

MEDISCH CONTACT

OFFICIEEL ORGAAN VAN DE KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Hoofdredacteur W. J. Royaards - Redactiesecretaris: J. J. van Mechelen - Bestuur: K. Vaandrager, Deventer, voorzitter; Prof. Dr. A. Kummer, Amsterdam, vice-voorzitter; Dr. C. de Groot, Rotterdam, secretaris; Dr. M. van der Stoep, Voorschoten, penningmeester; A. Taminiau, Tilburg - Redactie en abonnementenadministratie Keizersgracht 327, Amsterdam, Tel. 242535.

SCHRIFTELIJKE BERICHTGEVING

Enkele weken geleden (M.C. 1963 no. 11 pag. 159) schreven wij onder de titel „Praten en vergaderen” dat voor het goed functioneren van onze moderne samenleving veel besprekingen en gedachtenwisselingen nodig zijn en dat deze op een doeltreffende wijze moeten plaatsvinden. In dat verband hebben wij er op gewezen dat het voeren van „echt” gesprek helemaal niet zo gemakkelijk is en dat oefening en scholing daarin zou moeten worden aangemoedigd. Wij gingen daarbij zó ver, de mogelijkheid te veronderstellen, dat hij, die de kunst – en dat wil ook zeggen de techniek – van het bilaterale en het multilaterale gesprek niet verstaat, de verdere maatschappelijke en culturele vooruitgang wel eens zou kunnen afremmen op analoge wijze als in een andere cultuurfase degene doet, die de kunst van het lezen en schrijven niet verstaat.

Om te voorkomen, dat wij in deze worden misverstaan, willen wij gaarne in aansluiting aan deze vroegere beschouwingen er op wijzen, dat naast de mondelinge gedachtenwisseling ook de *schriftelijke communicatie* in onze moderne cultuur een uiterst belangrijke rol speelt. Weliswaar is de tijd van het schrijven van lange brieven, waarin gedachten en gevoelens uitvoerig worden uiteengezet – naar het schijnt een geliefkoosde bezigheid in de vorige eeuw – voorbij, maar schriftelijke berichtgeving omtrent eigen bevindingen aan anderen voor wie deze van belang zijn, is een essentiële voorwaarde voor het functioneren van de hedendaagse samenleving.

In de geneeskunde geldt dit in sterke mate sinds de arts niet meer alleen en zelfstandig zijn werk doet, en niet meer de enige raadsman of helper van de betrokken patiënt is. Deze laatste wordt immers vaak onderzocht en behandeld door meer dan één persoon en soms zelfs door een groot aantal artsen en paramedische medewerkers. Men is geneigd zich te verkijken op het aantal mensen, dat er in de tegenwoordige geneeskunde aan te pas komt om iemand in zijn ziekte bij te staan en te behandelen! Een behoorlijke communicatie tussen allen die een rol spelen in deze hulpverlening is een uitermate belangrijke zaak en wie zijn ogen en oren de kost geeft kan

dagelijks zien hoe daarin te kort wordt geschoten.

Dit te kort schieten is vrijwel nooit opzet. Meestal kan men zich beroepen op gebrek aan tijd of onvoldoende hulp, al zal er misschien een enkele maal ook weleens sleur of gemakzucht bijkomen. Het komt echter zeker ook voor, dat men zich onvoldoende realiseert hoe snel wij leven en hoezeer ook de geneeskunde verandert onder invloed van de snel toenemende specialisering en vertechnisering. Wat dat betreft bestaat het lang niet denkbeeldige gevaar, dat wij de werkmethode van gisteren toepassende de patiënt van heden te kort doen.

* * *

Ieder van ons klaagt op zijn beurt over te weinig of te traag doorkomende informatie van de kant van zijn collegae en is dan geërgerd. Dat is de specialist, naar wie een patiënt verwezen wordt met één enkel woordje op het geperforeerde strookje van het verwijsformulier. Terloops zij opgemerkt dat dit enkele woordje veel kwaad kan stichten als een onwelwillend-nieuwsgierig familielid of huisgenoot de encyclopedie ter hand nemen om dit sleutelwoord te ontcijferen! Geërgerd is ook de huisarts, die een ontslagen patiënt aan huis gaat bezoeken en pas vier of vijf dagen later te weten komt, wat er in het ziekenhuis gevonden en gedaan is. Voorbeelden van onvoldoende berichtgeving zijn in de praktijk van het geneeskundig handelen ruimschoots te vinden en velen ergeren zich daaraan, waarbij het spreekwoord van de splinter en de balk nogal eens op lijkt te gaan.*)

Het is om deze reden, dat wij op het belang van goede en snelle berichtgeving in de geneeskunde nog eens willen wijzen. Hier geldt de noodzaak van aanpassing aan de nieuwe eisen met behulp van de nieuwe mogelijkheden. Eenvoudig is dat dikwijls niet. Aan de orde komt de inschakeling van nog meer hulpkrachten (doktersassistenten, secretaresses), van schrijfmachines, bandrecorders, ruimtelijke voorzieningen, enz. Dat alles is niet goedkoop en dikwijls niet op korte termijn te realiseren.

Het belangrijkste is en blijft echter de vraag of men

een open oog heeft voor het feit, dat niemand onzer meer alléén het werk doet. Of men bereid is de houding aan te nemen, die past bij het werken in een al of niet georganiseerd team-verband. Een houding die gekenmerkt is door het zich bewust zijn, dat men zó moet werken, dat de ander zijn of haar aandeel in het gezamenlijke werk ook optimaal kan verrichten.

Het gaat om een moeilijke zaak, die in hoge mate

actueel is en waarbij een instelling wordt gevraagd, die ons van huis uit niet ligt en meestal ook niet is bijgebracht.

R.

*) Men leze in dit verband de rede van de afgetreden voorzitter van de afdelingsraad Utrecht en Omstreken, die men kan vinden op pag. 344 in dit nummer.

DE HUISARTS IN BELGIE

In „Mededelingen”, het maandblad van het Algemeen Syndikaat der Geneesheren van België wordt medegedeeld, dat in het kader van de nieuw te vormen Eenheidsvereniging de Unie der Belgische Omnipracticci is opgericht, om als technische vleugel, de beroepsbelangen van de huisdokters te onderzoeken, naar voor te brengen en te verdedigen. Sinds enkele jaren bestond er, aldus dit bericht, in de schoot van het Algemeen Belgisch Geneesherenverbond een embryo van deze organisatie, doch haar werkterrein en haar invloed bleven zeer beperkt. IJverig werd er dan ook door de leden-omnipracticci van de twee bestaande beroepsverenigingen gewerkt om deze zo broodnodige vereniging meer vorm en leven te geven. Dit was een beslissende stap. Inderdaad, voor het eerst in de geschiedenis van het Belgisch Geneesherenkorps, werd een nationale vereniging voor huisdokters gesticht.

Dr. Jan Gordts, adjunct-secretaris dezer vereniging, voegt aan deze mededeling een beschouwing toe, waarin hij schrijft:

„Door de evolutie in de geneeskundige wetenschap zelf, werd het begrip ‘geneesheer’ onderverdeeld in dat van spe-

cialist en omnipracticus. Niet alleen door de patiënt wordt dit onderscheid gemaakt, doch ook de instellingen voor maatschappelijke zekerheid hebben deze splitsing effectief erkend! Binnenkort zal zelfs de graad van geneesheer-specialist officieel bekrachtigd worden door de Staat. Er werd inderdaad een wetsvoorstel tot wettelijke erkenning van deze graad bij de bevoegde instanties neergelegd. Beide takken hebben echter hun eigen problematiek, hun eigen behoeften. Onze collega’s specialisten hebben dit reeds geruime tijd ingezien en stichtten, naast de bestaande beroepsverenigingen, hun eigen vereniging van Belgische specialisten. Doch wij, huisdokters, hebben ook onze eigen noden en zorgen. Aangepaste oplossingen moeten ook hiervoor gezocht en desnoods geëist worden. Dit vergt een specifieke, goed georganiseerde vereniging: daarom juist werd de U.B.O. opgericht!”

De vraag beantwoordend wat de U.B.O. beoogt zegt Dr. Gordts:

„Het is een feit dat de huisdokters de laatste jaren aan prestige hebben ingeboet, dit zowel bij hun patiënten als bij de officiële instellingen. De huisarts zelf voelt zich onvoldaan en kan een minderwaardigheidscomplex moeilijk onderdrukken: al te dikwijls voelt hij zich een tweederangsgeneesheer! De oorzaken van deze toestand zijn verscheiden. In de eerste plaats heeft de huisdokter zich niet soepel genoeg aan de na-oorlogse evolutie weten aan te passen. Hij heeft zich te sterk aan een traditionalistische opvatting van zijn beroep vastgeklampt, zonder ook maar in het minst rekening te willen houden met de diepgaande sociaaleconomische wijzigingen die zich in de westerse wereld hebben voorgedaan. Iedere verandering werd hem feitelijk of afgedwongen of opgelegd. Vervolgens heeft ook de basisopleiding hieraan schuld. De toekomstige huisdokter verlaat de universiteit met een soort van minimum-diploma, dit zowel in zijn eigen ogen als in die van vele patiënten. Vele collega’s-omnipracticci vestigen zich enkel en alleen uit economische of familiale noodzaak, doch niet uit ideaal. Tenslotte is het sterk individualisme van de huisdokter een zware hinderpaal voor het voordragen van gecoördineerde en efficiënte beroepsisen of van aanpassingen die bij machte zouden zijn, de rol zowel als de plaats van de omnipracticus in de samenleving te herwaarderen en te verstevigen.

De Unie der Belgische Omnipracticci heeft zich tot doel gesteld de werkelijke achterstand op het beroepsgebied in te halen. Ze is vastbesloten de algemene geneesheer niet alleen te verdedigen, doch ook alle middelen te zoeken om de wetenschappelijke sociale standing en rol van de huisarts te bevorderen.”

INHOUD

18e Jaargang - 10 mei 1963 - No. 19

Schriftelijke berichtgeving	327
De huisarts in België	328
Derde reünie van oud-hoofdbestuursleden	329
Wijziging van de Wet op de Geneesmiddelen- voorziening	330
„Veiligheid . . . maak er een gewoonte van”	331
Dr. G. J. Bos: Universiteit en huisartsengenees- kunde	332
B. S. Polak, arts: Het begrip ziekte in de zin van de Ziektewet	334
<i>Van het hoofdbestuur :</i>	
Beschrijvingsbrief (vervolg)	341
<i>Van het centraal bestuur L.A.D. :</i>	
Mededeling van de Vereniging van Farma- ceutische Industrie Artsen (F.I.A.)	341
<i>Van het centraal bestuur L.H.V. :</i>	
Bestuurscandidaat	
Jaarverslag 1962 van de penningmeester	341
Uit de afdelingen	344
Varia	349

DERDE REUNIE VAN OUD-HOOFDBESTUURSLEDEN

Het gezelschap oud-hoofdbestuursleden heeft voor de derde maal zijn jaarlijkse reünie gehouden en daartoe deze keer, op zaterdag 27 april, als plaats van samenkomst „De adelaar” te Weesp gekozen. Sterk groeiend is de opkomst nog niet – er waren ruim twee dozijn mannen – maar de samenstelling van het gezelschap is zeker representatief voor het karakter van deze reünie van oud-hoofdbestuursleden, want er waren bedaagden en vergrijsden tot en met recente vitale oud-H.B.'ers, onder wie Dr. Swijgman, voorzitter der Maatschappij in 1962, zijn entree in dit gezelschap maakte. Er was bij de aanvang ook enige teleurstelling over plotselinge verhinderingsen en dat gold vooral ten aanzien van Maats uit Arnhem – een partus hield hem ter plaatse – van wiens toetreding tot de club der oud-gedienden men zich veel had voorgesteld omdat hij de reputatie geniet een uitstekend geoefend reünist te zijn. Daartegenover stond gelukkig dan ook weer een enkele verrassing en het werd hogelijk gewaardeerd dat Dr. van Rooy voor zijn terugkeer uit Joegoslavië nog het vliegtuig had weten te nemen, dat hem in staat stelde zich na aankomst op Schiphol schielijk Weespwaarts te spoeden teneinde zich, zij het ietwat verlaat, bij de oude vrienden aan te sluiten.

Op deze bijeenkomst had men, naar reeds gegroeid gebruik, een spreker uitgenodigd voor een inleiding over een niet-medisch onderwerp. Het was Prof. Dr. G. A. van Peursen, hoogleraar in de wijsbegeerte aan de Rijksuniversiteit te Leiden, die sprak over „Verschuivend wereldbeeld” en die van deze verschuiving op deze bijeenkomst één facet te meer had kunnen constateren omdat Hk. Robers, voorzitter van het reünie-comité, eerst enige formaliteiten afdeed, een en ander minzaam, doch beslist met een als door hem geregelde en daarmee afgedane zaken opdienende, zich als usurpator bij herhaling beroepende op het feit, dat deze club geen enkele reglementering kent. Overigens is dat juist een der kenmerken van deze groep, dat elk verband met Maatschappij-zaken daarin zo volkomen ontbreekt, dat men het regelen van deze reünie-zaken gaarne geheel in handen laat van de bariton-voorzitter en eerst ter plaatse van samenkomst verneemt wie hij en de twee zijnen – Dr. Wagenaar en de Jager – hebben gemeend als spreker op deze reünie te moeten uitnodigen.

Dit was dus Prof. van Peursen, die in zijn voordracht over het verschuivend wereldbeeld, waaronder hij verstond een verandering in denkmethode, belichtte welke invloed er uit gaat van de ontwikkeling van de wetenschap – en de toenemende overlapping van wetenschappelijke gebieden – op onze geestelijke habitus. Aan de invloed van deze ontwikkeling van de wetenschap op het denken ontkomt niemand en ieder ervaart dat het in de praktijk van het leven minder gaat om het „wat” doch om het „hoe” – hoe men er mee om moet gaan om tot inventieve, creatieve en geprogrammeerde werkwijzen te komen, hoe men het beschikbare materiaal moet hanteren om tot het nuttigste effect te

komen. Als simpel voorbeeld daarvan werd genoemd het feit, dat men de eindexaminandus gymnasium gelegenheid biedt het woordenboek te raadplegen: het routinewerk wordt afgestoten, er komt een kracht vrij voor het inventieve en creatieve element.

Prof. van Peursen deed ook uitkomen hoe de formele en de symbolische logica nauw samengaat met die van de natuurwetenschappen, hoe men tegenstribbelende feiten in de denkmethode tracht te absorberen of, wanneer dit niet mogelijk blijkt, de feiten opnieuw onderkent en dientengevolge in een andere, moderne visie groepeerd. Dit voltrekt zich niet met zo opvallende schokken als de Copernicaanse omwenteling daarvan een voorbeeld was, maar de ontwikkeling der wetenschappen werkt niettemin gestaag in op het gehele maatschappelijke leven, op de dagelijkse arbeid en in het gezin.

Prof. van Peursen, die de registrerende en analyserende functie van de filosofie ten opzichte van deze ontwikkeling, i.c. verschuiving in denkmethode, uiteenzette, deed ook uitkomen dat de mens, die anders gaat denken, ook anders in de wereld komt te staan; simpel voorbeeld daarvan: een ster is voor hem geen ding, het zien van een ster associeert hij met tijd, ruimte, heelal.

Aldus, en nauwelijks equivalent aan het hoge niveau van deze beschouwing, een aanduiding van de strekking van dit betoog van deze geleerde, die van zijn gehoor een vierdimensionale ontvankelijkheid opeiste. Deze eis werd ingelost, hetgeen ook bleek uit de discussie, welke op deze voordracht volgde aan de borreltafel, waaraan wel nimmer zo diepzinnig zal zijn gepraat als op deze reünie het geval is geweest. Maar na deze vooral letterlijk hoogst spirituele borrel kwam de ontspanning aan een gezellige maaltijd, waarbij de pogingen van Robers om de sluisen der wel-sprekendheid wijd open te draaien niet volledig slaagden – hij bleek wat dit betreft een inconsequente sluiswachter, want deze reünie is er geen van zaken maar van personen en wat de personen betrof, er was bepaald geen aanvechting om de hoeden van Prof. van Peursen en van Robers, waarop toen reeds vele verdiende pluimen waren gestoken, tot dikke vederbossen op te praten. Zodat toen de onderlinge tafelkout dominerend bleef en mede bepalend voor de genoeglijkheid nog weer eens – het hoofd in het geheel niet met Maatschappij-zaken bezwaard – de collegae te ontmoeten in andere sfeer en op andere wijze dan weleer het geval was toen men zich aan de vergadertafel schaarde. Wat dit betreft heeft Robers de reünisten de opdracht meegegeven andere oud-hoofdbestuursleden bij eventuele persoonlijke contacten op te wekken zich bij het gezelschap te gaan aansluiten. Een persoonlijk woord van een reünist tegenover een collega, die deze reünies nog niet heeft leren kennen, sorteert ongetwijfeld het gewenste effect van meer reünisten bijeen te brengen in 1964 en crescendo voort te gaan naar de eerste lustrum-reünie in 1965.



WIJZIGING VAN DE WET OP DE GENEESMIDDELENVOORZIENING

maakt direct ingrijpen mogelijk

De momenteel nog steeds in werking zijnde wet op de uitoefening van de artseneijbereidkunst dateert van 1865. Het behoeft nauwelijks nader betoog, dat een dergelijke oude wet tegenwoordig in hoge mate onvoldoende moet zijn. Er is op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening wel het een en ander veranderd in de afgelopen honderd jaar. Honderd jaar geleden werden geneesmiddelen vrijwel uitsluitend bereid en afgeleverd door apothekers. Momenteel kennen wij een zeer uitgebreide industrie in deze, de afleveringspunten zijn legio. Daarbij is de wettelijk mogelijke controle door de staat minimaal. Bij de oude wet zijn geen regelingen getroffen omtrent de hoedanigheid van verpakte geneesmiddelen en de bevoegdheid van het afleveren daarvan, evenmin werden eisen gesteld aan de hoedanigheid van de geneesmiddelenbereiders, voorzover zij geen gevestigd apotheker zijn, noch aan de bereidplaatsen. Voorts werd de vestiging van een apotheker in kleinere plaatsen onvoldoende mogelijk gemaakt en werd de geneesmiddelenvoorziening van ziekenhuizen nauwelijks geregeld. Het Staats-toezicht op de Volksgezondheid kan dan ook op wettelijke basis bijna niets bereiken ter verbetering van de tekortkomingen op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening in ons land.

In de loop der jaren heeft men van regeringswege de urgentie om te komen tot een betere regeling naar het schijnt zeer onvoldoende gezien. Er zijn wel pogingen ondernomen, maar noch het wetsontwerp van 1915, noch die van 1925 en 1931 hebben publikatie in het Staatsblad kunnen bereiken.

In 1958 is een nieuwe wet op de geneesmiddelenvoorziening aangenomen, die het mogelijk maakte om deze voorziening op meer bevredigende wijze te regelen, maar ook deze wet is nog steeds niet in werking getreden.

Het ontwerp van deze nieuwe wet was al vanaf 1950 in bespreking. In de acht volgende jaren is er verschillende malen nogal enige deining om ontstaan. Zowel de Maatschappij voor Pharmacie als de Maatschappij voor Geneeskunst hebben zich enkele malen schriftelijk tot de leden van de Tweede Kamer gewend om bezwaren kenbaar te maken en wijzigingen voor te stellen. De bezwaren van de Maatschappij voor Geneeskunst gingen vooral uit tegen een terreinafbakening („5 km-grens”) voor apotheekhoudende artsen. En in een schrijven van het Dagelijks Bestuur van de Maatschappij aan de Kamer in 1958, tegen het einde van de behandeling van het ontwerp, kan men lezen: „Het Dagelijks Bestuur is van oordeel, dat de verkoop van geneesmiddelen buiten de receptuur der artsen om, ernstige gevolgen heeft voor de volksgezondheid. In vele gevallen worden deze geneesmiddelen afgeleverd door onbevoegden.

Een wettelijke regeling, waardoor bovenstaande mogelijkheid tot aflevering van geneesmiddelen zou worden bevorderd, zou door het Dagelijks Bestuur in hoge mate worden betreurd.”

Intussen heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een wijziging van de wet van 1958 voorgesteld. Deze wijziging is voorzien van een memorie van toelichting onlangs aan de Tweede Kamer voorgelegd.

De minister stelt in zijn toelichting, dat kortelings weer gebleken is, welke gevaren verbonden kunnen zijn aan het gebruik van sommige geneesmiddelen en hij meent, dat de wet van 1958 de overheid onvoldoende in staat stelt om verantwoordelijkheid op dit gebied te kunnen dragen. Daarom is volgens hem op korte termijn een wetswijziging nodig, welke onmiddellijk ingrijpen door de overheid mogelijk maakt. In hoeverre dit „onmiddellijk” betrekking heeft op het in werking treden van de wet inclusief wijziging vermeldt de minister niet.

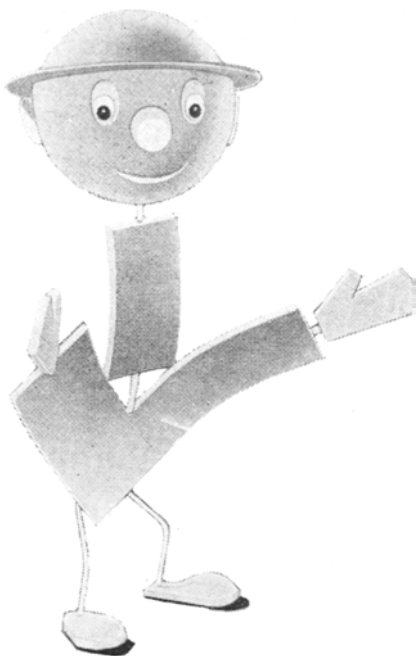
Interessant is in dit verband ook de volgende opmerking van de minister: „... dat er rekening mee moet worden gehouden, dat de wet op de Geneesmiddelenvoorziening in de toekomst nog andere wijzigingen zal moeten ondergaan, onder meer in verband met de harmonisatie van wetgeving in het kader van de Europese Economische Gemeenschap”.

Bij de wet van 1958 is gesteld, dat het College ter beoordeling van verpakte geneesmiddelen een register moet bijhouden van verpakte geneesmiddelen, die mogen worden bereid en afgeleverd. Deze inschrijving kan worden geweigerd, echter niet dan nadat de belanghebbende is gehoord of behoorlijk is opgeroepen. Het bezwaar van deze procedure is, dat er teveel tijd mee heen gaat.

Er wordt daarom voorgesteld, dat de minister indien nodig bevoegd zal zijn de inschrijving van een geregistreerd verpakt geneesmiddel voor een termijn van ten hoogste vier maanden te schorsen, een termijn die daarna tweemaal voor een gelijke termijn kan worden verlengd. Deze schorsing zal inhouden, dat het gedurende de schorsingstermijn zal zijn verboden verpakte geneesmiddelen te bereiden, te verkopen, of te leveren, in te voeren of te verhandelen. Ook zal de minister bij deze wijziging de bevoegdheid krijgen de aflevering van een geregistreerd verpakt geneesmiddel voor een termijn van ten hoogste twaalf maanden te binden aan de inachtneming van bepaalde voorwaarden. Deze regeling moet het mogelijk maken, dat bepaalde verpakte geneesmiddelen, waarvan vaststaat dat zij bij gebruik zonder medisch voorschrift zullen kunnen worden afgeleverd. Een schorsing, die een volledig afleveringsverbod inhoudt, is dan niet nodig.

Ook ten aanzien van de niet verpakte geneesmiddelen is een wijziging voorgesteld. De minister zal de aflevering daarvan zonder verwijl kunnen verbieden of deze aan bepaalde voorwaarden kunnen verbinden. Dit laatste is dan bedoeld als een tijdelijke maatregel.

De minister meent tenslotte, dat met deze voorgestelde wijzigingen de grondbeginselen van de oorspronkelijke wet onaangetast worden gelaten en anderzijds de mogelijkheid bieden om in noodgevallen direkt in te grijpen.



Wel een goede vondst is de leuze, die het Veiligheidsinstituut aan de vijfde bedrijfsveiligheidsbeurs meegaf en die in de toekomst bij allerlei gelegenheden gehanteerd zal worden: „VEILIGHEID . . . maak er een gewoonte van”. Bij de leuze hoort een mannetje, dat men Preventje (pre en preventie) gedoopt heeft en dat als blikvanger moet dienen op publikaties en affiches.

„VEILIGHEID . . .

maak er een gewoonte van”

Van 22 tot en met 26 april werd in de Amsterdamse Apollohal de vijfde bedrijfsveiligheidsbeurs gehouden. Over deze door het Veiligheidsinstituut georganiseerde, tevens als expositie bedoelde beurs is niet zoveel te vertellen. Het bleef toch in de eerste plaats een beurs. In kleine stands etaleerden allerlei fabrikanten hun (doorgaans ook kleine) veiligheidswaren en werd de gelegenheid geboden daar nadere informatie over te bekomen. Daarnaast had ook een aantal instellingen dat zich bezig houdt met veiligheidsvoorlichting stands ingericht. Wij noemen: de K.N.A.C., de Kon. Ned. Bond tot het redden van drenkelingen, de E.H.B.O., het Ned. Instituut voor Verkeersonderwijs, het Ned. Normalisatie Instituut, de Ned. Ver. tot bescherming van voetgangers, het Veiligheidsinstituut en de Amsterdamse Verkeerspolitie.

Wij, als niet-deskundigen, hadden de indruk, dat er voor de man die naar de beurs als beurs kwam weinig spectaculairs te beleven was. Echter ook als expositie was deze veiligheidsbeurs weinig zeggend en weinig biedend. Bij de voorlichtingsstands hingen enige leuzen en affiches en kon

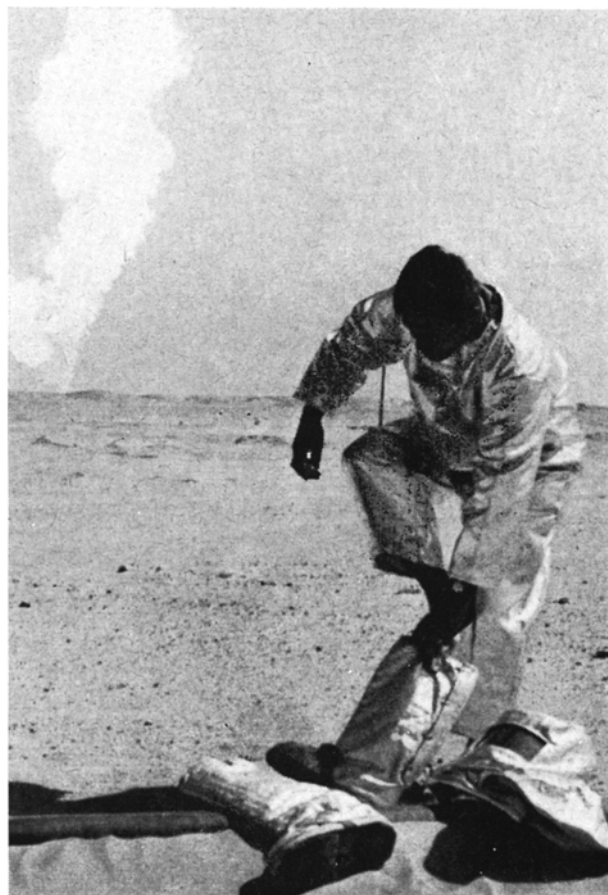
De firma, die deze „Leitplanken” voor autowegen in Nederland importeert, had ook een stand op de veiligheidsbeurs. Deze stroken treft men aan op alle autobanen in Duitsland. Diverse malen is al aangetoond, dat zij groot nut hebben. Het Duitse Centraal Bureau voor Statistiek gaf nog onlangs als een van de redenen van het teruglopen van het aantal ongelukken met dodelijke afloop bij toenemend verkeer de aanwezigheid van deze stroken op. In ons land weift men nog steeds om ze op grote schaal te gaan aanleggen.



men folders en inlichtingen krijgen. Maar het geheel was niet erg suggestief. Men ging niet naar huis met het gevoel, dat men nu persoonlijk eens iets meer aan de veiligheid moest gaan doen, maar men kreeg ook geen indruk, laat staan een overzicht, zoals in een folder beloofd werd, van het vele en belangrijke werk, dat door allerlei instanties op het gebied van de veiligheid wordt gedaan of van de onveiligheid die al dit werk noodzakelijk maakt. Voor degenen, die beroepshalve met veiligheid te maken hebben, zal deze beurs ongetwijfeld zijn nut hebben gehad, voor de gewone bezoeker was zij nogal onbevredigend.

Bpt.

Iets langer zijn wij blijven staan bij een stand waar zeer bijzondere reflecterende en hittewerende stoffen werden getoond. Op de foto ziet men een van de mannen, die bezig zijn geweest om de enorme brand in de Sahara te blussen. Het pak dat hij draagt is bespoten met een speciaal soort aluminium, waardoor het bestand is tegen zeer hoge temperaturen. Het kijkglas is bedekt met een met goud bewerkt plaatje, dat zowel beschermt tegen fel licht als tegen grote warmte. Dit kostuum, dat ondanks de speciale bewerking zeer soepel is gebleven, kan worden gebruikt in hoogovens, bij olie- en vliegtuigbranden enz. Op de Amerikaanse militaire vliegvelden zitten dag en nacht enkele mannen in een dergelijk kostuum gereed.



DR. G. J. BOS:

UNIVERSITEIT EN HUISARTSENGENEESKUNDE

Naar aanleiding van de jaarrede van de voorzitter van het Nederlands Huisartsen Genootschap over het thema „Huisarts en Universiteit” – uit „Huisarts en Wetenschap” overgenomen in Medisch Contact 1963, no. 3, pag. 36 – zal in dit artikel worden nagegaan, welke bijdrage de huisartsengeneeskunde kan leveren aan de geneeskundige wetenschap.

Immers de mate waarin dit het geval zou kunnen zijn, is bepalend voor de wenselijkheid de huisartsengeneeskunde al dan niet op universitair niveau te beoefenen.

De geneeskunde heeft de mens tot object. De mens als individu (individuele geneeskunde) en als lid van de gemeenschap (sociale geneeskunde). De menselijke werkelijkheid is altijd dynamisch. Overtuigend tekent René Dubos in zijn zeer lezenswaardige boek: „Mirage of health”, hoe ziekte onafscheidelijk verbonden zal blijven met het menselijk bestaan, en wel door de aan de mens eigen drang naar hoger leven: „Homo sapiens as a biological machine may not have changed much since Pleistocene times, but mankind has continued to evolve, developing a new kind of life almost transcendental to its earthly biological origin. Wherever he goes, whatever he undertakes, he will encounter new

challenges and new threats to his welfare. Attempts at adaptation will demand efforts and these efforts will often result in failure, partial or total, temporary or permanent. Disease will remain an inescapable manifestation of his struggles.”

Dit geldt niet alleen voor de mensheid als geheel, maar ook voor de individuele mens. Er is enige paralleliteit in de ontwikkeling van de individuele mens en die van de menselijke soort. Wanneer de biogenetische grondwet wat ruimer gedacht wordt dan met betrekking tot de intrauterine ontwikkeling, kan gesteld worden dat de mens ook in psychosociale zin de ontwikkeling van de menselijke soort doormaakt. Het blijkt dat inderdaad de individuele ontplooiing van de mens gekarakteriseerd wordt door een voortdurende transcendentie, met de daarmee gepaard gaande crises. Voor de geneeskunde is het waardevol de ziekteverschijnselen te bezien in het kader van de gehele existentie, waardoor deze dikwijls als een uitdrukking van een crisis in het geheel bestaan kunnen worden geduid. Dit klemmt temeer nu de technische ontwikkeling in de geneeskunde een onpersoonlijke behandeling in de hand werkt en daardoor de be-

hoeft aan een mens-nabije benadering groter wordt. In overeenstemming met het bovenstaande zou de taak van de arts dan ook aldus omschreven kunnen worden: aan hem is het mede de individuele mens en de menselijke gemeenschap heen te helpen door deze crises; of preventief de belemmeringen die de ontplooiing in de weg staan zo mogelijk weg te nemen; of positief: hem toe te rusten voor deze ontplooiing.

Dit alles veronderstelt van de arts een veelomvattende kennis van de betrokken mens. Het is duidelijk, dat de arts, die de mens langere tijd begeleidt, zijn wereld van nabij kent en in een persoonlijke relatie tot hem staat in alle crises, waarbij een arts is betrokken, deze taak in ideale omstandigheden kan vervullen. In deze situatie verkeert de huisarts. Hij wordt verondersteld de daartoe noodzakelijke methodiek te beheersen: van hem wordt begrip gevraagd en zijn welslagen wordt mede bepaald door zijn vermogen samenhangen te duiden. Het is niet willekeurig, dat de mens zich met heel zijn familie tot steeds dezelfde arts voor alle stoornissen in zijn welbevinden richt, en verlangt daarbij op persoonlijke wijze begrip en hulp te vinden.

Het belang van een bredere wetenschappelijke basis voor de geneeskunde krijgt nog meer reliëf wanneer wij in de toekomst zien. Men behoeft nog niet eens de betoverende conceptie van het verschijnsel Mens, zoals Teilhard de Chardin dit ontwierp, te aanvaarden, om niettemin te bevroeden dat de toekomst die van een toenemende socialisatie is. Het morbiditeitspatroon verschuift inderdaad reeds mee in deze richting: de arts ervaart dit. In de eerste plaats wel de huisarts, die zoals Querido dit omschreef, fungeert als arts in de eerste linie, die de vraagstukken door de patiënt gesteld, ongezuiverd, ruw en niet zelden rauwelings voor zich krijgt.

De bijdrage die de huisartseneeskunde aan de geneeskundige wetenschap kan leveren is nu duidelijk. Enerzijds stuiten wij op het belang van het onderkennen van wijzigingen in de morbiditeit, en het zoeken naar behandelingswijzen hiervoor. De menselijke gemeenschap ontwikkelt zich voortdurend, staat telkens voor nieuwe opgaven, streeft steeds naar een nieuw evenwicht. De hiermee gepaard gaande wijzigingen in de morbiditeit dienen vroegtijdig te worden gezien. Dit vraagt om wetenschappelijke bestudering, d.w.z. beschrijving, ordening en verklaring. Dit is een taak voor de huisarts. In zijn werk zal deze steeds problemen aantreffen, welke oplossing een specialistische setting noodzakelijk maken. Het is de huisarts die het kader uitzet waarbinnen de specialist zijn bemoeiing uitstrekt. De specialistisch beoefende geneeskunde is van enorme betekenis geworden. Toch is de som van alle medische specialismen niet gelijk aan de geneeskunde. Geheel nieuwe specialistische methodieken zullen wellicht noodzakelijk blijken bij de confrontatie van geneeskundige problemen, zoals de huisarts deze ziet, met de wetenschappelijke benadering hiervan zoals deze binnen de muren van de universiteit plaats kan vinden.

Het ontwerpen van een integraal hedendaags morbiditeitspatroon, of anders gezegd, de inventarisatie van contemporaine, in verschillende levensfasen zich manifesterende crises-toestanden, is een vereiste om zowel de persoonlijke, als de specialistisch beoefende geneeskunde optimaal ten behoeve van de gemeenschap te doen functioneren.

Anderzijds echter zou ook de sociale geneeskunde sterke impulsen kunnen ontvangen. Research als hier bedoeld zal

trends blootleggen van crises in een gemeenschap, waarop de sociaal geneeskundige een programma kan bouwen. De huisarts heeft de taak deze trends te signaleren, de sociaal geneeskundige op zijn beurt dient de verantwoordelijkheid voor de behandeling ervan te aanvaarden.

Aan de andere kant zagen wij het belang van een betrekken van de gehele menselijke existentie in het ziek zijn. De praemorbide persoonlijkheid; het bestuderen van de samenhang van verschillende ziekten longitudinaal en transversaal, onderling en betrokken op de individuele levensgeschiedenis; de invloed van gezin en milieu op het ziekzijn; de erfelijkheid; het zijn alle typische onderwerpen welke bestudering door de huisarts een bijdrage voor de geneeskunde kunnen zijn.

De toestand nu wordt gekenmerkt door:

1. in de sociale geneeskunde: het ontbreken van de mogelijkheid te komen tot een planmatige aanpak van problemen;
2. in de specialistische geneeskunde: een huivering voor de consequenties van het technisch kunnen waartoe de verdergaande specialisatie voert, bij ontbreken van centripetale tegenkrachten;
3. in de algemene geneeskunde: een desintegratie in de bemoeiing met actuele problemen door een onvoldoende bestudering ervan.

In de geneeskunde zoals deze aan de universiteit wordt beoefend ligt momenteel het accent zeer eenzijdig. De specialist (behalve de psychiater) bedient zich overwegend van methodieken uit de natuurwetenschap. Deze zijn in de geneeskunde dermate verabsoluteerd, dat de propaedeuse bijvoorbeeld alleen de vakken plant- en dierkunde, natuurkunde en scheikunde omvat.

Een voorbeeld kan illustreren hoe belangrijk het is het gezichtsveld van de geneeskunde te verbreden. In een recent artikel in de New Scientist (Stott, D.H.; New Scientist No 320 p. 15 (3 jan. '63) wordt een overzicht gegeven van onderzoeken naar de oorzaken van vruchtbeschadigingen in de zwangerschap. Daarbij bleek o.m. dat ernstige emotionele belasting tweemaal zo belangrijk was als etiologisch moment als lichamelijke ziekten. De door een virus veroorzaakte aangeboren defecten bleken slechts een zeer klein aandeel te leveren.

Hierboven werd een poging gedaan de trias huisarts-eneeskunde – specialistisch beoefende – en sociale geneeskunde in hun onderlinge afhankelijkheid, maar ook in hun eigenheid te tekenen. Deze drie wijzen van beoefening der geneeskunde hebben eigen recht van bestaan en zijn onderling geconditioneerd. Inderdaad is identificatie van geneeskunde met ziekenhuisgeneeskunde nadelig voor de gemeenschap. De bezonnen rede van de voorzitter van het N.H.G. vormt een belangrijke bijdrage tot mogelijke verbetering in de bestaande toestand.

MAATSCHAPPIJ-AGENDA

11 mei — Huishoudelijk congres N.H.G.

7 juni — Ledenvergadering L.H.V.

6 juli — Alg. Vergadering der Maatschappij

4 en 5 oktober — Ledencongres der Maatschappij te Tilburg

30 november — N.H.G.-congres

14 december — Alg. Vergadering der Maatschappij

HET BEGRIIP ZIEKTE IN ZIN VAN DE ZIEKTEWET

Ziektewet art. 19, lid 1:

„Degene, die krachtens de bepalingen dezer afdeling verzekerd is, heeft bij ongeschiktheid tot het verrichten van zijn arbeid wegens ziekte recht op een uitkering, overeenkomstig het hieronder bepaalde.”

Uitspraak Centrale Raad van Beroep (8 januari 1963):

„Overwegende, dat de Raad echter niet voldoende redenen aanwezig acht om te dezen voor de toepassing van de ziektewet anders te oordelen dan voortvloeit uit het medisch ziektebegrip”.

Beide bovenstaande teksten bevatten de geldende richtlijnen voor de uitvoering van de Ziektewet, de eerste als tekst en grondslag van de wet, de tweede ontleend aan een recente uitspraak van de Centrale Raad van Beroep met welke een langdurige controverse – de zaak waar het om gaat dateert van 1959 en het probleem waar alles om draait van 1930, toen de wet in werking trad – werd beslist.

De effectuering van het recht op uitkering bij ongeschiktheid voor *zijn* arbeid door ziekte vereist hanteerbare begrippen voor de drie elementen van deze omschrijving. Van het begin af waren er ten aanzien van alle drie problemen. Wat het medische aandeel in deze problematiek betreft ten eerste, omdat een wetenschappelijke benadering van de beoordeling van arbeidsongeschiktheid niet bestond noch bestaat; ten tweede, omdat, op een enkele uitzondering na, noch behandelende noch controlerende geneeskundigen de arbeidsprocessen kennen; en ten derde, en niet in de laatste plaats, omdat de geneeskundige wetenschap en praktijk hun vorsen, respectievelijk al of niet gefundeerd handelen, niet baseren op een algemeen aanvaarde definitie van het begrip ziekte; afgezien ervan of een dergelijke definitie ooit zal bestaan, is het niet waarschijnlijk, dat het praktische handelen daar van zal uitgaan.

Maar dit medische aandeel kon alleen tot uiting komen bij een wijze van uitvoering, die al te zeer gebaseerd was en, blijkens hetgeen volgt, nog is op een beleid van wat ik ook elders genoemd heb: de minimum lijn. Een dergelijk beleid, dat niet door alle bedrijfsverenigingen wordt gevolgd en niet op alle punten tot uiting komt, berust op het streven van een uitvoeringsorgaan de wet zó toe te passen, dat niets meer wordt gegeven dan bij de engst denkbare interpretatie houdbaar is.

Strijd om het begrip ziekte

De strijd om het begrip ziekte kon alleen ontstaan, omdat van het begin af de uitvoeringsorganen poogden uitkering aan verzekerden te weigeren op grond, dat deze, zo zij al ongeschikt waren, dat niet waren door ziekte in de zin van deze wet. Een deel van de verzekerden accepteerde een dergelijke beslissing niet en begon een procedure in beroep waardoor de rechter met het probleem werd geconfronteerd.

In de reeks conflicten, waarover deze beschouwing handelt, ging het om de vraag of het begrip ziekte bij de uitvoe-

ring van de Ziektewet enger moest worden geïnterpreteerd dan het geval was sinds 1936, het jaar van het nog te bespreken rapport Hijmans van den Bergh en Baart de la Faille. Met name de bedrijfsvereniging voor de Bouwnijverheid had in 1959 een aantal afwijzende beslissingen genomen, waarbij aan arbeiders in het bouwvak met arthrosis deformans en/of spondylosis van de wervelkolom geen uitkering krachtens de Ziektewet verleend of een verleende uitkering beëindigd werd, omdat deze arbeiders niet of niet meer ongeschikt werden geacht, respectievelijk, zo zij ongeschikt waren, werden beschouwd als ongeschikt maar niet door ziekte.

Beslissingen van deze dubbelzinnige aard, dubbelzinnig omdat zij pogen zowel in het ene geval, *niet* (meer) arbeidsongeschikt – als in het tegengestelde – (nog) *wel* arbeidsongeschikt, te bereiken, dat geen ziekengeld hoeft te worden gegeven, blijken de rechter niet welkom te zijn, gezien de volgende overweging in een uitspraak:

„dat bovendien een streven valt te constateren om de beoordeling van de vraag of de verzekerde arbeidsongeschikt moet worden geacht, onbeantwoord te laten of zonder een grondig onderzoek . . . bevestigend te beantwoorden met ontkenning van het ziektekenmerk daarvan.”

Om de juridische en de medisch-sociale betekenis te kunnen aangeven van de gevallen beslissing, waarbij een verenging van het begrip ziekte werd afgewezen en waarbij tevens uitsluitend een medische en niet een op andere grondslag rustende omschrijving van het begrip ziekte werd aanvaard, is een beschrijving van de toepassing van artikel 19, 1 ZW sinds 1930 noodzakelijk.

Wat betreft de woorden *zijn arbeid* heeft de C.R. – de hoogste administratieve rechter in ons land – van het begin af de ruimste interpretatie gehuldigd, een handelwijze die ook in recente uitspraken is gehandhaafd. Dit gebeurde in uitgebreide beschouwingen in de principiële uitspraak ZW 1960/61, die voor het overige nog uitvoerig ter sprake komt en waarin op dit punt werd overwogen:

„dat de Ziektewet beoogt te voorzien in noden van de arbeider, die, na gedurende enige tijd bepaalde arbeid te hebben verricht, daartoe op zeker ogenblik ongeschikt wordt;

dat de wetgever niet alleen duidelijk de laatstelijk verrichte arbeid voor ogen heeft gehad, maar bovendien de woorden „zijn arbeid” heeft gehandhaafd, hoewel hij zich bewust was, dat dit in bepaalde gevallen tot uitkering kon leiden, terwijl betrokkene beter andere arbeid kon aanvaarden;

dat echter, ook thans (ondanks ingrijpende wijziging van de omstandigheden, die in een vorige overweging zijn omschreven – toevoeging van de schr.) niet kan worden gesproken van een gesloten systeem, krachtens hetwelk een arbeider geen redelijk belang kan hebben bij ziekengelduitkering terzake van ongeschiktheid tot het verrichten

van zijn vroegere arbeid, ook al is hij wel geschikt tot het verrichten van andere arbeid.”

Onder nr. ZW 1962/98 d.d. 15-1-63 heeft de C.R. uitspraak gedaan in de zaak van een man met asthma bronchiale, die metselaar was en overgevoelig bleek voor cement. Hem was aangeraden niet meer als metselaar te gaan werken en hij was overigens geschikt geacht voor matig zwaar werk. Nadat hij arbeidsgeschied was verklaard keerde patiënt, ondanks het advies, in zijn werk terug en werd na één dag werken weer ongeschikt wegens asthma. De bedrijfsvereniging, die zich bereid had verklaard de man te herscholen, nam het standpunt in, dat de man het medisch advies maar had moeten opvolgen en weigerde verder ziekingeld. De C.R., overwegende dat de Raad volgens de Wet moet rechtspreken, oordeelde, dat het werk van deze man dat van metselaar was en gaf hem zijn ziekingeld.

*De omschrijving van het begrip ziekte
volgens het rapport Hijmans van den Bergh
en Baart de la Faille-1936*

Met de omschrijving van het begrip ziekte is het anders gelopen. In de periode die volgde op het in werking treden van de Ziektewet heerste er oorspronkelijk een zeer ruime opvatting: Recht op uitkering ontstond door elke stoornis in functie van lichaam of geest, die een verzekerde voor zijn arbeid ongeschikt maakte.

In de volgende jaren ging de strijd deels om de afgrenzing van ziekte ten opzichte van invaliditeit in de zin van de Invaliditeitswet – met als criterium of herstel mogelijk was – maar ook tussen twee opvattingen van verschillende Raden van Beroep, waarbij de ene bleef bij de genoemde ruime interpretatie en de andere ziekte onderscheidde van gebrek door het procesmatige karakter aan ziekte eigen tegenover het stationnaire gebrek.

Op 6 april 1936 kwam het door de C.R. gevraagde en beroemd geworden rapport Hijmans van den Bergh en Baart de la Faille, dat verder door de C.R. zou worden gevolgd.

Het rapport begint met op te merken, dat „het onmogelijk is van het begrip ziekte een definitie te geven, die voor alle tijden past of voor alle gevallen geldt”. Het geeft vervolgens als definitie van ziekte:

„Verschijnselen van abnormale aard in de geestelijke of lichamelijke gesteldheid zijn ziekelijk als zij reacties zijn van weefsels en cellen opgewekt door oorzaken die het functionele evenwicht van het organisme dreigen te verstoren, hetwelk ernaar schijnt te streven dit evenwicht te herstellen of zich op een nieuw evenwicht in te stellen”.

Tenslotte wordt opgemerkt dat het bijna altijd juist is van ouderdomsziekten te spreken dan van ouderdomsgebreken.

In de jaren daarna is er een jurisprudentie gegroeid samen te vatten in vier vuistregels, zoals deze zijn geformuleerd door één van de substituut-griffiers van de C.R., Cerutti, op de Sociaal Geneeskunde Studiedagen 1961 der Zelf-administrerende Bedrijfsverenigingen.

1e. De grondslag van alles is het rapport Hijmans van den Bergh, Baart de la Faille.

2e. In 1953 is in overeenstemming met de expliciet geformu-

leerde opvatting van beide genoemde rapporteurs, na rapporten van de psychiaters Rümke en van der Horst nog eens vastgelegd, dat gelijke maatstaven moeten worden aangelegd voor psychische aandoeningen (zie diss. Smeets, Leiden 1956 en Ladee, Amsterdam 1961).

3e. De regel van het labiele evenwicht, uitgewerkt naar aanleiding van een procedure over arbeidsongeschiktheid bij epilepsie en waarvan de inhoud is, dat bij een aandoening, die als gebrek wordt opgevat de toestand van de patiënt zo labiel kan zijn dat een geringe aanleiding tot evenwichtsverstoring kan leiden; in dat geval wordt de aandoening van de patiënt als ziekte beschouwd.

De 4e regel erkent de mogelijkheid dat een subjectieve klacht met name pijn, een aandoening die als gebrek wordt beschouwd tot ziekte kan maken.

Hoewel in allerlei mondelinge en schriftelijke uitingen er van de zijde van sommige uitvoeringsorganen steeds werd gesproken over onmogelijke consequenties van de toepassing van het rapport Hijmans van den Bergh, Baart de la Faille, rezen er in feite geen belangrijke problemen meer. Tot in 1958 de C.R. in een conflict, waarin ook de vraag aan de orde was of spondylosis lumbalis met sterke discusdegeneratie en dislocatie van het corpus L4 ten opzichte van L5 als ziekte moest worden beschouwd, het uitvoeringsorgaan, dat dit ontkend had, in het gelijk stelde.

De argumenten van de medische adviseur van de bedrijfsvereniging waren:

1e. Deze aandoening komt zo frequent voor, dat het geen ziekte is.

Hierbij moet worden gesteld, dat zelfs als dat zo zou zijn, het feit blijft, dat deze man arbeidsongeschikt was geworden na vele jaren werken, d.w.z. dat bij deze patiënt een verandering moest zijn ingetreden die hem arbeidsongeschikt maakte.

2e. Spondylosis deformans is geen procesziekte, het is geen -itis, maar een -ose, een min of meer normaal slijtageverschijnsel, zoals arthrosis deformans in het algemeen.

Het is bijna genant hierop in te gaan maar het is nu éénmaal door een medisch adviseur als argument voor de rechter gebruikt. De geneeskundige nomenclatuur berust allermint op een zo hoog ontwikkeld inzicht en op een zodanige systematiek dat in het algemeen uit een naam de aard van de aandoening is af te leiden. Zijn brucellose, tuberculose, arterio sclerose en paradontose geen ziekten? En zijn we niet gewend de huidziekten dermatosen te noemen. Een argumentatie strekkende om bepaalde aandoeningen niet als ziekte op te vatten, een streven dat voor de onderzoekende en voor de behandelende geneesheer op zichzelf overigens al onbegrijpelijk en onaanvaardbaar is, een argumentatie verder, die uitsluitend berust op een willekeurige naam of zelfs indeling is zonder meer zinledig. De term slijtage betekent evenmin iets. In zijn nog te bespreken brief d.d. 24-10-62 zegt Prof. Goslings hierover: „dat leken hier vaak spreken over . . . slijtage geeft ons nog niet het recht dit spraakgebruik over te nemen. Slijtage, het afslijpen aan de oppervlakte is een begrip uit de dode materie, terwijl bij een levend wezen alle cellen, de één met kortere, de ander met langere levensduur te gronde

gaan, waartegenover steeds regeneratie optreedt.” (Geciteerd in C.R. ZW 1960/61).

De zwakte van de geciteerde argumentatie verhinderde niet, dat de C.R. de arbeidsongeschiktheid in dit geval niet opvatte „als ene wegens ziekte, gemeten naar de maatstaf door de Raad in constante jurisprudentie voor dat begrip aangelegd,” volgens een mondelinge verklaring van de betrokken medische adviseur echter om andere, niet gepubliceerde, aspecten van deze zaak.

Door de wijze van publicatie (R.S.V. 1958 1e jg. no. 163) werd deze uitspraak toen als een wending geïnterpreteerd en er volgde een serie van onbekende omvang van dit soort weigeringen vooral door de Bedrijfsvereniging voor de Bouwnijverheid. In een aantal gevallen werd beroep en hoger beroep ingesteld, zodat de C.R. werd geconfronteerd met een herleving van het probleem dat al opgelost scheen te zijn.

Tijdens de Sociaal Geneeskundige Studiedagen 1961 kwam het gehele probleem voor een forum van artsen, een jurist, één van de substituut-griffiers van de C.R. en een directeur van een bedrijfsvereniging. De C.R. had toen nog geen enkele uitspraak gedaan in de genoemde conflicten.

Terwijl de lijst van aandoeningen, vermeld in de opdracht aan Hijmans v. d. Bergh, Baart de la Faille, luidde: „platvoeten, liesbreuk, scoliose, kyphose, spataderen, aderverkalking, ouderdomsgebreken”, ging het bij de forum-discussie om een heel wat uitgebreidere lijst, waarop figureerden: hartinfarct, gecompenseerd hartgebrek, insufficiëntia cordis, hypertensie, hepatitis, chronische bronchitis, asthma, tuberculose, silicose, emphyseem, epilepsie, psychosen, neurosen, psychasthenie, psychopathie, spondylosis, arthrosis deformans, ouderdomsverschijnselen, diabetes. Een respectabele lijst vol toekomstbeloften.

De discussie – door de voorzitter gekenschetst als het onontwarbare gesprek over het begrip ziekte – gaf geen helder beeld van de probleemstelling en nauwelijks antwoord op de concrete vragen. Het enige concrete voorstel was dat van Deenstra om tot een systeem van afspraken per ziekte te komen. De conclusie luidde, dat de definitie Hijmans v. d. Bergh, Baart de la Faille eigenlijk onvervangbaar was, maar deze conclusie werd toen ook weer bestreden.

De omschrijving van het begrip ziekte volgens het rapport Hornstra-Mertens, 1962

Kort na deze discussie gaf de toenmalige fungerende voorzitter van de C.R. – daar de Raad blijkens een overweging in de uitspraak ZW 1960/61 grote waarde hecht aan hetgeen naar medisch oordeel onder het begrip ziekte moet worden verstaan – aan de hoogleraren in de sociale geneeskunde Hornstra en Mertens opdracht een rapport uit te brengen over drie in een „Probleem- en vraagstelling” neergelegde vragen en tevens hun oordeel te geven in een twaalfstal ahangige conflicten. Het rapport kwam op 4 mei 1962 en bevatte, als antwoord op de hoofdvraag, een verengende interpretatie van het begrip ziekte. Het werd gepubliceerd naar aanleiding van de eerste toepassing ervan in de uitspraak van de C.R. ZW 1961/45 d.d. 17-7-62.

Terwijl voor het probleem waar het hier om ging de interpretatie van het begrip ziekte wel degelijk aan de orde was, ging de C.R. daar niet op in, maar wendde deze zaak zo,

dat in casu alleen beslissend werd geacht het antwoord op de vraag of de patiënt reële functionele klachten had. Dat was het criterium gegeven in het antwoord van Hornstra en Mertens op de derde vraag van de „Probleem- en vraagstelling”. Op dit punt nu conformeerde de Raad zich aan het oordeel van de beide rapporteurs luidende:

„Wanneer de arts op grond van zijn onderzoek van de gehele persoon diens functionele klachten reëel acht zijn deze naar onze mening als ziekte in de zin der Wet te beschouwen.”

Hiermee veranderde er overigens niets in de bestaande praktijk zoals deze met name werd gevolgd na de rapporten Rümke/v.d. Horst.

De beide andere en belangrijkste punten uit de „Probleem- en vraagstelling” kwamen niet aan de orde en de C.R. liet er zich niet over uit. In enkele volgende gevallen uit deze serie heeft de C.R. een uitspraak gedaan „wat er zij van het standpunt door genoemde hoogleraren in hun rapport d.d. 4-5-62 ontwikkeld met betrekking tot vragen van meer algemene aard.”

Toch hebben velen na de publikatie van de eerste uitspraak – ten onrechte – gemeend de indruk te moeten krijgen dat de C.R. het gehele rapport Hornstra/Mertens had gevolgd en verder zou volgen.

Het duurde echter nog tot 8 januari 1963 voor de eerste uitspraken kwamen, waarin de C.R. een standpunt bepaalde over de antwoorden van Hornstra/Mertens op de hoofdpunten en over de verder te volgen interpretatie van het begrip ziekte in de Ziektewet. Daarbij bleek dat de C.R. niet geneigd was een engere dan voorheen gegeven interpretatie van het begrip ziekte te volgen. Het rapport Hornstra/Mertens werd op zijn belangrijkste punten afgewezen, uiteraard met een zeer beleefde en later te citeren buiging voor de rapporteurs.

De hoogleraren Hornstra en Mertens hebben op de eerste vraag, luidende: „dient er wijziging, c.q. aanvulling gebracht te worden – en zo ja, in hoeverre – in het begrip ziekte, zoals dit geformuleerd is in het rapport uitgebracht door de hoogleraren Hijmans v. d. Bergh/Baart de la Faille, en zoals dit tot op heden in ’s Raads jurisprudentie toepassing heeft gevonden? Dit geldt met name ten aanzien van bepaalde degeneratieve verschijnselen en meer in het bijzonder van zogenaamde ouderdomsgebreken, zulks mede gelet op de voortschrijding der medische wetenschap”, het volgende antwoord gegeven: „In het algemeen moeten de beschouwingen en omschrijvingen in het rapport Hijmans v. d. Bergh/Baart de la Faille ook thans nog als juist worden beschouwd”. Zij voegen daaraan toe, dat thans ook psychische en sociale factoren geacht worden het ontstaan en beloop van een ziekte mede te kunnen bepalen en hebben er geen bezwaar tegen het woord lichaam te vervangen door lichamelijk-geestelijke persoonlijkheid. Aan het wezen van het rapport Hijmans v. d. Bergh/Baart de la Faille veranderen deze toevoegingen niets. Hornstra en Mertens menen, dat van ziekte gesproken moet worden, wanneer „een verstoring van het evenwicht in het lichaam is opgetreden, met een streven van dit lichaam naar een evenwichtsherstel”. Gebrek omschrijven zij vervolgens liever niet als een stationnaire of statische toestand, maar als een evenwicht met

geringe schommeling eromheen zonder dat dit laatste verstoord wordt.

De zogenaamde degeneratieve aandoeningen, zoals deze met name aan veroudering zijn gebonden, zijn geen ziekte daar zij naar hun oordeel in het algemeen in evenwicht verkeren. Als uitzonderingen gelden min of meer acuut optredende secundaire verschijnselen en die gevallen waarin de bedoelde aandoeningen eerder optreden of in heviger mate dan regel is bij personen van dezelfde leeftijd met een vergelijkbaar arbeidsverleden. De hoogleraren menen, dat op dezelfde gronden een aandoening als diabetes, die in evenwicht verkeert met een behoorlijke tolerantiebreedte, niet als ziekte is te beschouwen. Zij zien in dat er van medisch standpunt bezwaren zijn in te brengen, immers: „Deze degeneratieve aandoeningen zijn dan ook in zoverre met ongunstig verlopende ziektes te vergelijken, dat ook hier een daling van het niveau van de gezondheid optreedt. Vanuit dit gezichtspunt is er reden om bij de degeneratieve aandoeningen van ziekte te spreken. Strikt genomen geldt dit ook voor de degeneratieve aandoeningen, die als ouderdomsgebreken voorkomen . . . , maar in deze gevallen is toch de kwalifikatie ziekte . . . naar ons gevoelen niet op zijn plaats. Het zou een onwerkelijke uitbreiding van het medische praktische ziektebeprij betekenen”.

Het antwoord op de tweede vraag, luidende: „Moeten symptomen en/of afwijkingen, welke geen activiteit van enige betekenis vertonende, bij een geringe aanleiding of vrijwel aanstonds bij het hervatten van de vroegere arbeid geactiveerd of gereactiveerd worden, aangemerkt worden als ziekte in de zin der Wet?“, gaat van de hier weergegeven omschrijving uit. Van ziekte mag in de zojuist omschreven situatie alleen worden gesproken indien te verwachten is, dat bij een geringe aanleiding of met grote waarschijnlijkheid vrijwel aanstonds bij hervatting van de vroegere arbeid een evenwichtsverstoring volgt met een streven naar herstel.

In één van de rapporten over een concreet geval (C.R. ZW 1959/93) verdedigen de beide auteurs zich tegen kritiek van prof. Goslings, die in dezelfde zaak rapport uitbracht, met de stelling dat zij het als sociaal geneeskundigen niet als hun taak zagen en louter medisch ziektebegrip te construeren, maar wel een medisch sociaal en dat hun gelijkstelling van te verwachten ziekte met manifest aanwezige een gevolg was van hun medisch-sociale gedachtingang.

Hiermede is de essentie van het standpunt van de hoogleraren met hun motivering en plaatsing ervan in het algemeen verband weergegeven en daarmee komen een aantal problemen aan de orde die èn voor de geneeskunde èn voor de uitvoering van de sociale verzekeringswetgeving van het grootste belang zijn.

Weliswaar is een wetsontwerp Algemene Arbeidsongeschiktheidswet ingediend, bij de invoering waarvan het probleem van de onderscheiding ziekte-gebrek zal verdwijnen, maar gegeven de ontwikkelingsgang van dit soort wetten in ons land (de ZW kwam 17 jaar na de parlementaire afhandeling ervan in werking) kan de thans vigerende wet niet als afgedaan worden beschouwd.

Het opvallendste aan de hele zaak is, dat noch in de geneeskundige wetenschap noch in de praktijk het probleem, waarmee hier wordt geworsteld, van enig, zij het ook het geringste belang is. In de nederlandse medische publikaties van die tijd is er niets over te vinden. Wel is er altijd wel

ergens een nieuwe poging aan de eindeloze rij definities van het begrip ziekte een volgende toe te voegen, maar nooit als antwoord op de vraag, die ontstaat als de uitvoerder van de Ziektewet zich ten doel stelt het terrein, dat die wet bestrijkt, te beperken. De doelstelling van geneeskundige wetenschap en geneeskunde laat dat eenvoudig niet toe. Overigens laat de strekking van de Ziektewet het ook niet toe.

Misschien is dat het duidelijkst te maken vanuit de vraagstelling, zoals die leeft bij de uitvoeringsorganen. De voorzitter van het reeds genoemde forum, medisch adviseur van een bedrijfsvereniging, gaf een aantal redenen, waarom de spondylosis een probleem was geworden, waaronder de overweging, dat rugklachten werden opgehangen aan röntgenologisch gevonden spondylosis en de verzuchting „ergens hebben wij het gevoel, dat het niet klopt”. Een van de leden van het forum, de heer J. Faber, directeur van een Bedrijfsvereniging, gaf als zijn mening te kennen, dat het begrip ziekte zo in het middelpunt van de belangstelling is komen te staan door de uitvoeringsorganisatie, waarbij het voorgekomen is, dat een directeur zich afvroeg: „Kan ik van dit geval, dat lang dreigt te duren, niet afkomen?” zodat diens gevolg het probleem aan de juristen werd voorgelegd en het wel zeer precies moest worden geïnterpreteerd. Deze verklaring behoeft geen commentaar. De heer Faber stelde ook: „De moeilijkheden ontstaan naar mijn mening in de gevallen, waarin iemand werk aanvaardt, dat niet op zijn krachten en bekwaamheden berekend is”. Deze formulering geeft nu de mogelijkheid het probleem in relatie tot de strekking van de Ziektewet te stellen.

Deze wet geeft aan een arbeider bij arbeidsongeschiktheid door ziekte recht op een aan de hoogte van zijn loon gerelateerde uitkering (80 procent, behalve de eerste drie dagen) gedurende een jaar, zodat de arbeider tijdens zijn ziekte – althans gedurende maximaal een jaar – geen extra zorgen behoeft te kennen (even aangenomen, dat 80 procent van het loon voor dit doel voldoende is).

Het verzekeringsorgaan is beschermd door een artikel van de Ziektewet (44, 1a) dat het recht op uitkering doet vervallen van iemand, die bij het begin van de verzekering voor het werk, dat hij gaat doen, ongeschikt is. In het algemeen is er geen keuring en nog minder is er positieve selectie. De Ziektewet spreekt dan ook niet van een recht op uitkering bij ongeschiktheid tot voor de verzekerde „passend werk”. Om deze redenen is het door de heer Faber over het ontstaan van moeilijkheden gestelde dan ook volledig onjuist. De moeilijkheden ontstaan doordat sommige uitvoeringsorganen pogen een motief te vinden van de uitkering af te komen en daartoe een hen passende definitie van het begrip ziekte wensen.

Medisch wetenschappelijk is er geen reden de constructie „in evenwicht verkerende degeneratieve aandoeningen” te maken en dan vervolgens dergelijke aandoeningen niet als ziekte te beschouwen. De term degeneratieve aandoeningen betekent niets en zegt evenmin iets over de aard van de processen die aan de gang zijn. Deze term verhuult geneeskundige onwetendheid die vaak niet te vermijden is. Men leze na wat E. Bleuler in zijn „Das autistisch-undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung” schrijft over de term degeneratie in de psychiatrie: hij voegt daaraan toe, „dasz aber die meisten, die den Begriff brauchten sichselbst nicht klar waren in welchem Sinne sie

es taten". Prof. Goslings schrijft in zijn bovengeciteerde brief: „het begrip degeneratieve ziekte dient vaak slechts als maskering van onze nog onvoldoende kennis over de oorzaak en ontstaanswijze van dergelijke ziekten (arthrosis, spondylose, arterio sclerose enz.)”.

Het is heel wat beter verdedigbaar te stellen dat blijvend in evenwicht verkerende aandoeningen niet bestaan en dat het zinloos is het gebied van de aandoeningen te verdelen in zulke die – tijdelijk – in evenwicht verkeren en daarom niet als ziekte worden beschouwd en zulke die wel ziekten zijn.

De beide hoogleraren komen vanuit hun redenering tot de voor niemand aanvaardbare opvatting dat een gecompenseerde diabetes geen ziekte is. Zij hebben die stelling voor hun betoog nodig, maar dat is dan ook de enige waarde ervan. Diabetes is een ziekte; niet iedereen met deze ziekte heeft manifeste ziekteverschijnselen, met name niet als hij goed is ingesteld en conform de behandelingsvoorschriften leeft. Maar ook dan kan zijn ziekte zonder moeite objectief worden vastgesteld en wel door het resultaat van een glucose – belastingcurve. Wat de toepassing van de Ziektewet betreft is er bij deze gedachtengang geen enkel probleem. Recht op uitkering is er immers alleen als deze zieke arbeidsongeschikt wordt. Hij krijgt dan uitkering omdat hij ziek is én arbeidsongeschikt. De beide hoogleraren moeten hem echter eerst nog ziek verklaren voor hij dat recht verwerft. Bij de diabetes zullen zij dat zonder moeilijkheden doen, maar bij wat volgens hen degeneratieve in evenwicht verkerende aandoeningen zijn blijken ze daartoe niet bereid. Nergens wordt echter duidelijk waarom niet. Het frequentieargument, dat refereert aan het feit dat deze aandoeningen bij een bepaald, met de leeftijd toenemend percentage van leeftijdsgenoten te vinden zijn, wordt slechts indirect gebruikt. Het is onbruikbaar, daar het niets zegt en met name de vragen openlaat waarom de één de ziekte wel heeft en de ander niet en waarop de verschillen in reactie op dezelfde afwijkingen bij verschillende individuen berusten. Het enige argument dat de hoogleraren aanvoeren is de bewering dat het ziektebegrip dan onwerkelijk zou worden. Er wordt niet uiteengezet waarom dat zo is. Op een andere plaats echter, n.l. in de reeds geciteerde verdediging tegen de kritiek van een andere rapporteur, wordt gesteld dat de afwijzing van wat zij een onwerkelijk ziektebegrip noemen hun omschrijving tot een medisch sociale maakt, ook dit weer zonder argumentatie.

In feite echter is de opvatting van de beide sociaal geneeskundige hoogleraren over het begrip ziekte minder sociaal dan het geldende en het in de geneeskunde gebruikelijke. Dat is, zoals bij sociale begrippen in het algemeen, af te meten aan de consequenties ervan in de societas. Die consequenties, die er gelukkig niet komen, zouden zijn, dat een groot aantal oudere arbeiders, die na een werkzaam arbeidsleven ziek worden en arbeidsongeschikt door arthrosis deformans en als het zou zijn doorgestaan binnenkort ook bij vele andere ziekten, verstoken zouden zijn van het ziekengeld, waarvoor zij dat gehele arbeidsleven een deel van hun loon als premie hadden betaald.

Het rapport Hornstra/Mertens bevat op twee punten een bevestiging van de bestaande praktijk en op het meest essentiële punt een bijdrage tot een ontwikkeling, die in strijd is met de bedoeling van de wet en met het wezen van het

ontwerp Algemene Arbeidsongeschiktheidswet. Getoetst aan de drie door Cerutti geponeerde desiderata voor een definitie van het begrip ziekte, n.l. dat deze een algemeen aanvaard medisch oordeel weergeeft, hanteerbaar is voor de medicus en de praktijk en in overeenstemming met de bedoeling van de wetgever, voldoet de door Hornstra/Mertens voorgestane formulering op geen enkel punt.

Kritisch op de casuïstiek in het rapport Hornstra-Mertens

Het rapport is hiermee echter niet geheel afgedaan, de beide hoogleraren hebben hun gedachtengang n.l. toegepast in een twaalfstal hun door de fungerend voorzitter van de C.R. voorgelegde gevallen en een concreet oordeel gegeven of er arbeidsongeschiktheid bestond en, zo ja, wegens ziekte respectievelijk of een door de eerste rechter bindend als bestaand erkende arbeidsongeschiktheid op ziekte berustte. Zij hebben de patiënten daartoe niet onderzocht, doch geoordeeld op de stukken.

In twee gevallen zijn de hogere beroepen door de betrokken bedrijfsvereniging ingetrokken, zodat de verzekerde op grond van de uitspraken in eerste aanleg hun ziekengeld kregen. Eén van deze gevallen betrof een oude man, ten aanzien van wie door de bedrijfsvereniging was gesteld dat hij blijvend voor zijn zware werk ongeschikt was, maar niet door ziekte. Toen de zaak drie jaar later voor de Centrale Raad werd behandeld kon zijn advocaat vertellen dat hij al weer jaren hetzelfde zware werk deed zonder klachten, waarmee iedere grond aan het oordeel van de bedrijfsvereniging ontviel.

In de helft van de overige tien gevallen luidde het oordeel van de beide rapporteurs: „arbeidsongeschikt, maar niet door ziekte”, in de andere helft: „arbeidsongeschikt door ziekte”. De C.R. concludeerde in alle gevallen tot arbeidsongeschiktheid door ziekte en hoefde niet in een concrete beoordeling van de conclusie van beide hoogleraren te treden omdat hun maatstaf voor het vaststellen van ziekte in beginsel was verworpen.

Van de vijf gevallen, alle ook met rugklachten door spondylosis en arthrosis deformans, waarin de rapporteurs concludeerden dat de arbeidsongeschiktheid het gevolg was van ziekte, vallen er twee geheel buiten het kader van het probleem dat eigenlijk aan de orde is. De eerste omdat er op de röntgenfoto's van de lumbale wervelkolom osteoporose met een ingezakt wervellichaam L 1 was vastgesteld, zodat er eigenlijk alleen verbazing behoeft te bestaan over het feit dat niet reeds veel eerder het ziektekenmerk van dit lijden was erkend. Een andere man uit deze groep leed tengevolge van ontberingen in de laatste wereldoorlog ook aan vroege veroudering en het syndroom d'hypermnésie paroxystique tardif van Targowla (zie diss. Bastiaans Amsterdam 1957 pag. 93; deze patiënt was tevoren door Dr. Bastiaans gezien). De drie anderen waren van middelbare leeftijd en vielen onder de uitzonderingen op de regel van Hornstra/Mertens, dat degeneratieve in evenwicht verkerende aandoeningen geen ziekte zijn.

De leeftijd van de vijf mannen, die volgens Hornstra/Mertens niet door ziekte arbeidsongeschikt waren was 57 jaar of ouder. Een nadere analyse van deze groep laat zien dat de algemene kritiek van zowel de gemachtigde van de bedrijfsvereniging, als van twee pleiters, als van Prof. Goslings door de C.R. overgenomen en uitgedrukt in de over-

weging, dat „toepassing der door de hoogleraren voorgestelde constructie (ten aanzien van de degeneratieve aandoeningen van de wervelkolom) gereede aanleiding kan geven tot willekeur” niet als onjuist kan worden beschouwd.

In het geval dat door de C.R. is uitgekozen voor de eerste principiële uitspraak. ZW 1960/61 betreffende K. heeft de raadsman van K., nadat het algemene rapport en het concrete rapport door Hornstra/Mertens waren uitgebracht, een nader onderzoek met klinische observatie gevraagd aan Prof. Goslings. Deze heeft aan dat verzoek voldaan en zowel een oordeel terzake gegeven als een brief over het algemene probleem geschreven, die reeds ter sprake kwam.

Prof. Goslings geeft eerst een systematische uiteenzetting waarom de afwijkingen aan de wervelkolom van deze patiënt n.l. discus-versmallings, sclerose van de sluitplaten, osteofytvorming van de wervellichamen, arthrotische sclerose en woekeringen aan de kleine gewrichten als ziekte zijn te beschouwen, een uiteenzetting, waarvan in het bijzonder tal van medici, die de uitvoeringsorganen van advies dienen met vrucht zouden kunnen kennis nemen. Hij ziet „geen enkele reden om arthrosis of spondylosis op welk moment ook anders te zien dan als een chronische ziekte, een z.g. „non-limiting disease”, zo men wil een ziekte, die vooral op oudere leeftijd klinische verschijnselen geeft, maar nimmer als een ouderdomsgebrek kan worden beschouwd.

Dan volgt de behandeling van het geval zelf. K., die oorspronkelijk sigarenmaker was, deed sinds 1953 graafwerk. In de zomer van 1958 was dit extra zwaar, hij kreeg rugklachten, later maagklachten en een maagbloeding. Na zijn herstel hiervan werd hij op grond van de rugafwijkingen voor zijn zware arbeid ongeschikt geacht, maar wel geschikt voor niet te zware arbeid. Op grond hiervan werd hij zoals toen in deze gevallen gebruik dreigde te worden, op en na 28-5-59 niet meer arbeidsongeschikt geacht subsidiair werd eventuele arbeidsongeschiktheid beschouwd als niet te zijn veroorzaakt door een ziekte in de zin van de Ziektewet. In augustus 1959 deed patiënt nog een poging niet extreem zwaar grondwerk te doen, maar moest dit na enkele dagen wegens heftige pijn in de lendenen staken.

Prof. Goslings vindt bij zijn observatie behalve de reeds beschreven wervelkolom-afwijkingen ook tekenen van een waarschijnlijk oud antero-septaal infarct. Het is op zichzelf een reden patiënt voor zwaar werk blijvend ongeschikt te achten wegens ziekte. Bij de methode van rapporteren van de beide hoogleraren was het uiteraard onmogelijk dit te ontdekken. Het is aan wie met dit soort geneeskundige beoordelingen te maken heeft bekend, dat eigen onderzoek zeer vaak nog niet ontdekte afwijkingen aan het licht brengt, die op zichzelf tot een dwingende conclusie kunnen leiden. Het is daarom in principe onjuist over geneeskundige vragen betreffende een individueel geval te rapporteren zonder eigen onderzoek.

Hoe komen Hornstra en Mertens in dit geval nu tot hun conclusie dat deze man niet arbeidsongeschikt was wegens ziekte? Zij erkennen dat de volgens de neurochirurg Verbiest, die K. in november 1959 onderzocht als „zeer aannemelijk en zeer waarschijnlijk” bij werkhervatting te verwachten gevolgen („zware lendenpijn en sterke beperking van de bewegelijkheid en onvermogen tot het uitoefenen van kracht bij het maken van bewegingen van de rug”) als

ziekteverschijnselen moeten worden opgevat. Zij stellen dan echter: „om in het onderhavige geval een potentiële ziekte gelijk te stellen met manifest aanwezige is naar onze mening vereist, dat op 28-5-59 met zeer grote waarschijnlijkheid te verwachten was, dat verzekerde bij werkhervatting binnen enkele dagen ziekteverschijnselen zou gaan vertonen. Bij dit soort rugklachten dient het o.i. meer om een termijn van dagen dan van weken te gaan. De mate van waarschijnlijkheid dat ziekteverschijnselen binnen enkele dagen zullen optreden zal vooral afgeleid moeten worden uit de in het verleden – dus voor 28-5-59 – opgedane ervaringen... De mededeling van verzekerde aan Dr. Verbiest, dat hij in augustus 1959 grondwerk verrichtte en dit na drie dagen moest staken wegens heftige rugpijn is naar onze mening voor de beschouwing van verzekerde op 28-5-59 niet van betekenis”.

Hier zit nu de willekeur, in de bewering dat bij dit soort rugklachten de ziekteverschijnselen binnen enkele dagen moeten zijn opgetreden, gecombineerd met het negeren van de enige feitelijke ervaring bij een poging tot hervatten.

Nog een voorbeeld. Op verzoek van de rechter in eerste aanleg is R., die al door een reumatoloog op verzoek van de bedrijfsvereniging was beoordeeld en voor zijn werk ongeschikt bevonden, onderzocht door de orthopaed Dr. J. Mulder. Deze achtte R., die hij zag op een datum lang voor de zaak bij de C.R. kwam en slechts enkele maanden na de datum waarop de bestreden beslissing sloeg, wegens ziekte ongeschikt mede op grond van de klachten en afwijkingen op die datum nog aanwezig. De beide hoogleraren menen dat patiënt niet door ziekte arbeidsongeschikt is daar zij niet verwachten dat hij binnen enkele dagen na hervatting op die langgeleden datum klachten zou krijgen.

Het staat uiteraard vast dat vele oordelen over arbeidsongeschiktheid of te verwachten arbeidsongeschiktheid een arbitrair karakter hebben. Dat impliceert echter voor beoordelende geneeskundigen de verplichting tot een zorgvuldigheid in de oordeelsvorming die bij de hier geschetste wijze van benaderen nimmer kan worden betracht.

Verdere kritische beschouwing

Een beschouwing als deze, gegeven nu de hoogste bevoegde rechter heeft vastgelegd dat bij de uitvoering van de Ziektewet het begrip ziekte niet mag worden verengd en dat aandoeningen die in lekttaal en in onwetenschappelijk spraakgebruik tussen dokters slijtage, degeneratie en ouderdomsgebrek heten, ziekten zijn in de zin van die wet, moet behalve de feiten ook de kritiek onder woorden brengen waartoe het gebeurde noopt.

De beide rapporteurs zijn door de C.R. in de reeds geciteerde eerste principiële uitspraak, waarin hun opvattingen, conclusies en toepassingen zijn verworpen geprezen met de overweging, dat „de Raad de rapporten van de hoogleraren Hornstra en Mertens bijzonder waardevol acht, ondermeer omdat hierin op basis van een en dezelfde theorie een duidelijk en uitvoerig licht wordt geworpen op de problemen die zich in de onderhavige materie voordoen en dit wel aan de hand van een uitgebreide casuïstiek”. Of de inhoud van deze lof gerechtvaardigd is kan ieder die van de onderhavige materie kennis neemt zonder veel moeite vast stellen.

De C.R. echter had reden te over een uitlating van deze

aard te doen. Het is hoogst ongebruikelijk dat de Raad afwijkt van een op verzoek gegeven advies op professoraal niveau. Nu deze Raad de „Probleem- en vraagstelling” had toegezonden aan twee hoogleraren in de sociale geneeskunde is alleen al door deze keuze de indruk geschapen dat het de bedoeling was een sociaal medisch ziektebegrip te formuleren en niet een zuiver medisch ziektebegrip zoals er tenslotte uit de rechterlijke bus kwam. Bovendien was de C.R. vroeger voorgegaan op de weg die de beide hoogleraren hebben gevolgd door zowel in de regel van het labiele evenwicht als in die over de subjectieve klachten aan te nemen dat een gebrek tot ziekte kon worden onder bepaalde condities. Daarmee was voedsel gegeven voor het postuleren van de – onaanvaardbare en niet geaccepteerde – constructie van de in evenwicht verkerende degeneratieve aandoeningen die geen ziekte zijn. Niemand echter heeft de beide hoogleraren in de sociale geneeskunde gedwongen een opdracht te aanvaarden die ongetwijfeld bij de klinici thuis hoort, mogelijk in samenwerking met een sociaal geneeskundige. Het rapport Hijmans v. d. Bergh/Baart de la Faille is niet voor niets nog steeds de richtsnoer voor de uitvoering van de Ziekte-wet. Het is het werk van een groot clinicus samen met een sociaal geneeskundige, die zeer ervaren was in de sociale verzekerings-geneeskunde.

De beide hoogleraren hebben hun opdracht uitgevoerd zonder kritiek op de grondslagen van de vraagstelling en zonder, zoals was gevraagd, te letten op de voortschrijding der medische wetenschap. Noch die wetenschap noch de voortschrijding ervan zijn in het rapport te bespeuren. De C.R. duidt dit ergens ook nog eens voorzichtig aan, overwegende dat „laatstgenoemde hoogleraren bij hun begrip-bepaling meer de nadruk hebben willen leggen op de verstoring van het evenwicht dan op het procesmatige, doch zulks kennelijk niet als gevolg van een sedert 1936 opgetreden veranderde medische zienswijze”.

En wat dan het speciale is in de positie van de beide rapporteurs, het sociaal-geneeskundige, komt tot uiting in een onwezenlijke verklaring van het medische ziektebegrip. En om welke reden? Om het motief dat er dan niet medisch maar volgens hen sociaal onaanvaardbare consequenties zouden zijn bestaande in de uitkering van ziekengeld aan de reeds omschreven groep arbeiders.

Tijdens de dezer dagen gehouden Sociaal Geneeskundige Studiedagen 1963, heeft Mertens gesteld, dat het sociale karakter van de door Hornstra en hem geponeerde gedachtegang ligt in het revaliderend effect, dat weigering van verder ziekengeld bij geschiktheid voor ander werk zou hebben. Het gaat echter niet aan een wetsinterpretatie te construeren, in strijd met de bedoeling van de wet om een daar buiten liggend doel, i.c. revalidatie, te bereiken. De C.R. overwoog bovendien, „dat echter evenmin mag worden voorbijgezien, dat de geschiktheid tot het verrichten van ander werk niet insluit, dat ook gelegenheid bestaat ander werk te krijgen, te minder wanneer het oudere verzekerden betreft, en dat andere werkgelegenheid niet insluit, dat daarmee een enigszins gelijkwaardig loon kan worden verdiend”. Het door de beide hoogleraren beoogde, vereist een ingrijpende wetswijziging, leidend tot een veel uitbreider en geslotener systeem van sociale voorzieningen.

De C.R. zou op grond van zijn recente uitspraken kunnen overwegen of de regel van het labiele evenwicht niet zou

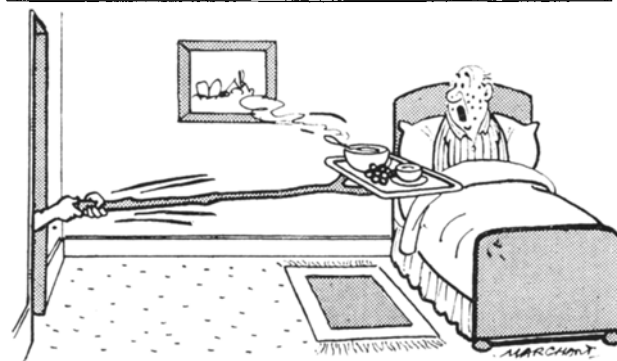
moeten, worden gezien zoals hierboven voor de diabetes is omschreven. De constructie van een gebrek is dan niet nodig. De patiënt lijdende aan epilepsie is ziek, hij heeft alleen recht op uitkering als hij ook arbeidsongeschikt is. Hij wordt ook dan als arbeidsongeschikt beschouwd als hij weliswaar arbeidsgeschikt schijnt te zijn maar in zulk een labiele toestand verkeert dat een geringe aanleiding hem arbeidsongeschikt zal maken.

Het is in dit artikel niet mogelijk in te gaan op het probleem van de definitie van ziekte en op de problemen van de plaatsing van ouderdomsverschijnselen, arthrosis deformans en vele andere ziekten in ons nosologisch systeem in verband met de praktische toepassing ervan bij de uitvoering van de sociale verzekering. Het ware gewenst als thans één van de pathologen of internisten dat in de vakliteratuur zou willen doen. Het is van belang geworden.

Het eigenlijke probleem, de achtergrond van de hier beschreven conflicten ligt niet op medisch en ook niet op sociaal geneeskundig gebied. De uitvoering van de Ziekte-wet hangt niet af en mag niet afhangen van de definitie van het begrip ziekte maar wordt bepaald door het beleid van de uitvoeringsorganen. Het gaat erom of deze hun taak uitvoeren op de basis van de bedoeling van de sociale verzekeringswetgeving of volgens de minimum lijn, die dit keer althans is afgewezen.

De bedrijfsvereniging komt er in de gevallen uitspraken niet goed af. Aan haar zijn de volgende overwegingen geadresseerd waarvan één reeds werd geciteerd en die sprak van het ontbreken van een grondig onderzoek. Een tweede luidt: dat „naar 's Raads oordeel eisers (bedoeld is de bedrijfsvereniging) zienswijze ertoe moet leiden – en ook heeft geleid – het ziekte-karakter te ontzeggen aan arbeidsongeschiktheid van verzekerden, die naar althans achteraf, op grond van de na de desbetreffende beslissing van eiser, verkregen nadere gegevens ontleend aan een grondig onderzoek . . . , moet worden aangenomen naar de strekking der Wet duidelijk aanspraak hadden op zieken-geld”. Deze overwegingen bevatten het dubbele verwijt van onvoldoende onderzoek vóór een beslissing valt en van een zienswijze die aan verzekerden de uitkering onthoudt waarop zij naar de strekking van de wet duidelijk aanspraak hebben. Beide punten bracht ik gericht aan hetzelfde adres reeds eerder tot uiting (N.T.v.G. 1961-105-2109).

De rechter kan de uitvoeringsorganen alleen corrigeren in het afzonderlijke geval dat hem bereikt, de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de Sociale Verzekeringsraad zijn de overheidsorganen, die de bevoegdheid hebben het gevoerde en het te voeren beleid te controleren.





Beschrijvingsbrief

(vervolg van M.C. no. 15/1963, M.C. no. 17/1963 en M.C. no. 18/1963).

Punt V. Verkiezingen

- a. Van vijf leden van het hoofdbestuur.
Als kandidaat is nog gesteld:
Dr. H. Fermin, specialist te Dordrecht; door de afdeling Dordrecht en Omstreken.

Punt XI. Voorstel tot wijziging van het H.R.

Deel A. Zittingsduur enz. van leden van tijdelijke en permanente commissies.

Aan het slot toevoegen:

Artikel 1037.

„waarbij artikel 575 van toepassing is” vervangen door „waarbij artikel 581 van overeenkomstige toepassing is”.

Artikel 1078.

„waarbij artikel 575 van toepassing is” vervangen door „waarbij artikel 581 van overeenkomstige toepassing is”.



MEDEDELING VAN DE VERENIGING VAN FARMACEUTISCHE INDUSTRIE ARTSEN (F.I.A.)

Convocatie voor een gecombineerde vergadering van de N.I.A. (Groep Nederlandse Industrie Apothekers) en de F.I.A. (Vereniging van Artsen, werkzaam in de Farmaceutische Industrie) op vrijdag 17 mei 1963 te 14.30 uur in het Jaarbeurs Restaurant, Vredenburg te Utrecht. De agenda luidt: 1. Opening; 2. Dr. G. A. Overbeek: „Farmacophobia of toxicologica”; 3. H. A. Sloot: „Internationale aspecten van de farmaceutische industrie”; 4. Rondvraag en sluiting.

Secretaris F.I.A.,
Dr. H. R. M. de Haan.



BESTUURSCANDIDAAT

Onder verwijzing naar punt 5 (met daarbij behorende toelichting) van de agenda voor de ledenvergadering der Landelijke Huisartsen Vereniging op vrijdagavond 7 juni aanstaande, als gepubliceerd in „Medisch Contact” van 3 mei jongstleden, nr. 18, pag. 322 e.v., deelt het Centraal Bestuur mede, dat het zich gelukkig prijst collega H. P. C. de Pont, arts te Weert (L.) bereid te hebben gevonden een candidatuur voor het lidmaatschap van het Centraal Bestuur te aanvaarden. L. J. Degenaar, arts, secretaris L.H.V.

De hiernevens opgenomen balans per 31 december 1962 en staat van baten en lasten over dat jaar zijn door de Nederlandse Accountants-Maatschap accoord bevonden, blijkens een door de heer W. I. Bosschaart, lid van het Nederlands Instituut van Accountants ondertekende verklaring.

De naast de baten en lasten ter vergelijking opgenomen begrotingscijfers voor het jaar 1962, gepubliceerd in „Medisch Contact” no. 41 d.d. 13 oktober 1961, pag. 645 e.v., werden goedgekeurd door de ledenvergadering van 4 november 1961; hierbij werd tevens de contributiegroondslag ongewijzigd vastgesteld op f 28,—.

De staat van baten en lasten wijst voor het eerst sedert 1954 een nadelig saldo aan en wel van f 19.082,55, tegen een zonder saldo sluitende begroting voor dat jaar.

De lagere uitkomst is als volgt te verklaren:

Hogere baten dan begroot:

Contributies	f 19.700,—
Intrest effecten	„ 300,—
Bankrente	„ 200,—
	<hr/>
	f 20.200,—

Minder uitgegeven dan begroot:

Inkomstenderving bestuursleden	f 5.000,—
Salarissen en sociale lasten	„ 400,—
Kantoorinventaris	„ 200,—
Drukwerken	„ 700,—
	<hr/>
	„ 6.300,—
	<hr/>
	f 26.500,—

Meer uitgegeven dan begroot:

Onkosten vergaderingen en representatie	f 16.300,—
Kantoorbehoeften en documentatie	„ 800,—
P.T.T.	„ 1.500,—
Bankkosten	„ 100,—
Onderzoekingen en adviezen	„ 25.800,—
Diversen en onvoorzien	„ 1.100,—
	<hr/>
	„ 45.600,—

Per saldo lagere uitkomst dan begroot . . . f 19.100,—

Hieruit moge blijken, dat het tekort in hoofdzaak wordt veroorzaakt door de extra uitgaven voor economische onderzoekingen en adviezen ad. f 25.800,—.

Ter verklaring daarvan moet worden aangetekend, dat in deze post een feitelijk onvoorziene uitgave verwerkt is, van circa f 24.100,— betreffende het onderzoek door werkstudenten naar het aantal verrichtingen bij huisartsen. Zonder dit onderzoek zou deze post dus praktisch nauwelijks overschreden zijn, doch zou aan de onderhandelings-

commissie van de huisartsen een belangrijk gegeven onthouden zijn, waarover men thans wel de beschikking heeft. Ondergetekende acht deze extra-uitgaaf dan ook alleszins gerechtvaardigd in het algemeen belang van de leden.

De overschrijding van de post vergaderkosten (inclusief representatie) moet in hoofdzaak worden toegeschreven aan het nog steeds groeiend aantal vergaderingen (waaronder 6 ledenvergaderingen) waarvoor ondergetekende moge verwijzen naar het jaarverslag van de secretaris. Verschillende van deze vergaderingen moeten tevens worden gezien in het kader van het streven van het Centraal Bestuur om de verbinding tussen centrum en periferie te verbeteren, in het bijzonder ook met betrekking tot het onderhandelingsbeleid, hetgeen allerwege met instemming is begroet. Ook deze overschrijding, voortvloeiende uit toegenomen interne activiteiten der vereniging, kan derhalve volgens ondergetekende moeilijk bezwaar ondervinden.

Ter nadere uiteenzetting van deze post moge ondergetekende nog de samenstelling van het bedrag laten volgen:

Onkosten vergaderingen en representatie – f 57.271,22.

Dit bedrag is als volgt samengesteld:

Vervoerskosten	f 25.916,41
Waarnemingskosten	„ 14.598,44
Representatiekosten	„ 1.553,42
Overige vergaderkosten	„ 15.202,95
	<u>f 57.271,22</u>

De overschrijdingen van de enkele andere begrotingsposten als van te onbelangrijke omvang voorbijgaande, evenals die begrotingsposten, waarvoor minder werd uitgegeven dan begroot, moge ondergetekende concluderen, dat het na de vele jaren voordelige saldi, welke aan het kapitaal der vereniging werden toegevoegd, voor de hand ligt het huidige en – zoals hierboven uiteengezet – in hoofdzaak door het incidentele verrichtingenonderzoek veroorzaakte tekort ad f 19.082,55 volledig ten laste te brengen van het kapitaal der vereniging, dat hierdoor zal dalen van f 234.883,94 tot f 215.801,39. Men zou dit doende dus kunnen stellen, dat de vereniging reeds jaren lang tevoren heeft gespaard om dit bijzondere onderzoek thans te kunnen bekostigen.

W. C. M. Klasens, arts,
penningmeester L.H.V.

BALANS PER 31 DECEMBER 1962

Bijlage 1.

<i>Activa</i>	<i>31-12-1962</i>	<i>31-12-1961</i>	<i>Passiva</i>	<i>31-12-1962</i>	<i>31-12-1961</i>
Effecten	f 114.821,25	f 118.933,13	Kapitaal	f 234.883,94	f 228.097,71
Kantoorinventaris	„ 1,—	„ 1,—	Algemene reserve	„ 5.024,37	„ 5.024,37
Geldmiddelen	„ 52.150,48	„ 125.231,40	Reserve voor onderzoekingen en		
Kon. Ned. Mij. t.b.v. Geneeskunst	„ 40.732,29	„ —	adviezen	„ —	„ 6.370,44
Te vorderen contributies	„ 17.471,25	„ 9.282,25	Kon. Ned. Mij. t.b.v. Geneeskunst	„ —	„ 3.358,67
Vooruitbetaalde en te vorderen			Te betalen posten	„ 11.887,37	„ 9.688,93
posten	„ 7.536,86	„ 6.975,83	Voordelig saldo 1961	„ —	„ 7.883,49
Nadelig saldo 1962	„ 19.082,55	„ —			
	<u>f 251.795,68</u>	<u>f 260.423,61</u>		<u>f 251.795,68</u>	<u>f 260.423,61</u>
	=====	=====		=====	=====

STAAT VAN BATEN EN LASTEN OVER HET BOEKJAAR 1962

Bijlage 2.

<i>Lasten</i>	<i>Begroting</i>	<i>Werkelijkheid</i>	<i>Baten</i>	<i>Begroting</i>	<i>Werkelijkheid</i>
Onkosten vergaderingen en representatie	f 41.000,—	f 57.271,22	Contributies	f 175.000,—	f 194.682,50
Tegemoetkomingen inkomstender- ving	„ 20.500,—	„ 15.500,—	Intrest effecten	„ 5.000,—	„ 5.269,74
Salarissen en sociale lasten bureau- personeel	„ 55.000,—	„ 54.642,64	Bankrente	P.M.	„ 266,32
Kantoorinventaris	„ 1.500,—	„ 1.279,38	Nadelig saldo 1962	„ —	„ 19.082,55
Kantoorbehoeften	„ 1.000,—	„ 1.731,21			
Porti, telegraaf en telefoon	„ 1.500,—	„ 2.968,46			
Documentatie	„ 1.000,—	„ 1.064,40			
Drukwerken	„ 3.000,—	„ 2.262,—			
Vergoeding Maatschappij huur kan- toorlokalen	„ 10.000,—	„ 10.000,—			
Sociale uitkeringen	„ 3.000,—	„ 3.000,—			
Bankkosten	P.M.	„ 104,13			
Reserve voor onderzoekingen en adviezen	„ 39.000,—	„ 64.819,69			
Diversen en onvoorzien	„ 3.500,—	„ 4.657,98			
	<u>f 180.000,—</u>	<u>f 219.301,11</u>		<u>f 180.000,—</u>	<u>f 219.301,11</u>
	=====	=====		=====	=====

LIBELLE SUPP-HOSE: De elegante therapie bij beenklachten



Libelle Supp-hose zijn 100 % nylon. Hebben hetzelfde spanningsverloop als haar elastieken zusters van weleer. Blijken daarvoor therapeutisch gelijkwaardig. Missen echter dat akelige ontzierende effect. Libelle Supp-hose steun-nylons zijn elegant en modieus - ternauwernood te onderscheiden van een fijne wandelnylon. Been-patiënten zullen geen reden hebben uw voorschrift te ontduiken.

Er is ook Supp-hose for men Nylon-steun-sokken in modieuze tinten en dessins. Geïndiceerd bij beenklachten voor staande beroepen. Zoals: verkopers, leraren, tandartsen, kappers, kelners, politie-en postmensen vertegenwoordigers enz.

Indicaties

1. beginnend oedeem van de enkels (niet van interne aard).
2. Preventie van spataderen in de zwangerschap.
3. Verlichting van klachten bij vrouwen met een staand beroep.
4. Varices in het climacterium.
5. Voorkoming van recidieven na chirurgische therapie.
6. Ondersteuning bij de behandeling van hinderlijke ulcus varicosum.



Utrecht en Omstreken

Op de vergadering van 22 februari j.l., heeft de aftredende voorzitter van de afdelingsraad het jaarverslag van die raad over 1962 uitgebracht en daarbij o.a. gezegd, dat het in de laatste jaren langzamerhand duidelijk is geworden, dat een afdelingsraad méér moet doen dan alleen maar geschillen en klachten, die bij hem worden binnengebracht, oplossen en beslechten.

De raad moet er ook, als het ware, actief voor waken, dat de ethiek en de gedragsregels naar behoren worden nageleefd en, waar nodig, zal hij daarin verbetering moeten trachten te brengen. „U zoudt het” – aldus de voorzitter collega E. M. Jansen – „kunnen vergelijken met het door het toepassen van preventieve en positieve gezondheidszorg trachten de noodzaak van curatief werk, zoals de collegiale rechtspraak in dit verband misschien wel genoemd zou kunnen worden, te verminderen. Om nu wat meer contact te hebben met het wel en wee van de afdeling, heeft de Raad in 1962 aan het kringbestuur toestemming gevraagd en verkregen om een afgevaardigde, meestal de voorzitter in de gelegenheid te stellen de bestuursvergaderingen bij te wonen. Uit de tot nu toe opgedane ervaringen is wel gebleken, dat dit wel eens zeer nuttig contact zou kunnen zijn.”

Na het uitbrengen van zijn verslag heeft collega Jansen, aan wiens ambtsperiode als lid van de afdelingsraad een einde is gekomen, een rede gehouden, waarin hij een aantal zeer behartenswaardige opmerkingen heeft gemaakt over de verhouding huisarts-specialist. In overleg met de redactie van Medisch Contact volgt de tekst van deze rede hieronder in extenso.

„Verhouding huisarts-specialist”

„In 1961 is door de Algemene Vergadering van de Maatschappij het Rapport van de Commissie Huisarts-Specialist aangenomen. Een rapport, waarin twee door de Afdeling Utrecht ingediende en verdedigde amendementen vrijwel woordelijk zijn overgenomen. In dit rapport, dat gepubliceerd is in M.C.-1961, is in een aantal regels de verhouding vastgelegd tussen de huisarts en de specialist, voor wat betreft hun wijze van praktijkvoering. En wanneer u dan ziet, dat de hierin gestelde regels, die door elke collega onderschreven kunnen worden, en die eigenlijk niet meer inhouden dan gewone fatsoensnormen met nog een aantal algemeen bekende en vrijwel algemeen erkende onderlinge afspraken, op vele plaatsen en door een groot aantal collegae met de voeten getreden worden, dan vraag ik me wel eens af hoe lang het nog zal duren dat de artsensstand die hoge status, die hij op het ogenblik toch heeft in de ogen van het publiek en van zichzelf, nog zal kunnen handhaven.

Om nu een poging te doen te helpen voorkómen dat de status van de artsensstand zal afglijden naar die van een vereniging van handwerkslieden of van kooplui, zou ik dus graag een aantal opmerkingen willen maken over de verhouding huisarts-specialist.

Wanneer men het boekje „Medische ethiek en gedragsleer”, het z.g. „blauwe boekje” van de Maatschappij, doorleest – en uiteraard heb ik me de laatste jaren daar nogal eens mee beziggehouden – dan wordt het duidelijk, dat de toevoeging „en gedragsleer” achter de oude titel „Medische ethiek” geen loze frase is, maar dat er wel degelijk een verschil is tussen deze twee begrippen. Onder gedragsleer wordt verstaan de door gewoonte of door onderlinge afspraken ontstane handelswijze van de artsen ten opzichte van elkaar en ten opzichte van de patiënten, terwijl de medische ethiek toch in grote lijnen overeenkomt met de algemeen geldende normen van fatsoen. En over deze gewone fatsoensnormen, die toch ook gelden voor de medici en hun omgangsnormen, wilde ik graag enkele opmerkingen maken en dan wel speciaal zo als ik u reeds zei over die in de verhouding tussen de huisarts en de specialist.

Wanneer ik het dagelijks werk van de praktiserende medicus even mag bekijken vanuit het oogpunt van de huisarts, dan blijkt, dat ca. 90 % van de patiënten, die hij dagelijks ziet, door hem zelf en door hem zelf alleen kunnen worden behandeld. Voor de overblijvende 10 % zal hij zich om advies of om hulp moeten wenden tot een collega specialist.

Is de patiënt bedlegerig en kan redelijkerwijs niet van hem worden verwacht, dat hij naar het spreekuur of de polikliniek van de specialist gaat, dan zal de huisarts de betreffende specialist vragen de patiënt samen met hem in consult te zien. Na onderzoek van de patiënt zullen zij samen kunnen overleggen, wat verder gedaan zal moeten worden.

Staat de diagnose al vast en is spoed vereist, diabetisch coma, appendicitis, maagperforatie, dan zal de patiënt, na telefonisch overleg met de specialist, direct ter behandeling in het ziekenhuis kunnen worden opgenomen.

In enkele gevallen, maar deze zouden eigenlijk tot de uitzonderingen moeten horen, zal het niet goed mogelijk zijn een tijd te vinden, dat de specialist en de huisarts de patiënt gezamenlijk bezoeken en zal de specialist alleen naar de patiënt gaan en later telefonisch met de huisarts overleggen.

Kan de patiënt het spreekuur of de polikliniek van de specialist bezoeken, dan zal de huisarts hem hiertoe een brief voor de specialist meegeven dan wel deze van te voren over de post aan hem toesturen of, eveneens van te voren, de specialist telefonisch inlichten over het komende bezoek van de patiënt.

Evenals bij het consult, zou het ook in dit geval nuttig kunnen zijn, indien de huisarts samen met de patiënt naar de specialist zou kunnen gaan. Het is echter een praktische onmogelijkheid dit vaker te doen dan in een uitzonderlijk geval.

De specialist zal de patiënt onderzoeken, zal zich een mening vormen over de patiënt, zal eventueel advies vragen aan een collega van een ander specialisme en zal dan de patiënt naar de huisarts terugverwijzen onder mededeling van zijn bevindingen, van zijn mening over de patiënt en van zijn advies voor de verdere behandeling, of wel zal hij het nodig oordelen de patiënt zelf in behandeling te houden, hetzij poliklinisch dan wel klinisch.

Deze gang van zaken – wij weten het allen – is de meest juiste, eigenlijk de enig juiste. Maar door allerlei oorzaken, vooral wel door gebrek aan tijd, werkelijk of vermeend, (vooral vermeend, naar het mij toeschijnt), maar ook, en

dat is veel erger, door onverschilligheid, door slordigheid, worden zowel door de huisartsen als door de specialisten fouten gemaakt, fouten tegen de medische ethiek, fouten tegen de gewone fatsoensnormen.

Het geeft toch geen pas, collegae huisartsen, tegen de patiënt te zeggen: „Ik zal de specialist wel sturen”. U kunt hem vragen, ook eens naar de patiënt te kijken en u behoort te trachten, indien enigszins mogelijk een tijd te vinden om samen met de specialist naar de patiënt te gaan. Dit is prettig voor de specialist, die zich, door met u te kunnen overleggen, beter een oordeel over de patiënt kan vormen; het is prettig voor de patiënt, die zich alleen met zo'n vreemde dokter helemaal niet op zijn gemak voelt en last but not least is het prettig en vaak bijzonder leerzaam voor uzelf, omdat u – ach, laat ik het maar zeggen – nooit te oud bent om wat van een ander te leren.

Een tweede fout, die vaak door de huisartsen gemaakt wordt is dat de patiënt naar de specialist verwezen wordt zonder voldoende inlichtingen en zonder vraagstelling – dit laatste is, dunkt me, van groot belang – om nog maar te zwijgen van de patiënten, die bij de specialist komen met niet meer dan een verwijskaart of met slechts een enkel woord op het souche. Wijlen Verhoef heeft me eens een stapeltje van dergelijke souches die hij in één maand verzameld had, laten zien. „Maag-ca”?, „Neo”? kwam daar enige malen op voor en deze waren hem open, dus zonder enveloppe, door de patiënt aangeboden.

Maar ook door de specialisten worden fouten gemaakt tegen de gangbare fatsoensnormen en tegen de gedragsleer.

Indien de specialist bij zijn onderzoek afwijkingen ontdekt, die niet op zijn gebied liggen, behoort hij de patiënt hiervoor naar zijn huisarts terug te verwijzen en deze niet zelf te gaan behandelen of de patiënt naar een collega van een ander specialisme door te verwijzen. Een telefonisch overleg met de huisarts kan hier vaak veel narigheden voorkomen, narigheden voor de huisarts, die zich ergert aan deze dingen, narigheden voor de patiënt, die door dit overleg vaak verschoond kan blijven van soms ingrijpende onderzoeken die óf al eerder gedaan zijn óf door de inlichtingen van de huisarts achterwege hadden kunnen blijven.

Dat het voor de huisarts – en voor de patiënt – prettig en vaak noodzakelijk is, dat hij snel bericht krijgt van de specialist, behoeft geen betoog. De misschien wel aangeboren aversie tegen administratie en correspondentie die de meeste medici ontsiert, zal wel oorzaak zijn, dat hiertegen nogal eens wordt gezondigd. Dat het nodig is, weten we allen. Ik heb overigens de indruk, dat de berichtgeving specialist-huisarts in de loop van de jaren steeds beter wordt. Of het met de correspondentie in omgekeerde richting ook betert kan ik niet beoordelen.

Een handelswijze, waaraan ik mij persoonlijk altijd bijzonder erger is de gewoonte van veel specialisten om, wanneer de geldigheid van een verwijskaart verstreken is, tegen de patiënt te zeggen, dat hij bij zijn huisarts een nieuwe verwijskaart moet gaan halen of op de polikaart te zetten, „Nieuwe verwijskaart”. Nog erger vind ik de lege enveloppe met het adres van de specialist of de administratie van het ziekenhuis en in de linker bovenhoek „Nieuwe verwijskaart”, die tijdens het spreekuur op mijn bureau wordt gelegd. Waarom geen voorgedrukt – maar wel ingevuld en onder-

tekend – briefje, zoals door enkele specialisten reeds wordt gebruikt en dat dan ongeveer de volgende inhoud heeft:

„Patiënt heb ik in behandeling wegens Daar het mij nodig lijkt, dat patiënt onder specialistische behandeling blijft en de verleden jaar door u afgegeven verwijskaart is verlopen, verzoek ik u een nieuwe verwijskaart te willen geven.”

Dames en heren, ik heb het gevoel, dat al deze dingen veel gemakkelijker zouden zijn, wanneer wij in een klein centrum woonden met een klein aantal huisartsen en maar één ziekenhuis met een klein aantal specialisten. We zouden elkaar regelmatig treffen op het koffieuurtje in het ziekenhuis, de patiënten zouden besproken worden en we zouden elkaar wat beter leren kennen. Maar we zitten in een groot centrum met veel huisartsen en veel specialisten. En met een aantal ziekenhuizen die het zo gezellige en nuttige koffieuurtje, waar ook de huisartsen welkom waren, al lang hebben opgeheven. De efficiëntie heeft zijn intrede gedaan en heeft het gezamenlijke koffiedrinken verdreven. En dit is, dunkt me, toch de behandeling van een deel van onze patiënten niet ten goede gekomen. Ik weet wel, dat de klok niet teruggedraaid kan worden, ik weet wel, dat geen enkele specialist en geen enkele huisarts zich meer de tijd gunt voor dit koffieuurtje, maar toch geloof ik, dat de hieraan bestede tijd efficiënt gebruikte tijd was.

Tegenwoordig moeten we het contact over onze patiënten onderhouden per telefoon of per brief. Maar laten we, in 's hemels naam, daar dan toch de tijd voor nemen. Laten wij, huisartsen, de tijd – en dit is beslist zeer efficiënt gebruikte tijd – nemen om de specialist, waarheen we onze patiënt verwijzen, een briefje te schrijven, dat in overeenstemming is met de in de aanhef hiervan – „Zeer geachte collega” – betuigde hoogachting en, niet te vergeten, met ons eigen zelfrespect. In dit briefje behoeft geen woord teveel te staan, maar er dient zakelijk een korte anamnese in voor te komen en de eventueel van belang zijnde psychische en sociale factoren, de resultaten van uw eigen onderzoek, de reeds door u toegepaste therapie en de vraag of vragen, die u aan de specialist wilt stellen.

Wat de antwoordbrieven van de specialist betreft gaarne nog het volgende:

Schrijf ze tijdig – en niet eens in de maand of nog langer. Laat er in uitkomen, dat u rekening hebt gehouden met de mededelingen van de huisarts, beantwoord, zo mogelijk, de door hem gestelde vraag en onderteken ze persoonlijk, ten teken, dat u de brief zelf hebt geschreven of althans zelf gelezen hebt. Een handtekeningstempel of de ondertekening door een secretaresse kan op de ontvanger toch wel een bijzonder prikkelende indruk maken.

Geachte collegae, wij zijn geen robots, die per dag zo en zo veel werk moeten verzetten. Wij zijn artsen, die mensen, die onze hulp vragen, moeten behandelen. Voor deze behandeling, die tegenwoordig hoe langer hoe meer in teamverband geschiedt, moet geschieden – en bij dit team behoort ook de huisarts – is het noodzakelijk, dat er een goede samenwerking en een goede verstandhouding is tussen de teamleden. Dit wordt in de eerste plaats bevorderd door fatsoenlijke omgangsvormen.

Voor ons artsen, beoefenaren van het officium nobile,



**Meer geruststelling
voor de hartpatiënt**

Digoxin 'Wellcome', dat betrekkelijk snel wordt uitgescheiden, bespaart de patiënt mogelijke angst voor toxiciteit door cumulatieve werking. Geregeld gebruik kan gewoonlijk onafgebroken worden voortgezet met een regelmatige zelfde dosering. Digoxin 'Wellcome' heeft verder het buitengewone voordeel, dat het in iedere vorm van digitalisbehandeling uitmunt: parenteraal, zeer snel peroraal, langzaam peroraal en onderhoudsbehandeling. De absorptie van dit veelzijdige glucoside blijft steeds gelijk, de latente periode is zeer kort.

DIGOXIN 'WELLCOME'

TRADE MARK

Tabletten, Paediatric Elixir, Oplossing, Ampullen



BURROUGHS WELLCOME & CO. (The Wellcome Foundation Ltd.) **LONDEN**

VERTEGENWOORDIGERS VOOR NEDERLAND:

N. V. Pharmaceutische Handelssafdeeling voorheen Kerkhoff & Co.,
Nassaukade 373, Amsterdam-W.

moet het toch niet zó moeilijk zijn ons tegenover elkaar fatsoenlijk te gedragen zoals we dit toch ook doen tegenover onze patiënten. En dan niet alleen in het persoonlijke contact, maar ook in onze briefwisseling."

De voorzitter van de afdeling, Prof. Dr. P. G. Gerlings heeft – onder de indruk van de behartigenswaardige woorden door Jansen aan het adres van de leden der afdeling geuit – de spreker bedankt voor alles wat hij als lid van de afdelingsraad heeft gedaan en in het bijzonder voor wat hij hen heeft voorgehouden, daarbij de hoop uitsprekende, dat dit noodzakelijk ethische vermaan nog vaker tot uiting zal komen en dat het geluid daarvan tot allen op wie het slaat zal doordringen.

J. J. Werner, de Bilt.

Oldambt

In memoriam Johannes Jacobus du Saar

Nauwelijks een half uur nadat hij op vrijdag 5 april 1963, na een drukke praktijkdag, welgemoed was vertrokken om deel te nemen aan de Brabant-grensrít, kwam het alarmerende bericht: „Jan du Saar heeft een ongeluk gehad!” Binnen een paar martelende kwartieren gevolgd door de onvoorstelbare zekerheid dat hij daarbij het leven had verloren. „Onvoorstelbaar” voor zijn vele vrienden en voor zijn patiënten, omdat hij er altijd en overal was. Met hem is heengegaan een begaafd mens van uitzonderlijke veelzijdigheid.

Du Saar werd geboren op 19 april 1906, deed zijn H.B.S.-examen en zijn kandidaats in Utrecht, om in oktober 1931 te Groningen tot arts te worden bevorderd. Na een jaar assistentschap op de gynaecologie bij Prof. Engelhard en enkele waarnemingen, nam hij in december 1933 zijn apotheekhoudende praktijk te Wildervank over.

Slechts zij, die ter plaatse gelegenheid hebben waar te nemen hoe zijn patiënten zijn verscheiden betreuen, kunnen begrijpen, wat deze arts voor zijn patiënten is geweest. Zijn de gehele persoon opeisende taak van plattelands-huisarts verhinderde hem niet talloze functies te vervullen. Zo was hij vele jaren secretaris van de afdeling Oldambt, afgevaardigde of plaatsvervangend afgevaardigde naar de Algemene Vergadering, plaatselijk voorzitter van Het Groene Kruis, voorzitter van 't Nut van het Algemeen, voorzitter van de Gemeentelijke Commissie voor Lichamelijke Opvoeding, voorzitter van de Gemeentelijke Culturele Commissie, docent van de E.H.B.O. Soms voorzitter of bestuurslid van een zwemclub, een kegelclub of werkend lid van de toneelvereniging. Daarnaast zijn grote hobby de autosport: nog steeds (ondanks zijn bijna 57 jaren!) deed hij zoveel mogelijk mee aan de grote en vele kleinere evenementen. Vele sportritten zijn door hem uitgezet of mede door hem georganiseerd. Als fotograaf bereikte hij goede resultaten. Zelf uitstekend pianist, goed thuis zijnde in de muziekliteratuur en trouw bezoeker van belangrijke concerten, naast een onbegrijpelijk grote kennis van de autotechniek, op de hoogte van radio- en geluidstechniek als een vakman, uitzonderlijke geografische kennis, ziedaar een greep uit zijn veelzijdige begaafdheid en activiteit.

Als medicus ontbrak hij zelden op de afdelingsvergaderingen, was hij aanwezig bij de meeste artsenlezingen. De

mobilisatie en de meidagen van de oorlog maakte hij mee als officier van gezondheid. Hij werd krijgsgevangen en vrijgelaten. In de bezettingsjaren kon het artsenverzet rekenen op de onvoorwaardelijke steun van Jan du Saar. Reeds dadelijk had hij de ware bedoelingen door van het zoete gefluit van de bezetter. Hij organiseerde het verzet voor de gehele Kanaalstreek en verzorgde de daarvoor nodige centrale contacten. Tekenend voor hem was de vanzelfsprekendheid, waarmee hij deze taak vervulde, de consequenties aanvaardende. Over de acties sprak hij slechts indien nodig, over de moeiten en risico's in 't geheel niet. Zijn medewerkers kenden echter zijn stugge onverzettelijkheid en vastberadenheid en werden hierdoor geïnspireerd, waardoor zijn werk ver is uitgegaan boven een lokale betekenis.

Een reis naar Ned. O. Indië, als repatriëringsarts voor het Rode Kruis en zijn functie als Kring-commandant van de B.B. onderstrepen de daadkracht van deze begenadigde mens. Moge de bewondering, waardering en vriendschap van zo velen voor zijn vrouw en kinderen een steun zijn bij het dragen van hun verlies.

P. H. van Lenning, Wildervank.

Tilburg en Omstreken

De afdelingsbijeenkomst werd gehouden op donderdag 25 april j.l. in de kantine aan de Boerhaavestraat van het St. Elisabethziekenhuis te Tilburg. Spreker was Prof. Dr. G. M. San Giorgi, hoogleraar in de orthopedische chirurgie, verbonden aan de R.K. Universiteit te Nijmegen, over het onderwerp „Enkele aspecten van de juveniele kyphose”.

C. F. N. v. 't Hullenaar, Tilburg.

Breda en Omstreken

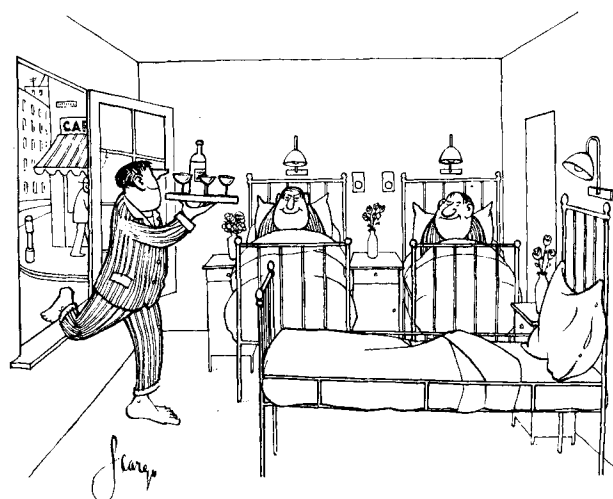
Woensdag 24 april was er in het Motel een gezamenlijke bijeenkomst van artsen en tandartsen van de kring Breda. De heer N. A. K. N. van Erp, tandarts, sprak over: „Cariëspraeventie bij kinderen”

G. J. H. Beckers, Breda.

Alkmaar en Omstreken

De afdeling kwam bijeen op vrijdag 26 april j.l. in „Hotel Victory” te Alkmaar. De agenda vermeldde een lezing van Prof. Dr. L. B. W. Jongkees over „Duizeligheid”.

E. Ph. v. Oosten, Alkmaar.



Groningen en Omstreken

De afdeling kwam bijeen op maandag 6 mei j.l. in het Concerthuis te Groningen. De agenda vermeldde een voordracht te houden door Prof. Dr. G. C. E. Burger te Amsterdam over: „Arbeidsgeschiktheid en aanpassing”.

H. B. Gerrits, Groningen.

Oldambt

De afdelingsvergadering werd gehouden op dinsdag 7 mei j.l. in Hotel „Domering” te Winschoten. De agenda vermeldde een voordracht te houden door F. R. v. d. Stadt, chirurg te Groningen met als onderwerp: „Anusatriesie”.

A. Lameyer, Oude Pekela.

Zuid- en Noord Beveland

17 mei j.l. was er een lezing door Prof. Tenhaeff.

J. A. E. v. d. Veen, Goes.

Utrecht en Omstreken

Op de afdelingsvergadering van 26 april l.l. sprak Prof. Dr. H. C. Burger in een interessant betoog over de toekomst van de medische diagnose. Hij gaf aan hoe met gebruikmaking van logoscopie en rekenmachine een belangrijk deel van het werk van de medicus kan worden overgenomen, waardoor meer tijd voor menselijk werk vrijkomt, en hoe hierdoor de medische wetenschap ontwikkeld kan worden. De aanwezigen hebben met belangstelling deze voordracht beluisterd.

J. J. Werner, de Bilt.

Nijmegen en Omstreken

Op dinsdag 7 mei hield Prof. Dr. Irving S. Cooper, hoogleraar in de neurochirurgie te New York, een voordracht in de universitaire collegezaal in het St. Canisiusziekenhuis, over: „De neurochirurgische behandelingsmethode van de ziekte van Parkinson”.

A. de Rooy, Nijmegen.

Walcheren

De afdeling kwam bijeen op woensdag 1 mei j.l. in het Gasthuis te Middelburg. De agenda vermeldde een lezing door Dr. P. C. Kraan en Dr. W. A. Bax, chirurgen te Vlissingen, over: „Mogelijkheden en onmogelijkheden in de acute vaatchirurgie”.

Daarna de film: „Surgical therapy of the bloodvessels”, van G. A. v. Bockel te Souburg.

Op zaterdag 11 mei wordt er een feestelijke slotvergadering gehouden in het Strandhotel te Vlissingen. Tijdens de middagbijeenkomst houdt Dr. J. Th. R. Schreuder, internist te Hilversum een lezing over: „Reclame in de geneeskunde”.

Tiel en Omstreken

De afdeling kwam bijeen op donderdag 25 april j.l. in hotel „Corbelijn”. De agenda vermeldde een lezing door Dr. A. P. Ofner, Röntgenoloog Anthonius-ziekenhuis te Utrecht, over: „Chiro-therapie”. De lezing werd aangevuld door het vertonen van een film over de „arteria vertebralis”.

W. G. Lubbers, Tiel.

Kennemerland

Op 10 april sprak voor de afdeling Dr. C. van Emde Boas, zenuwarts seksuoloog te Amsterdam over: „Preventie en behandeling in de algemene praktijk van initiale huwelijksmoeilijkheden”.

Voor de vergadering van 8 mei j.l. vermeldde de agenda als spreker Dr. D. Smeenk te Leiden over: „Diagnose en behandeling van hyperparathyreoïdie”.

N. A. Meursing, Beverwijk.



Nieuwe leden:

J. H. Frenken, arts, Oranjestad, Aruba.
A. J. A. Fruytier, arts, San Nicolas, Aruba.
H. G. Keuls, arts, Savaneta, Aruba.
J. J. Waasdorp, arts, Aruba; Seroe Colorado.
N. J. Emanuels, arts, Oranjestad, Aruba.
J. A. Chan Jon Chu, arts, Oranjestad, Aruba.

Overleden:

Mevr. L. E. J. Ensink-Barendsen, da Costalaan 11, Apeldoorn.

SLECHT LICHT

In de bundel opstellen, getiteld „Rusland voor beginners”, van Karel van het Reve (Stoa-reeks, van Oorschoot, Amsterdam, 1963) wordt er een („Ziet de boergeenlandelijk schoon?”) gewijd aan de merkwaardige functie van de gemeenplaats in het leven van alledag, in de wetenschap en in de literatuur, en het gemak waarmee gemeenplaatsen overal indringen en gehanteerd worden. Wij citeren:

„Men heeft nu eenmaal dat woord (gevoelswaarde – red. M.C.) en hanteert het met even grote verbetenheid als 'minderwaardigheidscomplex' en Zonnebloemen (van van Gogh – red. M.C.).

Waarom juist die slagwoorden, juist dat schilderij, juist die onderdelen van een theorie? Misschien dat nog eens de eigenschap die al deze dingen gemeen hebben aan het licht wordt gebracht. Dan zal blijken waarom uit het geheel der beweringen die samen de theorie der oogheekunde uitmaken het publiek er slechts één voortdurend ter sprake brengt: 'Met lezen bij slecht licht bederf je je ogen' – een uitspraak waarvan een arts mij eens verzekerde dat hij door geen medisch bewijsmateriaal wordt gestaafd, maar waaraan iedereen vast gelooft, waarschijnlijk omdat de overgang van 'slecht' licht naar 'bederf' van je ogen een onverbidelijke logica suggereert.

Niet alleen het publiek is geneigd dergelijke fragmenten van een theorie over te nemen, maar ook de theorie zelf . . .”



De minister van gezondheid in Engeland heeft aan het Engelse parlement een rapport (Blue Book) voorgelegd, waarin zijn opgenomen de plannen voor de ontwikkeling van de gezondheidszorg in Engeland en Wales voor de volgende tien jaren. Wij nemen daar enkele punten uit over.

Voor de uitwerking van deze plannen zal een bedrag van meer dan 200 miljoen pond Sterling en een uitbreiding met ongeveer 45% van de staf nodig zijn.

In het overzicht wordt gesteld, dat het aantal geboorten in 1972 tot boven de 900.000 zal zijn gestegen. Het aantal bevalingen in ziekenhuizen zal ook belangrijk toenemen. Men neemt aan, dat de vroedvrouw een steeds belangrijker plaats zal gaan innemen in de kraamzorg en de plaatselijke autoriteiten ontwerpen plannen om hun aantal van 5.240 op 6.500 in 1972 te brengen. Het ligt in de bedoeling om 1.225 nieuwe klinieken te bouwen, waarbij vervanging van bestaande inrichtingen is inbegrepen.

Men verwacht, dat het aantal mensen dat in de volgende twintig jaren vijf en zestig of ouder zal worden met 32% zal toenemen (1.823.000). De toeneming van het aantal mensen van vijf en zeventig en ouder wordt geschat op 40,5% (813.000).

Aan het eind van 1961 beschikten de plaatselijke autoriteiten over 76.000 plaatsen in huizen voor bejaarden (14 per duizend personen boven de 65 jaar). Men wil dit in 1972 uitgebreid zien met 65.000 nieuwe plaatsen (20 per duizend personen boven de 65 jaar).

Van overheidswege wil men in 1972 beschikken over 16.000 plaatsen in inrichtingen voor geestelijk gestoorde en over ruimte voor 23.000 personen in opleidingscentra.

In 1972 zullen 184 centra voor lichamelijk gehandicapten gereed moeten zijn, om in de behoefte te kunnen voorzien.

Het ziekenvervoer en het daarbij behorend personeel wil men uitbreiden met 20%.

Deze gegevens zijn ontleend aan een artikel in British Medical Journal van 20 april j.l. In hetzelfde nummer kan men ook een commentaar op de door de minister voorgestelde plannen aantreffen. Daarin wordt gezegd, dat men al de plannen indrukwekkend vindt, getuigend van een actieve en expansieve politiek in het ministerie van gezondheid en men spreekt de hoop uit, dat er van de plannen iets terecht zal komen en dat het benodigde geld beschikbaar zal zijn.



In België mogen pas gepromoveerde geneesheren eerst praktijk gaan uitoefenen, nadat hun diploma door de Provinciale Geneeskundige Commissie „geviseerd” is en nadat zij ingeschreven zijn in de Provin-

ciale Raad van de Orde der Geneesheren.

Onder het hoofd „De Orde katholieker dan de Paus” geeft het maartnummer van Mededelingen van het Algemeen Syndicaat der Geneesheren van België commentaar op deze regeling.

De inschrijving bij de Orde schijnt vaak met vertraging gepaard te gaan. „Zo komt het dat jonge kollega's die tijdens het verlof en vóór hun legerdienst enkele interims willen waarnemen, dit slechts met grote vertraging kunnen doen. Oudere kollega's die op verlof willen gaan ondervinden moeilijkheden bij het vinden van een interimaris.”

Het Rijks(verzekerings)fonds had besloten aan deze moeilijkheid tegemoet te komen: moeten bij het fonds ingediende declaratieformulieren formeel een stempel met inschrijvingsnummer van de Orde bevatten, het fonds meende in deze genoeg te kunnen nemen met de vermelding „pas gepromoveerd, Orde nummer aangevraagd”.

De Hoge Raad van de Orde der Geneesheren heeft hierop een protest gericht aan de minister van Volksgezondheid en van het Gezin. Argumentatie van het protest was dat deze tegemoetkoming van het fonds „feitelijk een aanmoediging is tot het onwettig uitoefenen van de geneeskunde”.

Het Mededelingenblad besluit zijn commentaar aldus: „Het eerbiedigen van de wet en de reglementen is aan te bevelen maar mag niet tot in het belachelijke doorgevoerd worden. De Hoge Raad zou moeten inzien dat zij ingericht werd om de geneesheren te helpen, niet om ze zonder reden de duivel aan te doen.”



Aangezien het transport van radioactieve stoffen steeds toeneemt en de politie daarbij steeds meer te hulp geroepen wordt, heeft de hoofdcommissaris van politie van Bremen een cursus bescherming tegen radioactieve stoffen voor politieagenten ingesteld. — (API)



Het blad „Advertising Age” schat, dat de zes belangrijkste tabakfirma's, die in de V.S. de twintig meest verkochte sigarettenmerken aan de markt brengen, in 1961 144.000.000 dollar aan reclame hebben uitgegeven.



De Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de provincie Drenthe zal op 7 mei a.s. een provinciale gezondheidsdag organiseren, welke zal zijn gewijd aan de revalidatie. Verschillende voordrachten zullen worden gehouden, de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. Veldkamp zal er het woord voeren en de middag zal worden besloten met een forum, gevormd door de onderscheidene sprekers op deze dag: Prof. Dr. L. van der Horst, directeur van de Valeriuskliniek te Amsterdam, A. Klapwijk, geneesheer-directeur van de Johanna-stichting te Arnhem,

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks
Abonnementen voor niet-leden f 20,—.
Losse nummers f 0,50.

REDACTIE EN ADMINISTRATIE

De redactie en administratie is gevestigd:
Keizersgracht 327, Amsterdam-C.
Telefoon 242535 - Postgiro 58083

ADVERTENTIES

De advertentie-exploitatie Medisch Contact is gevestigd: Van Ostadestraat 233, Amsterdam-Z., Telefoon 719911; postgiro 58083 ten name van de Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst onder vermelding: advertentie-exploitatie Medisch Contact.

Advertenties in dit blad behoeven de goedkeuring van de redactie en kunnen zonder opgave van redenen worden geweigerd.

ADRESSEN VAN DE MAATSCHAPPIJ, HAAR ORGANEN, ENZ.

Gevestigd: Keizersgracht 327 - Amsterdam-C. - Telefoon 242535.

Bureau Hoofdbestuur, Dagelijks Bestuur, Boekhouding, Bureau voor Waarneming en Vestiging 8.30-17 uur. (Na 18 uur en zondags tel. 79.89.84) — Landelijke Huisartsen Vereniging — Landelijke Specialisten Vereniging — Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband — Specialisten Registratie Commissie — L.A.C.C.

Raad van Beroep: secretaris Dr. H. Navis, Sonsbeekweg 6, Arnhem.

P. A. J. Deodatus, arts voor revalidatie in Drenthe. H. J. Kuiper, oud-directeur van de S.V.B., en aan welk forum voorts zullen deelnemen Mr. S. J. H. Breukel, consultant arbeidsvoorziening van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, D. Jongeneel, directeur van de sociale werkvoorziening te Dordrecht en Ch. Freeve, directeur-arts van het bureau van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de provincie Drenthe.



Op grond van het onrustbarend aantal gevallen van vergiftiging, vooral van jongere kinderen die thuis van allerlei gevaarlijke stoffen proeven, heeft de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie besloten een brochure uit te geven, die het Nederlandse publiek op deze vergiftigingsgevaaren moet wijzen. De brochure zal via de apotheken worden verspreid.

FRIMAZAM

**ZOUTARME MAGERE MELKPOEDER
NATRIUMGEHALTE SLECHTS 0.002 %**

Natriumarme
magere melkpoeder.
Bereid volgens
het moderne
druk-verstuivings-
procedé.
Gevitamineerd,
verpakt onder
stikstof.



FRIESCHE VLAG

een wereldmerk-ook voor **DIEETVOEDING**