jos van Riemsdijk.

Van het Westbroekpark gaat de tocht via de Nieuwe Duinweg, de Nieuwe Parklaan, de Plesmanweg, de Raamweg en linksaf via de 't Hoenstraat en de Oostduinlaan naar het park Oostduin-Arendsdorp, waarin het „Hert” van Kees de Kruijff staat. Om dit park heen gaat het vervolgens via de Wasse-naarseweg, de Floris Grijpstraat en de Van Hogenhoutkade naar de Ruyschroeklaan, waar tegen de groene achtergrond van Clingendael, op de kruising met de Van Ouwenlaan, de „Hoge Wand” van Otto Hajek oprijst. Via de Van Ouwenlaan rijdt men linksaf de Van Alkemadelaan in. Enkele honderden meters verder aan de linkerzijde, ongeveer ter hoogte van de Van Montfoortlaan, is de ingang naar het landgoed Clingendael. In de rozentuin van dit landgoed staat een „Dansend meisje” van Theo van der Nahmer.

Van Clingendael gaat de tocht via de Van Alkemadelaan en de Laan van Nieuw Oost Indië linksaf de Bezuidenhoutseweg op. In de gazons rechts van de weg staan twee beelden. Voorbij de Reigersbergenweg vindt men het beeld „Scrutant l'horizon” van Jean Arp en een paar honderd meter verderop



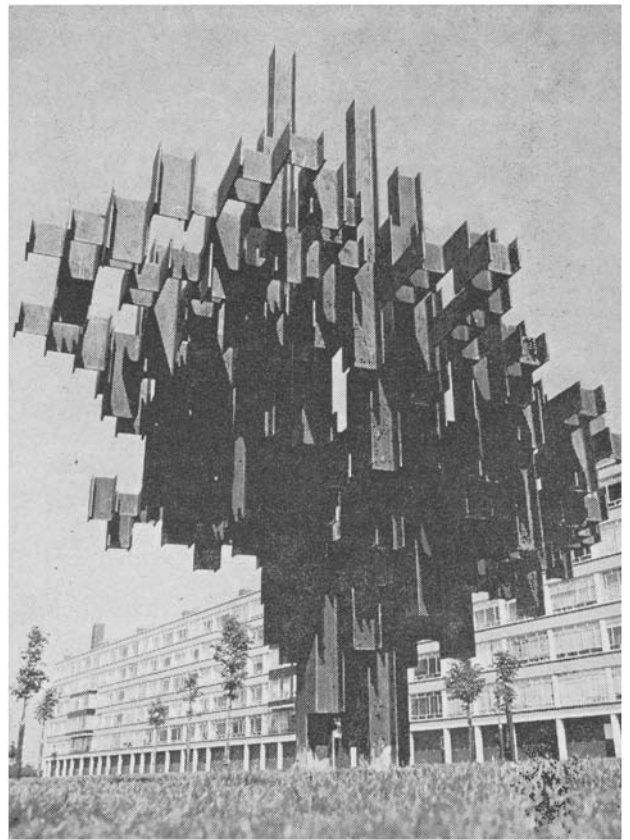
In het Westbroekpark, dat als een der fraaist aangelegde parken van de residentie wordt beschouwd, staat van Bram Roth „Twee vrouwen met een hond onder een parasol”. De bijna twee meter hoge sculptuur dateert van 1958-'59.

„Moderne stad” van André Volten. Schuin tegenover dit beeld is de ingang van het park Marlot, waar „Twee jongetjes” van Marianne Gobius staan.

Van Marlot gaat het langs de Bezuidenhoutseweg en de Hofzichtlaan naar Catharinaland. Hier staat tussen twee flats aan de rechterzijde van de straat het beeld „Moeder en kind” van Rudi Rooijackers. Via Hendrinaland bereikt men weer de Hofzichtlaan, aan het uiteinde waarvan, op de hoek van het Finnenburg, „Europa en de stier” van Dirk Bus staat. Daarna gaat het via Finnenburg, Boekweitkamp, IJscubweg, Schenkkade linksaf de Laan van Nieuw Oosteinde op, bij het Koningin Wilhelminaplein rechtsaf, vóór het Station Voorburg langs naar het Westeinde, waar de hoofdingang van Hofwijck is. Bij deze ingang vindt men de vier beeldjes „De Vier Jaargetijden” van Dirk Bus.

Van Hofwijck volgt men de Laan van Middenburg, de Prinses Mariannelaan, de Geestbrugweg, de Haagweg, de Jan van der Heijdenstraat, de Gouverneurlaan, Hildebrandstraat, Troelstrakade, Melis Stokelaan, rechtsaf de Leyweg op naar de Genemuidenstraat, waar bij de vijver links van de straat tussen de vier torenflats aan de Dedemsvaartweg de „Ornitopus” van Lotti van der Gaag te vinden is. Vanhier rijdt men linksaf de Dedemsvaartweg op, om de rotonde heen, linksaf de Melis Stokelaan op en onmiddellijk rechts de Leggelostraat in, aan de achterkant waarvan het Eeldeplantsoen ligt met het beeld „Vrouwen met kind” van Bram Roth. Via de Leggelostraat en de Erasmusweg bereikt men de Zwaardvegersgaarde, waar in een van de gazons links van de weg, ongeveer ter hoogte van de Schrijnwerkersgaarde, de „Vrouw met parasol” van Theo van der Nahmer te zien is.

Van de Zwaardvegersgaarde komt men via de Wolweversgaarde en de Beresteinlaan weer op de Melis Stokelaan. Op de kruising Beresteinlaan-Melis Stokelaan slaat men rechtsaf. Ongeveer halverwege de Vrederustlaan staat rechts van de weg tussen de heesters en tussen twee flatgebouwen het beeld van R. B. Pleijsier: „Vreugde”. Bij de Vrederustlaan gaat het linksaf tot het Steenzicht. Op de hoek van het Steenzicht en het Zicht staat het beeld van Jos van Riemsdijk: „Meisjesfiguur”. Van het Zicht rijdt men linksaf de Hengelolaan op tot aan de Stede, waar men een vrij uitzicht heeft op het beeld van Marino Marini: „Ruiter met Paard”, dat in het gazon aan de Winkelstede staat. Wanneer men vervolgens de Hengelolaan verder afrijdt en bij de Lozerlaan rechtsaf slaat, ziet men voor de flats rechts het beeld „Vlucht” van Jan Snoeck. Op het kruispunt Lozerlaan-Meppelweg gaat men rechtsaf de Meppelweg op tot even voorbij de Rade. Tussen twee torenflats rechts van de weg staat hier het beeld „Compositie” van Rudi Rooijackers. De volgende stop op de route is een ander beeld van Rudi Rooijackers „Zittend meisje” aan de Loevesteinlaan. Dit beeld kan men bereiken via de Meppelweg en het Almeloplein. Het beeldje staat naast de Aposto-



Van André Volten, geboren in 1925, is de imposante plastiek „Moderne stad” in Mariahoeve aan de Bezuidenhoutseweg. De in 1965 geplaatste constructie van Volten is groot en donker, massaal en heeft door de wisseling van lange en korte elementen een zeer dynamische werking.

liche kerk in het plantsoen aan de overkant van de Loevesteinlaan.

Vanhier gaat het via de Driebergenstraat, de Soestdijksekade, Loosduinseweg, Laan van Eik en Duinen, Laan van Meerdervoort, Rozenstraat en Asterstraat naar het plantsoen in de Wingerdstraat, waar men het beeldje van een „Zittend meisje” van Jos van Riemsdijk vindt. Vanhier gaat het via de Asterstraat, de Begoniastraat, Goudsbloemlaan naar de Segbroeklaan, waar links van de weg in het Rode Kruisplantsoen het laatste beeld uit de route staat: „Zonnewagen” van Bram Roth.

Tot slot gaat men over de Houtrustbrug en de Cornelis de Wittlaan weer naar het Haags Gemeentemuseum, waar het eindpunt van de route is.

Bij het Haagse Gemeentemuseum is een handzame brochure verkrijgbaar met een kaartje en beschrijving van deze beeldenroute. Het gebruik daarvan kan degenen, die het Haagse beeldenbezit willen gaan bewonderen, ter zeerste worden aanbevolen om, als zij niet bekend zijn in de residentie, oponthoud door het kiezen van onjuiste wegen te voorkomen.

Rapport van het Gerontologisch Centrum Nijmegen

De patiënt in het verpleegtehuis heeft naast fysieke reactivering ook een meer gerichte „sociale reactivering” van node. Een open blik op de wereld buiten vergroot zijn mogelijkheid tot contact met die buitenwereld. Aldus in het kort de laatste conclusie, behorend bij een omvangrijk rapport van het Gerontologisch Centrum Nijmegen.

Het rapport is zojuist verschenen en behelst een constaterend, exploratief onderzoek naar het bezoek in verpleegtehuizen. Uitgegaan werd van de zienswijze, dat de verpleegtehuispatiënt evenzeer gekenmerkt wordt door een sociale als door een medische problematiek. De sociale problematiek weerspiegelt zich voor een belangrijk deel in de band met de wereld buiten het tehuis, met name met het oude milieu. Indicatief voor de aard en de betekenis van deze band is vooral het bezoek. Welke patiënten krijgen weinig bezoek, welke veel? Wat is de betekenis van dit bezoek voor de patiënt en ook voor de bezoeker? Welke factoren kunnen belemmerend werken? Op deze vragen hebben de medewerkers van het Nijmeegse centrum een antwoord gezocht. Voor wat betreft de bezoeksbelemmerende factoren gingen zij daarbij verder in op de achtergronden en omstandigheden van patiënt en bezoeker, alsmede op het beleid in het verpleegtehuis en de bezoeksruimte en overige accommodatie die het biedt.

Het onderzoek werd verricht in een drietal, naar grootte, geografische ligging en bouwjaar verschillende inrichtingen. Het vond plaats in twee fasen - eerst globaal, vervolgens met een steekproef. In die laatste fase kwam het accent in het bijzonder op de kwalitatieve benadering van de bezoeksituatie te liggen. De drie onderzochte tehuizen bleken niet alleen te verschillen qua omvang, plaats en ouderdom, maar eveneens met betrekking tot de doorstroming, het sterftepercentage en de bezoeksaccommodatie: reden waarom de verwerking van de onderzoeksresultaten per verpleegtehuis ter hand werd genomen. In totaal werden gegevens verzameld van 490 personen, merendeels bejaarden van boven de 65 jaar. De verblijfsduur in het verpleegtehuis was voor ruim een derde hunner minder dan een jaar; eveneens ruim een derde vormden de langdurige zieken met een verpleegduur van meer dan drie jaar. Overal waren de chronisch zieke patiënten het sterkst vertegenwoordigd (75% of meer).

Tijdens de eerste fase van het onderzoek - duur 1 week - werden alle bezoeken aangetekend. In totaal werden in die periode door 1455 bezoekers 2089 bezoeken afgelegd. Het aantal patiënten dat tijdens deze fase geen bezoek ontving bedroeg gemiddeld 28%. De patiënten die wel bezoek kregen, ontvingen wekelijks 5 à 6 personen. Het aantal vrou-

welijke bezoekers bedraagt ongeveer 60%, waarvan ongeveer driekwart gehuwd. Bijna de helft van de bezoekers is ouder dan 50 jaar. Het meeste bezoek komt op woensdagmiddag, zaterdagmiddag en zondagmiddag. Het gaat dan om grote getallen. Kunnen de bezoekers kiezen tussen avondbezoek en middagbezoek, dan geven zij het laatste de voorkeur. Globaal genomen dient rekening te worden gehouden met een gemiddelde bezoektijd van één uur per bezoeker.

Er blijkt zeer weinig samenhang te bestaan tussen de medische en verpleegkundige kenmerken van de patiënt en de aard en omvang van het bezoek dat hij ontvangt. Wel bestaat er een duidelijke samenhang tussen verpleegduur en bezoek: naarmate een patiënt langer in een verpleegtehuis verblijft, ontvangt hij minder bezoek. Gehuwde patiënten en degenen die kinderen hebben, ontvangen meer bezoek dan de ongehuwde patiënten of de gehuwden zonder kinderen. Met andere personele gegevens als de leeftijd van de patiënt bestaat geen samenhang. Samenvattend: de patiënten die kort in het verpleegtehuis liggen en die gehuwd zijn en kinderen hebben, ontvangen meer bezoek dan de patiënten die lang in het tehuis liggen en ongehuwd zijn dan wel gehuwd zijn maar geen kinderen hebben. Dit komt er onder meer op neer, dat de band van de ongehuwde patiënten met het vroegere milieu wel heel gering is te noemen.

Gedurende fase twee, het vervolgonderzoek, werd op de bezoeksituatie diepgaand ingegaan bij een steekproef van 103 patiënten, 115 bezoekers en 30 gekwalificeerde verplegenden. De ondervraagde patiënten waren vooral chronische, niet psychisch gestoorde zieken.

Uit het verdergaande onderzoek in de tweede fase resulteerde, dat het bezoek voor de patiënt niet alleen contact met de wereld buiten het tehuis betekent, maar ook afwisseling in het bestaan binnen het tehuis. Twee derde tot driekwart van alle ondervraagde patiënten vindt, dat het bezoek vaak de enige afwisseling is. Die mening wordt ook door de bezoekers gedeeld en in iets mindere mate door het verplegend personeel. Geheel verwonderlijk is dit niet, aangezien de patiënten onderling weinig contact hebben, terwijl ook de deelname aan gemeenschappelijke activiteiten in het tehuis betrekkelijk matig is. Bezoek is alleen al om het doorbreken van de sleur - van de patiënt, maar wellicht ook van de bezoeker - derhalve een belangrijk samenlevings-element.

Er blijkt enige samenhang te bestaan tussen het aantal bezoekers dat men ontvangt en de tevredenheid. Vooral van belang blijkt echter de variatie van bezoekers; wie regelmatig en gevarieerd be-

zoek ontvangt, blijkt meer tevreden dan wie steeds dezelfde bezoeker ontvangt, ook al komt deze regelmatig. 40 tot 50% van de patiënten vindt, dat er meer bezoek moet komen. In het algemeen kan worden gesteld, dat hoe minder bezoek men krijgt, hoe minder men de leefsituatie in het verpleegtehuis zal waarderen.

Langs indirecte weg is enig inzicht verkregen in de groep potentiële bezoekers, die echter niet op bezoek komen. Gevraagd naar personen die men eigenlijk wel had verwacht, maar die niet komen, noemden de patiënten vooral de vroegere buren en vrienden, evenals de jongere neven en nichten. In het geval van naaste familieleden geloven de patiënten, dat deze wegblijven omdat de verhouding niet goed is of omdat zij door persoonlijke omstandigheden niet in staat zijn te komen. Voor buren en bekenden, en min of meer ook bij de jongere neven en nichten, geldt: uit het oog, uit het hart.

De naaste familie komt frequent, ongeacht de afstand. Bij deze regelmatige bezoekers blijken reizen bezoekduur op zichzelf van weinig of geen invloed te zijn op de frequentie van het bezoek. Wel betekent het bezoek een belasting, gezien de vele tijd en in bepaalde gevallen ook gezien het vele geld dat men eraan moet besteden. De meeste bezoekers gaan op bezoek omdat zij de patiënt een plezier willen doen en deze ook veel voor hen betekent. Ook houden velen er rekening mee, dat vast op hun komst wordt gerekend. Verloopt de bezoeksituatie, en met name het gesprek, minder bevredigend, dan spelen minder positieve overwegingen een rol. Ten aanzien van de bezoektijden kan de conclusie luiden, dat omwille van de patiënten en de goede gang van zaken een zekere beperking wenselijk is, echter niet zonder dat daarop uitzonderingen mogelijk zijn. Het bezoek zou elke dag moeten kunnen komen; daarbij zou het bezoek door de week meer gestimuleerd moeten worden, hetgeen ook inhoudt dat er meer mogelijkheden tot avondbezoek dienen te worden gecreëerd. Ook zou men meer oog moeten hebben voor de ruimtelijke accommodatie. Onvoldoende ruimte om bezoek te ontvangen heeft duidelijk negatieve gevolgen, in het bijzonder voor de gespreksituatie. De patiënt moet voorts de gelegenheid hebben om zijn bezoek koffie, thee of frisdranken aan te bieden.

Wat betreft de gespreksituatie zijn er nogal wat bezoekers - ongeveer een kwart - die teleurgesteld zijn over het gesprek met de patiënt. Met de patiënten zelf is dit in mindere mate het geval. Een belangrijk knelpunt vormt het gebrek aan belangstelling voor elkaars wereld. Bij de patiënt valt vaak een zekere egocentrische houding te constateren, gepaard gaand met een geringe belangstelling voor

wat buiten het tehuis gebeurt. Het gevolg van de weinige gespreksstof bij de patiënt is, dat men in het algemeen liever met meer dan één komt. Veel bezwaren van patiëntenzijde ontmoet dit niet: velen zijn kennelijk tevreden met de rol van toehoorder. Het zou een winstpunt voor patiënt en bezoek zijn, indien men de patiënt meer los zou kunnen maken van zijn lichamelijke zorgen en hem zich meer zou kunnen doen openstaan voor de wereld buiten het tehuis.

Naast het ontvangen van bezoek staan andere wegen tot contact met de buitenwereld open: het krijgen en versturen van post, weekend-verloven, het gebruikmaken van de communicatiemediën. Post en telefoon nemen echter zelden de plaats van bezoek als contact met de buitenwereld in; onwennigheid en lichamelijke handicaps zullen hierbij een grote rol spelen. Ook het weekend-verlof vervangt het bezoek niet. Afhankelijk van het tehuis, gaat 14-27% van de patiënten regelmatig zelf op bezoek, overwegend naar het eigen huis of naar de kinderen. Tenslotte de belangstelling voor krant, radio en tv. In één tehuis was 76% van de patiënten het meest geïnteresseerd in tv, in een tweede tehuis 60% in radio en in het derde 58-59% voor radio en tv beide. De belangstelling voor de communicatiemediën komt niet in de plaats van de andere contacten, maar gaat er eerder mee samen. Het verpleegtehuis zou het actief gebruik van krant, radio en tv daarom nog meer kunnen stimuleren. Het houdt de patiënten op de hoogte van wat er buiten het verpleegtehuis gebeurt, hetgeen niet in het minst belangrijk is wat betreft de gespreksstof met de bezoekers.

De belangstellingssferen van patiënt en bezoeker zouden wat meer op elkaar moeten worden afgestemd. Dat is ook de laatste conclusie van het rapport, die wij in het begin van dit overzicht aanhaalden. Letterlijk wordt in die conclusie gesproken over „de geringe interesse van de patiënt voor wat buiten het tehuis geschiedt” als belangrijkste belemmering voor het ontvangen van bezoek. Wat te denken van de geringe interesse van de buitenwereld voor wat binnen het tehuis geschiedt? Moet, zoals het rapport aanbeveelt, de verpleegtehuispatiënt sociaal worden gereactiveerd, sociale reactivering van de samenleving zou evenzeer kunnen worden aanbevolen. Maar dat is een overweging die de perken van het onderzoek en daarmee het hokje van de gerontologie te buiten gaat.

t.V.

Het secretariaat van het Gerontologisch Centrum Nijmegen is gevestigd: Berg en Dalseweg 127, tel. 08800-26468, en St. Annastraat 270, tel. 08800-58585.

Jaarverslag 1969 van het Centraal College

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten vergaderde in het jaar 1969 in totaal 19 maal. Het aantal avondvergaderingen was 15, waaronder 3 extra-vergaderingen; in januari, maart, juni en november werd een studiedag gehouden.

Op de studiedag van februari werd opnieuw met de Commissie van Uitvoering van de S.R.C. gesproken over de inhoud en tekst van de beoordelingsformulieren, vereist ingevolge A.17, A.20 en A.13 van de algemene eisen te stellen aan de opleiding, opleiders en opleidingsinrichtingen. De S.R.C. was het niet in alle opzichten eens met de overwegingen naar voren gebracht in de vergadering van het Centraal College van december 1968. Het Centraal College zag na een uitvoerige discussie voorshands geen reden zijn standpunt te wijzigen.

Met de Commissie van Uitvoering van de S.R.C. werd beraadslaagd over de tekst van de door de visitatiecommissies in te vullen rapporten, zoals deze door de S.R.C. werden gebruikt. Zowel het Centraal College als de C.v.U. van de S.R.C. waren van inzicht dat de voorkeur moet worden gegeven aan een uniform visitatierapport, waaraan eventueel toegevoegd een apart blad voor elk afzonderlijk specialisme. De S.R.C. zegde toe dit nader te zullen bestuderen.

Besproken werd de vraag of het mogelijk moet worden gemaakt voor een bepaald specialisme opleidingsbevoegdheid te geven aan meer dan één in de opleidingsinrichting werkzame specialist, zulks in afwijking van de gebruikelijke en reglementaire gang van zaken één specialist, hoofd van de afdeling, als opleider te erkennen. Aan de S.R.C. werd verzocht dit vraagstuk in studie te nemen.

Met de op de studiedag van september 1966 ingestelde studietoelatingcommissie inzake affiliatie van niet-universitaire met universitaire ziekenhuizen met betrekking tot de opleiding van medische specialisten, werd het door de studietoelatingcommissie uitgebrachte rapport besproken. Het Centraal College kon zich geheel met het rapport verenigen en besloot het ter kennisneming te doen toekomen aan verschillende instanties.¹⁾

Besproken werd het van de S.R.C. ontvangen overzicht van het bedden- en assistentenbestand per 1 januari 1968. Het Centraal College was zeer erkentelijk voor dit overzicht, dat een duidelijk inzicht gaf in de stand van zaken bij de verschillende specialismen en opleidingsinrichtingen en de wijzigin-

gen daarin in vergelijking met het overzicht over het vorige jaar.

Op de studiedag van maart was in de ochtendbijeenkomst een vertegenwoordiging van het bestuur van de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen aanwezig. Aan de orde was een rapport van een onderzoek naar de kwaliteit van de opleiding tot specialist, uitgebracht door de L.V.A.G. Het Centraal College had waardering voor dit rapport, hoewel het enige bedenkingen had tegen de wijze waarop het onderzoek was verricht en teleurgesteld was dat vooral de kleinere specialismen weinig response hadden gegeven. Het rapport kon worden gezien als een spiegel voor de opleiders en het was belangrijk dat de stem van degenen die worden opgeleid in de kring van de opleiders werd gehoord.

Voorts werd met de vertegenwoordiging van de L.V.A.G. gesproken over een schrijven door het bestuur van de L.V.A.G. gezonden aan de bijzondere adviesgroep medische faculteiten (de commissie Verdam) inzake een onderwijstaak van de assistent-geneeskundigen. De L.V.A.G. vreesde dat bij een vernieuwing en intensivering van de opleiding tot arts een nog groter beroep op de assistent-geneeskundigen bij het onderwijs aan co-assistenten zal worden gedaan. Het Centraal College kon zich deze vrees wel indenken, maar achtte, evenals trouwens de L.V.A.G. zelf, het van grote waarde voor de opleiding tot specialist dat de assistent-geneeskundigen bij het onderwijs aan de co-assistenten worden betrokken.

In de middagbijeenkomst vond een tweede bespreking plaats met vertegenwoordigers der Maatschappij voor Geneeskunst in de Staatscommissie medische beroepsuitoefening, als vervolg op het gezamenlijk gesprek op de studiedag van april 1968. Aan de hand van een nota, uitgebracht door een van de leden der Staatscommissie, werd gesproken over de mogelijkheden tot en gevolgen van een eventuele wettelijke onderbouw van de regeling inzake de medische specialisten. Het Centraal College kon zich verenigen met de wijze waarop deze wettelijke onderbouw zou kunnen worden gerealiseerd, met name omdat daarbij wordt uitgegaan van handhaving van de bestaande situatie.

Op de studiedag van juni vond, aan de hand van een schrijven van een lid van het Centraal College, nogmaals een uitvoerige discussie plaats over het vraagstuk van de beoordeling van de assistent-geneeskundige door de opleiders. Uitgangspunt was het indertijd bij het vaststellen van de algemene eisen, door het Centraal College ingenomen standpunt

1) Het rapport van de studietoelatingcommissie is gepubliceerd in Medisch Contact no 1969/10, bladz. 276.

dat beoordeling aan het einde van het eerste opleidingsjaar, tussentijdse beoordelingen en een beoordeling tegen het einde van de opleiding meer waarborgen geven dan een afsluitend examen. Vanuit dit standpunt, dat nog door het Centraal College werd ingenomen, werd diepgaand gesproken over de punten waarop de beoordeling moest worden gericht en over de verplichting van de opleider zich regelmatig met de assistent-geneeskundige te verstaan teneinde tot een juist oordeel te komen.

In aansluiting hieraan werd besproken een nota van de secretaris van de S.R.C. inzake verschillende methoden van beoordeling benevens een concept voor een gewijzigd formulier. De kernvraag bij de discussie was niet alleen of de formulieren voornamelijk als een handleiding voor het gesprek van de opleider met de assistent-geneeskundige moeten worden gezien maar ook of de formulieren door de opleider moeten worden ingevuld en aan de S.R.C. teruggezonden. Tenslotte werd besloten dat enkele leden van het Centraal College en van de S.R.C. zich over het onderhavige vraagstuk zouden beraden en proberen tot een oplossing te komen.

Besproken werd een schrijven van het Interfacultair Overleg van de Nederlandse faculteiten der geneeskunde, het I.O.G., houdende een uitnodiging tot overleg inzake inpassing van het 7e jaar van de opleiding tot arts in de opleiding van toekomstige medische specialisten. Het Centraal College had n.l. in 1967 een vraag van de minister van Onderwijs en Wetenschappen of het bereid was in beginsel zijn medewerking te verlenen aan een regeling, waarbij het zevende jaar van de opleiding tot arts tevens dienstbaar wordt gemaakt aan de specialistenopleiding, bevestigend beantwoord, waarna in 1968 met het I.O.G. een briefwisseling over deze aangelegenheid plaats vond. Besloten werd dat een vertegenwoordiging van het Centraal College en van de S.R.C. het overleg met het I.O.G. zou voeren.

Tenslotte werden besproken de in het concept „Richtlijnen vrije circulatie van artsen in E.E.G.-verband” aangebrachte wijzigingen. Met de concept-richtlijnen had het Centraal College zich op de studiedag van juni 1968 in het algemeen kunnen verenigen; de daarin aangebrachte wijzigingen verkregen ook de instemming van het Centraal College.

Op de studiedag van november gaf Prof. Dr. J. Severing, ondervoorzitter van de „Deutsche Bundesärztekammer” en voorzitter van de commissie „Weiterbildungsordnung” een uitvoerige uiteenzetting over de specialistenopleiding in Duitsland en de daarover verschenen nieuwe voorschriften. Uiteengezet werd dat in Duitsland het uitgangspunt is de eenheid van het artsensberoep, waarbij de specialisatie niet zozeer wordt gezien als een superkwalificatie maar vooral als een aankondiging van het gebied, waarop de arts zich heeft toegelegd.

In een langdurige discussie werden vele vragen gesteld, mede naar aanleiding van de z.g. Katalog, waarin de aan de specialisatie te stellen eisen voor

elk vakgebied in Duitsland worden neergelegd. Van de vele aan de orde gestelde punten kunnen worden genoemd de instelling van de specialisatie Allgemeinarzt, integratie van deelgebieden in de hoofdvakken of verdere differentiatie, de beoordeling van de opleiding, het afleggen van examens, de honoreringsregeling welke er op neerkomt dat iedere arts die een bepaalde medische verrichting doet op dezelfde wijze wordt gehonoreerd, en de erkenning van buitenlandse geneeskundigen. Van de zijde van het Centraal College werd uiteengezet hoe in Nederland de erkenning en registratie van medische specialisten is geregeld, zonder examen maar met een intensieve begeleiding tijdens de gehele opleiding.

Het laatste gedeelte van de middagbijeenkomst werd besteed aan een derde bespreking met vertegenwoordigers der Maatschappij voor Geneeskunst in de Staatscommissie medische beroepsuitoefening, zulks mede naar aanleiding van een notitie van de voorzitter van het Centraal College over een eventuele wijziging van de wet van 1865 betreffende de uitoefening der geneeskunst. In het bijzonder kwamen aan de orde de afbakening van de werkzaamheden gezien vanuit de algemene bevoegdheid van de arts en die van de werkzaamheden en bevoegdheid gezien vanuit de specialisatie. Het Centraal College nam met instemming kennis van de vorderingen die ten aanzien van deze vraagstukken binnen de Staatscommissie medische beroepsuitoefening waren gemaakt.

In de avondvergaderingen werd behandeld een aantal bij het Centraal College binnengekomen voorstellen inzake de opleiding voor verschillende specialismen, in antwoord op een schrijven dat in 1967 aan de landelijke wetenschappelijke specialistenverenigingen was gezonden. In dit schrijven was gevraagd voorstellen in te dienen inzake de bijzondere eisen als aanvulling en wijziging van de bij besluit no 2 - 1966 vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding, opleiders en opleidingsinrichtingen, benevens voorstellen inzake de programmering van de opleiding. Besproken werden de specialisten kindergeneeskunde, plastische chirurgie, longziekten en tuberculose, anesthesie, heelkunde, pathologische anatomie, zenuw- en zielsziekten hoofdvak neurologie, oogheelkunde, neurochirurgie, keel-neus-oorheelkunde, reumatologie. De hierbij gevolgde werkmethode was veelal als volgt.

Een ingediend voorstel werd in grote lijnen besproken, mede aan de hand van een notitie van het secretariaat met daarbij gevoegd een voorlopig concept inhoudende de bijzondere eisen, een opleidingsschema en eventueel nadere voorschriften. De in het Centraal College gestelde vragen en gemaakte opmerkingen werden met het concept bijzondere eisen enz., aan het bestuur van de betrokken landelijke wetenschappelijke specialistenvereniging gezonden. Het antwoord van het bestuur werd met het oorspronkelijke voorstel opnieuw in het Centraal College besproken, waarna weer met het be-

stuur werd gecorrespondeerd. Deze methode, die wel veel correspondentie en tijd in beslag neemt, heeft het voordeel dat in gezamenlijk overleg een uitgewerkt besluit tot stand kan komen dat aan de ledenvergadering van de betrokken landelijke wetenschappelijke specialistenvereniging ter behandeling en eventuele goedkeuring kan worden voorgelegd.

Het specialisme kindergeneeskunde, dat reeds in 1967 aan de orde was gesteld, werd in drie vergaderingen van het Centraal College besproken. Aan het eind van 1969 kon aan het bestuur van de Nederlandse vereniging voor kindergeneeskunde een vrijwel afgerond besluit inzake de bijzondere eisen enz. worden gezonden, vergezeld van enkele kleinere vraagpunten.

Voor het specialisme plastische chirurgie, dat ook in 1967 was behandeld, werd een nieuw voorstel ingediend. Dit voorstel bevatte, evenals het vorige, een opleidingsduur van drie jaar heelkunde, gevolgd door drie jaar plastische chirurgie, in totaal zes jaar. De voorgestelde zes-jarige opleiding werd diepgaand besproken en tenslotte werd besloten dat het Centraal College zich daarover tot het bestuur van de Nederlandse vereniging voor plastische chirurgie zou wenden, in het bijzonder wat betreft de heelkundige basisopleiding van drie jaar. Het gedetailleerde opleidingsschema gaf aanleiding tot een aantal vragen en opmerkingen, welke aan het bestuur van de Vereniging werden voorgelegd.

Voor het specialisme longziekten en tuberculose werd een voorstel ingediend tot wijziging van de opleidingseisen, zoals vastgesteld bij het besluit no 1 - 1967 van het Centraal College. Bij de behandeling van dit voorstel in een tweetal vergaderingen, werden tevens in bespreking genomen de indertijd ingediende voorstellen inzake de eisen te stellen aan sanatoria en klinieken. Aan het bestuur van de Nederlandse vereniging voor longziekten en tuberculose werd gezonden een concept-besluit inzake de bijzondere eisen enz. met een aantal vragen en opmerkingen van het Centraal College.

Het specialisme anesthesie werd afgesloten met het in de vergadering van 19 mei 1969 vastgestelde besluit no 1 - 1969 inzake de opleidingseisen voor dit specialisme.²⁾ Het specialisme heelkunde werd in vier vergaderingen besproken en tenslotte afgesloten met het in de vergadering van 17 november 1969 vastgestelde besluit no 2 - 1969 inzake de opleidingseisen voor dit specialisme.³⁾

Het voorstel van de Nederlandse patholoog-anatomen vereniging bevatte opnieuw een verlenging voor de pathologische anatomie van vier tot vijf jaar. In 1964 was een verlenging van de opleiding

tot vijf jaar ook aan de orde geweest en door het Centraal College geaccepteerd. Tegen het desbetreffende besluit had de minister van onderwijs en wetenschappen echter overwegende bezwaren, zodat het niet werd geëffectueerd. De in het nieuwe voorstel door de Vereniging aangevoerde argumenten tot verlenging waren naar het oordeel van het Centraal College niet van zodanige waarde dat de voorgestelde programmering op basis van een vijfjarige opleiding kon worden overgenomen.

Een schrijven van het hoofdbestuur van de Nederlandse vereniging voor psychiatrie en neurologie inzake een wijziging in het opleidingsschema voor het specialisme zenuw- en zielsziekten hoofdvak neurologie, bedoeld om meer exacte richtlijnen te geven voor de visitaties, gaf aanleiding tot een discussie over de vraag of er voldoende reden was om tussentijds een wijziging van het opleidingsschema voor één der hoofdvakken in een besluit van het Centraal College vast te leggen. Aangezien het het Centraal College bekend was dat in de Vereniging de toekomstige status van het specialisme zenuw- en zielsziekten met een eventuele splitsing in twee specialismen in studie was, besloot het Centraal College het resultaat van deze studie en de eventueel daaruit voortvloeiende voorstellen af te wachten. De ingediende voorstellen inzake de opleiding voor de specialismen oogheelkunde, neurochirurgie, keel-neus-oorheelkunde en reumatologie werden in bespreking genomen en op de gebruikelijke manier behandeld.

Naast deze voorstellen werd door het Centraal College een aantal andere onderwerpen behandeld, hoofdzakelijk in de avondvergaderingen. Het Centraal College werd regelmatig ingelicht over de werkzaamheden van het permanente comité van artsen in de E.E.G. en over de stand van zaken met betrekking tot de richtlijnen voor de vrije circulatie van artsen.

Van het bestuur van de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen werd een verzoek ontvangen tot overleg tussen het Centraal College en de L.V.A.G. inzake de opleiding tot medisch specialist. Naar aanleiding van dit verzoek werd besloten een commissie voor contact met de L.V.A.G. in te stellen, waarin zitting zouden nemen drie vertegenwoordigers van het Centraal College en twee vertegenwoordigers van de S.R.C. In een daarna met het bestuur van de L.V.A.G. gehouden bespreking werd overeengekomen dat het door de L.V.A.G. gevraagde overleg het beste kon plaatsvinden in de ingestelde contactcommissie, waarin door de L.V.A.G. vijf vertegenwoordigers werden aangewezen.

Besproken werd een schrijven van het Nederlands genootschap voor medische seksuologie houdende het verzoek de seksuologie als medisch specialisme te erkennen. Het schrijven werd met het bijgevoegde opleidingsschema uitvoerig behandeld met een vertegenwoordiging van het Genootschap. In een latere nabespreking besloot het Centraal Col-

2) Het besluit no 1 - 1969 inzake het specialisme anesthesie is gepubliceerd in Medisch Contact no 1969/38, bladz. 1079.

3) Het besluit no 2 - 1969 inzake het specialisme heelkunde is gepubliceerd in Medisch Contact no 1970/13, bladz. 306.

lege zich eerst nog over deze aangelegenheid nader te laten informeren.

Van het hoofdbestuur van de Nederlandse vereniging voor psychiatrie en neurologie werd ontvangen een schrijven inzake het opleidingsschema voor de aantekening klinische neurofysiologie, bedoeld om meer exacte richtlijnen te geven voor de visitaties. Naar aanleiding van dit schrijven vroeg het Centraal College zich af of er sprake was van richtlijnen voor de visitatiecommissie dan wel van eisen te stellen aan het verkrijgen van de aantekening E.E.G. Was dit laatste het geval dan zouden de eisen in een apart besluit van het Centraal College moeten worden vastgelegd. Het Centraal College besloot in principe de eisen, te stellen aan het verkrijgen van de aantekening neurofysiologie, in een besluit vast te leggen, waarbij nog wel aan de orde kwam de vraag of het gewenst is een besluit te nemen inzake een onderdeel van een specialisme, i.c. het specialisme zenuw- en zielsziekten, waarvan een herziening van de opleidingseisen in studie is.

Besproken werd een verzoek van de Nederlandse patholoog-anatomen vereniging de pathologische anatomie, die deel uitmaakt van het specialisme laboratoriumonderzoek en wordt aangeduid met de toevoeging „hoofdvak pathologische anatomie”, als apart specialisme te erkennen onder de naam „pathologische anatomie”. Het Centraal College achtte dit mede tegen de achtergrond van de richtlijnen inzake vrije circulatie van specialisten in E.E.G.-verband geen gemakkelijk te realiseren zaak. In de richtlijnen immers wordt gesproken over het specialisme „biologie medicale” en zijn de drie hoofdvakken van het Nederlandse specialisme laboratoriumonderzoek, n.l. pathologische anatomie, bacteriologie en klinische chemie, niet bekend. Indien de pathologische anatomie wel als apart specialisme wordt erkend, is het bovendien de vraag wat er met de beide andere hoofdvakken moet gebeuren. Afge wacht moet worden of bij het Centraal College een verzoek wordt ingediend deze twee hoofdvakken eveneens als aparte specialismen te erkennen.

Van het bestuur van de Vereniging assistenten psychiatrie werd ontvangen een verklaring inzake de psychiatrische opleiding. Het standpunt van de Vereniging was dat het specialisme zenuw- en zielsziekten in twee specialismen, psychiatrie en neurologie, met voor elk een opleidingsduur van 4 jaar, moet worden gesplitst. Na bespreking van dit standpunt werd besloten aan het bestuur der Vereniging te berichten dat het Centraal College bekend was dat de splitsing van het specialisme reeds bij de Nederlandse vereniging voor neurologie en psychiatrie in studie was, dat voor een splitsing een apart officieel besluit van het Centraal College vereist is en dat zolang dit besluit niet tot stand is gekomen en rechtskracht heeft verkregen, de hui-

dige regeling, zoals vastgesteld bij besluit no 2 - 1964 van het Centraal College, van kracht blijft.

Vastgesteld werd de samenstelling van de twee door het Centraal College ingestelde studiec ommissies. De studiec ommissie „opleiding specialismen”, bestaande uit vertegenwoordigers van het Centraal College, de S.R.C. en, als adviserend lid, van het departement van onderwijs en wetenschappen en van sociale zaken en volksgezondheid, zal onder voorzitterschap van Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, Utrecht, bestuderen de opleidingsduur en programmering voor alle bestaande, en eventueel andere, specialismen. De studiec ommissie „heelkundige specialismen”, bestaande uit vertegenwoordigers van de daarbij betrokken specialismen, zal onder voorzitterschap van Prof. Dr. G. den Otter, Amsterdam bestuderen de verhouding tussen het specialisme heelkunde en de tot de heelkunde behorende deel- of nevenspecialismen.

De Specialisten Registratie Commissie legde aan het Centraal College voor een aanvraag tot inschrijving in het register van erkende specialisten op grond van artikel 1018 van het huishoudelijk reglement der Maatschappij voor Geneeskunst - bijzondere theoretische kennis en praktische bekwaamheid. Het Centraal College besloot zich niet tegen inschrijving in het register te verzetten.

Met de Specialisten Registratie Commissie werd intensief samengewerkt. Op de studiedagen waren leden van de Commissie van Uitvoering aanwezig en de secretaris van de S.R.C. woonde de avondvergaderingen bij. Van de landelijke wetenschappelijke specialistenverenigingen werd alle medewerking ontvangen.

In de samenstelling van het Centraal College vond in 1969 een aantal wijzigingen plaats in de vertegenwoordiging der medische faculteiten. Prof. Dr. W. Noordenbos, die als lid zitting had namens de Universiteit Amsterdam, werd opgevolgd door Prof. Dr. R. H. Cormane. Prof. Dr. N. G. M. Orie, lid namens de R.U. Groningen, werd opgevolgd door Prof. Dr. H. Doorenbos. Prof. Dr. J. ten Doerschate, plaatsvervangend lid namens de R.U. Utrecht, werd opgevolgd door Prof. Dr. H. Verbiest. Prof. Dr. H. K. A. Visser, lid namens de medische faculteit Rotterdam, werd opgevolgd door Prof. Dr. J. Gerbrandy, die plaatsvervangend lid was; tot plaatsvervangend lid werd benoemd Prof. Dr. S. A. de Lange.

Voorzitter van het Centraal College in het jaar 1969 was Prof. Dr. M. C. Colenbrander en ondervoorzitter Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen. Tot voorzitter voor het jaar 1970 werd gekozen Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen en tot ondervoorzitter Prof. Dr. A. Kemp.

Utrecht, 6 juli 1970

Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, voorzitter
Prof. Dr. A. Kemp, ondervoorzitter

Jaarverslag 1969 van de Specialisten Registratie Commissie

Zet men zich tot het schrijven van een jaarverslag over de wederwaardigheden der Specialisten Registratie Commissie in 1969, dan kan men verschillende markante punten aanhalen, die aan allen niet ongemerkt voorbij zijn gegaan. Allereerst het verlaten van de wat enge behuizing op de Keizersgracht, het gebouw waar jarenlang de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst was gehuisvest, temidden van de stad die leefde en traditie uitademde naar een nieuw gebouw op het Kanaleneiland te Utrecht. Daar op de zevende verdieping missen wij toch de aantrekkelijke sfeer van Amsterdam; het moderne deel van Utrecht is niet dat wat men in deze oude stad zou wensen aan te treffen.

Met deze verhuizing kwam voor de S.R.C. een steeds nijpender tekort aan administratieve krachten naar voren, hetgeen zich onvoorwaardelijk wreekt op de arbeid der anderen, die uitzonderlijke prestaties moeten verrichten om bij te blijven in het huidige tempo. Daarbij komt nog dat de arbeid der S.R.C. zich steeds meer en meer uitbreidt, gezien vele jonge collegae van binnen- en buitenland bij deze commissie te rade te gaan.

Wanneer wij nu teruggrijpen op het vorige jaarverslag, dan zien wij een toenemende mate van medewerkszaamheid der opleiders, die naarmate zij kennisnemen van de arbeid der S.R.C., duidelijk meer begrip tonen voor deze steeds groeiende organisatie.

Wat de afdeling der visitaties betreft, kan worden opgemerkt dat deze methode van onderzoek meer en meer zijn beslag heeft gekregen en dat met regelmaat de visitaties plaatsvinden. Een woord van dank geldt hier voor hen, die visitaties verrichten en zeker voor de secretarissen der Gemeenschappelijke Visitatiecommissies, welke per specialisme zijn gevormd, voor hun bijdrage in deze arbeid.

Zo blijkt in Nederland een door eigen collegae opgesteld controle-systeem te zijn opgebouwd, dat uniek is voor de 6 landen der E.E.G. en zijn nut voor de opleiding blijkt af te werpen. Weliswaar voldoen de visitatierapporten niet voor alle specialismen, maar ook hier zal, gezien de voorstellen der diverse visitatiecommissies, aan worden gewerkt teneinde deze in de komende jaren in die zin te wijzigen, dat zij voor de visitatoren meer aanvaardbaar worden.

In het afgelopen jaar werden 100 visitaties in 4 pleno-vergaderingen der S.R.C. behandeld. Van dit aantal werden 85 opleidingsbevoegdheden verleend, terwijl 15 opleidingsbevoegdheden niet werden toe-

gekend of ingetrokken, waarbij in de laatste gevallen een nieuwe procedure werd gevolgd met name dat de desbetreffende opleider en de visitatiecommissie bij de Commissie van Uitvoering voor een gesprek werden uitgenodigd, waarna schriftelijk de beslissing werd medegedeeld. Dat aan de verschillende voorschriften inzake visitaties enkele dienen te worden toegevoegd, is in verband met de nu gevolgde procedure noodzakelijk. Tevens werd in de loop van dit jaar aan de visitatiecommissies een lijst van de nog te houden visitaties toegezonden, zodat iedere visitatiecommissie een beeld van de stand van zaken had voor haar specialisme. Alleen van het specialisme der Rheumatologie kwamen deze visitaties eerst eind 1969 van de grond.

Op 15 maart 1969 organiseerde de S.R.C. een studiedag, waarop helaas maar weinig leden aanwezig waren. De besprekingen gingen over het „rapport Majoor“, terwijl de middagvergadering aan de opleiding zenuw- en zielsziekten, hoofdvak psychiatrie werd gewijd.

Betreffende de afdeling der registratie van de assistent-geneeskundige kan worden vermeld, dat na het ontvangen van de mutatie-staten per 1 januari 1969, welke met veel moeite binnenkwamen, aan de assistent-geneeskundigen hun registratieformulieren konden worden toegezonden. Velen hebben reeds gevolg gegeven aan het verzoek der S.R.C. de vragenlijsten ingevuld te retourneren.

Zwaardere is de weg der beoordelingen. Op 1 april besloot het Centraal College de invulling van de beoordelingen facultatief te stellen en helaas was dit in zekere zin een teruggang in het proces van het beoordelen. Verdere studies om een goed beoordelingsformulier vast te stellen, werden door het Centraal College aan een samengestelde commissie, bestaande uit enkele van zijn leden en die van de S.R.C., toevertrouwd. De Commissie kwam aan het eind van 1969 met een voorstel, dat reeds aan de wetenschappelijke verenigingen, de opleiders, alsmede aan het hoofdbestuur der L.V.A.G. voor een advies is toegezonden, teneinde in de naaste toekomst tot een definitief beoordelingsformulier te komen, opdat de S.R.C. conform de voorschriften tot begeleiding der opleiding kan komen.

Gedurende het jaar 1969 werd wederom een intensief contact met het hoofdbestuur van de Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen onderhouden. Er werd een commissie samengesteld, bestaande uit leden van de C.C., het L.V.A.G. en de S.R.C. De eerste vergadering van deze commissie, zich voortaan noemende „Contactcommissie“, vond plaats op 28 april. Het doel van de „Contactcom-

missie" is een gezamenlijk contact te leggen over de problemen die de opleiding betreffen. De bijeenkomsten zullen in de plaats komen van de tot nu toe gevoerde besprekingen van de S.R.C. met de L.V.A.G.

In de loop van het jaar had één maal een behandeling van een beroepszaak door de Commissie van Beroep plaats, waarbij de beslissing van de S.R.C. op grond van het door haar gevoerde beleid, werd bevestigd. Een tweede geval vond, ondanks het indienen van een bezwaarschrift, geen doorgang, gezien de C. v. U. met de desbetreffende collega tot een andere beslissing kwam. De Commissie van Bemiddeling trad in de loop van 1969 meermalen op. In vier gevallen werd een bemiddeling verleend. Gebleken is dat hier meer en meer, zowel door de opleiders als door de assistent-geneeskundige gebruik wordt gemaakt van de bemiddeling door de S.R.C.

Door de C. v. U. werden naast de voorvergaderingen voor de plenovergadering, besprekingen gevoerd met de opleiders, wier opleidingsbevoegdheid werd ingetrokken of niet verlengd. Tevens werd door de C. v. U. het uiteindelijke rapport inzake de verwezenlijking van de gedeeltelijke opleidingsbevoegdheid in het St. Elisabeth Ziekenhuis te Willemstad, Curaçao, aan de S.R.C. aangeboden en goedgekeurd. De drie leden van de C. v. U. werden in een regeringsdelegatie gekozen om ten behoeve van de Antilliaanse regering, een onderzoek in te stellen naar de wijzigingen die in het St. Elisabeth Ziekenhuis zouden moeten plaatsvinden, wil het in de toekomst een opleidingsbevoegdheid krijgen. Tevens bezochten deze leden ook het Rijksgebiedsdeel Suriname om zich te oriënteren over de daar bestaande situatie. Op beide plaatsen zowel te Paramaribo als te Willemstad werden uitgebreide besprekingen met de diverse groeperingen gevoerd. In een kort verslag stelde de voorzitter der S.R.C. de plenovergadering hiervan op de hoogte. De voorzitter en de secretaris en enkele leden van de C. v. U. namen deel aan de studiedagen van het Centraal College, terwijl de secretaris alle vergaderingen van het Centraal College als adviseur bijwoonde.

In de laatste plenovergadering der S.R.C. werd een nieuwe voorzitter gekozen en wel Dr. H. E. Schornagel te Rotterdam. De afgetreden voorzitter nam afscheid in de eerste plenovergadering in 1970. Voor de vacatures in de S.R.C. werd voor de Orthopaedie collega W. P. van der List aangewezen, terwijl voor het specialisme Plastische Chirurgie collega H. G. Boom aan de S.R.C. werd toegevoegd. Voor het specialisme Kindergeneeskunde heeft collega Dr. O. A. Driessen lange jaren de S.R.C. trouw terzijde gestaan en eind 1969 zijn lidmaatschap neergelegd; in zijn plaats werd benoemd Prof. Dr. W. H. H. Tegelaers.

Wegens de enorme werkuitbreiding op het secretariaat van de S.R.C. heeft de C. v. U. gemeend de werkzaamheden over 2 afdelingen te moeten verdelen. De eerste afdeling omvat de algemene corres-

pondentie, specialistenregistratie, inschrijvingen Nederlandse en buitenlandse artsen in opleiding tot medisch specialist en kwam onder leiding van mevrouw T. Brunger. De tweede afdeling omvat de visitaties, de vergaderingen van de C. v. U., de plenovergaderingen, alsmede de bewerking van de losbladige uitgave „Erkenning en registratie van medische specialisten" onder leiding van de heer L. H. N. van der Plas.

Op 31 december 1969 was de Specialisten Registratie Commissie als volgt samengesteld:

Leden der Specialisten Registratie Commissie

Voorzitter, *Dr. H. E. Schornagel, Van Somerenweg 31, R'dam, tel.: 010-284745, privé: 010-124088;

Secretaris, *Dr. L. P. H. J. de Vink, Vondelstraat 99, A'dam, tel.: 020-388893;

Adviseur, Dr. J. C. P. Eeftinck Schattenkerk, Van Nijenrodeweg 387, A'dam, tel.: 020-215151 (GAK), privé: 020-429649;

Allergische ziekten, Jhr. Dr. W. J. Quarles van Ufford, Emmalaan 17, Utrecht, tel.: 030-15064;

Anaesthesie, M. Mauve, Binnengasthuis, A'dam, tel.: 020-62233;

Cardiologie, Dr. A. P. M. Verheugt, Corn. Schuytstraat 68, A'dam, tel.: 020-790350;

Chirurgie, *Prof. Dr. G. den Otter, Acad. Zkh. der V.U., A'dam, tel.: 020-484847;

Dermatologie, Dr. D. J. H. Vermeer, Albr. Dürerstraat 30, A'dam, tel.: 020-726820;

Inwendige geneeskunde, *Dr. M. Plooi, Andreas Zkh. A'dam, Theophile de Bockstraat 8, tel.: 020-172911, privé: 020-422907;

Keel-, neus- en oorheelkunde, Dr. J. Kuilman, Surinamstr. 19, Den Haag, tel.: 070-112070, privé: 070-726820;

Kindergeneeskunde, Prof. Dr. W. H. H. Tegelaers, Binnengasthuis, A'dam, tel.: 020-62233, privé: 020-715470;

Lab. onderzoek (Bact./Klin.Chemie), Prof. Dr. J. v.d. Veen, St. Radboud Zkh. Nijmegen, St. Annastraat 313, tel.: 08800-58585, toestel 1356;

Lab. onderzoek (Path.Anatomie), Prof. Dr. P. H. M. Schillings, St. Radboud Zkh. Nijmegen, tel.: 08800-58585, toestel 1363;

Longziekten en tuberculose, Dr. J. A. W. Berghauser Pont, Amersfoortseweg 4, Maarn, tel.: 03430-3194;

Maag-, darm- en stofw.ziekten, Dr. N. Helleman, Emmasingel 9, Groningen, tel.: 050-32228;

Neurochirurgie, Dr. A. C. de Vet, Blauwe Kamerlaan 2, Den Haag, tel.: 070-850528;

Oogheelkunde, Dr. J. Goedbloed, Sweelinckplein 63, Den Haag, tel.: 070-394188;

Orthopaedie, W. P. van der List, Wagenaarweg 24, Den Haag, tel.: 070-550111;

Plastische chirurgie, H. G. Boom, Wijdeweg 9, Hengelo (O), tel.: 05400-18160;

Radiologie, Ch. M. V. Sassen, Oranjeplat, Zeekant 96 D, Den Haag, tel.: 070-540719;

Revalidatie, J. E. van Gogh, Postelse Hoeflaan 101a, Tilburg, tel.: 04250-70443;

Rheumatologie, Dr. P. v.d. Meer, Jongkindstraat 16, R'dam, tel.: 010-127359;

Urologie, W. A. Ultee, G. v.d. Veenstraat 81, A'dam, tel.: 020-721002;

* Leden Commissie van Uitvoering.

Verloskunde en gynaecologie, Dr. H. Rottinghuis, J. J. Viottastraat 8, A'dam, tel.: 020-727682;

Zenuw- en zielsziekten, Prof. Dr. J. J. G. Prick, St. Radboud Ziekenhuis Nijmegen, tel.: 08800-58585, privé: 08800-22067;

Plaatsvervangende leden der Specialisten Registratie Commissie

Allergische ziekten, Dr. W. J. F. v.d. Bijl, Postbus 5183, A'dam-Zuid I, tel.: 020-727547;

Anaesthesie, Dr. J. Spierdijk, Vijverweg 5, Dordrecht, tel.: 01850-31197;

Cardiologie, Prof. Dr. J. Nieveen, Verl. Hereweg 150, Groningen, tel.: 050-24855;

Chirurgie, Dr. J. P. de Jong, Villapark 110, Barchem (Gld.), tel.: 05734-442;

Dermatologie, J. van Baak, Maliebaan 92, Utrecht, tel.: 030-12807;

Inwendige geneeskunde, Dr. L. B. J. Stuyt, Van Soutelandelaan 149, Den Haag, tel.: 070-241800;

Keel-, neus- en oorheelkunde, Dr. P. Schierbeek, Van Dorpstraat 32, Den Haag, tel.: 070-542169;

Kindergeneeskunde, Drs. D. J. van Zaane, St. Elisabeth Zkh. Tilburg, tel.: 04250-38333;

Lab. onderzoek (Bact./Klin.Chemie), Prof. Dr. K. C. Winkler, Oude Gracht 413, Utrecht, tel.: 030-16600;

Lab. onderzoek (Path. Anatomie), Prof. Dr. A. de Minjer, Lessinglaan 79, Utrecht, tel.: 030-930802;

Longziekten en tuberculose, Prof. Dr. J. Swierenga, Emalaan 16, Utrecht, tel.: 030-17090;

Maag-, darm- en stofw.ziekten, A. W. Herweyer, Goeresestraat 6, R'dam, tel.: 010-274984;

Neurochirurgie, Prof. Dr. W. Luyendijk, Pr. Bernhardlaan 60, Oegstgeest, tel.: 01710-51812;

Oogheelkunde, Dr. K. van Walbeek, Vinkenstraat 22, Zaandam, tel.: 02980-62155;

Orthopaedie, F. A. A. v. d. Weijer, Dr. Ariënstr. 2, Roosendaal, tel.: 01650-34226;

Plastische chirurgie, Dr. A. C. J. Huffstadt, Academisch Ziekenhuis, Groningen, tel.: 050-39123;

Radiologie, Prof. Dr. G. J. v.d. Plaats, Ursulinenweg 3, Maastricht, tel.: 04400-18821;

Revalidatie, P. D. Bakker, Uhlenbeckkade 8, Leiden, tel.: 01710-30371;

Rheumatologie, H. Colenbrander, Donkersteeg 19, Leiden, tel.: 01710-31001;

Urologie, C. L. A. Grove, Frankenslag 335, Den Haag, tel.: 070-552516;

Verloskunde en gynaecologie, Prof. Dr. J. Janssens, Corresp.adres: Ac. Ziekenh. V.U., tel.: 020-482227;

Zenuw- en zielsziekten, Prof. Dr. J. F. Folkerts, G. v. d. Veenstr. 95, A'dam, tel.: 020-798768, (corr.adr. Valeriuskliniek, Valeriusplein 9, A'dam);

Plv. Voorzitter, Dr. M. Plooi, Andreas Ziekenhuis, A'dam, Theophile de Bockstr. 8, tel.: 020-172911;

Plv. Secretaris, Dr. H. E. Schornagel, Van Somerenweg 31, R'dam, tel.: 010-124088;

Plv. leden C. v. U., voor Dr. M. Plooi — Dr. A. P. M. Verheugt; voor Prof Dr. G. den Otter — Dr. J. Goedbloed.

Om de lezer een beeld te geven over het administratieve werk der S.R.C. volgen hier enkele getallen:

Ingekomen brieven: 1437; Verzonden genummerde brieven: 2452; Verzonden mutatiestaten aan de opleiders teneinde een overzicht te kunnen maken van het assistenten- en beddenbestand van de erkende opleidingsklinieken: \pm 280; Aanschrijving en verzending vragenlijst van de jonge assistent-geneeskundigen: \pm 400; Inschrijving en catalogisering van het opleidingsregister: \pm 400; Rondzendingen voor inschrijving aan het eind van de specialistische opleiding: 260; Verzending van gemaakte overzichten die per maand gemaakt worden en per drie maanden verzonden worden aan de diverse autoriteiten: 48; Verder werden in 1969 34 stencils gemaakt en rondgezonden. Tezamen zijn dit buiten de stencils om 3840 stukken.

Wanneer men dit korte overzicht leest, kan de lezer nagaan welk een enorm werk is verzet door de medewerkers op het secretariaat der S.R.C. en het is dan ook van deze plaats dat ik hun hartelijk dank zeg voor de geweldige inzet bij dit werk. Nog steeds kampen wij met personeelsgebrek, zodat dit alles een dubbele last is voor de vaste medewerkers. Reeds in het vorig verslag wees ik op het feit dat moet worden getracht hieraan verandering te brengen, wil het niet ten detrimente van de nog aanwezige vaste staf gaan werken.

Er werden 251 verzoeken om inschrijving in het Specialisten Register ontvangen, die tot inschrijving hebben geleid:

Allergische Ziekten	—
Anaesthesie	20
Cardiologie	12
Chirurgie	42
Dermatologie	7
Inwendige Geneeskunde	52
Keel-, Neus- en Oorheelkunde	11
Kindergeneeskunde	18
Laboratoriumonderzoek:	
Bacteriologie	2
Path. Anatomie	8
Klin. Chemie	—
Longziekten en Tuberculose	5
Maag-, Darm- en Stofw.ziekten	1
Neurochirurgie	—
Oogheelkunde	20
Orthopaedie	7
Plastische Chirurgie	1
Radiologie	13
Revalidatie	3
Rheumatologie	1
Urologie	4
Verloskunde en Gynaecologie	16
Zenuw- en Zielsziekten	26

Specialisten Registratie Commissie
Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris

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

VERANTWOORDELIJKHEID

De weergave van de hoofdlijnen van een wetsvoorstel ten aanzien van de strafbaarheid van het onderbreken van zwangerschap, zoals ingediend door Dr. J. H. Lamberts en Dr. H. J. Roethof (Medisch Contact nr. 28/1970, blz.739) noopt tot een reactie.

1. Er wordt gesteld, dat de „natuurlijke en respectabele afweer om leven in iedere vorm, dus ook in ongeboren vorm” te verstoren, mede beïnvloed wordt door de huidige bepalingen van het strafrecht. Mede daardoor zouden vele medici een „nee-tenzij” standpunt tegenover de vraag naar abortus innemen. Hoewel het niet onmogelijk is, dat de huidige wettelijke bepalingen de aanhangers van genoemd standpunt iets meer dan anders het geval zou zijn naar het „nee” doen neigen, vragen wij ons toch af, waardoor dit idee feitelijk wordt gesteund. Uit de ingezonden stukken en dergelijke lijken het juist de voorstanders van de „ja-tenzij” attitude te zijn, die de wet voelen knellen!

2. Het voornaamste punt van onze kritiek gaat uit naar hetgeen in de tweede en in het begin van de derde alinea op pagina 740 is te lezen:

„Vervolgens kunnen desgewenst in dat overleg tussen huisarts en patiënte, net als bij vergelijkbare belangrijke beslissingen, andere artsen of deskundigen geraadpleegd worden, bijvoorbeeld een psychiater, een maatschappelijk werker of een zielzorger. Mocht na dit diagnostisch onderzoek een beslissing volgen dat zwangerschapsonderbreking nodig is, dan zal zonodig de technische hulp van de gynaecoloog worden gevraagd” (cursiveringen door ons).

Hoewel onder „andere artsen of deskundigen” misschien ook wel de gynaecoloog wordt bedoeld, lijkt het er toch wel erg op, dat de voorstellers tot wetswijziging zijn aanwezigheid bij de diagnostiek en bij de oordeelsvorming niet noodzakelijk achten en dat hij uitsluitend als uitvoerder wordt gezien. Dit zou nog verder gaan dan wat R. Horst onder punt 7 van zijn artikel (Medisch Contact nr. 24/1969, blz. 545) bepleitte, namelijk dat de gynaecoloog wel aan de discussies moet deelnemen en eventueel, indien hij het

met de indicatie niet eens is, kan weigeren de ingreep uit te voeren.

Als wij mogen aannemen, dat de Nederlandse gynaecoloog toerekeningsvatbaar is, moeten wij stellen, dat hij verantwoordelijk is voor zijn daden. Bij iedere belangrijke daad moet men oordelen over de toelaatbaarheid ervan, de pro's en contra's tegen elkaar afwegen om dan tot een beslissing te geraken. Zo moet bij abortus medicinalis de gynaecoloog (of wie de ingreep ook doet) alle voor- en tegenargumenten overwegen om zo tot een beslissing te komen over de toelaatbaarheid in ieder individueel geval. Hij kan desgewenst adviezen van anderen vragen, wat niet wegneemt dat hij de verantwoordelijkheid blijft dragen, niet alleen voor de technische uitvoering maar ook voor de indicatiestelling, zoals dat ook bij andere ingrepen het geval is. Deze verantwoordelijkheid is slechts ten dele op zijn adviseurs over te dragen. Tenslotte bestrijden wij in de geciteerde alinea's dat er „vergelijkbare belangrijke beslissingen” zijn! Waar in de medische praktijk is een ingreep aan te wijzen, die als rechtstreeks effect heeft de dood van een medemens?

3. De opstellers menen, dat niet hoeft te worden gevreesd dat er zich een behandelingspraktijk buiten het ziekenhuis zal ontwikkelen. Maar er zijn toch ervaringen uit andere landen, dachten wij, die anders leren, terwijl ook in ons land - weliswaar niet op gynaecologisch terrein - ingrepen onder narcose worden verricht in daartoe meer of minder geschikt gemaakte ruimten buiten de ziekenhuizen. De vrees, dat er abortuskliniekjes zullen ontstaan, lijkt daarom niet van elke grond ontdaan; de opstellers zelf noemen ze reeds als mogelijkheid (pag. 741 bovenaan)! Ook als die vrees ongegrond zou zijn, dan nog zou er onzes inziens geen bezwaar zijn uit veiligheidsoverwegingen een dergelijk voorschrift in de wet op te nemen; dat een zodanige bepaling „dan weer onzuivere elementen in de besluitvorming kunnen brengen”, lijkt ons bij redelijk denkende gynaecologen uit de lucht te zijn gegrepen. Trouwens, zijn deze uitvoerders al niet praktisch allen aan een kliniek verbonden?

4. Een vraag, die bij ons opkomt, maar waarop wij geen antwoord kunnen geven, is of een te grote liberalisatie van de wet geen potentieel gevaar kan zijn voor de gemeenschap. Het zou bijvoorbeeld een factor kunnen zijn, waardoor het kindertal onder het minimum daalt dat nodig is om het normale bevolkingsbestand te handhaven. Wij kunnen ons daarom

voorstellen, dat er een zekere wettelijke beperking komt voor het uitvoeren van abortus op niet strikt medische indicatie.

Een andere mogelijkheid een zekere rem in te voeren is de meldingsplicht. Meldingsplicht als zodanig is in de medische praktijk niet onbekend. Een bezwaar ertegen zal wel allereerst worden gebaseerd op het vermoeden, dat dit een rem zal zijn op het uitvoeren van abortus. Als de argumenten echter voor het uitvoeren ervan in een geval sterk genoeg zijn, zal de uitvoerder dit kleine bezwaar graag op de koop toe nemen. Is de abortus onvoldoende gemotiveerd, dan lijkt een dergelijke rem nuttig te zijn ter eerbiediging van het ongeboren leven. Naar onze mening is er dus geen bezwaar tegen het invoeren van een meldingsplicht (maar dan achteraf) en zal dit juist bijdragen tot een scherpere indicatie. Dat er bij andere operationele ingrepen niet een dergelijke plicht bestaat, lijkt ons geen steekhoudend tegenargument, omdat de abortus medicinalis een unieke ingreep is.

Gouda, 15 juli 1970

P. J. H. van Vugt, gynaecoloog

MORELE ONTWAARDING

In de discussies duikt de laatste tijd de vraag op, hoe de stemming onder de artsen is verdeeld. Hun meningsverhoudingen zijn immers niet onbelangrijk ten aanzien van de praktische uitvoerbaarheid van toekomstige liberale abortuswetten. Dat de meerderheid van publiek en politici vóór is, althans onder het zich uitsprekende deel van beiden, lijkt wel zeker, maar de houding onder de artsen wordt — waarschijnlijk terecht — nog met reserve bekeken.

Hoe interessant op zich de vraag ook is, hoe nu (over 10 jaar waarschijnlijk weer heel anders) de vóór- en tegenstanders zich verhouden, in wezen is deze vraag echter irrelevant. Het abortusvraagstuk is een probleem dat de kern van het menselijk bestaan en bestemming raakt, en die de kern is niet aan willekeurige interpretatie onderhevig. Dat politiek en stemmenverdeling er iets mee te maken zouden hebben acht ik een denkfout.

Met de huidige overbevolking, en het reduceren van de menselijke seksualiteit tot een omgangsvorm, ontdaan van morele of zelfs religieuze beginselen, gende oplossing geworden voor de overbevolking in het groot, en de menselijke gevolgen in het klein. Het is logisch om, als de seksualiteit eenmaal

is ontdaan van haar hogere menselijke waarden, ook de gevolgen hiervan te ontdoen — dat wil zeggen ongewenste zwangerschappen eenvoudig uit de weg te ruimen. Is het eerste een betrekkelijk individuele en nog reversibele aangelegenheid, de abortus is dat niet: deze raakt een ander mens in wording, en is niet reversibel.

Het lijkt mij intussen niet onjuist, vast te stellen dat de morele ontwaarding van de seksualiteit, waarbij deze is teruggebracht tot een niet-persoonsgebonden animaal driftcomplex, niet op waardige wijze wordt opgevangen door de gevolgen hiervan gewoonweg te elimineren. De abortus is slechts een volgende, maar nog ingrijpender stap op de weg van morele ontwaarding. In zogenaamde „existentiële indicaties” geloof ik niet: juist het bieden van de mogelijkheid tot aborteren zal in de regel het uitdragen van een ongewenste zwangerschap ondragelijk maken. Dat er een enkele werkelijk medische — waaronder psychiatrische — indicatie zal overblijven, verandert hieraan niets.

Tot slot ben ik mij zeer wel bewust, te behoren tot de groep die de abortusproblematiek op niet-logische wijze benadert. Maar ik waag te stellen, dat het logisch denken — het juiste wapen in de natuurwetenschappen — te enen male ontoereikend is om hogere menselijke waarden te benaderen. Deze zo in diskrediet zijnde waarden zijn namelijk niet van natuurwetenschappelijke aard. Ons vermogen trachten wij dan maar al te graag te verbloemen, door deze waarden ofwel verdacht te maken, ofwel ze te reduceren tot op een biologisch niveau, waardoor ze binnen het bereik van de logica zijn gevallen.

Het ware probleem ligt niet op wetenschappelijk of legaal niveau, maar op dat van de menselijke moraliteit, als ik dit ouderwetse begrip hier mag gebruiken.

Den Haag, 30 juli 1970

B. C. Witsenburg, arts

ONDESKUNDIG SCHOOLMEESTERSTUKJE

In M.C. nr. 31/1970, blz. 847, is onder de titel „Deskundig meesterstukje” een brief opgenomen van Dr. J. Hage, die niet alleen uitblinkt in hatelijkheid maar ook in onnauwkeurigheid en kortzichtigheid.

De heer Hage kritiseert een vraaggesprek met mij in de Haagse Post van 22 juli 1970, waarin ik een pleidooi voer voor gratis gezondheidszorg voor allen en in dat verband wijs op de analogie met het onderwijs. Waarna volgt: „Natuurlijk is niet het hele on-

derwijs gratis. Er zijn heel wat vormen van cultuuroverdracht waar je voor moet betalen. Danslessen, autorijles, Linguaphone. Ja, dat is in de gezondheidszorg te vergelijken met de gouden stiftand, die ook van staal kan zijn. H. P.: En met plastische chirurgie. D.: Precies. En met klasseverpleging in het ziekenhuis met eigen kamer en een televisietoestel en een extra-verpleegster”.

Nu impliceert de heer Hage, dat ik geen enkel inzicht zou hebben „in de functie van de als specialisme erkende plastische chirurgie, in het bijzonder ter onderscheiding daarvan met het deelgebied der esthetische chirurgie”. Helaas is de brievenschrijver enigszins onnauwkeurig. Volledig citerende zou hij hebben geconstateerd, dat het voorbeeld der plastische chirurgie niet van mijzelf afkomstig is. Ik ben mij van het onderscheid der deelgebieden namelijk zeer goed bewust. Toen de interviewer echter de term noemde, heb ik deze kanteekening niet gemaakt, omdat dit deel van het artikel dan teveel zou zijn uitgedijd en omdat iedere geïnterviewde moet rekenen op lezers die bereid zijn een opmerking in haar context te verstaan. Die bereidheid heeft de heer Hage blijkbaar niet. Daarom is het merkwaardig, dat hij mijn twee andere voorbeelden onverlet laat. Zouden een gouden stiftand en een eigen ziekenkamer met een extra-verpleegster nimmer medisch geboden zijn? Jawel, maar de brievenschrijver is te kortzichtig om ook op deze subtiliteiten zout te leggen.

Iets anders is intussen nog merkwaardiger: de heer Hage protesteert niet ten principale tegen mijn vergelijking van gezondheidszorg en onderwijs. Hij lijkt slechts te bedoelen, dat ook de plastische chirurgie (in het algemeen) bij die vergelijking moet worden betrokken. De Partij van de Arbeid heeft er voor (in het algemeen) gratis gezondheidszorg dus een aanhanger bij. Dat grote feit geeft mij minder aanleiding tot minachting dan een detail in mijn vraaggesprek aan Dr. Hage.

,s-Gravenhage, 31 juli 1970

D. Dolman

MC | VARIA

Voor het eerst is het tuberculosecijfer in Nederland niet langer gedaald, maar gestegen. Reeds geruime tijd geleden hebben wetenschappelijke onderzoekers dit voorspeld. In 1968, het laatste jaar waarvan exacte cijfers bekend zijn, bedroeg het aantal nieuw

ingeschreven patiënten 2.437, tegen 2.425 in 1967, en het aantal sterfgevallen 197, tegen 176. De sterfte was in Limburg het hoogst, namelijk 2,02 per 100.000 van de gemiddelde bevolking. Ook Zuid-Holland, Gelderland en Noord-Holland lagen met respectievelijk 1,81, 1,84 en 1,66 boven het landelijk gemiddelde van 1,55. Deze cijfers staan vermeld in het jaarverslag 1969 van de Kon. Ned. Centrale Ver. tot Bestrijding der Tuberculose. Daarin wordt voorts de zwijgende houding van de overheid ten aanzien van de toekomst van de tuberculosebestrijding gelaakt. Het particuliere initiatief kan niet eenzijdig blijven denken en werken aan herstructurering. In internationaal verband gezien blijkt een diepe kloof te gapen tussen rijke en arme landen. De rijke landen zijn nauwelijks meer geïnteresseerd in tuberculosebestrijding, hoewel hun cijfers daarvoor soms helemaal geen argument bieden. De arme zien zich in de steek gelaten, hoewel de problemen enorm zijn. Hoezeer gerichte actie nut kan hebben, bewijst bijvoorbeeld Suriname, waar na vijf jaar intensieve bestrijding het cijfer thans het laagste van geheel Zuid-Amerika is.

¶

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft zich tot de Ziekenfondsraad gewend met het verzoek, een doelmatige en juist gespreide voorziening van coronary care units te willen helpen bevorderen. Hij vraagt de raad, hem te willen adviseren omtrent de mogelijkheid van een in het kader van het ziekenfondswezen te voeren erkenningsbeleid van patiënten met een hartinfarct. Dit in aansluiting op een tot de Gezondheidsraad gerichte adviesaanvraag over de mogelijkheid, tot betere resultaten bij de behandeling van deze patiënten te komen.

Aanleiding tot de adviesaanvragen was enerzijds de toenemende sterfte aan coronaire aandoeningen, anderzijds het feit dat volgens recente publikaties het invoeren van eenheden voor intensieve behandeling mogelijk een beperking met 20-30% van de sterfte aan een acuut hartinfarct zou kunnen opleveren. De bewindsman hoopt de beide adviezen op korte termijn te ontvangen.

¶

Het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO te Leiden stelt zich voor van eind september van dit jaar tot en met mei van het volgende jaar wederom een cursus „Medische Statistiek” te organiseren in

samenwerking met de Medisch-Biologische Sectie van de Vereniging voor Statistiek. De cursus is bestemd voor artsen en andere werkers op medisch-biologisch en aanverwant gebied, die zich op de hoogte willen stellen van de gedachtegang van de statistiek en de betekenis van de moderne statistische methoden voor het beschrijven en analyseren van waarnemingsuitkomsten. De cursus zal wekelijks worden gehouden, en wel op donderdagavond van 19.30 tot 21.30 uur in het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO, Wassenaarseweg 56, Leiden. De eerste cursusavond zal zijn op 24 september aanstaande. Voor het volgen van de cursus is geen statistische kennis of ervaring vereist. De noodzakelijke kennis van wiskunde beperkt zich tot enkele onderwerpen uit de algebra, die gedurende de cursus in het kort worden behandeld. Verdere inlichtingen worden verstrekt door: Afdeling Statistiek, Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO, Wassenaarseweg 56, Leiden; tel. 01710-50940 tot en met 50944, toestel 237.



Bij de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid is thans de definitieve tekst verschenen van het rapport „Abortus-vraagstuk” van de afdeling Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie. Begin dit jaar verscheen in dit blad (M.C. nr. 7/1970, blz. 143) een concept van het verslag, zoals dat was opgesteld door een door de afdeling ingestelde commissie. Leden van de rapporterende commissie, die het abortusvraagstuk vanuit psychiatrisch gezichtspunt benaderde, waren de psychiaters A. van Dantzig, Dr. C. van Emde Boas, Dr. A. A. Fischer (voorzitter), G. B. Mastenbroek, J. H. van Meurs en Dr. G. J. Zwanikken.

De definitieve versie van het rapport is nu, met inbegrip van een samenvatting van de discussies tijdens de afdelingsvergadering, verkrijgbaar door storting van f 3,— op gironummer 18181 van de Nederlandse Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid te Amsterdam (inclusief portokosten); bij afname van meer dan tien exemplaren is de prijs bepaald op f 2,75 per stuk.



Course 030: „Chemical Pathology & Clinical Chemistry” van The British Council wordt van 21 maart-2 april 1971 te Londen en Bristol gehouden. Voor verdere informatie zij verwezen naar de Council-burelen hier te lande: Keizersgracht 343, Amsterdam.

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

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

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland f 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 Uitgeversmij. Kruyt N.V., Bussum.

Oplage: 16.430 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht

telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfonds Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht

telefoon 030-887021