medisch contact

Nr. 19 — 7 mei 1976

redactioneel

In dit nummer:

- De hoofdredacteur gaat nader in op de recente perspublikaties over door de gezamenlijke Brabantse ziekenfondsen in de publiciteit gebrachte 'tophonoraria' van medewerkers. Conclusie: oneigenlijk gebruik van ziekenfondsgegevens.
- Steeds lagere abortuscijfers in Nederland. In een uitgebreid verslag zet Drs. Paul Schnabel, onderzoekscoördinator van Stimezo Nederland, gegevens van de Permanente Registratie Poliklinische Abortus op een rij.
- De huidige ontwikkeling van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (P.A.A.Z.'en) lijkt een ongunstige weerslag te hebben op de ontwikkeling van de psychiatrische inrichtingen. Het is raadzaam die ontwikkeling te stoppen, aldus de conclusie van het artikel: 'De ambivalente positie van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen', geschreven door de socioloog Drs. G. J. van Tongeren die werkt bij de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland.
- Prof. Dr. P. Muntendam gaat een zogenaamde wetenschapper te lijf, die zich als gezondheidsvoorlichter heeft laten gebruiken door met veel tam-tam te verklaren dat er duidelijk verband tussen kanker en fluoridering van drinkwater zou zijn aangetoond.
- Tenslotte: alvast de blik gericht op het volgende K.N.M.G.-Ledencongres, onder het motto 'Zo gezond mogelijk . . .!' te houden op 7 en 8 oktober aanstaande in Breda. Allereerst dus aandacht voor een historische plaatsbepaling van de congresstad 1976: 'Opkomst en geschiedenis van Breda', terugblik van stadsarchivaris Dr. F. A. Brekelmans. Hieronder in dit verband de verklaring van de omslagfoto.



Breda, congresstad 1976. Luchtfoto van Slagboom & Peeters.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie 578
Inzender: Dr. G. J. Menken

Steeds minder abortus in Nederland. Gegevens van de Permanente Registratie Poliklinische Abortus, door *Paul Schnabel* 581

De ambivalente positie van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen, door *Drs. G. J. van Tongeren* 587

Een nieuwe wet: de A.A.W. Sociale verzekering wordt belangrijk uitgebreid 592

K.N.M.G.-Ledencongres — 7 en 8 oktober 1976. Opkomst en geschiedenis van Breda, door *Dr. F. A. Brekelmans* 595

Kanker en fluoride, door *Prof. Dr. P. Muntendam* 597

Uit de Ziekenfondsraad 600

OFFICIEEL 601

Inhoudsopgave officieel 612

MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de K.N.M.G. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact
Dr. J. Degenaar, voorzitter;
B. Q. A. Enneking, onder-voorzitter;
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M. Kemperstraat 5, Utrecht);
G. A. C. Bosch, penningmeester;
F. Moerman.

Redactie Medisch Contact
F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
G. W. Valkenburg-van Straten, redactrice;
C. R. van der Goot-van der Sluijs, secretaresse;
W. G. Juffermans-Kaltofen, secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgeverij
Tijl Media B.V.,
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.

Abonnementen
Voor niet-leden van de K.N.M.G. *f* 69,—; buitenland *f* 80,—; losse nummers *f* 2,— (exclusief BTW). Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties
Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd. Opgaven uitsluitend bij de uitgeverij.

Adreswijziging
Leden der K.N.M.G. uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

Brieven

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

ONS NEDERLANDS

De taal die ook in Medisch Contact wordt gebezigd, is vaak allerminst Nederlands. Het lijkt soms wel of de stukken in de Engelse taal zijn geschreven. De anglicismen en anderen ismen nemen onrustbarend toe.
Ik heb het stuk van de heren De Haes, Schuurman en Sturmans in Medisch Contact van 26 maart jl. ('Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding; G.V.O. als instrument van preventieve gezondheidszorg (1)', M.C. nr. 13/1976, blz. 385) met belangstelling gelezen en ben het met de inhoud wel eens. Ik heb me de moeite gegeven om alle vreemde woorden, meest anglicismen, te tellen. Ik kwam tot een getal van 508.
Moet dat nu? Moet onze Nederlandse taal zo mishandeld worden? Kunnen we geen Nederlands meer schrijven, of staat het geleerder om vreemde woorden te gebruiken? Ik hoop dat de redactie van ons blad daar op toeziet en stukken die te veel anglicismen of germanismen of francofiele woorden bevatten gewoon terugstuurt met het verzoek er behoorlijk Nederlands van te maken.

Amsterdam, 19 april 1976

Dr. J. G. Menken

Varia

Boeken over? – Gratis boeken en tijdschriften verzendt de *Literatuurdienst Nederland-Indonesië* naar ruim duizend Indonesische adressen. Geadresseerden zijn onder andere universiteiten, ziekenhuizen, artsen en apothekers. Er is daar te lande nog steeds een zeer groot gebrek aan medische literatuur. Voor aankoop van boeken in het buitenland zijn onvoldoende deviezen beschikbaar. Wie boeken of tijdschriften op medisch gebied kan missen, kan ze zenden naar het secretariaat van de Literatuurdienst Nederland-Indonesië, Tomatenstraat 187, Den Haag, tel. 070-231254.

Oriëntatieweek – Van 14 tot 20 augustus 1976 wordt op het vormingscentrum Den Alerdinck in Laag-Zuthem bij Zwolle een oriëntatieweek gehouden over de relatie patiën/cliënt en hulpverlener, bedoeld voor (ex-)patiënten en cliënten, artsen, verpleegkundigen, medische studenten, pastores, docenten van opleidingen in de gezondheidszorg, maatschappelijk werkers en andere hulpverleners. De belangrijkste informatie zal in deze week in de vorm van ervaring en meningen van de cursisten zelf komen. Maar ook via een film en door inleiders zal aan deze week inhoud worden gegeven. Het gaat daarbij om ontmoeting, gesprek, verheldering van problemen en het zoeken naar wegen tot verbetering; de cursus heeft geen therapeutische bedoeling. Enige middagen zullen vrij zijn voor eigen besteding en informeel contact. Cursusleider is Fer Tromp; de kosten bedragen *f* 205,— en voor patiënten en cliënten *f* 160,—, alles inbegrepen. Voor opgave en inlichtingen: Den Alerdinck, Laag-Zuthem, post Zwolle, tel. 05290-541 (kantooruren).

Kosten gecompileerd – Op verzoek van de redactie van *Het Ziekenhuis* bracht de heer A. A. G. Vlierhuis, medewerker van de Nationale Ziekenhuisraad, een aantal elders gepubliceerde getallen met betrekking tot de gezondheidszorg in ons land bijeen. Die compilatie, de periode 1963-1980 bestrijkend en de lezer dus in staat stellend zowel voor- als achteruit te kijken, verscheen in het nummer van 17 maart jl. Gepresenteerd worden gegevens over de kosten van de gezondheidszorg (ook als percentage van het Bruto Nationaal Produkt), de belastingen sociale premiedruk, Rijksuitgaven en consumptieve bestedingen, aantallen personeelsleden onder wie personen werkzaam in de sector medische diensten en maatschappelijk werk, de ziekenhuiskosten, de kosten van specialistenzorg en tot slot de kosten van beheer en administratie en die van genees- en verbandmiddelen en medische hulpmiddelen.

Reorganisatie Volksgezondheid – In het kader van de reeds eerder aangekondigde reorganisatie bij het Directoraat-Generaal van de Volksgezondheid zal met ingang van 1 april 1976 worden ingesteld de directie Verzekering en Kostenbeleid Gezondheidszorg. De directie behartigt alle zaken op het terrein van de ziektekosten verzekeringen en richt zich voorts op de beheersing en de bewaking van de kosten van de gezond-

Doorlezen op blz. 580

STUNTWERK

De 'Stichting Onderlinge Ziekteverzekering' Katholiek Ziekenfonds in het Bisdom Breda heeft een rapport gemaakt, waarin gegevens van de gezamenlijke Brabantse ziekenfondsen zijn bijeengebracht. Doel was, een overzicht te krijgen van de maximum bedragen die de ziekenfondsen aan individuele medewerkers en fysiotherapeuten hadden uitbetaald. Deze gegevens werden onder meer via de radiorubriek 'In de rode cirkel' in de openbaarheid gebracht. In 1974 zouden 16 (van de ruim 400) tandartsen, 16 (van de ruim 300) specialisten en 22 (van de ruim 200) fysiotherapeuten ieder meer dan *f* 200.000,— voor behandeling van verzekerden bij de Brabantse ziekenfondsen in rekening hebben gebracht. Die bedragen zouden, rekening houdend met inkomsten uit de particuliere praktijk, ruwweg moeten worden verdubbeld om zicht te krijgen op de totale inkomsten van genoemde medewerkers. Tot zover diverse kranteberichten voor zover daarin werd gesproken van een inititatief van de Unie van Nederlandse Ziekenfondsen, gebeurde dat ten onrechte.

Vooropgesteld: de ziekenfondsen zijn meer dan uitsluitend uitvoerende en registrerende organen voor ziekenfondsverzekerden. Volgens artikel 13 van de Ziekenfondswet treffen de ziekenfondsen de nodige maatregelen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en van uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn. Het is duidelijk, dat bij de uitvoering van die taak verschillende statistische gegevens een belangrijk hulpmiddel zijn. Zo kan bijvoorbeeld een nuttig gebruik worden gemaakt van gegevens over hoeveelheid en soort voorgeschreven medicamenten per arts, over het verwijzingspercentage, over aantallen appendectomieën per chirurg, over het aantal tweede of meerdere vullingen in gebitselementen per tandarts, over het aantal en de soort van aangevraagde laboratoriumonderzoekingen en gemaakte röntgenfoto's. Gegevens kortom, met behulp waarvan inzicht kan worden verkregen in de manier van werken van de individuele medewerkers – een eerste vereiste, indien men als ziekenfonds kennis wil verkrijgen met betrekking tot het eventueel voorkomen van onnodige verstrekkingen en van niet noodzakelijke uitgaven.

Enigszins minder gemakkelijk te begrijpen valt het, indien men gegevens verzamelt als vermeld in eerdergenoemde berichten. Misschien verwachten sommigen in ziekenfondskringen dat een hoge omzet gepaard gaat met onnodige of dure verstrekkingen en wil men dit aan de hand van nadere gegevens onderzoeken. In dezelfde denktrant doorredenerend zouden dan evengoed de lage inkomens onder de loep moeten worden genomen: de medewerkers met een kleine praktijk zouden onnodige handelingen kunnen verrichten om hun inkomen op te vijzelen . . . vergezocht weliswaar, maar denkbaar als schakel in de keten die leidt tot het opsporen van onnodige geldverspilling c.q. tot het bewaken van de kwaliteit van het medisch handelen.

De ziekenfondsen hebben geen enkele boodschap aan tophonoraria sec

Het is evenwel volstrekt onaanvaardbaar dat dergelijke gegevens buiten enig verband met relevante andere gegevens worden gepubliceerd. De ziekenfondsen hebben geen enkele boodschap aan tophonoraria sec. Deze zijn alleen relevant in relatie tot hetgeen is vermeld in art. 13 van de Ziekenfondswet, zoals hierboven vermeld. Moeten we straks soms berichten verwachten op de wijze van: 'Bij huisarts A te B zijn dit jaar 25 verzekerden per duizend ingeschrevenen overleden, bij huisarts C te D daarentegen maar 10 per duizend'? Dit kan leiden tot leuke gezelschapsspelletjes, zoals het uitvissen van het aantal abortus provocatus in de patiëntenkring van elke individuele fysiotherapeut.

In het verleden schreven wij, dat samenwerking tussen de Stichting Medische Registratie en het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen is toe te juichen, aangezien dit kan leiden tot een goede kostenbewaking en gegevens kan leveren voor een in kwalitatief en kwantitatief opzicht goede gezondheidszorg. Het is evenwel te hopen, dat de Landelijke Specialisten Vereniging als partner in dit overleg de ziekenfondsen kan weerhouden van stuntwerk zoals nu door het ziekenfonds in Breda is geleverd.

'ZO GEZOND MOGELIJK'

Onder het motto 'Zo gezond mogelijk..!' wordt dit jaar in Breda het traditionele K.N.M.G.-Ledencongres gehouden. De congresgangers worden daarvoor op donderdag 7 en vrijdag 8 oktober aanstaande verwacht in 'Het Haagje van het Zuiden', waar de leden van de congrescommissie en diverse subcommissies al volop in de slag zitten om er straks iets moois van te maken.

In dit nummer van Medisch Contact – vooruitlopend op in volgende nummers voort te zetten congrespubliciteit – allereerst aandacht voor een historische plaatsbepaling van de congresstad 1976, waar het de afdeling Breda en Omstreken vergund zij een ledencongres van de grond te krijgen dat klinkt als een klok. Eerste voorwaarde: daadwerkelijke belangstelling vanuit het gehele land. Van een dergelijke belangstelling zal men eind mei kunnen getuigen, wanneer via Medisch Contact gelegenheid zal worden geboden zich als congresganger aan te melden.

B.

heidszorg. De directie zal bestaan uit een sector Verzekering gezondheidszorg, een sector Kostenbeleid gezondheidszorg en een stafafdeling Juridische en Algemene Zaken. Met de leiding van de directie is belast de heer E. P. D. Boer, die thans hoofd is van het bureau secretaris-generaal van het ministerie. Met ingang van 1 april 1976 zal de naam van de hoofdafdeling Inrichtingswezen worden gewijzigd in hoofdafdeling Planning en Bouw. Hoofd van deze afdeling is de heer Drs. R. G. Greve. De organisatie van deze hoofdafdeling wordt nog nader bezien.

Open dagen – Het *Medisch-Fysisch Instituut T.N.O.,* Da Costakade 45, Utrecht, organiseert op 10 en 11 juni a.s. open dagen. Er zullen micro-symposia worden gehouden over het thema 'Hart en hersenen'. Aan de hand van demonstraties worden activiteiten van het instituut toegelicht. Een programmaboekje kan worden aangevraagd bij het instituut, tel. 030-935141.

Welzijn voor ouderen – 'Welzijnsbeleid voor ouderen' is een publikatie van de wetenschappelijke instituten C. D. A. Bijdragen voor deze uitgave leverden Mr. Drs. A. P. J. van der Eyden, Drs. A. M. A. J. Janssen, Dr. J. A. M. Meerlo, Dr. J. M. A. Munnichs, de heer P. J. Rijnja en Dr. J. Th. R. Schreuder. Een verslag van de *C.D.A.-studiedag* over een welzijnsbeleid voor ouderen op 1 november jl. staat er ook in. De brochure kan worden besteld door overmaking van *f* 5,90 op giro 237339, Centrum voor Staatkundige Vorming, Den Haag (titel vermelden).

Geslachtsziekten – De Nederlandse Stichting tot Bestrijding der Geslachtsziekten heeft een *informatiebulletin* over geslachtsziekten opgezet. Doel is, een discussieforum bieden aan al wie zich betrokken voelt bij de geslachtsziektenbestrijding en voorts inlichtingen te verstrekken over alle activiteiten op het gebied van de bestrijding van geslachtsziekten. Het adres van de Nederlandse Stichting tot Bestrijding der Geslachtsziekten luidt: Postbus 3200, Utrecht.

Symposium herhaald – Het symposium over *seksuologische hulpverlening in de eerste lijn,* dat de Rutgersstichting in oktober hield, was ver overtekend. Daarom wordt het herhaald. Datum nog onbekend. Inlichtingen: Mr. H. Heijs, Rutgersstichting, Groot Hertoginnelaan 201, Den Haag, tel. 070-323890.

Revalidatieopleiding verpleegkundigen – In oktober van dit jaar start de tweede cursusgroep van de Landelijke Revalidatie-Opleiding voor Verpleegkundigen (L.R.O.V.) te Nijmegen. De opleiding werd voorbereid door een commissie uit de Nationale Ziekenhuisraad. Zij bouwt voort op een experiment van de Vereniging van Revalidatie Inrichtingen in Nederland (*V.R.I.N.*), die een aantal jaren cursussen hield voor verpleegkundigen in de revalidatiecentra. Aan die cursussen namen later ook districtsverpleegkundigen van de kruisverenigingen deel. De opleiding bestaat uit twaalf blokweken van vier dagen, gespreid over een periode van zestien maanden. Tijdens de blokweken wordt een aantal projecten verwerkt. Alle projectonderwerpen tezamen omvatten een zo ruim mogelijk gebied van de revalidatie. Ieder project wordt eerst door de cursist theoretisch voorbereid, waarna het samen met deskundigen verder wordt ontwikkeld. Veel aandacht zal worden besteed aan de taak van de verpleegkundige in het revalidatieproces ten einde de diverse therapie zoveel mogelijk op het dagelijks leven van de revaliderende persoon te laten aansluiten. Verdere informatie is te krijgen bij de cursusleidster L.R.O.V., p/a Heyenoordseweg 5, Arnhem.

Meervoudig gehandicapt – Onder de titel 'buitenspel' schetste de *Werkgroep Centraal Nederland* voorjaar 1975 de problemen waarmee ouders van meervoudig complex gehandicapte kinderen kampen. Ook deed zij voorstellen met betrekking tot een juiste benadering van deze kinderen. In aansluiting hierop wordt in de nota 'Voorzieningen voor meervoudig complex gestoorde kinderen' nu ingegaan op enkele nadere vragen (onderkenning m.c.g.-kinderen als specifieke categorie, integrale benadering, capaciteitsplanning dagopvang, kort-verblijfhuizen). Met vreugde constateren de initiatiefnemers dat in ons land meerdere projecten van de grond komen die uitgaan van de 'buitenspel'-gedachten. Zo werd in Soest het dagverblijf 'De Blauwe Vogel' opengesteld voor 21 meervoudig complex gehandicapte kinderen. Het correspondentieadres van de Werkgroep Centraal Nederland is Bosstraat 2 te Soest.

Bestuur I.P.S.O.-Nederland – I.P.S.O., de International Society for Prosthetics and Orthotics, heeft een nieuw Nederlands bestuur, bestaande uit de heren W. G. Hazelaar, fysiotherapeut (voorzitter), H. C. M. Janssen, revalidatiearts (secretaris), N. Poulssen, chirurg (ledenadministratie), C. Beyer, orthopaedisch instrumentmaker (penningmeester), Mej. E. Hardon, ergotherapeute, en de heer G. J. Onvlee, orthopaedisch chirurg (leden). De Nederlandse I.P.S.O.-afdeling bestaat sinds een jaar of vier. Doel van de vereniging is (niet-politiek gebonden) de ontwikkeling van aanpassingen voor de motorisch gehandicapte patiënt – onder meer *prothesen* en *orthesen* – te inventariseren, te coördineren en verdere research te stimuleren. Secretaris I.P.S.O.-Nederland H. C. M. Janssen, arts, is te bereiken via het revalidatiecentrum 'Hoensbroeck' te Hoensbroek, tel. 045-214000.

Seksuologisch symposium – Een International Symposium on Sex Education and Therapy vindt van 9-12 augustus 1976 in Stockholm plaats. Meer nieuws komt desgevraagd van de organisatoren, zetelend in het *Swedish Institute for Sexual Research,* Kungsgatan 15, S-111 43 Stockholm, Zweden.

Gezondheidscentra onderzocht – In het kader van het Projekt Evaluatie Gezondheidscentra zijn nu drie van de vier deelrapporten verschenen: 'Utrecht', 'Den Haag' en 'Apeldoorn'. Het laatste deelrapport: 'Twee onderzoeken bij de bevolking te Ommoord en Hoensbroek ten aanzien van de aldaar gevestigde gezondheidscentra' komt er ook aan. De drie deelrapporten die er al zijn kosten *f* 6,— per stuk, het rapport van de onderzoeken in Ommoord en Hoensbroek *f* 12,— (alles exclusief portokosten). Bestellingen via het *Itoba,* het Instituut voor toegepaste sociaal-wetenschappelijk onderzoek, advies en begeleiding, Oranje Nassaulaan 37, Amsterdam, tel. 020-730642.

Medische seksuologie – Huisartsen uit de regio Utrecht, gynaecologen over het hele land, psychiaters idem: opgelet! De sectie Seksuologie van de afdeling Gynaecologie van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht organiseert in samenwerking met de Commissie voor postacademisch onderwijs geneeskunde op zaterdag 4 september 1976 een *nascholingsdag* Medische seksuologie ten behoeve van de medicus practicus, onderwerp: 'Pijn tijdens de coïtus (dyspareunie)'. Plaats: Jaarbeurs Congrescentrum. 's Ochtends wordt gesproken over: 'Dyspareunie in de huisartspraktijk' (Dr. R. A. de Melker), 'Dyspareunie bij jongeren, in het bijzonder studenten' (Drs. R. Linschoten), 'Dyspareunie na gynaecologische operaties' (Prof. Dr. A. A. Haspels), 'Dyspareunie en endocrinologie' (Dr. P. A. van Keep) en 'Therapie van de psychogene factoren bij dyspareunie' (Dr. H. Musaph). 's Middags zal over deze onderwerpen in groepen worden gediscussieerd. Voordrachten en discussiehoofdlijnen zullen in een Engelstalige monografie worden ondergebracht (S. Karger, Basel, begin 1977). Kosten – inclusief koffie, lunch, thee en borrel: *f* 75,— over te maken op giro 2900, AMRO-Bank Utrecht, rekeningnummer 45.69.32.380 Dr. H. Musaph, 'Nascholingsdag Medische Seksuologie'. Er kunnen slechts tweehonderd mensen deelnemen. Inschrijvingen bij het secretariaat van de Commissie voor postacademisch onderwijs geneeskunde, Academisch Ziekenhuis Utrecht, Catharijnesingel 101, Utrecht, tel. 030-373339 (9.00-13.00 uur).

Steeds minder abortus in Nederland

Gegevens van de Permanente Registratie Poliklinische Abortus

door *Drs. Paul Schnabel,* onderzoekscoördinator Stimezo Nederland

De Permanente Registratie Poliklinische Abortus is een door Stimezo Nederland in samenwerking met alle Nederlandse abortusklinieken – voor zover deze Nederlandse of in Nederland wonende vrouwen behandelen – opgezet en uitgevoerd project. Van elke in een kliniek behandelde vrouw worden een aantal basisgegevens geregistreerd. De registratie is gestart op 1 januari 1974 en verschaft onder andere informatie over de kenmerken van de abortuspopulatie, de achtergronden van de ongewenste zwangerschap, het verloop van de ingreep en de anticonceptiebegeleiding. Mede op basis van deze registratie wordt door Stimezo Nederland een uitgebreid onderzoeksprogramma uitgevoerd. Op het ogenblik werken 15 abortusklinieken aan de permanente registratie mee.

Een uitgebreid verslag van de Permanente Registratie Poliklinische Abortus treft men aan in: Paul Schnabel, *Abortus in Nederland – Een analyse van abortus als sociaal verschijnsel,* Den Haag, Stimezo, 1976.

Het aantal abortus daalt

Abortus is in Nederland zowel absoluut als relatief gezien een marginaal verschijnsel gebleven. De bij de opkomst van de poliklinische abortushulpverlening door velen verwachte en gevreesde 'abortusexplosie' heeft niet plaatsgevonden; de vraag naar abortus is steeds beneden zelfs de meest bescheiden schattingen gebleven. Na een stijging in de jaren 1968-1972 is de frequentie van abortus weer gaan dalen, van 21.000 in 1972 tot 15.000 in 1975 (abortusklinieken en ziekenhuizen samengenomen). Het aantal in abortusklinieken uitgevoerde zwangerschapsonderbrekingen bij Nederlandse vrouwen daalde van 14.000 in 1973 tot 10.500 in 1975 *(tabel 1).* Van alle landen waar abortus legaal mogelijk is, heeft Nederland verreweg de laagste abortuscijfers. In 1975 kwamen er voor:

- één abortus op iedere 900 inwoners;
- één abortus op ieder 180 vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-44 jaar);
- één abortus op iedere 12 levendgeborenen.

Als verklaring voor deze uitzonderlijk lage abortuscijfers (zie *tabel 2* voor een internationale vergelijking) moet vooral het in ons land wijdverbreide en nog steeds beter wordende gebruik van goede anticonceptie worden genoemd. Abortus kwam bovendien in Nederland pas ter beschikking, toen er al een goede anticonceptiepraktijk tot ontwikkeling was gekomen. Een niet te onderschatten rol speelt zeker ook de in het algemeen positieve houding van de huisartsen ten opzichte van anticonceptie. Als meer directe oorzaken van de daling in de frequentie van abortus in de jaren 1973-1975 kunnen worden beschouwd:

- *de snelle toename van het aantal sterilisaties.* In 1970 was het aantal sterilisaties nog erg gering, maar in 1974 lieten zich niet minder dan 55.000 mannen en vrouwen vrijwillig steriliseren. Van de mannelijke bevolking tussen 35 en 45 jaar was begin 1976 al meer dan 5% gesteriliseerd;
- *de opkomst van de morning after-pil.* De behoefte aan dit middel neemt nog steeds toe. In 1974 werd de morning after-pil ruim 50.000 keer voorgeschreven, wat neerkomt op één kuur per 60 vrouwen van 15-44 jaar;
- *de introductie van de overtijdbehandeling* of menstruatieregeling. In

Tabel 1. Abortus bij Nederlandse vrouwen

jaar	totaal	waarvan in abortusklinieken
1971	15.000	6.000
1972	21.000	14.000
1973	20.000	14.000
1974	17.000	12.000
1975	15.000	10.500

Tabel 2. Internationale vergelijking van abortuscijfers

		aantal abortus		
		per 1.000 inwoners	per 1.000 vrouwen (15-44 jaar)	per 1.000 geboorten
Nederland	(1975)	1,1	5,5	81
Engeland	(1974)	2,2	11,5	176
Zweden	(1974)	3,8	19,2	285
Denemarken	(1974)	4,9	24,3	344
Ver. Staten	(1973)	3,5	16,5	236
Tsj.-Slow.	(1973)	5,5	25,6	287
Bulgarije	(1974)	14,2	65,8	828
Hongarije	(1973)	16,3	73,5	1.023

1974 werd deze methode, die overigens alweer op haar retour lijkt te zijn, bij ongeveer 1.500 vrouwen toegepast.

Abortus als aanvullende maatregel van geboortenregeling

Abortus wordt in Nederland in het algemeen zeer selectief als een aanvullende maatregel van geboortenregeling en niet als een substituut voor anticonceptie toegepast. De invloed van abortus op de spectaculaire daling van het geboortecijfer (van 18,3 in 1970 tot 13,0 in 1975) is dan ook bescheiden gebleven. In de periode 1970-1975 kan abortus voor niet meer dan 20-25% echt verantwoordelijk worden gemaakt voor het verschil tussen het werkelijke en het verwachte aantal geboorten. Voor zeker 75-80% moet dit verschil aan de verbreding en de verbetering van het gebruik van anticonceptie worden toegeschreven.
Als aanvullende maatregel van geboortenregeling is de invloed van abortus vooral merkbaar bij de handhaving van het gezin op de gewenste of bereikte grootte en bij de preventie van buitenechtelijke geboorten en gedwongen huwelijken. Zonder abortus zou het aantal buitenechtelijke geboorten en gedwongen huwelijken de afgelopen jaren zeer sterk zijn gestegen en zeker niet zijn gedaald, zoals nu het geval is.
De huidige behoefte aan abortus moet dan ook gezien worden in het kader van de belangrijke veranderingen, die zich in de afgelopen tien jaar in het Nederlandse patroon van relatie- en gezinsvorming hebben voorgedaan. In het moderne *patroon van relatievorming* vallen op: een hoge waardering van de seksualiteit, een algemene verbreiding van het voorechtelijke geslachtsverkeer, de verbinding van liefde en seksuele aantrekkingskracht als grondslag van het huwelijk, de neiging al jong seksuele contacten aan te gaan en al jong te trouwen. In het moderne *patroon van gezinsvorming* vallen op: een loskoppeling van het begin van het huwelijk en het begin van de gezinsvormende fase, de trend naar het kleine gezin met slechts enkele (meestal twee) in aantal en opeenvolging bewust geplande kinderen, de verkorting van de gezinsvormende fase tot ongeveer de eerste zeven jaar van het huwelijk. Dit patroon van gezinsvorming staat bekend als het 'modern-westerse' gezin, dat in Nederland laat maar wel algemeen ingang heeft gevonden.

In het moderne patroon van relatie- en gezinsvorming gaat een lange periode van regelmatig seksueel verkeer samen met een zeer korte periode van gewenste en gebruikte vruchtbaarheid. Concreet stelt dit patroon de vrouw in de loop van haar vruchtbare leven voor de volgende drie opgaven:

1. de vermijding van een premaritale graviditeit, en daarmee van een gedwongen huwelijk of het ongehuwd moederschap;
2. de gezinsregeling: de planning van aantal, komst en opeenvolging van de kinderen in de fase van gezinsvorming;
3. de fixering van het gezin op de gewenste grootte, de vermijding dus van verdere zwangerschappen na de voltooiing van het gezin.

De vervulling van deze opgaven vraagt om een effectieve regeling van de vruchtbaarheid door een permanent en goed gebruik van goede anticonceptie. Daaraan ontbreekt het echter nog maar al te vaak. Het huidige patroon van relatie- en gezinsvorming zou zich dan ook niet zo algemeen kunnen handhaven, wanneer er behalve anticonceptie niet nog andere mechanismen van geboortenregeling zouden zijn. Abortus is zo'n mechanisme.

De risicogroepen

Uit de kenmerken van het moderne patroon van relatie- en gezinsvorming vloeit al bijna automatisch voort, dat de belangrijkste risicogroepen voor ongewenste zwangerschap en abortus de ongehuwde meisjes en de gehuwde vrouwen met een voltooid gezien moeten zijn. Inderdaad blijken deze twee categorieën in de abortuspopulatie (van de abortusklinieken, maar zeer waarschijnlijk ook van de ziekenhuizen) sterk oververtegenwoordigd te zijn.

1. Ongehuwde meisjes

Seksueel verkeer vóór het huwelijk is een normale zaak geworden. In 1974 had ruim 40% van de ongehuwde jongeren (16-20 jaar) al coïtuservaring (1968: 22%). Nog slechts zeer weinigen gaan zonder seksuele ervaring het huwelijk in. Een zwangerschap echter is voor ongehuwden nog bijna altijd een groot probleem; 1 op de 3 bij ongehuwde meisjes ontstane zwangerschappen eindigt dan ook in een abortus. Ongehuwden hebben grote problemen met anticonceptie door hun ambivalente houding ten aanzien van de seksualiteit, maar ook door het feit dat er eigenlijk geen goede anticonceptie is voor mensen die onregelmatig of slechts incidenteel seksueel verkeer hebben.
Bijna 47% van de abortuspopulatie bestaat uit ongehuwden, terwijl het aandeel van de ongehuwden in de vrouwelijke bevolking van 15-45 jaar slechts iets meer dan 30% bedraagt. Het abortuscijfer van de ongehuwden is ongeveer 9, wat wil zeggen dat er van iedere 1.000 ongehuwde vrouwen en meisjes per jaar ongeveer 9 – dus bijna 1% – een abortus ondergaan. De gemiddelde leeftijd van de ongehuwden in de abortuspopulatie is 21 jaar, ruim een derde is jonger dan 20 jaar.
Van alle ongehuwden heeft ruim de helft in de periode waarin de zwangerschap is ontstaan geen enkele vorm van anticonceptie toegepast. De meerderheid van deze groep gebruikte zelfs nooit een voorbehoedmiddel. Slechts van 25% van de ongehuwde abortuscliënten kan worden gezegd, dat zij pech hebben gehad omdat de methode (pil of condoom) heeft gefaald of door henzelf niet goed is toegepast. Het blijkt dat de kans op het gebruik van anticonceptie geringer is naarmate het meisje jonger en onzelfstandiger is en naarmate er minder sprake is van een vaste en stabiele relatie. Het gebruik van anticonceptie wordt zeker niet actueel bij ieder seksueel contact, maar pas bij seksueel contact in het kader van een vaste en stabiele relatie. Dat heeft tot gevolg dat de anticonceptie juist in die situaties waarin er objectief gezien het meest behoefte aan zou moeten bestaan, het minst wordt toegepast.

2. Gehuwde vrouwen met een voltooid gezin

Door de daling van de huwelijksleeftijd (nu gemiddeld 22,5 jaar) en de inkorting van de gezinsvormende fase wordt de jongste generatie van gehuwde vrouwen na de voltooiing van het gezin onvermijdelijk geconfronteerd met een zeer lange periode van ongewenste vruchtbaarheid (15 tot 20 jaar). Zelfs bij goed anticonceptiegebruik is dan de kans op een ongewenste zwangerschap allerminst denkbeeldig.
Van de gehuwde vrouwen in de abortuspopulatie heeft bijna 75% al een gezin met minstens twee kinderen.

Vrijwel zonder uitzondering beschouwen zij daarmee hun gezin als voltooid. Of een gezin voltooid is of niet, hangt niet alleen van het gerealiseerde kindertal af maar ook van de leeftijd van de vrouw én van het jongste kind. Naarmate beiden ouder zijn, wordt eerder voor abortus gekozen. In dit verband is het ook interessant vast te stellen, dat de abortusratio bij gehuwde vrouwen toeneemt van 1 abortus op iedere 50 zwangerschappen bij vrouwen onder de 30 jaar, tot 1 op de 3 bij vrouwen van 35 jaar en ouder met al minstens twee kinderen.

De gemiddelde leeftijd van de gehuwden in de abortuspopulatie is 33,5 jaar; bijna 20% is 40 jaar of ouder. Het gemiddelde kindertal neemt met de leeftijd sterk toe. Interessant is dat op basis van historisch materiaal kan worden geconcludeerd dat het aantal abortus per vrouw de laatste halve eeuw eigenlijk verrassend constant is gebleven, maar dat het aantal zwangerschappen per vrouw sterk is gedaald. Een meer en beter gebruik van anticonceptie is hier de enig mogelijke verklaring.

Het anticonceptiepatroon van de gehuwden in de abortuspopulatie is duidelijk beter dan dat van de ongehuwden, maar het blijft toch choquerend te moeten vaststellen dat bijna 20% van de gehuwden gewoon was geen anticonceptie toe te passen, dat ruim 30% geen anticonceptie toepaste in de periode voorafgaande aan de zwangerschap, en dat bijna 15% 'soms' wel eens een poging deed een zwangerschap te voorkomen. Opvallend is de nog altijd grote populariteit van methodes als coïtus interruptus en periodieke onthouding (23%). Het condoom blijkt zowel bij de gehuwden als bij de ongehuwden in de abortuspopulatie het meest toegepaste anticonceptivum te zijn (29%). Het toch wel grote aandeel van de pilgebruiksters (10%) en de pilstopsters (11%) in de abortuspopulatie doet vermoeden, dat erg veel gehuwden grote problemen hebben met de pil.

De probleemgroepen

Naast de grote risicogroepen kunnen nog enkele kleine probleemgroepen worden onderscheiden, voor wie abortus niet in de eerste plaats een aanvullende maatregel van geboortenregeling is maar min of meer als vervanger van anticonceptie dienst doet. Van abortus in deze 'ouderwetse' zin van het woord kan eigenlijk alleen worden gesproken bij vrouwen die uit een heel andere cultuursfeer dan de Nederlandse stammen.

Ik denk hier dan vooral aan de *gastarbeidersvrouwen* en de *vrouwen uit Suriname*. Het aandeel van de gastarbeidersvrouwen in de abortuspopulatie steeg van 2,6% in 1974 tot 4,6% in 1975; het aandeel van de Surinaamse vrouwen steeg, mede onder invloed van de versnelde migratie naar Nederland, van 4% in 1974 tot ruim 7% in 1975. De overgrote meerderheid van deze vrouwen past geen anticonceptie toe en de voorwaarden voor een goed anticonceptiegebruik zijn bij hen ook meestal niet aanwezig. De logica van het pilritme ontgaat hen en hun partner is slechts zelden bereid door het gebruik van condooms zijn bijdrage te leveren aan de gezinsregeling. Het abortusrecidivisme is dan ook hoog (17%) onder de in Nederland wonende buitenlandse vrouwen.

Een duidelijke probleemgroep voor abortus en ongewenste zwangerschap vormen overigens ook de *gescheiden vrouwen*. Ook hun aandeel in de abortuspopulatie stijgt; het lag in 1975 al boven de 5%. Gescheiden vrouwen en vrouwen die 'in scheiding liggen' lopen een bijzonder groot risico ongewenst zwanger te raken. Zelfs wanneer ze altijd trouw en goed anticonceptie hebben toegepast, zullen ze in de crisis van de scheiding en ook daarna toch geneigd zijn anticonceptie te verwaarlozen. Meer dan 50% van de gescheiden vrouwen in de abortuspopulatie paste in de periode voor het ontstaan van de zwangerschap geen enkele vorm van anticonceptie toe. Ook onder de gescheiden vrouwen zijn er velen met abortuservaring, 5% heeft zelfs al twee of meer eerdere zwangerschapsonderbrekingen achter de rug.

Tabel 3 tenslotte geeft een overzicht van de abortuscijfers voor de risico- en probleemgroepen. Men ziet dat de cijfers voor de probleemgroepen aanzienlijk boven die van de risicogroepen uitgaan.

De uitvoering van de ingreep

Zoals bekend hebben de hulpverleners in de Nederlandse abortusklinieken gekozen voor het zogenaamde 'ja, tenzij. . .'-standpunt, wat inhoudt dat de beslissing van de vrouw de zwangerschap niet te willen uitdragen wordt beschouwd als een voldoende indicatie voor abortus. Het is dan de taak van de hulpverlener zich ervan te overtuigen dat het inderdaad de vrouw zelf is die een abortus wenst (het authenticiteitscriterium) en dat er geen beletselen van somatische of andere aard zijn voor de uitvoering van de ingreep.

De 'ja, tenzij . . .'-houding heeft als logisch gevolg dat het aantal uitgevoerde ingrepen niet erg ver onder het aantal 'intakes' zal liggen. In de poliklinieken ligt volgens de gegevens van de Permanente Registratie het aantal behandelingen ongeveer 5% lager dan het aantal 'intakes'. De belangrijkste redenen om de ingreep niet uit te voeren zijn wel, dat de zwangerschap al te ver gevorderd is of dat er helemaal geen sprake is van een zwangerschap. Werkelijke contra-indicaties voor abortus zijn zeldzaam; voor de poliklinische abortus gelden als zodanig onder meer een slechte algehele lichamelijke toestand, bloedstollingsstoornissen en ernstige vormen van vaginisme. In 1974-1975 werden bij 34 Nederlandse vrouwen contra-indicaties vastgesteld.

Complicaties bij abortus

In de Permanente Registratie is alleen een vraag naar het optreden van directe complicaties (operatief en obstetrisch) opgenomen. Uit *tabel 4* (zie de volgende bladzijde) blijkt wel, dat de frequen-

Tabel 3. Abortuscijfers van de risico- en probleemgroepen voor ongewenste zwangerschap en abortus (1974-1975)

	aantal abortus per 1.000 vrouwen 15-44 jaar
1. ongehuwden	9
2. gehuwden met een voltooid gezin	5- 7 (minimum)
3. gescheiden vrouwen	16-20
4. vrouwen uit Suriname	15-30
5. gastarbeidersvrouwen	15-25

tie van complicaties bij abortus statistisch gezien te verwaarlozen is en dat bovendien het karakter van de directe complicaties in het algemeen weinig dramatisch is. Het is van belang dit vast te stellen, omdat in de abortusdiscussie over het optreden van complicaties de meest wilde speculaties met veel aplomb worden geponeerd. Iedere medische ingreep brengt bepaalde risico's mee, abortus niet méér, eerder minder, dan andere ingrepen.
Uit de literatuur over complicaties bij abortus blijkt steeds weer, dat de kans op complicaties het kleinst is bij toepassing van de vacuüm-aspiratiemethode. Bovendien blijkt dat het complicatiecijfer drastisch omlaag gebracht kan worden, wanneer de methode wordt toegepast door een ervaren arts in een goed geoutilleerde abortuskliniek. In Amerika liep het complicatiecijfer al kort na de introductie van de poliklinische abortushulpverlening met meer dan 50% terug.
Overigens moet ik wel toegeven, dat de gegevens van de Permanente Registratie juist op het punt van de complicaties niet zo erg betrouwbaar zijn. Onder de abortushulpverleners bestaat namelijk geen 'communis opinio' over wat nu wanneer een complicatie is en dat heeft zijn weerslag op de registratie. In 1976 echter is in het kader van het Stimezo-onderzoeksprogramma een uitgebreid onderzoek naar het optreden van directe en vroege complicaties opgezet.
Verwacht wordt, dat dit onderzoek een nader inzicht zal geven in de frequentie van de complicaties en in de omstandigheden waaronder complicaties optreden.

Tabel 4. Aard van de complicaties bij de ingreep (in absolute aantallen) (1974-1975)

operatieve complicaties	
bloedverlies, meer dan 300 cc	217
perforatie in fundo, wel gevolgen	84
perforatie in fundo, geen gevolgen	19
fausse route	9
cervixscheur	12
shock	5
overige (of combinaties)	90
	436
obstetrische complicaties	
zwangerschap te ver	19
molazwangerschap	17
overige	40
	76
Aantal ingrepen 1974-1975	22.000
Percentage operatieve complicaties	2%

Tabel 5. Zwangerschapsduur ten tijde van de ingreep in weken amenorrhoe (1975)

5 weken	4,7%	
6 weken	12,8	
7 weken	20,5	
8 weken	24,0	
9 weken	13,5	
10 weken	9,3	
11 weken	4,3	
12 weken	3,9	
13 weken	2,4	
14 weken	4,5	
	100,0%	(N = 9.504)
Gemiddelde zwangerschapsduur	8,42 weken	

De duur van de zwangerschap

Bij meer dan 75% van de in 1974 en 1975 in de abortusklinieken behandelde vrouwen viel de datum van de laatste menstruatie minder dan 10 weken vóór de ingreep, bij slechts 6 à 7% was de laatste menstruatie toen al 13 of meer weken geleden *(tabel 5)*. Abortus wordt in Nederland vooral uitgevoerd op het einde van de tweede en het begin van de derde maand sinds de laatste menstruatie. De gemiddelde zwangerschapsduur is minder dan 8,5 weken. In vergelijking met veel andere landen is dat erg laag. In Engeland bijvoorbeeld ligt dit cijfer enkele weken hoger; nog in 1973 werd in Engeland 18% van de ingrepen uitgevoerd bij vrouwen die al meer dan 12 weken zwanger waren (meer dan 14 weken amenorrhoe).

Reconstrueren we het typische verloop van de gebeurtenissen vanaf het ontstaan van de ongewenste zwangerschap, dan komen we tot een *model* met de volgende fasen:

1. *uitblijven van de menstruatie,* vermoeden van zwangerschap (2-4 weken na bevruchting);
2. *bezoek aan de huisarts,* positieve zwangerschapstest (4-5 weken na de bevruchting);
3. *definitieve besluitvorming,* keuze voor abortus, afspraak met kliniek (5-6 weken na de bevruchting);
4. *uitvoering van de ingreep* (7-9 weken na de bevruchting).

Uit dit model blijkt, dat de speelruimte voor de uitvoering van een poliklinische abortus in de tijd gezien vrij klein is. Vertragingen in de bepaling van de zwangerschap, in de besluitvorming, de voorverwijzing of de behandeling kunnen al snel tot gevolg hebben dat een poliklinische behandeling niet meer mogelijk is.

Een heel aparte problematiek wordt gevormd door de vrouwen met een *verdergevorderde zwangerschap,* 7 tot 10% van de abortuspopulatie. Uit het onderzoek van Van den Bergh (Medisch Contact nr. 48/1974, blz. 1555) blijkt dat deze vrouwen, die voor het merendeel in de speciaal daarvoor ingerichte Bloemenhove-kliniek in Heemstede worden behandeld, vooral uit angst pas zo laat een beroep op de abortushulpverlening doen – uit angst om het feit van de zwangerschap zelf onder ogen te zien of uit angst om anderen met dat feit te confronteren. De zwangerschap wordt zo lang mogelijk ontkend en genegeerd. Ook ontstaan er nogal eens vertragingen bij de herkenning van de zwangerschap (pilpauze, vermoeden van begin menopau-

ze), de besluitvorming of de doorverwijzing.
Overigens geeft de omvang van het verschijnsel van de late abortus weinig reden tot dramatisering. Slechts een kleine minderheid van alle zwangerschapsonderbrekingen kan als late abortus worden gekwalificeerd en zelfs dat 'late' wordt nog gerélativeerd, wanneer men bedenkt dat de gemiddelde duur van de zwangerschappen tussen 13 en 21 weken in 1974 14,3 weken amenorrhoe bedroeg.

Tenslotte kunnen we dan met betrekking tot de zwangerschapsduur de volgende *typologie* construeren:

1. de gemiddeld *kortste* zwangerschapsduur zullen we aantreffen bij gehuwde Nederlandse vrouwen die al eerder kinderen hebben gehad en op een hoog gekwalificeerde schoolopleiding kunnen terugblikken;
2. de gemiddeld *langste* zwangerschapsduur zullen we aantreffen bij de jonge ongehuwden zonder relatie, zonder zwangerschapservaring en met weinig schoolopleiding.

Anticonceptie na de abortus

Vast onderdeel van de hulpverlening in de abortusklinieken is de anticonceptie-advisering. Met iedere cliënte wordt gesproken over de anticonceptie die ze van nu af aan denkt te gaan toepassen; ze krijgt daar advies over, eventueel wordt haar het middel ook verstrekt.

Tevens wordt bekeken welke instantie in de toekomst het best de anticonceptiebegeleiding op zich kan nemen. Meestal is dat de huisarts (85%), maar wanneer dat niet mogelijk is, verwijst men door naar de Rutgersstichting.

Het patroon van de anticonceptie-advisering wordt gedomineerd door de hormonale anticonceptie (ruim 75%), uiteraard vooral de combinatiepreparaten. Alle andere vormen van anticonceptie zinken daarnaast in het niet. Eigenlijk kan er alleen voor de gehuwde vrouwen worden gesproken van aantrekkelijke alternatieven voor de hormonale anticonceptie.
Vooral sterilisatie blijkt zich in een toenemende mate van populariteit te mogen verheugen, terwijl ook het spiraaltje duidelijk terrein aan het winnen is (9%). De prikpil wordt vooral geadviseerd aan gastarbeidersvrouwen, aan vrouwen uit Suriname en aan vrouwen die een zeer onregelmatig leven leiden.

Over het effect van de anticonceptiehulpverlening in de klinieken bestaat nog geen zekerheid. De onderzoeksresultaten die er op dit punt beschikbaar zijn, geven echter aanleiding tot optimisme. Kwantitatief mag de anticonceptiehulpverlening van de abortusklinieken misschien niet indrukwekkend zijn, kwalitatief gezien is zij toch van een niet te onderschatten betekenis, omdat het steeds gaat om individuele hulpverlening aan mensen die juist door het weglaten of slechte gebruiken van anticonceptie in de knoei zijn gekomen. Op langere termijn moet het effect van de anticonceptie-advisering afgeleid kunnen worden uit de hopelijk geringe omvang van de abortusrecidive.

Abortuservaring en abortusrecidivisme

In de discussies over de eventuele liberalisering van de abortuswetgeving en bij de introductie van de abortushulpverlening is herhaaldelijk de vrees uitgesproken dat abortus een verwaarlozing van anticonceptie tot gevolg zou hebben. Zo'n verwaarlozing zou dan al snel moeten kunnen worden afgelezen aan een voortdurende stijging van het aantal zwangerschapsonderbrekingen per jaar en aan een hoge mate van abortusrecidivisme. Dergelijke ontwikkelingen hebben zich in Nederland niet voorgedaan: *het aantal zwangerschapsonderbrekingen per jaar is vrij bescheiden en daalt al sinds enkele jaren, het aandeel van de abortusrecidivisten in de populatie is gering.*

In 1974 had ruim 8% van de abortuscliënten al eens eerder een abortus gehad, in 1975 was dat gestegen tot ongeveer 10%. Naar schatting komt 1 op iedere 50 abortuscliënten nog eens terug. Overigens is de oververtegenwoordiging van de oorspronkelijk niet uit Nederland afkomstige vrouwen onder de abortusrecidivisten zo groot, dat het aandeel van de abortusrecidivisten in de strikt Nederlandse populatie

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

Aangepaste naaldbanden Medisch Contact

Verkrijgbaar zijn inmiddels aan het nieuwe formaat van Medisch Contact aangepaste naaldbanden, waarin 26 nummers van een lopende jaargang van Medisch Contact op simpele wijze kunnen worden gebundeld. Wil men gedurende de gehele jaargang de binnenkomende nummers samenbundelen, dan zal men over twee naaldbanden moeten beschikken.

Stempelbanden Medisch Contact 1975

Uiteraard blijft de iets kleinere vaste band (stempelband), waarin de jaargang 1975 kan worden ingebonden, gehandhaafd. Hiervoor heeft men één band per jaargang nodig, indien tevoren het advertentiegedeelte uit de losse nummers wordt genomen.

Naaldbanden en stempelbanden kunnen uitsluitend worden besteld door overmaking van respectievelijk f 18,50 en f 13,50 per band op postgiro 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103, Utrecht.

slechts 6,7% bedroeg. Onder de niet uit Nederland afkomstige vrouwen vindt men ook veel vaker meervoudig abortusrecidivisme.

Huisarts en abortus

De abortusklinieken hechten eraan dat de cliënten pas na verwijzing door een arts, bij voorkeur de eigen huisarts, contact opnemen met de kliniek. Uit *tabel 6* blijkt, dat vrij veel vrouwen toch eerst op eigen initiatief en zonder verwijzing door de huisarts (telefonisch) contact opnemen met de kliniek. Zij krijgen dan altijd het advies eerst contact op te nemen met de eigen huisarts of wanneer dat niet kan met een arts van de Rutgersstichting. *De indruk bestaat, dat veel vrouwen bang zijn om met hun huisarts over abortus te spreken.* Die angst blijkt overigens achteraf heel vaak ongegrond te zijn en zegt in het algemeen meer over de manier waarop de cliënte zelf tegen de abortus aankijkt dan dat hij de opinie van haar arts weergeeft.

Tabel 6. Doorverwijzing naar de abortuskliniek

	al vóór eerste contact cliënte met kliniek	na eerste contact cliënte met kliniek
huisarts	56%	70%
Rutgersstichting	13%	22%
andere instanties	—	5%
geen verwijzing	31%	3%
	100%	100%

Iets dergelijks doet zich ook voor ten aanzien van de anticonceptiebegeleiding. Vooral jonge ongehuwde meisjes geven heel vaak (voor bijna 50%!) te kennen het moeilijk te vinden met hun huisarts over anticonceptie te praten. Van de ongehuwden in de abortuspopulatie is dan ook 60% nog nooit bij de huisarts geweest voor anticonceptie. Men is bang dat de huisarts hulp zal weigeren of de ouders zal gaan inlichten. Dat is jammer, omdat de eigen huisarts bij uitstek de figuur zou moeten zijn bij wie men met problemen op het gebied van de geboortenregeling te rade kan gaan. Misschien zou het goed zijn, wanneer de huisarts in voorkomende gevallen zelf wat duidelijker laat merken dat hij best genegen is op dit gebied ook aan ongehuwden hulp te verlenen. Wanneer het gaat om de preventie van ongewenste zwangerschappen en abortus blijft vanuit het gegeven systeem van gezondheidszorg de huisarts toch verreweg het belangrijkste aanbod.

Meer toegankelijkheid voor gehandicapten

Een subcommissie van de Interdepartementale Stuurgroep Revalidatiebeleid heeft een rapport samengesteld over de toegankelijkheidd van het openbare leven voor gehandicapten in Nederland. In 1971 heeft de minister van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk aan deze stuurgroep advies gevraagd over een mogelijke wetgeving op dit gebied.

Honderdduizenden Nederlanders ervaren dagelijks in hun gewone leven meer of minder ernstige belemmeringen door ontoegankelijkheid. Ruim één miljoen Nederlanders zijn matig tot zeer ernstig lichamelijk of zintuiglijk gehandicapt. Verder zijn er mensen die tijdelijk gehandicapt zijn tengevolge van ongelukken of ziekten, ouders met kinderwagens en bejaarden. Al deze mensen ervaren ontoegankelijkheid dat wil zeggen dat zij obstakels tegen komen bij het doen van de huishouding en boodschappen, het gaan naar school of naar het werk, bij het besteden van hun vrije tijd en het op bezoek gaan bij vrienden of familie. Sinds vooral de jaren zestig zijn er veel en velerlei acties om deze problemen te helpen oplossen.

In het rapport van de stuurgroep worden de obstakels beschreven en de betekenis daarvan in educatief, economisch en sociaal opzicht. De auteurs schetsen de huidige stand van zaken, de vele verbeteringen die al zijn bereikt en de internationale ontwikkelingen en afspraken op het terrein van de toegankelijkheidsbevordering.

De auteurs zijn van mening dat nu de tijd gekomen is voor een landelijke coördinatie en geven de argumenten en uitgangspunten daarvoor aan. Zij komen in hun eerste program van actie tot zestien voorstellen die worden onderbouwd in een financiële paragraaf. De voorstellen liggen op het terrein van de overheidscoördinatie het wonen, het parkeren, de toegankelijkheid van overheidsgebouwen, deelname aan het verkeer, openbaar vervoer, mentaliteitsbeïnvloeding, ondertiteling van T.V.-programma's, bouwkundig onderwijs en research, recreatie-mogelijkheden en dergelijke. Het zijn plannen om het voor gehandicapten mogelijk te maken aan het maatschappelijk gebeuren deel te nemen.

Zeer velen zullen te maken hebben met deze toegankelijkheidsvoorstellen, die in deze tweede publikatie in de serie I.S.R. rapporten worden gedaan. Het is de opzet dat nu de mensen en instanties, die er bij betrokken zijn hun mening laten horen aan de Interdepartementale Stuurgroep Revalidatiebeleid (p/a Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Dr. Reijersstraat 12, Leidschendam). De ontvangen reacties zullen dan bij het eindoordeel van de bewindslieden betrokken kunnen worden. Het rapport 'Meer toegankelijkheid voor gehandicapten in Nederland' kan worden besteld bij de Staatsuitgeverij, Christoffel Plantijnstraat, 's-Gravenhage à *f* 17,50, exclusief portokosten *f* 2,25.

De ambivalente positie van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen

door *Drs. G. J. van Tongeren*

De huidige ontwikkeling van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (P.A.A.Z.'en) lijkt een ongunstige weerslag te hebben op de ontwikkeling van de psychiatrische inrichtingen. Het is raadzaam die ontwikkeling van P.A.A.Z.'en te stoppen. Aldus de conclusie van bijgaand artikel. Het werd geschreven door de socioloog Drs. G. J. van Tongeren, die werkt bij de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland.

Inleiding

De maatschappelijke sectoren waarin overheidsbeleid en particulier initiatief elkaar ontmoeten worden gekenmerkt door een zekere tegenstelling tussen de van overheidswege geformuleerde generale richtlijnen en voorschriften en de door particuliere instellingen gewenste vrijheid van handelen. De gezondheidszorg is een voorbeeld van een dergelijke maatschappelijke sector waarin de ontmoeting tussen overheid en particulier initiatief met betrekking tot een aantal actuele vraagstukken bijzonder frequent en intensief is en waarin de tegenstellingen zich dan ook regelmatig openbaren. In algemene zin kunnen we stellen dat de aan deze tegenstellingen ten grondslag liggende principiële vraag betrekking heeft op de marge van beslissingsvrijheid die dient te worden gereserveerd voor overheid respectievelijk particulier initiatief.
Ter illustratie van het voorgaande kunnen we het volgende voorbeeld geven. Bij de planning van klinische voorzieningen zijn thans een aantal door de overheid geformuleerde kwantitatieve vuistregels en richtlijnen over de omvang van de capaciteit aan plaatsen in ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische inrichtingen en inrichtingen voor geestelijk gehandicapten van kracht[1]. Bijna zonder uitzondering worden deze vuistregels door de betreffende instituten aangevochten als zijnde te laag en niet wetenschappelijk gefundeerd. Bij beschouwing van deze polemiek kunnen wij ons niet aan de indruk onttrekken, dat niet zozeer het gebrek aan wetenschappelijke basis punt van kritiek is als wel de hoogte van de vuistregel. Aan de bepaling van de totale omvang liggen overigens zoveel subjectief-normatieve uitgangspunten over bijvoorbeeld de noodzaak (of wenselijkheid) van ziekenhuisopname, de verpleegduur en de aard en intensiteit van de behandeling ten grondslag dat het uiterst twijfelachtig is of werkelijk objectief-wetenschappelijke richtlijnen en vuistregels kunnen worden geformuleerd.

In de confrontatie en discussie tussen 'overheid' en 'particulier initiatief' heeft de eerstgenoemde het belangrijke voordeel dat de laatstgenoemde wordt gekenmerkt door heterogeniteit. Dit impliceert dat bij de uitvoering van overheidsmaatregelen de kans groot is dat een scheiding der geesten in het omvattende veld van de gezondheidszorg optreedt. Een scheiding tussen groeperingen die door de betreffende maatregel worden benadeeld (of menen te worden benadeeld) en groeperingen die worden bevoordeeld (of menen te worden bevoordeeld). Bij pogingen van de centrale overheid om de $4^{o}/_{oo}$ vuistregel (4 bedden in ziekenhuizen per 1.000 inwoners van een min of meer nauwkeurig omschreven regio) uit te voeren wordt weerstand ondervonden van de besturen en directies van algemene ziekenhuizen die vrezen voor een capaciteitsreductie in hun instituut. Er wordt echter steun verkregen van de voorzieningen in de eerstelijns gezondheidszorg (kruisverenigingen, huisartsen, gezondheidscentra).
Zeker wanneer expliciet wordt gesteld dat het beleid is gericht op 'een verschuiving van het accent dat nu te eenzijdig wordt gelegd op de specialistische intramurale zorg, naar de extramurale zorg en naar de preventie'[2], is het waarschijnlijk dat de vaak latente tegenstellingen in de gezondheidszorg manifest worden. De genoemde tegenstellingen leiden tot polarisatie en vervolgens tot standpunten die, zowel door overheid als particulieren, worden geformuleerd zonder de daarbij noodzakelijke nuanceringen aan te brengen.
In dit stuk zal worden getracht rond de totstandkoming en ontwikkeling van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (P.A.A.Z.'en) een analyse te geven van standpunten, visies, officiële vuistregels en richtlijnen.

De P.A.A.Z. manifesteert een betrekkelijk recente differentiatie in het voorzieningenpakket van de gezondheidszorg, die zowel de somatische als de geestelijke gezondheidszorg raakt. De problematiek rond de P.A.A.Z. vertoont de volgende, hierboven reeds globaal aangegeven aspecten:

- een tegenstelling tussen enerzijds de overheid (die kwantitatieve vuistregels aangaande de totale capaciteit aan plaatsen formuleert en voorwaarden geeft waaraan een P.A.A.Z. dient te voldoen) en anderzijds de algemene ziekenhuizen (die het arbitraire karakter van deze richtlijnen benadrukken);

- een tegenstelling tussen enerzijds de algemene ziekenhuizen (die dikwijls van mening zijn dat een P.A.A.Z. in elk ziekenhuis aanwezig dient te zijn) en anderzijds de psychiatrische inrichtingen (die een ernstige uitholling van hun functie in de geestelijke gezondheidszorg vrezen).

De volgende aspecten van de tegenstellingen zullen worden geanalyseerd en van commentaar voorzien:

- de door de overheid geformuleerde vuistregels en voorwaarden;
- de door algemene ziekenhuizen verkondigde standpunten;
- de door psychiatrische inrichtingen verkondigde standpunten.

Door de overheid geformuleerde vuistregels en voorwaarden

'De psychiatrie wordt gerekend te behoren tot de specialismen in het algemeen ziekenhuis en zij behoort daar een geïntegreerd onderdeel van het dienstenpakket te zijn'[3]. Dat deze stellige uitspraak niet zonder meer impliceert dat ieder algemeen ziekenhuis dient te beschikken over een aparte psychiatrische afdeling blijkt uit nadere nuancerende uitspraken. 'Een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis zal een *aparte* afdeling moeten zijn, opdat de *specifieke* socio-therapeutische sfeer, het *verschil* in benaderingsprocedure en in attitude tegenover de patiënt tot hun recht komen. Gesteld mag worden dat een psychiatrische afdeling duidelijk een *eigen karakter* dient te hebben, uitsluitend bestemd voor de behandeling van psychiatrische patiënten. Een psychiatrische afdeling dient dan ook *gescheiden van andere afdelingen* te zijn opgezet en mag bijvoorbeeld niet tevens bestemd worden voor neurologische patiënten'[4].
Het is de vraag of er nog sprake is van een 'geïntegreerd onderdeel van het dienstenpakket', wanneer dergelijke specifieke eisen worden gesteld aan de P.A.A.Z. en wanneer bij herhaling het eigen, aparte en verschillende karakter ten opzichte van andere afdelingen wordt benadrukt. Afgezien van praktische bouwkundige problemen die het opzetten van een aan de richtlijnen beantwoordende P.A.A.Z. bemoeilijken, lijken ook de kleinere ziekenhuizen (kleiner dan 300 bedden) te worden uitgesloten bij de planning van dergelijke voorzieningen[5].

Daarnaast tendeert het College voor Ziekenhuisvoorzieningen/de Ziekenhuiscommissie naar het standpunt dat ziekenhuizen met een capaciteit van 400 of hoger dienen te beschikken over een specifieke psychiatrische afdeling. Door het combineren van de bovengenoemde vuistregels, uitspraken en planningsnormen lijken de volgende regels van kracht bij het plannen van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen:

- ziekenhuizen met een capaciteit van 400 of meer bedden moeten beschikken over een psychiatrische afdeling;
- ziekenhuizen met een capaciteit tussen 300 en 399 bedden mogen beschikken over een psychiatrische afdeling;
- ziekenhuizen met een capaciteit van 299 of minder bedden kunnen niet beschikken over een psychiatrische afdeling.

*Tabel 1. Algemene ziekenhuizen beschikkend over een psychiatrische afdeling naar capaciteit van het ziekenhuis**

capaciteit	aantal algemene ziekenhuizen	aantal P.A.A.Z.'en	in procenten van de categorie algemene ziekenhuizen
299	97	19	19,5
300-399	47	18	38,3
400	46	27	58,7
TOTAAL	190	64	33,7

* Bron: Atlas van de intramurale gezondheidszorg. Publikatie 75. 67 van het Nationaal Ziekenhuisinstituut. Peildatum: 1 januari 1974.

Tabel 1 geeft inzicht in het aantal P.A.A.Z.'en en de wijze waarop is voldaan aan de bovenstaande vuistregels. De tabel toont aan, zoals de vuistregels reeds suggereren, dat naarmate de capaciteit van het algemene ziekenhuis groter is de aanwezigheid van een psychiatrische afdeling waarschijnlijker is. Bij een toepassing van de vuistregels zien we echter de volgende afwijkingen:

- 19,5% van de algemene ziekenhuizen met een capaciteit van 299 of minder bedden beschikken ten onrechte over een psychiatrische afdeling;
- 41,3% van de algemene ziekenhuizen met een capaciteit van 400 of meer plaatsen beschikken ten onrechte *niet* over een psychiatrische afdeling.

Tegen deze toepassing van de vuistregels kan terecht het verwijt van rigiditeit worden gemaakt. In het kader van de thans tot felle discussies aanleiding gevende problemen rond de planmatige beheersing van de gezondheidszorg lijkt het echter onvermijdelijk dat door de centrale overheid strakke regels worden geformuleerd en consequent worden toegepast bij de planning van gezondheidsvoorzieningen (vergelijk de 4‰ vuistregel). Hiermee komen we tot de conclusie dat de door de centrale overheid geformuleerde kwantitatieve vuistregels leiden tot een situatie waarin kleinere ziekenhuizen niet en grotere ziekenhuizen wel kunnen beschikken over een aparte psychiatrische afdeling. Tot zover de kwantitatieve aspecten rond de planning van P.A.A.Z.'en.

Met betrekking tot de *kwantitatieve aspecten* kunnen, gezien het voorgaande, de volgende vragen worden gesteld:

a. Wat is de functie van de psychiatrische afdeling in het algemene ziekenhuis? Of anders geformuleerd: welke dimensie wordt de psychiatrische afdeling geacht toe te voegen aan het functioneren van het algemene ziekenhuis?;
b. Indien deze functie onontbeerlijk blijkt te zijn, op welke wijze moeten algemene ziekenhuizen die niet over een dergelijke afdeling beschikken dan voorzien in deze functie?

ad a. 'De functie van een psychiatrische ziekenhuisafdeling is aan mensen met psychiatrische stoornissen de mogelijkheid te bieden van adequate, multidisciplinaire, psychiatrische diagnostiek en behandeling. Voor zover opneming in het klinisch gedeelte nodig is, moet dit beperkt blijven tot patiënten van wie te verwachten is dat de verpleging niet langer dan twee à drie maanden zal duren'[6]. Deze kortdurende observatie- en behandelingsfunctie is direct patiëntgebonden en staat open voor zowel de patiënten die reeds zijn opgenomen op andere niet-psychiatrische afdelingen van het ziekenhuis als voor patiënten die via Sociaal-Psychiatrische Dienst, huisarts, vrijgevestigd zenuwarts, polikliniek of anderszins direct voor opname worden verwezen naar de psychiatrische afdeling. Ten aanzien van deze categorieën patiënten, bij wie een psychiatrische opname is geïndiceerd, heeft de psychiater de rol van behandelend geneesheer.
Een tweede belangrijke patiëntgebonden functie is gelegen in de mogelijkheid de psychiatrische afdeling in te schakelen bij de behandeling van patiënten van andere afdelingen bij wie een psychiatrische nevendiagnose is vastgesteld. De rol van de psychiater is in dit geval een consulterende.

De derde, niet direct patiëntgebonden functie heeft betrekking op het bevorderen van de psychohygiëne in het ziekenhuis. Hierbij zal de psychiater voornamelijk een beleidsadviserende en personeelsbegeleidende rol vervullen. In het kader van deze functie is het denkbaar dat de psychiatrie een belangrijke bijdrage levert aan onderwijs- en nascholingsprogramma's die door het ziekenhuis worden verzorgd.

Nadere analyse van deze functies leert dat slechts de eerstgenoemde afhankelijk is van het aanwezig zijn van een aparte psychiatrische afdeling. De andere twee zijn veel meer afhankelijk van de wijze waarop de psychiater functioneert en de manier waarop de psychiatrie is opgenomen in het dienstenpakket van het ziekenhuis.
Aangezien de eerste functie niet noodzakelijkerwijs een intensief contact tussen psychiatrische afdeling enerzijds en andere ziekenhuisafdelingen anderzijds impliceert (de psychiatrische afdeling kan bij deze functie in de meest strikte zin functioneren als een aparte afdeling) lijkt het aanwezig zijn van een psychiatrische afdeling niet automatisch te leiden tot een geïntegreerd dienstenpakket. De twee laatstgenoemde functies impliceren wel dit intensieve contact. Deze blijken echter veel meer afhankelijk te zijn van het aanwezig zijn van één of meer psychiaters en de wijze waarop hun bijdrage in de patiëntenzorg en het ziekenhuisbeleid wordt gewaardeerd dan van de aanwezigheid van een psychiatrische afdeling.

ad b. Voor de kwaliteit van de patiëntenzorg en het verhogen van de psychohygiëne lijkt een bijdrage van de psychiatrie onontbeerlijk. Deze bijdrage kan echter worden geleverd door één of meer psychiaters op te nemen in de specialistenstaf van het ziekenhuis en dezen een adviserende stem te geven in het algemene ziekenhuisbeleid. Bij deze functies heeft de psychiater een consulterende, beleidsadviserende en personeelsbegeleidende rol. De opname en behandeling van patiënten met een psychiatrische hoofddiagnose is slechts mogelijk wanneer het ziekenhuis beschikt over een aparte psychiatrische afdeling waar de psychiater in de eerste plaats de rol van behandelend geneesheer heeft.

De conclusie van dit hoofdstukje luidt dat de beleidsnota's en planningsnormen van de centrale overheid een drietal functies reserveren voor de P.A.A.Z., te weten:

- opname en kortdurende behandeling van psychiatrische patiënten;
- verhogen van de kwaliteit van de patiëntenzorg;
- verhogen van de psychohygiëne in het ziekenhuis.

Bij nadere analyse blijkt dat een P.A.A.Z. wél de eerste maar niet noodzakelijkerwijs de tweede en derde functie vervult. De twee laatstgenoemde functies kunnen worden vervuld door één of meer psychiaters consultatief aan het ziekenhuis te verbinden.

Standpunten van algemene ziekenhuizen

Tot de belangrijkste argumenten van besturen en directies van algemene ziekenhuizen die wensen over te gaan tot het oprichten van een psychiatrische afdeling behoren, naast de in het vorige hoofdstukje reeds aangegeven functies van deze afdeling voor het ziekenhuis als totaliteit, de volgende:

a. voor de patiënt is een opname in een psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis veel minder stigmatiserend dan opname in een psychiatrische inrichting;
b. algemene ziekenhuizen zijn, in tegenstelling tot psychiatrische inrichtingen, meestal gesitueerd in woonwijken. Dit betekent dat het aanbod van psychiatrische hulpverlening aanwezig is op de plaats waar de vraag naar dergelijke hulpverlening het grootst is (in casu de dichtbevolkte stedelijke centra);
c. koppeling van een psychiatrische afdeling aan een algemeen ziekenhuis is een functionele bijdrage tot een betere spreiding en bereikbaarheid van de voorzieningen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg;
d. tenslotte een overweging van meer pragmatische aard: voor een psychiater is het algemeene ziekenhuis als 'werkgever' aantrekkelijker wanneer hij kan beschikken over een afdeling waarover hij als behandelend geneesheer verantwoording draagt.

Bij deze argumenten kunnen we de volgende *kanttekeningen* plaatsen:

ad a. Wanneer bij een psychiatrische stoornis een klinische opname is geïndiceerd, wanneer bij opname gekozen kan worden tussen een P.A.A.Z. en een psychiatrische inrichting en wanneer vanwege de stigmatiserende werking van opname in de tweede instelling gekozen wordt voor de eerste, dan lijkt het waarschijnlijk dat de opnames in de psychiatrische inrichting in het algemeen dubbel stigmatiserend werken. Het eerste stigma vanwege opname voor een psychiatrische stoornis en het tweede vanwege het feit dat de stoornis kennelijk zo ernstig is dat de patiënt niet kan worden opgenomen in een algemeen ziekenhuis. Dit argument impliceert een capitulatie voor het vaak onjuiste beeld en de geringe kennis over geestelijke stoornissen en psychiatrische inrichtingen die in het algemeen in de samenleving aanwezig is.
Wanneer men een dergelijk verschijnsel constateert, is het in de eerste plaats noodzakelijk alle mogelijke middelen aan te wenden om het verschijnsel te veranderen en pas in de laatste plaats noodzakelijk om door middel van het oprichten van nieuwe instituten te capituleren voor dit verschijnsel. Cohen Stuart[7] heeft in dit verband terecht opgemerkt: Men kan soms zelfs de ontwikkeling van de P.A.A.Z. horen aanprijzen met het argument dat toch niet iedereen naar een P.Z. kan gaan, als hij klinisch-psychiatrische hulp nodig heeft. Het is juist de expliciete en nog vaker de impliciete discriminatie van de psychiatrische ziekenhuizen die de uitgroei van deze instituten afremt tot de organisaties die zij eigenlijk moeten en kunnen zijn'.

ad b. De algemene ziekenhuizen zijn meestal sneller en gemakkelijker bereikbaar dan de excentrisch gelegen psychiatrische ziekenhuizen. In dit verband is het dilemma van het selectieve versus het a-selectieve opnamebeleid doorslaggevend voor het al dan niet aanwezig zijn van de mogelijkheid doeltreffend te reageren op de vraag om klinisch-psychiatrische hulpverlening. Bij een a-selectief opnamebeleid zal iedere aanmelding voor opname gehonoreerd moeten worden, indien de omvang van de opnamemogelijkheid toereikend is. Het grote gevaar bij dit opnamebeleid is echter dat patiënten worden opgenomen die niet herstellen binnen de gestelde korte termijn of die een beroep doen op therapeutische middelen die niet aanwezig zijn in de P.A.A.Z. Dit gevaar wordt voldoende ingezien en de tendens is dan ook te komen tot een selectief opnamebeleid. Dit betekent echter dat een selectie wordt gemaakt uit de vele vragen om psychiatrische hulp en dat vele patiën-

ten zullen worden doorverwezen naar het psychiatrisch ziekenhuis. De P.A.A.Z. is in dit geval snel en gemakkelijk bereikbaar voor slechts een bepaalde, min of meer nauwkeurig omschreven categorie patiënten. Het argument, een doeltreffend antwoord te geven op de vragen om klinisch-psychiatrische hulpverlening, is dan niet meer staande te houden.
Tenslotte dient de kans op een verkeerde selectie niet te worden onderschat. 'Er vindt dikwijls een 'verkeerde' selectie plaats bij de opneming met onder meer als gevolg dat er te weinig persoons- en groepsgericht kan worden gewerkt, terwijl daarnaast onvoldoende therapeutische mogelijkheden kunnen worden geboden in activerende en creatieve zin'[8].

ad c. 'De huidige situatie is, dat de psychiatrische ziekenhuizen, onregelmatig verspreid, in bepaalde gebieden rijkelijk vertegenwoordigd zijn en in andere gebieden met een gelijk aantal inwoners niet voorkomen. Dit leidt plaatselijk tot grotere afstanden dan gewenst is'[9]. Dit is een situatie die in zijn algemeenheid niet geldt voor de algemene ziekenhuizen. Met inachtneming van de onder ad b genoemde opmerking over het selectieve opnamebeleid kan dus worden gesteld dat een verdere toename van het aantal P.A.A.Z.'en voor een bepaalde categorie patiënten het niet onbelangrijke voordeel zal hebben dat zij dichter bij hun woonplaats klinisch-psychiatrische hulp kunnen krijgen. 'De patiënt wordt zo dicht mogelijk bij zijn woon- en leefklimaat behandeld, waardoor de relatie met familie, vrienden, huisarts, maatschappelijk werk en arbeid zoveel mogelijk wordt bewaard, terwijl deze contacten actief kunnen worden ingeschakeld bij de resocialiserende behandeling'[10].
Overigens moet in dit verband worden gesteld, dat het realiseren van een betere spreiding van psychiatrische inrichtingen een doeltreffender middel is om de slechte spreiding van deze instituten te verhelpen.

ad d. Venema stelt[11] '. . . . dat het voor de inbreng én collegiale verhoudingen slechts bevorderlijk is indien de zelfstandig werkende zenuwarts onder dezelfe voorwaarden als de andere specialisten in het algemene ziekenhuis zijn activiteiten ontplooit; beperkt het ziekenhuis zich tot een consulentschap psychiatrie dan hoeft men zich terecht geen illusies te maken over de integratie van de psychiatrie binnen de somatisch bedreven geneeskunde'. Dit citaat is een nadere kwalificatie van de hierboven als vierde genoemde reden en diskwalificeert ogenschijnlijk de in het voorgaande hoofdstuk geopperde mogelijkheid één of meer psychiaters (als consulent) op te nemen in de specialistenstaf.
'Integratie' wordt in dit verband onzes inziens te veel beschouwd als een wenselijke toestand, voortkomend uit subjectieve behoeften en specifieke attitudes van individuele specialisten en niet als een objectieve noodzakelijkheid, voortkomend uit de eisen van goede praktijkvoering en optimale patiëntenzorg. Venema stelt overigens nadrukkelijk dat de integratie van de psychiatrie in het algemeen ziekenhuis niet probleemloos is en de daarmee samenhangende behandelingsmethoden niet vanzelfsprekend zijn. Trimbos komt in een beschouwing[12] over Querido's concept van 'integrale geneeskunde' tot de volgende conclusie: 'integratie op het niveau van de praktische zorg is evenmin mogelijk,. En het is ook niet wenselijk, gezien de noodzaak tot het handhaven van een professionele identiteit. Des te meer noodzaak is er echter om te komen tot een goed gecoördineerde geneeskunde en gezondheidszorg'. Een eerste voorwaarde voor goede coördinatie in de geneeskunde is een goede communicatie tussen de geneeskundigen. Deze communicatie zal tot stand moeten komen onafhankelijk van het wel of niet aanwezig zijn van een psychiatrische afdeling, onafhankelijk van de individuele wensen en specifieke attitudes van de behandelende geneesheren en onafhankelijk van het wel of niet verkeren in een vergelijkbare positie en het werken onder vergelijkbare omstandigheden. De eisen van een kwalitatief goede patiëntenzorg vormen de redenen om deze communicatie tot stand te brengen en om ze in stand te houden.

Standpunten van psychiatrische ziekenhuizen

Besturen en directies van psychiatrische ziekenhuizen vrezen dikwijls bij een verdere toename van het aantal P.A.A.Z.'en een ernstige uitholling van hun kortdurende klinische observatie- en behandelingsfunctie. Dit is één van de vele onzekere factoren die de toekomst van het psychiatrisch ziekenhuis bepalen[13].
'Uitgaande van de feitelijk bestaande toestand, waarin een groot aantal problemen om een oplossing vraagt, bepaalt de wijze waarop deze problemen door de psychiatrische inrichtingen worden opgelost, of niet worden opgelost, de toekomst van de psychiatrische inrichtingen'[14]. Daarbij wordt zeer terecht gewezen op het feit dat het bestaansrecht wordt ontleend aan de kwaliteit van de zorg die aan psychiatrische patiënten kan worden geboden. Dit betekent dat de kwaliteit van de patiëntenzorg bepalend is voor de inrichting waarin zich de ontwikkeling van de klinisch-psychiatrische hulpverlening moet voltrekken. Venema heeft dit kwaliteitsaspect belicht wanneer hij schrijft: 'Zo heeft het psychiatrisch centrum de neiging de differentiatie in behandelingsmethoden te accentueren, terwijl vanuit de psychiatrische afdeling van het algemene ziekenhuis gewezen wordt op het belang de patiënt in zijn eigen milieu snel en effectief hulp te kunnen bieden. Op deze wijze bestaat de verleiding zich in een concurrentiepositie te laten manoeuvreren die weinig blijk geeft van een werkelijke zorg voor de geestelijke volksgezondheid'.
Het psychiatrisch ziekenhuis heeft in deze discussie over het algemeen een enigszins passieve afwachtende houding, waarbij de inhoudelijke bijdragen zich meer kenmerken door het benadrukken van een goede samenwerking en een noodzakelijke functionele taakafbakening dan door een krachtig afwijzen van de huidige ontwikkeling van psychiatrische afdelingen. 'In de verhouding tussen P.A.A.Z. en P.Z. – samenwerkend binnen een bepaalde regio, met hun eigen specifieke mogelijkheden – behoort een horizontale relatie te bestaan. Gezamenlijk kunnen zij het continuüm van semiklinische en klinische voorzieningen helpen structureren. Een verhouding tussen P.A.A.Z. en P.Z., waarbij de P.A.A.Z. a-select alle patiënten uit een regio opneemt en bepaalde nader negatief geselecteerde patiëntten doorverwijst naar een P.Z., bevordert de interne discriminatie binnen de klinisch-psychiatrische hulpverlening; zij schaadt daardoor de behandeling van patiënten in beide instituten en de regionale samenwerking'[7]. Wanneer, zoals hier gesteld wordt, de P.A.A.Z. een belangrijke aanvulling geeft op de klinisch-psychiatrische hulpverlening, is samenwerking met een psychiatrische inrichting inderdaad noodzakelijk. Deze differentiatie in de voorzieningenstructuur kan worden beschouwd als positief wanneer een

nieuwe belangrijke dimensie wordt toegevoegd aan het voorzieningenpakket. Er zal in dat geval in zijn algemeenheid sprake zijn van een versterking van de hulpverlening. Wanneer echter slechts sprake is van een doublure van een reeds bestaande functie zal een kostbare verbrokkeling van schaarse middelen plaatsvinden en zal er sprake zijn van een verzwakking van de hulpverlening.

Conclusie

De huidige ontwikkeling van psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen geeft aanleiding tot discussies en doet vragen opkomen die het op zijn minst twijfelachtig maken of werkelijk op grote schaal haast gemaakt moet worden met het opzetten van dergelijke afdelingen.
Een van de belangrijkste argumenten vóór de P.A.A.Z. is de stigmatiserende werking van opname in de psychiatrische inrichting. Wanneer dit inderdaad de belangrijkste reden is, moet dit worden beschouwd als een onvoorwaardelijke overgave aan de geringe kennis en de weinig positieve houding ten opzichte van de geestelijk gestoorde in het algemeen en de psychiatrische ziekenhuizen in het bijzonder. Een sluitende verklaring voor oprichting van P.A.A.Z.'en kan niet stoppen bij het omschrijven van opname-indicaties, maar zal ook moeten aantonen dat patiënten met een dergelijke indicatie beter *niet* kunnen worden opgenomen in een psychiatrische inrichting. Wij kunnen ons niet onttrekken aan de indruk dat de aparte psychiatrische afdeling als opname- en behandelafdeling van het algemene ziekenhuis gedeeltelijk door negatieve overwegingen met betrekking tot de psychiatrische inrichtingen wordt gerechtvaardigd. De positieve overwegingen met betrekking tot de kwaliteit van de patiëntenzorg en de psychohygiëne in het ziekenhuis kunnen ook door psychiaters, consultatief aan het ziekenhuis verbonden, worden geconcretiseerd.
Het komt ons voor dat de huidige ontwikkeling van P.A.A.Z.'en een negatieve invloed uitoefent op de ontwikkeling van de psychiatrische inrichtingen. De geestelijke gezondheidszorg in het algemeen en de psychiatrische inrichtingen in het bijzonder hebben, historisch gezien, altijd in de schaduw gestaan van de somatische gezondheidszorg en de algemene ziekenhuizen. Wanneer nu veel geld, middelen en mankracht van de geestelijke gezondheidszorg wordt geïnvesteerd in de primair somatische sector, is een continuering en wellicht zelfs een verslechtering van de situatie waarin de geestelijke gezondheidszorg verkeert, alleszins waarschijnlijk.
Omdat het moeilijk zal zijn staande te houden dat de P.A.A.Z. een complementaire functie vervult ten opzichte van de observatie- en kortdurende behandelingsfunctie van het psychiatrisch ziekenhuis, omdat niet aantoonbaar is dat een bepaalde categorie patiënten wel in de P.A.A.Z. en absoluut niet in de psychiatrische inrichting kan worden opgenomen en omdat, tenslotte, moeilijk valt te bewijzen dat de investeringen in P.A.A.Z.'en zoveel nuttiger en doelmatiger zijn dan dezelfde investeringen in psychiatrische inrichtingen, pleiten wij voor stopzetten van de P.A.A.Z.-ontwikkeling en het richten van investeringen, aandacht, mankracht en middelen op de ontwikkeling van de psychiatrische inrichtingen. Dit laatste is noodzakelijk om de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg te verhogen.

Literatuurverwijzingen

1. Een nadere uiteenzetting over kwantitatieve vuistregels is te vinden in:
– Structuurnota Gezondheidszorg. Zitting 1973-1974 nr. 13012, Staatsuitgeverij 's Gravenhage 1974.
– Nota betreffende Geestelijke Gezondheidszorg. Zitting 1973-1974 nr. 11059, Staatsuitgeverij 's Gravenhage 1974.
– Rapport Werkcommissie 'Korte Termijn'. Oktober 1973, College voor Ziekenhuisvoorzieningen.
– Brief nr. 85639 D.G. Vgz./Inrw. d.d. 1 november 1974 van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, waarin staatssecretaris Hendriks commentaar geeft op het rapport 'Korte Termijn'.

2. Structuurnota Gezondheidszorg, blz. 5.

3. Nota betreffende Geestelijke Gezondheidszorg, blz. 6.

4. *Idem*, blz. 6.

5. Handelingen Tweede Kamer, Behandeling begroting Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 30 oktober 1975, blz. 797.

6. Advies inzake Psychiatrische Afdeling van Algemene Ziekenhuizen. Verslagen en mededelingen betreffende de Volksgezondheid. Jaargang 1969, no. 21 blz. 10, ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

7. Cohen Stuart M. H. 'Aspecten van de klinisch-psychiatrische hulpverlening'. Het Ziiekenhuis jrg. 2 (1972) nr. 13, blz. 743-750.

8. Visser K. 'Relatie tussen een psychiatrisch centrum en de psychiatrische afdeling, van algemene ziekenhuizen'. Medisch Contact 29, 1974, blz. 267-271.

9. Nota betreffende Geestelijke Gezondheidszorg, blz. 4.

10. Boom H. J. 'De mogelijkheden van de psychiater op de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis'.
deel I: Medisch Contact 29, 1974, blz. 263-267.
deel II: Medisch Contact 29, 1974, blz. 306-309.

11. Venema J. 'Praktische ervaringen met een psychiatrische afdeling'. Het Ziekenhuis jrg. 2 (1972) nr. 13 blz. 739-743.

12. Trimbos K. 'Integrale geneeskunde (na twintig jaar)'. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid nr. 2, 1976, blz. 64-73.

13. Tongeren G. J. van, 'De toekomst van het psychiatrisch centrum'. Binnenkort te verschijnen in 'Het Ziekenhuis'.

14. Buis C. 'Wie en wat bepalen de toekomst van de psychiatrische inrichtingen'. Tijdschrift voor Psychiatrie 1972, blz. 205-219.

Overdrukken 'Huisarts waarheen'

Wegens gebleken grote belangstelling is van de discussienota van de Commissie Eerste Echelon over de plaats van de medicus in het eerste echelon, zoals eerder afgedrukt in Medisch Contact nr. 5 van 30 januari 1976, een extra oplage overdrukken aangemaakt.

Geïnteresseerden kunnen exemplaren hiervan tegemoet zien na overmaking van *f* 5,— per exemplaar (bij bestellingen van 20 of meer exemplaren *f* 2,50 per stuk) onder het motto 'Huisarts waarheen?' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

Een nieuwe wet: de A.A.W.

Sociale verzekering wordt belangrijk uitgebreid

In 1976 trad de W.A.O. in werking, een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor werknemers. Nu, dat wil zeggen per 1 oktober, krijgen we daarbij een A.A.W., een arbeidsongeschiktheidsverzekering voor iedereen, dus ook voor zelfstandigen, gehuwde vrouwen en vroeg-gehandicapten die nooit hebben kunnen werken.
De nieuwe A.A.W. lijkt veel op de inmiddels goed ingeburgerde W.A.O. Maar er zijn ook grote verschillen. In dit artikel zijn de belangrijkste punten van de A.A.W. op een rijtje gezet, met daarbij wat praktische informatie voor ieder die met de nieuwe wet in aanraking komt; het is een uiteenzetting van de Federatie van Bedrijfsverenigingen en de Gemeenschappelijke Medische Dienst Amsterdam.

Wie komen er in aanmerking voor uitkering of voorziening?

De A.A.W. is een volksverzekering die geldt voor alle ingezetenen beneden de 65 jaar. Onder 'ingezetene' in de zin van deze wet wordt verstaan 'degene die binnen het Rijk woont'. Ook verzekerd zijn de niet-ingezetenen die in ons land een dienstbetrekking hebben en op grond daarvan loonbelasting betalen.
Op grond van de nieuwe wet kunnen niet alleen uitkeringen worden verleend, maar ook 'voorzieningen' worden verstrekt. Een uitkering gaat pas in als men 52 weken arbeidsongeschikt is geweest. Bovendien moet er dan nog sprake zijn van een arbeidsongeschiktheid van ten minste 25%. De periode van 52 weken, gemakshalve ook wel genoemd 'de wachttijd van een jaar', behoeft niet een onafgebroken tijdsduur te zijn; perioden van arbeidsongeschiktheid onderbroken door tussenpozen van minder dan een maand mogen bij elkaar worden geteld.
Met 'voorzieningen' worden bedoeld maatregelen en hulpmiddelen tot behoud of bevordering van arbeidsgeschiktheid en/of verbetering van levensomstandigheden; men denke hierbij aan revalidatie, omscholing, woningaanpassing, het verstrekken van een vervoermiddel, vergoeding van bepaalde kosten e.d.

Niet iedereen die verzekerd is heeft recht op uitkering of voorzieningen. In de eerste plaats zijn dit personen beneden de 18 jaar; zij hebben geen recht op uitkering, maar kunnen wel in aanmerking komen voor voorzieningen. Hetzelfde geldt voor gehuwde vrouwen. Hierbij zij aangetekend dat het de bedoeling is dat gehuwde vrouwen die werken in bedrijf of beroep later – uiterlijk 1 januari 1979 – ook recht op uitkering krijgen. Voorts komen weduwen die een uitkering hebben van de A.W.W. (de Algemene Weduwen- en Wezenwet) niet in aanmerking voor uitkering, maar wel voor voorzieningen.
Tenslotte heeft overheidspersoneel alleen recht op uitkering voorzover de overheidsuitkering (dat kan zijn loonbetaling tijdens ziekte of overheidsinvaliditeitspensioen) lager is dan de A.A.W-uitkering. Verder kan overheidspersoneel geen aanspraak maken op voorzieningen omdat hiervoor andere regelingen bestaan. Bij 'overheidspersoneel' moet men niet denken aan ambtenaren in de strikte zin van het woord, want het gaat hierbij om ieder die valt onder de Algemene burgerlijke pensioenwet, de Spoorweg-pensioenwet en de Algemene militaire pensioenwet.
De wet bevat een uitvoerige en nogal ingewikkelde definitie van het begrip 'arbeidsongeschiktheid'. Populair gezegd komt het hierop neer dat men iemand arbeidsongeschikt kan noemen als deze door ziekte, ongeval of gebrek geheel of gedeeltelijk niet in staat is met passende arbeid eenzelfde inkomen te verwerven als een gezond gelijksoortig persoon.

Hoe worden de uitkeringen berekend?

Bij de W.A.O. hangt de hoogte van de uitkering af van wat de werknemer verdiende voordat hij arbeidsongeschikt werd. Bij de A.A.W. is dat anders, het is een bodemvoorziening waarbij men uitgaat van een 'hoge grondslag' en een 'lage grondslag', ongeveer net als men bij de A.O.W. een hoog en een laag ouderdomspensioen kent.

De 'hoge grondslag' geldt voor gehuwde mannen en ongehuwden die een eigen kind of pleegkind hebben dat jonger is dan 18 jaar en dat tot zijn of haar huishouding behoort of grotendeels op zijn of haar kosten wordt onderhouden. De 'lage grondslag' geldt voor ongehuwden zonder kinderen beneden de 18 jaar. Deze grondslag is lager voor personen beneden de 21 jaar, dat wil zeggen: voor 18-jarigen gaat er 30% af, voor 19-jarigen 20% en voor 20-jarigen 10%.
De hoge en de lage grondslag worden op een zodanig bedrag gesteld dat de netto-uitkeringen (bij volledige arbeidsongeschiktheid) gelijk zijn aan de nettobedragen van de A.O.W.-pensioenen. Verder hangt de hoogte van de uitkering af van de mate van arbeidsongeschiktheid, waarbij de volgende indeling wordt aangehouden:

25 tot 35% arbeidsongeschikt: 20% van de grondslag;
35 tot 45% arbeidsongeschikt: 30% van de grondslag;
45 tot 55% arbeidsongeschikt: 40% van de grondslag;
55 tot 65% arbeidsongeschikt: 50% van de grondslag;
65 tot 80% arbeidsongeschikt: 65% van de grondslag;
80% of meer arbeidsongeschikt: 80% van de grondslag.

De uitkering kan 100% van de grondslag zijn als de verzekerde voortdurend oppassing en verzorging nodig heeft.
De uitkering wordt gegeven over 5 dagen per week en per maand betaald.
Jaarlijks wordt in mei een vakantie-uitkering gegeven van 6% van de A.A.W.-uitkering in de 12 voorafgaande maanden.
De uitkeringen zijn welvaartsvast, dat wil zeggen dat de grondslagen gewijzigd worden overeenkomstig de wijzigingen van het loonpeil, als regel twee keer per jaar.

Kinderbijslag en ziekenfondsverzekering

Als iemand een A.A.W.-uitkering ontvangt gebaseerd op een arbeidsonge-

schiktheidspercentage van tenminste 45%, wordt hij beschouwd als werknemer in de zin van de kinderbijslagwet loontrekkenden (K.W.L.) en kan hij dus aanspraak maken op kinderbijslag wanneer hij aan de daarvoor gestelde eisen voldoet.
Het feit dat men een A.A.W.-uitkering krijgt heeft niet tot gevolg dat men in aanmerking komt voor de verplichte ziekenfondsverzekering. Dat is alleen zo als iemand naast de A.A.W. een andere uitkering (bijvoorbeeld W.A.O.) heeft waaraan wel een verplichte ziekenfondsverzekering is verbonden. In zo'n geval is er ook over de A.A.W.-uitkering premie ziekenfonds verschuldigd.

Beëindiging, verlaging of verhoging van de uitkering

De uitkering wordt beëindigd bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd of bij eerder overlijden. Tijdens de duur van de uitkering kan de arbeidsongeschiktheid uiteraard gelijk blijven, maar ook afnemen of toenemen.
Als de arbeidsongeschiktheid zoveel is afgenomen dat de verzekerde in een lagere klasse valt, krijgt hij het uitkeringspercentage dat bij die lagere klasse hoort. Is iemand weer zover hersteld dat zijn arbeidsongeschiktheid minder is dan 25%, dan wordt de uitkering beëindigd.
Als de arbeidsongeschiktheid zoveel is toegenomen dat de verzekerde in een hogere klasse valt, gaat zijn uitkeringspercentage mee omhoog. Die verhoging gaat in de regel niet meteen in. Dat hangt af van de hoogte van het arbeidsongeschiktheidspercentage, waarop de uitkering was gebaseerd. Was dit 45% of meer, dan is er een wachttijd van 4 weken; was het lager, dan moet men 52 weken wachten. In deze wachtperiode van 4 of 52 weken bestaat recht op ziekengeld voor hen die voor de ziektewet verzekerd zijn (in het algemeen de werknemers).

Bij overlijden wordt aan nagelaten betrekkingen een uitkering ineens verstrekt over de rest van de lopende maand en de twee volgende maanden. Deze overlijdensuitkering bedraagt 100% van de grondslag als de A.A.W.-uitkering was toegekend naar een arbeidsongeschiktheid van 80-100%. Bij een arbeidsongeschiktheid van minder dan 80% is de overlijdensuitkering gelijk aan de A.A.W.-uitkering.

Voorzieningen

Om voor een voorziening in aanmerking te komen behoeft men geen A.A.W.-uitkering te hebben of arbeidsongeschikt te zijn: men kan ook een voorziening krijgen om bijvoorbeeld dreigende arbeidsongeschiktheid te voorkomen.
Algemeen gebruikelijke zaken worden niet verstrekt of vergoed: er moet werkelijk sprake zijn van extra kosten in verband met de handicap. Ook worden door de A.A.W. niet verstrekt die voorzieningen die behoren tot het voorzieningenpakket van een ziektekostenverzekering. De A.A.W. vergoedt ook geen kosten voor bijvoorbeeld een opleiding als men deze kan krijgen op grond van een andere regeling. Het is niet noodzakelijk dat de verzekerde zelf een aanvraag om een voorziening indient; als hij dat niet of moeilijk zelf kan, mag een ander dat voor hem doen.

Werknemers vallen zowel onder de W.A.O. als onder de A.A.W.

Werknemers vallen dus niet alleen onder de A.A.W., maar ook onder de W.A.O., de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, die speciaal voor werknemers geldt. De werknemers zullen er in de praktijk echter weinig van merken dat ze 'dubbel' verzekerd zijn. De A.A.W. kent, zoals gezegd, uitkeringen naar vaste normbedragen, de W.A.O. daarentegen kent uitkeringen gebaseerd op het verdiende loon en daardoor zal een W.A.O.-uitkering veelal hoger zijn. De verzekerde krijgt in een dergelijke situatie zijn A.A.W. met daarbij – men zou kunnen zeggen als aanvulling – een stuk W.A.O., samen in één bedrag uitbetaald. Men kan zeggen dat de A.A.W. een bodem-voorziening is en de W.A.O. een aanvullende verzekering.
Werknemers die bij het in werking treden van de A.A.W. reeds een uitkering van de W.A.O. ontvingen, behouden deze uitkering zolang de arbeidsongeschiktheid duurt.
Zoals gezegd moet men om voor een A.A.W.-uitkering in aanmerking te komen eerst een jaar arbeidsongeschikt zijn geweest. Een werknemer die over deze periode, de zogenaamde wachttijd, ziekengeld heeft ontvangen, behoeft geen A.A.W.-uitkering aan te vragen, aangezien de bedrijfsvereniging die het ziekengeld betaalt hem daarvoor 'automatisch' aanmeldt.
Er zijn werknemers die gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn en geen W.A.O. ontvangen, bijvoorbeeld vroeg-gehandicapten. Zij zijn uiteraard niet als zodanig bekend bij de bedrijfsvereniging en zij dienen dus wel A.A.W. aan te vragen en zij kunnen dat doen bij de bedrijfsvereniging, waarbij hun werkgever is aangesloten. Wij komen er hierna op terug.

Premie

Alle verzekerden van 15 tot 65 jaar voorzover ze geen werknemer zijn dienen van hun inkomen premie te betalen. Voor werknemers is de werkgever premieplichtig. De belastingdienst draagt zorg voor het innen van de premies, evenals dat het geval is bij andere volksverzekeringen.

Arbeidsongeschikt vóór ingang nieuwe A.A.W.

De nieuwe wet geldt niet alleen voor hen die op of na 1 oktober 1976 arbeidsongeschikt worden, maar ook – volgens het overgangsrecht – voor hen die dat al waren vóór die tijd. Zij moeten dan echter – om aanspraak te kunnen maken op uitkering – wel voldoen aan bepaalde eisen. Om precies te zijn: zij moeten Nederlander wezen en op 1 oktober 1976 in Nederland wonen. Bovendien moeten zij van 1 januari 1975 tot en met 1 oktober 1976 in Nederland gewoond hebben. Als dat laatste niet het geval is, kunnen zij toch voor uitkering in aanmerking komen zodra zij, gerekend van 1 oktober 1970 af, al of niet onafgebroken 6 jaar lang in Nederland, Suriname of de Nederlandse Antillen hebben gewoond.

Aanvragen, wie en wanneer?

Vele verzekerden die op de ingangsdatum van de nieuwe wet (1 oktober 1976) al langer dan een jaar geheel of gedeeltelijk arbeidsongeschikt zijn, hebben meteen recht op uitkering. Ook zullen er op dat tijdstip veel mensen zijn die meteen in aanmerking komen voor een voorziening, ook al zijn ze nog geen jaar arbeidsongeschikt. Als al deze verzekerden tegelijk op 1 oktober hun aanvragen indienen, zou dat een grote opeenhoping van werkzaamheden voor de uitvoeringsorganen betekenen. Vandaar het dringende verzoek dat mensen die menen op 1 oktober reeds recht te hebben op een uitkering of aanspraak

maken op een voorziening zich eerder melden. Voor hen is per 1 april 1976 de mogelijkheid om aan te vragen reeds geopend. Ook andere gegadigden moeten niet wachten tot ze precies een jaar arbeidsongeschikt zijn; zij dienen zich ook eerder te melden, het liefst 4 maanden vóór dat het jaar voorbij is, dus in de achtste maand van arbeidsongeschiktheid.

Wie moeten zich niet melden?

Zoals hiervoor in het hoofdstukje over 'werknemers' reeds is gezegd, behoeven werknemers zich in het algemeen niet te melden. Er zijn nog andere groepen personen die zelf geen stappen behoeven te ondernemen om uitkering of voorzieningen aan te vragen. Dit zijn met name de volgende groepen:

- werknemers die een W.A.O.-uitkering of een ziekengelduitkering ontvangen;
- zij die een uitkering krijgen van de Tijdelijke Rijksgroepsregeling Mindervaliden (T.R.M.);
- zij die reeds langer dan een jaar in een – erkende – inrichting verblijven;
- zij die op 15 maart 1976 een definitieve uitkering hadden krachtens de wet Uitkeringen Vervolgingsslachtoffers 1940/1945;
- personen werkzaam in de Sociale Werkvoorziening (W.S.W.-ers);
- overheidspersoneel.

Aanvragen, hoe en waar?

Wie meent recht te hebben op een uitkering of wie denkt in aanmerking te komen voor een voorziening op grond van de A.A.W., kan een aanvraag indienen. Daartoe zijn aanmeldingsformulieren verkrijgbaar bij de kantoren van de bedrijfsverenigingen, de vestigingen van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor en bij alle postkantoren. Bij het aanmeldingsformulier krijgt men een folder en een toelichtingsblad. Men moet het aanmeldingsformulier invullen en toezenden aan de bedrijfsvereniging die daarvoor in aanmerking komt.

De A.A.W. wordt namelijk uitgevoerd door de bedrijfsverenigingen, dat zijn dezelfde organisaties die ook de Ziektewet en de W.A.O. uitvoeren. De Gemeenschappelijke Medische Dienst (G.M.D.) geeft hun zonodig medische en arbeidskundige adviezen. Er zijn 26 van die bedrijfsverenigingen; ze hebben ieder een eigen werkterein in het bedrijfsleven. Uit het toelichtingsblad kan men opmaken naar welke bedrijfsvereniging de aanmelding moet worden gezonden. Als dat in bepaalde gevallen niet duidelijk is, kan men de aanmelding zenden aan het gemeenschappelijk adres: Federatie van Bedrijfsverenigingen, Postbus 8300, Amsterdam. Deze instelling zal de aanmelding dan doorgeven aan de betrokken bedrijfsvereniging.

De adressen van de bedrijfsverenigingen, waar men uiteraard ook terecht kan voor inlichtingen, zijn vermeld in de folders en in het toelichtingsblad.

Na ontvangst van het aanmeldingsformulier zendt de bedrijfsvereniging verzekerde een meer uitgebreid aanvraagformulier toe. Met dit formulier wordt onder meer gevraagd wat voor werk de verzekerde deed voor hij arbeidsongeschikt werd, of hij een uitkering heeft en, zo ja, van welke instelling. Ook dient de verzekerde een zogenaamde 'eigen verklaring' in te vullen, waarin hij gegevens over zijn ziekte verstrekt.



M.C.-artikelenserie gebundeld

Gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen

Voorradig is een – beperkte – oplage bundels van de artikelenserie zoals die over de gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen in een reeks afleveringen van Medisch Contact in 1975 is gepubliceerd.

Al gaat het hier om een kwantitatief nogal beperkte bevolkingsgroep en een beroepsgroep van slechts een 150 artsen, de relatief wat grotere aandacht die in Medisch Contact werd gevraagd voor dat stukje koninkrijk in de West leek alleszins gerechtvaardigd vanwege de specifieke problematiek daar, voortvloeiend uit het koloniale verleden, de geografische situering en de bijzondere relatie met Nederland (Groningen) met betrekking tot het medisch onderwijs.
Op veelvuldig verzoek uit met name deze onderwijskringen is overgegaan tot bundeling van de betreffende artikelenserie.

Geïnteresseerden kunnen deze bundels tegemoet zien na overmaking van *f* 12,50 per exemplaar onder het motto 'Nederlandse Antillen' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

K.N.M.G.-Ledencongres – 7 en 8 oktober 1976

Opkomst en geschiedenis van Breda

door *Dr. F. A. Brekelmans,* gemeente-archivaris

De naam Breda komt in 1125 voor het eerst in de geschiedenis voor. Wij zien dat in de 12e eeuw, een tijd waarin de wording der later scherp gescheiden provinciën nog in volle gang was, de hertogen van Brabant van het zuiden uit hun macht in noordelijke richting uitbreiden, terwijl van de andere kant de graven van Holland vaste voet proberen te krijgen ten zuiden van de plaats in opkomst, Dordrecht. Toen omstreeks het einde van die eeuw de ontmoeting tussen deze twee machten plaats vond, had de hertog aan de heer van Breda het gezag gegeven in een aanzienlijk gebied, gelegen in de invloedssfeer van Brabant, op voorwaarde dat hij de hertog als zijn landsheer erkende. Wij weten dus omstreeks 1190 van een heerlijkheid Breda, waar zich een burcht bevond. Veel meer vertellen de geschreven bronnen ons niet van de tegenwoordige stad; ja, van het Breda van 1125 zijn alle bijzonderheden achter een sluier verborgen. Slechts kunnen wij ons voorstellen hoe hier, op de plaats waar droge gronden uitliepen in lagere, moerassige gebieden, bij de samenvloeiing van de rivieren de Mark en de Aa zich, onder bescherming van de burcht, een vissersdorp ontwikkelde.

Omstreeks het midden van de 13e eeuw was de nederzetting zozeer uitgegroeid tot een zelfstandige gemeenschap, dat zij een stad genoemd werd.

Uit de 14e eeuw dagtekenen enkele belangrijke privileges, die het stedelijk karakter van Breda bevestigen: in 1331 werd haar het recht van de lakenbereiding met uitsluiting van het land van Breda toegekend: in 1333 maakte de hertog van Brabant de schepenbank der stad het hoofd van alle schepenbanken in de ganse heerlijkheid. In hetzelfde jaar kreeg zij de opbrengst van de hal aan de korenmarkt en van de stadswaag, benevens het recht zelf haar accijnzen vast te stellen. Al deze voorrechten bevorderden in sterke mate de welvaart van de stad. Daarvan legt de Grote Kerk, welker bouw omstreeks die tijd werd aangevangen, getuigenis af.



Gezicht op Breda vanuit het noord-westen (1731). Pentekening van A. de Haen – Stedelijk Museum te Breda.

Deze bloeiende samenleving nu, met het omringende platteland, was de begerenswaardige bruidsschat die de kleindochter van Jan van Polanen, Johanna, meebracht in haar huwelijk met de aanzienlijke Duitse graaf Engelbert van Nassau, die in 1404 als heer van Breda werd gehuldigd. Bij die gelegenheid verleende hij de burgers van zijn stad het recht van opslag van alle goederen in het hele gebied van het land van Breda; een privilege, dat de ondergeschiktheid van het platteland nadrukkelijk onderstreepte.

Met zijn komst zette een geslacht voet op Nederlandse bodem, dat schrede voor schrede opsteeg tot de hoogste waardigheden in den lande. Onder de bekwame leiding van de graven van Nassau werd het land van Breda – nu weldra met de rang van Baronie aangeduid – een administratief goed georganiseerde eenheid. Ontginning van woeste gronden verhoogde de waarde van het grondbezit. Door rijke huwelijksverbintenissen concentreerden de heren van Breda steeds meer macht in hun familie. Hun aanzien en hun volstrekte loyaliteit tegenover de landsheren – eerst de dynastie van Bourgondië, later die van Habsburg – verschaften hun toegang tot de belangrijkste staats- en hofambten. Het Bourgondische-Habsburgse Huis bracht in de Nederlandse gewesten de gedachte van saamhorigheid, vooralsnog alleen uit-

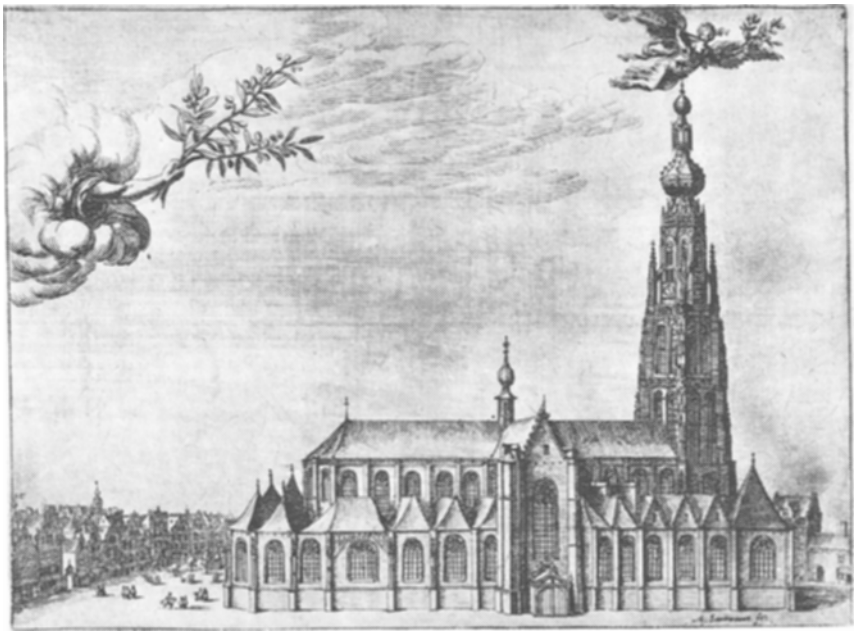
gedrukt in de centrale regeringsorganen in Brussel en Mechelen. De schittering van de monarchie straalde af op het geslacht, dat er een steunpilaar van was, en op zijn woonplaats Breda. Aan die glanstijd van de stad der Nassau's zijn de namen verbonden van Engelbert I, Jan IV, Engelbert II en Hendrik III (1404-1538).

De laatste voltooide de bouw van de Grote Kerk en stichtte in de plaats van de Middeleeuwse burcht van Jan van Polanen een prachtig Renaissance-kasteel, dat thans als Koninklijke Militaire Academie in gebruik is.

Voor zijn zoon, René van Chalon, had hij het prinsdom Oranje verworven. Daar deze kinderloos overleed, kwam de Baronie van Breda met alle daaraan verbonden titels en waardigheden aan de oudste zoon van Hendriks broeder, die in 1552 in Breda werd gehuldigd en in de Vaderlandse geschiedenis bekend is als Willem de Zwijger, Prins van Oranje.

Voor Breda was de 80-jarige oorlog een tijdperk met veel duisternis en weinig licht. Zesmaal ging de stad van de macht van de ene partij over in die van de andere, totdat in 1637 Frederik Hendrik, als derde zoon van Willem van Oranje, zijn stad en Baronie definitief aan Nederlandse zijde bracht. Deze gebeurtenissen, gepaard met toenemende oorlogsmoeheid, met strooptochten over het omliggende en onbeschermde gebied, brachten de landbevolking tot armoede en knotten de welvaart van de stad, die het oude peil niet meer bereikte. Terwijl Holland in de Republiek der Verenigde Nederlanden het toonaangevende gewest werd, kreeg Breda de positie van een grensvesting, die de Zuidgrens van de Noordnederlandse staat dekte. Bovendien ging de bevaarbaarheid van de Mark snel achteruit, wat het verkeer in de haven ongunstig beïnvloedde.

Al heerst er dan ook nù een tijd lang stilte in het stedelijk leven van Breda, de naam van deze stad wordt toch meer dan eens in de geschiedenis genoemd, voornamelijk door het kasteel der Prinsen van Oranje. Daar wachtte in 1660 koning Karel II van Engeland, uit zijn land gevlucht toen Cromwell aan de macht kwam, zijn tijd af om naar zijn koninkrijk terug te keren; daar werd in 1667 de vrede gesloten, die een einde maakte aan de tweede handelsoorlog tussen de Republiek en Engeland. Breda was ook tijdens de Oostenrijkse successieoorlog van 1740-1748 't conferentieoord voor vredesonderhandelingen, die echter op niets uitliepen (1746).



De Grote Kerk te Breda

In de 19e eeuw bewees de vesting nog eenmaal haar militair nut, namelijk toen, tijdens de opstand der Belgen, vanuit Breda in 1831 de succesrijke Tiendaagsche Veldtocht werd begonnen, die evenwel de vorming van een zelfstandig koninkrijk België niet kon verhinderen. Nieuwe strategische methoden en omstandigheden maakten daarna het voortbestaan van de vesting overbodig. In 1870 werd een begin gemaakt met het slechten der verdedigingswerken. Daarmee werd tevens aan het burgerlijk leven de vrijheid gegeven, die het zozeer behoefde ten gevolge van de toename der bevolking en de vestiging van industrieën. We zien nu hoe de stad aantrekkingskracht uitoefent op de omliggende gemeenten Teteringen, Princenhage en Ginneken: deze groeien naar de stad toe. Een nieuw overwicht van Breda op de omtrek manifesteert zich, evenals in de Middeleeuwen, maar nu in een totaal andere vorm.

Terwijl zes, zeven eeuwen geleden de stad geprivilegieerd werd ten koste van de omliggende dorpen, moest zij zich thans door annexatie de nodige bewegingsvrijheid verschaffen. Grote stukken der aangrenzende dorpen worden bij Breda getrokken: eerst in 1927 een gebied van Teteringen, dat als een halve cirkel oostwaarts om de stadskern ligt – ongeveer de strook die in 1280 aan de stad door haar heer en vrouwe Arnoud van Leuven en Elizabeth van Breda ten gemenen profijte van haar burgers was uitgegeven – daarna in 1942. In het toen geannexeerde gebied liggen twee oude dorpskommen, waarvan de geschiedenis zover terugreikt als die van Breda zelf: Princenhage en Ginneken. Princenhage, dat aanvankelijk Mertersem en later de Hage heette, – een naam, die herinnert aan terreinen, waar de heren van Breda hun jachtrecht uitoefenden, zo ook in het aan die kant gelegen Liesbosch – eerde in de 18e eeuw door uitbreiding van zijn naam de Prinsen van Oranje.

Ginneken ten zuiden van Breda, van oudsher een knooppunt van wegen bij een plaats, die zich goed leende om de rivier de Mark over te steken, werd spoedig door zijn noordelijke buurman overvleugeld. Aan de overzijde van de rivier begint het uitgestrekte Mastbosch, omstreeks 1515 aangelegd door graaf Hendrik III van Nassau.

Wanneer in de 19e eeuw de industrie voor Nederland een nieuwe welvaartsbron wordt, blijft Breda niet achter. Het ontwikkelt zich vooral sinds de tweede helft van die eeuw met reuzenschreden zonder zijn oude karakter geheel te verliezen. De kern van zijn binnenstad, de hoofdlijnen, waarlangs deze met de omgeving samenhangt, de sociografische samenstelling van zijn bevolking zijn door de geschiedenis bepaald.

Kanker en fluoride

door *Prof. Dr. P. Muntendam*

Onder het motto: 'Het doel heiligt de middelen' ontzien zelfs medici zich niet uitspraken te doen, die kritiekloos door sommige dagbladen en andere nieuwsmedia worden overgenomen en tot een gezondheidsvoorlichting uitgroeien welke slechts één kenmerk draagt, namelijk bedrog. Deze methodiek heeft men niet geschuwd als welkome bijdrage aan het politieke debat rondom de drinkwaterfluoridering. Het congresje (20 à 30 deelnemers) van de International Society for Fluoride Research op 8-10 februari j.l. te Zandvoort was dan ook uitstekend getimed om de ongerustheid onder de Nederlandse bevolking kort voor het parlementaire debat hoog op te voeren. Het duidelijk verband tussen kanker en fluoridering van drinkwater was aangetoond, aldus de nieuwsmedia, die kritiekloos meenden te moeten weergeven wat Dr. Burk, vroeger chemicus aan het National Cancer Institute in Bethesda, nu in opdracht van de National Health Federation in de V.S. werkend, in Zandvoort had verteld.
Hoewel op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een woordvoerder de gelegenheid kreeg in een t.v.-uitzending het zogenaamd aangetoonde verband te weerleggen en ook de staatssecretaris van Volksgezondheid tijdens het politieke debat de gelegenheid had dit verband naar het land van de fabelen te verwijzen, heb ik gemeend hier ter plaatse wat uitvoeriger op deze aangelegenheid te moeten ingaan, omdat – gezien de ervaringen uit het verleden – het niet de laatste maal zal zijn dat zogenaamde wetenschappers zich als 'gezondheidsvoorlichters' zullen opwerpen.

De National Health Federation

Allereerst een inlichting over de Amerikaanse instelling, die de naam National Health Federation (N.H.F.) draagt. De doelstelling zou men kunnen weergeven als het bestrijden van de resultaten van wetenschappelijk onderzoek door het bevorderen, waar en hoe dan ook, van natuurgeneeswijzen. Aangezien dit soort organisaties het met de middelen die naar het gewenste doel leiden niet zo nauw nemen, hoeft het ons ook niet te verwonderen dat besturen en directies met een zekere regelmaat voor de rechter worden gevoerd. Een korte schets van de justitiële ontmoetingen van de N.H.F. mag hier volgen.
De federatie werd gesticht in 1955 door Fred. J. Hart[1]. De heer Hart was fabrikant van elektrische apparaten voor de diagnostiek en de therapie van verschillende ziekten. Nadat gebleken was dat deze apparatuur waardeloos was voor de aangegeven doeleinden kwam de fabrikant met de rechtbank in aanraking, die hem verdere verkoop van dit waardeloze materiaal verbood. Dit gaf hem, zijnde tevens president van de Electronic Medical Foundation, aanleiding de National Health Federation op te richten.
De *doelstelling* van de federatie is vrijheid van keuze ('freedom of choice') in zaken de gezondheidszorg rakende. Onder deze vrijheidskreet gaan allerlei theorieën en handelingen schuil, die het vertrouwen in de produkten van de officiële wetenschap ondermijnen en die in veel gevallen een directe ontduiking van de wetgeving (met name de Food, Drug and Cosmetic Act) betekenen. Zo lapte federatievoorzitter Hart het vonnis van 1954 aan zijn laars, waarvoor hij in 1962 nog eens een boete van $ 500,— kreeg. Tal van voorzitters bestuursleden en directeuren van de federatie brachten in de zestiger jaren een tijd in de gevangenis door, onder meer door het onbevoegd uitoefenen van geneeskunst, meestentijds door het toedienen van preparaten die óf onwerkzaam waren óf schadelijk bleken te zijn. In de zeventiger jaren werden de acties, gericht tegen de officiële wetenschap en tegen de overheid, voortgezet. Zo betrof de veroordeling in 1973 een directeur van de N.H.F., die onbevoegd de geneeskunst beoefenende een vrouw die zou lijden aan baarmoederkanker het preparaat Laetrile had verkocht, een middel waarvan enige gunstige invloed op carcinoom nimmer werd aangetoond.

Dat deze georganiseerde kwakzalverij zich ook op andere wijze voor het kankervraagstuk zou interesseren, hoeft ons niet te verwonderen. Evenmin, dat de fluoridering van drinkwater hiervoor een aantrekkelijk aanknopingspunt bood.
Wat zou een fraaier succes zijn dan de gezondheidsautoriteiten in de wielen te rijden door te bewijzen dat fluoride kankerverwekkend zou zijn? Dat men vooral in de V.S. trachtte dit doel na te streven is begrijpelijk, als men bedenkt dat vanaf 1945 de fluoridering van drinkwater in toenemende mate en voor grote bevolkingsgroepen toepassing vond. Toch viel het de National Health Federation niet zo gemakkelijk het door haar gewenste bewijs te leveren. In 1972 gaf de N.H.F. de opdracht voor een onderzoek naar het verband tussen kanker en fluoride aan het Center for Science in the Public Interest. Het resultaat van het onderzoek beantwoordde niet aan het doel van de opdrachtgever; het werd dan ook verder niet in de N.H.F.-publikaties genoemd.
Beter verging het de N.H.F. door de heer Burk in de arm te nemen. Tijdens zijn werkzaamheden in de cyto-chemische afdeling van het National Cancer Institute was hij kennelijk nooit op de gedachte van een verband tussen kanker en fluoride gekomen, doch het naderhand gelegde contact met de National Health Federation deed hem de weg inslaan van een epidemiologisch onderzoek naar het te bewijzen verband. Interessant is het hierbij te vermelden, dat hiervoor geen beroep gedaan werd op de afdeling epidemiologie van het nationale kankerinstituut. Natuurlijk niet, want officiële wetenschap is de natuurlijke vijand van deze Health Federation.

1. Congressional Record, 16 december 1964, rede van Paul C. Rogers in het Huis van Afgevaardigden.

Ik heb gemeend enigszins te moeten uitweiden over de Amerikaanse National Health Federation om hierdoor wetenschappelijke onderzoekers en werkers op het gebied van de gezondheidszorg in Nederland in te lichten over deze organisatie, die onder het misbruik van 'health' zich ten doel stelt het vertrouwen in wetenschap en overheid te ondermijnen en onrust te zaaien onder de bevolking.

Het onderzoek van Burk

De resultaten van het onderzoek van Burk, hoofdrolspeler in de Zandvoortse bijeenkomst, welke het vertrouwen in de onschadelijkheid van fluoride in de concentratie van 1 p.p.m. in drinkwater moesten schokken, waren reeds in de zomer 1975 gepubliceerd. Op grond van het ingestelde epidemiologische onderzoek zou op verschillende wijzen het verband tussen drinkwaterfluoridering en het ontstaan van kanker zijn aangetoond. In de eerste plaats richtte het onderzoek zich op een vergelijking in kankersterftecijfers tussen steden waar het drinkwater wel en waar het niet gefluorideerd was[2] en vervolgens op de toeneming van de kankersterfte daar waar fluoridering van het drinkwater was ingevoerd[3].

Wat het eerste onderzoek betreft, alle fouten die men bij een epidemiologisch onderzoek kan maken, vindt men als een schoolvoorbeeld hier terug. Burk en Yiamonyiannis (directeur van de N.H.F.) publiceerden hier statistisch niet verantwoorde resultaten en verzuimden de gewogen multipele regressie-analyse toe te passen. Ware dit wel geschied, dan had men al die variabelen in het onderzoek betrokken waarvan men weet dat zij in hoge mate het vóórkomen van kanker kunnen beïvóórkomen van kanker kunnen beinvloeden. De samenstelling van de besociale en economische status, milieu (omvang en aard van industrialisatie),cultuurpatroon zoals rookgewoonten, werden niet in het onderhavige onderzoek betrokken, terwijl niemand beter dan Burk – die 35 jaar in het kankerinstituut werkte – zou moeten weten hoe al die factoren van invloed kunnen zijn op de morbiditeit en mortaliteit van het carcinoom.
Vooral voor dit onderzoek had deze waarschuwing moeten gelden, waar vergelijkingen werden getroffen tussen steden die geografisch vaak 3.000 tot 4.000 km uit elkaar lagen. De zorgvuldigheid waarmee het Nederlandse T.N.O.-onderzoek te Tiel-Culemborg werd voorbereid (het zoeken naar twee plaatsen die, wat de verschillende genoemde variabelen betreft, een grote mate van gelijkheid vertoonden) is hiermee wel in schrille tegenstelling; hier werden dan ook de verschillen in carcinoom-mortaliteit niet gevonden, hoewel we dienen te bedenken dat we hier met uiterst kleine aantallen te maken hebben. Het Amerikaanse N.H.F.-onderzoek mist dan ook alle wetenschappelijke betrouwbaarheid, hetgeen bestuur en directie van de N.H.F. geen slapelooshied zal hebben bezorgd.
Nog bonter maken de beide onderzoekers het in het tweede onderzoek. Ik kan niet beter doen dan hier te citeren, wat zij in het 'abstract of paper' voor de Zandvoortse samenkomst schreven: 'When the latter group was then fluoridated during the years 1952-56 and there after, its average mortality immediately and steadily increased above that of the average mortality rate of the non fluoridated group, with a significant difference evident in no more than two years, and very marked by five years'. Deze bevinding vormde de grote mededeling van Dr. Burk in Zandvoort. De arts behoeft geen oncoloog te zijn om te weten, dat morbiditeit en mortaliteit van het carcinoom niet van de ene dag op de andere dag te beïnvloeden is door de toevoeging van een stof in de concentratie van 1 mg per liter in drinkwater (vergelijk de relatie roken-longkanker), te meer niet waar deze concentratie in verschillende wateren in de V.S. reeds van nature aanwezig is.
Dat het zelfs de voorzitter van het Zandvoortse congres, Nederlands arts en fel tegenstander van de waterfluoridering, wat te machtig is geworden, maak ik op uit een brief die hij kort na het congres schrijft en waaruit de volgende passages aangehaald mogen worden: '. . . dat Nederlandse onderzoekingen erop wijzen dat fluoride in het ene water anders werkt dan in het andere water. Er bestaat thans een hypothese dat fluoride via bepaalde enzymremmingen de permiabiliteit van de celwand verhoogt en deze daarmee doorlaatbaar maakt voor andere in het water aanwezige verontreinigers. Het is dus de vraag of fluoride een directe carcinogene werking heeft of dat het de weg bereidt voor andere aanwezige carcinogenen'.
Men vraagt zich af of de Amerikanen van de N.H.F. geen dierproeven ter beschikking stonden om ook langs deze weg de invloed van fluoride op tumorvorming te bewijzen. Geen nood, ook daarbij vonden ze een medewerker in de persoon van A. Taylor in Texas die bij muizen en ratten een carcinogene werking van fluoride in de concentratie van 1 p.p.m. vaststelde, maar er niet bij vermeldde dat er via de voeding nog eens een zodanige hoeveelheid fluoride werd toegevoegd dat er uiteindelijk sprake was van een concentratie die tientallen malen hoger lag dan bij de waterfluoridering het geval is. Het zoeken naar verband tussen kanker en fluoride is niet een bezigheid van vandaag of gisteren.

Rapporten Gezondheidsraad

In het rapport van de Gezondheidsraad uit 1960 citeer ik: 'Natuurlijk is ook beweerd, dat fluoride de frequentie van carcinomen zou verhogen'. In het rapport wordt dan deze veronderstelling ontzenuwd, onder andere met de mededeling dat na 8 jaar fluoridering in Grand Rapids de kankersterfte lager was dan voorheen. Een onderzoek in 1963 in het National Cancer Institute wees uit, dat de invloed van toevoeging van natriumfluoride aan muizen geen enkele carcinogene uitwerking had[4].

Ook het Gezondheidsraad-rapport van 1970 komt op deze zaak nog eens terug. In dit rapport worden nog eens de resultaten vermeld van een onderzoek in 32 steden met een fluoride concentratie van $\geqslant 0{,}7$ mg per liter en 32 steden met een $\leqslant 0{,}25$ mg concentratie. 'De gewogen sterftecijfers voor alle doodsoorzaken gezamenlijk en voor hartziekten, kanker, intracraniële letsels, nephritis en levercirrhose afzonderlijk gaven voor de steden met het hogere fluoridegehalte geen waarden die significant van die der andere steden verschillen'.
Interessant is ook in dit rapport te lezen, waarover de voorzitter van Zandvoort schreef (hiervóór door mij aangehaald): '. . . dat de remming (en-

2. Congressional Record, speech van J. J. Delanay in het Huis van Afgevaardigden op 21 juli 1975.
3. Congressional Record, 16 december 1975.
4. Mededeling Dr. P. Bentvelzen, medewerker aan het Radiobiologisch Instituut T.N.O. te Rijswijk, in brief van 24 februari 1976 met bijlage-brief uit het National Cancer Institute van 20 februari 1976.

zymremming, schr.) pas betekenis krijgt bij fluorideconcentraties liggende tussen 10 milligram en enige grammen per liter'[5].

De mededeling uit het Zandvoortse congres in 1976 komt hierdoor wel weer in een merkwaardig licht te staan.

Andere uitspraken

Hoezeer het milieu en met name de industrialisatie een rol spelen mag ook nog eens blijken uit een onderzoek in Canada, waar in de jaren 1966-1970 de kankersterfte in de sterk geïndustrialiseerde stad Hamilton belangrijk hoger bleek te zijn dan in het industrie-arme Ottawa. Interessant daarbij was, dat hoe dichter de woonplaats bij de staalfabrieken was hoe hoger de kankersterfte bleek te zijn. Dit voorbeeld wordt hier slechts aangehaald om te bewijzen hoe fout men zit, indien men verzuimt de verschillende variabelen in de analyse van zogenaamde statistische waarnemingen te betrekken.
In een recente Engelse studie: 'Fluoride, Teeth and Health'[6] wordt een afzonderlijk hoofdstuk gewijd aan het verband tussen fluoridering en kanker. Nauwkeurig, statistisch verantwoord onderzoek in Engeland, waarbij onder andere rekening werd gehouden met leeftijdsgroepen en geslacht, leidde tot de conclusie: '. . . There is no tendency for the ratio for any cancer to be greater in the high-fluoride areas than in the low-fluoride areas'.

Tot slot nog enkele uitspraken uit de V.S. zelf over de gepubliceerde onderzoekresultaten van de N.H.F. De belangrijkste publikatie uit het National Cancer Institute (N.C.I.), een instituut ressorterend onder het Department of Health, Education and Welfare, is die van december 1975 over een onderzoek van Robert N. Hoover[7] (hoofd van de afdeling epidemiologie van het N.C.I.) en medewerkers. Geen enkel verschil in kankersterfte werd gevonden bij de vergelijking tussen streken met hoger waterfluoridegehalte en met lagere concentratie, noch bij vergelijking tussen de perioden vóór en na de fluoridering. De departementale mededeling eindigt dan ook met de conclusie: 'On the basis of their findings, the scientists concluded that fluoridation has not increased the risk of cancer, either in counties long exposed to varying levels of natural fluoride, or in counties relatively recently exposed to fluoride by artificial means'.

Dat deze wetenschappelijk verantwoorde uitspraak van de overheid een weerwoord van de N.H.F. zou uitlokken was te verwachten; men kon dit beluisteren op de Zandvoortse bijeenkomst. Overigens bedenke men bij deze uitspraak van de Amerikaanse overheid, hoe voorzichtig deze in het algemeen pleegt te zijn met de toelating van kunstmatige stoffen wanneer maar enige mogelijkheid van carcinogene bijwerking blijkt te bestaan. Het recente besluit met betrekking tot de kleurstof amarant is hiervan een voorbeeld. Eveneens in 1975 heeft de American Cancer Society een verklaring uitgegeven, dat geen verband tussen kanker en waterfluoridering is vastgesteld en dat het argument van carcinogene werking van fluoride niet geldig is om een belemmering te vormen voor het toedienen van deze chemische verbinding ter voorkoming van tandcariës.
Ook de beroepsorganisaties van medici en tandartsen in de V.S. hebben zich verenigd met de uitspraken van het Nationaal Kanker Instituut: na 30 jaren fluoridering van drinkwater is geen enkele invloed aangetoond tussen deze maatregel en het ontstaan van kanker bij de mens.
Had de heer Burk zich in zijn kwaliteit van 'wetenschapper' en 'voorlichter' beperkt tot de relatie van kanker en fluoride in drinkwater, dan was hij tenminste gebleven binnen de opdracht van de National Health Federation. In zijn optreden voor de Nederlandse televisie heeft hij echter niet nagelaten de onrust hier te lande nog te verhogen door desgevraagd mede te delen, dat als het zijn kinderen betrof hij ze ook geen fluoridetabletten zou geven. Dit alles berustende op het 'aangetoonde' verband tussen kanker en fluoride.
Toen een week later de voorzitter van de Ministeriële Commissie Voorlichting Fluoridering Drinkwater de gelegenheid kreeg voor de televisie het bestaan van het door Burk bestaande verband te ontkennen kreeg hij daarop van een jurist-politicoloog, medewerker aan één onzer dagbladen, te horen dat hij had moeten stellen: 'Ik ken het risico niet, maar ik durf het te aanvaarden'. De genoemde voorzitter (dezelfde persoon als de schrijver van dit artikel) mag dan deze plaats gebruiken om te reageren: 'Neen, mijnheer de jurist, als ik ervan uitga dat een risico kan bestaan maar ik ken het niet, dan aanvaard ik als medicus en als werker op het gebied van de volksgezondheid dit risico niet, omdat het onverantwoord zou zijn. Maar ik ontken het risico en zou daarom willen voorstellen dat wij beiden bij onze leest blijven'.

Tot slot wil ik gaarne een bijzonder woord van dank richten tot hen, die mij nog van aanvullende gegevens hebben voorzien, te weten:

Dr. P. Bentvelzen, Radiobiologisch Instituut van T.N.O.;
Mevr. Dr. E. Boelsma, Wetenschappelijke Raad voor de Kankerbestrijding;
C. J. Huisman, arts bij het directoraat-generaal van de milieuhygiëne.
Dr. R. Kroes, Rijksinstituut voor de Volksgezondheid, hoofd van de afdeling Oncologie en Pathologie Schadelijke Stoffen;
Dr. M. van der Ploeg, lector Histochemie aan de Rijksuniversiteit te Leiden.

5. Voor enzymwerking, zie ook de oratie van Dr. M. van der Ploeg, Leiden, 19 maart 1976.
6. A report of the Royal College of Physicians, 1975.
7. Fluoridated Drinking Water and the Occurrence of Cancer, november 1975.

AUTO-EMBLEMEN

zijn voor leden van de Maatschappij GRATIS verkrijgbaar op het Bureau der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht (tel. 030-885411, toestel 123).
Het Maatschappij-embleem (internationaal model), vervaardigd van astralon of een embleem van plakplastic zal op aanvraag door het secretariaat van de K.N.M.G. worden toegezonden, waarbij ervan wordt uitgegaan dat elk K.N.M.G.-lid recht heeft op één gratis exemplaar.

UIT DE ZIEKENFONDSRAAD

1. Wijziging Algemene Bijstandswet

Op verzoek van staatssecretaris Hendriks zal de Ziekenfondsraad binnenkort advies uitbrengen over een voorontwerp van wet tot wijziging van de Algemene Bijstandswet. Vooruitlopende op dit advies besloot de raad in zijn op 22 april jl. gehouden vergadering reeds nu aan de staatssecretaris zijn ernstige ongerustheid kenbaar te maken over de mogelijke gevolgen van dit ingrijpend voorontwerp en de daarbij behorende Memorie van Toelichting.
Bij dit voorontwerp van wet is namelijk de ontwikkeling van de voorzieningen voor gezondheidszorg, alsmede het verstrekkingen- en financieringsbeleid in het kader van de A.W.B.Z. en de ziekenfondsverzekering ten zeerste betrokken. De minister van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk blijkt het voornemen te hebben om te bevorderen, dat bijstand in de noodzakelijke kosten van maatschappelijke of medische dienstverlening – al dan niet huisvesting, verzorging of verpleging omvattende – in het algemeen slechts mogelijk zal blijven, indien de dienstverlenende instelling of persoon toelating heeft verkregen van genoemde minister. Een zodanige toelating, in het bijzonder indien het een gehele categorie van instellingen of personen betreft, zal tevens tot gevolg hebben dat de betrokken vorm van dienstverlening (wat de financiering betreft) niet meer uit de algemene middelen – hier: de Algemene Bijstandswet – maar via een meer aangewezen systeem van directe financiering – lees: via de A.W.B.Z. en de ziekenfondsverzekering – dienen te worden bekostigd.
Op deze wijze zou de minister van C.R.M. zij het in overeenstemming met zijn collega van Volksgezondheid, invloed uitoefenen op de omvang van de verstrekkingenpakketen van A.W.B.Z. en ziekenfondsverzekering. Hieruit volgt, dat overheveling van lasten van het Rijk nnaar de kassen van de beide verzekeringen een verhoging van de premies tot gevolg kan hebben. De raad vreest, dat een verantwoorde programmering daarbij in het gedrang zal komen.

2. Commissie budgetfinanciering

In het onlangs door de Ziekenfondsraad aanvaarde 'Rapport Kostenbeheersing' werd reeds geopperd, dat een effectieve kostenbeheersing ter beperking van de premiestijging van de sociale verzekeringen wellicht zal worden bevorderd door een systeem van budgettering. Rekening houdende met deze veronderstelling, besloot de raad tot het instellen van een commissie ter bestudering van het vraagstuk van de budgettering naar verschillende gezichtspunten. Deze commissie zal bestaan uit vertegenwoordigers van alle groeperingen in de raad. Voor de organisaties van medewerkers en instellingen zijn benoemd de heren Drs. P. Brandes en Drs. Th. M. A. van Keulen, met de mogelijkheid om voor hen door de betrokken organisaties ook plaatsvervangers aan te wijzen. Tot voorzitter van de commissie werd benoemd een kroonlid, de heer L. Opheikens.

3. Verstrekking van vaccins

De Ziekenfondsraad besloot aan de staatssecretaris van Volksgezondheid te adviseren het tot nu toe bestaande *onbeperkte* recht op de verstrekking van vaccins zodanig te wijzigen, dat voortaan niet meer *alle* vaccins door de ziekenfondsen zullen worden vergoed. Daarbij heeft de noodzaak tot kostenmatiging een belangrijke rol gespeeld.
Bij het advies is uitgegaan van een limitatieve lijst van vaccins die voor rekening van de ziekenfondsverzekering zullen blijven. Uiteraard heeft bij de opstelling van deze lijst de bescherming van de volksgezondheid door middel van individuele preventieve maatregelen voorop gestaan. Vaccins die tot nu toe uitsluitend ten behoeve van zaken- of vakantiereizen worden verstrekt, zullen na vaststelling van de limitatieve lijst niet meer voor rekening van de ziekenfondsverzekering komen. Op genoemde lijst komen wél voor de vaccins tegen mazelen, rode hond ten ten behoeve van vrouwen in de vruchtbare leeftijd, tetanus, difterie, polio en kinkhoest of combinaties daarvan (de drie laatstgenoemde voor hen die de leeftijd van 18 jaar nog niet hebben bereikt). Voor hen voor wie groep een extra risico betekent (chronische afwijkingen van de luchtwegen en de longen, asthma bronchiale, hartafwijkingen, suikerziekte of chronisch nierlijden) zal het influenzavaccin eveneens voor rekening van het ziekenfonds komen.

4. Niet-klinische hemodialyse

Sedert januari 1970 is een Besluit chronisch intermitterende hemodyalyse van toepassing. Op grond van dit besluit heeft de Ziekenfondsraad, gebruik makend van zijn bevoegdheid hiertoe, nadere regelen opgesteld aangaande de dialyse welke plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van een dialysecentrum ten huize van de verzekerde. In de praktijk is echter gebleken, dat de bestaande regeling ontoereikend is om aan de verstrekking een bevredigende uitwerking te geven. Vandaar dat de raad in zijn vergadering van 22 april besloot aan staatssecretaris Hendriks te adviseren het desbetreffende verstrekkingenbesluit te wijzigen. Voorts, om een nieuw Besluit chronisch intermitterende hemodialyse ziekenfondsverzekering vast te stellen.
De wijziging van het verstrekkingenbesluit is mede bedoeld om daarin de basis te leggen voor aanspraak van de verzekerden op vergoedingen voor redelijkerwijze aan te brengen veranderingen in en aan de woning alsmede voor bepaalde gebruikskosten. Het advies is derhalve niet bedoeld om inhoud of omvang van de verstrekking te wijzigen, doch wel om de verstrekking zodanig te formuleren, dat haar regeling – met terugwerkende kracht tot 1 januari 1970 – wordt aangepast aan de inmiddels gegroeide inzichten en aan de eisen die aan een daarop afgestemde regeling moeten worden gesteld.

medisch contact

Nr. 19 — 7 mei 1976

officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen).

Dagelijks Bestuur	Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter, Dr. H. W. A. Sanders, ondervoorzitter, C. F. A. Heyen, L. Th. G. Rozeman, Mevr. E. Smit, leden; S. van Randen (voorzitter L.H.V.), Z. S. Stadt (voorzitter L.A.D.) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter L.S.V.), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.
Bureau voor waarneming en vestiging	Van 08.00 tot 16.30 uur: Mej. J. de Graaf, tel. 030-885411.
Afdeling comptabiliteit	J. A. Alst; Postgironummer der K.N.M.G.: 58083; AMRO-bank nummer; 45 64 48 969.
Ledenregister	N. W. G. Pastoor (ook voor alle mutaties).
Afdeling buitenland	Mr. B. Schultsz; Mej. M. Th. van der Meulen, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (O.F.)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mevr. M. J. Blok, chef de bureau.
Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)	Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mevr. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.)	W. J. de Jager, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)	Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; Mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.
College voor Sociale Geneeskunde (C.S.G.)	Mr. B. Schultsz, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)	Mr. P. Swenker, secretaris; Mevr. H. Ciuráns y Lledo-Heetebrij, secretaresse.
College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.)	Dr. H. Roelink, secretaris; Mej. L. Beljaars, secretaresse.
Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.)	J. I. van der Leeuw, secretaris; Mevr. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)	Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.)	J. M. G. Hoes, directeur; Mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecr. tel. 030-887021 en 885411.

van het centraal bestuur L.H.V.

Financiële jaarstukken

Jaarverslag van de penningmeester der Landelijke Huisartsen Vereniging over het verenigingsjaar 1975 waarin opgenomen het jaarverslag van de secretaris-penningmeester van de Apotheekcommissie.

1. Inleiding

1.1. Ingevolge de reglementaire verplichting ex artikel 22 van het Huishoudelijk Reglement, leg ik hierbij rekening en verantwoording af van het door mij gevoerde financiële beheer over het verenigingsjaar 1975.

1.2. Evenals vorige jaren zijn ook dit keer weer in de overzichten opgenomen de gegevens welke betrekking hebben op de begroting specifieke apotheekhoudende belangen.

1.3. Het gezamenlijk vermogen, dat wil zeggen inclusief het fonds deelneming O.L.M.A. ad *f* 560.000,— bedroeg per ultimo 1975: *f* 3.412.700,— (1974: *f* 2.491.000,—). Een nadere specificatie volgt onder punt 2.1 en 2.2.

1.4. De gecombineerde staat van baten en lasten vertoont een voordelig saldo vóór reservering van *f* 921.879,— (1974: *f* 427.757,—). Hiervan is een bedrag van *f* 90.000,— (1974: *f* 41.177,—) aan de algemene reserves toegevoegd, conform de goedgekeurde begroting 1975.

1.5. Als bijlagen treft u aan de door de accountant gecontroleerde en goedgekeurde jaaroverzichten en tenslotte de accountantsverklaring.

2. Vermogenspositie

2.1. Eigen vermogen Landelijke Huisartsen Vereniging:

	31 dec. 1973	*31 dec. 1974*	*31 dec. 1975*
Kapitaal	*f* 165.000,—	*f* 165.000,—	*f* 165.000,—
Reserve	*f* 455.000,—	*f* 604.500,—	*f* 694.500,—
Fonds inzake deelneming O.L.M.A.	*f* 560.000,—	*f* 560.000,—	*f* 560.000,—
Fonds 1974			*f* 338.000,—
Voordelig saldo 1974 en 1975		*f* 338.000,—	*f* 721.000,—
	f 1.180.000,—	*f* 1.667.500,—	*f* 2.478.500,—

2.2. Vermogen Apotheekcommissie:

	31 dec. 1974	*31 dec. 1975*
Reserve obligatielening Clanag	*f* 150.000,—	*f* 150.000,—
Reserve financiering nieuwe aanschaf Clanag	*f* 355.000,—	*f* 428.500,—
Liquiditeitsreserve Clanag	*f* 100.000,—	*f* 100.000,—
Algemene reserve	*f* 170.000,—	*f* 170.000,—
Voordelig saldo	*f* 48.500,—	*f* 85.700,—
	f 823.500,—	*f* 934.200,—

2.3. Bestemmingsreserve; bestemming batig saldo.

Sinds de ledenvergadering van 28 november 1975 is de reserve die de L.H.V. ten behoeve van de O.L.M.A. heeft gerealiseerd ook benoemd tot bestemmingsreserve. Daarnaast heeft de L.H.V. nog de bestemmingsreserve ten behoeve van financiering groepspraktijken.

Het overschot 1974 ad *f* 338.000,—, hiervoor fonds 1974 genoemd, zal moeten worden bestemd door de ledenvergadering voor extra activiteiten van de vereniging. Dit is ultimo 1975 nog niet geschied.

Voorstellen over de bestemming zullen separaat worden toegezonden. Gedacht wordt aan voorlopige reservering ten behoeve van mogelijke verplichtingen in het kader van de wachtgeldregeling voor het personeel.

3. Resultatenrekening

3.1. De contributie-opbrengsten zijn correct begroot voor 1975. Het aantal leden bedroeg 4577 (1974: 4466). Een aantal leden betaalt niet de volle L.H.V.-contributie, omdat zij gedeeltelijk in dienstverband werkzaam zijn. Het aantal apotheekhoudende contribuanten was 1350 (1974: 1254).

3.2. De staat van baten en lasten over 1975 sluit met een voordelig saldo (na reservering van *f* 90.000,—) van *f* 721.143,—. Voor 1975 werd oorspronkelijk een zonder saldo sluitende begroting ingediend en goedgekeurd.

Bij vergelijking van de begroting 1975 met de werkelijkheid blijkt, dat:

de intrestbaten de begroting overtroffen met	f 42.000,—
de contributie hoger was dan begroot	- 2.000,—
de totale baten hoger waren dan begroot	f 44.000,—
de lasten in totaal lager waren dan begroot	- 677.000,—
de uitkomst gunstiger is dan begroot	f 721.000,—

(over 1974 bedroeg het verschil tussen begroting en uitkomst f 391.100,—).

De hogere intrest is mede een gevolg van de rente over het overschot 1974 waarmee bij de begroting geen rekening was gehouden.

Het bedrag van f 677.000,— waarmee de lasten beneden de begroting bleven, is als volgt samengesteld:

	binnenland	*buitenland*	*totaal*
a. vergaderkosten	f 52.000,—	./. f 7.000,—	f 45.000,—
b. tegemoetkomingen	f 11.000,—		f 11.000,—
c. personeelskosten	f 242.000,—	f 46.000,—	f 288.000,—
d. bureaukosten en afdrachten	f 66.000,—	f 10.000,—	f 76.000,—
e. overige kosten	f 259.000,—	f 6.000,—	f 265.000,—
f. bijdrage N.H.I.	./. f 8.000,—		./. f 8.000,—
			f 677.000,—

In de ledenvergadering van 28 november 1975 werd reeds een aanzienlijk overschot in het vooruitzicht gesteld. Dat dit echter groter is geworden was moeilijk te voorzien vanwege een aantal ingebouwde onzekerheden waar in principe geen of weinig rekening mee kan worden gehouden. Hieronder vallen: ziektes van medewerkers, die tijdelijk niet worden vervangen, vergoedingen voor bureauwerk aan derden, achterblijven van nascholingsactiviteiten. In grote lijnen is dit overschot te danken aan een te ruime begroting voor 1975.

Per post kan nog het volgende worden opgemerkt:

a. Vergaderkosten zijn zeer moeilijk te begroten. Ofschoon het aantal vergaderingen bepaald niet is afgenomen is wellicht door wat meer efficiency (2 besprekingen op 1 dag e.d.) en het gebruik van het openbaar vervoer deze post lager gebleven.

c. Personeelskosten. Dit overschot kon ontstaan door de volgende oorzaken (met ruwe schatting der bedragen):

Vakatures (plus ziekengeld e.d.)	f 79.000,—
Te hoge trendraming	f 27.500,—
Sociale lasten (mede in verband met bovenstaande posten)	f 67.500,—
Los personeel (in verband met doorberekening)	f 36.000,—
Notulaat	f 22.500,—
Reiskosten	f 10.000,—
	f 242.500,—
Bureau buitenland totaal personeelskosten	f 45.500,—
	f 288.000,—

d. De posten servicekosten en huur vergaderruimten (afhankelijk van het aantal vergaderingen), kantoorbehoeften en drukwerk zijn de belangrijkste oorzaken van het overschot in deze post.

e. Overige kosten. De onderzoeken waarvoor ruimte op de begroting was gecreëerd hebben niet plaatsgevonden. Behalve de economische begeleiding en enkele juridische adviezen zijn in het verslagjaar geen activiteiten onder deze noemer te bekostigen. De stichting nascholing kwam nog niet tot de gewenste activiteiten. De post diversen en onvoorzien verdient nadere toelichting.

(Voor vervolg zie de volgende bladzijde)

Diversen en onvoorzien

Accountantskosten; personeelswervingskosten e.d. ...	f 21.238,—	
Kosten noodlokaal (ten behoeve van archief)	f 2.400,—	
Diverse andere zaken	f 6.926,—	
Afboeking vordering Stichting Voorlopig Beheer Pensioengelden voor Huisartsen	f 42.219,—	
Afboeking voorschotten	f 6.333,—	
Terugontvangen pensioenpremies van K.N.M.G.		f 21.948,—
Koerswinst effecten		f 60.734,—
Nadelig verschil contributie-opbrengst voorgaande jaren	f 11.678,—	
	f 90.794,—	f 82.682,—

Twee vorderingen werden derhalve afgeboekt. De eerste (S.V.B.P.H.) omdat het de vraag is of deze – via een mondelinge afspraak destijds (1967/68) – niet zou zijn verrekend. Een tijdrovend onderzoek – zo het al succes heeft – is weinig zinvol omdat in feite het toenmalige L.H.V. ledenbestand parallel liep met het aantal huisartsen dat deelnemer was in de voorlopige regeling. De tweede afboeking betreft vorderingen die inmiddels zijn afgewikkeld.
De koerswinst welke nu eenmaal niet te schatten was zorgt met de teruggave der door de K.N.M.G. eerder geïnde pensioenpremies de oorzaak waarom ook deze post zo ver beneden het begrote bedrag blijft.

3.3. Vergelijkend resultatenoverzicht 1973, 1974 en 1975.

	1973	*1974*	*1975*
Vergaderkosten	f 146.900,—	f 164.000,—	f 223.000,—
Tegemoetkomingen	f 438.200,—	f 422.700,—	f 480.000,—
Personeelskosten	f 489.300,—	f 704.500,—	f 686.000,—
Bureaukosten	f 356.600,—	f 388.300,—	f 435.200,—
Overige kosten (incl. onderzoekingen en adviezen)	f 111.900,—	f 178.800,—	f 151.000,—
	f 1.542.900,—	f 1.858.300,—	f 1.975.200,—
Dotatie aan fondsen	f 127.100,—	f 188.000,—	f 53.000,—
Reserveringen	f 200.000,—	f 15.000,—	f 90.000,—
	f 1.870.000,—	f 2.061.300,—	f 2.118.200,—
Contributies	f 2.153.100,—	f 2.212.400,—	f 2.712.700,—
Interest	f 86.900,—	f 187.000,—	f 131.800,—
	f 2.240.000,—	f 2.399.400,—	f 2.844.500,—
Voordelig saldo	f 370.000,—	f 388.100,—	f 726.300,—

Het resultaat over 1973 is geflatteerd, omdat bij de personeelskosten het bedrag van de reserve voor aanstelling medicus en econoom in mindering is gebracht. De werkelijke kosten zijn f 135.000,— hoger. De uitgaven op het punt personeelskosten hebben dus reëel bedragen (f 489.300,— + f 135.000,— =) f 624.300,—.

3.4. Vergelijkend resultatenoverzicht 1973, 1974 en 1975 van de gelden voor specifiek apotheekhoudende belangen.

	1973	*1974*	*1975*
Bijdrage kosten Clanag	f 177.800,—	f 202.500,—	f 221.500,—
Diverse kosten	f 2.900,—	f 1.300,—	f 1.200,—
Vademecum	f 10.200,—	f 9.600,—	f 9.100,—
Koersverliezen	f 11.000,—	f 6.300,—	./. f 5.400,—
Dotatie aan fondsen	f 55.000,—	f 26.200,—	f 25.000,—
	f 256.900,—	f 245.900,—	f 251.400,—
Contributies	f 248.900,—	f 231.800,—	f 284.000,—
Interest	f 42.100,—	f 62.600,—	f 53.100,—
	f 291.000,—	f 294.400,—	f 337.100,—
Voordelig saldo	f 34.100,—	f 48.500,—	f 85.700,—

Vrijwel alle leden hebben zeer vlot hun contributie betaald; vanaf deze plaats hartelijk dank hiervoor.
Tevens is een blijk van hulde op zijn plaats aan bestuur en bureau die het mij mogelijk maakten – terwijl de activiteiten in 1975 zijn toegenomen – een dergelijk gunstig resultaat te boeken.

F. Pasdeloup, arts, penningmeester L.H.V.

Voor het gedeelte der gelden bestemd voor specifieke apotheekhoudende belangen,

W. Vegelin, arts, secretaris-penningmeester A.C.

Accountantsverklaring

Op grond van ons onderzoek zijn wij van oordeel, dat de gecombineerde jaarrekening een getrouw beeld geeft van de grootte en de samenstelling van het vermogen van de L.H.V. en A.C. op 31 december 1975 en van het resultaat over 1975.

Amsterdam, 8 april 1976

Nederlandse Accountants Maatschap

Bijlagen

GECOMBINEERDE BALANS PER 31 DECEMBER 1975
L.H.V. EN APOTHEEKCOMMISSIE

ACTIVA	L.H.V.	A.C.	31-12'75 totaal	31-12'74 totaal
	f	f	f	f
vastgelegde middelen	970.896	487.350	1.458.246	1.103.394
vorderingen	372.847	55.189	428.036	424.721
geldmiddelen	1.412.862	393.108	1.805.970	1.307.131
	2.756.605	935.647	3.692.252	2.835.246

PASSIVA	L.H.V.	A.C.	31-12'75 totaal	31-12'74 totaal
	f	f	f	f
eigen vermogen	2.478.894	934.195	3.413.089	2.491.210
bestemmingsreserves	62.251		62.251	62.251
schulden op korte termijn	215.460	1.452	216.912	281.785
	2.756.605	935.647	3.692.252	2.835.246

GECOMBINEERDE STAAT VAN BATEN EN LASTEN OVER 1975
L.H.V. EN APOTHEEKCOMMISSIE
bijlage 2

LASTEN	L.H.V.	A.C.	31-12'75 totaal	31-12'74 totaal
	f	f	f	f
totale kosten	2.033.288	226.445	2.259.733	2.265.969
voordelig saldo en reserveringen	811.143	110.736	921.879	427.757
	2.844.431	337.181	3.181.612	2.693.726

BATEN	L.H.V.	A.C.	31-12'75 totaal	31-12'74 totaal
	f	f	f	f
contributies/bijdragen	2.712.663	284.079	2.996.742	2.444.168
rente	131.768	53.102	184.870	249.558
	2.844.431	337.181	3.181.612	2.693.726

BALANS PER 31 DECEMBER 1975 VAN L.H.V.

ACTIVA		31-12'75 f		31-12'74 f
Vastgelegde middelen:				
effecten	911.332		652.045	
deelneming O.L.M.A.				
nominaal	560.000			
Af: niet gestort 90%	504.000	56.000	56.000	
inventaris en inrichting	3.564	970.896	11.349	719.394
Vlottende middelen:				
Vorderingen:				
te vorderen contributies	50.740		92.146	
vooruitbetaald en te vorderen	144.122		265.925	
L.S.V.			17.864	
K.N.M.G. rekening-courant	177.985	372.847	3.601	379.536
geldmiddelen		1.412.862		912.720
		2.756.605		2.011.650

PASSIVA		31-12'75 f		31-12'74 f
Eigen vermogen:				
kapitaal	165.118		165.118	
voordelig saldo 1975 (1974)	721.143		338.121	
fonds 1974 voor diverse activiteiten	338.121			
reserve inzake deelneming waarborg-kapitaal O.L.M.A.	560.000		560.000	
reserve	694.512	2.478.894	604.512	1.667.751
Bestemmingsreserves:				
fonds financiering groepspraktijken		62.251		62.251
Schulden op korte termijn:				
te betalen posten		215.460		281.648
		2.756.605		2.011.650

STAAT VAN BATEN EN LASTEN OVER 1975 VAN L.H.V.

BATEN	begroting 1975 f		werkelijkheid 1975 f		werkelijkheid 1974 f	
contributies		2.710.350		2.712.663		2.212.380
intrest		90.000		131.768		186.994
		2.800.350		2.844.431		2.399.374
LASTEN						
Vergaderkosten:						
vervoer	92.000		59.076		58.600	
overige kosten	135.700	227.700	116.573	175.649	64.585	123.185
Tegemoetkomingen:						
bestuursleden	462.000		462.000		402.000	
commissieleden	28.750	490.750	18.044	480.044	20.673	422.673
Personeelskosten:						
salarissen	635.000		464.649		474.621	
sociale lasten en reiskosten	244.500	879.500	172.286	636.935	165.691	640.312
Bureaukosten:						
afschrijving en onderhoud inventaris	20.000		24.134		10.320	
kantoorbehoeften	60.000		33.115		28.582	
porti en telegrammen	60.000		55.697		54.429	
documentatie	10.000		6.956		6.609	
drukwerk	21.000		13.277		13.222	
vademecum	20.000		18.269		19.241	
	191.000		151.448		132.403	
aandeel administratiekosten K.N.M.G.	75.000		73.003		65.125	
aandeel computerkosten	22.000		35.092		19.959	
aandeel huisvestingskosten en huur vergaderruimten	75.000		59.711		60.574	
aandeel servicekosten	125.000	488.000	102.927	422.181	99.763	377.824
Overige kosten:						
public relations	50.000		30.530		37.557	
onderzoekingen en adviezen	125.000		48.774		76.165	
Stichting Nascholing Huisartsen	180.000		63.416		150.000	
diversen/onvoorzien	55.000	410.000	8.112	150.832	61.271	324.993
Bijdrage aan verenigingen:						
Ned. Huisartsen Instituut		45.000		53.000		38.000
Reserveringen:						
algemene reserve		90.000		90.000		15.000
Afdeling buitenland:						
vergaderkosten	40.000		47.296		40.834	
personeelskosten	94.875		49.257		64.138	
bureaukosten	23.225		13.200		9.906	
contributie U.E.M.O.	4.608		4.608		4.320	
diversen/onvoorzien	6.692	169.400	286	114.647	68	119.266
		2.800.350		2.123.288		2.061.253
voordelig saldo		-		721.143		338.121
		2.800.350		2.844.431		2.399.374

BALANS PER 31 DECEMBER 1975 VAN DE APOTHEEKCOMMISSIE

ACTIVA	31-12'75 f		31-12'74 f	
Vastgelegde middelen:				
8½% lening Stichting Clanag	155.000		155.000	
overige leningen	149.750		149.750	
effecten	182.600	487.350	79.250	384.000
Vlottende middelen:				
. Te vorderen:				
bijdragen	5.100		8.311	
K.N.M.G.	21.665		23.218	
rente	11.613		13.366	
Stichting Clanag	31.009		14.739	
	69.387		59.634	
geldmiddelen	393.108	462.495	394.411	454.045
		949.845		838.045

PASSIVA	31-12'75 f		31-12'74 f	
Eigen vermogen:				
reserve obligatielening	150.000		150.000	
reserve financiering nieuwe aanschaffingen 1974	270.000		270.000	
reserve financiering nieuwe aanschaffingen 1974-1975	158.459		85.000	
liquidatie reserve t.b.v. personeel	100.000		100.000	
algemene reserve	170.000		170.000	
voordelig saldo 1975 resp. 1974	85.736	934.195	48.459	823.459
Schulden op korte termijn:				
rekening-courant LHV	14.198		14.449	
te betalen kosten	1.452	15.650	137	14.586
		949.845		838.045

STAAT VAN BATEN EN LASTEN OVER 1975 VAN DE APOTHEEKCOMMISSIE
bijlage 7

LASTEN	'75 begroting f	'75 werkelijk	f	'74 f
bijdrage in exploitatie Clanag	245.000		221.525	202.525
Kosten:				
bijdrage vademecum		9.134	9.621	
kosten apotheekcommissie	60.000	1.206	10.340 1.320	10.941
liquidatie reserve				26.177
reserve financiering nieuwe aanschaffingen 1974-1975	25.000		25.000	
koerswinst, resp. verlies			÷ 5.420	6.250
voordelig saldo			85.736	48.459
	330.000		337.181	294.352

BATEN	'75 begroting f	'75 werkelijk	f	'74 f
bijdragen apotheekhoudende artsen		283.608	233.100	
nagekomen bijdragen	270.000	471	284.079 ÷ 1.312	231.788
Rente:				
Stichting Clanag		13.175	10.850	
leningen		12.750	12.694	
effecten		8.225	7.983	
bank	60.000	18.952	53.102 31.037	62.564
	330.000		337.181	294.352

van het centraal bestuur L.H.V.

Kiesdeler 1976

Ondergetekende deelt mede, dat de kiesdeler 1976 is vastgesteld op 71. Gezien de relatief geringe fluctuaties in het ledental per district bedraagt het aantal afgevaardigden per district slechts één meer dan dat van 1975. Het aantal kwaliteitszetels apotheekhoudende afgevaardigden blijft gelijk.

Derhalve bedraagt het *aantal afgevaardigden per district* als volgt:

district	aantal afgevaardigden	kwaliteitszetels apotheekhoudende afgevaardigden
I	4	(0)
II	3	(1)
III	3	(1)
IV	4	(1)
V	3	(1)
VI	4	(1)
VII	3	(1)
VIII	2	(1)
IX	3	(1)
X	4	(1)
XI	5 (was: 4)	(2)
XII	3	(1)
XIII	3	(1)
XIV	5	(2)
XV	2	(1)
XVI	2	(1)
XVII	2	(1)
XVIII	2	(1)
XIX	3	(2)
XX	3	(1)
	63	22

N.B. De tussen ( ) geplaatste cijfers geven aan het minimum aantal apotheekhoudende zetels, waarop een district recht heeft.

Gelieve tijdig de wijzigingen in de afvaardiging aan het bureau der L.H.V. door te geven.

F. A. van Spanje, secretaris

van de H.R.C.

Nieuwe inschrijvingen

De Huisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in haar register ingeschreven per:

17 maart 1976

Alphen, B. W. van, Hendrik van Winkelhofstraat 6, Rotterdam-3026.
Baan, J. W., Hudsonstraat 51 B, Rotterdam.
Bosch, J. G. M. van den, Beukelsdijk 26C, Rotterdam.
Braun, J. J., Burg. Meineszlaan 55A, Rotterdam-3006.
Donkers, H. C. J., Amethistdijk 88, Roosendaal.
Dumans, G. A., Haverlandstraat 7B, Rotterdam.
Kruithof, J. W., Langendijkstraat 23A, Rotterdam.
Ligtmans, A. L., Juliana van Stolbergstraat 2, Zwijndrecht.
Meer, F. W. van der, Strevelsweg 207, Rotterdam-25.
Peteroff-van der Grient, Mevr. P. A. J., Sinclair Lewisplaats 411, Rotterdam.
Swank, R. W., Drievriendenstraat 8a, Rotterdam.
Tinke, J., Molièreweg 623, Rotterdam 3024.

12 april 1976

Alting van Geusau, R. B., Hendrik de Keyserstraat 54, Utrecht *(Utrecht)**.
Pouwer, L., Noordsche Schut 33, Post Nieuweroord (Gem. Hoogeveen) *(Leiden)**.

Pragt, J. A., Hoofdkade 36, Ter Apel *(Groningen)**.

E. M. H. Vijgen, Benzenraderweg 32, Heerlen *(Maastricht)**.

13 april 1976

*(Universiteit van Amsterdam)**

Baggelaar, J. W., Cornelis Trooststraat 18[I], Amsterdam.
Buyserd, E. N., Alexanderstraat 51, Hoorn.
C. M. R. Dikkeboom, Claudiagaarde 45, Bussum.
Hoorweg, Mevrouw M. E. A., Kerkstraat 95, Amsterdam.
Lemaire, E. K. G., Lomanstraat 66[II], Amsterdam.
Holwerda, K. T., Nic. Maesstraat 137[I], Amsterdam.
Knispel, G., Rijswijkstraat 337, Amsterdam.

*(Vrije Universiteit – Amsterdam)**

Elshout-Rodermond, Mevr. M. van den, Mr. J. C. Bührmannlaan 42, Ankeveen.
Hoekstra, J., Koninginneweg 13, Amsterdam.
Lamers, H. J., Hakfort 821, Amsterdam-Bijlmer.
Roelofsen, G. J., Kerkbuurt 337, Andijk.
Rozendaal, D. E., Berkelstraat 15[IIII], Amsterdam.
Schut, T., Roelof, Hartstraat 11[III], Amsterdam.
Slob, F. D., Churchilllaan 262[III], Amsterdam.
Terra, B. G., Churchilllaan 262[I], Amsterdam.
Vellenga, Y. G., Ger. Brandtweg 48, Enkhuizen.
Zalingen, J. W. van, Kwakersplein 3[I], Amsterdam.
Zuidema, P. B., Prinses Beatrixlaan 2, Wezep.

*(Utrecht)**

Barten-Zegeurs, Mevrouw L. A. M., Maliebaan 36, Utrecht.
Boldingh, W., Cerespad 34, Son en Breugel (N.Br).
Bouta, J. M., Jutfaseweg 125, Utrecht.
Jaspers, H. A. J. M., Adelaarslaan 134, Apeldoorn.
Jaspers-Saak, Mevrouw J. G. A., Adelaarslaan 134, Apeldoorn.
Jentjens, J. J. M., Echternachlaan 222, Eindhoven.
Leeuwen, J. T. van, Paulus Potterstraat 53, Utrecht.
Saltzherr, T. P., Groenlinglaan 50, Bilthoven.
Schuckink Kool, F., Peperweg 11, Ezinge (Gr.).
Weitjens, G. J. M., Tolstraat 2, Erp (N.Br.).
Westra, O. H., Koekendijk 2, Bathmen (O.).
Bos, P. L. J. M., p/a Prinses Christinalaan 5, Bathmen (O.).
Geul, Mejuffrouw N., Jhr. Mr. Molleruslaan 9, Apeldoorn.
Koster, D. W. Paarlstraat 24, Utrecht.
Scheurwater, G. W., Tolsteegplantsoen 47[I], Utrecht.

* Universitair Huisartsen Instituut

---

van het centraal bestuur L.H.V.

Extra ledenvergadering donderdag 10 juni 1976

Convocatie voor de extra ledenvergadering der L.S.V. te houden op donderdag 10 juni 1976, des avonds te 19.00 uur in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht (telefoon 030-914914).

1. Opening.
2. Bespreking van het rapport van de Gemeenschappelijke Commissie Intercollegiale Toetsing der Geneeskundige Vereniging ter bevordering van het ziekenhuiswezen en de L.S.V.

Een toelichting op dit raport zal gegeven worden door de voorzitter van deze commissie,
A. J. Simons, cardioloog te Almelo.
3. Besluitvorming: a. ten aanzien van de kwaliteitsbewaking; b. ten aanzien van de kostenbewaking.
4. Rondvraag.
5. Sluiting.

Financiële jaarstukken

Jaarverslag van de penningmeester der L.S.V. over het verenigingsjaar 1975

In de bijlagen I, II en III vindt U achtereenvolgens:

I de accountantsverklaring met betrekking tot het financiële rapport dat op de ledenvergadering der Landelijke Specialisten Vereniging d.d. 15 mei 1976 voor de afgevaardigden ter inzage ligt;

II de balans per 31 december 1975 uit het rapport;

III de staat van baten en lasten over 1975 uit het rapport.

Bijlage I

Accountantsverklaring

Wij hebben de jaarrekening 1975 van de Landelijke Specialisten Vereniging gecontroleerd. Op grond van dit onderzoek zijn wij van oordeel, dat de jaarrekening een getrouw beeld geeft van de grootte en de samenstelling van het vermogen van de L.S.V. op 31 december 1975 en van het resultaat over 1975.

Amsterdam, 14 april 1976

Nederlandse Accountants Maatschap,

Drs P. P. M. van der Ree

Toelichting

Zoals uit een vergelijking van de begroting, het verwachte resultaat 1975 en de werkelijkheid 1975 moge blijken, liggen de meeste posten op een niveau waardoor zij nauwelijks een nadere toelichting behoeven. Niettemin zou ik als aanvulling op de cijfers nog het volgende willen opmerken.

Gezien de tekorten van de laatste jaren werden de opbrengsten enigszins voorzichtig begroot. Bovendien bestond de mogelijkheid, dat door de nogal forse contributieverhoging van 1974 op 1975 het aantal leden niet conform de trend van de laatste jaren zou toenemen. De vrees voor dit laatste bleek ongegrond te zijn. Het ledental nam ook dit jaar weer met 1,5 à 2% toe (van 3781 tot 3841). De contributie-opbrengst was daardoor enigszins hoger dan begroot.

De oorzaak dat de post intrest aanzienlijk hoger uitkwam dan begroot hangt enerzijds samen met de reeds vermelde voorzichtige raming, maar is anderzijds voornamelijk een gevolg van het in 1975 gevoerde beleid, waarbij de liquiditeit zo laag mogelijk werd gehouden, waardoor optimaal kon worden geprofiteerd van de in 1975 relatief hoge rentepercentages op depositogelden.

Ten aanzien van de post 'Vergoeding Inkomstenderving, kostenvergoeding en assistentie' zij meegedeeld dat in 1975 8 leden van het Centraal Bestuur via deze post een uitkering ontvingen.

De post salarissen en de daarmee samenhangende posten reiskosten, premies, pensioenen en sociale lasten, die voor het grootste deel afhankelijk zijn van elders vastgestelde trends – de salarissen volgen de trend der ambtenaren, de reiskosten worden vastgesteld conform A.N.W.B.-tarieven en de sociale lasten worden bepaald door het regeringsbeleid – hadden in 1974 betrekking op 11 personeelsleden, terwijl in 1975 het aantal personeelsleden toenam tot 15.

De post public relations werd dit jaar nogal kunstmatig van de andere posten gescheiden gehouden. Uit het feit dat de P.R.-activiteiten niet beperkt bleven tot het rondsturen van ledenbrieven, maar ook de andere communicatielijnen intensiever werden gebruikt, terwijl voorts kosten samenhangend met respectievelijk voortvloeiend uit bijeenkomsten van de P.R.-adviesraad en de Commissie In- en Externe Communicatie niet afzonderlijk konden worden geadministreerd, moge duidelijk worden dat de werkelijke kosten van Public Relations moeilijk vast te stellen waren. Daar een juiste scheiding niet mogelijk is, wordt overwogen deze post het volgend jaar niet meer afzonderlijk in de begroting op te nemen. Dit te meer daar het Centraal Bestuur op het ogenblik bezig is met het aantrekken van een staffunctionaris speciaal belast met P.R.-activiteiten, wiens werkzaamheden normaal in het bureau zullen worden ingepast.

Dat de diverse en onvoorziene uitgaven onder de raming zijn gebleven, is conform de verwachting, daar destijds bij het opstellen van de begroting deze sluitpost ruim werd begroot met het doel een eventueel overschot aan het te kleine kapitaal van de vereniging te kunnen toevoegen.

Het doet mij genoegen te kunnen constateren dat we het verenigingsjaar 1975 kunnen afsluiten met een batig saldo ad *f* 145.748. Wordt dit saldo met de

toestemming van de ledenvergadering aan het kapitaal toegevoegd, dan bedraagt het kapitaal van de vereniging, hetwelk door een voordelig koersverschil op de effecten reeds met *f* 110.000 was toegenomen, ultimo 1975 *f* 349.310. Het eigen vermogen van de vereniging bedraagt dan ultimo 1975 *f* 876.591.

Utrecht, april 1976

J. Th. Groenewegen, penningmeester

Bijlage II. Balans per 31 december 1975

ACTIVA	*31-12-'75*		*31-12-'74*		*PASSIVA*	*31-12-'75*		*31-12-'74*	
Beleggingen:	*f*		*f*		Eigen vermogen:	*f*		*f*	
kantoorinventaris	1		1		kapitaal	203.526		121.498	
deelneming OLMA	43.000		43.000		saldo 1975 (1974)	145.784		-/- 23.777	
effecten	538.348		448.170			349.310		97.721	
leningen	250.000		250.000		algemene reserve	73.119		73.119	
		831.349		741.171	fonds deelneming OLMA	454.162		454.162	
							876.591		625.002
Vorderingen op korte termijn:									
contributies	17.024		23.929		Bestemmingsreserve:				
te vorderen posten	31.539		128.989		fonds voor economische				
K.N.M.G.	168.469				en statistische onder-				
					zoekingen		94.380		94.380
		217.212		152.918	Schulden op korte termijn:				
Geldmiddelen		6.514		195.994	K.N.M.G.			261.085	
					L.H.V.			17.864	
					te betalen posten		84.104	73.852	
					bankschuld			17.900	370.701
		1.055.075		1.090.083			1.055.075		1.090.083

Bijlage III Staat van baten en lasten over 1975.

	begroting '75		verwacht resultaat '75 (opstelling okt. '75)		werkelijkheid 1975		werkelijkheid 1974	
BATEN	*f*		*f*		*f*		*f*	
Contributie	1.395.000		1.370.000		1.412.076		1.009.672	
intrest	50.000		50.000		81.115		65.915	
		1.445.000		1.420.000		1.493.191		1.075.587
LASTEN								
Vergaderkosten Centraal Bestuur, commissies enz.	80.000		85.000		87.519		74.842	
Representatiekosten Centraal Bestuur	2.000		3.000		3.982		2.785	
Vergoeding inkomstenderving, kosten vergoeding en assistentie	240.000		210.000		220.500		182.215	
Salarissen personeel	450.000		450.000		449.507		332.907	
Reiskosten personeel	25.000		25.000		22.543		16.920	
Premies pensioenverzekering personeel	60.000		75.000		66.609		50.858	
Sociale lasten enz.	45.000		65.000		57.723		45.772	
Onkosten ledenvergadering	10.000		10.000		9.369		5.572	
Vergoeding aan Maatschappij voor Kantoorhuur, service enz.	155.000		155.000		149.268		138.774	
Porti, telefoon, telegraaf	20.000		27.000		19.625		28.561	
Kantoorinventaris	10.000		15.000		12.435		8.055	
Kantoorbehoeften	15.000		17.000		14.580		38.325	
Bibliotheek en abonnementen	5.000		5.000		4.921		5.559	
Kosten commissie Oudedagsvoorziening								
Specialisten kostenvertegenwoordiging buitenland	20.000		20.000		15.571		15.494	
Kosten Public Relations	200.000		150.000		121.606		71.357	
Diverse en onvoorziene uitgaven	83.000		83.000		65.446		56.631	
Computerkosten	25.000		25.000		26.203		24.737	
		1.445.000		1.420.000		1.347.407		1.099.364
Saldo						145.784		-/- 23.777

van het centraal bestuur L.A.D.

Bestuursmededeling

Aan de leden van de L.A.D., werkzaam in particuliere ziekeninrichtingen

De deelnemende vereniging in de Federatie van Verenigingen van Hogere Functionarissen in Ziekeninrichtingen hebben een schrijven d.d. 15 april 1976 van de vice-voorzitter van de N.C.H.P., Dr. C. J. J. Ninck Blok, ontvangen, waarin wordt medegedeeld, dat een initiatief-comité van hogere functionarissen, werkzaam in ziekenhuizen, bejaardentehuizen, verpleeghuizen en overige inrichtingen, voorbereidingen treft om te komen tot de oprichting van een Vereniging van Hoger Personeel Inrichtingen. Uit dit schrijven blijkt dat ook u waarschijnlijk benaderd zult worden om uw mening door middel van een intentieverklaring te geven over de wenselijkheid van de oprichting van bovengenoemde vereniging. Naar de mening van het initiatief-comité zijn de bestaande werknemersorganisaties (F.H.Z., S.B.O. en G.O.B.) niet geschikt om uw belangen in rechtspositioneel opzicht en met betrekking tot de regeling van arbeidsvoorwaarden te behartigen. Dit standpunt wordt door de F.H.Z. zonder meer afgewezen en wel om de volgende redenen:

De F.H.Z., die via de deelnemende verenigingen verreweg het merendeel van de hogere functionarissen met een academisch of daarmee gelijkstaande opleiding tot haar leden telt (per 1 januari 1976 ± 3.300), heeft ten doel de behartiging van de sociale en economische belangen van de in het Nederlands ziekenhuiswezen op basis van een arbeidsovereenkomst werkzame hogere functionarissen, conform artikel 2 van het samenwerkingsprotocol. Deze doelstelling wordt in het bijzonder verwezenlijkt middels het deelnemen in de onderhandelingen over de C.A.O-Ziekenhuiswezen. De resultaten van deze onderhandelingen zijn vastgelegd in de consept-c.a.o., die u begin maart is toegestuurd.
De representativiteit van de F.H.Z. wordt, zeker gezien de hoge organisatiegraad, door zowel de werkgeversorganisatie (de N.Z.R.) als ook de overige werknemersorganisaties, gebundeld in de S.B.O. en het G.O.B., onderschreven; ook de representativiteit van de laatstgenoemde organisaties wordt door de F.H.Z. erkend;

Met betrekking tot de problemen rondom fusies en concentraties van ziekeninrichtingen wenden de betrokken inrichtingen zich gemeenlijk tot de F.H.Z. om haar standpunt te vernemen;

Omdat de L.A.D., die de grootste vereniging binnen de F.H.Z. is en die door de S.E.R. enige jaren geleden reeds representatief is verklaard als belangenorganisatie voor alle artsen in dienstverband, zitting heeft in de Bedrijfscommissie voor het Ziekenhuiswezen, is de F.H.Z. – indirect – betrokken bij de vraagstukken, welke in de ondernemingsraden spelen;

In de fase vóór de oprichting van het Centraal Overleg Arbeidsvoorwaarden Ziekeninrichtingen (C.O.A.Z.) rees de vraag wie de belangen van het hoger personeel zo volledig mogelijk zou kunnen behartigen. De meest gerede organisatie, de L.A.D., die toentertijd nog aangesloten was bij de N.C.H.P., heeft zich met deze vraag tot de N.C.H.P. gewend. Deze Centrale, die geen andere verenigingen in de sector van de intramurale gezondheidszorg tot haar leden telt, adviseerde daarop om zelfstandig tezamen met de andere bestaande verenigingen van hoger personeel in deze sector een representatieve federatie op te richten. De L.A.D. heeft deze raad opgevolgd en in oktober 1974 is de samenwerking van de verenigingen van hoger personeel in een federatie een feit geworden; de F.H.Z. is als onderhandelingspartner geaccepteerd. De samenstelling van de werknemersdelegatie in het C.O.A.Z. is zodanig dat ook de belangen van de functionarissen, waarvoor de F.H.Z. zich niet stelt, vertegenwoordigd (kunnen) zijn. Ook de leden van het initiatief-comité kunnen hun belangen middels de bestaande organisaties behartigd zien. Zo het initiatief-comité van mening mocht zijn dat dit niet het geval is, kan het alsnog het C.O.A.Z. verzoeken om als onderhandelingspartner te worden toegelaten.

Het bovenstaande moge u duidelijk maken, dat de F.H.Z. de overtuiging heeft dat de diverse aspecten en problemen van de leden der in de F.H.Z. participerende verenigingen voldoende tot hun recht komen middels de belangenbehartiging, zoals de F.H.Z. deze voorstaat. Derhalve acht de F.H.Z. geen argumenten aanwezig, die de oprichting van een nieuwe belangenvereniging van het gehele hogere personeel rechtvaardigen.

van de O.L.M.A.

Algemene Ledenvergadering

Oproep en Agenda voor de Algemene Ledenvergadering van de O.L.M.A. te houden op 25 mei 1976, aanvang 19.30 uur in de Domus Medica, Lomanlaan 103, Utrecht.

1. Opening
2. Aanwijzing van een secretaris en een lid, ter vaststelling van de notulen.
3. Directieverslag en goedkeuring jaarstukken 1975.
4. Periodiek aftreden is de op voordracht van de L.H.V. benoemde commissaris: W. Vegelin, huisarts, te Tzummarum. Conform art. 14 van de Statuten is ter vervulling van deze vacature van de L.H.V. een bindende voordracht ontvangen met de volgende twee namen in volgorde van voorkeur: 1. W. Vegelin, huisarts te Tzummarum en 2. W. Derksen, huisarts te Driebergen.
5. Rondvraag.
6. Sluiting.

De aandacht wordt gevestigd op artikel 23 van de Statuten van de O.L.M.A.: 'Ten einde stemrecht te kunnen uitoefenen moet het lid uiterlijk op de derde dag, voorafgaande aan die der vergadering, zijn voornemen om in persoon of bij schriftelijke gemachtigde aan de vergadering deel te nemen, ter kennis van de directie hebben gebracht'.

Namens het college van Commissarissen,
W. van Bork, voorzitter,
A. M. Gründemann, secretaris.

van het hoofdbestuur der L.V.A.G.

Oproep aan assistent-geneeskundigen

Oproep aan alle assistent-geneeskundigen om aanwezig te zijn bij de vergadering van het hoofdbestuur met vertegenwoordigers van de disciplinaire assistenten-verenigingen en van het Centraal Bestuur der L.A.D., te houden op

DINSDAG 11 MEI 1976 TE 20.00 UUR

in het gebouw der K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

inhoud officieel

Van het Centraal Bestuur L.H.V.:
Financiële jaarstukken **602**
Kiesdeler 1976 ..... **607**

Van de H.R.C.:
Nieuwe inschrijvingen **607**

Van het Centraal Bestuur L.S.V.:
Extra ledenvergadering donderdag 10 juni 1976 ..... **608**
Financiële jaarstukken **609**

Van het Centraal Bestuur L.A.D.:
Bestuursmededeling **611**

Van de O.L.M.A.:
Algemene ledenvergadering **612**

Van het Hoofdbestuur der L.V.A.G.:
Oproep aan assistent-geneeskundigen **612**

Nr. 19 — 7 mei 1976