



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

VEEL GELD NODIG VOOR DE S.A.N.O.

Hulp aan ontwikkelingslanden geniet in Nederland gelukkig grote belangstelling. De omvang van deze hulp is een van de onderwerpen, die in de verkiezingsstrijd voor vrijwel alle politieke partijen een belangrijke rol speelt. Ook de K.N.M.G. schenkt aandacht aan de ontwikkelingshulp — in mei 1969 werd samen met de

Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde de S.A.N.O. (Stichting Artsen Naar Ontwikkelingslanden) opgericht — en ook binnen de K.N.M.G. is de hoogte van de uitkering een punt van discussie.

Op 7 september 1968 machtigde de Algemene Vergadering eenstemmig het hoofdbestuur een bedrag van f 30.000,— ter beschikking te stellen voor de uitzending van artsen naar ontwikkelingslanden. Het verzoek aan de Algemene Vergadering, het hoofdbestuur te machtigen zo nodig jaarlijks eenzelfde bedrag voor dit doel te bestemmen, werd afgewezen. Niet zuinigheidsoverwegingen speelden hierbij een rol maar, naar uit de woorden van bepaalde sprekers bleek, de mogelijkheid om te zijner tijd tot een dan waarschijnlijk noodzakelijke, hogere bijdrage te besluiten (Van Woelderen, M.C. nr. 40/1968, blz. 1041). Het voorstel van het hoofdbestuur, gedaan tijdens de jaarvergadering van 12 september 1970, de bijdrage van f 30.000,— te verhogen tot f 35.000,—, werd aanvaard met 22 stemmen voor, 13 tegen en 1 blanco.

Het hoofdbestuur deed bij die gelegenheid bovendien een beroep op de leden, een individuele bijdrage aan de S.A.N.O. te geven. In 1970 brachten de 900 artsen, die aan die oproep — motto: „Het honorarium voor een dag praktijkwaarneming voor onze Nederlandse collegae in ontwikkelingslanden” — gehoor gaven, bijna f 90.000,— op.

Wat doet de S.A.N.O. nu met dit geld? In de eerste plaats kan worden gemeld, dat wij verwachten binnen afzienbare tijd een eerste financieel verslag over de jaren 1969 en 1970 in M.C. te kunnen publiceren; de secretaris-penning-

26e JAARGANG — No. 13 — 2 APRIL 1971

INHOUD

S.A.N.O.	349
Centraal College staat voor een veelheid van problematiek	351
Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (XII)	357
<i>Uit de Eerste Kamer:</i>	
Het drugbeleid van staatssecretaris Kruijsing	361
Wetgeving en de mogelijkheid tot effectivering daarvan	365
„Het is de hoogste tijd beslissingen te nemen ten aanzien van medische beroepsopleiding”	366
Het huisartsenbestand	367
Stijgende kosten gezondheidszorg en het nationaal inkomen	368
Medische faculteiten dringen bij minister aan op herziening van de artsenopleiding	369
Status academische ziekenhuizen en rechtspositie personeel	369
Controle op geneesmiddelen	370
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Geluidhinder door vliegtuigen	371
<i>Van de S.G.R.C.:</i>	
Nieuwe inschrijvingen	371
<i>Van het Centraal Bestuur L.A.D.:</i>	
Aanvullende salarisrichtlijnen	372
Kort verslag C.B.-vergadering	373
Brieven aan de redactie	374
Varia	374

Hoofdredacteur: F. A. Bol, arts.

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

Colofon op bladzijde 376.

meester, collega G. Dekker, zegde ons dit toe. Verder zij verwezen naar een artikel van laatstgenoemde collega in M.C. nr. 52/1970, blz. 1417, waaruit blijkt dat de S.A.N.O.-gelden in hoofdzaak worden gebruikt om te bevorderen, dat jonge artsen zich voor het ontwikkelingswerk inzetten, dat de met hen te treffen overeenkomst soepel verloopt en dat zoveel mogelijk alle (door de regering en door particuliere instanties als zending en missie) uit te zenden artsen op verantwoorde en ongeveer gelijke voorwaarden worden uitgezonden. Suppletie van inkomen en sociaal verzekeringspakket kan het voornaamste doel van de S.A.N.O. worden genoemd.

De stichting verleent zijn medewerking slechts aan artsen die voldoende op hun taak zijn voorbereid. Die voorbereiding houdt in toenemende mate in, dat aandacht wordt besteed aan de opleiding en nascholing van het in het ontwikkelingsland aanwezige potentieel. Daarover straks meer. De S.A.N.O. heeft het initiatief genomen, samenwerking te bevorderen tussen alle organisaties die zich bezighouden met de uitzending van medisch personeel. Tenslotte fungeert de stichting als het adres waar alle in ontwikkelingslanden werkende artsen met hun problemen terecht kunnen, zowel tijdens hun verblijf in het buitenland als na hun terugkeer in Nederland. Gaarne verwijzen wij wat dit betreft de geïnteresseerde lezer naar het artikel van collega Smits in M.C. nr. 16/1969, blz. 447.

Het ontvangende ontwikkelingsland bepaalt welke werkzaamheden het meest noodzakelijk zijn. Het blijkt, dat opleiding en nascholing in het ontwikkelingsland een hoge prioriteit krijgen. Het komt ons voor, dat daarmee een juiste

Bundel: Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland

De serie publikaties over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Nederland, zoals verschenen in de nummers 2 tot en met 14 van Medisch Contact 1971, zal worden gebundeld en ter beschikking van belangstellenden worden gesteld. Tegen vergoeding van de kosten ad f 1,50 per stuk zal de bundel na bestelling worden toegezonden door de secretaris van Medisch Contact, Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-88 54 11, toestel 222.

Uit Medisch Contact anno 1946

Naar aanleiding van vragen, die ons bereiken, is het gewenscht mede te deelen, dat de artsen, in dienst van „De Volharding”, zich in den bezettingstijd als goede M.C.-leden hebben gedragen, en dientengevolge in die jaren een goede collegiale verstandhouding met de Haagse artsen is gegroeid. Wij verheugen ons hierover, maar kunnen niet nalaten vast te stellen, dat in beginsel de toestand ongewijzigd is. „De Volharding” is en blijft een verboden fonds, de medewerkers aan dit fonds konden en kunnen geen lid zijn van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dit moge bedacht worden door artsen, die neiging zouden gevoelen zich aan „De Volharding” te verbinden. Wij hopen, dat bij de definitieve reorganisatie van het ziekenfondswezen „De Volharding” zich verplicht zal zien haar systeem te wijzigen, zoodat onze bezwaren tegen dit fonds en de daaraan medewerkende medici, zullen worden opgeheven.

voorkeur wordt bekendgemaakt. Immers, ontwikkelingshulp wordt pas effectief zodra ze zichzelf overbodig maakt; collega Van Woelden wees hier reeds op in zijn eerder geciteerde hoofdartikel. Weliswaar wordt reeds in incidentele gevallen aan opleiding en nascholing enige aandacht besteed tijdens de vooropleiding die aan de uitzending vooraf gaat, maar het accent zou meer kunnen komen te liggen op het bevorderen van de uitzending van docenten, hetgeen de opleidingsmogelijkheden in de ontwikkelingslanden zelf zou vergroten. Hiervoor is echter veel geld nodig. Wellicht, dat men zijn gedachten daarover nog eens wil laten gaan als men dezer dagen een Maatschappij-schrijven, behelzende een verzoek om een bijdrage voor de S.A.N.O., ontvangt.

B.

Rectificatie

In het artikel „Wetenschappelijke verenigingen waar schuwen tegen roken” (M.C. nr. 11 van 19 maart 1971) is op bladzijde 308 een kleine fout geslopen: in figuur II moeten de pijprokers en sigarenrokers hun plaats onder de desbetreffende kolommen onderling verwisselen, zodat uit de tekening kan blijken, dat de sterfteverhouding van mannelijke rokers/niet-rokers van de leeftijd 50-70 jaar voor pijprokers 1.12 en voor sigarenrokers 1.22 is.

Centraal College staat voor een veelheid van problematiek

De aanvang van een nieuwe werkperiode, gemerkt door het verspringen van het kalenderjaar en een wisseling van voorzitter, komt mij voor een gereede aanleiding te kunnen zijn tot een bezinning niet alleen op het werk dat wacht, maar daarin ook op de taak en de functie van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten als zodanig en in breder perspectief.

Nadat de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in 1932 was begonnen met het aanleggen van een specialisten-register en dit met toenemende zorg had bijgehouden en uitgebouwd, bleek ook dit niet te ontkomen aan de naoorlogse drang tot vernieuwing. Uit de wens van de overheid tot medezeggenschap in deze aan particulier initiatief ontsproten en geleidelijk zo invloedrijk geworden tak van werkzaamheid der (inmiddels Koninklijk geworden) Maatschappij kwam tenslotte het Centraal College te voorschijn. Sinds dit College op 29 mei 1961 door de toenmalige minister van Onderwijs en Wetenschappen, Cals, in de oude behuizing der Maatschappij, Keizersgracht 327 te Amsterdam, werd geïnstalleerd, zijn thans bijna tien jaren verlopen — een decennium, waarin het een oordeel te vormen kreeg over een veelheid van moeilijk oplosbare problemen en moest worstelen om een inzicht in een veelszins van verwickeldheid weerbarstige materie.

Naarmate een betere kijk werd verkregen op de grote verscheidenheid enerzijds en de onderlinge samenhang anderzijds van de complexe vraagstukken, welke de specialistische verzorging van de zieken in ons maatschappelijk bestel met zich brengt, groeide ook het besef van de grote verantwoordelijkheid, welke op het College drukt bij de vervulling van zijn opdracht en zijn daaraan ontleende bevoegdheid van wetgevend lichaam.

Geraakte het College al dadelijk in medias res, toen het reeds kort na zijn eerste optreden belangrijke beslissingen had te nemen omtrent de opleiding in bepaalde specialismen — in feite een doorlopende taak met een steeds aanzwellend program — het begreep, dat een zekere prioriteit moest worden gegeven aan de vaststelling van algemene criteria en directieven, welke na langdurige voorbereiding tenslotte tot stand kwam en leidde tot een besluit aangaande de algemene eisen, te stellen aan de bij de opleiding tot medisch specialist betrokken personen en instituten.

Wanneer men de werkzaamheid van het College zou afmeten naar het aantal, in de loop der jaren na ampele overwegingen en beraadslagingen geno-

Bij de aanvaarding van het voorzitterschap van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten heeft Prof. Dr. G. A. Lindeboom een toespraak gehouden, welke hierbij volledig wordt afgedrukt. Prof. Lindeboom inventariseert de veelheid van problematiek, waarvoor het Centraal College zich ziet gesteld en nog zal worden gesteld. Daarbij gaat hij ondermeer in op vraagstukken betreffende toetsing van specialisten in opleiding, erkenning en registratie van huisarts-specialisten, het bundelen van nascholingsactiviteiten en het eventueel verplicht stellen van nascholing voor specialisten. Voor nascholing van specialisten maar ook voor bijscholing van huisartsen ziet Prof. Lindeboom — de faculteiten reeds overbelast zijnde — de oprichting naar Engels voorbeeld van een groot ziekenhuis waaraan verbonden docenten met een professorale status.

men, besluiten, welke aan de betrokken minister voor bekrachtiging werden voorgelegd, dan zou men daarvan ongetwijfeld een te geringe indruk kunnen verkrijgen. Immers, er werden in totaal in het verleden slechts 14 besluiten genomen, waarvan één — de pathologische anatomie betreffende — vanwege overwegende bezwaren van de zijde van de minister geen rechtskracht verkreeg.

Indien men alleen hierop zou afgaan voor een oordeel omtrent de activiteit van het College, zou men tekort doen aan de vele arbeid verzet in de maandelijkse plenaire vergaderingen en op de studiedagen, en ook door verschillende commissies, zoals blijken kan uit overgelegde rapporten.

Toch zou, terugblikkend, een gevoel van voldaanheid kwalijk passen bij te veel, dat moet worden beschreven in „de onvoltooid verleden tijd”. En nog veel meer is er, dat nog in „de toekomstige tijd” voor ons staat en ons programma overladen maakt: terwijl de opleidingseisen voor 7 specialismen zijn vastgesteld, zijn er nog 12 in behandeling en moet een andere nog worden begonnen.

Allerlei bijzondere aangelegenheden, hoe dringend ook van aard terzijde latend, zou ik op enige grote, meer algemene vraagstukken willen wijzen, welke

luider of zwakker aan onze deur kloppen en welke oplossing in vèrgaande mate het toekomstige, meer algemene beleid van het College zullen moeten bepalen.

Het meervoudige opleiderschap

Daar is eerst de kwestie van het meervoudige opleiderschap, welke door een schrijven van de Nederlandsche Internisten Vereeniging, de dato 19 februari 1970, in overleg met haar Concilium, bij de S.R.C. aan de orde is gesteld en daarna dan ook reeds enkele malen in ons College ter sprake kwam.

Ik behoef er nauwelijks aan te herinneren, dat onze opleiding tot medisch specialist nog duidelijk de trekken vertoont van die van de vroegere chirurgijns, en gebaseerd is op het patroon van de meester en gezelschap-verhouding. Bij de opkomst der specialismen in de eerste decennien dezer eeuw, veelal bevorderd door de opkomst van nieuwe technieken, kon dat ook moeilijk anders. De eerste vertegenwoordigers van een nieuw specialisme hadden zich min of meer zelf gevormd, en trokken leerlingen aan, die later hun professionele afkomst van de erkende meester niet verloochenden.

De ontwikkeling van de geneeskunde heeft de waarde van deze opleidingsstructuur met de éne meester echter meer en meer gerelativeerd.

Het zou onjuist zijn de voordelen van de éne opleider, indien deze de vereiste statuur heeft, geheel te ontkennen. De grote meesters der Franse kliniek bijvoorbeeld stempelden op waardevolle wijze hun leerlingen met de eigen aard van hun klinisch denken en onderzoeksmethode. Er is zoveel wat de toekomstige specialist moet leren, doch moeilijk onder woorden kan worden gebracht, veel, wat niet in woord en begrip kan worden gevangen, doch moet worden afgezien — en wat is daartoe beter geschikt dan de dagelijkse omgang met een meester in het vak, in Frankrijk nog steeds de „patron” genoemd?

Doch reeds lang heeft de uitbreiding der kennis en de veelelvuldiging der technieken de figuur van de éne opleider, die alles moest kennen en kunnen, aan indrukwekkendheid, gezag en toereikendheid doen inboeten. De éénmansopleiding is onaanvaardbaar geworden, hetgeen reeds in feite is erkend doordat de aanwezigheid van een chef-de-clinique al noodzakelijk is gesteld.

Intussen is ook dit voor de grotere, met name de zogenaamde moederspecialismen meer en meer onvoldoende gebleken. In de grote klinieken van inwendige geneeskunde en heelkunde hebben deelspecialisten eigen onderafdelingen verkregen, die een wezenlijke bijdrage leveren tot de opleiding. Voor de inwendige geneeskunde is ook in dit opzicht de verhouding tussen het algemene specialisme en de deelspecialismen in het in 1967 uitgebrachte rapport der Commissie-Majoor onder de ogen gezien.

Anders ligt het — en dringender is de noodzaak van een oplossing — in de klinieken, waarin de leiding aan meer specialisten, met name aan méér dan één hoogleraar is toevertrouwd. Teneinde verbrok-

keling te voorkomen en een optimale opleiding te verzekeren, lijkt het nodig althans de mogelijkheid te scheppen de opleidingsbevoegdheid toe te kennen aan een groep van twee of meer specialisten — of misschien zelfs een grotere groep. Immers, wanneer het om de opleiding in een moederspecialisme gaat, kan men het nuttig of dienstig oordelen ook een hoofd van een deelspecialisme, die een substantiële bijdrage tot de opleiding levert, daarin op te nemen. Ook is reeds de vraag gesteld, of de staf van zulk een opleidingsafdeling, die toch een niet gering deel der opleiding verzorgt, niet in de opleidingsgroep vertegenwoordigd dient te zijn.

Of het daarmee echter tot grote opleidingscommissies zal moeten komen, is een vraag die nader moet worden bezien. Daarbij lijkt de eis, dat ieder lid van de opleidersgroep — waarom zouden wij van een team spreken? — aan de thans vigerende basale eisen van een 5-jarig specialisme zal moeten voldoen, niet onredelijk. Tot de basale eisen behoort op het ogenblik nog niet het doctoraat in de geneeskunde. Maar het is mijns inziens de vraag, of een opleidersgroep zonder één enkele doctors-titel aanvaardbaar zou mogen worden geacht.

Bij dit alles zal het toch nodig blijken, dat de groep één harer leden, gebeurlijk telkens voor een periode van 3 tot 5 jaar, als de naar buiten optredende verantwoordelijke figuur aanwijst, die het nakomen van de op de groep rustende verplichtingen bewaakt, de betrekkingen naar buiten verzorgt en van buitenaf in eerste instantie aanspreekbaar is.

Het komt mij voor dat een bezinning op dit veelzijdige vraagstuk op een studiedag niet achterwege mag blijven, doch vooral dat een bijzondere commissie zich over deze problematiek moet buigen, teneinde een pre-advies en zo mogelijk een gewijzigde formulering der bestaande bepalingen in het Reglement der Maatschappij op te stellen, om te kunnen komen tot een institutionalisering van het meervoudige opleiderschap.

*Komt een hoogleraar q.q.
opleidingsbevoegdheid toe?*

Van minder grote omvang is de kwestie, of een hoogleraar als zodanig aanspraak kan maken op het recht van opleidingsbevoegdheid. In het algemeen zal de toekenning van die bevoegdheid aan een nieuw benoemde hoogleraar geen moeilijkheden bieden. Immers, de benoeming van een hoogleraar is met zoveel voorzorgen omgeven, dat als regel geen redelijke twijfel aan zijn bevoegdheid als opleider zal bestaan. Toch kunnen er, zij het bij uitzondering, ook bij algemeen erkende geleerdheid twijfels bestaan ten aanzien van het recht op een bijzondere opleidingsbevoegdheid.

Zo zijn er in het verleden hierover wel moeilijkheden geweest, bijvoorbeeld als iemand in een ander specialisme dan waarin hij in het Register was ingeschreven, tot hoogleraar werd benoemd: een orgaanspecialist bij voorbeeld tot röntgenoloog, of een specialist, die te kort in het vak was. De toekenning

van opleidingsbevoegdheid aan niet-medici, bijvoorbeeld in de bacteriologie aan veterinaire geneeskundigen, heeft, voorzover mij bekend, geen aanleiding gegeven tot bijzondere moeilijkheden. Een ingenieur schijnt daarentegen weer moeilijk aanvaardbaar als opleider in de medische röntgenologie. Wie leidt tegenwoordig de zeldzame laboratorium-arts op, die de klinische chemie beoefent?

De benoeming van buitenlandse, of in het buitenland opgeleide of hoofdzakelijk werkzaam geweest zijnde specialisten tot hoogleraar in een klinisch vak kan, zoals reeds gebleken is, eveneens tot ongewenste onzekerheid of verschillen van inzicht aanleiding geven.

Houden de faculteiten enerzijds onverkort en volkomen terecht vast aan hun recht en plicht de voorstellen tot de benoeming van hoogleraren voor de hogere bestuursinstanties te doen, anderzijds kan de Maatschappij en evenmin ons College zich daardoor niet ontslagen achten van háár verantwoordelijkheid voor de erkenning van medische specialisten.

Reeds is van de minister een schrijven uitgegaan aan de faculteiten om in voorkomende gevallen, waarin de aanvaardbaarheid voor de Maatschappij van een te benoemen hoogleraar als opleider niet volkomen vaststaat, tevoren overleg te plegen teneinde pijnlijke situaties te voorkomen. Overwogen zou kunnen worden voor zulke gevallen een vaste commissie van pre-advies in het leven te roepen, bij voorbeeld bestaande uit de voorzitter en ondervoorzitter van de Specialisten-Registratie-Commissie en die van het Centraal College, waaraan telkens toegevoegd de voorzitter van de betreffende landelijke specialistenvereniging, teneinde te voorkomen, dat deze gevoelige materie voorwerp zou worden van te uitvoerige besprekingen in de plenaire vergaderingen. Het vraagstuk zal trouwens ook in dit College weer aan de orde komen, aangezien het Interfacultair overleg zich inzake de zoëven genoemde brief van de minister reeds tot het hoofdbestuur der Maatschappij heeft gewend.

Toetsing van de specialisten-in-opleiding

Spraken wij tot nog toe alleen over de opleiders, ook degenen die in opleiding zijn tot specialist verdienen een ogenblik onze aandacht. Tot nog toe is ons College voornamelijk bezig geweest met het formuleren van eisen, te stellen aan opleiders en opleidingsinstituten, van welke laatste soms kostbare voorzieningen worden verlangd om een opleiding, zoals men het noemt, te krijgen of te houden.

Aan de specialisten-in-opleiding zijn tot nu toe nauwelijks eisen gesteld. Alleen is het recht van de opleider erkend na een jaar — en dus niet in een later stadium oer opleiding — een assistent mede te delen hem, wegens ongeschiktheid, niet verder in opleiding te willen houden, waarbij de laatste echter bij de S.R.C. bezwaren tegen deze beslissing zou kunnen inbrengen, teneinde willekeur te voorkomen.

Voorts is de noodzaak gevoeld, dat de opleiders hun oordeel over de assistenten schriftelijk zouden vaststellen in een formulier, dat bestemd is voor de S.R.C. De van de zijde van dit orgaan gewenste uitvoerige informatie heeft de algemene invoering van een beoordelingsformulier tot nog toe in de weg gestaan. Een zekere behoefte aan een eenvoudige registratie der beoordelingen, dus aan een uit slechts enkele vragen bestaand formulier, blijft bestaan.

Daarnaast en daarachter blijft toch sluimerend aanwezig een vraag, die eerlang met nadruk om een antwoord zal aankloppen, de vraag, of aan de opgeleiden niet een toets zal moeten aangelegd ter beproefing van hun specialistische kennis. Tenslotte moest ook de leerling binnen het corporatieve gilde-verband aan het einde van zijn tijd een proeve van bekwaamheid en kennis afleggen. In verscheidene landen rondom ons is zulks reeds langere tijd het geval. Scandinavische landen zijn bezig voor de erkenning van de specialist een examen in te voeren. Te ingrijpend, en daarom wel niet voor verwezenlijking vatbaar, hoewel toch niet onaantrekkelijk, is de gedachte om dit examen voor het specialisten-licentiaat, gelijk eertijds, vóór 1795, in ons land voor de arts gold, aan het doctoraat te verbinden. Maar aan de eis van een objectieve toetsing van de kennis gedurende of aan het einde der opleiding zal op de lange duur niet te ontkomen zijn, wil men wezenlijke waarborgen scheppen en te grote verschillen in kennis en bekwaamheid bij de nieuw erkende specialisten vermijden. Het zou goed zijn indien wij de tekenen des tijds in dit opzicht zouden verstaan.

Deze gedachte leeft ook bij collega A. Querido, die een regeringsopdracht heeft voor een „onderzoek naar de wijze waarop de organisatie en de planning van het medisch wetenschappelijk onderwijs, mede in relatie tot de eisen van het beleid ten aanzien van volksgezondheid, kunnen worden verbeterd”. Dit schemert wellicht reeds door in zijn eerste Memorandum (I, maart 1970) aan de Regering, en het is opmerkelijk te zien, hoe het niet in de laatste plaats overwegingen zijn, ontleend aan een toekomstig volksgezondheidszorg-beleid, die hem brachten tot de overtuiging van de wenselijkheid van een examen. In een schrijven aan de leden van het Concilium van de Nederlandsche Internisten Vereeniging d.d. 24 november 1970 geeft Querido als zijn mening te kennen, „dat te verwachten toekomstige ontwikkelingen in het kader van de nieuwe wet op de ziekenhuisvoorzieningen een andere benadering evenzeer wenselijk maakt, namelijk een die niet gebonden is aan opleider(s), maar uitgaat van kennis (examen), en ervaring (verblijf in een ziekenhuis van bepaalde categorie), als componenten voor registratie”.

Diegenen, die zich mijn in 1967 ingediende en in 1968 in Medisch Contact gepubliceerde nota „Op de tweesprong” herinneren, waarin ik o.a. pleitte voor een objectieve toetsing ongeveer halverwege de opleiding tot internist, zullen mijn aangename verrassing kunnen verstaan, toen ik zag dat Querido

langs andere lijnen tot een overeenkomstige gedachte komt. Immers, een der conclusies waartoe hij komt in het zoëven genoemde schrijven luidt als volgt: „Teneinde een groot aanbod voor de opleiding tot internist beter te kanaliseren, zou hiertoe een tweetal fasen onderscheiden kunnen worden. Na 2 jaar algemene klinische vorming zou deze eerste fase kunnen worden afgesloten met een positief resultaat van een examen analoog aan het Engelse MRCP alvorens tot volledige opleiding toegang wordt verleend”.

Wat aldus door een verschillende wijze van benadering — een intrinsieke en een extrinsieke — voor de opleiding tot internist als desideratum is gesteld, kan wellicht niet zonder meer op andere specialismen worden toegepast, maar dient, indien men er enige waarde aan hecht, toch te worden beschouwd als een gedachte, welke der overweging waard is en waarvan de implicaties bij gebeurlijke verwezenlijking dienen te worden gezien. In elk geval kan zij ertoe bijdragen, dat ons College zich er scherper van bewust wordt een wetgevend lichaam te zijn op een in dynamische ontwikkeling zijnd gebied, waarbij de erkenning en registratie van medische specialisten de resultante dient te zijn van een bezinning, een overleg en een beleid, welke rusten op een onderkenning en afweging van alle, soms tegenstrijdige, factoren en belangen, die werkzaam zijn en geldig kunnen worden geacht in het aan spanningen zo rijke veld van de interactie tussen geneeskundige, ook specialistische, opleiding en werkzaamheid enerzijds, en de zorg voor de volksgezondheid anderzijds.

Het zevende studiejaar en opleiding tot specialist

Een vraagstuk, dat spoedig opnieuw onze aandacht zal vergen en dat min of meer rechtstreeks met de belangen van de zorg voor de volksgezondheid samenhangt, is dat van de mogelijkheid van een gedeeltelijke invoering van de opleiding tot specialist in het zevende studiejaar der opleiding tot arts volgens het nieuwe curriculum.

De te verwachten kwaliteit van de aan het einde van het zesde studiejaar af te leveren assistent-arts met erkende, doch beperkte bevoegdheid wordt verschillend beoordeeld. Enerzijds heerst er bij sommigen een zo groot optimisme, dat de kwaliteit van deze assistent-arts gelijk wordt gesteld, of zelfs beter wordt geacht dan die van de arts van het oude type aan het einde van het zevende studiejaar, zulks dank zij de invoering van nieuwere methoden van onderwijs en coördinatie binnen het studie-program, en ondanks de uitbreiding van het studieprogramma met sommige nieuwere vakken. Anderzijds wordt dit optimisme lang niet door allen gedeeld. Lopes Cardozo, die als „uitgangspunt voor de onderwijsvernieuwing in de geneeskunde” zag „de wens om binnen de huidige studieduur van 7 jaar meer gedifferentieerde artsen te vormen”, is van mening „dat het oude curriculum, al moge het dan hier of daar tekort geschoten zijn voor de opleiding tot huisarts,

in opzet logischer was en vooral voor de kliniek meer ruimte bood”.

Het streven om de opleiding tot huisarts te verbeteren en meer te richten op de behoeften der praktijk, viel samen met een tijd, waarin de opleiding tot arts aan steeds meer specialisten werd toevertrouwd. De erkenning van de eigensoortigheid van de praktisch-geneeskundige problematiek van de huisarts, althans van een deel ervan, heeft de behoefte doen gevoelen hiertoe een betere opleiding en oefeningsmogelijkheid — soms training genoemd — te verschaffen. Het streven om daarbij tot elke prijs een verlenging van de zevenjarige opleiding te voorkomen leidde tot de conceptie van het nieuwe type zevende studiejaar, waarvan pas bij de spoedig te verwachten geboorte zal zijn vast te stellen of er niet door de toediening van een of ander goed bedoeld, kalmerend middel aan de enigszins nerveuze moeder een vruchtbeschadiging heeft plaats gevonden. Mede op grond van ervaringen, reeds opgedaan bij de toetsing van de studie-resultaten van de eerste jaargroepen van het nieuwe curriculum, deel ik de twijfel van Cardozo, dat de nieuw gestroomlijnde medische studie aan het einde van het zevende jaar artsen zal afleveren, die beter geschikt zijn voor de praktijk van de huisarts dan vroeger het geval was; deel ik ook zijn overtuiging dat, wil men de specifieke opleiding tot huisarts wezenlijk een gestalte geven, die een afzonderlijke registratie rechtvaardigt, aan het nieuwe curriculum nog een jaar opleiding is toe te voegen, dat toch wel grotendeels in een kliniek zou dienen te worden doorgebracht. Hiermede zou men een regeling invoeren, zoals elders ook reeds van kracht is, en waarvan men inderdaad een type van beter toegeruste, speciaal opgeleide huisartsen kan verwachten.

Dit geldt nog te meer, indien de minister op zijn voorlopige beslissing omtrent het nieuwe curriculum zou terug komen, en de recente aanbeveling van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening zou volgen, om een zesjarige studie met een definitief artsexamen af te sluiten, waarna, hoewel onmiddellijk vestiging mogelijk zou zijn, een verdere opleiding tot en vorming als huisarts krachtig wordt aanbevolen voor hen, die de algemene praktijk in willen gaan. In dat geval komt de moeilijke problematiek van de eventuele integratie van het zevende studiejaar — de periode tussen het gedachte assistent-arts examen en het arts-examen — in de opleiding tot specialist te vervallen.

Erkenning en Registratie van huisarts-specialisten

In zulke gevallen zou men dan, desgewenst, van de huisarts-specialist kunnen spreken, al lijkt dit veel op een contradictio in adjecto. Wil men deze figuur invoeren en huisartselijke specialisten erkennen en registreren, dan zal de vraag naar voren komen, in hoeverre het Centraal College daarmee bemoeienis zal dienen te krijgen.

Bij de groep medische specialisten, welke erkenning en registratie ons College te regelen heeft, is

vrijwel uitsluitend gedacht aan geneeskundige specialisten, de individuele patiënten te behandelen krijgen. De sociale geneeskunde heeft men beschouwd als niet daaronder te vallen. Zo is in 1968, als voortzetting van de „Stichting tot opleiding in de sociale geneeskunde” in het leven geroepen een College voor Sociale Geneeskunde, dat ten aanzien van de sociale geneeskunde een vrijwel gelijke functie heeft als het Centraal College voor, laat ons zeggen, de klinische specialismen.

Daargelaten of deze ontwikkeling op een geheel juiste premisse rust, namelijk of de sociale geneeskunde terecht blijkbaar niet als een medisch specialisme is gezien, kan in elk geval niet hetzelfde gezegd worden van de huisarts-geneeskunde. Het is dan ook de vraag, of de erkenning en registratie van huisartsen, in de geest als wat voor de sociale geneeskunde is geschied, terecht aan een geheel afzonderlijk en onafhankelijk College zou dienen te worden toevertrouwd. Een zekere verbroekeling en desintegratie van het wetgevend beleid op medisch-specialistisch gebied zou hiervan een gevolg kunnen zijn. Beter ware wellicht te zijner tijd, als het zo ver zou komen, hiervoor een afzonderlijke afdeling van het Centraal College in te richten. Wanneer dan ook het College voor Sociale Geneeskunde als zodanig in het Centraal College zou worden geïncorporeerd, zou dit zijn centraal karakter nog beter kunnen waar maken en een overkoepelende functie uitoefenen over een drietal met grote zelfstandigheid werkende afdelingen of kamers.

Para-medische specialismen

Een drietal — of misschien wel meer. Ik denk een ogenblik aan de klinisch-chemici. Immers, het getal van laboratorium-artsen die de geneeskundige scheikunde nog exclusief specialistisch bedrijven, wordt steeds geringer en is tot drie geschrumpeld, terwijl het aantal en de betekenis van de in de natuurfilosofische faculteit opgeleide en in ziekenhuizen werkzame klinisch-chemici steeds toeneemt.

Een „Vereniging van klinisch chemici” is opgericht en heeft een registratie-commissie ingesteld. Een vertegenwoordiger onzer Maatschappij zal daarin, op uitnodiging, zitting nemen. Hiermede is in elk geval, méér dan alleen symbolisch, een hand uitgestoken naar de organisatie van hen, die als hun lastgevers en in de ziekenhuizen in zekere zin als hun gastheren optreden. Het lijkt niet onwaarschijnlijk, dat in de toekomst klinisch-chemici in de medische faculteiten zitting zullen krijgen, waarmede weer nieuwe mogelijkheden tot aanrakingspunten met het veld van de bemoeienis van het Centraal College kunnen worden geschapen.

In dit verband kan nog gewezen worden op de medische wetenschappelijke werkers op het gebied van de geneeskundige basisvakken: anatomie, fysiologie en farmacologie. Het is bekend, dat de instituten voor deze vakken veelszins met gebrek aan staf-betrekking hebben te kampen en dat de oudere, meer ervaren leden naar een zekere erkenning als

specialist toewerken. Een Vereniging van Medisch-wetenschappelijke Onderzoekers — afgekort V.M.W.O. — is daartoe opgericht. Ook al neemt deze vereniging niet uitsluitend medici aan, het lijkt niet onmogelijk, dat te eniger tijd de Maatschappij en het Centraal College ook hun gedachten zullen moeten laten gaan over haar streven — te meer, omdat sommige van haar leden, zij het incidenteel, ook voor klinisch-wetenschappelijk onderzoek diensten verlenen: — ik denk bijvoorbeeld aan chromosomen- en elektronen-microscopisch onderzoek.

Internationaal perspectief

Al deze vraagstukken en ontwikkelingen dient het Centraal College ook te bezien tegen de internationale achtergrond, waarop binnen de grenzen der Europese Economische Gemeenschap, de E.E.G., krachtig wordt gestreefd naar de verwezenlijking van de voorgenomen „vrije circulatie” van medische specialisten. De realisatie dezer zeer concrete plannen is moeilijker en meer tijdvergend gebleken dan aanvankelijk was voorzien. Werd in het begin der zestiger jaren 1 januari 1967 als datum van voltooiing der zogenaamde harmonisatie en inwerkingtreding van ontworpen regelingen in uitzicht gesteld, later werd deze datum naar 1 januari 1970 verschoven en thans mogen wij tevreden zijn als de uitvoering van het plan, waarvan de bespreking thans op ministerieel niveau geschiedt, op de eerste dag van het volgend jaar mogelijk zal zijn.

Het is zonder meer duidelijk, dat het heenzien over de landsgrenzen naar wat elders op het gebied van de opleiding en erkenning van medische specialisten geschiedt, onze blik alleen maar kan verruimen. Misschien zou het College goed doen het vele tijdrovende, inzicht en beleid vragende werk op dit gebied niet uitsluitend over te laten aan één figuur, al was het alleen om bij het voorkomen van altoos mogelijke en in het afgelopen jaar werkelijkheid geworden ontstentenis te beschikken over een vervanger, die althans enigermate thuis is in de zo verwikkelde problematiek en organisatie in internationaal verband.

Nascholing van medische specialisten

Kennisneming van wat in andere landen op het gebied van de opleiding van specialisten geschiedt, zal onze gedachten ook, meer dan tot nu toe, moeten leiden in de richting van hun na- of bijscholing. De wenselijkheid en noodzakelijkheid daarvan niet alleen voor huisartsen, maar ook voor specialisten wordt vrij algemeen erkend — getuige de verschillende vormen, waarin hieraan wordt gewerkt. Sommige specialisten-verenigingen zoals die der Internisten trachten hier bevorderend te werken en door middel van enquêtes te weten te komen in welke mate hun leden de daartoe geschapen mogelijkheden ook werkelijk aangrijpen. Ook de faculteiten gevoelen in deze hun verantwoordelijkheid. Op pediatrisch gebied gaf Van Creveld reeds tientallen jaren

geleden een opmerkelijk voorbeeld. De Leidse Boerhaave-cursussen verrichten in dit opzicht een voortreffelijk, boven lof verheven werk.

In Groningen organiseerde Mandema enige malen een cursus van een week ter nascholing van internisten, die bijzonder is gewaardeerd. Durrer heeft met zijn cursussen op cardiologisch gebied te kampen met een te grote belangstelling. Te Utrecht worden de nascholingscursussen, door De Langen geruime tijd geleden geïnaugureerd, geregeld voortgezet. In het oosten des lands werkt de Dr. G. J. van Hoytema Stichting sinds korte tijd eveneens in die richting. De industrie draagt het hare bij door het organiseren van symposia over specialistische themata.

Twee grote problemen zijn, als ik goed zie, op het ogenblik in principe aan de orde gekomen. Allereerst het inventariseren, bundelen en coördineren van nascholingsactiviteiten en het scheppen van betere mogelijkheden daarvoor en dan voor alle artsen: huisartsen, specialisten en sociaal-geneeskundigen. De gedachte aan een Interuniversitair Instituut voor voortgezet wetenschappelijk geneeskundig onderwijs is begrijpelijkerwijze naar voren gekomen. Wil men dit instituut bestemmen niet alleen voor de nascholing van specialisten, maar ook voor bijscholing van huisartsen, dan zal men moeten denken aan het Engelse voorbeeld van een ziekenhuis van een orde van grootte van een academisch ziekenhuis, en aan docenten met een professorale status. Immers, dat de faculteiten deze zeer omvangrijke taak met hun huidig bestand van bedden, personeel en ruimte, en het reeds veel te grote aantal studenten, er nog bij zouden kunnen vervullen, kan men zich nauwelijks voorstellen.

Daarbij zal men — en dit is het tweede grote probleem — er niet aan ontkomen onder de ogen te zien: een verplicht stellen van zulk een bijscholing ook voor de medische specialisten. Gelijk bekend, is dit in Rusland reeds lang het geval en moeten de specialisten in dat grote rijk na een zeker aantal jaren opnieuw een stage in een kliniek lopen. Het is met name dit vraagstuk, dat ons College regardeert en dat eerlang zal moeten worden besproken. Het College zal, dunkt mij, goed doen niet passief de ontwikkelingen af te wachten, maar, in een vooruitziend beleid, het begin van een bezinning op dit vraagstuk niet te lang uit te stellen.

Wanneer men dit gehele spectrum van vraagstukken overziet komt men onder de indruk van de ongemene zwaarte en uitgebreidheid van de opdracht, die ons is gegeven en van het werk, dat ons wacht.

Medische informatiekaart

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

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

Het zal een grote krachtsinspanning vergen in dit opzicht niet beneden redelijkerwijze te koesteren verwachtingen te blijven. Er zal moeten worden gestreefd naar een verbetering der werkwijze, die een grotere besluitvaardigheid mogelijk maakt bij een behoud van een kwalitatief verantwoorde bezinning. Daarbij kan men zich afvragen, of juist voor het beleid op langere termijn het voorzitterschap niet beter zou kunnen alterneren om een langer tijdsbestek dan thans reglementair is vastgesteld. Hoe dan ook — het blijft onze gemeenschappelijke taak op het gehele complex van vragen, dat op een antwoord wacht, een zo goed en zo ruim mogelijk zicht te verwerven, dat tevens een dieper inzicht en een verderreikend doorzicht mogelijk maakt.

Aangehaalde literatuur

- E. Lopes Cardozo. Kanttekeningen bij het nieuwe medische curriculum. Bijlage bij: *Het overdragen van de fakkel*. Inaugurale oratie Vrije Universiteit, Amsterdam. 24 April 1970.
- G. A. Lindeboom. Op de Tweesprong. *Medisch Contact* (23), 11-17, 1 januari 1968.
- A. Querido. *Verkenning der Problematiek*. Memorandum 1. Planning en organisatie van het medisch wetenschappelijk onderwijs in samenhang met het volksgezondheidsbeleid. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage, 1970.

Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (XII)

Door Mevr. Mr. E. Veder-Smit
lid Tweede Kamer, V.V.D.-fractie

Het ontwikkelen van een visie op een structuur van de Nederlandse gezondheidszorg die een optimaal functioneren mogelijk maakt, is geen eenvoudige zaak. De structuur van onze huidige gezondheidszorg is bijzonder ingewikkeld en kan niet in een handomdraai worden omgezet in een nieuwe. Van het ontwerpen van een fraaie „blauwdruk” zal ik daarom afzien, maar wel zal ik enkele voorstellen doen ter verbetering van de bestaande structuur. Vooraf wil ik daarbij stellen, dat weliswaar een organisatiepatroon heel belangrijk is, doch dat waarschijnlijk nog veel belangrijker is de mentaliteit van de mensen die in deze organisaties werken: hun bereidheid tot samenwerken, de veelzijdigheid van hun belangstelling en hun capaciteit tot luisteren en waarnemen.

Huidige structuur

De bestaande structuur van de gezondheidszorg in ons land is mede daarom zo ingewikkeld, omdat zij is gegroeid op grond van een drietal verschillende principes, namelijk: de scheiding tussen levensbeschouwelijk en niet-levensbeschouwelijk bepaalde zorgverlening; de splitsing in somatische en geestelijke gezondheidszorg, welke gebieden beide weer zijn onderverdeeld in algemene en „categorale” zorg; en de scheiding tussen intra- en extramurale gezondheidszorg. Eerst in de laatste jaren is daarbij het principe van de regionale samenwerking naar voren gekomen.

De situatie wordt voorts nog gecompliceerd, doordat het begrip „gezondheid” in de loop der jaren is verijd tot een begrip dat men „optimaal lichamenlijk en geestelijk functioneren” zou kunnen noemen, of zelfs „welzijn”. In politieke termen vertaald betekent dit, dat naast het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid ook de departementen van C.R.M. en Justitie zich met het menselijk welzijn bezighouden, bijvoorbeeld in de maatschappelijke dienstverlening, de bejaarden- en gehandicaptenzorg, de jeugdzorg en de reclassering. In dit artikel wil ik me echter zoveel mogelijk beperken tot de gezondheidszorg in engere zin.

Welke eisen?

De eisen die men aan een doelmatige organisatie mag stellen, zijn de volgende:

1. zij moet efficiënt zijn, dat wil zeggen: de beste diensten tegen de laagste kostprijs bieden;
2. zij moet uit voor het publiek duidelijk herkenbare

delen bestaan en aan de patiënt keuzemogelijkheid en inspraak bieden;

3. zij moet aan hen die erin werken een maximale ontplooiing bieden.

Het is duidelijk dat niet aan al deze eisen in dezelfde mate kan worden voldaan, aangezien sommige met elkaar in strijd zijn, zodat een keuze moet worden gedaan.

De huisarts

Van oudsher heeft de patiënt op zijn weg naar herstel van zijn gezondheid de huisarts ontmoet. De huisarts is in de Nederlandse samenleving een vertrouwde figuur, die hoog staat aangeschreven en die wordt geacht dag en nacht voor zijn patiënten klaar te staan. De figuur van de huisarts voldoet in ruime mate aan de voorwaarden van vertrouwdeheid en herkenbaarheid, de keuze van de huisarts is — behoudens in de kleinere plaatsen — vrij en het beroep geeft een ruime ontplooiingsmogelijkheid aan hen die er aan werken.

De uitoefening van het beroep is echter in de loop der jaren steeds zwaarder geworden, en langzamerhand dreigt er, vooral in de grote steden, een ware uittocht te ontstaan. De huisarts draagt immers alle lasten van een kleine ondernemer, een last die mede drukt op zijn gezin en vooral op zijn echtgenote; daartegenover staan niet de voordelen van een adequate honorering en een redelijke pensioenvoorziening. Bovendien geniet hij, evenals alle andere managers en leidinggevende figuren, geen enkele vorm van arbeidsbescherming. De taakuitoefening van de huisarts is ook daarom verzwaaard, omdat het ziektepatroon der patiënten verschuift in de richting van de veel tijd en aandacht vergende psychische stoornissen, en omdat zich (in verband daarmee) om de praktijk van de huisarts heen een veelheid van instellingen heeft gegroepeerd, die elk op hun eigen terrein hulp bieden, doch waarmee de communicatie nog slechts zeer beperkt op gang gekomen is 1).

Willen wij daarom in de eerste linie van de gezondheidszorg een betere organisatie scheppen, dan zullen we zowel de opleiding als de positie van de huisarts moeten verbeteren. Spoed dient daarom te worden betracht bij het doorvoeren van de specifieke opleiding tot huisarts. Van deze opleiding mag een beter inzicht in de psychische en maatschappelijke problemen der patiënten worden verwacht. Tevens kan in deze opleiding aandacht worden gegeven aan gesprekstechniek en aan de sa-

menwerkingsvormen die er in de gezondheidszorg zijn gegroeid. Daarnaast is haast geboden bij de oplossing van het pensioenvraagstuk: het is bijzonder onbevredigend, dat het wetsontwerp ter regeling van de beroepspensioenfondsen nog steeds niet in de Tweede Kamer kon worden behandeld, doordat het rapport van de commissie-Van Soest nog niet is verschenen. Ten aanzien van de honorering moet ik opmerken, dat hier aspecten van het prijsbeleid en het fiscaal beleid van de overheid meespelen, die ongetwijfeld van essentieel belang zijn, doch evenzeer voor de beoefenaars van andere vrije beroepen gelden. Het pensioenvraagstuk voor de huisartsen heeft echter een speciaal karakter, omdat hieromtrent toezeggingen zijn gedaan door het interim-kabinet-Zijlstra, welke om inlossing vragen.

Van bovengenoemde maatregelen mag een grote aantrekkelijkheid van het beroep van huisarts worden verwacht, en dus ook een toeneming van het aantal huisartsen. Ook de vorming van groepspraktijken en andere samenwerkingsvormen tussen huisartsen kan tot betere praktijkuitoefening en aanvaardbaarder werkomstandigheden bijdragen. De aanhangige experimenten moeten daarom met kracht en voortvarendheid worden voortgezet en afgerond.

Wanneer nu een ruim voldoende aantal modern opgeleide huisartsen aanwezig zou zijn, zodat de praktijkomvang kleiner kan zijn, en meer aandacht aan elke patiënt en zijn achtergronden kan worden besteed, zijn de problemen van de eerste linie dan opgelost? Met deze vraag naderen wij de tweede linie, waaronder ik zou willen verstaan de dienstverlening van de maatschappelijke en de geestelijke gezondheidszorg door de zogenaamde extra murale instellingen.

De extra murale voorzieningen

Hierbij komt een reeks vraagstukken naar voren, waarover al jaren wordt geschreven en gesproken, zonder dat veel resultaten zijn geboekt. De verregaande opsplitsing van onze gezondheidszorg in allerlei gespecialiseerde instellingen heeft ertoe geleid, dat de huisarts voor verdere hulp aan zijn patiënt (voorzover deze niet voor ziekenhuisopname in aanmerking komt) is aangewezen op twee soorten hulpverlening:

1. de maatschappelijke gezondheidszorg, bestaande uit de kruisverenigingen en een aantal „categorale” instanties, zoals de bureaus voor geslachtsziekten, astmazorg, t.b.c. en reumabestrijding etc.;
2. de geestelijke gezondheidszorg, bestaande uit jeugdpsychiatrische diensten, M.O.B.'s, sociaal-psychiatrische diensten, bureaus voor alcoholisme en verslavingsziekten, bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden enz.

Een aantal van deze instellingen geeft curatieve zorg, andere beoefenen ook de preventie, sommige houden zich eveneens bezig met opleiding en zoge-

naamde „consultation”. Het is zonder meer duidelijk, dat een reorganisatie op dit gebied dringend noodzakelijk is. De organisatie voldoet niet aan de eis van duidelijkheid en herkenbaarheid, door de versnippering werkt zij niet efficiënt genoeg en van de schaarse mankracht wordt veel tijd gevraagd voor verwijzing, vergaderingen in overkoepelende instellingen enzovoort. Tot dusver zijn in de discussies twee methoden aangegeven om tot een betere organisatie te komen.

Eenzelfde financieringspatroon, de A.W.B.Z.?

Deze oplossing is voorgesteld door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid²⁾. De motivering voor dit standpunt acht ik echter niet sterk. De Raad wil de positie van de extramurale zorg ten opzichte van de intramurale zorg versterken door de beide vormen van zorg eenzelfde financiering te geven. Men kan echter heel goed een organisatiepatroon verbeteren, zonder het financieringssysteem daarbij te betrekken. Veel juister zou het zijn, om de extramurale voorzieningen een hechte, wettelijke basis te geven en in de desbetreffende wetgeving de organisatiestructuur in grote lijnen vast te leggen. De aangekondigde Wet gezondheidsvoorzieningen lijkt me daarvoor de aangewezen plaats. Deze methode zou naar mijn mening het grote voordeel bieden, dat publieke discussie over de ontworpen structuur mogelijk wordt en dat alle betrokken organisaties plus de werkenden daarin zich erover kunnen uitspreken. Bovendien kan in de wet worden vastgelegd, op welke wijze de provincies en de gemeenten bij de organisatie en de financiering worden ingeschakeld, en welke bijdragen van de patiënten respectievelijk cliënten worden verwacht³⁾.

Financiering door middel van de A.W.B.Z. betekent, dat de besluitvorming zich voornamelijk zal afspelen binnen de Ziekenfondsradaad. Dit acht ik best een nadeel. De Ziekenfondsradaad is samengesteld uit vijf blokken, de groepen der ziekenfondsen, de medewerkers, de werkgevers en werknemers, en de Kroonleden. De leden van deze raad zijn geroepen om elk vanuit hun eigen achtergrond de uitvoering van de Ziekenfondswet en de A.W.B.Z. te begeleiden, maar niet om de structuur van de geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg te beoordelen. De beraadslagingen van de Ziekenfondsradaad zijn niet openbaar en ook zijn adviezen worden lang niet altijd gepubliceerd.

Het meest principiële bezwaar tegen financiering uit de A.W.B.Z. is uiteraard dat de preventieve, coördinerende en voorlichtende werkzaamheden der instellingen niet als bestrijding van een bijzonder ziekterisico kunnen worden aangemerkt. De A.W.B.Z. zou daarom dienen te worden gewijzigd. Wetswijziging zou het parlement gelegenheid geven een uitspraak over de principiële kant van de zaak te doen, hetgeen de voorkeur verdient boven het geleidelijk en „geruisloos” omvormen van de A.W.B.Z. tot een algemene volksverzekering voor vrijwel alle soorten ziekterisico's.

Samenwerking in regionaal verband

Als tweede oplossing voor de organisatorische problemen bepleit men vaak de regionalisatie. Hieronder wordt dan verstaan de samenwerking tussen functioneel verschillende instellingen op hetzelfde lokale of regionale vlak. Ik zie daarin veel betere perspectieven. De regionale samenwerking kan geschieden op het niveau van de wijk (in het wijkcentrum), op regionaal niveau (in een R.I.G.), of in gewestelijk of provinciaal verband. Zij zou dan liefst de extramurale en de intramurale zorg moeten omvatten. Bij een dergelijke regionalisatie laat men van de vier organisatieprincipes er twee prevaleren, namelijk het functionele en het regionale. Het levensbeschouwelijke element zal met de nodige goede wil in de regionale samenwerkingsvorm kunnen worden ingepast, terwijl het verschil in subsidiesysteem op de achtergrond dient te blijven.

Op welke wijze zouden nu de organisatie van de maatschappelijke gezondheidszorg en van de geestelijke gezondheidszorg het best in regionaal verband kunnen worden samengebracht? Of anders gezegd: hoe moeten de regio's eruit zien? Ik geloof, dat het antwoord op deze vraag ligt op het terrein van de derde linie in de gezondheidszorg, het ziekenhuis- en inrichtingswezen.

Regio's rond de ziekenhuizen

Het groeperen van de regio's met de ziekenhuizen als centrum kan naar mijn mening grote voordelen bieden. De ziekenhuizen zijn reeds nu medische centra, waar de meeste specialisten hun werk hebben en waar een aanzienlijke hoeveelheid poliklinische voorzieningen aanwezig is. In verschillende ziekenhuizen zijn al revalidatiediensten, trombose-diensten, bestralingscentra, dialysecentra enz. gevestigd. De ziekenhuizen bevinden zich als regel in middelgrote plaatsen of steden, waar de bevolking gewend is naar toe te gaan voor allerlei voorzieningen van bovengemeentelijke aard. Het moet zeer wel mogelijk zijn rond de bestaande ziekenhuizen of groepen van ziekenhuizen regio's te vormen, waarin zich een sluitend systeem van gezondheidsvoorzieningen kan ontwikkelen. Een schetsplan van een 25-tal regio's voor heel Nederland is reeds ontworpen door Drs. J. Morshuis voor de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisseconomen⁴⁾. Op grond van de gegevens van het Nationaal Ziekenhuisinstituut, neergelegd in een kaart met gegevens van 1 januari 1970, zou men tot een aantal subregio's kunnen komen. Ook de gewestvorming in sommige landsdelen kan de regiovorming beïnvloeden.

Het is denkbaar, dat men binnen deze regio's komt tot samenvoeging van de consultatiebureaus der verschillende kruisverenigingen en dat de werkterreinen van de instellingen voor de geestelijke gezondheidszorg ook op deze regio's worden afgestemd. Hier ligt nog een geweldige hoeveelheid werk te wachten. De kruisverenigingen zullen tot schaalvergroting moeten overgaan. Waar wijkgebouwen

bestaan, kunnen deze in groter verband worden ingepast, waarbij de besturen in beheerscommissies kunnen worden omgezet teneinde via deze besturen de contacten met de leden te bewaren en de kanalen voor voorlichting en inspraak open te houden. Bezien zal ook moeten worden of de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters in hun huidige vorm moeten worden gehandhaafd. De vraag is voorts, of het geen aanbeveling verdient de verschillende centra voor t.b.c.-bestrijding om te vormen tot centra voor longziekten, waar wellicht zelfs aan opsporing van bepaalde hartziekten kan worden gewerkt. De kruisverenigingen zouden in de wijken en op lokaal en regionaal niveau tot veel nauwere samenwerking kunnen overgaan, zoals al herhaaldelijk is geschied. Een interessante proefneming vindt plaats in de Bollenstreek, waar 14 afdelingen van de drie kruisverenigingen een samenwerkingsverband ten behoeve van 89.000 inwoners hebben gevormd.

Op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg zullen de regio's veel groter moeten zijn en misschien meermalen de omvang van een halve of hele provincie moeten aannemen. Hier zullen niet altijd de psychiatrische inrichtingen als centrum kunnen dienen, omdat zij soms zeer excentrisch zijn gelegen of omdat hun nog gesloten karakter dan wel de personeelsbezetting dit niet toelaat. In deze gevallen zullen de sociaal-psychiatrische diensten wellicht een centrum-functie kunnen vervullen, zo mogelijk in combinatie met jeugdpsychiatrische diensten, M.O.B.'s en bureaus voor levens- en gezinsvragen. Het zou een gunstige ontwikkeling zijn, als binnen een dergelijk centrum de grenzen tussen deze vier instellingen konden vervagen en een aantal taken gemeenschappelijk kon worden verricht. Verschillende provincies, zoals Groningen, Friesland, Noord- en Zuid-Holland en Limburg kennen reeds bundelingen op dit gebied. Bij een veel nauwere samenwerking tussen de intramurale en de extramurale instellingen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, zal aandacht kunnen worden besteed aan de oprichting van tussenvormen, tussen volledige opnemings van de patiënt en volledig ambulante behandeling. Daarmede wordt het mogelijk de gemiddelde verblijfsduur in de psychiatrische inrichtingen veel verder te beperken.

Op het gehele terrein van de regio zullen de intramurale en de extramurale instellingen nader tot elkaar komen en zullen de medewerkers doelmatiger en nauwer kunnen samenwerken. Bovendien wordt voor huisarts en patiënt het organisatiepatroon veel doorzichtiger.

Voorwaarden

Het is van belang dat de hierboven bepleite reorganisatie zoveel mogelijk op basis van vrijwilligheid en vanuit de regio zelf geschiedt. De regio's moeten ook geen knellende verbanden worden, waarbuiten zich niemand mag begeven. Binnen de regio's moet voor de patiënt of cliënt een keuze-

mogelijkheid blijven bestaan, een keuzemogelijkheid waarin ook de levensbeschouwelijke verschillen tot gelding kunnen komen. Aan de functionele samenwerking mogen en moeten echter de hoogste eisen worden gesteld. Het hoofddoel moet zijn, dat de „schalen” van de verschillende instellingen zoveel mogelijk op elkaar worden afgestemd, zodat binnen een regio in principe alle soorten voorzieningen aanwezig zijn.

Op welke wijze kan nu de vorming der regio's en subregio's worden bevorderd?

In de eerste plaats kan de vorming van regio's en subregio's worden bevorderd door inschakeling van de verenigingen en instellingen zelf en hun overkoepelingen. Ik denk hierbij aan de Nationale Ziekenhuisraad, de Nationale Raad voor de Geestelijke Volksgezondheid of het nieuw te vormen Nationaal Samenwerkingsorgaan, het Ambulante Samenwerkingsorgaan en tenslotte de Stichting Samenwerkende Kruisverenigingen. Ik waag de veronderstelling, dat de adviezen van deze instellingen sneller en concreter zullen zijn dan die van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.

In de tweede plaats kan dit geschieden door het publiceren van statistisch materiaal, zoals de bovengenoemde ziekenhuiskaart, en andere gegevens waaruit blijkt in welke plaatsen de gezondheidsvoorzieningen zijn geconcentreerd. De kruisverenigingen beschikken in dit verband ongetwijfeld over waardevol materiaal.

In de derde plaats zullen de provinciale plannen en het landelijk plan voor de Wet ziekenhuisvoorzieningen indicaties kunnen leveren voor de vorming der regio's.

Tenslotte acht ik een zeer belangrijk middel om de regiovorming te bevorderen de beschikbaarstelling van subsidies voor regionale organen. Men kan de schaalvergroting aanmoedigen door de grotere organen meer te subsidiëren en de subsidies voor de lagere organen te beperken. Een en ander moet natuurlijk gebeuren in nauw overleg met de hoofdbesturen der betrokken instellingen.

Wanneer de rijksoverheid door bovengenoemde middelen de gegevens verschaft voor de regiovorming en de regionale samenwerking aantrekkelijk

maakt, dan geloof ik dat zij op de medewerking van de betrokkenen zal kunnen rekenen, mits zij hen in het beleid betreft. De provinciale besturen zullen daarbij belangrijke diensten kunnen verlenen, indien zij althans bereid zijn de provinciale grenzen in ruime mate te overschrijden.

Conclusie

In het bovenstaande zijn grote terreinen van de gezondheidszorg onbesproken gelaten, zoals de samenwerking tussen huisarts en specialist, tussen specialist en ziekenhuis en tussen ziekenhuizen onderling, alsmede de positie der academische ziekenhuizen. Ik heb getracht, binnen de gegeven plaatsruimte de hoofdbeginselen te schetsen, waaraan de structuur van onze gezondheidszorg moet worden getoetst en meen dat deze beginselen voor het hele gebied gelden. Ik wil eindigen met de wens, dat de belangstelling van de regering zich sterker dan tot dusver zal gaan richten op de extramurale gezondheidszorg, en dat de dringend noodzakelijke reorganisatie op dit terrein niet blijft een zaak van woorden maar wordt een zaak van daden.

*
**

1. Een uitstekende schets van de ontwikkeling van de huisartsenpraktijk gaf Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis in zijn rede voor de Federatie V.M.Z. op 1 december 1970.

2. Interim-advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid d.d. 18 december 1970.

3. Voor de provincie Utrecht heeft de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in 1967 een subsidiesysteem ontworpen, waarbij aan de provincie de zorg voor de provinciale verenigingen toevalt met steun van het rijk voor een bepaalde personeelsformatie, terwijl de gemeente subsidieert in de kosten van huisvesting, mede gerelateerd aan de ledentallen en contributieopbrengsten der plaatselijke verenigingen, eveneens met rijkssubsidie in de personeelslasten. Een evaluatie van het uiteindelijk gekozen systeem zou interessant zijn.

4. Het Ziekenhuiswezen, mei 1970.

Het drugbeleid van staatssecretaris Kruisinga

Over het beleid van staatssecretaris Kruisinga met betrekking tot drugs en de gronden, welke voor dat beleid worden aangevoerd bestaan bij het Eerste Kamerlid Prof. Querido (P.v.d.A.) ernstige twijfels, zo heeft deze verklaard in de vergadering der Eerste Kamer bij de behandeling van de begroting 1971 van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Blijkens de Handelingen der Kamer betoogde Prof. Querido na het bestaan aan zijn kant van die twijfels te hebben uitgesproken, het volgende:

„In het uitvoerig antwoord dat de staatssecretaris tezamen met minister Klompé op de vragen van de heer Kleisterlee heeft gegeven (zie M.C. no. 7/1971 blz. 183 - red. M.C.) brengt hij zwaar geschut in stelling; het zijn echter kanonnen van oude datum. Hij verwijst in dit antwoord naar basisbegrippen, die in ieder leerboek op het terrein van de farmacologie, toxicologie en medicamenteuze therapie zijn terug te vinden en naar de vele literatuurgegevens omtrent de werking en de schadelijkheid van de desbetreffende middelen, maar zo eenvoudig is het vraagstuk toch heus niet. Men kan de schadelijkheid van tabak toch ook niet argumenteren door erop te wijzen, dat nicotine in enkele milligrammen reeds dodelijk kan zijn.

Bovendien verliest zijn verwijzing iedere waarde, wanneer hij even later verklaart dat „in feite de schadelijkheid van alle genoemde stoffen met inbegrip van de hennepprodukten bepaald wordt door de psychische en lichamelijke gesteldheid van de gebruiker enerzijds en anderzijds door dosering en gebruiksfrequentie”. En daar gaat het nu juist om. Wanneer men enerzijds stelt dat de persoon van de gebruiker bepalend is voor de schadelijkheid van de gebruikte middelen, dan is het toch volkomen onlogisch om a) alle middelen en b) alle gebruikers over één kam te willen scheren. En dat is toch het beleid, waarnaar de staatssecretaris tendeeft. Hij verzet zich tegen het maken van onderscheid tussen hard en soft drugs en hij acht zich al zeer vooruitstrevend als hij zegt, dat de gebruikers geen misdadigers maar patiënten zijn. Al dadelijk moet hier de vraag volgen: zijn dan alle gebruikers patiënten? Als steun voor zijn opvattingen voert hij in het bedoelde antwoord rapporten aan: de uitspraken van de Permanent Narcotics Board van de W.G.O., van verschillende Amerikaanse wetenschappelijke lichamen, en het actieprogramma van de Duitse Bondsregering tegen het gebruik van verdovende middelen. Hiertegenover kan men stellen dat -- voor zover zij de zaak zwart-wit voorstellen en dus een absolute veroordeling uitspreken (zoals b.v. de Amerikaanse rapporten en dat van de W.G.O.) -- dit gebeurt op farmacologische en toxicologische gronden die dus

in wezen op laboratoriumproeven zijn gebaseerd en niet op psycho-sociale waarnemingen. En voor zover zij minder absoluut en meer genuanceerd zijn, zoals het Duitse, leggen zij er de nadruk op dat in het bijzonder labiele personen gevaar lopen.

Als men het vraagstuk zo beziet, springt de analogie met het alcoholvraagstuk duidelijk naar voren. De alcoholbestrijding heeft steeds van dezelfde soort argumenten gebruik gemaakt. In het laboratoriumexperiment kan men de schadelijke werking van de alcohol op individu en nageslacht zonder moeite demonstreren. Met de werkelijkheid heeft dit echter heel weinig te maken. De individualiteit van de gebruiker wordt hierbij genegeerd. Ook een spreuk die jarenlang door de geheelonthouders werd gebruikt: Qui a bu boira — drinken leidt tot verslaving — is alleen waar voor gestoorde persoonlijkheden, een klein percentage van de alcoholgebruikers.

Toxicologisch is alcohol een zwaar celvergift, dat ook voor de mens dodelijk kan zijn, maar het is in ons cultuurpatroon opgenomen. Wij hebben in het algemeen gesproken geleerd, het te hanteren, zonder gevaar voor de gebruiker of voor anderen. Wie dat niet blijkt te kunnen, wordt als patiënt beschouwd, voor zover zijn misbruik gevaar oplevert voor zich zelf, en als een misdadiger — of een zieke misdadiger — als hij gevaar oplevert voor de gemeenschap. Primair is de gesteldheid van de gebruiker, secundair de werking van de gebruikte stof.

Afgezien van de weerstand, welke een nieuw element in het cultuurpatroon oproept en welke weerstand niet genegeerd kan worden maar in zijn betekenis moet worden onderkend, worden, met het voorbeeld van de alcohol voor ogen, de wetenschappelijke argumenten omtrent het gevaar van hennepgebruik dubieus. Als gevolg van reeds gering gebruik worden genoemd: passiviteit, afnemen van de produktiviteit, belemmering van de ontwikkeling van de persoonlijkheid. Dit zijn op zich zelf verschijnselen, die ook zonder gebruik van middelen in de ontwikkeling van de adolescent frequent worden gezien; men zal dus eerst moeten aantonen, dat oorzaak en gevolg hier niet omgekeerd zijn. Het is minstens zo waarschijnlijk, zo niet waarschijnlijker, dat niet het druggebruik primair is en daarop de bedoelde verschijnselen volgen, maar dat, omgekeerd, onder invloed van stoornissen in de ontwikkeling van de adolescent en de daarbij behorende gevoelens van onlust en frustratie bij bepaalde personen naar de drugs wordt gegrepen.

Nu kan men dit alles toegeven, maar toch volhouden, dat wij nu eenmaal opgescheept zitten met het alcoholgebruik — en laten wij de tabak hierbij vooral niet vergeten — en dat er dus alle reden is,

een ander dubieus gedragspatroon te weren. Maar dan mag ik de staatssecretaris herinneren aan een sociaal experiment op reusachtige schaal, dat heeft aangetoond tot welke desastreuze gevolgen de methode der onderdrukking kan leiden. Ik bedoel natuurlijk de prohibitie van alcohol in Amerika in de twintiger jaren van deze eeuw, het „nobelexperiment“, zoals het destijds genoemd werd. De kwalijke gevolgen van deze edele proefneming, in de vorm van vervalsing van het produkt, corruptie, misdaad en tenslotte een sociale desintegratie, zijn vele malen groter geweest dan het alcoholgebruik als zodanig.

Met al deze onzekerheden voor ogen moet toch de uiterste voorzichtigheid worden betracht, als men het beleid wil zoeken in de richting van onderdrukking.

Ik spreek hier nu niet over justitieel beleid, maar ook de staatssecretaris schijnt de gedachte niet vreemd, het druggebruik door onderdrukking te bestrijden. Uit het antwoord aan de heer Van den Bergh blijkt, dat zijn uiting omtrent het mogelijk tegengaan van propaganda voor verdovende middelen geen slip of the tongue was, en daarom is het nodig hierop nog eens nadrukkelijk de aandacht te vestigen. Wij raken langzamerhand van de zedenwetten van 1911 af; het zou hoogst betreurenswaardig zijn, als wij hiervoor andere, misschien nog schadelijkere terugkregen. In het bedoelde antwoord geeft de staatssecretaris, op verzoek van de heer Van den Bergh, een toelichting op de antwoorden, gegeven op vragen van de heren Dolman en Vonhoff waarin hij zegt dat hij een verbod tot het maken van propaganda niet in strijd acht met artikel 7 van de Grondwet. Hij beoogt nl. geenszins een verbodsbepaling, welke preventieve censuur of enige andere bepaling van preventieve aard zou inhouden, doch wel een eventuele strafbaarstelling van propaganda voor het gebruik van verdovende middelen.

Ik zou aan de staatssecretaris willen vragen of hij inderdaad een dergelijke strafbepaling, die ongetwijfeld in een beperking van de vrije meningsuiting zal resulteren, een doelmatig middel acht om het gebruik van drugs te bestrijden. Let wel: van verdovende middelen in het algemeen, waaronder een aantal zijn, waarvan de werking, en zeker ook de schadelijke werking, geenszins vaststaat. Het maken van propaganda gaat natuurlijk veel verder dan aanprijzen. Is het schrijven van een wetenschappelijk artikel waarin de gevaren van hennepgebruik betwijfeld worden of niet bewezen geacht, propaganda? Is het betoog, dat ik hier houd, propaganda? Is het ook maar enigszins te verantwoorden, een dergelijke, diepingrijpende en sterk paternalistische maatregel — die, het zij nogmaals gezegd, veel verder gaat dan het strafbaar stellen van aanprijzing — ook maar te overwegen, als de reclame en verkoop van alcohol en tabak geheel vrij wordt gelaten? Zou de staatssecretaris misschien willen mededelen, hoe het kabinet tegenover het idee van een strafbepaling ten aanzien van propaganda voor verdovende middelen staat?

Ik wil niet zeggen dat de kanonnen van de staatssecretaris alleen op mussen schieten: maar de vogelzwerm die hij wil verdrijven omvat vele mussen, of — op zijn best of op zijn slechtst, al naar men het bekijkt — een aantal niet gedetermineerde vogels waarvan de schadelijkheid onbekend is.”

*
**

Uitvoerig is staatssecretaris Dr. Kruisinga op dit deel van het betoog van Prof. Querido ingegaan. Aan hetgeen hij dienaangaande betoogde ontleen wij uit de Handelingen het volgende:

„Er is enige toelichting gevraagd inzake het beleid op het gebied van de verdovende middelen, met name of de onderscheiden activiteiten een onderdeel vormen van een duidelijk beleidsplan. Ik wil deze vraag nadrukkelijk bevestigend beantwoorden. Ik wil enkele punten daaruit noemen.

1°. De noodzaak, gespecialiseerde klinieken tot stand te brengen voor de behandeling van patiënten, lijdende aan verslaving van verdovende middelen. Door het ministerie wordt bevorderd, dat in steden, waar er behoefte aan bestaat, gespecialiseerde klinieken voor druggebruikers en verslaafden zullen worden uitgebreid of tot stand gebracht. Dit geschiedt op het ogenblik.

2°. De bureaus voor hulpverlening. Het gaat om uitbreiding van de mogelijkheid, druggebruikers poliklinisch ambulante te behandelen. Wij achten dit noodzakelijk en het geschiedt op het ogenblik ook. Het wordt onzerzijds zoveel mogelijk gestimuleerd.

3°. Overleg met Justitie is mijnerzijds toegezegd voor een zo rationeel en effectief mogelijk vervolgingsbeleid. Dit beleid komt natuurlijk primair voor de verantwoordelijkheid van de minister en in dit geval van de staatssecretaris van Justitie. Onzerzijds zijn aan de minister van Justitie enkele opmerkingen over een eventueel vervolgingsbeleid vanuit een oogpunt van volksgezondheid gezien gemaakt.

4°. De noodzaak bestaat, nog verder wetenschappelijk onderzoek te bevorderen. Zoals ik in mijn antwoord op de schriftelijke vragen van de heer Kleisterlee heb gesteld zal er mijnerzijds naar worden gestreefd, een onderzoekprogramma te doen uitvoeren, dat zowel de chemische als de biochemische, de farmacologische, de klinische, de psychologische en de sociologische aspecten van het druggebruik zal omvatten. Regelmatig worden op dit ogenblik opdrachten in dit kader gegeven.

5°. Wat het internationale onderzoek betreft, is in de begroting van de regio Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie voor het jaar 1970 een post opgenomen, die het mogelijk maakt een meerjarenonderzoek uit te voeren op het gebied van het misbruik van psychotrope drugs. Tezamen met de Zweedse delegatie is met name mijnerzijds ook persoonlijk dit programmapunt voorgesteld en sterk

bepleit, met name vanuit het gezichtspunt dat het zeer essentieel is, wat de achtergronden van het druggebruik zijn. Willen wij wezenlijk het gebruik van verdovende middelen bestrijden, dan zullen wij onze kennis ter zake van de achtergronden, die leiden tot het gebruik van verdovende middelen, moeten verdiepen. Dat moet een hoofdpunt van beleid zijn.

6°. Wat de voorlichting betreft, wordt in overleg met deskundige adviesinstanties onzerzijds nagegaan, op welke wijze de voorlichting over verdovende middelen en druggebruik verder kan worden verbeterd. Hiertoe worden onzerzijds activiteiten ontplooid en worden andere positieve activiteiten zoveel mogelijk ondersteund.

7°. Het lag in het voornemen ter bestrijding van het misbruik van wekaminen een wettelijke voorziening in het kader van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening aan het parlement voor te stellen. Dat is inmiddels gebeurd. De memorie van antwoord is inmiddels bij de Tweede Kamer ingediend en ik hoop dat dit een wetsontwerp zal zijn, dat ook nog in deze kabinetsperiode zowel de Tweede Kamer als de Eerste Kamer der Staten-Generaal zal kunnen passeren. Het is, dunkt mij, een essentieel onderdeel van de totaliteit van het beleid.

8°. Ter verbetering van de vigerende wettelijke bepalingen van de Opiumwet is een aanvullende regeling in voorbereiding, waardoor het toezicht op de verstrekking en toediening van verdovende middelen door artsen nog verder zal worden verbeterd.

9°. Op iets langere termijn is een algehele herziening van de wetgeving nodig, mede afhankelijk van de resultaten van de onlangs in Wenen gehouden conferentie, die zich niet — zoals wel eens het misverstand is geweest — heeft gericht op verdovende middelen in de klassieke zin van het woord — het ging daar niet over henneproducten, niet over marihuana, niet over hasjij, niet over opium, maar over psychotrope stoffen — maar waarvan de conclusies toch een essentieel element voor onze wetgeving zullen moeten zijn. Een herziening van de bestaande wettelijke regeling voor verdovende middelen, enerzijds naar de kant van de Opiumwet, anderzijds naar de kant van de Geneesmiddelenwet en het uitlichten van de gevaarlijke middelen, zodat voor de totaliteit van die groep een gezamenlijke wetgeving tot stand kan komen voor die stoffen, die ernstige schade aan de hersenfunctie van de individu en ernstige schade aan de gemeenschap kunnen toebrengen. Het tot stand brengen van een dergelijke wetgeving acht ik gewenst. De voorbereiding van een dergelijke wetgeving is dan ook aangevangen.

Ten aanzien van het onderzoekprogramma ben ik graag bereid toe te zeggen, dat ik de Kamer hierover nog nader schriftelijke informatie zal verschaffen. Dat onderzoekprogramma heeft zowel betrekking op biochemisch-farmacologisch onderzoek als op klinische projecten, algemeen maatschappelijke onderzoeksprojecten, zoals naar de sociale epidemio-

logie, behandeling en begeleiding van druggebruikers en de meest geëigende vorm van voorschriften.

De geachte afgevaardigde de heer Querido heeft nog enigszins genuanceerd gesproken over de risico's, verbonden aan het gebruik van henneproducten. Hij heeft deze vergeleken met die van alcoholgebruik. Iedere vergelijking gaat mank, ook deze. Ik zal er niet al te diep op ingaan. Hoe men het ook keert of wendt, er heerst op zijn minst allerm minst zekerheid over de onschadelijkheid van hennep. Integendeel, er zijn aanwijzingen die tot grote voorzichtigheid moeten manen. Tetrahydrocannabinol, een bestanddeel van hennep, is een stof met hallucinogene werking, gelijkend in zijn uitwerking op L.S.D. Toen vier jaar geleden L.S.D. onder de werking van de Opiumwet werd gebracht, troffen ons dezelfde verwijten als nu ten aanzien van hennep. Ook toen waren er deskundigen — psychiaters en sociologen — die ons ten aanzien van L.S.D. een heksenjacht verweten. Nu horen wij die geluiden over de L.S.D. niet meer, en wordt deze stof ook door die mensen veelal gerangschikt onder de gevaarlijke middelen. Er mag over hennep op dit ogenblik minder bekend zijn dan over alcohol, ik zou toch nog een ogenblik willen citeren uit de beantwoording van de vragen van de heer Kleisterlee door mejuffrouw Klompé en mij, volgens welke beantwoording de Nationale raad voor wetenschappelijk onderzoek van de Nationale academie van wetenschappen van de Verenigde Staten en de Raad voor de geestelijke volksgezondheid en de Commissie verslaving van de American Medical Association in een gezamenlijke verklaring het volgende stellen:

„Sommige van de bestanddelen van de natuurlijke harsen die worden verkregen van de hennepplant zijn krachtige psycho-actieve middelen; van daar dat de harsen dat zelf kunnen zijn.

Bij honden en apen hebben zij met een hoeveelheid van minder dan 10 mg/kg een volledige anesthesie geproduceerd met een duur van verscheidene dagen. Ofschoon de reacties op de dosis voor de mens niet zijn gedefinieerd in zo grote nauwkeurigheid, zijn de ordes van sterkte op gewichtsbasis (milligram) groter dan die van menig ander krachtig psycho-actief middel als de barbituraten. Ze zijn zeer belangrijk groter dan die voor alcohol.”

De heer Querido (P.v.d.A.): Met het extract van een sigaar kan men een hond doodmaken. Hiermee wil ik maar zeggen: wat heeft een dergelijk argument voor waarde?

Staatssecretaris Kruisinga: Ik zou dit onderdeel van mijn betoog even willen afmaken, mijnheer de voorzitter. Van hetgeen mijnerzijds is gesteld bij de beantwoording van de vragen van de heer Kleisterlee, heeft de geachte afgevaardigde de heer Querido de verklaring van de Duitse bondsregering het meest genuanceerd genoemd. Ik wil er daarom graag iets uit citeren. De Duitse bondsregering heeft in haar verklaring letterlijk het volgende onder

meer gesteld: Medische research heeft aanwijzingen opgeleverd van door hasjish veroorzaakte lichamelijke en ook erfelijke schade. Nog gisteravond kon men in „Het Vaderland” een uitspraak aantreffen van de voorzitter van de American Medical Association, waarin henneproducten in hun vruchtbeschadigende werking werden vergeleken met softenon.

De geachte afgevaardigde de heer Querido zal bij een dergelijke onzekere situatie van mij niet mogen verwachten, dat ik mij aansluit bij degenen die de onschadelijkheid van henneproducten prediken. Dit in het bijzonder niet, omdat de potentiële gebruikers en slachtoffers voornamelijk jeugdigen zullen zijn in de leeftijd van 12 tot 18 jaar; een groep die zich nog nauwelijks zelfstandig een oordeel kan vormen over de gevaren van het gebruik.

Ik neem in elk geval met genoegen akte van het feit, dat deze verklaring ook door de geachte afgevaardigde een genuanceerde standpuntbepaling terzake moet worden geacht te zijn! Natuurlijk — en dat heb ik in de aanvang van mijn betoog ook gezegd — moet men de gehele problematiek van de verdovende middelen primair beoordelen vanuit de achtergronden van het ontstaan van dit gebruik. Daarover mag zelfs niet een begin van misverstand bestaan. Dat is mijn uitgangspunt en dat is het primaire probleem. Maar er mag dunkt mij óók niet worden verzwegen wat in gezaghebbende rapporten en gezaghebbende standpuntbepalingen ter zake van de schadelijkheid is gesteld! Er is niet zoveel onbekend als men wel eens suggereert.

De geachte afgevaardigde de heer Querido heeft nog de vraag gesteld, of strafbaarstelling van propaganda voor het gebruik van henneproducten wel doelmatig is. Hij stelde in dat verband tevens de vraag, of bijvoorbeeld een wetenschappelijk artikel en zijn betoog moesten worden gekwalificeerd als propaganda. Ik wil hierop het volgende antwoorden. In de eerste plaats heb ik in mijn beantwoording van de vragen gesteld door het lid van de Tweede Kamer de heer Vonhoff op 8 oktober 1970 duidelijk naar voren gebracht, dat in Frankrijk slechts die publiciteit voor strafbaarstelling in aanmerking komt welke met zoveel woorden voor het gebruik van verdovende middelen aanhang tracht te kweken. Nadrukkelijk heb ik daarbij tevens gesteld, dat ik een maatregel die tot strekking zou hebben, de meningsvorming door middel van de publiciteitsmedia te beletten, in strijd zou achten met de geest van artikel 7 van de Grondwet. Een wetenschappelijk artikel of het betoog van de geachte afgevaardigde zou bepaaldelijk niet kunnen worden bestempeld als het maken van propaganda voor het gebruik of voor het kweken van aanhang daarvoor. In de tweede plaats wil ik opmerken, dat ik in mijn antwoord op de vragen gesteld door het lid van de Tweede Kamer de heer Dolman van 9 oktober 1970 heb medegedeeld, dat ik niet voornemens ben de totstandkoming van een dergelijke strafbepaling te bevorderen, omdat de hoge waarde van de vrijheid van meningsuiting onder alle omstandigheden zwaar moet wegen. De

vraag van de geachte afgevaardigde over de doelmatigheid van de strafbepaling en het standpunt van het kabinet acht ik hiermee beantwoord”.

In tweede termijn heeft Prof. Querido o.m. nog het volgende gezegd:

„Mijnheer de voorzitter! Het zou onhoffelijk zijn om na de zeer nauwkeurige wijze van beantwoorden van de staatssecretaris te zwijgen. Ik heb nu de keus tussen een zeer lange en zeer korte reactie. Waarschijnlijk tot grote opluchting van het hier aanwezige gezelschap, kan ik mededelen dat mijn keuze op de zeer korte reactie is gevallen. Hiermede wil ik niet zeggen, dat de verschillende problemen die wij hebben besproken zijn opgelost. Elke keer weer betreft het mij, dat de controverse tussen de staatssecretaris en mij zich in een zeer bepaalde richting beweegt. Gewoonlijk zijn wij het over het doel wel eens. Het betreft dikwijls een verschil van tactiek. Indertijd heb ik gesproken over een verschil in tempo; later heb ik gemeend dit te moeten aanduiden als een verschil in temperament. Aan het laatste doet men natuurlijk niets. Doordat de zaken meestal niet zwart-wit zijn, kunnen zeer interessante discussies ontstaan. De tijd noch de plaats is daarvoor op het ogenblik echter geschikt.

Wel gevoel ik beslist een verschil in de benadering van het drugprobleem. Wanneer de staatssecretaris zegt: U verwacht toch niet dat ik mij gezien de onzekerheid zal aansluiten bij hen die bij voorbeeld de hennep onschuldig noemen, dan antwoord ik: Neen, natuurlijk verwacht ik dat niet. Maar juist op grond van die onzekerheid verwacht ik ook niet, dat hij zich aansluit bij de uitingen van een aantal wetenschappelijke lichamen, die met hun uitspraken in het verleden toch ook zo vaak hebben getoond hoe betrekkelijk hun waarde is.

Voorts merkte de staatssecretaris op, dat grote terughoudendheid uiteraard geboden is. Daarin ben ik het weer geheel met hem eens. Ik wijs er wel op, hoe gevoelig deze zaak is en hoe snel en verwarrend de reacties worden wanneer deze terughoudendheid niet voortdurend blijkt. De staatssecretaris zal mij naar ik hoop toegeven, dat daaraan in het recente verleden twijfel heeft bestaan. Ik ben het geheel met hem eens dat de bestudering van de achtergronden in dezen primair is. Daarom kan ik mij ook geheel verenigen met het idee, dat het voornaamste deel van het programma is een intensief onderzoek.

Mijnheer de voorzitter! Ik wil het bij deze enkele woorden laten. Ik meen, dat de staatssecretaris en ik elkaar voldoende begrijpen om het hem mogelijk te maken, in te zien in welke zin ik deze woorden heb gezegd.”

Zijnerzijds op deze woorden ingaande zei de staatssecretaris Dr. Kruisinga nog het volgende:

„Mijnheer de voorzitter! Prof. Querido en ik zijn het kennelijk over een aantal zeer belangrijke zaken

volstrekt eens, ook op het gebied van de verdoven- de middelen, met name ook over de te stellen be- leidsdoeleinden en beleidsuitgangspunten. Gelukkig zullen wij in de toekomst — in ieder geval buiten de Kamer — gelegenheid hebben over een aantal pun- ten, waaraan ik ook behoefte heb, uitvoerig met el- kaar te discussiëren. Het geldt zonder twijfel ook voor de ernstige problematiek van de verdovende middelen, waarbij wij het over de beleidsdoeleinden en uitgangspunten eens zijn. Ook van zijn zijde hoor ik, dat grote terughoudendheid met betrekking tot het hennepgebruik moet worden betracht. Hij kan met mij ervan verzekerd zijn, dat ook ik overtuigd ben van het feit, dat dit een uitermate gevoelige ma- terie is. Om die reden is juist ook de voorlichting bijzonder moeilijk. Men zit daar voortdurend op het scherp van de snede.

De geachte afgevaardigde de heer Copray heeft de aandacht gevestigd op de betekenis van de ge-

zondheidsvoorlichting en -opvoeding. In het kader van hetgeen ik zoëven tot Prof. Querido heb gezegd meen ik dat dit een problematiek is, die in de ko- mende jaren van toenemende betekenis zal zijn. Daarbij zal zeker de gezondheidsvoorlichting en -op- voeding met name op de scholen moeten gebeuren. Bij de jongere leeftijdsklasse zal vooral de gezond- heidsvoorlichting en -opvoeding moeten plaatsvin- den. Wij wachten op het ogenblik met een zeker on- geduld op de resultaten van de werkgroep, die staatssecretaris Grosheide en ik hebben ingesteld om ons te adviseren over de gezondheidsvoorlich- ting en -opvoeding. Het lijkt mij geenszins ondenk- baar, dat in de toekomst de gezondheidsvoorlich- ting en -opvoeding in haar totaliteit met alle pro- blemen, die eraan zijn verbonden een vast lesuur op de scholen zal zijn. De overdracht vanuit het ge- zin en van de onderwijzer aan het jonge kind ter zake van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is daarbij een belangrijke zaak”.

Wetgeving en de mogelijkheid tot effectuering daarvan

Met betrekking tot wetgeving en de mogelijkheid tot het geven van uitvoering daaraan is tijdens de behandeling van de begroting 1971 van Sociale Za- ken en Volksgezondheid in de Eerste Kamer van ge- dachten gewisseld tussen het Kamerlid Prof. Querido en staatssecretaris Dr. Kruisinga. Uit die gedachtenwisseling, zoals weergegeven in de Han- delingen der Kamer, laten wij hier enkele passages volgen:

Prof. Querido: „Een bezwaar bij het overzien van de wetgevende arbeid van de staatssecretaris is dat hij naar mijn gevoel neigt tot het verwaarlozen van de logistiek. Hiermede bedoel ik het bepalen van de materiële en personele consequenties, nodig voor de uitvoering van zijn plan, zoals dat in de wet is neergelegd. Herhaaldelijk is het voorgekomen dat voortreffelijke wetten door de Staten-Generaal wor- den aangenomen, maar dat het bij de uitvoering hokt omdat het noodzakelijke apparaat ontbreekt.

Bij de A.W.B.Z. knelt het bij de erkenning van de inrichtingen, waardoor reeds jarenlang ernstige on- rechtvaardigheden blijven bestaan; de Wet op de medische hulpmiddelen, ruim een jaar geleden aan- genomen, heeft geen apparaat om de hulpmiddelen te keuren. Ten aanzien van de nieuwe ontwerpwet geestelijk gestoorden mag ik nog niets zeggen, maar reeds na de gedeeltelijke herziening van augustus 1970 blijkt een tekort aan deskundigen om de wet uit te voeren.

Ook de ontwerp-Wet Ziekenhuisvoorzieningen is nog niet aangenomen, maar het stadium van de be- handeling is reeds zover voortgeschreden dat men zich met beduchtheid af moet vragen, hoe groot het

apparaat zal moeten zijn, dat deze wet zal moeten verwezenlijken, en waar al die mensen vandaan zul- len moeten komen.

Zoals de planning met de logistiek begint, ligt de evaluatie aan het eind. De staatssecretaris heeft menigmaal getoond het belang van evaluatie in te zien. Hieromtrent is hem geen enkel verwijt te ma- ken. Maar evalueren van medische activiteiten biedt bijzondere moeilijkheden, die geenszins zijn opge- lost en misschien ook niet voldoende omschreven zijn.

Ik wil hier bij het scheiden van de markt nog een poging toe doen. Ik ga ervan uit dat medische eva- luatie duidelijk onderscheiden moet worden van economische evaluatie. Met een zekere beduchtheid zie ik de rol van de econoom op dit gebied gaan overheersen; ik heb daarom grote belangstelling voor de resultaten van het onderzoek ten aanzien van het ontwikkelen van economische analyse-me- thoden ter bevordering van de efficiency in zieken- huizen, dat door de staatssecretaris is opgedragen aan het Instituut voor Economisch Onderzoek van de Rijksuniversiteit te Groningen. Laat ik voorop- stellen dat ik de econoom geenszins zie als een soort bezuinigingsexpert, maar als de man wiens vak het is procedures en optimale resultaten met el- kaar in evenwicht te brengen.

Deze formule kan ook voor iedere gezondheids- activiteit worden gebruikt, maar hier struikelen wij over het begrip „optimaal”. De doelstellingen van een bedrijf zijn namelijk essentieel anders dan die van een instelling voor gezondheidszorg. Om dit na- der te adstrueren heb ik indertijd onderscheid ge- maakt tussen doelmatigheid en rendement, begrip-

pen, die men samen efficiency zou kunnen noemen.

Doelmatigheid is precies wat het woord zegt: de mate waarin het gestelde doel bereikt wordt. Rendement is de verhouding tussen de aangewende inspanning (in personeel, materieel, geld, enz.) en de bereikte doelmatigheid; de verhouding tussen input en output. Zowel in het bedrijf als in de gezondheidszorg moet getracht worden de doelmatigheid zo hoog mogelijk op te voeren; het gestelde doel moet zo dicht mogelijk benaderd worden. Echter, in tegenstelling tot een bedrijf is het rendement van een gezondheidsactiviteit niet objectief meetbaar."

Staatssecretaris Dr. Kruisinga: „De heer Querido heeft mij gevraagd, of ik bij de wetgeving wel voldoende rekening hield met personele en materiële consequenties van de tot stand gebrachte wetgeving. Hij gebruikte daarvoor de mooie term „logistiek“. Nu wil ik vooropstellen, dat wij ons natuurlijk dit element steeds terdege moeten realiseren. Hieraan wil ik toevoegen, dat men mijns inziens de consequenties van de tot stand gebrachte wetgeving niet te snel als een barrière moet zien. Dan zou, dunkt mij, bijvoorbeeld de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zeker niet in een zo vroeg stadium en misschien wel helemaal nooit tot stand zijn gekomen. Dan hadden wij ook niet de vruchten kunnen plukken, die deze wet nu reeds in zo ruime mate afwerpt. Immers, juist de totstandkoming van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten heeft in bijzondere mate stimulerend gewerkt met betrekking tot het tot stand brengen van voorzieningen in de sector van de gezondheidszorg, die dringend noodzakelijk waren en waarvan wij ruim drie jaar na de totstandkoming van deze wet ook kunnen constateren, dat zij in zéér versnelde mate tot stand zijn

gebracht. Bij het tot stand brengen van die voorzieningen komt men natuurlijk bepaalde moeilijkheden tegen. Het is logisch, dat, wanneer in een bepaalde situatie een regeling tot stand moet worden gebracht, daarmede ook een zekere regulering tot stand moet komen. Er zijn, zoals wij kunnen constateren, ongeveer 700 inrichtingen met 150.000 bedden in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten erkend. De nieuwe inrichtingen weten nu, waarmee zij rekening moeten houden. Zo vormt, zoals gezegd, de wet zelf een factor, die een grote positieve betekenis had voor het tot stand brengen van zeer noodzakelijke voorzieningen, met name in de sector van de verpleegtehuizen en zeker ook van verpleegtehuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden.

Ook een wet-ziekenhuisvoorzieningen en een wet gezondheidsvoorzieningen komen niet tot stand, als men de ogen alleen gevestigd houdt op al datgene, wat nog moet worden overwonnen. In de eerste tijd zal altijd moeten worden geïmproviseerd. Daarvoor moet men ook de bereidheid willen opbrengen. Ik vind dit niet erg. Wanneer de zaak maar op gang komt. Vaak is het ook niet mogelijk op een andere wijze dan op een improviserende op dergelijke grote gebieden, waar een nieuwe richting moet worden ingeslagen, in het begin te werk te gaan. De zaak komt nu goed op gang. Allerlei onderzoeken worden verricht. Een goede planning wordt nu ook voorbereid. Samenwerking in het kader van de wet ziekenhuisvoorzieningen wordt eveneens nagestreefd. Een doelmatige wetgeving, die de stoot geeft in een positieve richting, is mijns inziens een van de beste vormen van het bedrijven van logistiek."

„Het is de hoogste tijd beslissingen te nemen ten aanzien van medische beroepsopleiding“

Bij de behandeling van de begroting 1971 van Sociale Zaken en Volksgezondheid in de Eerste Kamer (zitting van 2 maart i.l.) heeft het Kamerlid Querido (P.v.d.A.) o.m. de huisartsenopleiding ter sprake gebracht. Blijkens de thans verschenen Handelingen der Kamer betoogde Prof. Querido dienaangaande het volgende:

„Toen enige jaren geleden het inzicht, dat de huisarts zijn studie diende af te ronden met een bijzondere, op zijn toekomstige taak gerichte, opleiding algemene instemming verwierf stonden verschillende alternatieven open ten aanzien van de te volgen weg om dit doel te bereiken. Sommige van deze alternatieven wilden de speciale na-opleiding verplicht stellen, waardoor wetswijziging nodig zou zijn.

Hoewel aanvankelijk die vorm het meest aantrekkelijk scheen, waarbij men na zes jaar studie de status zou krijgen van assistent-arts met beperkte bevoegdheid, zoals onder meer een vestigingsverbod, en zich dan, na een verdere verplichte opleiding, huisarts zou mogen noemen met volledige bevoegdheid, stuitte dit in de praktijk op grote bezwaren, omdat de beperkte bevoegdheid van de assistent-arts heel moeilijk te omschrijven zou zijn.

Bovendien was een gewichtig argument tegen dit plan, dat voor andere specialismen — op deze wijze werd de huisarts immers specialist — geen wettelijke verplichting tot het volgen van een bepaalde opleiding bestaat.

Ook ten aanzien van de E.E.G. leek deze regeling niet goed uitvoerbaar; in een aantal E.E.G.-landen

bestaat maar één definitief examen dat recht geeft op een volledige praktijkuitoefening, en de uit die E.E.G.-landen afkomstige artsen zouden dus ook in Nederland van dit recht gebruik mogen maken en zonder een speciale na-opleiding de huisartsenpraktijk mogen uitoefenen, ten detrimente van de Nederlandse huisartsen.

Misschien minder elegant, maar in jarenlange praktijk aanvaard en bovendien gesteund door de Tuchtwet, is de regeling, die voor de specialisten sinds vele jaren in het algemeen geldt, namelijk dat de specialistische opleiding vrijwillig is in zoverre, dat deze niet wettelijk is voorgeschreven, maar dat niet-opgeleiden geen contract met een ziekenfonds kunnen sluiten, behoudens nog de mogelijkheden van een vervolging krachtens de Tuchtwet.

Gezien de juist opgesomde bezwaren ten aanzien van de constructie van het verkrijgen van de bevoegdheid van huisarts in twee fasen, wordt thans aan deze zelfde procedure als voor de specialisten voor de huisartsenopleiding de voorkeur gegeven, zoals ook uit het interimrapport van de Staatscommissie medische beroepsopleiding, dat de staatssecretaris is toegezonden, blijkt.

De beslissing is thans aan de bewindslieden van Onderwijs en Wetenschappen en van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Het is de hoogste tijd, deze beslissing te nemen. De verschillende faculteiten hebben de gehele medische opleiding herzien en deze tot een 6-jarige gereduceerd. Het is onnodig te zeggen, dat dit van het grootste belang is voor de opleidingscapaciteit in verband met het aantal studenten, dat zich aanmeldt en niet minder ten aanzien van het aantal artsen, dat wordt afgeleverd. Daarom is deze zaak ook ter sprake gekomen bij de behandeling van de begroting van Onderwijs en Wetenschappen in deze Kamer op 10 februari jl. Minister Veringa heeft toen op een vraag van mijn politieke vriend Steenbergen geantwoord, „dat aan de uitvoering van het advies van de commissie-De Vreeze in het kader van de E.E.G. grote moeilijkheden zijn verbonden. De huidige regeling kan dus niet zo spoedig worden vervangen als de geachte afgevaardigde zich wel voorstelt”.

Ik moet zeggen, dat ik dit antwoord niet begrijp, en ik wil de staatssecretaris vragen, of hij deze uitspraak van zijn collega deelt en, zo ja, op welke gronden. Het is duidelijk, dat als men na 6-jarige opleiding arts wordt met beperkte bevoegdheid en verplichte na-opleiding dit moeilijkheden met de E.E.G. kan geven; dit is juist één van de redenen geweest, dat men de vrijwillige na-opleiding gekozen heeft, maar hoe kan dan deze regeling in het kader van de E.E.G. bezwaren geven? De buitenlandse arts wordt dan, voor zover ik het kan zien, toch op geen enkele manier gediscrimineerd ten aanzien van de Nederlandse? Voor de specialisten wordt toch in het algemeen een na-opleiding vereist?

In het midden van dit jaar, d.w.z. nog vóór de grote vakantie, zullen de eerste studenten in Utrecht volgens het nieuwe curriculum hun 6-jarige basisopleiding hebben voltooid en in het begin van het vol-

gende jaar volgt de eerste Rotterdamse groep. Vóór die tijd, dus binnen enkele maanden, zullen de bewindslieden hun beslissing genomen moeten hebben omtrent de verdere opleiding van de huisarts. Anders zou immers een volkomen onmogelijke toestand ontstaan; de studenten zouden een examen afleggen, waarvan de betekenis in de lucht hangt, evenzeer als de bevoegdheden, die met het afleggen van dit examen verbonden zijn. Gaarne zal ik over dit punt nadere inlichtingen van de staatssecretaris vernemen.

Staatssecretaris Kruisinga heeft hierop bij de beantwoording van de sprekers het volgende gezegd:

„De geachte afgevaardigde heer Querido heeft gewezen op de opleiding van de huisarts. Dit behoort primair tot het terrein van minister van Onderwijs en Wetenschappen. Zoals men weet is de herziening van deze opleiding tijdens deze kabinetsperiode tot stand gekomen. Daarin zijn de verschillende faculteiten in een verschillend stadium begonnen. Utrecht is daarin vooropgelopen. Het is nu bij de verschillende faculteiten in een verschillend stadium van ontwikkeling. Hoogstwaarschijnlijk zal de eerste assistent-arts (nieuwe stijl) in Utrecht in september 1971 afstuderen. Van de zijde van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid is het plan voor een specifieke huisartsenopleiding steeds ondersteund. Kort geleden heeft een bespreking plaatsgevonden tussen de minister van Onderwijs en Wetenschappen en enkele groeperingen van de zijde der faculteiten en van die der huisartsen met betrekking tot de nascholing. Een nader gesprek omtrent de scholing van de huisarts tussen de minister van Onderwijs en Wetenschappen en de betrokken organisaties is nog voorgenomen, terwijl in de Tweede Kamer bij de begrotingsbehandeling door mij is toegezegd, de bestaande plannen met de minister van Onderwijs en Wetenschappen te zullen bespreken. Het onderwerp komt bovendien op korte termijn weer in de Staten-Generaal aan de orde; in de Tweede Kamer is er op 11 maart a.s. een gecombineerde vergadering van de vaste commissies voor Onderwijs en Wetenschappen en voor Sociale Zaken en Volksgezondheid en ongetwijfeld zal dit punt daar ook weer ter sprake komen.

Het huisartsenbestand

Bij de behandeling van de begroting 1971 voor Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft de heer Copray (K.V.P.) gevraagd naar de initiatieven, die kunnen worden verwacht om in de overbruggingsperiode tot het moment, waarop experimentele groepspraktijken, wijkgezondheidscentra enz. in ruime mate van de grond zullen komen en in grote getale medische studenten zullen studeren, te voor-

zien in het tekort aan huisartsen, dat zich bijzonder in de grote steden doet gevoelen.

De staatssecretaris Dr. Kruisinga heeft daarop geantwoord dat, naar het hem voorkomt, het probleem van het huisartsenbestand in de grote steden op verschillende manieren worden benaderd. Allereerst moet bij de jonge huisarts belangstelling worden gewekt voor de stadspraktijken. Verder moet — afgezien van de stichting van groepspraktijken en gezondheidscentra — ook getracht worden de efficiency in de eenmanspraktijk te verbeteren door tijdstudies, taakanalyses en het afstoten van deeltaken, zoals onder andere uit het onderzoek van Weiss in Amsterdam naar voren is gekomen. Gezien de ontwikkeling in de richting van een toenemende vergrijzing in de grote stadscentra kan de taak van de huisarts daar mede worden verlicht door specifieke preventie en voorlichting met betrekking tot de bejaarden, alsmede door het tot stand brengen van een gesloten circuit van voorzieningen, waartoe onder meer behoren de verpleging en verzorging in eigen woningen door bejaardenverzorgsters en ziekenverzorgsters in de wijk. Een oplossing zou verder kunnen worden gezocht in het verwezenlijken van faciliteiten, waarbij onder meer te denken is aan specifiek personeel, hulppersoneel, ziekenvervoer naar het spreekuur en parkeermogelijkheden. Ik heb al eerder in de Tweede Kamer toegezegd, aldus de staatssecretaris, in overleg met de beroepsorganisatie, de Landelijke Huisartsen Vereniging na te gaan, op welke wijze verder het klimaat voor de artsen in de grote stad kan worden verbeterd. Dit overleg is op het ogenblik aangevangen. In dit kader zullen nadere voorstellen worden overwogen. Zoals misschien bekend is, is er in het kader van de Ziekenfondsraad een commissie-groepspraktijken en gezondheidscentra ingesteld, die een hoge kwaliteit heeft en wordt voorgezeten door Prof. Muntendam. Wij verwachten van deze commissie belangrijk advies ter zake.

Stijgende kosten gezondheidszorg

en het nationaal inkomen

Uit de Handelingen der Eerste Kamer terzake van de behandeling van de begroting 1971 voor Sociale Zaken en Volksgezondheid citeren wij uit het betoog van staatssecretaris Dr. R. J. H. Kruisinga het volgende:

„Wat betreft de relatie tussen de stijgende kosten van gezondheidszorg en het nationaal inkomen verwijs ik naar een artikel dat naar mijn mening te weinig aandacht heeft gekregen maar dat de zaak heel nauwkeurig, ook kwantitief, heeft bekeken. Ik doel op een artikel van Drs. P. Brandes in „Medisch Contact” van juni 1969. Het artikel heet „De stijgende bestedingen der persoonlijke gezondheidszorg in verband met de groei van de reële welvaart”. De heer Brandes gaat daarin na wat een stijging van de ziekenfondspremie tot niet minder dan 15 procent in het jaar 2000 voor de welvaart van dat jaar zal betekenen, gerelateerd aan de welvaarts-groei. Volgens een berekening van Prof. Van de Beld, directeur van het Centraal Planbureau, zou de reële welvaart tot het jaar 2000 met 2,5 procent per jaar stijgen. Dat zou tot dat jaar meer dan een verdubbeling van het inkomen betekenen. Een stijging van het werknemersdeel der ziekenfondspremie tot 7,5 procent en een verdubbeling ten opzichte van 1968 zouden van de in het jaar 2000 verkregen reële welvaartsvermeerdering dan nog 92,5 procent overlaten voor andere consumptieve bestedingen. De stijgingstrend die de heer Brandes heeft aangenomen is uiteraard niet zeer gering. Ik voeg eraan toe dat nu al een toeneming van consumptieve bestedingen in andere sectoren is waar te nemen — ik noem cosmetica, gedistilleerd, bier, wijn, buitenlands toerisme — die relatief zeer bepaald groter is dan in de sector van de gezondheidszorg.”

Nieuw bestuur Vereniging van Geneeskundigen op Curaçao, Bonaire en de Bovenwindse eilanden

Tijdens de laatste algemene ledenvergadering van de Vereniging van Geneeskundigen op Curaçao, Bonaire en de Bovenwindse Eilanden, gehouden te Curaçao op 21 januari 1971, werd een nieuw bestuur gekozen, bestaande uit de volgende leden:

Dr. A. E. C. Saleh, internist, voorzitter;

S. Leon, M.D., gynaecoloog-obstetricus, vice-voorzitter;

L. C. F. G. Senden, bedrijfsarts, secretaris;

H. S. Durgam, gouvernementsarts, penningmeester;

Dr. A. E. Hart, kinderarts, commissaris.

ADVERTENTIES

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

Uitgeversmaatschappij Kruid n.v.

Groot Hertoginnelaan 28,

Bussum

(Telefoon: 02159 - 3 22 59)

Medische faculteiten dringen bij de minister aan op herziening van de artsenopleiding

De meerderheid der medische faculteiten wenst een verkorte basisopleiding voor alle artsen, en een verplichte beroepsopleiding voor huisartsen. Dit meldt het bestuur van het Interfacultair Overleg der Faculteiten van Geneeskunde (I.O.G.) in een brief dd. 8 maart aan minister Veringa, staatssecretaris Kruisinga en aan de vaste Kamercommissie voor Onderwijs en voor Volksgezondheid. Het bestuur van het I.O.G. ondersteunt het advies van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, die zich onlangs uitsprak voor een zesjarige basisopleiding (zie Medisch Contact nr. 4 van 29 januari 1971, bladzijde 95). Strekking van dit adres was enerzijds een verkorting van de universitaire basisopleiding, en anderzijds, een postuniversitaire verdere opleiding voor *alle* artsen, zoals thans reeds bestaat voor de klinische specialisten. Ook de huisartsen zouden dus een dergelijke opleiding moeten volgen alvorens zelfstandig te gaan praktizeren.

Een advies van dezelfde strekking werd reeds in 1966 door het I.O.G. bij het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen ingediend, in een rapport getiteld „Raamplan Huisartsenopleiding”. De in dit rapport geuite voorkeur voor een zesjarige basisopleiding en verplichte postuniversitaire beroepsopleiding, werd destijds door het Ministerie niet overgenomen. Reden hiertoe waren juridische bezwaren op grond van de richtlijnen der Europese Economische Gemeenschap inzake de onderlinge erkenning van de artsendiploma's. Zolang niet alle landen der

E.E.G. eenzelfde opleidingsschema zouden wensen, zou Nederland de voorgestelde wijziging niet mogen invoeren.

Ook thans weer schijnt deze redenatie te worden aangevoerd, en wordt het advies van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening hiermee aangevochten. Het I.O.G. heeft zijn bezorgdheid hierover uitgesproken, aangezien thans opleidingsvernieuwingen in ons land dreigen te worden geblokkeerd door het achterblijven van de ontwikkeling in andere E.E.G.-landen. Het I.O.G.-bestuur wijst erop, dat door realisering van het advies van de Staatscommissie enerzijds een betere voorbereiding van aanstaande huisartsen op de praktijkuitoefening wordt bereikt, en anderzijds een verkorting van de totale opleidingsduur voor klinische specialisten.

Voorts heeft het voorgestelde systeem het grote voordeel, dat het een opening biedt voor verdergaande differentiatie, door het invoeren van meer en vroegere keuze-mogelijkheden binnen de studie. Dit laatste wordt van belang geacht in verband met de behoefte aan nieuwe vormen van praktijkuitoefening. Geneeskunde wordt immers in toenemende mate in teamverband uitgeoefend, en de thans nog geldende „algemene bevoegdheid” is reeds lang verouderd.

Deze verschillende voordelen van het thans bepleite systeem, zijn reden voor het bestuur van het Interfacultair Overleg Geneeskunde, om met kracht aan te dringen op een zo spoedig mogelijke realisering van het voorstel van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening.

Status academische ziekenhuizen en rechtspositie personeel

Het Tweede Kamerlid de heer Masman (P.v.d.A.) heeft aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen schriftelijk gevraagd of deze niet van oordeel is dat de — met de inwerking treding van de Wet status academische ziekenhuizen — noodzakelijke integratie van de binnen een academisch ziekenhuis min of meer door en langs elkaar lopende organisatiestructuren van universiteit en van het ziekenhuis zelf, een uitgebreid overleg met het betrokken personeel vereist is en of het de minister bekend is dat dit overleg niet of onvoldoende heeft plaats gevonden. Gevraagd werd voorts of de minister bereid was dat dit overleg alsnog plaats zal vinden en zo nodig daarvoor de inwerkingtreding van de wet een korte tijd zou willen opschorten.

In zijn thans gegeven beantwoording van deze vragen zegt de minister van Onderwijs en Weten-

schappen dat in de wet inzake de status van de academische ziekenhuizen bij de openbare universiteiten de verhouding tussen universiteit en ziekenhuis bepaald en geregeld is, ten aanzien van welke zaken en op welke wijze beide instellingen zullen samenwerken. Dit neemt overigens niet weg dat in het kader van de uitvoering van deze wet op een aantal punten nog overleg met de personeelsorganisaties moet worden gevoerd. Het gaat hier om de positie in de nieuwe constellatie van het personeel, dat steeds tot het academisch ziekenhuis heeft behoord; de overgang van personeel dat tot nu toe aan de universiteit was verbonden naar het academisch ziekenhuis, en de aanstelling ook bij het ziekenhuis van personeelsleden die aan de universiteit verbonden blijven (de dubbele aanstelling).

Wat het eerste punt betreft moet worden onder-

scheiden tussen de academische ziekenhuizen te Groningen en Utrecht en de overige academische ziekenhuizen. In de positie van het personeel bij deze laatste ziekenhuizen komt in feite geen verandering; de besluiten en reglementen die op dit personeel van toepassing waren blijven van kracht. Het personeel bij de academische ziekenhuizen te Groningen en Utrecht komt echter in een nieuwe situatie. Indien bij vergelijking zou blijken, dat dit personeel als gevolg van het van kracht worden van de wet in een rechtspositioneel nadeliger positie zou komen te verkeren, zullen in de algemene maatregel van bestuur, voorzieningen worden opgenomen ter compensatie van deze achteruitgang. Juist met het oog op het noodzakelijke onderzoek en overleg in dezen is de datum van inwerkingtreding van de wet voor deze ziekenhuizen op niet eerder dan 1 juli gesteld. De minister gaat er dan ook van uit dat het personeelsoverleg over deze materie, dat ter plaat-

se reeds geruime tijd gaande is, doch nog door overleg met het C.O.P.W.O. moet worden gevolgd, tijdig zal kunnen worden afgesloten.

Omtrent de overige twee hierbovengenoemde punten kon het personeelsoverleg tot nu toe nog niet worden geëntameerd, omdat de minister ter zake nog het advies wachtende was van de werkgroep-Dijkhuis, die hij ter voorbereiding van de uitvoering van de Wet status academische ziekenhuizen instelde. Zeer onlangs heeft deze werkgroep haar rapport uitgebracht.

Het is echter niet noodzakelijk, zo zegt de minister, dat de overgang van „curatoren personeel” naar het academisch ziekenhuis en de dubbele aanstelling van personeelsleden reeds vóór of tegelijk met de inwerkingtreding van de wet worden gerealiseerd. Een en ander zal nadien nog zijn beslag kunnen krijgen. De inwerkingtreding van de wet zal hiervoor dus niet behoeven te worden opgeschort.

Controle op geneesmiddelen

De farmaceutische medewerker van De Volkskrant, Herman Wijnne, heeft in de editie van 13 maart i.l. van dit blad een beschouwing geschreven naar aanleiding van de vergissing met het hartmiddel digoxin begin 1969. De kwestie van de persoonlijke schuld is nog in onderzoek en het is niet gebruikelijk dan een oordeel uit te spreken. Maar dat het onderzoek tegen drie employés van de betrokken groothandel zo lang duurt wijst er zijns inziens duidelijk op hoe moeilijk het is af te leiden waar de verantwoordelijkheid voor de vergissing ligt.

Dan in het algemeen ingaande op de verantwoordelijkheid voor de juiste kwaliteit van medicamenten schrijft deze medewerker o.m.:

„Het beoordelen van de kwaliteit van geneesmiddelen is wettelijk de taak van de apotheker. Op de weg van produktie naar patiënt passeert ieder geneesmiddel tenminste tweemaal een apotheker.

„Farmaceutische industrieën en groothandels zijn verplicht zo'n functionaris in dienst te hebben en verder gaat ieder sterkwerkend middel nog eens door de handen van een particuliere of ziekenhuis-apotheker. Het fatale digoxinpreparaat is behalve in Veenendaal ook in andere plaatsen terechtgekomen. Het moet in handen zijn geweest van tientallen apothekers en blijkbaar heeft niemand van hen zich de moeite getroost het chemisch te onderzoeken.

„Er bestaat een zekere onduidelijkheid waar hier de verantwoordelijkheden liggen. Wanneer het om verpakte merkartikelen gaat is de fabrikant als eerste verantwoordelijk. Het zou onzinnig zijn om uit ieder buisje aspirine nog eens één tablet te halen

om deze in de apotheek te gaan onderzoeken. Voor het kleine percentage eigen bereidingen in het ziekenhuis of in de particuliere apotheek geldt dat de maker moet instaan voor de kwaliteit. Maar er is een groot tussenliggend gebied van middelen, die de apotheker vroeger zelf in het klein bereidde, en die hij nu veel voordeliger kan laten maken door kleine fabriekjes en groothandels.”

Later in zijn beschouwing betoogt de schrijver dat het wel eens noodzakelijk zou kunnen blijken voor in het groot bereide geneesmiddelen een tweede controle in te voeren en dienaangaande betoogt hij dan het volgende:

„Het vervelende is alleen, dat de aangewezen instantie hiervoor, de particuliere of ziekenhuis-apotheker, dit niet kan. De analyses zijn lang niet altijd zo eenvoudig en de apotheker als eenling ontbreekt de kennis en de middelen om ze uit te voeren. De praktijk van de rechtspraak wijst dan ook zelden de particuliere apotheker als de schuldige aan.

„Toch dringt zich de vraag op of de farmaceutische verzorging in Nederland wel op de juiste wijze is georganiseerd. Bij de farmaceutische industrie zijn minder dan honderd apothekers verantwoordelijk voor verreweg het grootste deel van de geneesmiddelenproduktie. Aan de andere kant houden zich een kleine duizend particuliere en ziekenhuis-apothekers bezig met de in- en verkoop van geneesmiddelen. De eigen produktie is de laatste jaren sterk afgenomen, de controlerende functie is niet uitvoerbaar. Een verbeterde taakverdeling lijkt geen overbodige luxe. Het is de vraag of dit een zaak is die alleen de apothekers aangaat.”

Geluidhinder door vliegtuigen

Terzake van geluidhinder door vliegtuigen is het volgende, door voorzitter en secretaris-generaal getekende schrijven verzonden aan de minister van Verkeer en Waterstaat:

Excellentie,

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst geeft met verschuldigde eerbied te kennen dat het zich ernstige zorgen maakt over de situatie met betrekking tot de volksgezondheid als gevolg van de geluidhinder door vliegtuigen in de woon- en recreatiegebieden rondom de luchthaven Schiphol.

Het heeft kennis genomen van het rapport van 1967 uitgebracht door een adviescommissie geluidhinder door vliegtuigen onder voorzitterschap van Prof. Dr. Ir. C. W. Kosten. Mede gelet op de bevindingen — deels van zeer recente aard — van artsen praktiserend in de gemeenten Zwanenburg en Aalsmeer, kan het hoofdbestuur de relatie die voornoemde commissie heeft aangegeven tussen lawaai-belasting enerzijds en het optreden van psychische stoornissen van verschillende aard en intensiteit anderzijds onderschrijven.

Het hoofdbestuur heeft voorts kennis genomen van de prognose der in de omgeving van Schiphol te verwachten geluidhinder als gevolg van een verdere toeneming van de omvang van het luchtverkeer, welke prognose is opgesteld door het Nationaal Lucht- en Ruimtevaartlaboratorium en als bijlage IV bij het rapport van de commissie-Falkenhagen is gevoegd. Uit deze gegevens blijkt dat de situatie in de woon- en recreatiegebieden rondom Schiphol, die reeds thans uit een oogpunt van volksgezondheid in diverse gemeenten de grenzen van het aanvaardbare heeft overschreden, nog verder zal verslechteren.

Het hoofdbestuur is van mening dat, gegeven deze situatie, elke uitbreiding van de luchthaven Schiphol volstrekt ongewenst is in verband met de nadelige gevolgen daarvan voor de volksgezondheid. Ook al zou een uitbreiding een verbetering met zich meebrengen dan moet deze toch met klem worden ontraden omdat deze verbetering van tijdelijke aard zal zijn en uiteindelijk tot een verdergaande verslechtering zal leiden van de situatie met betrekking tot de volksgezondheid, die uitgaat boven die van de huidige situatie die al uitermate ongewenst is.

Het hoofdbestuur wil uwe excellentie tenslotte dringend verzoeken de aandacht, in stede van op een uitbreiding van Schiphol, geheel te richten op het nemen van al die maatregelen, die in de gegeven situatie tot een vermindering van de lawaai-belasting kunnen leiden. In het rapport van de adviescommissie-Kosten wordt een aantal suggesties in deze richting gedaan. Voorzover ons bekend is te dezen nog weinig of niets gebeurd.

Het hoofdbestuur is gaarne bereid desgewenst met uwe excellentie van gedachten te wisselen over dit belangrijke volksgezondheidsvraagstuk, waarbij wij ons niet willen beperken tot de door vliegtuigen veroorzaakte lawaai-belasting van de bevolking.

Een afschrift van dit schrijven zal worden gezonden aan uw ambtgenoot voor Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Nieuwe inschrijvingen

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

Tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

- P. D. Bakker te Vlaardingen per 1 juli 1970
- G. L. H. M. van Noorden te Valkenburg per 15 oktober 1970
- A. F. M. Bootz te Oss per 15 oktober 1970
- D. Cannegieter te Koudekerk a/d Rijn per 16 oktober 1970
- F. J. Wilderink te Middelburg per 22 november 1970
- J. Hoogendoorn te Badhoevedorp per 1 januari 1971

Tak jeugdgezondheidszorg

- Mej. D. M. Smith te Amsterdam per 1 oktober 1970
- J. C. Groenewegen te Spijkenisse per 1 december 1970
- A. van Moorsel-Holthuis te Lieshout per 1 januari 1971

Tak algemene gezondheidszorg

- J. A. Ruys te Raalte per 5 juli 1970
- H. H. Pallandt te Geleen per 15 september 1970
- J. A. M. Bron te Heerenveen per 26 oktober 1970
- J. M. S. Mol te Vlissingen per 1 november 1970
- Mej. W. S. Mac Gillavry te 's-Gravenhage per 1 november 1970
- H. P. Zwetsloot te Tilburg per 15 december 1970
- R. F. Roodenburg te Enschede per 15 december 1970

Tak verzekeringsgeneeskunde

- H. W. J. Broers te Glimmen per 16 maart 1970
- J. Mac Daniël te Santpoort per 1 november 1970

Aanvullende salarisrichtlijnen

Aanvullende richtlijnen voor het vaststellen van salarissen van artsen in dienstverband per 1 januari 1971 en per 1 april 1971

Het centraal bestuur der L.A.D. heeft het voorstel van de salaris- en pensioencommissie goedgekeurd om de salarissen, genoemd in de richtlijnen 1970, per 1 januari 1971 en per 1 april 1971 aan te passen volgens de voorschriften van de overheid.

De vermeerdering bedraagt per 1 januari 1971 5,92% + f 400,— en per 1 april 1971 1%.

Per 1 juli 1971 zullen nieuwe richtlijnen worden vastgesteld. De tekst bij de richtlijnen van 1970 blijft voor deze aanvullende richtlijnen ongewijzigd.

De geadviseerde salarissen bedragen per:

Groep A

	1 jan. 1971	1 april 1971
categorie I	f 44.304,—	f 44.747,—
categorie II	f 55.786,—	f 56.344,—
categorie III	f 67.532,—	f 68.207,—

Groep B

	1 jan. 1971	1 april 1971
categorie I	f 44.304,—	f 44.747,—
A.O.W.-premie-compensatie maximaal	f 2.142,—	f 2.142,—
categorie II	f 55.786,—	f 56.344,—
A.O.W.-premie-compensatie maximaal	f 2.142,—	f 2.142,—
categorie III	f 67.532,—	f 68.207,—
A.O.W.-premie-compensatie maximaal	f 2.142,—	f 2.142,—

De specialistentoelage per opleidingsjaar wordt gesteld op:

$$Y = f 1.900,— + 7\% = f 2.033,— \text{ (afgerond } f 2.050,— \text{).}$$

De franchise voor de berekening van de pensioenpremie voor het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds en het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen bedraagt thans f 5.556,—.

Aanvullende richtlijnen voor het vaststellen van salarissen van assistent-geneeskundigen per 1 januari 1971 en per 1 april 1971.

De geadviseerde salarissen bedragen per:

Groep A	bruto-salaris per 1 jan. '71	bruto-salaris per 1 april '71
aanvang	f 19.572,—	f 19.776,—
na 1 jaar	f 20.448,—	f 20.652,—
na 2 jaar	f 21.312,—	f 21.528,—
na 3 jaar	f 22.272,—	f 22.500,—
na 4 jaar	f 23.232,—	f 23.472,—
na 5 jaar	f 24.192,—	f 24.444,—
na 6 jaar	f 25.152,—	f 25.404,—
na 7 jaar	f 26.112,—	f 26.376,—

Groep B

	bruto-salaris per 1 jan. '71	Bruto-salaris inclusief AOW-premiecompensatie à f 1.467,—	bruto-salaris per 1 april '71	Bruto-salaris inclusief AOW-premiecompensatie à f 1.467,—
aanvang	f 19.572,—	f 21.039,—	f 19.776,—	f 21.243,—
na 1 jaar	f 20.448,—	f 21.915,—	f 20.652,—	f 22.119,—
na 2 jaar	f 21.312,—	f 22.779,—	f 21.528,—	f 22.995,—
na 3 jaar	f 22.272,—	f 23.739,—	f 22.500,—	f 23.967,—
na 4 jaar	f 23.232,—	f 24.699,—	f 23.472,—	f 24.939,—
na 5 jaar	f 24.192,—	f 25.659,—	f 24.444,—	f 25.911,—
na 6 jaar	f 25.152,—	f 26.619,—	f 25.404,—	f 26.871,—
na 7 jaar	f 26.112,—	f 27.579,—	f 26.376,—	f 27.843,—

Overdrukken van dit rapport zijn bij het bureau verkrijgbaar.

Utrecht, maart 1971

Namens de salaris- en pensioencommissie
E. van Luyt, voorzitter

Kort verslag vergadering Centraal Bestuur der L.A.D. d.d. 15 januari 1971

Kort verslag van de vergadering van het centraal bestuur der Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband gehouden op 15 januari 1971 te 17.45 uur in het gebouw van de K.N.M.G. te Utrecht.

Aanwezig: H. Voorzanger, voorzitter; W. C. de Boer, ondervoorzitter; J. H. van Dalen, penningmeester; Dr. C. K. J. Kaaijk, secretaris; J. J. R. Buirma; Dr. B. van Dijk; Dr. E. van Leer; Dr. F. A. Nelemans; D. Schotanus; Z. S. Stadt; K. Visser; E. van de Weg, alsmede de adviserende leden: Dr. J. A. Dallmeijer (H.B.); Th. J. Weterman (L.H.V.); J. C. Mann (L.S.V.); T. Landheer (A.N.V.S.G.); Mr. J. J. Witteveen, directeur bureau; Dr. S. G. van der Meulen, medisch adviseur; B. Meier, notulist.

Afwezig m.k.: E. van Luyt; Prof. Dr. W. Storm van Leeuwen; W. G. M. Teunissen.

De voorzitter heet de nieuwe leden van het centraal bestuur, D. Schotanus, verzekeringsgeneeskundige te Arnhem en Z. S. Stadt, luitenant-kolonel-arts, welkom. Voorts wordt voor de eerste keer in het centraal bestuur begroet T. Landheer, adviserend lid namens de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde. Het centraal bestuur gedenkt staande de heer L. van Moppes, notulist der K.N.M.G., die in november 1970 is overleden.

Vervolgens wordt van de zijde van het bureau bekend gemaakt, dat inmiddels in omstreeks 40 gevallen dispensatie is verleend aan leden, die via de K.N.M.G. niet bij de Centrale van Hogere Ambtenaren of de Nederlandse Centrale van Hoger Personeel verzochten te worden geregistreerd.

Vermeld wordt, dat een K.N.M.G.-delegatie, bestaande uit de heren J. Diepersloot, Dr. L. van der Drift, Dr. E. van Leer, Dr. F. A. Nelemans, Prof. Dr. Th. Vossenaar en Mr. J. J. Witteveen op 27 december 1970 een onderhoud hebben gehad met de commissie honorering wetenschappelijk corps medische faculteiten, de commissie Smallenbroek en dat het gesprek bij de K.N.M.G.-delegatie een bevredigende indruk heeft achtergelaten.

Van een schrijven van de C.H.A., waarin wordt gesteld, dat rekening zal moeten worden gehouden met een forse verhoging van de bijdragen, wordt met reserve kennisgenomen. Herinnerd wordt aan de kritische geluiden, die tijdens de jongste ledenvergadering konden worden vernomen ter zake van de hoogte van de contributie. De materie van de

stijgende contributies zullen in K.N.M.G.-verband nader worden besproken door de voorzitter van het centraal bestuur.

De N.C.H.P. heeft zich tot het bestuur van de Gemeenschappelijke Medische Dienst gewend met het verzoek door de L.A.D. een inspraak in het c.a.o.-overleg te creëren.

Er zal een onderhoud plaatsvinden tussen leden van het hoofdbestuur van de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen en van het centraal bestuur, teneinde de assistenten-salarissen en de totale relatie L.V.A.G.-L.A.D. te bespreken.

Aan de plannen binnen het hoofdbestuur van de K.N.M.G. om te komen tot een bureau ledenservice wordt een nadere bespreking gewijd. Het centraal bestuur meent, dat de vraag, of er voor een dergelijk bureau bestaansrecht aanwezig is, dient te worden bezien in het raam van de taken, die momenteel door de maatschappelijke verenigingen worden verricht; men is nog niet overtuigd van de noodzaak om tot het instellen van een bureau ledenservice over te gaan.

Bij de nieuwe indeling in besturen en commissies wordt onder meer besloten de reorganisatiecommissie op te heffen, indien de A.N.V.S.G. akkoord kan gaan met de instelling van een A.N.V.S.G.-L.A.D.-contactcommissie, die ook in plaats van de eveneens op te heffen signaleringscommissie L.A.D.-A.N.V.S.G. zal moeten komen. De in te stellen contactcommissie zal zich bezig dienen te houden onder meer met de uitwerking van plannen om te komen tot een sociaal-geneeskundig bureau.

Het rapport van de commissie geriatrie, welke commissie is ingesteld door de A.N.V.S.G. en de L.A.D., komt in bespreking. Besloten wordt, een bespreking van het rapport te doen plaatsvinden door vertegenwoordigers van de besturen van A.N.V.S.G. en L.A.D. met de leden der commissie.

De dienstverlening door het bureau L.A.D. komt ter sprake. De vraag of het bureau uitsluitend diensten behoort te verlenen ten behoeve van de belangenbehartiging van groepen van leden wordt door het centraal bestuur ontkennend beantwoord. De jurist-directeur van het bureau zal zich derhalve in de toekomst de behartiging van de belangen van het individuele lid op zich blijven nemen, waarbij opgemerkt wordt dat, als voorheen, de groepsbelangenbehartiging onder meer via de Centrales prioriteit heeft.

Gewezen wordt, naar aanleiding van vragen uit de Tweede Kamer der Staten Generaal aan de minister van Defensie, op de precaire situatie die zich voordoet binnen de Militair Geneeskundige Dienst der Koninklijke Landmacht met betrekking tot het tekort aan beroeps-officieren-arts.

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

MINDERJARIGE MEISJES EN ORALE ANTICONCEPTIVA

Het geven van orale anticonceptiva aan minderjarige meisjes is in de lekenpers en thans ook in Medisch Contact nr. 10/1971, blz. 265, besproken in verband met een schending van het beroepsgeheim. Maar het probleem heeft nog een andere zijde. Hoe langer hoe meer blijkt, dat deze anticonceptiva aanleiding kunnen geven tot een blijvende steriliteit, indien ze gebruikt worden door vrouwen die menstruatiestoornissen hebben. Zolang in de pubertijdsleeftijd de menstruele cyclus nog niet regelmatig ovulatoir is, is het daarom onjuist de orale anticonceptie aan te raden. Het voorschrijven van deze anticonceptiva aan minderjarige meisjes moet met voorzichtigheid geschieden. Aangezien in het algemeen niet mag worden aangenomen, dat deze meisjes over dit probleem het oordeel des onderscheids hebben, is behalve de toestemming van de ouders ook een medische verklaring nodig.

Utrecht, 12 maart 1971

Prof. Dr. W. P. Plate

SUIKER FLUORIDEREN?

In Medisch Contact van 19 maart staat een ingezonden brief van Dr. H. Beekhuis welke eindigt met een vraag. Op deze vraag wil ik als direct betrokkene trachten een antwoord te geven. Maar eerst het gestelde dat tanden poetsen niet nodig zou zijn bij sterke suikerrestrictie en een optimaal fluoridgehalte van het drinkwater. Die stelling is onjuist, omdat poetsen parodontopathiën voorkomt en tot de normale individuele hygiënische maatregelen behoort.

En dan de vraag of fluoridering bij de huidige stand der wetenschap nog wel het beste middel is om tandcaries te voorkomen. Mijns inziens moet het antwoord bevestigend zijn. De argumenten daarvoor worden gegeven in de Rapporten van de Gezondheidsraad van 1960 en 1970. Zonder twijfel moet er naast de fluoridering verandering worden gebracht in de snoepgewoonten. Over dat laatste is men het eens en het lijkt daarom psycho-

logisch onjuist suikerhoudende snoep zelf te gebruiken als vehiculum voor een beschermende stof. Dat is geen causale therapie.

Als nu de pragmatische benadering veilig en effectief was zou men er over kunnen praten. Het bezwaar tegen fluoridetoevoeging aan snoep is echter dat het effect gering is en dat er doseringsproblemen komen. Al in de vijftiger jaren werd over experimenten gepubliceerd en bleken de resultaten tegen te vallen. De belangrijkste reden om geen snoep te fluorideren ligt in het probleem van de dosering, tenzij iedere andere wijze van fluorideprophylaxe (F-tandpasta, tabletten, waterfluoridering) verboden wordt. Overdosering zou immers kunnen optreden.

Gegeven het gebrek aan informatie betreffende gefluorideerde suiker — alleen een groot opgezet, minstens twintig jaar durend onderzoek kan die verschaffen — is bij de huidige stand der wetenschap waterfluoridering de enige verantwoorde methode.

Utrecht, 22 maart 1971

Dr. B. Houmink, Hoofd Werkgroep Tand- en Mondziekten van de Gezondheidsorganisatie T.N.O.

Van een representatieve groep van de Nederlandse bevolking weet 58 percent geen verschil tussen „soft” en „hard” drugs te noemen. Opium, morfine, heroïne, marihuana, LSD, hasjiesj, alcohol en tabak is de volgorde van schadelijkheid die de ondervraagden toekennen. Het gebruik van drugs zou volgens 67 percent van de 1058 Nederlanders van 15 jaar en ouder die door de Nederlandse Stichting voor Statistiek (N.S.S.) werden ondervraagd, verboden moeten worden. Bij de enquête gebruikte men het woord „drugs” als „verzamelnaam voor middelen, die bij veelvuldig gebruik mogelijk tot verslaving zouden kunnen leiden”. De bekendheid met het woord „drugs” is belangrijk toegenomen. In 1969 toen de N.S.S. een dergelijke enquête instelde, bleek 48 percent van de ondervraagden het woord te kennen. Dit is nu 91 percent. De gebruikers zijn volgens de geënquêteerden voornamelijk: „Jeugdigen, langharigen, slampampers en jongens met een labiele psychische gesteldheid”. Bij het vorige onderzoek wees men algemeen „sportmensen, buitenlanders, misdadi-

gers en mensen die zich vervelen” aan. Opvallend is de verharding van het standpunt tegenover druggebruik bij mannen die ouder zijn dan 65 jaar, en van mensen in kleine steden. Aldus een in diverse dagbladen gepubliceerd bericht van het A.N.P.

¶

In een telegram aan minister Roolvink hebben de stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen (SLK) en de Federatie van Verenigingen van Verpleegsters erop aangedrongen de beloofde pensioenverbetering voor wijkverpleegsters en ziekenverzorgsters een feit te laten worden, zo meldde De Volkskrant.

Na met de minister al een aantal keren over deze verbetering te hebben onderhandeld, werd op de begroting van 1971 een bedrag van tweeënekwart miljoen gulden gezet. De minister van Financiën, aldus de stichting, voelt er niet voor dit bedrag ook werkelijk uit te keren, hoewel de begroting door de Tweede Kamer is goedgekeurd en enkele leden al vragen hebben gesteld over het uitblijven van de toezegging.

De Stichting SLK schrijft, dat nu de pensioenen voor de ziekenhuisverpleegsters wel zijn verbeterd, er steeds minder animo is om als wijkverpleegster te gaan werken. Dit betekent dat er in verschillende delen van het land onder andere Friesland en Limburg, een tekort ontstaat aan wijkverpleegsters, met directe gevolgen voor de gezondheidszorg. Ook al omdat de twee jaar durende opleiding voor de wijkverpleging evenmin een financiële verbetering betekent voor de verpleegsters.

¶

Op vragen van het Tweede Kamerlid Dolman (P.v.d.A.) naar aanleiding van het bestaande apparaat voor bevolkingsonderzoek, heeft staatssecretaris Kruisinga van Sociale Zaken en Volksgezondheid onder meer geantwoord, dat door de Werkgroep Preventief Epidemiologisch Onderzoek een interimadvies is uitgebracht, waarin is gesteld, dat de werkgroep voor het uitbrengen van een afgerond evenwichtig eindadvies geruime tijd nodig zal hebben. Niettemin acht de staatssecretaris dit interimadvies — hoewel het zich nog niet tot het gehele veld van het bevolkingsonderzoek uitstrekt, doch zich alleen beweegt op het gebied van het preventief epidemiologisch onderzoek inzake coronaire hartziekten — reeds van grote betekenis. Het onderhavige interimadvies

zou daarom een dezer dagen door de staatssecretaris aan de Tweede Kamer worden aangeboden. Aan de suggesties in het advies zou — zo voegde de staatssecretaris hieraan toe — door hem gevolg worden gegeven. Dr. Kruisinga zei voorts kennis te hebben genomen van berichten in de pers, dat de gemeente Heemstede zou hebben besloten tot een jaarlijks bevolkingsonderzoek op hart- en vaatziekten. Bij nadere informatie bij het betrokken gemeentebestuur was evenwel gebleken, dat de plannen nog in staat van onderzoek en voorbereiding verkeren en dat terzake nog geen besluit is genomen.

¶

Meer dan 250 kankeronderzoekers uit de gehele wereld komen van 12 tot en met 15 mei a.s. naar Amsterdam om in het R.A.I.-Congrescentrum deel te nemen aan een conferentie, gewijd aan de rol van virussen en erfelijke factoren bij het ontstaan van kanker. Deze conferentie wordt georganiseerd ter gelegenheid van de 65ste verjaardag van de internationaal bekende kankeronderzoeker Prof. Dr. O. Mühlbock, tot voor kort hoofd van de afdeling Biologie van het Nederlands Kanker Instituut. Aan de vierdaagse conferentie wordt medewerking verleend door de Internationale Unie tegen Kanker (U.I.C.C.), het speciale viruskankerprogramma van het Amerikaanse Kanker Instituut, Unesco en het Koningin Wilhelmina Fonds. De organisatie berust bij het Nederlands Kanker Instituut te Amsterdam.

¶

Op vragen van mevrouw Epema-Brugman, lid van de Tweede Kamerfractie van de P.v.d.A., betreffende de radio-actieve besmetting van de Westerschelde, heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid onder meer geantwoord, dat de geconstateerde verhoging van de radio-actieve besmetting van dit oppervlaktewater nog zo gering is, dat er tot dusverre onvoldoende aanleiding is geweest om een gedetailleerd onderzoek naar de aard en herkomst van deze radioactiviteit in te stellen. In verband met eventuele toekomstige ontwikkelingen ligt het in de bedoeling dat het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid in samenwerking met het Rijks Instituut voor de Zuivering van Afvalwater een onderzoek zal verrichten naar de aard van de radio-actieve besmetting en de mogelijke herkomsten daarvan. Deze activiteiten, waarvoor samenwerking met de Belgische

gezondheidsautoriteiten is vereist, zullen worden gecoördineerd in de laboratoriumsubcommissie „Atoomenergie” van de bijzondere commissie voor de volksgezondheid van de Benelux. De resultaten van dit onderzoek zullen bepalend zijn voor eventueel te treffen maatregelen.

¶

Ook dit jaar organiseert het Internationaal Centrum voor het Kind te Parijs een cursus op het gebied van de sociale pediatrie. Het Regionaal Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie in Kopenhagen stelt hiervoor een aantal beurzen beschikbaar. De tienweekse cursus is bedoeld voor medici die de leiding hebben van, c.q. verantwoordelijk zijn voor gezondheidsdiensten en organisaties op het gebied van de verzorging en het welzijn van moeder, kind en jongeren, dan wel voor het opleiden van personeel. Het programma omvat o.m. de organisatie van de gezondheid van moeder en kind, bevallings- en prenatale problemen, groei, voeding en epidemiologie, het voorkomen van bepaalde ziekten, sociaal-economische problemen enz. De cursus wordt gegeven in de vorm van lezingen, gevolgd door discussies, werkgroepzittingen en bezoeken onder geleide. Verder wordt een studiereis door Europa voorbereid. Het ligt in de bedoeling dat de „fellows” hun eigen materiaal op het gebied van een of meer op het programma staande onderwerpen meebrengen. Een goede kennis van het Frans is overigens een volstrekte noodzaak. De cursus duurt van 29 april tot 8 juli a.s. Gegadigden die inlichtingen wensen te ontvangen dan wel voor een beurs in aanmerking wensen te komen dienen zich vóór 29 maart a.s. schriftelijk te wenden tot: De Directeur-Generaal voor Internationale Zaken ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid Zeestraat 73 Den Haag.

¶

De Internationale Organisatie van Mondchirurgen (I.A.O.S.) zal van 17 t/m 21 mei 1971 in het RAI-Congrescentrum in Amsterdam haar 4e Internationale Congres houden. Tijdens deze bijeenkomst, waarop ruim duizend deelnemers uit ongeveer 50 landen worden verwacht, zullen alle facetten van de mondheilkunde aan de orde komen. Een belangrijk onderdeel van de onderwerpen die ter sprake komen vormt de behandeling van de aangezichtsfracturen. Met het toenemen van de verkeersongevallen stijgen ook de gezichtsfracturen, zowel in aantal als

in gecompliceerdheid. De nieuwste ontwikkelingen op het gebied van de behandeling van aangezichtsfracturen zullen dan ook op het congres worden besproken. Ook kaakchirurgisch verrichte ingrepen om esthetische en functionele redenen, bot- en tandtransplantaties en kunststofimplantaten worden door verschillende sprekers belicht. De diagnostiek en therapie van goedaardige en kwaadaardige gezwellen komen eveneens aan de orde. In het organisatiecomité hebben zitting: Prof. Dr. W. A. M. van der Kwast (voorzitter), Dr. L. A. M. Roorda en Prof. Dr. P. A. E. Sillevius Smitt. De wetenschappelijke commissie wordt gevormd door Prof. Dr. G. Boering (voorzitter), Dr. G. J. Kussen en Dr. J. Hovinga.

¶

In Maastricht zal in 1973 worden begonnen met de bouw van een academisch ziekenhuis met duizend bedden. De kosten zijn begroot op 250 miljoen gulden. De bouw zal in fasen verlopen. De commissie-Tans, die belast is met de voorbereiding van de achtste medische faculteit in Maastricht, heeft van minister Veringa van Onderwijs en Wetenschappen opdracht gekregen voorbereidende maatregelen voor de bouw te treffen, in samenwerking met de stichting Sint Annadal in Maastricht. Door deze opdracht stemt de minister in met de uitgangspunten in het in oktober 1970 uitgebrachte interimrapport van de commissie-Tans.

¶

Op vragen van het Tweede Kamerlid de heer Nypels (D'66) inzake het verlenen van dispensatie aan bepaalde groepen overheidspersoneel voor wat betreft de deelname aan de verplichte ziekenfondsverzekering heeft minister Roolvink, van Sociale Zaken en Volksgezondheid, mede namens de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken onder meer geantwoord, dat het bedoelde besluit geen dispensatie beoogt van de verplichte ziekenfondsverzekering in die zin dat de betrokkene op zijn verzoek van die verzekering kan worden gedispenseerd, maar een nadere afbakening van de werkingssfeer van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren en de verplichte ziekenfondsverzekering. Van de ziekenfondsverzekering zijn reeds uitgezonderd de ambtenaren in de zin van de Ambtenarenwet 1929 en het onderwijzend personeel van instellingen van onderwijs. Daarnaast is aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de minister van Bin-

nenlandse Zaken de bevoegdheid gegeven ook andere groepen van personen uit te zonderen.

De minister vervolgt dan zijn antwoord aldus: „Naar aanleiding van een ontwerp-beschikking ter uitvoering van deze bepaling heeft de Centrale Commissie voor Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken een memorandum uitgebracht. De Ziekenfondsraad heeft zich uitgesproken voor een wijziging van de bestaande regeling, die in de praktijk tot moeilijkheden aanleiding blijkt te geven. Het gaat hierbij in het bijzonder om arbeidscontractanten bij verschillende semie-overheidsinstellingen die krachtens hun arbeidsverhouding onder een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren vallen voor zover zij niet krachtens de Ziekenfondswet verplicht verzekerd zijn. De Ziekenfondsraad adviseert deze groep buiten de ziekenfondsverzekering te laten vallen, zodat uitsluitend op hen van toepassing zijn de regelingen, die voor die instellingen gelden.

„De Centrale Commissie voor Georganiseerd Overleg in Ambtenarenzaken heeft zich vervolgens met dit advies van de Ziekenfondsraad, hetwelk nog enige andere aanverwante problemen behandelt, verenigd. Het is de bedoeling, dat de regeling in de praktijk teruggewerkt tot 1 januari 1971.

„Zoals uit het voorgaande blijkt, is de bedoeling van de voorgenomen maatregel, dat in beginsel alle arbeidscontractanten die in dienst zijn van een instelling, welke is aangesloten bij een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren, krachtens hun arbeidsverhouding verplichte deelnemers in die regeling zijn, dus zonder een scheiding tussen contractanten boven de loongrens, vallende onder de publiekrechtelijke regeling, en contractanten beneden de loongrens, vallende onder de verplichte ziekenfondsverzekering. Deze maatregel houdt derhalve geen keuzemogelijkheid in voor de betrokkenen.



In het maandblad „Gezond Gezin“ schrijft de arts P. J. F. Dupuis dat de arts een minderjarig meisje de pil mag voorschrijven zonder medeweten van de ouders. Nagenoeg ieder meisje, dat om de pil komt vragen, heeft al seksuele omgang gehad en hulp via de pil betekent dan een zeker uitsluiten van een ongewenste en vaak zelfs catastrofale zwangerschap. Het behoort wel tot de taak van de arts te trachten het gesprek tussen het meisje en haar ouders op gang te brengen, aldus dr. Dupuis.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wèkelijks

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

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

Uitgever: 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 40,—, plus f 1,60 BTW = f 41,60, buitenland f 45,—, losse nummers f 1,04 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 16.840 exemplaren.

Druk: Verweij Mijdsrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

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 Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021