



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

De 154ste Algemene Vergadering der Maatschappij

Bij de aanvang van de zaterdag 20 december te Utrecht in Esplanade gehouden 154ste Algemene Vergadering der Maatschappij zijn de leden, die sinds de vorige Algemene Vergadering zijn overleden, herdacht. Voorzitter G. C. M. van Maarsseveen heeft daarbij enkele woorden in het bijzonder gewijd

aan het onlangs tengevolge van een ongeval omgekomen hoofdbestuurslid G. A. Fluitman, die zich door zijn inzet voor organisatorische zaken en zijn belangstelling naar hoofd en hart voor de ontwikkelingen op het gebied van de volksgezondheid zozeer onderscheidde. In diepe stilte heeft men na deze woorden van de voorzitter de gedachten naar deze verscheiden leden laten uitgaan.

Ter inleiding van de vergadering heeft de voorzitter daarna een terugblik gegeven over de werkzaamheden der Maatschappij sinds de zomervergadering en voor hetgeen hij daarbij naar voren bracht moge worden verwezen naar zijn elders in dit nummer in extenso opgenomen betoog.

Scheiding behandeling en controle

Twee belangrijke rapporten zijn op deze Algemene Vergadering in behandeling gekomen. Het eerste rapport, uitgebracht door de commissie „Scheiding behandeling en controle” werd door de voorzitter dezer commissie, het hoofdbestuurslid J. J. de Konink met een korte toelichting ingeleid. Bij de uitgebreide zeer zakelijke gedachtenwisseling over dit rapport bleken de meningen toch wel enigermate te divergeren. Men hoorde het rapport als geruststellend kwalificeren ten aanzien van de arts-patiënt-verhouding en er waren bedenkingen, als zoude het rapport te weinig zijn uitgegaan van de behandelende sector met dien verstande, dat deze sector in de samenstelling van de rapporterende commissie niet voldoende zou hebben opgewogen tegenover de daarin opgenomen representatie van de zijde van de verzekeringsgeneeskundigen. Geconstateerd werd ook, dat het rapport in feite het principe van scheiding tussen behandeling en controle handhaaft, hetgeen enerzijds werd gewaardeerd, doch anderzijds aanleiding gaf tot de opmerking dat men dan aan dit rapport niet zozeer behoefte had. Verduidelijkt werd daarbij van de zijde der rapporterende commissie dat het rapport uitsluitend betrek-

25e JAARGANG - No. 1 2 JANUARI 1970

INHOUD

De 154ste Algemene Vergadering der Maatschappij	1
F. A. Bol Hoofddirecteur Medisch Contact	2
Ledenvergadering der L.H.V.	4
Statistiek van de bejaardenoorden	4
Rede Maatschappij-voorzitter ter inleiding van de 154ste Algemene Vergadering	5
Definitieve vorm gezondheidscentra Flevo-land nog in onderzoek	7
Bezetting medische staven in algemene ziekenhuizen	8
Vergelijking tussen de Amerikaanse en Nederlandse opleiding in de interne geneeskunde	9
Werkingsfeer van de Wet Ziekenhuisbouw uitgebreid — nieuwe naam: Wet Ziekenhuisvoorzieningen	11
De situatie in de Nederlandse ziekenhuizen ..	13
Wijziging Ziekenfondswet	15
De Kadercursus 1969	17
Van het hoofdbestuur:	
Kort verslag	18
Van het Centraal Bestuur L.S.V.:	
Bijeenkomst C.B. met vertegenwoordigers medische staven van algemene ziekenhuizen	18
Uit de afdelingen	19
Personalia	19
Universitaire berichten	19
Brieven aan de redactie	21
Varia	22

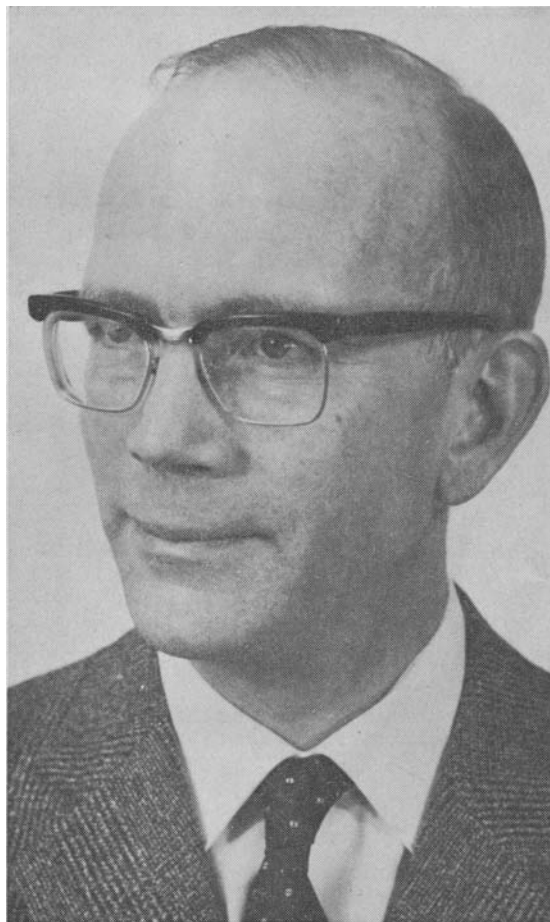
Hoofddirecteur: F. A. Bol.
Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens.
Colofon op bladzijde 24.

F. A. Bol hoofdredacteur Medisch Contact

In de zaterdag 20 december 1969 gehouden Algemene Vergadering der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft de voorzitter der Maatschappij G. C. M. van Maarsseveen in een besloten gedeelte van deze vergadering de mededeling gedaan, dat het bestuur van Medisch Contact met ingang van 1 januari 1970 tot hoofdredacteur van Medisch Contact heeft benoemd F. A. Bol, arts te Schoonoord. Conform het gestelde in het huishoudelijk reglement stelde het hoofdbestuur, dat zich met dit besluit kon verenigen, de Algemene Vergadering voor dit besluit van het bestuur van Medisch Contact te bekrachtigen, aan welk verzoek met algemene stemmen werd voldaan.

De nieuw benoemde hoofdredacteur, die na opheffing van het besloten gedeelte der vergadering, daaraan kwam deelnemen, werd met een hartelijk applaus bij zijn binnentreden door de vergadering verwelkomd. Voorzitter Van Maarsseveen deed hem mededeling van de bekrachtiging van het besluit van het bestuur van Medisch Contact door de Algemene Vergadering en sprak zijn voldoening uit over deze benoeming. Hij herinnerde er daarbij aan, dat Bol in talrijke functies het gehele organisatorische leven binnen de Maatschappij had leren kennen en met rust en wijsheid had gediend. Hij was gedurende enige tijd lid van het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging, adviseur van het bestuur van het Nederlands Huisartsen Genootschap, had en heeft zitting in onderscheide Maatschappij-commissies, vertegenwoordigt de Maatschappij o.m. in de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, vervult daarnaast nog talrijke functies in organisaties op het terrein van de volksgezondheid, ten dienste onder andere van het kruisverenigingswerk en ontwikkelt ook nog buiten dit gebied daadwerkelijk velerlei en veelsoortige belangstelling. Wij hebben u, zo ongeveer voorzitter Van Maarsseveen, als een bijzondere figuur leren kennen, wij hebben u leren waarderen om uw werk, verricht op een wijze, die groot respect afdwong en wij wensen u gaarne een goede toekomst als hoofdredacteur van Medisch Contact en voor uw inbreng in het weekblad van onze Maatschappij, ten volle vertrouwend dat u het de plaats zult weten te geven die het toekomst.

Met krachtig applaus heeft de vergadering ingestemd met deze verwelcoming van de nieuwe hoofdredacteur, die bij de rondvraag aan het slot van de vergadering de gelegenheid vond voor deze begroeting woorden van dank tot de voorzitter te



richten, dank ook voor het vertrouwen, door het bestuur van Medisch Contact en van deze Algemene Vergadering in hem gesteld en toezeggende zich alle inspanning te zullen getroosten om te trachten op de meest juiste wijze te beantwoorden in het vervullen van zijn nieuwe taak, die in feite door hem als een eervolle uitdaging wordt opgevat.

king had op de uitvoering van de sociale wetgeving.

Naar aanleiding van hetgeen de voorzitter der commissie in zijn inleiding had opgemerkt met betrekking tot het vele jaren geleden door de commissie De Boer uitgebrachte rapport over het beroeps-

geheim in de sociale verzekering, te weten dat slechts van een schijnbare parallel tussen het toen uitgebrachte en nu ter tafel liggende rapport sprake was, werd evenwel daartegen aangevoerd door een der sprekers, dat het uitwisselen van informatie tussen behandelend geneeskundige en verzeke-

ringsgeneeskundige, zonder dat de patiënt daarvoor toestemming wordt gevraagd, dus buiten medeweten van de patiënt, een element vormt, waarbij toch een dreiging ontstaat ten opzichte van de vertrouwensrelatie, welke tussen behandelend arts en patiënt dient te bestaan en van welke vertrouwensrelatie in elk geval de patiënt uitgaat.

Van de zijde der commissie kon niet worden ontkend dat het rapport voor sommigen het handhaven van een bestaande, voor hen bekende situatie kon zijn, maar anderzijds kon toch worden gesteld dat weer anderen in dit rapport toch een leidraad zouden vinden. Tegenover gemaakte opmerkingen met betrekking tot de taak van de arts om de zelfverantwoordelijkheid van de patiënt te stimuleren — dit met betrekking tot ziekteverzuim en de economische factor, die daarbij speelt — stelde de voorzitter der commissie dat het zeker steeds tot de opgave van de arts heeft behoord de patiënt te overtuigen van hetgeen goed voor hem is en dat in zoverre het aanbevelen tot hervatting van werkzaamheden door de patiënt een normaal aspect van de therapie kan zijn.

Er zijn ook enkele redactioneel-technische kanttekeningen gemaakt, waarmee de commissie bij de revisie van haar met op één blanco na algemene stemmen aanvaard rapport alsnog rekening zal houden.

Taak bedrijfsarts

Een evenzeer zakelijke discussie werd gevoerd over het rapport „De taak van de bedrijfsarts”. Zo er bedenkingen tegen dit door de voorzitter der rapporterende commissie *Dr. F. H. J. Kortenhorst* ingeleide rapport naar voren kwamen, dan golden die vooral dat in de tamelijke uitgebreidheid van dit rapport een aantal principiële punten daarin te gespreid liggen vastgelegd en in de breedheid van het betoog teloor zouden kunnen gaan. Veel bedenkingen, behoudens enkele technische opmerkingen, werden overigens niet gehoord naast waardering voor dit met algemene stemmen aanvaarde rapport.

De voorzitter heeft beide commissie dank gebracht voor hun veel inspanning en tijd vergend werk, een waardering, waarbij de vergadering zich met applaus ten volle aansloot.

Nadat in een besloten gedeelte van deze Algemene Vergadering de benoeming van een hoofdredacteur van *Medisch Contact* aan de orde was gesteld — men zie daarvoor het dienaangaande afzonderlijke bericht in dit nummer — bleek de behandeling van het voorstel van het hoofdbestuur tot wijziging van een aantal artikelen van het huishoudelijk reglement een simpele zaak, zeker nadat *Sluyters* de aller lachlust opwekkende mededeling had gedaan dat hij geen enkele opmerking had ten aanzien van deze voorgestelde wijzigingen. Het werd zodoende — artikeisgewijze — een hamerstuk.

Daartegenover gaf het ogenschijnlijk eenvoudige voorstel van het hoofdbestuur tot herroeping van het in de Algemene Vergadering van 1949 genomen

besluit — het doen ondertekenen door nieuwe leden van de „belofte van Genève” — aanleiding tot een, zij het korte, principiële discussie. Vooral *Kaiser* vreesde van het elimineren van deze door nieuw toetredende leden te ondertekenen belofte althans in het buitenland enige verwarring. Te vrezen zou zijn dat men daar dit elimineren niet zou begrijpen, zich onvoldoende rekenschap er van gevende dat in Nederland reeds een eed bij het behalen van het artsexamen wordt afgelegd. Ook kwam naar voren dat — zoals het hoofdbestuur ook zelf in zijn toelichting had gesteld — dat er tegen het ondertekenen van deze belofte bij sommige afdelingen bezwaren bestaan. Meer principiële werd aangevoerd dat artsen, die deze belofte hebben getekend en ten aanzien van sommige zaken, zoals abortus, tot andere inzichten zijn gekomen dan zij weleer huldigden, van deze belofte zouden moeten worden ontheven indien de eis tot ondertekening daarvan door nieuw toetredende leden zou komen te vervallen. Wat deze moeilijkheid betreft, zij werd overwonnen geacht door de door *A. E. Denekamp* gestelde opvatting, dat het ongedaan maken van een in 1949 genomen besluit alle handelingen, nadien op grond van dat besluit verricht, rechtsgeldigheid ontnemt en geen der leden, die de belofte heeft ondertekend, zich daaraan gebonden behoeft te achten.

Men is met overgrote meerderheid van stemmen met het voorstel van het hoofdbestuur akkoord gegaan en het lijkt niet uitgesloten dat dit bestuur zich alsnog zal bezinnen op een gedachte van *Kaiser* om de vraag, of niet door middel van de *World Medical Association* zou zijn te bewerkstelligen, dat ook in andere landen — Nederland neemt wat dit betreft een uitzonderingspositie in — een eed zal worden afgelegd bij het behalen van het artsexamen. Een dergelijk streven, dat bijvoorbeeld zou kunnen worden voorbereid om het op de in 1972 in Nederland te houden vergadering van de *W.M.A.* te realiseren, zou dan tevens misvattingen kunnen wegnemen in het buitenland omtrent het laten vervallen van het ondertekenen van de „belofte van Genève” voor leden van de *Artsenorganisatie* in Nederland.

Er is nog een korte voordracht gehouden over het werk van de *Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden* aler werd toegekomen aan de rondvraag, waarvan een ruim gebruik is gemaakt. Te vermelden is dat *Koch* zich daarbij nogal verontrast toonde over de opvatting bij de *Gezondheidsraad* ten aanzien van het wegnemen van organen bij overledenen, een zaak die, zoals de voorzitter antwoordde, de volle aandacht heeft van het hoofdbestuur, en dat *Hallie* pleitte voor een beter relatiepatroon tussen medewerkers van ziekenfondsen en de ziekenfondsen. Zijn vraag hoe het stond met een enquetering

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

onder de leden der Maatschappij inzake het abortusvraagstuk werd beantwoord met de mededeling, dat recent is gebleken dat de meningen dienaangaande nog zozeer in ontwikkeling zijn, dat het houden van een zodanige enquête voorshands niet opportuun lijkt. Met betrekking tot de uitspraak van het Medisch Tuchtcollege te Zwolle — in berichtgeving, redactioneel en in brieven van lezers in Medisch Contact recent aan de orde geweest — zijn opmerkingen gemaakt dan wel van de zijde van district X, dat zich bij de redactioneel en in brieven van lezers uitgesproken verontrusting over die uitspraak volledig aansloot.

Sluyters heeft tenslotte, nu het, zoals hij naar voren bracht, zijn laatste vergadering was als afgevaardigde, na 33 jaar in velerlei functies deze Algemene Vergadering te hebben bijgewoond, een woord van dank gesproken jegens voorzitter Van Maarsseveen voor zijn dit jaar gevoerd en nu aan deze vergadering gegeven beleid, waarvoor de voorzitter der Maatschappij zich zijnerzijds met vriendelijke woorden zeer erkentelijk toonde om vervolgens, met goede wensen voor allen voor de komende jaarwisseling deze Algemene Vergadering te sluiten.

v. M.

Ledenvergadering van de L.H.V.

In een vrijdag 19 december te Utrecht gehouden besloten Ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging is de begroting voor 1970 na uitvoerige behandeling aanvaard. Voorts zijn in deze vergadering bestuursverkiezingen gehouden, die tot resultaat hadden dat herkozen zijn de periodiek aftredende voorzitter J. F. A. van Rijn en de periodiek aftredende leden van het Centraal Bestuur C. van der Marel, F. Padeloup, S. van Randen en Th. J. Weterman. Tot lid van het Centraal Bestuur werd benoemd F. A. van Spanje te Rotterdam. Deze benoeming geschiedde in verband met het tussentijds aftreden per einde 1969 van de vice-voorzitter C. Z. Salomé, tot wie voorzitter Van Rijn woorden van grote waardering heeft gericht voor het vele werk, dat deze in het Centraal Bestuur heeft verricht, er zich over verheugende dat de aftredende bereid is gebleken voorshands zijn werkzaamheden ten dienste van de commissie voor public relations te willen voortzetten.

De vergadering is tegen het middernachtelijk uur geschorst en zal op vrijdag 16 januari a.s. worden voortgezet.

v. M.

Statistiek van de Bejaardenoorden

De zojuist verschenen Statistiek van de Bejaardenoorden 1967, samengesteld door het Centraal Bureau voor de Statistiek, bevat gegevens over het aantal en de aard der bejaardenoorden, de toelatingseisen, de accommodatie en de capaciteit van de tehuizen, het aantal personeelsleden naar functie en diploma, het aantal verzorgden naar leeftijd, geslacht, burgerlijke staat en mate van validiteit en over de wisseling in het bejaardenbestand gedurende 1967.

De statistiek is de derde in een reeks van jaarlijkse publikaties na de invoering van de Wet op de Bejaardenoorden.

Uit deze publikatie blijkt dat in de 1.852 waargenomen bejaardenoorden in totaal 99.995 bedden waren, waarvan voor verzorgden 88.749, in ziekenkamers 3.148 en in verpleegafdelingen 8.048. Op 31 december 1967 bedroeg het aantal opgenomen personen 91.713, t.w. 30.342 mannen en 61.371 vrouwen, w.o. 6.942 echtparen. In totaal werden hiervan 8.308 personen verpleegd in ziekenkamers en verpleegafdelingen.

Berekent men van de bewoners van de bejaardenoorden welk percentage zij vormden van het totaal aantal bejaarden per leeftijdsgroep in Nederland,

dan blijkt dit percentage te stijgen bij mannen van 0,9 voor de leeftijdsklasse 65-69 jaar tot 25,1 bij de groep van 90 jaar en ouder; bij de vrouwen bedroegen de overeenkomstige percentages 1,6 en 34,2.

Stichtingen blijken 43% van het totaal aantal bejaardenoorden te beheren met daarin 63% van het aantal bedden, terwijl particulieren en naamloze vennootschappen tezamen 33% van het aantal bejaardenoorden met daarin 11% van het aantal bedden beheren.

Bijna 54% van alle bedden blijkt aanwezig te zijn in bejaardenoorden die 50-150 bedden tellen.

Het aantal personeelsleden blijkt sterk afhankelijk van de grootte van het bejaardenoord: in bejaardenoorden met minder dan 10 bedden zijn dat 42 personeelsleden per 100 verzorgden, in bejaardenoorden met meer dan 300 bedden zijn er dat 26 per 100 verzorgden.

Bijna 70% van de personen boven de 65 jaar in de bejaardenoorden blijken lichamelijk in zodanige conditie te zijn, dat zij zichzelf al dan niet met enige huishoudelijke verzorging konden redden; ruim 4% was praktisch voortdurend bedlegerig, bijna 9% volledig hulpbehoevend en ruim 17% gedeeltelijk hulpbehoevend.

Inleiding 154ste Algemene Vergadering

door Maatschappij-voorzitter G. C. M. van Maarsseveen

Nog tien dagen scheiden ons van het einde van het jaar, bij uitstek een moment om terug te blikken. Dit geldt in het bijzonder voor de Algemene Vergadering van de Maatschappij, waarin het immers een goede gewoonte is dat de voorzitter bij zijn inleiding aandacht besteedt aan de problematiek, waarvoor de Maatschappij zich heeft gesteld gezien sinds de vorige Algemene Vergadering. Uit de bonte verscheidenheid van werkzaamheden zal ik voor u de belangrijkste naar voren halen.

Daar is allereerst het ledencongres te 's-Hertogenbosch, waaraan wij de aangenaamste herinneringen bewaren. Tegen de achtergrond van de weinig formele levensaard bezuiden de rivieren werden wij naast de wetenschappelijke voordrachten geconfronteerd met een verscheidenheid van andere activiteiten, variërend van het stijlvolle concert in de St. Jans-kathedraal tot de carnavalssfeer in de feestnacht.

Maar er zijn ook ernstige problemen:

Het bepalen van een verantwoord standpunt van de Maatschappij ten aanzien van de medische ethiekvraagstukken van deze tijd, blijft onverminderd de belangstelling van het Hoofdbestuur houden. Binnen de Commissie Medische Ethiek en Beroeepsgeheim heeft men zich beraden over de functie van deze commissie, waarbij de commissie, teneinde mogelijkheden te geven voor een nieuwe heroriëntering op dit gebied, in de richting denkt van het ter beschikking stellen van haar opdracht.

Ten aanzien van de heruitgave van het boekje „Medische Ethiek en Gedragsleer” bevinden wij ons in een stadium van realisering, in die zin, dat wordt gedacht aan de uitwerking van een aparte uitgave voor de gedragsleer. De Medische Ethiek zou dan meer op haar eigen merites moeten worden beschouwd tegen de achtergrond van de dynamiek van deze tijd. In dit verband kan ik wijzen op de nuttige contacten, die het Hoofdbestuur hierover heeft gehad met artsengroeperingen, die zich in het bijzonder voor dit onderwerp interesseren. Daarbij staat op de voorgrond het hedendaagse en het voorlopige dat in de medische ethiek op dit moment besloten ligt. Het verheugt mij daarbij te constateren, dat de relaties tussen arts en patiënt geleidelijk in plaats van in verticale richting meer in een horizontaal vlak komen te liggen. Wij zullen ons er echter voor moeten hoeden dat deze horizontale lijnen niet zo lang worden, dat wij elkaar uit het oog verliezen. Ons streven zal moeten zijn om het authentieke in de arts - patiënt relatie zo goed mogelijk tot zijn recht te laten komen.

Het vraagstuk van de public relations zowel binnen als buiten de Maatschappij, wordt aan herhaalde beschouwingen onderworpen, speciaal de

interne communicatie is daarbij van belang. De contacten die wij in dit verband met districten en afdelingen hebben gehad worden nader uitgewerkt. Het Hoofdbestuur stelt het op prijs ten aanzien van bepaalde vraagstukken de meningen van de afdelingen te vernemen. Onlangs is dit nog gebeurd met de adviesaanvraag aan de afdelingen omtrent de herkenbaarheid van geneesmiddelen. Het verheugt het Hoofdbestuur, dat ten behoeve van deze communicatiemogelijkheden ons nieuwe gebouw meer en meer een goede plaats van samenkomst blijkt te zijn.

Wat betreft de activiteiten van de verschillende commissies wil ik u er slechts enkele noemen. Daar zijn in de eerste plaats de beide rapporten, waarover uw oordeel hedenmiddag wordt gevraagd. Het Hoofdbestuur hoopt dat deze rapporten een wezenlijke bijdrage mogen leveren aan de ontwikkeling, zoals die op het terrein van deze beide rapporten gaande is. De commissie voor het selectievraagstuk heeft haar rapport ingediend; het is in de eerste lezing door het Hoofdbestuur behandeld. Nader zal moeten worden bekeken in hoeverre de in het rapport gestelde vragen moeten worden uitgewerkt. Met deze uitwerking hoopt het Hoofdbestuur bij te dragen aan een oplossing van de moeilijke problematiek met betrekking tot patiënten voor wie opnemings- en behandelingsmethoden kwantitatief beperkt zijn.

Nadat het Hoofdbestuur dit najaar aan de staatssecretaris op diens verzoek zijn visie omtrent het abortusvraagstuk ter kennis had gebracht, heeft het in afwachting van nader door de staatssecretaris te nemen maatregelen het beraad over dit vraagstuk in eigen kring voortgezet. In verband hiermede kan ik de nuttige contacten, die zijn gelegd met de Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging en met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, noemen.

Het verheugt het Hoofdbestuur dat er, zij het wellicht niet geheel bevredigend voor beide partijen, voor het jaar 1970 overeenstemming is bereikt tussen de ziekenfondsen en de Landelijke Huisartsen Vereniging. Het Hoofdbestuur hoopt dat deze overeenstemming ertoe mag bijdragen dat aan beide partijen de rust en de gelegenheid wordt gegeven om zich voor te bereiden op de nieuwe contractuele regeling die in verband met het aflopen van het oude contract per 1 januari 1971 tot stand zal moeten komen.

Wat betreft de uitwerking van de richtlijnen voor de honoraria van de specialisten volgt het Hoofdbestuur met belangstelling de ontwikkeling. Dit in het bijzonder in verband met de besprekingen in de door de Sociaal Economische Raad ingestelde

structuurcommissie aangaande de structuur van de sociale verzekeringen.

Veel activiteit is er in de afgelopen maanden geweest naar aanleiding van de bepaling van de hoogte van de loongrens. Op tal van plaatsen hebben Maatschappij en maatschappelijke verenigingen diepgaand intern en extern overleg gepleegd, en voor zover het Hoofdbestuur dit thans kan beoordelen niet zonder resultaat. Aan de wens van de Maatschappij om binnen de Ziekenfondsraad deze aangelegenheid rustig te bestuderen wordt tegemoetgekomen.

De problematiek van de Regeling en Klapper is zowel binnen de kring van de centrale besturen van de Landelijke Huisartsen-Vereniging en de Landelijke Specialististen Vereniging als in het Hoofdbestuur uitgebreid besproken. Hoewel het in dit verband tot een bepaalde meningsvorming is gekomen, heeft het Hoofdbestuur het aan de onderscheiden maatschappelijke verenigingen zelf over willen laten om al dan niet een contractuele regeling betreffende de Regeling en Klapper aan te gaan. Het Hoofdbestuur staat op het standpunt dat een eventuele contractuele regeling niet een volledige binding aan de Regeling en Klapper mag inhouden. Wel acht het Hoofdbestuur het opnemen van een contractuele regeling inzake de receptuur op zich zelf ethisch medisch niet verantwoord.

De opleiding tot arts en de nascholing van de arts is binnen het Hoofdbestuur intensief in discussie geweest. Dit jaar heeft het aantal medische studenten, dat zich voor de eerste maal ter inschrijving bij de medische faculteiten heeft gemeld, tot resultaat gehad dat zij allen konden worden geplaatst. Het Hoofdbestuur acht op dit moment geen redenen aanwezig om naar buiten bepaalde stappen te ondernemen. Wel blijft het de ontwikkeling dien-aangaande nauwlettend volgen. Hetzelfde geldt voor het tot stand komen van de achtste medische faculteit, nu de vestigingsplaats daarvan officieel is aangewezen.

Meer in de actieve belangstelling van het Hoofdbestuur staat op dit moment de nascholing. In mijn rede tijdens het ledencongres heb ik daarover enkele persoonlijke inzichten naar voren mogen brengen. Binnen het kader van de werkzaamheden van het Hoofdbestuur is uitgebreid overleg gepleegd met de andere belanghebbenden om tot een zo goed mogelijke coördinatie te komen. Daarbij wil ik memoreren de audiëntie bij de minister van Onderwijs en Wetenschappen, die kort geleden heeft plaatsgehad en waarbij naast de overheid zowel de medische faculteiten als verschillende vertegenwoordigingen van de beroepsorganisaties aanwezig waren. Het Hoofdbestuur hoopt dat de coördinatie tussen deze belanghebbenden zodanig zal zijn dat de nascholing spoedig in meer geïnstitutionaliseerde vorm ten uitvoer kan worden gebracht.

De positie van de medische werkers verbonden aan de academische ziekenhuizen en aan de medische faculteiten in het algemeen is de laatste maanden uitgebreid in discussie gekomen. Dit geldt in

het bijzonder ten aanzien van de regeling voor de vergoeding van poli-klinische hulp verleend door de academische ziekenhuizen. Bovendien is het interim-rapport uitgebracht door de Commissie-Smallenbroek aangaande de honorering van het wetenschappelijk corps van de medische faculteiten voor dit vraagstuk van belang. Daarnaast is de commissie van het Hoofdbestuur, die de ziekenfondspraktijk van de academische functionarissen bestudeert, praktisch met haar rapport gereed gekomen. Bij dit alles spelen de doelstellingen van de Maatschappij een belangrijke rol. Immers in het geding zijn zowel onderwijs en patiëntenzorg als de behartiging van de maatschappelijke belangen van de Maatschappij-leden.

Prettige contacten heeft het Hoofdbestuur in de laatste maanden gehad met de stichtingen „Officium Nobile”. Het Hoofdbestuur gelooft dat door een regelmatig contact nuttige informatie naar beide zijden kan worden uitgewisseld. Daardoor kan de gemeenschappelijke problematiek beter tot zijn recht komen. Voor een goed functioneren van het artsenspotentieel zijn deze contacten van groot belang.

Het Hoofdbestuur volgt in het bijzonder met belangstelling de activiteiten van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Het weet zich daar via zijn vertegenwoordigers verzekerd van een duidelijke inbreng. Het is nuttig dat deze inbreng door een goede informatie regelmatig aan het Hoofdbestuur wordt overgebracht, om op deze wijze de bijdrage van de Maatschappij aan het werk van de Centrale Raad zo goed mogelijk tot zijn recht te laten komen.

Uitgebreid heeft het Hoofdbestuur zich in zijn laatste vergadering bezig gehouden met het zojuist gereed gekomen rapport van de Commissie Personeelsbeleid. De in dit omvangrijke rapport aangegeven lijnen, voortvloeiend uit het rapport van de Commissie Organisatievraagstukken, kunnen voor een belangrijk gedeelte bepalen hoe in de toekomst de structuur zal worden van het apparaat dat het Hoofdbestuur ten behoeve van zijn beleidsvorming en beleidsuitvoering ten dienste staat. Het Hoofdbestuur hoopt dat de uitvoering van de gedachten die in het rapport zijn neergelegd op een zodanige wijze zal kunnen geschieden dat de noodzakelijke samenwerking tussen het Hoofdbestuur en dit beleidsvoorbereidend- en beleidsuitvoerend-apparaat optimaal kan worden gerealiseerd.

Dames en Heren, ik wil volstaan met dit overzicht, in de hoop u in ieder geval een indruk te hebben gegeven van de vele problemen waarmee onze Maatschappij steeds wordt geconfronteerd. Deze veelheid van problemen is zo groot dat wij ons ook moeten bezinnen op een prioriteitschema. Daarbij vraagt een en ander om een grote slagvaardigheid. Het Hoofdbestuur vertrouwt erop, dat het, gesteund door zijn medewerkers en adviseurs bij de functionele behuizing van ons nieuwe gebouw, deze slagvaardigheid op voldoende wijze aan de dag zal kunnen leggen.

Definitieve vorm gezondheidscentra Flevoland nog in onderzoek

Op vragen van het Tweede Kamerlid Lamberts (P.v.d.A.) in verband met de intrekking van de subsidie ten behoeve van de gezondheidscentra in Flevoland heeft Dr. R. J. H. Kruisinga, staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid onder meer geantwoord, dat de voortzetting van de huidige werkwijze in het verband van de Stichting Gezondheidszorg Oostelijk Flevoland, bij een plotse intrekking van de financiële bijdrage van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid in het kader van het zogenaamde ontwikkelingswerk en bij het achterwege blijven van door de Stichting, de daarin samenwerkende participanten en de plaatselijke overheid te treffen maatregelen, ernstig in gevaar zou komen. Een dergelijke beslissing die een abrupte en volledige beëindiging van het rijkssubsidie zou inhouden is echter niet gekomen en wordt ook niet overwogen, aldus de staatssecretaris, die voorop stelt, dat wel een wijziging van de bestuurlijke betrokkenheid van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van het rijkssubsidie voor ogen staat, die met de instelling van de gemeente Dronten zou moeten zijn gerealiseerd.

De staatssecretaris betoogt verder: „De in de Stichting Gezondheidszorg Oostelijk-Flevoland opgebouwde vorm van gezondheidszorg is gebaseerd op de in mei 1962 in het rapport van de Commissie van Advies Gezondheidszorg Zuiderzeepolders neergelegde gedachten en aanbevelingen. Vanaf 1964 is met deze bijzondere als experiment te beschouwen vorm van gezondheidszorg in de Stichting ervaring opgedaan. Steeds is daarbij uitgegaan van een tweeledige doelstelling, namelijk enerzijds het bieden van een optimale integrale gezondheidszorg aan de bevolking tijdens de kolonisatie van de polder en anderzijds — gezien de gunstige mogelijkheden die de bijzondere bestuursvorm in de kolonisatieperiode bood — het als experiment beproeven van een organisatievorm, waarin een bepaalde wijze van samenwerking van de participanten werd verzekerd en op bepaalde wijze de ontwikkeling van het preventieve werk gestalte kreeg. Door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid wordt 100 procent subsidie verleend in het nadelige exploitatiesaldo van de Stichting en in de voor de preventieve werkzaamheden van de huisartsen door de Stichting aan hen te betalen vergoedingen.”

Nu te verwachten is dat de kolonisatieperiode binnen afzienbare tijd zal worden afgesloten en het betrokken gebied tot de in te stellen gemeente Dronten zal gaan behoren en daarmee niet langer deel zal uitmaken van het gebied van het openbaar lichaam „Zuidelijke IJsselmeerpolders”, meent de staatssecretaris, dat aan de gevolgen hiervan voor de positie van de Stichting en daarmee voor de

bijzondere vorm, waarin het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid bij de Stichting is betrokken, niet voorbij mag worden gegaan. Naar zijn mening zal de invoering van de normale gemeentelijke bestuursvorm in de polder er ook voor wat betreft de voorzieningen op het terrein van de gezondheidszorg toe moeten leiden dat — zoals elders in ons land — de plaatselijke gemeenschap daarvoor haar verantwoordelijkheid en de daaruit voortvloeiende verplichtingen op zich neemt. In een dergelijke constellatie is naar zijn mening eigenlijk geen plaats meer voor een stichting — werkzaam op het terrein van de plaatselijke gezondheidszorg — die in haar beleidsbepaling is gebonden aan de beslissingen van een curatorium, dat onder andere bestaat uit vertegenwoordigers van de rijksoverheid en landelijke organisaties op het terrein van de gezondheidszorg.

Tevens wordt, aldus de staatssecretaris, de invoering van de normale gemeentelijke bestuursvorm het aangewezen moment geacht voor nadere bezinning op de betekenis en de waarde van de experimenteel beproefde werkwijze en op de mogelijkheid deze in een door de betrokkene als definitief gewenste vorm te continueren. Het is ook geheel in overeenstemming met de uitgangspunten van een experiment dat de in de loop der jaren opgedane ervaringen kritisch worden getoetst tegen de achtergrond van de vroegere uitgangspunten en de zich elders voordoende ontwikkelingen. Op grond van deze toetsing moet ook tot de wenselijkheid van continuering of wijziging van organisatievorm en werkwijze kunnen worden besloten, zonder dat daarmee ook maar enigszins afbreuk wordt gedaan aan hetgeen door alle betrokkenen tot stand is gebracht. Het welslagen van een experiment is overigens mede afhankelijk van de mogelijkheid de resultaten in een blijvende werkvorm om te zetten en daarvoor een financieringswijze te vinden die aansluit bij het landelijk geldende patroon en die in redelijke verhouding staat tot hetgeen door de plaatselijke gemeenschap kan worden gedragen.

Het streven is er daarom volgens Dr. Kruisinga op gericht, nu door de gemeentelijke indeling van Oostelijk Flevoland de verantwoordelijkheid voor de plaatselijke gezondheidszorgvoorzieningen primair bij de plaatselijke overheid zal gaan berusten, na te gaan welke onderdelen van de experimentele werkvorm zich op grond van de reeds nu verworven inzichten lenen tot een meer definitieve vormgeving in een plaatselijke samenwerkingsstructuur. Op deze wijze kan de uit een oogpunt van gezondheidszorg in de polder plaatshebbende belangrijke ontwikkeling in de gemeente Dronten worden bestendigd. Uit dit onderzoek zal tevens kunnen blijken welke onderdelen van het werk nog niet zodanig aan reali-

sering zijn toegekomen dat een verantwoord oordeel over de wenselijkheid van een definitieve voortzetting daarvan kan worden gevormd. In een dergelijke situatie blijft de mogelijkheid van rijkssubsidie in het kader van het ontwikkelingswerk bestaan. Het onderzoek naar de realiseringsmogelijkheden van bovengeschetste visie geschiedt in gezamenlijk overleg en met instemming van de in het curatorium van de Stichting Gezondheidszorg Oostelijk Flevoland vertegenwoordigende organisaties en overheden, aldus Dr. Kruisinga, die tenslotte zijn antwoord aldus samenvat: „Het moge uit deze enigszins uitvoerige aanduiding van de situatie blijken, dat geenszins wordt beoogd de in de polder ontwikkelde werkwijze in gevaar te brengen maar dat het streven erop gericht is in gezamenlijk overleg te zoeken naar mogelijkheden op verantwoorde wijze de overgang van deze vorm van gezondheidszorg vanuit de experimentele fase naar een voor de gemeente Dronten als definitief te achten vorm tot stand te brengen.”

Maatschappij-agenda 1970

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

Bezetting medische staven algemene ziekenhuizen

Behoudens een enkele uitzondering (zogenaamde open ziekenhuizen) beschikt ieder algemeen ziekenhuis over een staf van medische specialisten. Daarnaast zijn in 91% der ziekenhuizen ook niet-medische academici werkzaam en in 6% arts-assistenten (al dan niet in opleiding tot specialist). Deze en de hieronder volgende nadere gegevens zijn ontleend aan een rapport van de Stichting Nationaal Ziekenhuisinstituut over de bezetting van de medische staven in algemene ziekenhuizen per 15 augustus 1969.

Het totale aantal functies in de 200 algemene ziekenhuizen is berekend op 4.300 functies van medisch specialist, 425 functies van niet-medisch academicus en 840 functies van arts-assistent. Van eerstgenoemde categorie wordt bijna twee-derde vervuld als volledige werkkring in één ziekenhuis of als een functie, waarbij de specialist mogelijk in meer dan één ziekenhuis of op andere wijze (bijvoorbeeld universitaire leeropdracht, research-functie, en dergelijke) werkzaam is, doch deze functie in overwegende mate in één bepaald ziekenhuis uitoefent. Berekend is, dat in totaal circa 3.300 specialisten een functie hebben in de algemene ziekenhuizen, zodat per specialist gemiddeld in 1,3 algemeen ziekenhuis wordt gewerkt. Van de functies niet-medisch academicus kan ruim de helft als „full-time” - werkkring worden beschouwd.

De vakature-percentages in de onderscheiden groepen bedragen: medisch-specialist - vervangingsvakatures: 3,2%, uitbreidingsvakatures: 4,3%; niet-medisch academicus - vervangingsvakatures: 8%; arts-assistent - vervangingsvakatures: 17%.

De specialismen respectievelijk functies, waaraan absoluut de meeste behoefte bestaat, zijn: anesthesisten, zenuwartsen, radiologen, internisten en orthopedisten; apothekers en bio-chemici.

Wat de specialisten betreft bestaat de indruk, dat relatief de voorziening van anesthesisten, radiologen, orthopedisten, cardiologen, gynecologen, urologen en revalidatie-artsen de grootste problemen met zich meebrengt. De gemiddelde duur van de verschillende vakatures blijkt over het algemeen langer dan een jaar te bedragen. Een gemiddelde duur of gemiddeld percentage versluiert echter dat er hier en daar gevallen bestaan, waarin van een noodsituatie kan worden gesproken. Afgezien van de individuele situatie bestaat de indruk, dat voor alle categorieën van functies het vakature-probleem relatief het geringst is in de ziekenhuizen met meer dan 400 bedden en de ziekenhuizen in de steden van 100.000 en meer inwoners. Dit geldt dus onder meer ook voor de universiteitssteden en omgeving en voor de drie grote steden in het westen des lands.

Aangezien het onderzoek — waarvan in het onderhavige rapport verslag wordt gegeven — op een moment-opname betrekking heeft, zijn geen uitspraken gedaan over de toekomstige ontwikkeling van de voorziening met medici en overige academici. Een anders gericht onderzoek zou hierbij op zijn plaats zijn. In dit verband wordt opgemerkt dat, voorzover thans valt te overzien, per 1 januari 1972 regelingen terzake van de vrije vestiging van artsen binnen het gebied van de Europese Economische Gemeenschap van kracht zullen worden. Hoewel het effect van deze regelingen moeilijk valt te voorspellen, dient met deze omstandigheid bij een beoordeling van de mogelijkheden tot voorziening in de gesignaleerde behoeften wel rekening te worden gehouden.

Vergelijking tussen de Amerikaanse en Nederlandse opleiding in de interne geneeskunde

Het is niet altijd mogelijk om het verschil tussen de Amerikaanse opleiding in de interne geneeskunde en de Nederlandse met enige mate van objectiviteit te beoordelen. Er zijn punten van verschil en punten van overeenkomst. Eén van de punten van overeenkomst is, dat de kwaliteit van de opleiding afhankelijk is van de opleidingsplaats, zowel hier als in Amerika. De opleidingen zijn hier academisch en perifeer en hetzelfde is het geval in Amerika.

Het verschil tussen een perifeer ziekenhuis en een grote kliniek is aan de overkant evenwel groter dan hier. Wij hebben hier meer gemiddeld een goed niveau zonder uitschieters naar boven of naar beneden. Net als hier hebben in Amerika de perifere ziekenhuizen de meeste moeite om hun opleidingsniveau te handhaven, voorts hebben zij moeite om assistenten te krijgen. De meeste specialisten in de overigens goed geoutilleerde moderne ziekenhuizen tonen meer interesse in hun patiënten dan interesse om jonge artsen op te leiden.

Het zijn voornamelijk de perifere ziekenhuizen, die hun werkkrachten aantrekken uit Europa, Azië en Zuid-Amerika; 28% van de beschikbare plaatsen in Amerikaanse ziekenhuizen wordt bezet door buitenlanders. Om een goede medische standaard van de buitenlandse artsen te waarborgen, is men overgegaan tot het instellen van het E.C.F.M.G.-examen.

Het liefst hebben de Amerikanen mensen uit West-Europa, voornamelijk Engelsen; maar ook Fransen, Duitsers en Nederlanders staan op de Amerikaanse opleidingsmarkt hoog genoteerd. Het E.C.F.M.G.-examen geeft de buitenlandse arts alleen maar het recht om in een ziekenhuis te werken en in opleiding te gaan. Voor de uitoefening van de artspraktijk moet een board-examen worden afgelegd in de staat, waar men werkt. Heeft men examen gedaan in een staat als Maryland, dan wil dat nog niet zeggen, dat men bevoegd is om de praktijk uit te oefenen in Californië. Om deze moeilijkheid te ondervangen, kan men ook een overkoepelend examen afleggen voor de hele Verenigde Staten. De eisen voor elk specialisme liggen vast, dat wil zeggen zij zijn in de loop van de laatste vijftig jaar vast komen te liggen.

De opleidingsduur is meestal drie jaar. Na die drie jaar moet er een schriftelijk en een mondeling examen worden afgelegd; men is dan boardcertified. Men is dan volledig bevoegd om te praktiseren als specialist. De opleidingen verschillen sterk in kwaliteit. In de beste opleidingsinstituten als de Mayo clinics, de Cleveland clinic foundation, de Lahey clinics, het Walter Reed Army Hospital, is de com-

petitie zwaar en is het moeilijk om in opleiding te worden aangenomen.

In deze instituten wordt over het algemeen actief onderwijs gegeven. Men kan ze beschouwen als vakscholen voor specialisten. Het onderwijs is niet noodzakelijkerwijs universitair. De Cleveland clinics in Cleveland hebben naast een klinische afdeling en een researchafdeling een opleidingsinstituut, genaamd: Frank E. Bunts educational foundation, waar actief onderwijs wordt gegeven door super-specialisten in allerlei vakken, bijvoorbeeld in perifere vaatziekten, gastro-enterologie, haematologie en endocrinologie; verder wordt in Cleveland onderwijs gegeven in psychiatrie en dermatologie, dit aangepast aan internisten in opleiding. Het is voor ons gevoel schools onderwijs, waarbij je met een stok voor de klas metabolic pathways moet beschrijven of voor een lichtbak röntgenfoto's nauwkeurig moet kunnen uitleggen.

De studieboeken zijn ongeveer dezelfde als bij de Nederlandse opleiding. Men gebruikt Harrison, Allan, Barker and Haynes en Williams. In Cleveland bestaat, naast de Cleveland clinics, universitair onderwijs, dat wordt gegeven aan de Western Reserve University. Na drie jaar moet je in Cleveland een thesis schrijven en dan mag je examen doen. Refereravonden kennen zij niet, daarvoor in de plaats hebben zij „journal clubs”. Onze opleiding in de interne geneeskunde is 2 jaar langer en ik heb de indruk, dat men in staat is, om iets meer bezonken ervaring op te doen. Ik ken in Nederland eigenlijk geen instituut, dat vergelijkbaar is met de Cleveland clinic foundation, zo'n vakschool voor internisten, waar je wordt opgeleid door super-specialisten en elke dag van 5.15 uur tot 6.00 uur college krijgt na het klinische of poliklinische werk, volgens een vast collegerooster het hele jaar door.

Het geheel deed mij sterk denken aan de middelbare school. Er zijn responsies en als het board-examen voor de interne geneeskunde achter de rug is worden alle vragen gezamenlijk doorgenomen en doorgepraat. Ik herinner mij, dat er ook dia's werden vertoond, waarop je een diagnose moest stellen, onder andere een iris met een Kaiser-Fleischer ring. De derdejaars zitten elke avond te blokken uit Harrison. Na die drie jaar wordt een schriftelijk examen afgelegd. Alle Amerikaanse examens worden allemaal opgesteld alleen volgens het multiple choice question system. Na het slagen voor het schriftelijk deel moet men twee jaar praktiseren als internist; alle eisen voor opleiding en de exameneisen zijn gepubliceerd in JAMA, 4 oktober 1958,

Volume 168, nr. V, pp. 521-694. Het mondeling examen gaat over twee patiënten. Tevens worden daarbij blikken van röntgenologisch, pathologisch-anatomisch, haematologisch en electrocardiografisch kunnen geëist. Voor elke patiënt wordt 45 minuten uitgetrokken. De schriftelijke zowel als de mondelinge examens worden éénmaal per jaar gehouden.

Het onderwijs, dat ik in Cleveland heb meegeemaakt, is het best te vergelijken met ons middelbaar onderwijs: lesjes leren, stampen en voor de klas komen. De Nederlandse arts moet hieraan wennen. Ons protest is dat de academische vrijheid geweld wordt aangedaan, maar het onderwijs dat daar wordt gegeven is meet van het beste, dat Amerika heeft te bieden. De kennis wordt erin geheid en er is direct commentaar, als je niet op de colleges verschijnt.

In Nederland is het al of niet examen doen na vijf jaar opleiding in de interne geneeskunde een punt van discussie. De laatste twee jaar van mijn opleiding heb ik gekregen in het nu academisch geworden ziekenhuis Dijkzigt. Het gaat hier om een academische opleiding, in wezen dus niet vergelijkbaar met een opleiding als in de Cleveland clinics, maar vergelijkbaar met Amerikaanse academische opleidingen, zoals in Western Reserve. Bij de Nederlandse opleidingen komt het meer aan op zelfwerkzaamheid. Refereeravonden kent men in Amerika niet. Zij zijn vergelijkbaar met „journal clubs”, maar de referaten worden hier diepgaander besproken. Daarnaast bestaan de „demonstratie-ochtenden” en op vrijdagmiddag de haematologenclub. Ons onderwijs is meer als het Engelse, met het accent op bedside teaching. Vergelijkbaar met een thesis in Cleveland is het bewerken van een proefschrift in Dijkzigt. De mogelijkheid tot super-specialistisch onderwijs ligt in Nederland in de verschillende stages, die men kan lopen, bijvoorbeeld longziekten, hartziekten, endocrinologie en gastro-enterologie.

De Nederlandse assistent in opleiding wordt de laatste jaren intensiever begeleid door de Specialisten Registratie Commissie. Een groot bezwaar van de opleiding hier heb ik altijd gevonden, de afhankelijkheid van het oordeel van de opleider. Dit is zowel moeilijk voor opleider als opgeleide. Allerlei toestanden, zoals moeilijke arbitrages, zijn vanuit Amerikaans standpunt bekeken, vreemd. In Amerika slaag je voor je examen of je slaagt niet en slaag je niet, dan doe je wat anders.

In Nederland staan, wat betreft het bestaansrecht van de interne geneeskunde twee meningen tegenover elkaar: een unitarische, dat wil zeggen wij gaan uit van het geheel en komen tot de delen; dat is het standpunt, waar ik het meest voor voel. Of het recht is aan de super-specialisten: wij gaan uit van de delen en wij komen tot het geheel. De laatste keus wordt in Cleveland gemaakt, althans daar worden de internisten opgeleid door super-specialisten, maar je kunt naast twee maanden psychosomatiek en twee maanden haematologie ook twee maanden algeme-

ne interne geneeskunde doen, met andere woorden de spanning bestaat ook daar.

Een ideale opleiding als specialisatie in de interne geneeskunde zou volgens mij de volgende zijn: een jaar in één van de basisvakken, pathologische anatomie, fysiologie en farmacologie, twee jaar algemene interne geneeskunde, en de laatste twee jaar vier stages van zes maanden elk in super-specialistische vakken, waaronder cardiologie en longziekten. In die vijf jaar een promotie en aan het eind van die vijf jaar een schriftelijk en een mondeling examen. U zult zeggen: „Wel idealistisch”, maar dit komt de Amerikaanse opleiding het meest nabij. Van de drie vereiste jaren opleiding mag men een jaar werken in één van de basisvakken; men mag een jaar werken in een super-specialisme en vereist is een jaar algemene interne geneeskunde. Een examen is vanzelfsprekend en een thesis wordt in een instituut als de Cleveland clinics geëist.

Wij kunnen ons het best spiegelen aan het land, waar de opleiding het verst is gevorderd. Het probleem is in ons land, het actieve onderwijs, „active teaching”, en het vinden van voldoende mensen, die capabel zijn om onderwijs in college-vorm te geven aan internisten in opleiding. Het actieve onderwijs in Nederland is namelijk bestemd voor studenten en co-assistenten. Er bestaat te weinig interesse bij gespecialiseerd en gesuperspecialiseerd kader om regelmatig voordrachten, eventueel capita selecta, aan assistenten in opleiding te geven.

Wil men komen tot een examen als afsluiting van de internistenopleiding, dan moet men ook in staat zijn om de kandidaten voor te bereiden op het examen en zal er meer actief onderwijs moeten worden gegeven. In Engeland bestaan ook examens, maar de voorbereiding daarop wordt overgelaten aan de kandidaat. Amerika biedt het voordeel, dat er meer geld en meer mensen beschikbaar zijn. Een goed voorbeeld van postgraduate training in Nederland is de Boerhaave-cursus, maar die wordt vaak dan weer gehouden voor geregisterde internisten of voor huisartsen. Tot nog toe is in Nederland bij de opleiding zelfstudie en deelname aan discussies onder leiding, het bijwonen van klinische demonstraties etcetera, hét middel om verder te komen.

Al met al worstelen wij hier nog met problemen, die in Amerika al jaren geleden waren opgelost, zie het al eerder genoemde internship en residency-nummer van de JAMA. Ik heb het als assistent altijd als pijnlijk ervaren te merken, dat een co-assistent van een bepaald onderwerp, een endocrinologisch onderwerp bijvoorbeeld, meer wist dan ik, omdat iemand hem dat op college goed had uitgelegd. Assistenten moeten té vaak door zelfstudie of door het te vragen, hun kennis aanvullen en ook té vaak nog voel je dat je kennis leemten vertoont. Daarom pleit ik tenslotte nogmaals voor actief onderwijs aan de assistent.

Door S. Bergsma, internist te Rotterdam

Werkingsfeer van de Wet Ziekenhuisbouw uitgebreid

Nieuwe naam: Wet Ziekenhuisvoorzieningen

Regelen ter bevordering van een doelmatige voorziening in de behoefte aan ziekenhuizen en andere inrichtingen voor gezondheidszorg

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga heeft bij de Tweede Kamer ingediend de Memorie van Antwoord op het voorlopig verslag met betrekking tot de Wet Ziekenhuisbouw. In zijn Memorie van Antwoord op het voorlopig verslag van de vaste Commissie voor de Volksgezondheid spreekt de bewindsman zijn voldoening uit over het feit dat door de vaste Commissie het onderhavige ontwerp, waarvan de Memorie van Toelichting werd samengevat in M.C. nr. 38 van 20 september 1968, bladzijde 985 e.v., in het algemeen met instemming is ontvangen. Nadere overweging onder meer omtrent een aantal vanuit de vaste Commissie opgeworpen vragen heeft de staatssecretaris aanleiding gegeven een aantal wijzigingen in het oorspronkelijke ontwerp aan te brengen. Deze wijzigingen hebben aan het ontwerp een bredere strekking gegeven, die met de naam „Wet Ziekenhuisbouw” onvoldoende wordt gekarakteriseerd. Ook het oorspronkelijke ontwerp was met die naam, naar het oordeel van een aantal leden onvoldoende gekarakteriseerd. Gekozen is daarom voor de benaming „Wet Ziekenhuisvoorzieningen”. Een daartoe strekkende wijziging is in de nota van wijzigingen opgenomen.

De belangrijkste wijzigingen zijn de volgende:

1e. de aanschaf van kostbare apparatuur wordt onder de werkingssfeer van de wet gebracht;

2e. wijziging van de bestemming van ziekenhuizen of van onderdelen van een ziekenhuis komen onder de werking van de wet te vallen;

3e. de toetsing door de overheid van de doelmatigheid van de bouw of de voorziening is nadrukkelijk in het ontwerp vastgelegd;

4e. de regeling van de vestiging van bepaalde aangewezen specialistische voorzieningen c.q. specialismen kan onder de werking van de wet worden gebracht;

5e. in het ontwerp is nadrukkelijk vastgelegd dat voor de afgifte van de vergunning de noodzaak van de behoefte aan de betrokken voorziening in de gezondheidszorg moet zijn aangetoond;

6e. in verband met de noodzaak om tot een goede beoordeling van de plannen in een geïntegreerd systeem te komen en ook om de noodzakelijke openheid tot stand te brengen zal worden verlangd dat inrichtingen van gezondheidszorg zoals ziekenhuizen jaarlijks hun winst- en verliesrekening en balans met toelichting ter inzage leggen;

7e. in het ontwerp is thans ook opgenomen dat als beoordelingscriterium van de plannen ook moet worden gehanteerd het criterium of de plannen zouden kunnen leiden tot een niet strikt noodzakelijke verhoging van de tarieven;

8e. in het ontwerp is een regeling getroffen voor zover het in het ontwerp voorziene college ziekenhuisbouw niet tot stand zou komen; in dat geval zal de Centrale Raad voor de Volksgezondheid als zodanig fungeren;

9e. de overgangstijd tot de definitieve totstandkoming van het ontwerp wordt wettelijk geregeld; in afwachting van de totstandkoming van het landelijke ziekenhuisplan zal de huidige procedure op grond van de beschikking ziekenhuiscommissie een wettelijke basis krijgen;

10e. bij de aanvaarding van de bouwplannen zullen functieafspraken tussen de verschillende inrichtingen van gezondheidszorg door de overheid kunnen worden verlangd.

Gesloten circuit

Op deze en nog een aantal andere wijzigingen in het ontwerp wordt in de Memorie van Antwoord meer uitvoerig ingegaan. Het wetsontwerp werkt bovendien in de richting van het tot stand komen van een gesloten circuit van diensten in de gezondheidszorg. Dr. Kruisinga acht de totstandkoming van een dergelijk gesloten circuit van dienstverlening in de gezondheidszorg van grote betekenis. Daaraan is de afgelopen jaren op informele basis intensief gewerkt. Het gewijzigde wetsontwerp zal daaraan nog beter dan het oorspronkelijke ontwerp verder mede een bijdrage kunnen leveren. Met dit gesloten circuit bedoelt de staatssecretaris het systematisch samenspel tussen verpleegtehuis, ziekenhuis, psychiatrisch ziekenhuis en de zwakzinnigeninrichtingen, waardoor voor de patiënt een integrale zorg wordt gewaarborgd, dat wil zeggen dat bij wijze van spreken „de juiste patiënt in het juiste bed” komt en dat hij in verschillende situaties de hulp en zorg kan ontvangen, die hij in die situatie nodig heeft.

Hij acht het streven naar dit gesloten circuit van diensten van veel belang. Het creëren van het gesloten circuit ter verzorging van de minder-valide en ten dienste van de patiënt is voor een optimale gezondheidszorg van veel betekenis. Het betekent dat ter realisering van dit gesloten circuit behalve tussen de ziekenhuizen, de psychiatrische ziekenhuizen, de verpleegtehuizen en de zwakzinnigeninrich-

tingen ook met andere vormen van dienstverlening zoals bijvoorbeeld Kruisverenigingen en sociaal psychiatrische diensten tot verdere ontwikkeling van samenwerkingsvormen zal moeten worden gekomen. Er zal tussen de verschillende sectoren een functionele eenheid moeten groeien waarbij ieder zijn eigen arbeid optimaal zal kunnen vervullen. De vereiste samenwerkingsverbanden kunnen met behoud van een eigen verantwoordelijkheid en een eigen individualiteit der diverse onderdelen worden gecreëerd. Juist indien zij op die wijze met zorg worden gecreëerd kunnen zij des te vruchttragender en veelbelovender zijn.

Spectaculaire bouwproductie

De staatssecretaris deelt nog mee dat de totstandkoming van gebouwen voor gezondheidszorg in verschillende sectoren de afgelopen jaren is gestimuleerd. Zij is met name gestimuleerd in die sectoren waar nog in een belangrijke additionele behoefte moest worden voorzien. Zij is ook gestimuleerd in die sectoren waar de behoefte aan vernieuwing groot was. Zo steeg de bouwproductie in de sector ziekenhuizen van 1966 naar 1967 van 118 naar 161 miljoen gulden; dat is met ongeveer 35%. Van 1967 naar 1968 steeg de produktie van 161 miljoen naar 205 miljoen gulden, ten opzichte van 1966 was de produktiestijging toen ruim 70%. In de sector van de verpleegtehuizen steeg de bouwproductie van 25 miljoen gulden naar 43 miljoen gulden, in 1967 een produktiestijging van ongeveer 70%. In 1968 was de bouwproductie in deze sector 74 miljoen, een produktiestijging met 180% ten opzichte van 1966 werd toen bereikt. In de sector van de zwakzinnigeninrichtingen waar evenals in de sector van de verpleeginrichtingen nog een groot tekort bestond is de produktiestijging even spectaculair als in die van de verpleeginrichtingen. De produktie bedroeg in 1966, 11 miljoen gulden in 1967 was deze opgevoerd tot 18 miljoen gulden, een stijging met ruim 60% ten opzichte van 1966. In 1968 werd de produktie opgevoerd tot 30 miljoen gulden, een produktiestijging met ruim 170% ten opzichte van 1966.

Het initiatief tot en het tot stand brengen van deze bouwplannen heeft voor de patiënt veel aan de moderne eisen aangepaste accommodatie gebracht. De investeringen hebben bijgedragen tot verbetering van de kwaliteit van de dienstverlening. De nieuwe inzichten over de geneeskundige behandeling en over de verzorging door verpleegsters hebben tot uitgroei, tot vernieuwingen en tot differentiatie in het voorzieningenpatroon geleid. Deze ontwikkeling is mede mogelijk gemaakt door de ontwikkeling van de geneeskunde waardoor ziekten en aandoeningen die vroeger als ongeneeslijk moesten worden beschouwd, nu worden behandeld.

Zowel voor een goede coördinatie bij het tot stand brengen en verder zo doelmatig mogelijk creëren van de noodzakelijke nieuwe voorzieningen als voor de verwerkelijking van het zogenaamde „gesloten circuit” is het wetsontwerp van belang. Het gewijzigde wetsontwerp zal volgens de staatssecretaris een verdere arbeid in die zin gecoördineerd kunnen bevorderen.

Nationale gezondheidszorg

Uit de Memorie van Antwoord blijkt voorts, dat veel leden van de vaste Commissie voor de Volksgezondheid overigens van mening zijn, dat zowel een ziekenhuisbouwwet als een ziekenhuiswet zich eigenlijk het meest juist laat bediscussiëren in het kader van een nationale gezondheidszorg. Op de vraag van deze leden, of ook de staatssecretaris niet langzamerhand tot deze overtuiging komt, merkt Dr. Kruisinga op, dat hij altijd voorstander is geweest van een nationale gezondheidszorg. Hij meent evenwel, in overeenstemming met de vele leden die zulks naar aanleiding van dit laatste punt opmerkten, dat de hier betogende vele andere leden aan dit begrip mogelijk een andere inhoud geven dan veelal gebruikelijk is, hetgeen verwarrend kan werken. Ter verduidelijking wil de staatssecretaris uitdrukkelijk stellen dat niet is aangetoond, dat een nationalisatie waarbij de gezondheidszorg bij uitsluiting zou worden behartigd door de staat en zijn ambtenaren, verbetering van de kwaliteit of van de effectiviteit zou betekenen. Het particulier initiatief heeft op dit gebied in ons land rijke vruchten opgeleverd, die voortkwamen uit bewogenheid met de gezondheid van de bevolking en uit een ernstig streven om de modernste mogelijkheden voor een goede gezondheidszorg tot ontwikkeling te brengen.

Een waarlijk nationale gezondheidszorg moet naar zijn oordeel met kracht worden nagestreefd door de zo gewenste banden tussen de verschillende delen van de gezondheidszorg binnen het ziekenhuis- en het inrichtingswezen, alsmede tussen deze en de extra-murale voorzieningen en de huisarts en de wijkverpleegster te verstevigen en deze aaneen te sluiten tot een goed functionerend systeem van voorzieningen. Hierbij dienen volgens Dr. Kruisinga monopolie-posities, als die niet ter wille van een goed functioneren noodzakelijk zijn, zoveel mogelijk te worden vermeden: „Door de bevordering van de functionele samenhang kunnen en moeten wij komen tot een geïntegreerd pakket van intra- en extra-murale voorzieningen in regionaal verband. Zulks kan feitelijk alleen geleidelijk geschieden. Voor de totstandkoming van dit bouwwerk voor de toekomst legt het onderhavige wetsontwerp een hecht fundament”, aldus de staatssecretaris in zijn Memorie van Antwoord.

De situatie in de Nederlandse ziekenhuizen

Door J. J. H. Kok, arts-anaesthesist te Haren

Een televisieuitzending op zondagavond 2 november j.l. over het eigene van militaire tehuizen van verschillende confessies geeft mij aanleiding uw aandacht te vragen voor de situatie in de Nederlandse ziekenhuizen. Recente cijfers laten zien, dat de stichtingskosten van nieuwbouw-ziekenhuizen enorm hoog worden; de exploitatiecijfers stijgen overeenkomstig en de stijgende personeelskosten hebben een opwaartse druk op de verpleegprijzen, naast de B.T.W.

Gezien de hogere premie, die de ziektekosten-verzekeraars moeten gaan vragen voor een sluitende bedrijfsvoering en de te verwachten stijging in de toekomst van de ziekenfondspremies — welke stijging weer gedeeltelijk op de werkgevers en derhalve wegens verminderde winstopbrengst op de fiscus wordt verhaald — lijkt het uitlokken van een discussie onder artsen noodzakelijk. Meningsvorming over de stijgende kosten van curatieve gezondheidszorg, de oorzaken van de stijging en de gevolgen daarvan kan niet anders dan gezond zijn voor onze betalingsbalans.

Ik stel: *personeelskosten* in de ziekenhuizen zullen voorlopig blijven stijgen. De leerling-verpleegkundigen vormen nog steeds een groot deel van het personeelsbestand in de ziekenhuizen. Intensivering van de behandeling van zieken door middel van intensieve behandelingsafdelingen, zoals verkoeverkamers, traumatologische afdelingen, hartinfarcteenheden, beademingseenheden, haemodialyse-eenheden etc. betekent, dat leerling-verpleegkundigen niet meer zo algemeen gebruikt kunnen worden op die afdelingen. Deze intensieve verplegende behandeling is slechts mogelijk door gediplomeerde verpleegkundigen met extra opleiding. Ook gehuwde verpleegsters zullen voor deze extra-opleiding in aanmerking moeten kunnen komen. Het salaris, dat men aan deze specialistische verpleegkundigen gaat betalen, kan alleen maar hoger zijn dan dat van de leerling-verpleegkundigen, zelfs indien de kost en inwoning plus de opleidingskosten worden opgeteld bij de daadwerkelijk uitbetaalde loonsom. Op operatiekamers wordt thans een oplossing gezocht door niet-verpleegkundigen na grondige training bij het werk in te schakelen. Ook laat men de operatie-afdeling 's middags volop werken; dit impliceert, dat de verkoeverkamer gedurende de werkweek een round-the-clock service — met stijgende personeelskosten — zal kunnen bieden.

Ik stel ten tweede: *nieuwbouw* van een ziekenhuis is slechts dan gerechtvaardigd, wanneer er duidelijk een medische taak voor dit ziekenhuis in een

Anaesthetists, who by the nature of their calling are less involved in the perpetual struggle for beds within the hospital system, can afford to be more objective in their assessment of the situation than many of their colleagues in other specialties. They are entitled, indeed it is their duty, to raise the awkward questions which so far have gone unasked in some areas.

Editorial Brit. J. Anaesth. May '68

gewest voorhanden is. Het niet-aanwezig zijn van een ziekenhuis van een bepaalde confessie kan thans geen indicatie meer zijn tot stichting van zulk een huis. Inefficiënt gebruik van ziekenhuisbedden wordt bevorderd door een relatief hoog beddenaantal per 1000 inwoners; men zie hierover het betreffend rapport van de Ziekenfondsraad. Inefficiënt bedgebruik leidt tot hogere kosten voor de curatieve gezondheidszorg, omdat de drang tot stichting van nieuwe ziekenhuizen erdoor vermeerderd wordt.

Daar staat tegenover, dat taakdifferentiatie van bestaande ziekenhuizen is een gewest een betere service kan betekenen aan onze patiënten. Terwille van een betere en meer efficiënte behandeling van onze patiënten zouden wij onszelf beperkingen moeten opleggen, welke beperkingen slechts na onderlinge overeenstemming vrijwillig kunnen worden opgenomen. Om twee concrete voorbeelden te noemen: A. de thoracotomie kan het best worden verricht door een chirurg met grondige ervaring; de spoedthoracotomie wegens hartstilstand moet zelfs door een nietchirurgisch geschoold arts adequaat kunnen worden gedaan; B. de behandeling van een patiënt met een hartinfarct kan het beste worden overgelaten aan een cardioloog met een coronary care unit; de spoedbehandeling van deze patiënt tijdens transport naar het ziekenhuis moet door een ervaren verpleegkundige voldoende kunnen worden gegeven.

Ik stel ten derde: *opleidingskosten* van ziekenhuispersoneel kunnen worden verminderd door integratie van opleidingen, waar mogelijk. Daarnaast kunnen lessen soms door een ervaren EHBO-docent worden gegeven in plaats van door een arts-specialist; dit laatste is beslist duurder. Lessen aan klassen van 20 man zijn economischer dan aan klassen van 6 à 8, indien in dezelfde stad deze lessen aan

verschillende gelijkwaardige cursussen worden gegeven. Een opleidingsschool kan bepaald efficiënter werken met vast, getraind kader dan een incidenteel ziekenhuis met goedwillende docenten.

Ik stel ten vierde: een *gemiddelde bezettingsgraad* van een goed georganiseerd ziekenhuis van 95% is zonder meer haalbaar; een *gemiddelde verpleegduur* van minder dan 10 dagen is na te streven en realiseerbaar, mits behandelende artsen zich realiseren, dat bij inefficiënt bedgebruik nieuwe bedden van f 100.000,— tot f 200.000,— per stuk gebouwd moeten worden. Academische ziekenhuizen hebben een opleidingstaak, die moet prevaleren boven het economisch gebruik van bedden; dit is alleen al een reden het aantal opleidingen voor specialisten zo beperkt mogelijk te houden.

Ik stel tenslotte cumulerend: wanneer de *verpleegprijs* per dag hoger is dan de commerciële prijs van een hotel of pension, verdient het overweging dergelijke inrichtingen bij ziekenhuizen te contracteren voor die dagen, waarop strict medische of verpleegkundige zorg niet noodzakelijk is. Dit drukt de kosten voor de patiënt, mits zijn verzekeringsinstantie bereid is deze hotelkosten als deel van de noodzakelijke ziekenhuisopname te beschouwen. Hotels zouden bovendien dan een concurrerende factor ten opzichte van de hotelfunctie van het ziekenhuis uitoefenen; concurrentie heeft steeds een prijsdalend effect. Het vrijwel ongelimiteerd uitschrijven van leningen ten behoeve van ziekenhuizen, dat een verhogende werking heeft op de verpleegprijs, zou op deze wijze ingeperkt worden.

De primaire taak van het Nederlandse ziekenhuis is met minder bedden meer en efficiëntere diensten te produceren. De ziekenfondspremie en de premies van de ziektekostenverzekering kunnen niet onbeperkt blijven stijgen. Regionalisatie van ziekenhuis-taken kan soelaas bieden, indien ziekenhuisbestuurders bereid zijn hun autonomie deels prijs te geven. Stichtingen, gefinancierd met industriegelden, zullen een gezonde basis in economisch opzicht kunnen geven, zodanig dat de besteding van de gelden commercieel zakelijk gecontroleerd wordt. De ziekenfondsgelden voor de ziekenhuisbehandeling worden toch voor een deel rechtstreeks door de industrie gefourneerd.

Indien deze gezichtspunten te realiseren blijken, zal de bestuursvorm van het huidige Nederlandse ziekenhuis ongetwijfeld worden veranderd. Het moderne ziekenhuisbestel zal zodanig op dienstverlening aan patiënten georiënteerd worden, dat huidige bestuurders veelal moeite zullen hebben een dergelijke verandering te accepteren. Het staat de artsen vrij te beoordelen, of een minderheidsstandpunt van de bevolking, dat sterk staat door onderliggende grondslag, moet worden opgelegd aan de anderen, indien men een *betalbare curatieve gezondheidszorg* wenst.

Een merkwaardig kostbaar facet van de huidige ziekenhuisopname is de röntgenologische, biochemische en functionele diagnostiek bij patiënten,

ADVERTENTIES

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

Uitgeversmaatschappij Kruyt n.v.

Groot Hertoginnelaan 28,

Bussum

(Telefoon: 02159 - 3 22 59)

die ver van het ziekenhuis wonen. Het moderne ziekenhuis beschikt meestal over een goed geoutilleerd laboratorium, röntgenkamer en functieafdeling; het personeel van deze afdelingen bestaat merendeels uit niet-verpleegkundigen. Ten behoeve van de diagnostiek en therapie zijn dit onmisbare service-afdelingen geworden; ook voor poliklinische patiënten worden zij gebruikt. Het woord „misbruikt” kan in sommige gevallen ook geschreven worden. De enorme toename van de vraag naar deze diensten zal voor een deel afhankelijk zijn van het maatschappelijk verschijnsel van niet te kunnen leven zonder zekerheden. Dat de behoefte aan zekerheid aanleiding geeft tot opname van patiënten in een ziekenhuis ter aanwending van hooggespecialiseerde onderzoeken, is een dubieus symptoom van de huidige levenshouding, evenals het opnemen van ongeneeslijke ziekten; de moderne familiestructuur schijnt sterven in eigen omgeving nogal eens onmogelijk te maken. Op deze wijze wordt de capaciteit van de Nederlandse ziekenhuizen onjuist aangetast. Slechts datgene, wat intramuraal verricht of onderzocht kan worden, behoort in het ziekenhuis te geschieden; het overige poliklinisch, op het C.B., het M.O.B., door de wijkzuster, door de vroedvrouw, door de bedrijfsarts, door de huisarts. Het niet-categorale algemene ziekenhuis heeft in dit opzicht een duidelijke taakomschrijving. Overschrijding van deze taak heeft beduidende kostenstijging ten gevolge.

Curatieve geneeskunde in niet-opleidingsziekenhuizen is in Nederland de meest efficiënte en goedkope wijze van behandeling van zieken, wanneer extramuraal geen goede therapie mogelijk is. Men geeft, indien gewenst, persoonlijke diensten en werkt in hoog tempo, zeker sneller dan onder het Nationale Gezondheidszorg Systeem in Engeland. Dat het vullen van de ziekenhuisbedden op een meer op de patiënten gerichte wijze zou kunnen geschieden, doet aan dit feit niets af. De behandeling en doorstroming van zieken gebeurt sneller dan in academische ziekenhuizen en ziekenhuizen, waar artsen en specialisten opgeleid worden. De ziekenfondsta-

rieven, bescheiden als zij zijn in vergelijking met andere E.E.G.-landen, dragen hiertoe bij. Snelle omzet verhoogt de produktie per tijdseenheid. Dit leidt tot vlotte afhandeling van de vraag naar medische diensten, vooral in de operatieve dienstverlening. Een patiënt, die bijvoorbeeld zijn breuk wil hebben geopereerd, moet dit ook waar gemaakt zien tot binnen maximaal 30 uren na zijn uur van opname, tenzij een medische of psychosociale indicatie tot langer afwachten noopt. Opnamen van langere duur preoperatief maken mensen tot „patiënten”, zoals mij herhaaldelijk blijkt bij mijn visite vóór de operatie, wanneer de verwerking van de opgenomen patiënten door de operatie-afdeling onmogelijk is in verband met de huidige personeelsschaarste.

Dat evenwel in dit snelverkeer een iatrogeen accident kan voorkomen, behoeft geen verwondering. Op een snelverkeersweg gebeuren echter statistisch minder auto-ongevallen dan in de stad, mits de snelheid op de autoweg enigszins is gelimiteerd en de verkeersdichtheid niet te excessief. Veilig snelverkeer verkrijgt men door de toestand van de weg aan te passen i.c. de ziekenhuisaccommodatie dan wel door de mentaliteit van de weggebruiker te beïnvloeden: dat zijn de ziekenhuiswer-

kers en alle potentiële patiënten, kortom alle Nederlanders.

Het is derhalve noodzakelijk, dat inzicht ontstaat in en begrip voor het mogelijke en onmogelijke van een „perifeer” ziekenhuis. Het curatieve behoort gescheiden te blijven van het preventieve, waarvoor andere organisatievormen bestaan en ook andere financieringswijzen. Het noodzakelijke en het wenselijke moeten evenmin worden verward. Prioriteiten kunnen worden gesteld bij schaarse financiën, waarbij ik denk aan hartinfarcten en traumatologie. Kankerbestrijding is in wezen een preventieve taak; slechts de mislukking van de preventie kan men in de curatieve sfeer benaderen en dan ook nog niet alomvattend.

De eis van het a priori aanwezig zijn van alle moderne faciliteiten in een perifeer ziekenhuis is niet gerechtvaardigd, vooral wanneer in één stad meer dan één ziekenhuis aanwezig is. Het is wel juist, indien één ziekenhuis een bepaalde prioriteitstaak op zich neemt, een ander ziekenhuis een andere en wel in onderlinge overeenstemming. Om die overeenstemming te bereiken kunnen artsen ter plaatse zich inspannen; naar mijn mening behoren zij dat ook te doen.

Uit de Memorie van Toelichting

Wijziging Ziekenfondswet

Ingediend is een ontwerp van wet tot wijziging van de Ziekenfondswet. Het betreft een viertal wijzigingen, welke, zoals de Memorie van Toelichting zegt, weliswaar van ondergeschikte aard zijn, doch voor een doelmatige toepassing van de Ziekenfondswet van belang moeten worden geacht. De Memorie van Toelichting geeft op deze wijzigingen de volgende toelichtingen:

Peildatum loongrens verplichte ziekenfondsverzekering

De verplichte ziekenfondsverzekering is gebonden aan een verzekeringsloongrens. Degenen die in een of meer dienstbetrekkingen in de zin van de Ziektewet niet méér verdienen dan een voor ieder jaar vast te stellen bedrag, zijn uit dien hoofde verplicht verzekerd krachtens de Ziekenfondswet. Daarbij is bepalend voor de verzekeringsplicht het loon zoals dat per 1 januari van enig jaar is overeengekomen. Wijzigingen van het loon, welke tijdens de duur van de dienstbetrekking in de loop van een kalenderjaar plaatsvinden, blijven tot het einde van het desbetreffende kalenderjaar buiten beschouwing (artikel 3, vierde lid van de Ziekenfondswet).

De in de wet gestelde voorwaarde dat op de peil-

datum 1 januari alleen het dan rechtens geldende loon in aanmerking mag worden genomen, heeft in het verleden meerdere malen aanleiding gegeven tot bepaalde problemen. Deze hebben onder andere betrekking op loonsverhogingen die eerst na 1 januari van kracht worden (bijvoorbeeld wegens de vereiste goedkeuring van de c.a.o.) doch tot die datum terugwerken. In dat geval blijft men gedurende dat gehele kalenderjaar — ook al overschrijdt dat loon de op 1 januari geldende loongrens — verplicht verzekerd ingevolge de Ziekenfondswet. Hierdoor ontstaat rechtsongelijkheid ten opzichte van de personen van wie de hoogte van het loon op 1 januari wel bekend is en die, bij overschrijding van de loongrens, de verzekering per die datum moeten verlaten.

Om aan deze ongewenste situatie een einde te maken wordt het wenselijk geacht de Ziekenfondswet in diër voege te wijzigen, dat voortaan 1 november van enig jaar wordt aangehouden als peildatum voor de verzekeringsplicht gedurende het gehele daaropvolgende jaar, dat wil zeggen dat de vraag, of de werknemer gedurende enig kalenderjaar de op 1 januari van dat jaar geldende loongrens overschrijdt in het algemeen wordt beantwoord aan de hand van het loon dat hij op 1 november van het

voorafgaande jaar genoot. Aangezien per 31 oktober vrijwel geen c.a.o.'s expireren heeft de keuze van 1 november als peildatum tot gevolg, dat geen onzekerheid zal bestaan over de hoogte van het op die datum rechtens geldende loon.

Met een dergelijke maatregel wordt tevens bereikt, dat zowel de werknemer als de werkgever tijdig kan vaststellen, of voor het komende jaar al dan niet verzekeringsplicht aanwezig zal zijn. Voor de werknemer is dit van belang, omdat hij dan de gelegenheid krijgt zich voldoende te oriënteren op de in zijn geval het meest in aanmerking komende vorm van ziektekostenverzekering. De werkgever krijgt hierdoor de kans, op tijd de nodige wijzigingen aan te brengen in zijn administratie, welke in toenemende mate op computerverwerking is ingesteld.

Het is duidelijk, dat de voorgestelde wijziging tot gevolg zal hebben, dat voor een aantal werknemers het tijdstip van beëindiging van de ziekenfondsverzekering wegens overschrijding van de loongrens wordt opgeschoven, hetgeen uiteraard een beperkte uitbreiding van het aantal verplicht-verzekerden inhoudt.

De voorgenomen wijziging is begrepen in het nieuw geredigeerde vierde lid van artikel 3, van de Ziekenfondswet.

Ploegentoeslag

Ingevolge het vierde lid van artikel 3, van de Ziekenfondswet wordt voor de toepassing van de loongrens, zoals deze sedert 1 juli 1967 in deze wet is geregeld, onder loon verstaan, elke overeengekomen vaste, naar tijdsruimte en in geld vastgestelde uitkering, welke de verzekerde als vergoeding voor zijn arbeid of gedurende staking van de arbeid van zijn werkgever ontvangt. Blijkens de jurisprudentie met betrekking tot de bepalingen ten aanzien van de loongrens, zoals die destijds in de Ziektewet was geregeld, wordt tot het overeengekomen vaste loon in geld medegerekend de ploegentoeslag die in geval er sprake is van wisselende ploegendienst wordt genoten.

Met betrekking tot de ziekenfondsverzekering blijkt dit te leiden tot ongewenste situaties, omdat het genieten van ploegentoeslag op de voor het bepalen van de verzekeringsplicht geldende peildatum tot gevolg kan hebben dat de werknemer het daaropvolgende kalenderjaar buiten de ziekenfondsverzekering zal vallen terwijl het denkbaar is dat hij korte tijd later niet meer in een wisselende ploegendienst werkzaam is, in welk geval de ploegentoeslag komt te vervallen.

Het is voorts mogelijk dat er ook nog andere uitkeringen of bestanddelen van uitkeringen bestaan, waarvan het wenselijk is dat zij voor de toepassing

van de loongrens buiten beschouwing worden gelaten.

Daarom achtte de Ziekenfondsraad in zijn op 4 juni 1969 uitgebrachte advies een flexibele oplossing de meest gewenste. Bij deze opvatting sluiten de minister en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid zich aan.

Voorgesteld wordt, in het vierde lid van artikel 3, onder a, van de Ziekenfondswet een bepaling op te nemen die het mogelijk maakt, behalve de bestaande uitzondering voor kinderbijslagregelingen, ook bepaalde uitkeringen of bestanddelen van uitkeringen buiten beschouwing te laten bij de vaststelling van het loon in verband met de toepassing van de voor de Ziekenfondswet geldende loongrens. Met betrekking tot de wijze waarop de uit te vaardigen maatregel zal moeten worden opgesteld, zal de Ziekenfondsraad een nader advies uitbrengen.

Echtgenote, die nog niet tot het huishouden van de verzekerde behoort

Op grond van een eigener beweging uitgebracht advies van bovengenoemde raad wordt in het wetsontwerp een wijziging van artikel 4, vijfde lid, sub b, voorgesteld, welke ten doel heeft de echtgenote, die nog niet met de ziekenfondsverzekerde een huishouden vormt, bijvoorbeeld wegens woningnood, in aanmerking te laten komen voor medeverzekering. De Ziekenfondsraad zal met betrekking tot de in de uit te vaardigen maatregel te stellen voorwaarden een nader advies uitbrengen.

Schoolverlaters

In de Beschikking schoolverlaters, welke door de staatssecretaris van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk tezamen met de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is getroffen, is een regeling tot stand gekomen, welke er in het algemeen toe strekt dat degenen, die de school hebben verlaten bij werkloosheid eerst aan het einde van het kwartaal waarin de studie werd beëindigd aanspraak kunnen maken op een uitkering volgens de Rijksgroepsregeling werkloze werknemers. Het is wenselijk, in aansluiting aan deze beschikking voor de betrokken schoolverlaters een langere uitloop van het recht op medeverzekering ingevolge de Ziekenfondswet te creëren. Daartoe wordt voorgesteld aan het vijfde lid van artikel 4 een onderdeel d toe te voegen, op grond waarvan de minister kan bepalen in welke gevallen het volgen van onderwijs of van een beroepsopleiding geacht wordt voort te duren tot het einde van het kalenderkwartaal, waarin het volgen van onderwijs of van een beroepsopleiding wordt beëindigd. Deze bepaling geeft de mogelijkheid de Beschikking medeverzekering ziekenfondsverzekering aan te passen aan de vorengenoemde Beschikking schoolverlaters.

De Kadercursus 1969

Voor de negende maal werd in het najaar een kadercursus georganiseerd ten doel hebbende een aantal, merendeels jongere leden van de Maatschappij meer inzicht te geven in haar doelstellingen en taken en zich te bezinnen op enkele van de vele problemen waar de Maatschappij en iedere arts persoonlijk in de huidige tijd mee worden geconfronteerd. Gedurende een vijftal week-einden kwamen daartoe tweeëntwintig cursisten onder de bezielende leiding van de Kadercursus-commissie in de Internationale School voor Wijsbegeerte nabij Amersfoort bijéén. Voorwaar een bij uitstek geschikte plaats, gemakkelijk bereikbaar en toch temidden van de bossen zo rustig gelegen, dat men zich ook na een vermoeiende voorafgaande werkweek ten volle aan de andere taak van luisteren en discussiëren kon overgeven.

Er is met enthousiasme gewerkt en de lichte schroom die de cursisten wellicht in de aanvang hebben ondervonden toen zij zich in de nieuwe situatie moesten inleven werd snel overwonnen en maakte spoedig plaats voor nieuwe kameraad- en vriendschapsbanden toen men elkaar wat beter leerde kennen. De bijzonder gulle gastvrijheid waarmede de cursusleiding hen bij voortdurend omgaf, culminerend vaak aan de geïmproviseerde bar, waarin de voorzitter van de Maatschappij persoonlijk met de hem kenmerkende eenvoud en humor als „barkeeper” optrad, droeg daartoe niet weinig bij. Door de wisselende manier van behandeling als voordracht, panel- of forumdiscussie en onderlinge bespreking in kleine groepjes cursisten werd een boeiend geheel verkregen, waarin ook enige zelfwerkzaamheid van de cursisten werd gevraagd en verkregen.

Achtereenvolgens werden onderwerpen als geschiedenis en organisatie der Maatschappij, haar rechtspraak, actuele E.E.G.-problematiek, oudedagsvoorzieningen, public relations, de relatie tussen volksvertegenwoordiging en Maatschappij, onderwerpen uit de medische ethiek en dergelijke aan de orde gesteld, ingeleid door ieder op hun gebied gezaghebbende en zeer ervaren sprekers, met zorg van binnen en buiten de Maatschappij gekozen. Het zou te ver voeren hen allen met name te noemen, doch zonder de andere inleiders tekort te willen doen, maken wij een uitzondering voor Prof. Dr. C. P. Sporken, directeur van het Mgr. Bekkers Centrum te Nijmegen. Op een indringende en zeer boeiende wijze behandelde hij de medische ethiek en de problemen rond sterven en dood. Zijn visie, spreek-

trant en benadering van dit moeilijke onderwerp heeft bij allen een diepe indruk achtergelaten.

Een bijzonder hoogtepunt in de cursus vormden de twee week-einden „vergadertechniek en sensitivity training” geleid door de heren Drs. E. C. H. Marx en Drs. Ph. H. van Praag. Een voor praktisch allen geheel nieuw terrein, waarin aanvankelijk met bedachtzame voorzichtigheid, snel overgaande in een gestaag groeiend enthousiasme, verkenningen werden uitgevoerd. Hoewel het door de beperkt beschikbare tijd eigenlijk niet meer dan een „mini-sensitivity training” genoemd mag worden, heeft het aan allen een vernieuwd en verdiept inzicht in vergadertechnieken gegeven.

De cursus werd besloten met een „Hoofdbestuursvergadering”, waartoe wij ons naar de nieuwe zetel der Maatschappij in Utrecht begaven. Voor velen een eerste kennismaking met het nieuwe en fraaie gebouw. Gezeten rond de grote vergadertafel in de hoofdbestuurkamer werd aan de hand van een speciaal samengestelde, doch de werkelijkheid zeer dicht benaderende agenda onder leiding van de vice-voorzitter van de Maatschappij samen met een aantal van haar functionarissen vergaderd. Hoe een ieder „erin” was, kwam zelfs in de rondvraag tot uiting.

Dat aan de slotmaaltijd door en namens de cursisten dank werd gebracht aan organisatoren en Hoofdbestuur behoeft geen betoog; dat aan de voorzitter der Maatschappij, collega Van Maarseveen, hulde werd gebracht voor zijn zeer veelvuldige aanwezigheid en intense belangstelling voor cursus en cursisten mag hier nog eens worden beklemtoond, evenzo de erkentelijkheid van de cursisten jegens de initiatiefnemer tot de kadercursussen, collega C. L. C. van Nieuwenhuizen, die van zijn blijvende belangstelling door zijn aanwezigheid aan dat diner blijk gaf, en jegens de voorzitter van de afdeling Amersfoort op wiens grondgebied wij gastvrijheid hadden genoten. De dank culmineerde tenslotte in de gloedvolle toespraak van een der cursisten jegens de voorzitter Dr. Louise Hemmes. De leiding van de cursus was dit jaar voor het eerst in handen van een vrouw. De charmante en toch strakke leiding die zij gaf, gecombineerd met een onvolprezen gastvrouwchap zal de heren mogelijk weer iets meer met de emancipatie verzoend hebben.

Amsterdam - Apeldoorn, december 1969

Mej. E. Smit
H. van IJzinga Veenstra

Kort verslag

Kort verslag van de vergadering van het Hoofdbestuur op 8 november 1969 gehouden in het gebouw van de Maatschappij, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Voorzitter: G. C. M. van Maarsseveen.

Om 13.30 uur opent de voorzitter de vergadering. De conclusies van de Sectie Medische Aangelegenheden ten aanzien van de universitaire gezondheidszorg komen vervolgens weer in behandeling. Besloten wordt over enkele punten nog eens de mening te vragen van de universiteitsartsen. Daarna kan de daarvoor aan te wijzen delegatie contact opnemen met het departement.

In de inmiddels compleet geworden vergadering herdenkt de voorzitter vervolgens collega Fluitman, die op zo tragische wijze is overleden. Het Hoofdbestuur eert zijn nagedachtenis door enkele ogenblikken stilte in acht te nemen.

Bij de nabeschouwing van de congresrede van de voorzitter over de nascholing komen de verschillende aspecten hiervan weer aan de orde. Voorgesteld wordt een studietoelating in te stellen, die de uitwerking van de nascholing ter hand zal nemen. Eerst dienen echter nog nadere contacten met andere belanghebbenden te worden gelegd.

Het advies van de Sectie Medische Aangelegenheden inzake de nota takenpakket van de Maatschappij wordt besproken, waarna besloten wordt de diverse punten nader uit te werken. Vervolgens wordt het advies van de Sectie Medische Aangelegenheden naar aanleiding van de beide nota's van het secretariaat over de artsenopleiding in bespreking genomen. Na enige amendering wordt aan de sectie verzocht enkele punten nog nader uit te werken.

Aan het Dagelijks Bestuur wordt verzocht zich nader te beraden over het advies van de Sectie Medische Aangelegenheden naar aanleiding van het rapport van de Commissie Muntendam en de in verband hiermee in te stellen studietoelating.

Een stuk van de W.M.A. (Draft Statement on therapeutic abortion) wordt voor kennisgeving aangenomen.

In de vacature in het Dagelijks Bestuur ontstaan door het overlijden van collega G. A. Fluitman wordt tot 1 januari benoemd Dr. F. Kortenhorst, terwijl in dezelfde vacature in het Hoofdbestuur tot aan de september-vergadering van 1970 Dr. Z. Nauta benoemd wordt.

Naar aanleiding van de bespreking van de notitie van het secretariaat aangaande het rapport van de Commissie Planning en Programmering van de

Volksgezondheidszorg beraadt het Hoofdbestuur zich over de begeleiding van het Hoofdbestuur voor zijn vertegenwoordigers in de Centrale Raad.

Naar aanleiding van de discussies over de subsidie door de Maatschappij aan de SANO wordt besloten dit probleem te delegeren aan het Dagelijks Bestuur. Ook de vergoeding van de poli-klinische hulp aan de academische ziekenhuizen zal in het Dagelijks Bestuur nader worden besproken. Een en ander echter zoveel mogelijk in samenhang met de daarbij behorende problematiek, zoals die in het rapport van de Commissie Smallegenbroek over de honorering van het wetenschappelijk corps der medische faculteiten naar voren komt.

Te ruim zeven uur sluit de voorzitter de vergadering.

Bijeenkomst Centraal Bestuur met vertegenwoordigers medische staven van algemene ziekenhuizen

Langs deze weg moge nog eens herinnerd worden aan de op zaterdag 17 januari a.s. in Esplanade, Lucas Bolwerk 24 te Utrecht door het Centraal Bestuur te organiseren bijeenkomst met vertegenwoordigers van de medische staven van algemene ziekenhuizen.

Het programma voor deze dag luidt als volgt:

- 10.30 uur Opening door de voorzitter der L.S.V.
- 10.45 uur Gedachtenwisseling over de aan de medische staven toegezonden notitie getiteld „Bespiegelingen rondom de functionering van de medische staf”.
- 12.30 uur Gezamenlijke koffiemaaltijd.
Kosten circa f 7,50 p.p.
- 13.30 uur „Specialistische praktijktoefening, vrij beroep of dienstverband”.
Inleiding door Mr. A. C. Kraayenbrink, directeur van het bureau der L.S.V.
- 14.00 uur „Balans en perspectieven van de medische registratie”.
Inleiding door Dr. G. Ph. Vogel, vice-voorzitter van het bestuur van de Stichting Medische Registratie.
- 14.30 uur Discussie over de beide inleidingen.
- 16.00 uur Sluiting.

Staven van algemene ziekenhuizen kunnen zich voor inschrijfformulieren wenden tot het bureau der vereniging, Lomanlaan 103 te Utrecht; tel. 030-885411, toestel 249.

Namens het Centraal Bestuur der L.S.V.
G. A. M. Hunfeld, secretaris

Voordrachten

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

Alphen en Omstreken: Dr. B. Matricali, Dr. K. Mechelse, Dr. J. Kauer, onderwerp: „Diagnostiek en therapie van het carpal-tunnelsyndroom”.

Apeldoorn en Omstreken: Prof. Dr. J. J. Groen, internist, onderwerp: „Psychofysiologische onderzoeken over de aard van de ademhalingsstoornis bij asthma bronchiale”. Dr. B. de Leeuw, reumatoloog, onderwerp: „Behandeling van reumatoïde artritis”.

Arnhem en Omstreken: Prof. Dr. P. A. Biersteker, hoogleraar in de fysiologie, onderwerp: „Grenzen van het menselijk prestatievermogen”.

Assen en Omstreken: Prof. Dr. J. W. F. Beks, hoogleraar voor neurochirurgie, onderwerp: „Over drukveranderingen in de schedel en haar klinische gevolgen”.

Assen en Omstreken: Prof. Dr. F. L. Meyler, onderwerp: „Anamnese en diagnostiek van het coronariaalijden”.

Breda en Omstreken: F. H. C. Gaymans en Tj. Meyer, onderwerp: „Gedachtenwisseling over manuele therapie”.

Helmond en Omstreken: Dr. F. Schwarz, onderwerp: „Werking van en indicatie voor anabole steroïden”.

Hunsingo-Fivelingo-Westerkwartier: Dr. R. L. F. Nienhuis, onderwerp: „Problemen in de reumatologie”.

Leiden en Omstreken: Mej. A. R. Smit, kinderarts, C. H. Otto, vrouwenarts, onderwerp: „Perinatale be waking en behandeling van het kind”.

Oldambt: Prof. Dr. N. M. J. Schweitzer, oogarts, onderwerp: „Traumatologie in de oogheelkunde”.

Slingeland: A. D. van Luin, kinderarts, onderwerp: „Ernstige complicaties na gastroenteritiden”.

De Vecht en Omstreken: L. M. Hogerzeyl, dermatoloog, onderwerp: „Nieuwe behandelingsmethoden van lepra”.

Voorne en Putten en Rozenburg: Prof. Dr. G. A. Ladee, psychiater, Mej. Dr. M. C. Janssen, psychologe, Mej. J. J. Wentink, psychol. sociaal werkster, onderwerp: „Psychiatrisch-psychologische aspecten van de abortus problematiek”.

Zuid-Limburg: Prof. P. Michielsen, onderwerp: Over de behandeling van chronische nierinsufficiëntie door haemodialyse en niertransplantatie”.

Zutphen: Dr. A. E. Leuftink, onderwerp: „Bedrijfs-geneeskundige sprokkelingen”.

Nieuwe leden:

H. A. Aardoom, Gerstehof 2, Nagele
E. P. Abbink, H. Cleyndertweg 292, Amsterdam-N.
A. Beets, Tjerk Hiddesdreef 14, Voorschoten
J. P. van den Berg, Sonsbeeksingel 11, Arnhem
P. A. Besteboer, Rozengracht 26”, Amsterdam
G. P. J. Beyer, Herengracht 37, Leiden
J. J. J. M. van der Eerden, Aldenhof 61-91, Nijmegen
J. P. van Ewijk, Kadijksealaan 21, Bergambacht
L. M. G. Geeraedts, St. Jacobslaan 464, Nijmegen
H. A. M. Gerritsen, Saturnusstraat 51, Nijmegen
J. H. M. de Groen, Pater Burgmanstraat 49, Nijmegen
J. F. Groeneveld, Hoofdweg 156, Rotterdam
M. Hasan, Anna van Burenstraat 32, Vlaardingen
J. Henkemans, Eeuwigelaan 52, Bergen (N.H.)
Mej. A. A. J. M. Kampschreur, Rijnsburgerweg 97, Leiden
J. A. M. Keulemans, Neptunusstraat 68, Nijmegen
Mevr. T. Krepel-Pouw, Eikenlaan 26, Nuenen (N.Br.)
D. van Lent, v. d. Helmstraat 270, Rotterdam
H. Moerman, Schumannlaan 50, Rotterdam
W. C. J. Mijnsbergen, Katendrechtse Lagedijk 343, Rotterdam
J. C. Netelenbos, Da Costakade 137⁴, Amsterdam
Mej. J. F. van Nieuwkerk, Monsterseweg 113B, Flat 22, Loosduinen
A. A. F. Poffé, Kruiskampsingel 77, 's-Hertogenbosch
L. J. Poldermans, Persoonshaven 199B, Rotterdam
J. M. Sepers, Warmonderweg 66, Oegstgeest
Mevr. T. Swart-Schipper, Atletenstraat 113, Enschede
L. B. Tan, Weverstraat 144, Oosterbeek

Overleden

Th. A. Blom, Gerard Terborchlaan 3, Bilthoven.
C. R. N. de Boer, Dr. van Peltlaan 45, Bergen.
B. J. A. Hummelinck, Huize „De Sprong”, Epe (Gld.).
Dr. E. M. J. Jansen, St. Annastraat 282, Nijmegen.
S. Muller, Dillenburglaan 1, Voorschoten.
W. W. Muys van der Moer, Wagnerlaan 26, Bilthoven.
H. J. A. M. Willemsen, Graaf Florisstraat 87, Rotterdam.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

L. Fr. Bakker te Voorburg promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Kwakzalverij en onbevoegd uitoefenen der geneeskunst”. Promotor was Prof. R. Hornstra.

A. J. Brongersma te Groningen promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Problemen bij de indirecte pulpa-overkapping”. Promotor was Prof. J. G. de Boer. Co-referent Prof. Dr. G. Boering.

H. Bijkerk te Waddinxveen promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Het vóórkomen van geslachtsziekten in Nederland, 1967”. Promotoren waren Prof. Dr. P. Muntendam en Prof. Dr. J. A. C. de Kock van Leeuwen.

W. M. M. Driessen te Nijmegen promoveerde aan

de Katholieke Universiteit te Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De plasma renine-activiteit en de secretiesnelheid van aldosteron bij de mens, in het bijzonder bij lijders aan hypertensie”. Promotor was Prof. Dr. C. L. H. Majoor.

B. M. Goslings te Leiderdorp promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „RNA- en eiwit-synthese in celsuspensies geïsoleerd uit rattelever”. Promotor was Prof. Dr. A. A. H. Kassenaar.

F. ten Hoor te Groningen promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Bepaling van de gemiddelde bloedstroomsterkte met indicatorverdunningsmethodes”. Promotor was Prof. Dr. W. G. Zijlstra. Co-referent Dr. G. A. Mook.

R. H. Kuijten te Abcoude promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Nierbiopsie bij kinderen met glomerulopathieën”. Promotor was Prof. Dr. W. H. H. Tegelaers.

W. O. Kwant te Toronto, Canada, promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „The influence of a tranquilizer (chlorpromazine) on the red cell membrane”. Promotor was Prof. Dr. H. L. Booi.

J. W. Ludwig te Bilthoven promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Coronariografie”. Promotor was Prof. Dr. B. G. Ziedses des Planes.

S. G. Martijn te Rotterdam promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Over beroepsdofheid bij telefoonpersoneel”. Promotor was Prof. Dr. P. E. Hoeksema. Co-promotor Prof. Dr. K. J. van Deen.

J. van der Meer te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Meting van de plasma renine-activiteit met behulp van een radioimmunologische bepaling van angiotensine I”. Promotor was Prof. Dr. J. G. G. Borst. Copromotor Prof. Dr. J. J. van Loghem.

A. E. Meinders te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Diabetes insipidus en chloorpropamide”. Promotor was Prof. Dr. J. G. G. Borst.

J. H. J. Plasmeijer te Leiderdorp promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „The action of parathyroid hormone on salivary glands in organ culture”. Promotor was Prof. Dr. P. J. Gaillard.

H. G. M. Rooymans te Zuidlaren promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de

geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Oordeel en vooroordeel in psychiatrische diagnostiek”. Promotoren waren Prof. Dr. W. K. van Dijk en Prof. Dr. P. E. Boeke.

J. van der Sluis te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „The treponematoses of Tahiti, its origin and evolution, a study of the sources”. Promotor was Prof. Dr. J. R. Prakken.

A. van der Spek te Uithoorn promoveerde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De tomografische lokalisering en de lineaire tomografie van de ductus hepatocholedochus - een röntgen-anatomisch onderzoek”. Promotor was Prof. Dr. B. A. den Herder.

Benoemingen:

Dr. A. C. Drogendijk is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de verloskunde, in het bijzonder de fysiologie van de zwangerschap.

Dr. E. J. Ebels, thans wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de Rijksuniversiteit te Groningen, is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan deze universiteit om onderwijs te geven in de neuropathologie.

Dr. M. Koster is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de algemene inwendige geneeskunde.

Dr. J. de Lange is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de neuro-chirurgie.

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

Dr. H. A. I. M. van Leusden is benoemd tot buitengewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de endocrinologie van de zwangerschap.

Dr. R. J. Ritsma is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de audiologie.

Dr. F. Schwarz is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht om onderwijs te geven in de inwendige geneeskunde, in het bijzonder de klinische endocrinologie.

Dr. J. Vreeken is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de algemene inwendige geneeskunde.

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

UITSPRAAK VAN HET MEDISCH TUCHTCOLLEGE ZWOLLE (VII)

Collega Vergroesen hoeft zich niet meer af te vragen, hoe anderen tegenover de uitspraak van het Medisch Tuchtcollege te Zwolle van 24 mei 1969 staan! Ik zou graag iets in het midden brengen over het waarnemen. Het is kennelijk arts B. kwalijk genomen, dat hij geprikkeld was, maar is Dr. D. misschien een arts, die altijd of zéér vaak onbereikbaar is? De zulken komen vóór. Hoort Dr. D. daar niet bij, dan wil hij me wel verontschuldigen. In verband met deze zaak graag nog het volgende:

De patiënt is goed beschermd tegen de onbehoorlijk of onjuist handelende arts; te goed zou ik zeggen. Het redactie-artikel in Medisch Contact spreekt hierover uitvoerig. Ook een arts die wordt vrijgesproken, lijdt schade, want de vrijspraak is geen sensationeel nieuws, wordt misschien niet eens in de pers vermeld. Maar wie beschermt de arts tegen onbehoorlijke patiënten?

Iedere huisarts kan voorbeelden noemen van misleiding of kwade trouw, niet uit angst maar uit geldingsdrang, onder het motto: „hij wordt er voor betaald”. Wie beschermt ons tegen de mensen, die zeggen, dat hun kind een temperatuur van 40⁵ heeft, en die bij aankomst die thermometer ineens niet meer kunnen vinden. Wie beschermt ons tegen de mensen, die ons onder valse voorwendselen uit ons bed halen, en die zeggen te crepéren van de pijn, terwijl er niets aan de hand is dan een echtelijke ruzie? Wie beschermt ons tegen al te zorgzame dochters of verloofden, die visites van de dokter nodig vinden, terwijl de „patiënten” daar niet aan denken? Wie beschermt ons tegen vaders, die pas over hun kind opbellen als de heruitzending van de voetbalwedstrijd is afgelopen? Dit weekend wilde iemand om 1 uur 's nachts bezoek hebben, omdat zijn vrouw zo naar was. Bij navraag bleek zij een vrouw te zijn, die pas angina had gehad en nu bang was voor keelkanker. De „naarheid” was verder niet te omschrijven. Dit is allemaal nog niet zo erg. Het is het risico van het vak, evenals het behandelen van paniekboodschappen (kortsluitingen van collega Bessen).

Maar bij ernstige gevallen van misleiding, uitbuiting, hondse behandeling, dwingelandij uit principe, die gelukkig niet zo vaak voorkomen, heb ik wel eens gedacht: „En bij wie kan ik mij nu beklagen?” Als iemand het weet, zou ik het graag van hem willen vernemen.

Den Haag, 10 december 1969

N. F. Bol, arts

UITSPRAAK VAN HET MEDISCH TUCHTCOLLEGE ZWOLLE (VIII)

Ook deze lezer is het als u vergaan bij lezing van de uitspraak van het Medisch Tuchtcollege te Zwolle. Boven-dien — en dat is nog belangrijker — is het geen geval, dat op zich zelf staat. Naar mijn mening zou het nuttig zijn hierover een enquête te houden onder artsen. Het is namelijk zeer de vraag, of deze colleges wel aan het gestelde doel beantwoorden. Deze bedoeling is toch een rechtspraak te bevorderen, waarbij de beoordeling mede of zelfs in hoofdzaak plaats vindt door mensen, die met de werkzaamheden van de aangeklaagde als het ware van binnenuit vertrouwd zijn en daardoor beter kunnen weten, wat werkelijk strafbaar handelen is en wat niet.

Het is toch uitgesloten dat de arts in elk van z'n talloze contacten elke dag en niet zelden in de nacht optimaal zal reageren. Hoezeer hij ook zal moeten beseffen, dat zijn materiaal uit mensen bestaat, daarmee wordt hij nog niet tot een supermens. Hij heeft zijn stemmen, hij kan doodop zijn, hij kan problemen op ander terrein hebben, enz. Dit impliceert mijns inziens dat een tuchtcollege alleen handelend moet optreden als er sprake is van een gedraging of handelwijze, die door de grote meerderheid der artsen als laakbaar, verkeerd wordt aangemerkt.

Maar is het misschien zo, dat in de colleges zulke hoogstaande mensen worden gekozen, dat deze boven te kortkomingen verheven menen te zijn? Dan moeten er nodig mensen in die weten, dat zij ook zelf niet zelden te kort zijn geschoten en dat dit niet anders mogelijk is.

En wat betreft het toenemend aantal klachten over te kort schieten in dienstbetoon van artsen: is al bewezen, dat dit niet berust op een toenemend aantal onredelijke verlangens van patiënten? Zolang dit niet onderzocht is, is het „gegeven” mijns inziens niet als argument te hanteren, nog afgezien van het feit, dat dit in het onderhavige geval niet ter zake deed.

De allesbeheersende vraag blijft

evenwel: werken de tuchtcolleges werkelijk in het belang van de artsen — in strikt objectieve zin — of worden zij spreekbuis van de publieke opinie? Het lijkt mij geboden, hierop een duidelijk antwoord te krijgen.

Rotterdam, 18 december 1969

P. J. F. Dupuis

VERGOEDING POLIKLINIEK ACADEMISCH ZIEKENHUIS

De heer Mr. J. Vermeijden heeft het moeilijke onderwerp van de ziekenfondsvergoeding voor poliklinische behandeling in Academische ziekenhuizen in zijn artikel op bijzonder heldere wijze besproken. Er komen echter in zijn betoog enkele punten voor, die onzes inziens een kanttekening behoeven. De heer Vermeijden erkent dat medische specialisten in het Academisch Ziekenhuis zijn aangesteld door de universiteit en uitsluitend worden gesalarieerd voor het geven van onderwijs en voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. Stilzwijgend wordt aangenomen dat de taak van patiëntenbehandeling zonder verdere honorering wordt verricht. Hij is er een voorstander van dat de specialist in het ziekenhuisgeheel in dienstverband werkt en juist het toe, dat deze ontwikkeling in de Academische Ziekenhuizen „al zover is gevorderd”.

In werkelijkheid is het nog niet zover, maar zodra de wijziging van de wet op het wetenschappelijk hoger onderwijs inzake de nieuwe status van de Academische Ziekenhuizen van kracht wordt, zal er sprake zijn van een dienstverband tussen specialist en ziekenhuis, verwezenlijkt door een dubbele aanstelling bij curatoren en ziekenhuisbestuur. Het wetsontwerp stelt, dat deze dubbele aanstelling geen consequenties voor de honorering behoeft te hebben. Eventuele extra honorering zal volgens de heer Vermeijden voort kunnen vloeien uit betaling van poliklinische hulp door de ziekenfondsen, een betaling die het ziekenhuis zelf zal moeten innen. Wij citeren nu letterlijk: „dat het aan het bestuur van de Academische Ziekenhuizen ter beoordeling staat of en in hoeverre het uit de op deze wijze verkregen ontvangsten van het ziekenfonds een toelage kan verstreken aan de in de poliklinieken werkzame leden van de medische staf, als een eventuele aanvulling op het salaris, dat zij reeds vanwege hun aanstelling van de universiteit ontvangen.” Deze zinsnede doet anachronistisch aan. Hierin wordt gesteld, dat de specialisten, verbonden aan een Academisch Ziekenhuis, volledig onderwor-

pen zijn aan de goedertierenheid van het bestuur.

Als wij de heer Vermeijden goed begripen wil hij de toestand in de Academische Ziekenhuizen in vele opzichten gelijk trekken aan die in de andere ziekenhuizen en vice versa. Verwacht hij dat in welk ander ziekenhuis dan ook een honoreringsovereenkomst tussen bestuur en specialisten eenzijdig door het bestuur kan worden opgelegd, zonder dat de staf hierbij als partij optreedt? Zo niet, waarom dan wel in een Academisch Ziekenhuis? Op een andere plaats in zijn artikel stelt de heer Vermeijden, dat de tegenwoordige positie van de staf in de Academische Ziekenhuizen vanzelfsprekend wordt aanvaard. Even vanzelfsprekend is het dat er een tekort aan hoog gekwalificeerde stafmedewerkers bestaat en dat het moeilijk is vacatures te vervullen. Zou een verband tussen beide feiten kunnen bestaan?

Utrecht, 12 december 1969

Dr. E. J. W. Keuter,
voorzitter vereniging van leden
van de wetenschappelijke staf
werkzaam in het Academisch
Ziekenhuis Utrecht.

MC | VARIA

Over koud weer en de kwalen die dat met zich meebrengt schrijft het decembernummer van World Health. In vele landen neemt het aantal bronchitisgevallen toe. Tussen 1957 en 1966 steeg de mortaliteit ten gevolge van bronchitis in Engeland en Wales van 60,0 tot 66,2 per 100.000 inwoners. In West-Duitsland viel in diezelfde periode een stijging van 16,9 tot 17,5 waar te nemen, terwijl Australië een stijging van 10,1 naar 22,4 te zien gaf. Alleen Japan vertoont een vermindering van 11,2 tot 5,4. Vier op de vijf patiënten met bronchitis zijn mannen, wat met roken in verband kan worden gebracht; de ziekte slaat het meest toe onder bejaarden en behoeftigen.



De Amsterdamse apothekers hebben, aldus het Algemeen Handelsblad, besloten om aan hen die geen eigen vervoer hebben 's nachts onder bepaalde voorwaarden gratis vervoer per taxi aan te bieden van hun huis naar de dichtstbijzijnde apotheek en terug. Er is een speciale regeling getroffen met de Amsterdamse Taxicentrale om dit te verwezenlijken. Uiteraard betreft

het hier patiënten die een recept hebben waarvan de aflevering geen uitstel kan gedogen. Aanleiding tot deze regeling is een ingrijpende wijziging in het nachtdienstrooster van de apotheken. Tot dusver werd de avond- en nachtdienst steeds beurtelings waargenomen door ongeveer een achtste van de Amsterdamse apotheken. Met ingang van 1 januari aanstaande zal voortaan de helft van deze waarnemende apotheken om 23.00 uur worden gesloten, zodat er gedurende de nachturen nog maar 6 à 7 apotheken over de gehele stad beschikbaar zijn voor urgente recepten.

Vast staat, aldus de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, afdeling Amsterdam, dat niet de hoeveelheid aangeboden recepten (die 's nachts maar klein is) bepalend is voor het aantal apotheken dat beschikbaar moet zijn maar wel de afstand die de patiënten moeten gaan om de dienstdoende apotheek te bereiken, met name als zij niet over een eigen vervoermiddel beschikken. Ook nu al is de gemiddelde afstand steeds groter geworden door de sluiting van apotheken in de oude stad en de veel grotere afstanden in de buitenwijken. Daarom heeft men bovenstaande regeling bedacht, waarvan nadere bijzonderheden nog bekend zullen worden gemaakt. De farmaceutische inspectie voor de volksgezondheid heeft aan de nieuwe regeling inmiddels haar goedkeuring gehecht.



Uit de zojuist verschenen Statistiek van de Bejaardenoorden 1967, samengesteld door het Centraal Bureau voor de Statistiek blijkt, dat in de 1852 waargenomen bejaardenoorden in totaal 99.995 bedden waren, waarvan voor verzorgden 88.749, in ziekenkamers 3.148 en in verpleegafdelingen 8.048. Op 31 december 1967 bedroeg het aantal opgenomen personen 91.713, te weten 30.342 mannen en 61.371 vrouwen, waar onder 6.942 echtparen. In totaal werden hiervan 8.308 personen verpleegd in ziekenkamers en verpleegafdelingen. Berekent men van de bewoners van de bejaardenoorden welk percentage zij vormen van het totaal aantal bejaarden per leeftijdsgroep in Nederland, dan blijkt dit percentage te stijgen bij mannen van 0,9 voor de leeftijdsklasse 65-69 jaar tot 25,1 bij de groep van 90 jaar en ouder, bij de vrouwen bedroegen de overeenkomstige percentages 1,6 en 34,2. Stichtingen blijken 43 pct. van het totaal aantal bejaardenoorden te beheren met daarin 63 pct. van het aantal bedden, terwijl particulieren en

naamloze vennootschappen tezamen 33 pct. van het aantal bejaardenoorden met daarin 11 pct. van het aantal bedden beheren. Bijna 54 pct. van alle bedden blijkt aanwezig te zijn in bejaardenoorden die 50-150 bedden tellen. Het aantal personeelsleden blijkt sterk afhankelijk van de grootte van het bejaardenoord: in bejaardenoorden met minder dan 10 bedden zijn dat 42 personeelsleden per 100 verzorgden, in bejaardenoorden met meer dan 300 bedden zijn er dat 26 per 100 verzorgden. Bijna 70 pct. van de personen boven de 65 jaar in de bejaardenoorden blijken lichamelijk in zodanige conditie te zijn, dat zij zichzelf al dan niet met enige huishoudelijke verzorging konden redden. Ruim 4 pct. was praktisch voortdurend bedlegerig, bijna 9 pct. volledig hulpbehoevend en ruim 17 pct. gedeeltelijk hulpbehoevend.



In samenwerking met de Nederlandse vereniging van verpleegkundigen organiseert Kerk en Wereld te Driebergen op 16 en 17 februari 1970 een studieconferentie voor verpleegkundigen en leerling-verpleegkundigen over de verpleegkundig-ethische aspecten van de orgaantransplantaties. De organisatoren van de conferentie menen dat van groot belang is dat een breder inzicht in de gehele materie van de orgaantransplantaties ontstaat waardoor een grotere bewustwording van de eigen verantwoordelijkheid kan worden gestimuleerd en verpleegkundigen elkaar bij het vormen van een persoonlijke mening behulpzaam kunnen zijn. Van de deelnemers wordt een tegemoetkoming in de kosten gevraagd van f 45,— per persoon. Aanmeldingen kunnen worden gericht aan het conferentiesecretariaat van Kerk en Wereld, De Horst 1, Driebergen, telefoon (03438) - 2241.



Bij de tegenwoordige student worden zeer vaak neurosen waargenomen. „Aktuelle Medizin“ meldt, dat het psychotherapeutisch adviesbureau van de universiteit van Giessen in 36% van de gevallen algemene contactstoornissen constateerde; in 20% was sprake van moeilijkheden met de partner, 11% van de mensen had last met thuis, 3% had moeilijkheden met autoriteiten en 2% met de eigen huwelijkspartner. Overige klachten betroffen vooral angstgevoelens, hypochondrie, gevoelens van minderwaardigheid, depressies, gevoelens van verwarring en algehele onzekerheid. In 79% van de gevallen bestond een duidelijke

examenvrees; bij 36% was sprake van lichamelijke klachten, bij 16% van seksuele stoornissen. 4% van de studenten vertoonden perversiteiten of een overmatig seksueel verlangen. Zelfmoord komt onder de Duitse studenten bijna tweemaal zoveel voor als bij de rest van de bevolking (24 tegen 13 op 10.000). Afgezien van psychosen, vormen studieproblemen het hoofdmotief voor suicide bij mannelijke studenten.



Het Internationale Instituut voor wetenschappelijk kankeronderzoek in Lyon heeft voor de periode 1970-1971 enkele studiebeurzen in het vooruitzicht gesteld. Een aantal reeds op het gebied van de kanker werkzame onderzoekers wordt door middel van de beurzen in de gelegenheid gesteld andere research-instituten te bezoeken. Het doel is om gezamenlijk research-plannen op te stellen voor onderzoek-projecten en zich nieuwe research-technieken eigen te maken en te standaardiseren.

Gegadigden dienen aan de volgende voorwaarden te voldoen: Zij moeten zelf actief bij kankeronderzoek betrokken zijn en daarvoor medisch of natuurwetenschappelijk gekwalificeerd zijn; Zij moeten deel uitmaken van de staf van een universitair- of research-instituut; Zij moeten ruim voldoende kennis bezitten — zowel mondeling als schriftelijk — van de taal van het land dat zij willen bezoeken.

De beurzen worden toegekend voor de duur van maximaal drie maanden, welke periode in één dan wel meerdere instituten, in een of meerdere landen, mag worden doorgebracht. Het is bepaald niet de bedoeling dat met de beurzen congressen of symposia worden bezocht. De beurzen dekken de reiskosten naar de goedgekeurde centra en voorzien in een passende toelage voor kost en incidentele andere uitgaven. Inlichtingen en aanvraagformulieren zijn te verkrijgen bij: The Chief of the Education and Fellowships Programme, International Agency for Research on Cancer, 16, avenue Maréchal-Foch, 69-LYON (6e), France.

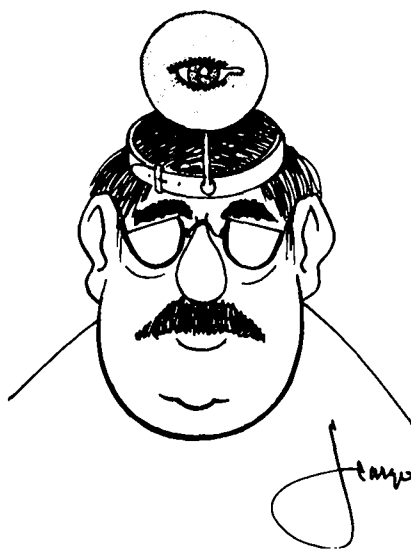


Het maandblad van de Marburger Bund, der Arzt in Krankenhaus und Gesundheitswesen, meldt dat in 1968 de kraamvrouwen- en zuigelingensterfte in West-Duitsland opnieuw is teruggelopen. Als gevolg van de Schwangeren-vorsorgeuntersuchungen is de puerperale sterfte tussen 1967 en 1968 afgenomen van 58,2 tot 52,0 per 100.000 levendgeborenen, en liep de zuigelin-

gensterfte terug van 22,8 tot 22,6 per 1.000 levendgeborenen. Absoluut uitgedrukt stierven in 1968 89 kraamvrouwen en 1.178 zuigelingen minder dan in 1967. Het blad maakt dit op uit de voorlopige cijfers, verstrekt door de minister van Volksgezondheid, Käthe Ströbel.



Bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de theoretische natuurkunde te Enschede heeft Dr. W. J. Caspers, blijkens persberichten, de overtuiging uitgesproken dat de tijd van professorabele betutteling voorgoed tot het verleden behoort. „Het is niet ondenkbaar dat het dragen van ambtskleding door hoogleraren zal worden afgeschaft, als gevolg van de frisse wind die ons wetenschappelijk onderwijs teistert. Men kan dan ook de verwachting uitspreken dat in de toekomst geen oraties meer zullen worden gehouden. Men kan terecht de vraag stellen: waarom nog deze oratie, waarom dwingt de traditie onze bestbetaalde krachten zich enkele weken, ja zelfs maanden, terug te trekken om, zoals meestal het geval is, voor het voetlicht te treden met een cocktail van vakkennis en algemene ontwikkeling, op smaak gebracht met enkele fijnzinnige grapjes, een scheut cynisme of een boertige uitval? Bij de opsomming van de dankbetuiging aan het eind komen,” zo vervolgde Prof. Caspers, „de studenten altijd het laatst aan de beurt, geheel in overeenstemming met de hiërarchische structuur van ons wetenschappelijk onderwijs. Toch wil ik de hoop uitspreken dat er nog vele jaren studenten zullen komen, die een opleiding in de natuurkunde wensen te



ontvangen, en dat ik enige inspraak zal mogen houden in de samenstelling van het curriculum en in de keuze van de onderwijsvorm. Het traditionele en verouderde beeld dat de maatschappij en ook de universiteit heeft van de student is dat van de halfvolwassene. Een verlaging van de kiesgerechtigde leeftijd lijkt ook in dit verband zinvol en zou grote groepen actieve en idealistische jongeren directer bij de besluitvorming kunnen betrekken. Dat ik me hierna niet meer in het bijzonder tot de studenten zal richten mag uiting geven aan mijn overtuiging, dat de tijd van professorale betutteling voorgoed tot het verleden behoort,” aldus Prof. Caspers.



In 1967 bedroeg het aantal onwettig geboren in Oost-Duitsland 10% van het totaal aantal in dat jaar geboren kinderen. In West-Duitsland beliep dit aantal in dat jaar 5%. Van meer dan een kwart van de rond 26.000 in 1967 in Oost-Duitsland geboren was de moeder minderjarig. Dit bericht Der deutsche Arzt, officieel orgaan van de Hartmannbund.



Op 11 december 1969 is de Stichtingsacte gepasseerd, waarbij alle in het Gooi en directe omgeving gesitueerde ziekenhuizen, waartoe ook Baarn wordt gerekend, hebben besloten tot een samenwerkingsverband. Mede met het oog op groei, samenstelling en wooncentra van de bevolking, is het van het grootste belang de verzorging met Ziekenhuisdiensten in dit gebied te ordenen, daarbij rekening houdende met de ontwikkelingen der medische mogelijkheden en de problemen van organisatorische, in het bijzonder personele en economische aard. Eén der eerste taken van de Stichting zal dan ook zijn het opstellen van een Algemeen Beleidsplan ten aanzien van de voorzieningen met Ziekenhuisdiensten. Tot de elf deelnemende ziekenhuizen behoren naast de algemene ook de categorale instellingen in het Gooi en directe omgeving. Vertegenwoordigers van elk der ziekenhuizen en de organisatie der Gooise Medische Staven vormen het Algemeen Bestuur, terwijl in het Dagelijks Bestuur een plaats gereserveerd is voor een Medisch Staf-lid. De Stichting zal haar werkzaamheden onmiddellijk ter hand nemen.



In het kader van de in 1967 tussen de Leidse Universiteit en de minister van Onderwijs en Volksgezondheid van Suriname gesloten overeenkomst, vol-

gens welke de universiteit gedurende vijftien jaar haar steun zal verlenen aan de opbouw van het medisch wetenschappelijk onderwijs in Suriname, is dezer dagen door het bestuur van de universiteit opdracht gegeven tot de bouw en de inrichting van de preklinische laboratoria van de Universiteit van Suriname. Deze laboratoria zullen verrijzen op het terrein van het centrale ziekenhuis te Paramaribo. Te zijner tijd zullen ook voorzieningen worden getroffen voor de klinische opleiding. De bouw en de inrichting van de laboratoria worden gefinancierd uit gelden, die ter beschikking zijn gesteld door het kabinet van de vice-minister-president.

¶

Op zaterdag 14 maart 1970 zal in het Nieuwe Congres Centrum te Utrecht een symposium over pijn en pijnbestrijding worden gehouden onder auspiciën van Winthrop N.V. Inleiders op dit symposium zijn: Prof. Dr. L. A. Hulst, hoogleraar inwendige ziekten; N. L. Bosma, neurochirurg; J. H. Glerum, ziekenhuis-apotheker; Dr. E. J. W. Keuter, neuroloog; S. J. Nijdam, psychiater; Dr. J. Sebus, internist.

¶

„Wat betreft de omvang van kwakzalverij schatten wij dat per jaar, schijnbaar tegen alle logica in, globaal 100.000 Nederlanders van de diensten van onbevoegden gebruik maken. Aangenomen mag worden dat door onbevoegden éénderde van deze patiënten genezing vindt, éénderde klachten verminderd ziet en éénderde geen baat ondervindt. Patiënten met chronische aandoeningen maken het meest gebruik van de diensten van onbevoegden — hoofdzakelijk uit opportunistische overwegingen. Het gaat meestal

om ziekten van het bewegingsapparaat, het zenuwstelsel, de nerveuze en psychosomatische aandoeningen, die vaak beter op archaische dan op moderne methoden reageren.” Dit schrijft de commandant-arts van het geneeskundig detachement in Den Haag, Dr. L. F. Bakker, tevens huisarts in Voorburg, in zijn proefschrift „Kwakzalverij en onbevoegd uitoefenen der geneeskunst”, waarop hij aan de rijksuniversiteit in Utrecht tot doctor in de geneeskunde promoveerde. Dr. Bakker pleit voor een intensieve bestrijding van de kwakzalverij op vele fronten op de wijze waarop dat in de Verenigde Staten wordt gedaan; alleen voor de magnetiseur wil hij een plaats inruimen. Een magnetiseur zou door te voldoen aan bepaalde voorwaarden (waarvoor hij bijvoorbeeld vijf jaar tijd zou krijgen) als „pseudo/tactiele therapeut” paramedische betekenis kunnen krijgen binnen het raam van de Nederlandse gezondheidszorg. Een arts zou de diagnose moeten stellen en specifieke gevallen kunnen verwijzen. Een „tactiele therapeut” zou nimmer patiënten in behandeling mogen nemen wanneer zij niet in het bezit zijn van een door de huisarts of behandelend specialist ondertekend „formulier van kennisgeving”. Aan een soortgelijke „verwijzing” naar de kruidendokter bestaat volgens Dr. Bakker geen behoefte. De patiënt kan natuurlijk wel zijn kruiden in de apotheek halen. „Uiteraard op recept”, aldus Dr. Bakker.

¶

In de Rajya Sabha, het Indiase parlement, is een wet gepasseerd, die de oprichting van 10 nieuwe medical schools in de loop van de komende vijf jaren beoogt. Het aantal medical schools in India zal daarmee op 103 komen.



De fractie, waarin alle verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen O.L.M.A. worden uitgedrukt, heeft — berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten — voor het vierde kwartaal 1969 een waarde van f 1,250.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

Advertenties: In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland & 35,—, losse nummers 78 cent (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 16.040 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen: secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-2184; postgiro 111950, Amsterdam.

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