



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

DE VOLKSTELLING

In dit nummer van Medisch Contact vindt de lezer een open brief aan de K.N.M.G. en de Nederlandse artsen van de collegae Heringa en

Baudoin, waarin dezen enige kritische kanttekeningen plaatsen bij de op handen zijnde volkstelling. Tevens ontving de redactie een schrijven van het Comité Waakzaamheid Volksstelling te Amsterdam, een comité dat protesteert tegen het feit dat de burger onder strafbedreiging gehouden is gegevens te verstrekken onder meer met betrekking tot zijn gezondheid en die van personen waarvoor hij aansprakelijk is, terwijl er geen absolute garantie bestaat voor het behoud van de anonimiteit.

De Volkstellingenwet is zeer summier en telt slechts 12 artikelen met materiële inhoud. Er wordt bepaald, dat er tienjaarlijkse volkstellingen zullen zijn en dat nadere regels bij Algemene Maatregel van Bestuur zullen worden gesteld. Slechts de leden 2 en 3 van art. 11 verdienen kort de aandacht, omdat daar uitdrukkelijk het verschoningsrecht voor geheimhouders en het verschoningsrecht voor de getelden bij gevaar van strafvervolgning wordt geregeld. De bedoelde Algemene Maatregel van Bestuur (Besluit algemene volks- en woningtelling 1971) bevat de feitelijke technische bepalingen over de opzet van de telling. Dat er bijvoorbeeld naar hulpbehoefendheid c.q. invaliditeit zal worden gevraagd, vindt hierin zijn beslag (art. 2 lid 1a).

Gezien de vragen gerezen omtrent personen die in tehuizen of inrichtingen verblijven, bepaalt art. 2 lid 3a het volgende: „Omtrent personen, die hun werkelijke woonplaats hebben in een inrichting of tehuis en niet behoren tot het huishouden van de directeuren of overige leden van het personeel van de inrichting of het tehuis, wordt of worden bij de algemene volkstel-

26e JAARGANG — No. 3 — 22 JANUARI 1971

INHOUD

De volkstelling	65
Open brief aan de K.N.M.G. en aan alle Nederlandse artsen over de aanstaande volkstelling	67
Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (II)	69
Het bevolkingsonderzoek op tuberculose en andere longziekten te Amsterdam	73
Trombosedienst: nieuwe vorm van een oud principe	75
Jaarverslag 1969/1970 van de Nederlandse Vereniging van Universiteitsartsen	77
Capsules versus pillen	78
Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (IV)	79
Universitaire berichten	80
Het huisartsenbestand in de drie grote steden	81
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Samenstelling hoofdbestuur en dagelijks bestuur in 1971	83
Korte verslagen vergaderingen hoofdbestuur	84
Kandidaatstelling nieuwe leden van het hoofdbestuur	86
<i>Van het Centraal Bestuur L.H.V.:</i>	
De basiskeuring	86
<i>Van het Centraal Bestuur L.S.V.:</i>	
Mededeling	87
Brieven aan de redactie	89
Varia	91

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

Colofon op bladzijde 92.

ling: tevens het volgende gegeven verzameld: *het doel, waarvoor de betrokkene in de inrichting of het tehuis verblijft*". Art. 5 lid 2 bepaalt voorts: „Ieder, die optreedt als hoofd van een in gezins- of ander verband samenwonende groep personen alsmede iedere bestuurder van een inrichting of tehuis is voorts verplicht de vragen te beantwoorden, gesteld in de art. 3 bedoelde vragenlijsten, die bij hem zijn bezorgd voor personen, die tot die groep behoren onderscheidenlijk in die inrichting of in dat tehuis, werkelijke woonplaats hebben, voorzover die personen op of na 1 maart 1953 zijn geboren dan wel het gemeentebestuur ten aanzien van die personen van oordeel is, dat een geldige reden hen verhindert die vragen te beantwoorden." Het tweede lid van art. 5 van het Besluit wijst de personen aan, die gegevens omtrent anderen moeten verschaffen. De verhindering om de gestelde vragen zelf te beantwoorden kan met name voortvloeien uit langdurige afwezigheid, geestelijke onvolkomenheid (!) of ernstige ziekte. *Of er inderdaad een geldige reden van verhindering is, staat ter beoordeling van het gemeentebestuur.* Ook bestuurders van inrichtingen of tehuizen *moeten* gegevens omtrent anderen verstrekken. Indien die personen ouder zijn dan 18 jaar, geldt dit echter alleen in die gevallen, *waarin naar het oordeel van het gemeentebestuur een geldige reden die personen verhindert de gestelde vragen zelf te beantwoorden.* Met andere woorden indien de bewoners van een inrichting of tehuis wel tot beantwoording in staat zijn, mag dit niet door de bestuurders of directie geschieden.

Doel en inhoud zet de minister van Economische Zaken in zijn brief van 23 december 1970 nogmaals uiteen. Alle elementen die tot telling noodzaken worden achtereenvolgens opgesomd. Daarbij lezen wij onder meer: „Bij de welvaartsverdeling speelt het verzorgingselement in onze samenleving een steeds belangrijker rol. Via belastingen en sociale verzekering vinden inkomensoverdrachten plaats van het actieve deel van de bevolking naar de niet-actieven. Dit verzorgingselement maakt het nodig *de aantallen zieken, invaliden en bejaarden te kennen.*” „Het is bijvoorbeeld aannemelijk, dat de vergrijzing van de bevolking een toename met zich brengt van het aantal gehandicapten waarvoor aangepaste voorzieningen nodig zijn.” „Er bestaat in Nederland slechts verouderde informatie over de omvang van het gehandicaptenvraagstuk. De desbetreffende orga-

Maatschappij-agenda 1971

1 april	— Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
17 april	— Ledenvergadering L.S.V.
24 april	— Alg. Vergadering Maatschappij
7 mei	— Ledenvergadering L.H.V.
23 september	— Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
7, 8 en 9 oktober	— Ledencongres Maatschappij
23 oktober	— Ledenvergadering L.S.V.
30 oktober	— Alg. Vergadering Maatschappij
13 november	— N.H.G.-congres
19 november	— Ledenvergadering L.H.V.
27 november	— Ledenvergadering L.A.D.

nisaties hebben erop aangedrongen, dat de volkstelling zal worden gevolgd door een diepergaand steekproefonderzoek, *waarbij ook artsen moeten worden betrokken.*” „Op basis van de met de telling ter beschikking komende gegevens kan worden beoordeeld, welke maatregelen in de komende jaren zullen moeten worden genomen met betrekking tot de onkomenspositie van gehandicapten, de toepassing van de A.W.B.Z. de persoonlijke hulpverlening, etc.”

De uitvoering van de wet op de volkstellingen laat vele vragen open. Hoe kunnen gemeentebesturen uitmaken, wie wel en wie niet tot beantwoording van de vragen in staat is? De inzenders van de open brief maken melding van het conflict van plichten, dat kan ontstaan bij het verstrekken van gegevens over patiënten. Gevraagd wordt onder andere naar het doel, waarvoor de betrokkene in een inrichting of een tehuis verblijft. Voor inrichtingen voor geestesgestoorden is dit allemaal niet zo eenvoudig. Moet de inhoud van de K.Z.-verklaring worden overgelegd? Gevraagd wordt verder naar speciale hulpmiddelen. Wat zijn dat? Is een bril een hulpmiddel? Of is het aantal dioptrieën hier beslissend? Wat is precies invaliditeit? Is een blinde die alleen door heel Europa reist, en die zijn er, invalide?

De vraag rijst, of de door de overheid gevraagde gegevens niet in voldoende mate beschikbaar zouden kunnen komen door middel van statistisch verantwoorde steekproeven op basis van vrijwilligheid.

B.

OPEN BRIEF aan de K.N.M.G. en aan alle Nederlandse artsen over de aanstaande volkstelling

Hooggeachte Collegae,

Eind februari a.s. zal volgens plan aan alle Nederlanders overeenkomstig de Volkstellingenwet een aantal vragen worden voorgelegd, die op naam moeten worden beantwoord. Onder deze zijn er, die zo nauw het persoonlijk leven raken, dat bij velen twijfel zal kunnen opkomen, of de vrijheid van hun geestelijk of maatschappelijk bestaan daardoor niet wordt bedreigd; in het bijzonder door de strafbaarstelling van weigering tot beantwoording: hechtenis van ten hoogste twee weken of boete van ten hoogste f 500,—. Vanwege dienstverband (aan ambtenaren kan in functie medewerking aan de uitvoering van de wet worden opgedragen), particuliere betrekking, gezins- of familieverhouding kan niet ieder de wettelijke straf, indien gewenst, aanvaarden. In zover kan van geestelijke dwang van overheidszijde worden gesproken.

Voor ondergetekenden ligt de aanleiding deze brief tot u, collegae, te richten, in het feit, dat onder de gestelde vragen u er drie zult aantreffen, die gaan over *ziekte en invaliditeit*: Vraag:

„7a. is hij/zij bijvoorbeeld door ziekte, ongeval, ouderdom, aangeboren gebrek of derg. aangewezen op hulp van anderen? ja/nee; aangewezen op speciale hulpmiddelen? ja/nee”.

„7b. zo ja, betreft deze hulp (dit hulpmiddel): eigen verzorging/ huishoudelijke taken/taken of verplaatsing buitenshuis? ja/nee”.

„7c. is hierbij sprake van voortdurende bedlegerigheid? ja/nee”.

Alleen terloops zij gewezen op de eventueel bestaande moeilijkheid van exacte beantwoording.

De inlichtingen kunnen (respectievelijk moeten) volgens de Memorie van Toelichting worden gevraagd niet alleen betreffende degenen van wie ze worden verlangd, maar ook omtrent anderen: „Te denken valt aan gezinshoofden, die gegevens zullen moeten verstrekken omtrent bij hen inwonende kinderen, en aan *hoofden van inrichtingen, die gegevens zullen moeten verstrekken omtrent degenen, die in die inrichtingen zijn opgenomen.*” Let wel: *Gegevens op naam!*

Zonder twijfel wordt door het opleggen van deze plicht aan artsen aan die andere plicht, van medische geheimhouding, geweld aangedaan. Ook niet alleen artsen die zelf aan het hoofd van een inrichting staan: ook artsen, die zijn verbonden aan ziekenhuizen met een niet-arts als directeur, kunnen hierdoor voor gewetensconflicten komen te staan.

De nominatieve beantwoordingsplicht is door minister Nelissen met een wel zeer aanvechtbaar

voorbeeld verdedigd: „Ja! Laat ik pogen, het duidelijk te maken aan de hand van een wat bizar voorbeeld. Laten we nu eens zeggen, dat de statistici of de beleidsinstanties geïnteresseerd zijn in de vraag, hoeveel mensen met een drankneus in 1970 ook in 1980 nog een drankneus hebben, dat wil zeggen hoeveel daarvan nog dezelfde zijn. Dit betekent, dat men dan nominatief moet nagaan, hoeveel onder de, pakweg, 12.000 Nederlanders met een drankneus in 1970 er in 1980 nog aanwezig zijn met dezelfde, ietwat bizarre afwijking. Ik geef toe, dat het een wat bizar voorbeeld is, maar u begrijpt, dat het dan heel duidelijk een kwestie van neuzen-tellen-met-naamen-toenaam is”.

Vanuit de Kamer is de minister terecht op de aanvechtbaarheid gewezen. Aan de hand van een treffend historisch voorbeeld heeft deze spreker aangetoond, dat, om het nu in medische termen te zeggen, de *rosacea nasi* zeer verschillend van aetiologie kan zijn. Statistici en beleidsinstanties, die zich op dit medisch terrein zouden willen wagen, zouden gevaar lopen grote blunders te slaan!

Ook overigens is dit voorbeeld van minister Nelissen misschien minder onschuldig dan het lijkt. Het zou wel eens kunnen zijn, dat onze minister, waarschijnlijk zonder zich daarvan bewust te zijn, zich hiermee heeft bewogen dicht bij een ander nog veel gevaarlijker medisch-wetenschappelijk terrein: erfelijkheidsleer en karakterkunde, een gebied, dat men blijkbaar in Duitsland nog wenst te exploiteren op een wijze, die bijzonder verwant is aan de verfoeilijkheden, waarvan wij in 1940-1945 getuige zijn geweest. Om dit te demonstreren en tevens te tonen hoe dicht daarbij minister Nelissen daarbij met zijn drankneusverhaal is verdwaald, laat ik hier enkele citaten volgen, ontleend aan het Comité Waakzaamheid Volkstelling te Amsterdam, uit het politieleerboek „Vernehmungstechnik” van F. Meinert, Direktor des Bayerischen Landes Kriminalambtes in München, 4te Auflage, Copyright 1956 by Verlag für polizeiliches Fachschriftum. Kap. V paragraph IIIb: die Nase:

„... Die Nase soll normalerweise ein Drittel der Länge des Gesichtes ausmachen. Eine grözere Nase in einem entsprechend geformten Gesicht macht den Eindruck des Selbstvertrauens, der Unternehmungslust, des Unabhängigkeitsdranges. Auch ein gewisser Egoismus mag in diesem Wesen liegen, wie wir grosze Nasen bei den semitischen Völkern zum Teil geradezu als Rassenmerkmal finden ...

„... Internationalen Ruf genieszt die Trinkernase, die gerötete, mit keulenförmiger Spitze. Die aus ihr zu stellende Diagnose ist ziemlich eindeutig:

Mangelnde Selbstbeherrschung, Genuszsucht, Unzuverlässigkeit, Abneigung tegenkörperliche Arbeit, Rücksichtslosigkeit, Brutalität, alles das abgestuft je nach der Ausprägung des Gesamtbildes ihres Trägers."

Inderdaad bizarre, maar vooral glibberige, „Wissenschaft" en uiterst bedenkelijk leerboekmateriaal! Wij schrikken dan ook, als wij uit de Documentatiemap van het genoemde Comité Waakzaamheid Volkstelling een citaat lezen uit Het Parool van 12 oktober 1966, vermeldend, dat na veel studie van vele bestaande systemen van computers voor het snel opsporen van misdadigen „men tenslotte de werkwijze van de politie in München als uitgangspunt heeft gekozen".

In de Tweede Kamer is ook veel gesproken over het gevaar, dat zou kunnen bestaan, dat het verzamelde computermateriaal in verkeerde handen kan komen. Wij zijn overtuigd van de goede trouw van

Uit Medisch Contact anno 1946

Overeenkomstig de in Mededeelingenblad van het Medisch Contact No. 7 van 15 November l.l. gepubliceerde aanwijzingen voor de samenstelling der keuringsraden voor de legerkeuringen, welke in de eerste 3 maanden van 1946 zullen plaats vinden, heeft het Medisch Contact in bijna alle keuringsdistricten het benodigde aantal burgerartsen voor deze raden bijeen weten te krijgen. Tal van artsen hebben zich daarmee bereid verklaard de geenszins geringe taak, welke het leger op de toch reeds zwaar belaste schouders van de Nederlandsche artsen heeft moeten leggen, op zich te nemen, deels uit plichtsbesef tegenover het vaderland, deels ter voorkoming van het voor dit doel onder de wapenen roepen van vele collegae. In het geheel geen opgaven kwamen helaas binnen van Apeldoorn, Sittard, Maastricht en Heerlen, zoodat in deze plaatsen de keuringsraden zullen worden samengesteld door de Inspectie Geneeskundige Dienst der Landmacht en wel uitsluitend uit gemilitariseerde artsen. Onvoldoende of niet aan de aanwijzingen voldoende opgaven kwamen binnen (hoewel de Med. Coörd. Commissie in overleg met de Inspectie op 23 Nov. nog een tweeden brief ter nadere instructie uitzond, waarin onder meer de datum van inzending verlengd werd tot 30 Nov.) uit Emmen, Leiden en Zaandam, terwijl Geertruidenberg en Venlo meldden niet in staat te zijn de vereischte 5 artsen voor een keuringsraad bijeen te brengen. Ook in deze plaatsen zullen de raden dus gevormd worden door de I.G.D.L., waartoe alle leden gemobiliseerd worden. In 28 plaatsen was het M.C. wel in staat de raden overeenkomstig de voorschriften te vormen. De verdere organisatie der raden berust nu geheel bij de Inspectie Geneesk. Dienst.

de ministers, dat daartegen alle denkbare voorzorgen zijn genomen, ook van, zo nodig, onmiddellijke automatische vernietiging. Niettemin blijft bij ons de indruk, dat absolute garantie niet kan worden en niet is gegeven. Daarbij kunnen wij niet vergeten, dat de Duitsers in 1940 al lang over de grens waren bij Mook, voor onze daar gereedstaande verdediging in actie was.

Laten wij niet plussen en minnen over de vraag, hoe groot of hoe klein de kans zou kunnen zijn, dat door technisch tekort of door onachtzaamheid of kwade trouw, door een binnen- of buitenlandse vijand onze gegevens in kwaadwillige handen kunnen komen. Laten wij wel bedenken: indien de Duitsers niet van den beginne af hadden ervaren, dat iedere poging hunnerzijds om namen en gegevens van onze patiënten in handen te krijgen, afstuitte op onze beginselvastheid en onze onverbreekelijke solidariteit in het M.C., dan hadden wij nooit ons verzet zo sterk kunnen handhaven en zouden er meer slachtoffers in hun handen zijn gevallen. Daarom: Hoe verdrietig het zijn moge, dat wij thans worden genoopt ons te keren tegen onze eigen regering, wij mogen ons niet laten overhalen tot een precedent, dat ons in een onverhoopt toekomstig noodgeval zou ontkrachten.

Daarom dienen wij als artsen ten aanzien van de volkstelling unaniem één houding aan te nemen. Wij moeten weigeren de vragen 7 a-c te beantwoorden! Doen wij dit, dan lijkt de mogelijkheid niet uitgesloten, dat de regering alsnog haar standpunt in deze zal herzien.

Uit referentie tegenover de regering, ware het wenselijk, dat de regering zo spoedig mogelijk van de houding der artsen op de hoogte wordt gebracht. Wij doen een beroep op u, Hoofdbestuur onzer Maatschappij, in deze de organisatorische leiding op u te nemen en wij verzoeken u dringend — de tijd is kort! — ons daarvan spoedig op de hoogte te brengen.

Mocht het Hoofdbestuur onverhoopt hiertoe niet bereid zijn, dan verzoeken wij alle collegae die ons standpunt delen, hiervan mededeling te doen aan minister R. J. Nelissen van Economische Zaken, met een briefje, dat bijvoorbeeld aldus zou kunnen luiden:

Excellentie,

Ondergetekende . . . , arts te . . . , ziet zich tot zijn leedwezen genoopt u mede te delen, dat hij op grond van zijn medische geheimhoudingsplicht en zijn solidariteit met zijn collegae, moet weigeren bij de aanstaande volkstelling de vragen sub 7 a, b en c te beantwoorden.

Ondergetekenden zouden het zeer op prijs stellen c.q. hiervan aan het adres van laatstondergetekende bericht te mogen ontvangen.

Met collegiale hoogachting,
w.g.

Prof. Dr. G. C. Heringa
Midlaren

P. J. M. Baudoin
Parkstraat 7, Assen

Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (II)

Door Mr. L. B. J. J. Andriessen,
secretaris Nederlandse Unie van Ziekenfondsen

De vraag naar de structuur van de toekomstige gezondheidszorg is in vrijwel alle sectoren in studie. De Sociaal-Economische Raad is algeruime tijd met een studie bezig, die een uitvloeisel is van een adviesaanvraag van minister Roolvink en staatssecretaris Kruisinga. In en buiten dit kader houden de ziekenfondsorganisaties zich er — gezamenlijk en individueel — mee bezig. Het parlement snijdt dit moeilijke onderwerp de laatste jaren vrijwel bij iedere begrotingsbehandeling aan. Vanuit de medewerkerswereld is bekend, dat men zich met deze materie hier en daar bezighoudt. Zo heeft de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde daarvoor een werkgroep benoemd ¹⁾. De beslissing van de redactie van Medisch Contact om zich in haar blad met deze materie bezig te houden verdient te worden toegejuicht.

Medio augustus 1970 bereikte schrijver dezes het verzoek deze beschouwing voor M.C. te schrijven. Sedertdien echter heeft de Landelijke Specialisten Vereniging zich uitgesproken over één van de mogelijke alternatieven voor een nieuwe structuur, te weten de volksverzekering, waardoor de vraag van de redactie in een wat schemeriger licht komt te staan, aangezien men zich kan afvragen of het na die standpuntbepaling nog veel zin heeft in M.C. een discussie over toekomstige structuren, waarvoor de volksverzekering in ieder geval een reëel alternatief is, te ontketenen. De L.S.V. heeft zich namelijk, zoals op grond van vroegere uitspraken van haar voorzitter en Centraal Bestuur wel te verwachten was, categorisch tegen een totale volksverzekering uitgesproken. De L.H.V. stelde zich gereserveerd op, althans volgens persberichten; zij studeert nog. De drie vakcentrales hebben zich in hun ontwerp-actieprogramma uitgesproken voor een algehele volksverzekering met een premie naar draagkracht. Enkele ziekenfondsorganisaties hebben duidelijk hun affiniteit voor een volksverzekering laten blijken. Dat ook oud-minister Veldkamp in deze richting dacht, mag bekend worden verondersteld. Hij heeft het trouwens ook na zijn aftreden herhaaldelijk duidelijk doen blijken. Niettemin is de vraag naar de toekomstige structuur nog niet beantwoord.

In dit artikel wordt een persoonlijke visie gevraagd op die toekomstige structuur voor een optimale gezondheidszorg. Daarbij kan men het begrip structuur vanuit verschillende gezichtspunten benaderen. Een belangrijk aspect is ongetwijfeld de *financiering* en daarmee annex de *lastenverdeling*, met andere woorden de structuur van de verzekering. Een tweede aspect is de *structurering* van de diverse voorzieningen van gezondheidszorg, zowel

institutioneel als personeel. Bij dit aspect komt zowel de schaarste aan (financiële) middelen als aan mankracht aan de orde. Het lijkt onmogelijk om beide punten in het bestek van één artikel uitputtend te behandelen. Vandaar dat met enige mijns inziens saillante punten moet worden volstaan. Anderen zullen wellicht de accenten anders leggen.

Financiering en lastenverdeling

Dat een ieder in onze tijd recht op gezondheidszorg heeft, zal door niemand worden bestreden. Die gezondheidszorg moet naar mijn mening tegen een aanvaardbare prijs ook voor ieder bereikbaar zijn (doch dit laatste raakt het tweede hierboven genoemde aspect). Dat in een eventueel andere structuur in ieder geval sociale verzekering een rol zal spelen, lijkt nauwelijks voor betwisting vatbaar. Onder „tegen een aanvaardbare prijs” zou ik primair willen verstaan, dat die prijs (= premie) sociaal aanvaardbaar moet zijn, dat wil zeggen rekening (of: zo veel mogelijk rekening) moet houden met de draagkracht van de verzekerde. Het huidige stelsel van verplichte en vrijwillige ziekenfondsverzekering plus de bejaardenverzekering gaat op dit belangrijke punt duidelijk mank. De verplichte ziekenfondsverzekering kent tot de loongrens een procentuele gezinspremie, die dus een duidelijk draagkrachtelement inhoudt. De vrijwillige ziekenfondsverzekering kent dit ten enen male niet. De echtgenoten betalen — beneden de zogenaamde inkomensgrens — 2 x een nominale premie, die voor inkomens van bijvoorbeeld f 8.000,— en f 14.000,—, afgezien van regionale verschillen, dezelfde is. Het behoeft geen betoog, dat de premiedruk in het eerste geval veel zwaarder is dan in het tweede. Wat tot nu toe bekend is geworden over de premie 1971 voor de vrijwillige verzekering duidt er op, dat in verschillende gebieden van ons land deze premie bij een inkomen van bijvoorbeeld f 16.000,— nog circa 8% van dat inkomen uitmaakt. Bij een inkomen van bijvoorbeeld f 9.000,— zal de premie evenwel circa 13% van het inkomen bedragen. Ik aarzel niet, dit als onaanvaardbaar te betitelen. Bij de bejaardenverzekering doen zich in beginsel dezelfde bezwaren voor, terwijl toch maar circa 40% van de kosten van de bejaardenverzekering door de bejaarden zelf worden opgebracht. De rest komt uit de Algemene Kas van de verplichte verzekering en de algemene middelen (Rijksbijdrage).

Dit jaar heeft men weliswaar enige verlichting in de premiedruk aangebracht door voor de hoogste inkomenscategorie van de bejaardenverzekering een premie voor alleenstaanden in te voeren, die wat la-

ger is dan de gezinspremie voor die categorie. Dat neemt echter niet weg, dat een dergelijk middel structureel geen verandering brengt in de wijze van financieren en dat een sociaal niet aanvaardbare premiedruk voor de bejaarden blijft gehandhaafd. Zolang nog velen weinig of niets meer aan pensioen hebben dan hun A.O.W. zal onze maatschappij dit sociaal onrecht niet mogen accepteren. Men zou hier kunnen tegenwerpen, dat de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (A.W.B.Z.) — die na een jaar het belangrijke ziekenhuisrisico overneemt, evenals de verpleging in verpleeghuizen vanaf de eerste dag — toch een stuk verlichting heeft gebracht. Het antwoord daarop is, dat de sociaal niet acceptabele verschillen in premiedruk nog bestaan, *ondanks* de invoering van de A.W.B.Z. Overheveling van het eerste jaar ziekenhuisverpleging naar de A.W.B.Z. zou in belangrijke mate soelaas bieden, omdat dan deze post — circa 50% van het totale ziekenfondsbudget — via een draagkrachtpremie zou worden gedekt.

Een eventueel nieuwe toekomstige structuur zal naar mijn mening dan ook zodanig moeten zijn, dat deze niet te rechtvaardigen verschillen in premiedruk — het verstrekkingenpakket is namelijk voor iedereen hetzelfde — zullen verdwijnen. Een procentuele heffing van loon of inkomen lijkt daartoe de meest werkbare methode, al kan het nodig blijven hierop via hardheidsclausules sociaal gewenste correcties aan te brengen. Inschakeling van de fiscus voor het innen van de premie ligt, gezien de ontwikkeling van de laatste 15 jaren, dan wel in de rede.

Structurering van voorzieningen

Op dit gebied is er veel in beweging. De Wet ziekenhuisvoorziening (provinciale en nationale ziekenhuisplannen), regionalisatie, wijkgezondheidscentra, groepspraktijken, heroriëntatie van de hulpverlening in het eerste echelon: het zijn allemaal termen die op enigerlei wijze in verband kunnen worden gebracht met het denken over de structuur van de gezondheidszorgvoorzieningen in de toekomst.

Alhoewel hier geen economische beschouwing wordt beoogd — ik zou me er niet toe in staat achten — is het algemeen aanvaard, dat ook de gezondheidszorg met het schaarsteprobleem worstelt, zowel ten aanzien van mankracht als van middelen. Dat geldt voor het eerste echelon zowel als voor de voorzieningen van volgende echelons. Misschien geldt dit voor de gezondheidszorg nog sterker dan voor andere sectoren van het beleid, omdat de medische wetenschap een stormachtige ontwikkeling doormaakt, die nog steeds niet tot stilstand schijnt te zijn gekomen. Een ontwikkeling, die tevens — en wellicht in de eerste plaats — wordt gekenschetst door technische vooruitgang, die dan weer uitmond in (zeer) dure apparatuur en voorzieningen en dus hoge investeringen. Ook de toenemende vraag naar diensten kan een rol spelen, gezien het feit dat de mens steeds minder geneigd is genoegen te ne-

men met ziek zijn en te worden geconfronteerd met ziek zijn in zijn omgeving. Hierdoor is wellicht te verklaren, dat de kosten van de gezondheidszorg al jarenlang meer stijgen dan het nationale inkomen.

Toch zullen ook andere sectoren van beleid die voor het welzijn van de mens in toenemende mate belangrijk zijn — onderwijs, milieuhygiëne, recreatie, infrastructurele voorzieningen —, aanspraak maken op een adequaat deel uit de nationale koek. Dit dwingt enerzijds tot het stellen van prioriteiten en anderzijds tot een zo efficiënt mogelijke aanwending van de beschikbare mankracht en middelen. Gezien het grote belang van de diverse sectoren voor het algemene welzijn is het voor mij geen vraag, of de verantwoordelijkheid voor de prioriteitenkeuze bij de centrale overheid dient te liggen. Dat wil overigens niet zeggen, dat de betrokkenen hierbij niet in belangrijke mate moeten en kunnen worden ingeschakeld. De Wet ziekenhuisvoorzieningen bevat in deze een duidelijke aanzet. Door het voornemen van de regering om deze wet uit te bouwen tot een Wet gezondheidsvoorzieningen, waaronder ook de semi- en extramurale voorzieningen zullen vallen, krijgt deze tendens nog een extra accent.

Keren wij echter terug naar de gezondheidszorg in het eerste echelon, waarmee dan bedoeld is de zorg aan de basis. Daarin speelt de huisarts uiteraard een zeer belangrijke rol. De huisarts, die in ons stelsel van gezondheidszorg — en door de wet bekrachtigd — een centrale plaats inneemt, kan door deze positie zowel uit een oogpunt van gezondheidszorg als uit een oogpunt van efficiënte besteding van de beschikbare middelen grote diensten bewijzen. Zonder Prof. Dijkhuis in zijn rede op de jubileumvergadering van de Federatie V.M.Z.²⁾ te willen volgen, is dit wel duidelijk. Toch wordt steeds meer van bevoegde zijde — en ik beroep mij daar gaarne op — gesteld, dat de rol die de huisarts in de gezondheidszorg moet vervullen eigenlijk niet meer op adequate wijze door de solitair werkende huisarts kan worden vervuld. De tendens naar multidisciplinaire benadering — in de institutionele gezondheidszorg zo duidelijk merkbaar — laat ook het werkterrein van de huisarts niet onberoerd. Hoogleraren in de huisartsengeneeskunde — Van Es, Mertens, Dijkhuis en anderen — laten niet af hierop te wijzen.

Toch moet men — als objectief toeschouwer — vaststellen, dat deze, naar mijn mening wel vaststaande visie in de praktijk nog weinig weerklank vindt. Ik doel hierbij op gezondheidscentra, waarin behalve huisartsen, de vroedvrouw, de wijkverpleegster, de fysiotherapeut, de maatschappelijk werker, de psycholoog, sociaal-pedagogische diensten en pastores, in een georganiseerd verband de totale gezondheidszorg aan de basis behartigen. Daarnaast zijn andere samenwerkingsvormen aan de basis denkbaar. De „eenvoudigste” is de associatie van enkele huisartsen, verder groepspraktijken en andere vormen van samenwerking tussen huisartsen met vertegenwoordigers van andere disciplines. Het

lijkt mij van groot belang, dat deze vormen van samenwerking, waaraan — gezien het feit dat zij „van onderop” ontstaan — in de praktijk kennelijk behoefte bestaat, primair worden beoordeeld op hun betekenis voor de gezondheidszorg. Het is voldoende bekend, dat overwegingen van meer — overigens oirbare — materiële aard (meer vrije tijd, meer vrije weekends) mede aanleiding zijn om tot deze samenwerkingsvormen te komen. Die overwegingen behoeft men zeker niet te verwaarlozen, maar een toetsing van hun waarde voor de gezondheidszorg dient voorop te staan. Ik heb de indruk, dat dit bij de betrokken belangenvereniging niet altijd even scherp wordt gezien.

Een herstructurering in het eerste echelon, waarvan hierboven enkele voorbeelden zijn genoemd, overigens zonder de pretentie van volledigheid, dient mijns inziens serieus in overweging te worden genomen en gestimuleerd. Dat dit bijvoorbeeld naar de kant van de opleiding consequenties zal hebben, is door de eerder genoemde hoogleraren duidelijk onderkend. Het lijkt ook wel bijna zeker, dat ontwikkelingen als de onderhavige niet zonder gevolgen zullen blijven voor de regelingen met bijvoorbeeld de ziekenfondsen. Het wil mij voorkomen, dat een multidisciplinair gestructureerde gezondheidszorg-aan-de-basis ook betere mogelijkheden biedt voor de opvang en begeleiding van patiënten die ontslagen worden uit inrichtingen van gezondheidszorg (ziekenhuizen, verpleeghuizen etc.) en naar huis terugkeren, terwijl vanuit deze basisstructuur ook tijdens de hospitalisatie van patiënten de communicatie tussen inrichtingen en eerste echelon beter geordend kan verlopen. Dit alles vooronderstelt bij de basisstructuur de bereidheid tot communicatie met de institutionele gezondheidszorg en de extra-murale voorzieningen en omgekeerd.

De institutionele zorg

Twee begrippen bepalen, naar ik meen, het moderne denken over de institutionele gezondheidszorg, waaronder wij hier verstaan de zorg in inrichtingen gegeven. Deze begrippen zijn: het „gesloten circuit” en de „regionalisatie”. Het is al weer meer dan tien jaar geleden, dat de Commissie Ziekenhuisvraagstukken als een eerste vereiste voor een efficiënte ziekenhuisverzorging noemde: de samenwerking van ziekenhuizen. Op één terrein werd toen de samenwerking „bepaald onvermijdelijk” geacht, te weten: het gebruik dat de ziekenhuizen moeten maken van superspecialisten.

Inmiddels heeft de gedachtenvorming zich op een veel wijder terrein voortgezet: er dient een gesloten circuit te komen, dat wil zeggen dat de verschillende vormen van zorg in een bepaald organisatorisch verband worden opgenomen, zodanig dat de patiënt de voor hem (haar) meest aangewezen zorg op het juiste moment kan verkrijgen. Dit betreft dus niet alleen ziekenhuizen, die slechts één schakel in de gezondheidszorg vormen, maar ook verpleeghuizen (zowel voor somatisch als psychisch zieken), ver-

zorgingstehuizen, herstellingsoorden en zelfs bejaardentehuizen. In dit kader heeft met name het begrip regionalisatie ingang gevonden. Daarnaast impliceert het gesloten circuit eveneens goede aansluitingen met de diverse vormen van extra-murale zorg (sociaal-psychiatrische diensten, M.O.B.'s, bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden, consultatiebureaus voor alcoholisten, sociaal-pedagogische diensten, maatschappelijk werk etc.). Al deze soorten instellingen en instanties zijn veelal spontaan gegroeid en vertonen daardoor een diversiteit van organisatievormen, die het inschakelen in een goed geordend regionaal patroon bepaald niet gemakkelijk maakt. Voor die samenwerking binnen een gesloten circuit moeten vanzelfsprekend goede motieven worden aangevoerd.

Primair is, dacht ik, dat met een goed opgezette structuur waarbinnen de zorg wordt gegeven het belang van de patiënt is gediend. Voor een patiënt die niet langer de verzorging in een ziekenhuis behoeft, maar nog wel een verblijf in bijvoorbeeld een verpleeghuis of een herstellingsoord, zal het van grote betekenis zijn dat hij inderdaad naar zo'n inrichting wordt overgeplaatst in plaats van onder het ziekenhuisregime en in de ziekenhuissfeer te blijven. Daarnaast spelen hier natuurlijk ook het mankrachtprobleem en het economisch motief. Een gesloten circuit van voorzieningen bevordert een goede doorstroming van patiënten en een optimale bezetting van de verschillende voorzieningen. Dit kan leiden tot het afremmen van de bouw van ziekenhuisvoorzieningen en het bevorderen van de bouw van „lagere” voorzieningen (verpleeghuizen en andere). Het betekent een toespitsen van het aanbod op de vraag. Zo heeft het rapport „Het verkeerde bed”³⁾ wel duidelijk gemaakt, dat het accent meer moet komen te liggen op de bouw van die „lagere voorzieningen”. Dat in een dergelijk systeem ook de specialistische mankracht optimaal kan worden aangewend — namelijk in de ziekenhuizen en voor die patiënten die het werkelijk nodig hebben — vloeit hieruit voort. Hiermede is niet gezegd, dat alleen door invoering van een gesloten circuit dit alles kan worden bereikt.

Een van de moeilijkheden, die elke beoogde samenwerking (en regionalisatie) ontmoet, is het bestaan van gevestigde situaties. Ik kom daarop straks nog terug, maar in dit verband moet men zich ook de vraag stellen of bestaande tariefs- en honoreringssystemen (all-in, all-out, dagentarium) niet opnieuw in beschouwing moeten worden genomen om na te gaan of en in hoeverre zij thans belemmerend werken op de realisering van de beoogde doorstroming.

Wanneer in een bepaalde regio een gesloten circuit moet worden gecreëerd is men er niet met te zeggen, dat er meer voorzieningen van lagere orde moeten komen. Landelijk was deze conclusie uit genoemd rapport te trekken, maar dat wil helemaal niet zeggen dat die ook voor elke regio geldt. Per regio zal een planning moeten worden gemaakt van de noodzakelijke institutionele voorzieningen. Dat

betekent een behoeftebepaling. Daarbij gaan dan zich wijzigende opvattingen, bijvoorbeeld omtrent de ziekenhuisfunctie, een rol spelen. Continudienst zou, gezien de enorme investering, kunnen worden overwogen. De Wet ziekenhuisvoorzieningen beoogt deze planning ook, al kan het koppelen van de planning aan de provincies hier wel moeilijkheden geven. Regio's plegen zich doorgaans immers niet aan provinciale grenzen te storen en worden veel meer bepaald door sociologische factoren: woongelegenheid, werkgelegenheid, infrastructuur etc. Genoemde wet maakt het weliswaar mogelijk om met over de provinciegrenzen heen reikende regio's te werken, toch lijkt enige bezorgdheid hier gerechtvaardigd. In die planning van voorzieningen dienen de betrokkenen naast de overheid hun aandeel te kunnen leveren: ziekenhuizen, verpleeghuizen, staven en ook ziekenfondsen. Dit reikt echter buiten het bestek van deze beschouwing.

Daarnaast zal het gesloten circuit ook institutioneel zijn vorm moeten vinden. Samenwerkingsvormen tussen ziekenhuizen onderling maar ook tussen deze en andere instellingen binnen de regio zullen er dan moeten komen. Dit impliceert — het geldt voor iedere samenwerking — dat in de sfeer van de autonomie offers moeten worden gebracht; dit geldt voor besturen en directies, maar ook voor staven. Het betekent mijns inziens niet, dat besturen, directies en staven van afzonderlijke inrichtingen buiten spel komen te staan. Integendeel. Zij zullen in het beleid van het samenwerkingsorgaan wel degelijk hun inspraak moeten hebben, maar bestuurlijk en directioneel zullen er duidelijke kaders moeten komen die eenslagvaardig beleid *in de regio* mogelijk maken. Dit betekent naar mijn mening institutionalisering van de samenwerking. Zij kan op basis van vrijwilligheid tot stand komen. Maar in hoeveel plaatsen (en regio's) is van samenwerking nog geen sprake, hetzij op grond van mentale of personele tegenstellingen (of vermeende tegenstellingen)? Meer voor de hand liggend lijkt het mij, dat te zijner tijd een wettelijk kader wordt geschapen waarbinnen deze regionale verbanden kunnen opereren en hun eigen beleid voeren.

Gegevens die mijns inziens ook voor de toekomstige structuur van de gezondheidszorg van grotere betekenis zullen worden, zijn de inschakeling van steeds meer niet-medische specialisten en het feit dat de specialist praktisch niet meer adequaat kan werken zonder de organisatorische en materiële voorzieningen die alleen een ziekenhuis ter beschikking kan stellen. Het instituut van de vrij gevestigde specialist komt daarmee in de schijnwerper te staan⁴⁾. De specialist is immers niet alleen steeds meer aangewezen op samenwerking met andere medische specialisten maar ook met niet-medici (klinisch-chemici, psychologen, fysici, maatschappelijk werk(st)ers). Behandeling door teams van medici en niet-medici neemt steeds meer toe. Als voorbeeld moge de moderne hartrevalidatie worden genoemd.

Met deze teambehandeling komt men voor de

heel praktische vraag van de honorering te staan, een kwestie, waar men (en dat zijn alle betrokkenen) tot nu toe met een grote boog omheen is gelopen, maar die men op den duur niet zal kunnen ontgaan. Het lijkt nauwelijks denkbaar, dat bij de oplossing van dit vraagstuk de bestaande honoreringsregelingen en rechtsposities van specialisten buiten geding kunnen blijven. Honorering van de teambehandeling aan het ziekenhuis zou een praktische oplossing kunnen zijn, maar dit veronderstelt een dienstverhouding tot dat ziekenhuis. Dat dit een verlies van een stuk economische vrijheid voor de betrokkenen betekent, is duidelijk; dat het winst van een stuk sociale zekerheid oplevert evenzeer. Verlies van medische behandelingsvrijheid behoeft het niet te betekenen. Er zijn reeds te veel situaties van dit soort in ons land om dat te bewijzen. Nauw verweven met het werken in teamverband lijkt mij ook het beroepsgeheim. Zal het niet nodig zijn, in het licht van de samenwerking van staven en van het werken in teamverband, het beroepsgeheim in de traditionele zin van het woord te herformuleren als een beroepsgeheim-in-een-nieuw-samenwerkingsverband? Hoe dit zal moeten, laat ik aan meer competente personen over. Het lijkt mij echter reëel de vraag te stellen.

Nog even terugkerend naar het gesloten circuit en aansluitend aan de slotopmerking van het hoofdstukje over de gezondheidszorg in het eerste echelon, zou ik nog willen opmerken, dat een gesloten circuit van institutionele zorg in de poliklinische sfeer maar ook in de nazorg belangrijke diensten aan het eerste echelon kan bewijzen. Dat betekent vooral op het terrein van de nazorg een buiten de eigen muren treden van de inrichting, hetgeen echter voor een goede opbouw van de gezondheidszorg in de regio van grote betekenis kan zijn. Het toch reeds gecompliceerde probleem van het gesloten circuit met daaraan annex de verschillende samenwerkingsvormen in regionaal verband wordt nog moeilijker te construeren, wanneer men daarbij ook de *extra-murale zorg* betreft. En toch zal dat moeten gebeuren. Bij de bespreking van de gezondheidszorg in het eerste echelon is reeds gewezen op de gewenste communicatie met de extra-murale sector en op de veelheid van organisatievormen daarbinnen. Te denken is, dat ook tussen de institutionele gezondheidszorg en de extra-murale sector communicatielijnen moeten worden getrokken. Regionalisatie zal in de extra-murale sector tot vereenvoudigingen kunnen leiden, die aansluiting aan het gesloten circuit en inspelen op de samenwerkingsverbanden gemakkelijker kunnen maken. Dit alles is echter nog maar pas in beweging. Het zal en via research en via experimenten verder operationeel moeten worden gemaakt.

Tenslotte: de ziekenfondsen

In de loop van deze beschouwing werd bij de planning van voorzieningen reeds een plaats voor de ziekenfondsen ingeruimd. Zij kunnen door de ge-

gevens waarover zij beschikken een belangrijke bijdrage leveren bij de behoeftebepaling. Dat zij daarnaast in de uitvoering en beleidsbepaling van een toekomstige gezondheidszorg in een of andere vorm niet weg te denken zijn, is nog onlangs door staatssecretaris Kruisinga bevestigd⁵⁾. Daarnaast lijken mij echter in het kader van een te creëren samenwerking voor de ziekenfondsen mogelijkheden weggelegd om als katalysator van de samenwerking te fungeren. Samenwerking tussen inrichtingen komt dikwijls maar moeilijk tot stand. Als niet *direct* betrokkenen zouden de ziekenfondsen initiatieven kunnen nemen tot plaatselijke dan wel regionale vormen van samenwerking op concrete punten. Dit biedt mijns inziens de grootste kans op resultaten; ik denk aan de coördinatie van diensten. Uiteraard zouden dit maar eerste aanzetten zijn, maar het is mijn overtuiging, dat de concrete ervaring dat samenwerking mogelijk is de samenwerking meer zal bevorderen dan formele en theoretische bespiegelingen.

Ik ben mij bewust, dat het bovenstaande geen pasklare oplossingen biedt noch bieden kan. Teveel is mij nog onzeker en op teveel punten is de discussie nog lang niet afgerond. Het verzoek van de redactie bracht mij, doordenkend op de vraagstelling, ertoe enige aspecten van een toekomstige gezondheidszorg aan te stippen, waarvan ik hoop dat zij bij een eventuele gedachtenvorming in de kring der medici van enige waarde zullen zijn.

Noten:

- 1) Nederlands Tandartsenblad 19 november 1970, pag. 429.
- 2) Zie M.C. nr. 52/1970, blz. 1419.
- 3) Uitgegeven door de Centrale Begeleidingscommissie voor de Medische Controle.
- 4) Prof. Dr. J. C. M. Hattinga Verschure in: Appèl tot samenspel, uitgegeven naar aanleiding van de opening van het St. Elisabeth ziekenhuis te Amersfoort.
- 5) Rede tijdens de jubileumviering van de Federatie V.M.Z. op 1 december 1970 (zie M.C. nr. 52/1970, blz. 1419).

Het bevolkingsonderzoek op tuberculose en andere longziekten te Amsterdam (zesde ronde)

Verschenen is het verslag van de zesde ronde van het bevolkingsonderzoek op tuberculose te Amsterdam, lopende over de periode van 15 september 1966 tot en met 11 juni 1969. Uit de beschouwingen bij dit verslag blijkt dat de zevende ronde in Amsterdam reeds halverwege is en een extraronde uitsluitend voor mannen van 40 jaar en ouder van start is gegaan.

Blijkens diezelfde beschouwingen gaat nog altijd de gehele campagne schuil achter het oorspronkelijke doel: opsporing van tuberculose, doch al jaren overtreft het aantal opgespoorde kwaadaardige gezwellen vele malen het getal gevonden tevoren nog niet bekende besmettelijke tuberculosepatiënten. De epidemiologische onderzoeken van Dr. K. Styblo en Dr. J. Meijer betreffende de Nederlandse tuberculosecijfers hebben aangetoond dat het massa-röntgenonderzoek, bevolkings- en groepsonderzoek samen $\pm 25\%$ van het totaal aan actieve tuberculose helpt opsporen. Het verslag gaat dan als volgt verder: „Indien we echter de epidemiologisch belangrijkste bronnen, nl. de patiënten met direct positief sputum apart bekijken, dan komt de opsporing door middel van dit massa-onderzoek niet hoger dan 15% van het totaal, terwijl bijna 70% wordt gevonden door huisartsen, specialisten en het consultatiebureau zelf. Het aandeel van het bevolkingsonderzoek hierin is zeker minder dan 10% van het totaal. Als we dan bovendien nog het feit onder het oog zien, dat ondanks intensieve bewerking

gemiddeld niet meer dan 40% van de volwassen inwoners opkomt, is het een illusie te menen, dat door verdere intensivering van dit onderzoek de tuberculose nog aanzienlijk verder kan worden teruggedrongen. De efficiency in de tuberculosebestrijding noopt ons tot een nadere kritische bezinning op de uitkomsten van het bevolkingsonderzoek op tuberculose.

„Hoewel de opsporing van elk individueel geval van tuberculose voor de curatieve geneeskunde waardevol is, is het epidemiologisch en economisch niet meer verantwoord, om tienduizenden normale mensen op te roepen om één geval van tuberculose te vinden, temeer omdat dit zieke individu, als het niet spontaan geneest vrijwel zeker door symptomen (hoest, koorts, bloed opgeven) via de huisarts het consultatiebureau zal bezoeken en alsnog behandeld zal worden met practisch betere kans op genezing (efficiënte chemotherapie). Als het bij het bevolkingsonderzoek alléén ging om opsporing van tuberculose, dan zou men inderdaad thans kunnen overwegen deze vorm van opsporing te laten vervallen. Het is echter algemeen bekend, dat naast een vrij groot aantal min of meer belangrijke andere afwijkingen vooral een toenemend aantal gevallen van longkanker wordt gevonden practisch alleen bij mannen en dan nog vrijwel uitsluitend boven hun 50e levensjaar. Hoewel de levenskansen van deze patiënten, gevonden bij het huidige bevolkingsonderzoek, na welke behandeling dan ook steeds nog

ontmoedigend laag zijn, zijn er statistische aanwijzingen dat bij frequenter onderzoek van mannen ouder dan 40 jaar (minstens elk jaar en wellicht zelfs elk half jaar) de prognose na de behandeling van deze in een vroeger stadium ontdekte tumoren gunstiger zal worden.

„Er is nog een reden, niet overijld het bevolkingsonderzoek op tuberculose te staken. Deze is gelegen in het feit, dat er zowel bij overheid en parlement, als bij het publiek een herleving van de belangstelling valt te bespeuren voor het begrip „bevolkingsonderzoek”, maar dan in bredere zin, waarbij gedacht wordt aan een periodiek onderzoek van vooral de oudere bevolking op hart- en vaatziekten, kanker, asthma, chronische bronchitis, emphyseem, suikerziekte, enz. Het is dus zeer wel denkbaar, dat, het goed functionerend landelijk verspreid net van Stichtingen voor bevolkingsonderzoek in samenwerking met de consultatiebureaudienst hier geleidelijk bij kan worden ingeschakeld. Het is vanzelfsprekend, dat het röntgenologisch onderzoek van groepen van de bevolking jonger dan 40 jaar, met een geringe „opbrengst” aan tuberculosen en tumoren dan het eerst kan komen te vervallen, zodat de gelegenheid geschapen wordt om de oudere bevolkingsgroep frequenter te onderzoeken met een hoger rendement waardoor een grotere efficiency bereikt kan worden”.

Komend tot de uitkomsten van de 6e ronde van het bevolkingsonderzoek te Amsterdam werd het nuttig geacht de totalen van de belangrijkste ziekten hierbij opgespoord als volgt te groeperen:

Tijdens de zesde ronde van het bevolkingsonderzoek opgespoord:

	40 jaar en ouder		jonger gehele		
	vrou-	man-	dan 40 be-		
	wen	nen	totaal	totaal	volking
Aantal onderzochten:	103384	67582	170966	95198	266164
Longtuberculose met caverne (meest besmettelijk)	1	5	6	2	8
Longtuberculose zonder caverne (maar wel besmettelijk)	2	6	8	6	14
Longtuberculose actief, doch geen bacillen aangetoond	5	9	14	10	24
Longtuberculose inactief, verder op C.B. gecontroleerd	157	205	362	20	382
Long-carcinoom	5	109	114	0	114

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

zijn voor leden van de Maatschappij verkrijgbaar op het Bureau der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. De prijs van het Maatschappij-embleem (Internationaal model), vervaardigd van astralon, is f 1,—. Ook is verkrijgbaar een embleem van plak-plastic à f 0,50. Men wordt verzocht bij bestelling de kosten te voldoen door overschrijving op postgiro 58083 der Maatschappij.

Bij deze cijfers werd het volgende commentaar geleverd:

„In bijna 3 jaren werden 266.164 personen onderzocht, waardoor opgespoord werden 22 gevallen van besmettelijke tuberculose en 114 gevallen van longkanker. Zouden we alléén mannen van 40 jaar en ouder hebben opgeroepen, dan hadden we er slechts 67.582 behoeven te onderzoeken om minstens 11 gevallen van besmettelijke tuberculose en 109 gevallen van longkanker te vinden. We zouden ook met dezelfde apparatuur en dezelfde mankracht deze groep mannen 4 maal hebben kunnen onderzoeken in dezelfde periode en zouden dan ongetwijfeld meer dan 11 gevallen van besmettelijke tuberculose en meer dan 109 gevallen van kanker hebben gevonden en deze laatste waarschijnlijk in een vroeger stadium, met mogelijk meer kans op een overleving na adequate behandeling. We zouden dan bewust genoeg hebben genomen met het opsporen van minder gevallen van inactieve tuberculose, welk nadeel o.i. wordt vergoed door de grotere efficiency van het werk en het vooruitzicht van het vinden van een groter aantal kankerpatiënten in een vroeger stadium.

De conclusies, welke uit deze beschouwingen worden getrokken zijn de volgende:

1. Bevolkingsonderzoek op tuberculose bij personen jonger dan 40 jaar is uit efficiency-overwegingen niet meer verantwoord.
2. Bevolkingsonderzoek op tuberculose bij alle personen ouder dan 40 jaar heeft thans nauwelijks invloed op het epidemiologisch verloop van de tuberculose.
3. Bevolkingsonderzoek op longkanker op mannen ouder dan 40 jaar mits minstens jaarlijks verricht, kan wellicht een positieve bijdrage leveren aan betere genezingskansen.

Hieruit volgt dat het aanbeveling verdient het apparaat van de MASRO in te zetten voor het jaarlijks onderzoek van mannen ouder dan 40 jaar, hetwelk zal kunnen worden geëffectueerd na een „extra-ronde” 1970-1971 en na het beëindigen van de 7e ronde „oude stijl” einde 1971 begin 1972.

Trombosedienst: nieuwe vorm van een oud principe

In de hedendaagse geïndustrialiseerde wereld wordt het ziektepatroon in hoge mate bepaald door welvaart en veroudering van de mens. Toenemende differentiatie in het laboratorium-onderzoek en de hiermee gepaard gaande specialisatie, maar vooral ook het in meerdere mate toepassen van gecompliceerde behandelingsmethoden en van krachtig werkzame en daarmee gevaarlijke geneesmiddelen karakteriseren het medisch handelen. Infectieziekten en epidemieën staan grotendeels onder controle. Daarvoor in de plaats zijn echter nieuwe volksplagen getreden, waarvan ik de hart- en vaatziekten als één der meest ernstige beschouw.

Reeds de Russische arts en schrijver Boris Pasternak onderkende de morele oorsprong van de ziekte, getuige bijvoorbeeld uitlatingen van de hoofdpersoon in „Dokter Zjivago”*. Maar horen hier niet ook het ontlopen van lichamelijke inspanning, het overdreven vet- en suikergebruik en het sigarettenroken bij?

Meer wetenschappelijk wordt de ziekte atherotrombose genoemd. Een van haar meest indrukwekkende gevolgen is de onverwachte hartdood van jonge mannen door een plotselinge trombotische afsluiting van een kransslagader. Gemeten aan de mortaliteit is atherotrombose nog niet zo lang geleden volksvijand nummer één geworden; de zoveelste uitdaging aan onze medische stand! Met de bestrijding van atherotrombose komen wij middenin de medische problematiek terecht van de Leidse Trombosedienst, die 15 jaar geleden is opgericht en thans functioneert ten bate van meer dan 5.000 patiënten per jaar, waarvan het grootste deel slachtoffers van atherotrombose.

Het zij mij thans vergund de diverse aspecten van de medische problematiek van de trombosedienst in het kort aan u voor te leggen, waarbij ik de eed van Hippokrates als leidraad zal gebruiken. Deze eed verplicht tot het geven van onderwijs, schetst de voorwaarden van een goede patiëntenbehandeling en maant tot het hooghouden van de medische stand. Verbaast het u daarom wanneer ik het *onderwijs* voorop stel, dat onverbrekkelijk verbonden is met wetenschappelijk onderzoek? Prof. Jordan te Utrecht, op wiens initiatief in 1949 de eerste trombosedienst in het leven werd geroepen, heeft ons in de geheimen van een dergelijke dienst ingevoerd. Deze zijn: perfecte bloedstollingscontrole, maar

Op 7 oktober werd de nieuwbouw van de Trombosedienst te Leiden officieel in gebruik genomen. Bij die gelegenheid sprak het hoofd van de dienst, Prof. Dr. E. A. Loeliger, hoogleeraar Interne Geneeskunde, een rede uit. Van dit betoog over het functioneren van de trombose-dienst hier de hoofdlijnen.

vooral ook streng toezicht op en daarmee begeleiding van de patiënt. Dankzij de goede opleiding te Utrecht genoten, is onze dienst vanaf den beginne voorspoedig gegroeid. Ondertussen hebben wij en met ons anderen reeds vele malen de rol van leermeester overgenomen bij het oprichten van diensten elders. Het resultaat is bevredigend: meer dan de helft van de Nederlandse bevolking kan heden aanspraak maken op adequate trombosebehandeling thuis met één der krachtigste geneesmiddelen van onze tijd, een geneesmiddel dat in het buitenland bij gebrek aan onze organisatievorm praktisch alleen in ziekenhuizen, en poliklinisch slechts met aarzeling wordt toegepast. Zeer veel van de kennis en ervaring van de trombosedienst is autodidactisch. Het werk van de dienst heeft echter in het moderne samspel tussen patiënt, huisarts en specialisten een niet meer weg te denken plaats ingenomen. Het is een onderdeel van onze „advanced medical care”, een nieuwe, dikwijls uiterst gecompliceerde kunde, waarvan de kunst moet worden geleerd; een nieuwe richting binnen de geneeskundige studie, waarvoor een afzonderlijk docentencorps en curriculum dringend noodzakelijk zijn geworden. Nederland staat hierbij, waarschijnlijk dankzij bijzonder gunstige sociale voorzieningen, aan het front.

Typerend voor de trombosedienst: buitenlandse geneeskundigen moesten van resultaten verkregen in Nederland leren, onder welke voorwaarden langdurig toegepaste antistollingsbehandeling de prognose van atherotrombose verbetert. Het wetenschappelijk onderzoek waarop deze leidende positie van Nederlandse trombosediensten in het onderwijs ook op internationaal niveau is gebaseerd, kan aan de hand van de Leidse situatie misschien het beste worden geïllustreerd met elkander overlappende kringen die onderzoekvelden omvatten en afgrenzen, geprojecteerd tegen een plattegrond van het huidige Academisch Ziekenhuis, het toekomstige Universitair Medisch Centrum en het gebouwencomplex van de Faculteit der Wis- en Natuurkunde. De meest basale kring symboliseert de regionale

* Boris Pasternak: „Le Docteur Jivago”, Gallimard, Paris 1958, pag. 57/575; „Dokter Zjivago”, Bruna & Zoon, Utrecht/Antwerpen, 1967, (25ste druk), pag. 522.

gezondheidszorg, de kring daarna omvat het klinisch-wetenschappelijk werk in het laboratorium van de trombosedienst en bij zijn patiënten, die van het Academisch Ziekenhuis inclusief; hier is de dienst zelf onderzoekveld. De derde kring geeft aan de wetenschappelijke interactie tussen trombosedienst en biochemie; hierbij levert de dienst het onderzoekmateriaal. De hoogste kring tenslotte dringt door tot in de exacte vakken, waarvan met name het rekeninstituut en de afdeling Medische Statistiek dienstverlenend optreden. Het geheel zou ik willen noemen een niet-geïstitutionaliseerd instituut voor trombose-onderzoek. Of anders gezegd: een universitaire werkgemeenschap, die tot stand is gekomen door soepele samenwerking van alle betrokken instanties en die stoelt op de vrijwillige medewerking van patiënten en de belangeloze interesse van de behandelende artsen in de algemene geneeskundige praktijk en andere specialismen.

Welnu, ik meen dat de voorspoedige groei van onze dienst niet toevallig is geweest. Het Nederlandsche Roode Kruis heeft hierin een belangrijk aandeel gehad. De kosten verbonden aan de bewaking van de geijkte antistollingsbehandeling werden in het begin door het Nederlandsche Roode Kruis gedragen; zij worden thans verrekend met ziekenfondsen, verzekeringsmaatschappijen en het ziekenhuis. Het wetenschappelijk onderzoek wordt gefinancierd door de overheid, semi-overheidsinstellingen, het Amerikaanse National Institute of Health, de Wereldgezondheidsorganisatie en voor een niet on aanzienlijk deel door de farmaceutische industrie.

Terugkerend naar de medische problematiek van de trombosedienst vraag ik mij af, of wij ook aan onze tweede plicht voldoen, namelijk die van een goede patiëntenbehandeling. Deze vraag kan uiteraard alleen door de behandelende artsen en patiënten zelf worden beantwoord. Onze verpleegsters, die vertrouwd zijn met de specifieke problemen van de antistollingsbehandeling, proberen zich zo goed mogelijk als persoonlijke adjudanten van de behandelende artsen op te stellen. Zij begeleiden de patiënt met een sterke hand en trachten hem te leiden door de doolhof der organisatie van moderne, sterk gespecialiseerde hulpverlening. Als vertrouwenspersoon van arts en patiënt waarborgt de verpleegster een belangrijk deel van het succes van de behandeling. Behalve verpleegsters staan er ten behoeve van een optimale dosering van het antitrombotisch werkend geneesmiddel en andere specialistische adviezen dag en nacht artsen klaar. Ook deze artsen zijn afhankelijk van de verpleegster, omdat de relevante informatie over de toestand van de patiënt, die in hoge mate bepalend is voor de dosering, via haar loopt.

De eed van Hippokrates als richtlijn bij de bespreking van de medische taak van de trombosedienst volgend, zou ik tenslotte iets willen zeggen over het hooghouden van de medische stand. Misschien onverwacht, noem ik eerst de huisarts. In een tijd van specialisatie met aparte honorering van en toekennen van titels aan deskundigen raakt deze

in de verdrukking. In het niet al te verre buitenland is daarom een afzonderlijke opleiding tot specialist-huisarts ingevoerd, waarvan de eisen en revenuen in geen enkel opzicht onderdoen voor die van andere specialistische vakken. Als een zeer belangrijke stap in de goede richting alhier zie ik het oprichten van een wetenschappelijk corps in de algemene geneeskundige praktijk met een eigen instituut, de zogenaamde perifere kliniek onder leiding van Prof. Dijkhuis. Bij de opleiding van de verpleegsters dient te worden gelet op: kennis van de problematiek van antistollingsbehandeling, elegante puncties van moeilijk te vinden vaten, zelfstandig laboratoriumwerk, een gaaf archief en een feilloze communicatie. Mutatis mutandis geldt dit uiteraard ook voor de rest van het corps van onze zogenaamde technisch-administratieve medewerkers. Tenslotte de medisch leider van de trombosedienst: deze heeft zich bij gebrek aan traditie min of meer toevallig zelf ontwikkeld. Niet overal wordt de verantwoordingsvolle taak van de medische leiding van een trombosedienst gedragen door specialisten. Immers, elke arts (dus ook de huisarts) kan zich de voor de vervulling van de taak nodige theoretische kennis en vaardigheid in het laboratorium eigen maken. Het aanzien en daarmee de status en waardering krijgt de medisch leider dan ook uitsluitend op grond van de kwaliteit van zijn bijdrage in onze maatschappij. Hetzelfde als gezegd voor de huisarts geldt ook voor hem, met dit verschil dat de huisarts moet worden gerevalueerd, terwijl de medisch leider en met hem alle hoofden van diensten op het terrein van de volksgezondheid in het geprogrammeerde samenspel tussen huisarts en specialist zullen moeten worden geëvalueerd. Binnen een universiteit wordt dit bemoeilijkt door het feit, dat karaktereigenschappen nodig voor de leiding van een dienstverlenend bedrijf slechts met grote inspanning evenwichtig in overeenstemming zijn te brengen met die, nodig voor hoge prestaties op wetenschappelijk gebied. De medisch leider moet, gelijk elk hoofd van een dienst op het terrein van de volksgezondheid, de ontwikkelingen op zijn gebied bijhouden en de vorderingen van de kunst in praktijk brengen. In een universitaire medische gemeenschap wordt van hem bovendien didactisch talent verwacht en verdieping van de kunde, bevordering van de geneeskunst dus. In het huidige universitaire kwalificatiesysteem telt nog steeds voornamelijk het laatste. Bovendien is er structureel binnen de faculteit in beginsel geen plaats voor academische topposities op het gebied van de „advanced medical care”. Gezien evenwel het grote belang van onderwijs en wetenschap ook op dit gebied, zal de positie ook van de medische leiders moeten veranderen, of dit nu leiders van diagnostische centra betreft (centraal klinisch-diagnostische laboratoria, de röntgen-electro- en functiediagnostiek inclusief) dan wel leiders van therapeutische units met sterk regionaal karakter (bloedbank, cardiac care unit, cytostatica dienst, dialyse afdeling, genetic counselling unit, intensive care unit, trombosedienst en tenslotte nog vele andere

sterk gespecialiseerde poliklinieken). Gebeurt dit niet, dan zal het huidige „bedrijf” van de (universitaire) gezondheidszorg bij gebrek aan bekwame leiding in zijn sleutelposities op het gebied van de „advanced medical care” op niet al te lange termijn stuk lopen. Naar mijn mening dienen de medische leiders aan het docentencorps van de medische faculteit te worden toegevoegd; want een centrum, waar de hoofden van dienst als gelijkwaardige gesprekspartners zijn opgenomen, zal evenwichtiger gaan functioneren, met name ten aanzien van de opleiding van artsen voor de algemene geneeskundige praktijk, maar ook ten aanzien van de opleiding van specialisten op het gebied van de „advanced medical care”, of dit nu artsen, verpleegkundigen of andere leden van het zogenaamde technisch-administratief personeel zijn. Veel algemener gesteld: in een moderne universitaire medische gemeenschap waar wordt gewerkt aan de verdieping van de geneeskunde en de vooruitgang van de geneeskunst, dient een evenwicht te bestaan tussen het koelbloedig intellectueel nihilisme dat de pur sang experimentator karakteriseert en de troostvolle barmhartigheid, bij uitstek een eigenschap van huisartsen en verpleegkundigen.

Uit de voorgaande medische overpeinzingen volgt logischerwijs de positie van de trombosedienst. Gelijk alle andere diensten voor geprogrammeerde geneeskundige hulpverlening dient hij voor de poliklinische patiënt gemakkelijk toegankelijk te zijn. In zijn didactische kwaliteit ligt de trombosedienst het dichtst bij de geneeskunde van de algemene praktijk; wat zijn mogelijke bijdrage in het wetenschappelijk onderzoek betreft, zijn er goede communicatielijnen nodig naar vele afdelingen van de medische faculteit, met name de hematologie, waaruit hij afkomstig is, maar ook de cardiologie, de vaatchirurgie, de klinische farmacologie en medische genetica, en evenzeer naar de vakken van de faculteit der Wis- en Natuurkunde. Ik meen, dat onze dienst op zijn huidige plaats alles behalve ongunstig ligt. Landelijk gezien staan wij aan de vooravond van de institutionalisering van de trombosediensten, waarna de gaten in het net van de organisatie van de hulpverlening op dit vlak zullen kunnen worden gedicht.

Tenslotte nog een woord over de economische aspecten van onze trombosedienst (TD). Allereerst een kostenberekening:

	Kosten trombose- profylaxe/jaar	
	met TD	zonder TD
500 bedden	f 680.000,— (thuis)	f 15.000.000,— (ziekenhuis)
3000 polikl.	f 600.000,—	f 600.000,—

Het feit, dat de meeste lijders aan veneuze trombose niet meer in ziekenhuizen behoeven te worden opgenomen en dat ziekenhuispatiënten kunnen worden ontslagen voordat de tromboseprofylaxe is beëindigd, spaart de regio Leiden grof geschat 500 ziekenhuisbedden. Maar ook langdurige poliklinische behandeling levert een bijdrage aan de nationale economie. Door verbetering van de validiteit van onze patiënten is er een aanzienlijke vermindering van ziektedagen opgetreden, zoals blijkt uit de resultaten van een bij onze dienst verrichte gecontroleerde studie bij lijders aan atherotrombose. Een meer diepgaande sociaal-economische studie van het mogelijk kostenbesparend effect van onze dienst zou zeer de moeite waard zijn.

Samenvattend moge ik de plaats van de trombosedienst in de huidige maatschappij als volgt kenschetsen: de trombosedienst is een controleorgaan van de moderne Nederlandse algemene geneeskundige praktijk geworden, met behulp waarvan een niet te onderschatten bijdrage kan worden geleverd tot bestrijding van de hart- en vaatziekten. In universiteitssteden dient de trombosedienst binnen de muren van het Universitair Medisch Centrum te liggen, omdat hij in veelvuldig opzicht een functie kan hebben in onderwijs en wetenschap.

Jaarverslag 1969/1970 van de Nederlandse Vereniging van Universiteitsartsen

Verschenen is het jaarverslag over 1969-1970 van de Nederlandse Vereniging van Universiteitsartsen. Enige punten uit het verhaal van secretaris J. R. van Reekum, universiteitsarts te Delft:

De bewering dat wij leven in een maatschappij die aan sterke veranderingen onderhevig is, veranderingen die soms nauwelijks zijn te concretiseren, doch wel worden gevoeld, met als gevolg onzekerheid in vele velden, is langzamerhand een gemeenplaats geworden. Wat niet zeggen wil dat zij op zich onjuist zou zijn.

Veel van de krachten die in de maatschappij werken worden het eerst gevoeld, gesignaleerd, besproken en bekritiseerd door jongere mensen en onder hen nemen studenten vanzelfsprekend een belangrijke plaats in. Een aantal hunner meent, dat wij niet langer nodig zijn zodra de maatschappijstructuur zodanig is dat gezondheidszorg die zij nu ten dele van ons krijgen in de algemene gezondheidszorg is ondergebracht (nota Nederlandse Studenten Raad). Sommigen van onze leden verzetten zich hiertegen, met name tegen het loskoppelen van de curatieve zorg. De vereniging heeft zich er voor uitgesproken, dat curatieve en preventieve zorg als zodanig niet kunnen worden gescheiden. Anderen vinden juist deze curatieve zorg te belastend voor

de gering in aantal zijnde functionarissen van de Universitaire Gezondheidsdienst en zouden haar graag overhevelen naar huisartsen, zij het dan op verantwoorde wijze.

Plaatselijk wordt veel gesproken over de organisatie van welzijnsvoorzieningen voor studenten; moeten U.G.D.'s worden geïntegreerd in grotere verbanden, of is een los samenwerkingsverband voldoende? Wie moeten worden geïntegreerd, allen of slechts een deel ervan en welk deel dan?

Steeds meer begint naar voren te komen, niet alleen bij ons doch ook landelijk, dat zorg voor de geestelijke gezondheid van individu en samenleving klemmender wordt, dat daarvoor meer tijd en geld dient te worden uitgetrokken en een zich bezighouden met de structuur der maatschappij noodzakelijk is. Duidelijk is dit naar voren gebracht door de commissie uit de vereniging die een pre-advies diende op te stellen voor het A.N.V.S.G.-congres 1970. Drie leden van onze vereniging hebben met velen uit an-

dere disciplines en met studenten uitvoerig van gedachten gewisseld. Ze zijn gezamenlijk tot een pre-advies gekomen, dat op het congres in de sectie universitaire gezondheidszorg is besproken en resulteerde in een rapport dat in de plenaire vergadering werd gebracht.

Het rapport-Wester, dat in het vorige verenigingsjaar een belangrijke rol speelde, lijkt op de achtergrond gedrongen. Het is twijfelachtig, of er naar aanleiding van het rapport van de minister bepaalde uitspraken zijn te verwachten, vooral na negatieve kritiek van psychologen, studenten en Academische Raad. Het zou echter betreurenswaardig zijn, indien een belangrijk voorstel uit het rapport niet zou worden opgevolgd, namelijk het oprichten (in welke vorm dan ook) van universitaire gezondheidsdiensten. Er zijn nog verschillende universiteitssteden waar op dit gebied niets of nagenoeg niets bestaat.

Capsules versus pillen

De Documentatiecommissie voor Praktische Farmacie van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie schrijft ons:

Tot voor enkele jaren waren in de magistrale receptuur verdeelde poeders en pillen de belangrijkste vormen waarin geneesmiddelen individueel gedoseerd aan de patiënt werden verstrekt. Door het in de handel komen van apparaten voor het vullen van kleine aantallen capsules is het technisch mogelijk geworden op grotere schaal ook de capsules als individueel gedoseerde, compacte vorm aan de patiënt ter beschikking te stellen. Daarmee heeft een belangrijke concurrent van de pillen zijn intrede gedaan. Uit medisch en farmaceutisch oogpunt verdient de capsulevorm zelfs verre de voorkeur boven de pilvorm en wel om redenen van nauwkeurigheid van dosering, houdbaarheid en hygiëne.

Uit onderzoek is gebleken dat bij de bereiding van pillen door geroutineerde assistenten voor verschil in gewicht, verlies bij de manipulaties en ongelijke verdeling van het geneesmiddel een fout van + 15 tot — 25 procent moet worden toegelaten. Anderen stellen dat 90 procent van het aantal bereide pillen \pm 10 procent mag afwijken. De afwijking in de dosering van capsules ligt in het algemeen lager dan 5 procent en dus ruim binnen de grenzen die de Nederlandse Farmacopee voor tabletten stelt.

Uit discussies omtrent de eis die moet worden gesteld aan het uiteenvallen van pillen, blijkt dat de tijd, die nodig is om pillen in kunstmatig maagsap uiteen te doen vallen, niet korter dan 1 uur kan zijn. Bovendien bestaat het gevaar dat door het bewaren — pillen worden dikwijls in grote hoeveelheden tegelijk voorgeschreven — de uiteenvaltijd van pillen aanmerkelijk kan worden verlengd. Capsules daarentegen geven als regel binnen enkele minuten de

geneesmiddelen vrij; deze tijd wordt niet verlengd door bewaren.

Bij de bereiding van pillen worden vrijwel altijd plantaardige hulpstoffen gebruikt; hiervan zijn de bestanddelen slechts in grote lijnen bekend. Bij de verwerking van vooral de nieuwere geneesmiddelen is daardoor lang niet altijd te voorspellen of, en zo ja in welke mate, de werking van het geneesmiddel beïnvloed wordt door de vermenging met water en hulpstoffen.

De laatste jaren wordt veel aandacht besteed aan de bacteriële verontreiniging van preparaten voor orale toediening. Gestreefd wordt naar de eis dat deze preparaten geen pathogene kiemen en slechts een beperkt aantal niet-pathogene kiemen bevatten. Vastgesteld is dat pillen niet aan deze eis kunnen voldoen. De te gebruiken hulpstoffen van plantaardige herkomst bevatten meestal een groot aantal niet-pathogene kiemen, terwijl door de wijze van bereiden de kans op besmetting met pathogene kiemen niet kan worden uitgesloten.

Gezien de genoemde overwegingen is het zeer verheugend dat alle belemmeringen bij het voorschrijven van capsules voor ziekenfondspatiënten sinds enkele maanden zijn weggenomen. Voor het voorschrijven van pillen bestaat thans weinig of geen reden meer en het is te verwachten dat binnen afzienbare tijd de pil als een obsoleete toedieningsvorm kan worden beschouwd. Toch zullen niet altijd capsules een alternatief van de eerste keuze voor pillen zijn: immers, in vele gevallen kan het geneesmiddel als standaardtablet worden verstrekt.

Het is in dit bestek niet mogelijk een overzicht te geven van alle standaardpreparaten. Overleg tussen de arts en de apotheker zal echter vrijwel altijd tot het kiezen van de meest geschikte toedieningsvorm kunnen leiden.

Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (IV)

Een brief van Petrus Camper aan Paulus de Wind

De bibliotheek van de Maatschappij bezit vele brieven van Petrus Camper, waarbij vijf brieven aan Paulus de Wind, waarvan er één hierbij wordt gecopieërd.

Het adres luidt:

Den Hoog-Geleerde Heer
Den Heer Paulus de Wind
Med. Doct. anat., chir. et art. obst. Lector,
Lithothomus Zelandiae
te Middelburg

Hierbij dient opgemerkt dat in het woord „lithothomus” de t en th van plaats zijn verwisseld, het moet natuurlijk zijn lithotomus.

En vervolgens de tekst van de brief:

Amsterdam 1 September 1751

Hoog-Geleerde Heer!

Ik ben UEdl. ten uiterste verplicht voor UEdl. aangenaem praesent, hetzelfde heeft mij veel meer volstaan dan de figuur, en verblijdde mij hetzelfde te besitten.

UEdl. Broeder passeerde laatst eenige uren bij mij, ik liet ZEdl. zien de machines welke ik gebruikte om de kunst te leeren, en toonde ZEdl. het waare geval waar in UEdl. instrument met het grootste succes kan gebruikt worden.

Wat de Tang van Smellie aangaat die heb ik voor UHedl. ontboden, en zal die bij d'Eerste gelegenheid UEdl. zenden. UEdl. meldt mij dat de Heer Correvout een tang van Smellie door mij had ontvangen, het doet mij leet dat ik moet zeggen nooit een eenige tang van Smellie aan iemand gegeven te hebben dan aan Mr. Louis te Parijs. De zaak zal dus zijn: over zes jaar heb ik eens eene tang van Smellie (welke nog zeer lang en met stompe haaken was, nergens in van die van Chapman verschillende dan in het scharnier) om de fraijgheid van het charnier doen copiëren van Bofinet, welke er misschien meer van gehad heeft, en een aan Correvout verkogt heeft hoe het zij de tang van Smellie zoo als die Heer ze verbeetert heeft is zeer different van zijne eerste, en wanneer wel gebruikt van een oneijndig nut; ik durf mij verstouten te zeggen dat de geklemde hoofden, van wat natuur de klemming zijn mag door deselve kan gered worden, van de moeilijkste gevallen heb ik oog-getuigen geweest; en had ik

het geluk UEdl. bij mij hier te zien ik geloove in staat te zijn UEdl. te overtuigen in mijne artificieele vrouw van welkers natuur UEdl. Broeder UEdl. nader zal onderhouden.

Wat mijne Lessen aanbelangt UEdl. weet zoo wel als ik dat die naa het Lijk moeten ingerigt worden welke de order altoos turbeert. Mijne analysis is nog niet in die order als ze hoort dog hoope voor de winter deselve in staat te hebben en ze UEdl. ten eersten te zenden.

Hier nevens eene omtrek van de tang welke UEdl. bevinden zal niet zeer van d'Uwe te differeren dan alleen in het scharnier. UEdl. zal de parallele in de figuur beeter zien. BC en BD zijn omtrend gelijk en verschillen alleen in de bogt. AB het handvat doet tot het instrument niet, bij Smellie is er een houtte heft aan.

Over veertien dagen hoope ik in Franeker te zijn, zullende mij zeer vereert houden met nu en dan een Lettertje van UEdl. te zien.

Ik recommandeere mij ten allerhoogste en blijve met agting UEdl. zeer Gehoorzaame en verpligte Dienaar

Petr. Camper

Camper begint met zijn dank en waardering uit te spreken voor het van Paulus de Wind ontvangen instrument, een tang, waarvan hij het gebruik aan de broeder van P. de Wind heeft gedemonstreerd in zijn „artificieele vrouw”, de „machine welke hij gebruikt om die kunst te leeren”, tegenwoordig bekend als het fantoom, waarop studenten zich oefenen voor hun artsexamen. De tang van De Wind is niet blijven leven in de medische historie, zoals trouwens over 't geheel weinig aandacht aan De Wind is besteed in de medisch-historische literatuur. Daarna spreekt Camper over de tang van Smellie, hoe deze aanvankelijk was en later door Smellie zelf veel verbeterd werd. Camper zegt dat de tang Smellie niet veel verschilt van die van De Wind, alleen in het scharnier. Het handvat bij de tang van Smellie is van hout, zo schrijft Camper. Hij maakte in deze brief ook twee tekeningen van de tang van Smellie, één van voren en één van terzijde gezien. Camper kon voortreffelijk tekenen en vele van zijn tekeningen zijn in de Bibliotheek van de Maatschappij. In het medisch-historisch museum in de Koestraat te Amsterdam is een tang van Smellie die met leer is bekleed.

Petrus Camper behoort tot de belangrijkste ge-

leerden van de 18e eeuw, volgens Goethe „Ein Meteor von Geist, Wissenschaft, Talent und Tüchtigkeit”. Hij is geboren in Leiden 11 mei 1722, waar hij ook studeerde en promoveerde. Hij bewoog zich op allerlei gebied; behalve medicus, chirurg en obstetricus was hij anatoom, anthropoloog en zoöloog. Ook bewoog hij zich op politiek gebied, hij was lid van de Raad van State. In 1750 werd hij hoogleraar in anatomie, chirurgie en wijsbegeerte te Franeker, in 1755 te Amsterdam en in 1763 te Groningen. Bij Franeker had hij een buitenplaats Klein-Lankum. Op 7 April 1789 is hij te 's-Gravenhage overleden. Petrus Camper deed ontdekkingen op zoologisch terrein en de gelaatshoek bij de mens werd door hem beschreven.

De bibliotheek van de Maatschappij is in het gelukkige bezit van door Camper gepubliceerde werken, van vele van zijn handschriften en tekeningen, en van een deel van zijn correspondentie.

Paulus de Wind, geboren te Middelburg in 1714, studeerde in Leiden en vervolgens in Parijs. In 1735 promoveerde hij in Leiden tot doctor medicinae, waarna hij zich in zijn geboorteplaats vestigde. Hij genoot een grote faam als steensnijder, hij was eerst stads-lithotomist, daarna provinciaal lithotomist en werd „Operateur van Zeeland” genoemd. Ook op verloskundig gebied had hij een grote naam, hij promoveerde op een dissertatie „De abortu” en hij schreef „'t Geklemd hoofd geredt” en ook: „De vraag, is het niet afbinden der navelstreng volstrekt doodelijk voor een eerstgeboren kind? onderzocht en beantwoordt”. Hij heeft het geheim van Roonhuijsen gekocht, doch volgens de onderhavige brief van Camper construeerde hij ook een eigen verloskundige tang.

Paul de Wind is in 1771 in Middelburg overleden.

Dr. J. A. van Dongen

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

Mej. M. de Boer promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Aspecten van de gebitsontwikkeling bij kinderen tussen vijf en tien jaar”. Promotoren waren Prof. R. W. Broekman en Prof. Dr. G. J. Leppink.

A. S. Botenga promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Selective bronchial and intercostal arteriography”. Promotor was Prof. Dr. J. R. van Ronnen.

O. H. Brouwer promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een

proefschrift getiteld: „Een bijzondere vorm van osteosclerose”. Promotor was Prof. Dr. J. R. Ronnen.

K. A. Dicke promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Bone marrow transplantation after separation by discontinuous albumin density gradient centrifugation”. Promotor was Prof. Dr. D. W. van Bekkum.

J. Hamerlynck te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Cytotoxic and other auto-antibodies against spermatozoa in relation to infertility in the human male”. Promotor was Prof. Dr. G. J. Kloosterman.

J. G. M. Keet te Den Haag promoveerde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De late gevolgen van enkelfracturen. Het resultaat van de primair conservatieve behandeling van enkelfracturen in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam in de jaren 1957 t/m 1966”. Promotor was Prof. Dr. G. Chapchal.

Mej. J. B. Krijgsman promoveerde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Eendimensionale echo-encefalografie bij normale pasgeborenen en zuigelingen”. Promotor was Prof. Dr. E. D. A. M. Schretlen. Co-promotor Prof. Dr. G. P. M. Horsten.

H. Sniijders promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De totale correctie van de tetralogie van Fallot”. Promotor was Prof. Dr. A. G. Brom.

Mevr. Mr. H. A. H. van Till-d'Aulnis de Bourouill promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de rechtsgeleerdheid op een proefschrift getiteld: „Medisch-juridische aspecten van het einde van het menselijk leven”. Promotor Mr. K. Wiersma.

D. W. van Toorn te Haren promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Diffuse interstitiele fibroserende longontstekingen”. Promotor was Prof. Dr. Th. Vossenaar.

Benoemingen:

Dr. H. M. van Praag is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de psychiatrie, in het bijzonder in de biologische psychiatrie.

Dr. G. S. Que is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de inwendige geneeskunde, in het bijzonder de leer der leverziekten.

Dr. G. J. Tammeling is benoemd tot bijzonder hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de respiratoire pathofysiologie.

Het huisartsenbestand in de drie grote steden

Per einde september 1970 hebben de leden der Tweede Kamer de heren Dusarduijn en De Vreeze (beiden K.V.P.) schriftelijke vragen gesteld aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid met betrekking tot de ontwikkeling van het huisartsenbestand in de drie grote steden en de provincies. Het waren de volgende vragen:

1. Is de staatssecretaris bereid zijn visie te geven op het cijfermatig overzicht betreffende de ontwikkeling van de huisartsenbezetting voor de drie grote steden en de provincies, dat met medewerking van het C.B.S. en de Geneeskundige Hoofdspectie voor de Volksgezondheid tot stand gekomen is en gepubliceerd in het „Algemeen Dagblad” van 27 september jl.?

2. Wil hij in het bijzonder zijn mening kenbaar maken over de uit genoemd persbericht blikkende, uiteenlopende interpretatie van bedoeld overzicht door de voorzitter van de Landelijke Huisartsenvereniging enerzijds en een van de medewerkers van voornoemde hoofdspectie anderzijds inzake de beoordeling van de recente ontwikkeling en vooruitzichten op korte termijn?

3. Zijn de betreffende gegevens nog nader te specificeren o.m. voor wat betreft de leeftijden van de huisartsen?

De staatssecretaris Dr. R. J. H. Kruisinga heeft d.d. 7 januari i.l. deze vragen als volgt beantwoord:

Het verschijnsel van een tekort aan vrouwkracht en mankracht in de volksgezondheidssector beperkt zich niet tot het huisartsentekort. Het is een uitingsvorm, één aspect van de zeer snelle ontwikkelingen die zich op het terrein van de volksgezondheid voordoen. Deze betekenen dat ondanks een van jaar tot jaar sterk toenemend personeelsbestand in vrijwel alle sectoren van werkers op het terrein van de gezondheidszorg er toch een relatief tekort blijft bestaan.

De toenemende behoefte wordt als gesteld in het onderhavige geval voornamelijk door de snelle ontwikkeling van de medische wetenschap en de toepassingsmogelijkheden daarvan veroorzaakt. Daarnaast spelen ter zake van de behoefte aan vrouwen mankracht ook andere factoren een rol. Van die andere factoren mogen hier bijvoorbeeld worden genoemd:

1. de veroudering van de bevolking;
2. schadelijke gevolgen van een stijgende welvaart voor de gezondheidszorg, zoals die, veroorzaakt door verkeersongevallen en ongezonde leef- en voedingsgewoonten;
3. het toenemend arbeidsintensieve karakter van

de gezondheidszorg door een verbetering van de kwaliteit van die zorg;

4. toenemend beroep dat vanuit de verschillende bevolkingsgroepen op de gezondheidszorgdiensten bij een stijgende welvaart wordt gedaan en dat op zich een toegenomen consumptie per hoofd van de bevolking in deze sector tot gevolg heeft.

Deze vier factoren spelen naast de snelle ontwikkeling van de medische wetenschap en technologie bij het ontstaan van het structurele tekort ook in de huisartsen-sector een belangrijke rol. Het tekort aan huisartsen is in die zin één enkel facet van een belangrijk vraagstuk van grote omvang. Naar verwacht mag worden zal het bovendien een vraagstuk van toenemende betekenis zijn.

De in het bedoelde overzicht gepubliceerde cijfers verschillen overigens niet wezenlijk van hetgeen hij, zo zegt de staatssecretaris, reeds op 24 maart jl. in een openbare vergadering van de vaste Commissie voor de Volksgezondheid meedeelde. De verder beschikbaar gekomen cijfers hebben het toen gestelde bevestigd. Inmiddels zijn zeer recent beschikbaar gekomen cijfers met een leeftijdsverdeling van de huisartsen per provincie. Deze zijn thans bepaald per 1-1-1970. Zij zijn in het hierbij gevoegde staatje vermeld.

De cijfers per provincie per 1 januari 1971 zullen zo spoedig mogelijk worden geanalyseerd.

Eveneens zijn beschikbaar gekomen de cijfers van het aantal geneeskundigen exclusief de in het buitenland verblijvende per categorie naar gemeente. (Deze cijfers zijn als bijlage bij deze beantwoording gevoegd en liggen op de bibliotheek ter inzage van de leden der Tweede Kamer.)

Uit de verder beschikbaar gekomen gegevens, aldus gaat de staatssecretaris verder, blijkt ook hetgeen van de zijde van de Geneeskundige Inspectie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid werd gesteld, dat de leeftijdsopbouw van het huisartsenbestand in de periferie van het land gunstiger is dan in de randstad.

Het is wellicht interessant te veronderstellen, in elk geval voor deze beroepsgroep, dat terwijl in tal van landen „de vlucht naar de stad” een groot probleem vormt, in ons dichtbevolkte land voor deze beroepsgroep het omgekeerde zich voltrekt namelijk een „vlucht uit de dichtbevolkte randstad”. Er lijkt een kennelijke voorkeur te bestaan voor de huisarts te werken buiten de randstad. De jonge huisarts in het bijzonder lijkt die voorkeur te hebben om te arbeiden buiten de verstedelijkte gebieden in Noord- en Zuid-Holland. Dit geeft in sommige grote steden ongetwijfeld belangrijke spanningen ter zake

van het huisartsenbestand. Hierbij speelt zoals van de zijde van de inspectie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid ook is gesteld overigens niet alleen het artsendichtheidscijfer een rol maar tevens andere factoren als hoge flats, verkeers- en parkeerproblemen.

Overigens is terecht in het vermelde overzicht de aandacht gevestigd op de belangrijke veranderingen in het aantal afstuderenden in de geneeskunde die zich in de eerstkomende jaren zullen voordoen.

Juist is hetgeen daarin is gesteld dat het aantal afstuderende artsen thans zeer belangrijk toeneemt. Dit jaar 1971 reeds mogen meer dan 1000 afstuderenden in de geneeskunde per jaar worden verwacht tegen ruim 700 in 1969. Van 1960 tot en met 1965 was dat cijfer steeds beneden 500.

Een ruwe schatting van het aantal te verwachten afgestudeerden in de geneeskunde in de volgende jaren is als volgt:

1971	1070
1972	1100
1973	1125
1974	1300
1975	1270
1976	1500
Totaal	7365

Het aantal medische studenten per 10 miljoen inwoners is in ons land belangrijk hoger dan in ons omringende landen. Ter zake verwijst de staatssecretaris naar de studie van de Wereld Gezondheids Organisatie „Demography of medical education”. Het is bijvoorbeeld meer dan tweemaal zo hoog als in Engeland.

Behalve in de uitzonderlijke naoorlogse jaren 1945 en 1946 was het aantal eerstejaars medische studenten in ons land nimmer hoger dan 1000 tot het jaar 1963. In dat jaar is het boven 1000 geweest en sindsdien zijn steeds aanmerkelijk meer eerstejaars dan dat aantal hun studie aangevangen.

ADRESWIJZIGINGEN

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

De aan de staatssecretaris uitgebrachte prognoses geven aan dat er in 1980 ruim 23.000 artsen zullen zijn, hetgeen ongeveer 7.500 dat is 50 procent meer is dan thans. Deze belangrijke artsendichtheidstoename in het komende tiental jaren zal naar alle verwachting zijn invloed ook op de huisartsendichtheid in het komend tiental jaren in positieve zin doen gelden. In dit verband wordt verwezen naar het rapport van de Commissie artsenbehoefte van de Gezondheidsraad (gepubliceerd in M.C. no 14/1969, blz. 379).

Het totaal aantal werkzame huisartsen in ons land bedroeg voorts per 1 januari 1969: 4.472; per 1 januari 1970: 4.492. De voorlopige cijfers van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid bedragen per 1 september 1970: 4.510 werkzame huisartsen.

De juist gepubliceerde cijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek geven voorts een dichtheidsprognose van 36 huisartsen per 100.000 inwoners in 1970 hetgeen iets boven de cijfers van 1969 van 35 huisartsen per 100.000 ligt.

De staatssecretaris deelt in zijn antwoord tenslotte mede dat hij contact heeft opgenomen met de Landelijke Huisartsen Vereniging teneinde na te gaan op welke wijze het best het hoofd kan worden geboden aan moeilijkheden optredend tengevolge van de verscheidenheid van de huisartsendichtheid in de verschillende delen van ons land.

Leeftijdsverdeling van de huisartsen per provincie, 1-1-1970

Leeftijdsgroepen	Gro- ningen	Fries- land	Drenthe	Over- ijssel	Gelder- land	Utrecht	Noord- Holland	Zuid- Holland	Zeeland	Noord- Brabant	Limburg	Totaal
Aantal jonger dan 45 jaar	120	112	73	165	274	137	368	437	56	302	169	2213
% van het totaal	62,8	53,8	55,7	54,5	52,8	45,5	44,1	42,8	45,5	54,6	54,7	49,3
Aantal 45-64 jaar	59	88	55	127	222	145	387	482	58	229	122	1974
% van het totaal	30,9	42,3	42,0	41,9	42,8	48,2	46,4	47,3	47,2	41,4	39,5	43,9
Aantal ouder dan 65 jaar	12	8	3	11	23	19	79	101	9	22	18	305
% van het totaal	6,3	3,4	2,3	3,6	4,4	6,3	9,5	9,9	7,3	4,0	5,8	6,8
Totaal aantal	191	208	131	303	519	301	834	1020	123	553	309	4492

Samenstelling hoofdbestuur en dagelijks bestuur in 1971

In de op zaterdag 9 januari 1971 gehouden vergadering van het hoofdbestuur is *Prof. Dr. Th. Vossenaar* te Utrecht gekozen tot voorzitter van de Maatschappij.

Tot ondervoorzitter is gekozen *Dr. R. Vermeer* te Goes; tot leden van het dagelijks bestuur voorts *Dr. J. Hage*, Tilburg, *J. J. de Konink*, Akkrum en *Dr. F. H. J. Kortenhorst*, Delft; tot plaatsvervangende leden van het dagelijks bestuur *Dr. J. A. Dallmeijer*, Amsterdam, *Dr. E. D. Eggink*, Groningen en *Dr. A. E. Leuftink* te Hoog-Keppel.

De samenstelling van het hoofdbestuur en het dagelijks bestuur voor 1971 is daardoor thans als volgt (de datum achter de naam geeft aan wanneer de zittingsperiode is beëindigd):

Hoofdbestuur

Prof. Dr. Th. Vossenaar, specialist-arts in dienstverband, Prinsesselaan 1, Utrecht, voorzitter (31-12-1973);

Dr. R. Vermeer, arts in dienstverband, Vogelzangsweg 52, Goes, ondervoorzitter (31-12-1974);

Dr. J. L. A. Boelen, specialist, Blekerssingel 22-23, Gouda (31-12-1976);

O. G. E. de Boer, huisarts, P. C. Hooftplein 10a, Rotterdam (31-12-1975);

W. C. de Boer, Tooropstraat 44, Arnhem, lid van het Centraal Bestuur van de L.A.D.;

W. van Bork, specialist, Koestraat 20, Zwolle (31-12-1975);

Dr. J. A. Dallmeijer, huisarts, Oldambtstraat 11, Amsterdam (31-12-1974);

Dr. E. D. Eggink, specialist, Helper Essegweg 14, Groningen (31-12-1972);

Dr. J. Hage, specialist, Bredaseweg 588, Tilburg (31-12-1971);

J. Helfrich, Oosterhoffstraat 12, Oldehove, lid van het Centraal Bestuur van de L.H.V.;

J. J. de Konink, huisarts, Leeuwarderstraatweg 3, Akkrum (31-12-1973);

Dr. F. H. J. Kortenhorst, huisarts, Julianalaan 63, Delft (31-12-1971);

Dr. A. E. Leuftink, arts in dienstverband, Dubbel-tjesweg 9, Hoog-Keppel (31-12-1974);

L. Th. G. Rozeman, specialist, Vijverweg 10, Sittard (31-12-1976);

Dr. H. W. A. Sanders, specialist in opleiding, Uiverlaan 111, Helmond (31-12-1976);

Mej. E. Smit, arts in dienstverband, Duivelandse-laan 5, Amstelveen (31-12-1976);

Dr. C. H. J. Stockmann, Rotterdamse Rijweg 129, Rotterdam, lid van het Centraal Bestuur der L.S.V.;

F. H. Veldhuyzen van Zanten, Stadhouderslaan 10, Gouda, voorzitter van de Raad van Beroep;

Dr. R. M. Versteegh, Wilhelminapark 33, Utrecht, voorzitter van de L.S.V.;

H. Voorzanger, Mensinge 50, Amsterdam-Buiten-veldert, voorzitter van de L.A.D.;

Dr. Y. van der Wielen, arts in dienstverband, Watervlietstraat 56, Voorburg (31-12-1972).

F. N. M. Bierens, Keppelseweg A 134, Wehl, voorzitter van de L.H.V.

Aan de vergadering van het hoofdbestuur nemen deel:

F. A. Bol, Molenstraat 6, Schoonoord (Dr.), hoofd-redacteur van Medisch Contact;

Drs. P. Brandes, Meander 781, Amstelveen, secre-taris van de Maatschappij;

J. Diepersloot, Oranje Nassaulaan 70, Zeist, secretaris-generaal van de Maatschappij;

Mevr. Dr. L. Hemmes, Bachlaan 30, Heemstede, vertegenwoordigster van het Interfacultair Overleg Geneeskunde;

J. J. van Mechelen, Minervalaan 67¹¹, Amsterdam, journalistiek adviseur van de Maatschappij;

*Mr. W. B. van der Mij*n, Utrechtseweg 319, De Bilt, secretaris van de Maatschappij;

Dr. H. Roelink, Burg. van Tuylllaan 8, Zeist, secretaris van de Maatschappij;

F. Sturmans, Kasteellaan 25, Druten (Dr.), verte-genwoordiger van de Algemene Nederlandse Ver-eniging voor Sociale Geneeskunde.

Dagelijks Bestuur

Prof. Dr. Th. Vossenaar, voorzitter;

Dr. R. Vermeer, ondervoorzitter;

Dr. J. Hage;

J. J. de Konink;

Dr. F. H. J. Kortenhorst;

F. N. M. Bierens, voorzitter van de L.H.V.;

Dr. R. M. Versteegh, voorzitter van de L.S.V.;

H. Voorzanger, voorzitter van de L.A.D.;

Dr. J. A. Dallmeijer, plaatsvervanger;

Dr. E. D. Eggink, plaatsvervanger;

Dr. A. E. Leuftink, plaatsvervanger.

Aan de vergaderingen van het dagelijks bestuur nemen deel:

Drs. P. Brandes, secretaris;

J. Diepersloot, secretaris-generaal;

J. J. van Mechelen, journalistiek adviseur;

*Mr. W. B. van der Mij*n, secretaris;

Dr. H. Roelink, secretaris.

Utrecht, 11 januari 1971

Dr. H. Roelink secretaris

Korte verslagen vergaderingen hoofdbestuur

Kort verslag van de vergadering van het hoofdbestuur gehouden op zaterdag 7 november 1970 in het gebouw van de Maatschappij, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Voorzitter: Dr. L. van der Drift.

De voorzitter opent om 13.30 uur de vergadering.

Na de goedkeuring van het puntenverslag en de notulen van de hoofdbestuursvergadering van 10 oktober 1970 wordt mededeling gedaan over het compromis dat tussen de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband en de Nederlandse Vereniging van Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde is gevonden inzake de aansluiting bij de Nederlandse Centrale van Hoger Personeel.

Notitie inzake de brief van de voorzitter van de Militair Geneeskundige Raad. Door de Militair Geneeskundige Raad werd aan het hoofdbestuur gevraagd of een arts in militaire dienst, die zich niet uitdrukkelijk en op basis van vrijwilligheid daartoe bereid heeft verklaard, kan worden verplicht de geneeskunst uit te oefenen. Het hoofdbestuur heeft zich met grote nadruk uitgesproken voor de opvatting dat de mogelijkheid om een arts op te dragen de geneeskunst uit te oefenen en met name patiënten te behandelen, zonder dat hij zich hiertoe vrijwillig heeft bereid verklaard, niet bestaat en in elk geval niet mag bestaan. De arts-patiënt relatie brengt uit haar aard mede dat het element van vrijwilligheid een wezenlijk element is. Juist de hoogst-persoonlijke en volstrekt onvervreemdbare eigen verantwoordelijkheid maakt een verplichting daar, waar vrijwilligheid ontbreekt, onaanvaardbaar.

Huisartsenregistratie. Naar aanleiding van een schrijven van het centraal bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging en een notitie van het secretariaat inzake de huisartsenregistratie wordt besloten een werkgroep in te stellen ter voorbereiding van verder te nemen stappen met betrekking tot de totstandkoming van een huisartsenregistratie. In deze werkgroep zullen zitting hebben Vossenaar, Hage, Van der Leeuw, Dokter, De Jager, Van der Mijn en Roelink.

Begroting L.A.D. 1971. Het hoofdbestuur besluit hierover gunstig te adviseren, nadat nog gewezen is op de hoogte van de contributie-afdracht aan de Centrale van Hogere Ambtenaren en de Nederlandse Centrale van Hoger Personeel.

Begroting Landelijke Huisartsen Vereniging 1971. Het hoofdbestuur besluit een gunstig advies over deze begroting uit te brengen.

Wijziging huishoudelijk reglement Landelijke Huisartsen Vereniging. Gehoord de mededeling dat

overleg over deze wijzigingen heeft plaatsgevonden met het secretariaat van de K.N.M.G., gaat het hoofdbestuur akkoord met deze wijzigingen.

S.E.R.-Structuurcommissie inzake kosten geneeskundige verzorging. De Landelijke Specialisten Vereniging zou verdere bestudering van het vraagstuk van een volksverzekering zeker willen entameren. Van de zijde van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband zou men in een aan de S.E.R.-Structuurcommissie te zenden antwoord een zinsnede willen opnemen waarin de Maatschappij haar bereidheid uitspreekt mee te denken over een optimale vorm van de gezondheidszorg. Na uitvoerige discussie gaat het hoofdbestuur met het concept akkoord en laat de gedetailleerde uitwerking over aan de voorzitter en het secretariaat.

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Het hoofdbestuur neemt met instemming kennis van het concept-rapport inzake de Geestelijke Gezondheidszorg en van de voorstellen in het rapport tot verbetering van de situatie op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg, die het hoofdbestuur als juist voorkomen.

Comité Permanent. De vertegenwoordiger van de Maatschappij in het Comité Permanent doet mededeling van enige organisatorische problemen rond het secretariaat van het Comité Permanent. De voorzitter verklaart zich bereid in de komende vergadering van het Comité Permanent met het oog op dit punt aanwezig te zijn.

Tenslotte delen Gerlings en Brenkman mede voor het laatst aanwezig te zijn geweest als respectievelijk vertegenwoordiger van het Interfacultair Overleg Geneeskunde en vertegenwoordiger van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde. De voorzitter dankt hen voor hetgeen zij in hun functie ten behoeve van het hoofdbestuur hebben gedaan.

Te 18.30 uur sluit de voorzitter de vergadering.

*
**

Kort verslag van de vergadering van het hoofdbestuur op zaterdag 12 december 1970, gehouden in het gebouw van de Maatschappij, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Voorzitter: Dr. L. van der Drift.

De voorzitter opent om 13.30 uur de vergadering.

Instelling Commissie Medisch Contact-Maatschappij. Na de goedkeuring van het verslag van de hoofdbestuursvergadering van 7 november 1970 wordt het antwoord van het bestuur van Medisch Contact op de brief van de Maatschappij inzake het

instellen van een gemengde commissie van Medisch Contact en Maatschappij terzake van de positie van Medisch Contact t.o.v. de Maatschappij besproken. Besloten wordt een en ander nader in de vergadering van het dagelijks bestuur van 22 december 1970 te behandelen en het daarna weer in de hoofdbestuursvergadering van 9 januari 1971 aan de orde te stellen.

Voortgezette bespreking van het rapport over de public relations (rapport-Hollander). Het probleem van de public relations wordt ter verdere bestudering aan de Sectie Algemene Aangelegenheden teruggegeven.

De nota van het secretariaat inzake de leden-service. Deze wordt na een korte bespreking weer op de agenda van de volgende hoofdbestuursvergadering geplaatst teneinde de L.H.V. en L.A.D. nog gelegenheid te geven binnen interne kring van gedachten te wisselen over dit onderwerp.

Oriënterende bespreking van het drugprobleem. Er zal een commissie worden ingesteld, die zal bestuderen in hoeverre het gewenst is, dat de Maatschappij een uitspraak inzake het drugprobleem doet en zo ja, in welke richting deze uitspraak zal gaan. In de vergadering van het dagelijks bestuur van 22 december 1970 zal nader worden ingegaan op de samenstelling van de commissie.

Verslag van de vergadering met districtsvoorzitters en -secretarissen op 26 november 1970. Het verslag wordt, zonder veel verdere discussie, voor kennisgeving aangenomen.

De problematiek van de opleiding tot huisarts. Terzake van dit onderwerp wordt gediscussieerd naar aanleiding van een ingekomen schrijven van de L.H.V. Er zal voor de komende vergadering van het dagelijks bestuur door het secretariaat een concept-brief aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen worden opgesteld, waarin het standpunt van het hoofdbestuur zal worden neergelegd.

Notitie van het secretariaat inzake medische verzorging van politieke gevangenen. Bij de behandeling van deze notitie wordt besloten, dat een schrijven zal worden gezonden aan degenen, die over deze problematiek aan het hoofdbestuur vragen hebben gesteld.

Opheffing van de Huishoudelijke Commissie. Deze commissie wordt opgeheven onder dankzegging voor de aan de Maatschappij bewezen diensten. Een der leden van de commissie zal zo nodig persoonlijk advies aan de Maatschappij blijven geven.

Benoeming c.q. herbenoeming van medische specialisten in het Centraal College. Het hoofdbestuur

gaat akkoord met het schrijven van het Centraal Bestuur der L.S.V. inzake de benoeming c.q. herbenoeming van medische specialisten in het Centraal College.

Besluiten no. 1 en 2 van het College voor Sociale Geneeskunde. Het hoofdbestuur kan zich verenigen met deze besluiten, houdende algemene bepalingen en opleidingseisen voor de tak arbeids- en bedrijfs-geneeskunde.

Interimadvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake de financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg. Behoudens enkele opmerkingen kan het hoofdbestuur zich geheel achter dit interimadvies stellen.

De aanwijzing van een vertegenwoordiger, resp. plv. vertegenwoordiger in de Raad voor de Luchtverontreiniging. In het dagelijks bestuur van 22 december 1970 zullen deze vertegenwoordigers worden aangewezen.

Mededelingen

Van de zijde van de L.S.V. wordt een mededeling gedaan over de samenstelling van het College Ziekenhuisvoorzieningen en de besprekingen met de Amsterdamse Specialisten Vereniging inzake de richtlijnen voor particuliere tarieven.

Van de zijde van de L.A.D. wordt een verslag gegeven van het contact met de Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen, terwijl tevens melding wordt gemaakt van de onrust ten aanzien van bepaalde problemen, die ontstaan zijn bij medici, werkzaam aan de medische faculteiten.

Van de zijde der Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde wordt medegedeeld dat, naar aanleiding van publikaties in 1970, een werkgroep inzake keuringen is ingesteld. Deze werkgroep zal de problematiek van de aanstellingskeuringen bezien, waarbij noodzakelijkerwijs het aspect van de pensioenkeuring aan de orde komt.

Tenslotte wordt nog mededeling gedaan over de contacten van de Maatschappij met de kritiese artsen.

Bij de rondvraag wordt nog nader ingegaan op bepaalde vergoedingen, in het bijzonder de auto-vergoeding van bestuursleden, de wettelijke pensioenregeling voor huisartsen en de uitzending van de ombudsman inzake klachten van patiënten over behandelende artsen. Ook de zorg voor de buitenlandse gastarbeiders is nog een punt van discussie. Het blijkt, dat zich op dit gebied allerlei activiteiten aan het ontwikkelen zijn.

Om 19.15 uur sluit de voorzitter de vergadering.

Kandidaatstelling nieuwe leden van het hoofdbestuur

De Algemene Vergadering zal op 30 oktober 1971, ingevolge artikel 404 van het huishoudelijk reglement, twee nieuwe leden van het hoofdbestuur moeten kiezen in de vacatures, welke op 31 december 1971 ontstaan door het aftreden van:

*Dr. J. Hage, specialist, Tilburg, en
Dr. F. H. J. Kortenhorst, huisarts, Delft.*

De kandidaatstelling geschiedt volgens artikel 304 van het huishoudelijk reglement der Maatschappij dat luidt:

1. Ieder lid heeft het recht vóór 1 februari één of meer personen schriftelijk aan te bevelen bij het bestuur zijner afdeling.
2. Elke afdeling heeft het recht vóór 15 maart aan de secretaris-generaal der Maatschappij voor elke open plaats de naam op te geven van een kandidaat, die bereid is de kandidatuur aan te nemen.
3. Indien na 15 maart blijkt, dat het aantal gestelde kandidaten kleiner is dan of gelijk is aan het aantal vakatures, geeft het H.B. hiervan vóór 1 april kennis aan de afdelingen, met verzoek deze kandidatenlijst vóór 1 mei aan te vullen. Indien op 1 mei het aantal kandidaten nog niet dat der vakatures met ten minste één overschrijdt, vult het H.B. de kandidatenlijst aan.

Utrecht, 12 januari 1971

Mr. B. Schultsz, adj. secretaris

MC | VAN HET CENTRAAL BESTUUR L.H.V.

De basiskeuring

De Commissie Keurings- en Controletarieven van de L.H.V. kan met voldoening vaststellen dat de keuring zoals vastgelegd in het basiskeuringsformulier, een blijvende plaats heeft gekregen in het keuringsbeleid van de Nederlandse arts. Het uitgangspunt: één keuring als minimumbasis voor alle keuringen, is logisch geweest. Het gaf zowel arts als opdrachtgever de maatstaf van wat voortaan onder een keuring verstaan zou worden.

Dit idee heeft duidelijk geappelleerd aan een gevoel voor een juist organisatorisch beleid, blijkens het feit dat een zeer groot deel der artsen die met keuringen belast zijn, het basiskeuringsformulier geadopteerd heeft.

Tot voldoening stemde het eveneens dat op enkele universiteiten het formulier voor onderwijsdoeleinden gebezigd wordt.

Tarief

Een niet gering bijkomstig voordeel was ook dat,

met invoering van het basiskeuringsformulier, met één slag alle moeilijkheden over het vaststellen van keuringstarieven voor de honderden verschillende keuringen, die het bedrijfsleven kende, tot het verleden behoorde. Immers nu eenmaal de norm van de keuring geaccepteerd werd, was het gemakkelijk een norm voor de keuringskosten vast te stellen, passend in het tarievenbeleid der L.H.V. (derhalve ook „automatisch” gerelateerd aan de geldontwaarding) en aanvaardbaar voor opdrachtgevers.

Het tarief is met ingang van 1 januari 1971 f 48,50.

Bedrijfsartsen

De bedrijfsarts is als regel niet betrokken bij het financieel gemak van het uniforme tarief.

Dat uit deze groep zeer velen het eigen keuringsformulier hebben vervangen door het basiskeuringsformulier (ook in enkele van onze grootste industrieën) kan met voldoening gemeld worden. In enkele de commissie bekende gevallen was bij het vaststellen van salarissen de omvang der basiskeuring en het daarvoor geldende tarief, mede bepalend.

Streven

Het streven der commissie blijft onverminderd: „één keuring als basis, voor alle keuringen van Nederlandse artsen”. Zij hoopt dat collegae die plaatsen bekleden, waarin hen het introduceren van de BASISKEURING mogelijk is, steun verlenen aan dit streven.

Wijzigingen

De eerste oplage van het formulier en de laatste verschillen in menig opzicht. Met wensen en raad van de gebruikers werd zeer vaak rekening gehouden, resulterende in een aantal veranderingen en „verfijningen”. Ook in de toekomst hoopt de commissie op de kritische belangstelling van de collegae.

Levensverzekeringen

Herhaaldelijk bereikte de commissie het verzoek te bevorderen dat het formulier ook voor de levens- en pensioenkeuringen kon worden gebezigd. Ook in de ledenvergadering werden deze vragen aan de orde gesteld. De commissie zal, na aanpassing van het formulier, deze kwestie opnieuw aanbinden en hoopt dat ook het verzekeringswezen eerlang bereid zal zijn de basiskeuring te adopteren.

Verkrijgbaar

Het formulier is verkrijgbaar bij: Uitgevers- en Drukkersmij N.V. F. VAN ROSSEN, Laurierstraat 246, Amsterdam, telefoon (020) 245803.

Utrecht, 14 december 1971

De Commissie Keurings- en
Controletarieven der L.H.V.

Mededeling

1. Honorering van medische specialisten optredend als deskundigen in beroep- en strafzaken

Besprekingen van een vertegenwoordiging van de Landelijke Specialisten Vereniging met het ministerie van Justitie over herziening van de geldende tarieven voor onderzoek en rapportage door medische deskundigen in beroep- en strafzaken, hebben recentelijk geleid tot een algemene maatregel van bestuur tot wijziging van het Besluit tarieven in strafzaken en van het Beroepsreglement.

Deze algemene maatregel van bestuur betreft een tariefvaststelling voor respectievelijk 1969 en 1970, en ten slotte met ingang van ult. 1970 een nieuwe honoreringsstructuur voor de vaste deskundigen voor de raden van beroep.

In onderstaand overzicht van de gewijzigde tarieven zijn de tarieven ingaande 1 januari 1970 aangegeven, met daar achter tussen haakjes de tarieven voor 1969.

Besluit tarieven in strafzaken

1. Voor werkzaamheden, als bedoeld in artikel 3, lid 1, sub a van de Wet tarieven in strafzaken*, zijn vergoedingen verschuldigd, berekend naar de volgende tarieven:

1. aan geneeskundigen, tot uitoefening van de praktijk in Nederland bevoegd voor:

a. psychiatrisch onderzoek, inclusief het opmaken van een rapport, naar gelang van de uitgebreidheid der gegeven motivering f 335,— tot f 445,— (f 330,— tot f 415,—), indien het onderzoek omvangrijker is dan normaal, na overleg met de opdrachtgever, ten hoogste f 665,— (f 620,—);

b. onderzoek van een geestelijk gestoorde en afgifte van een verklaring, benodigd voor gedwongen opname van de patiënt in een inrichting voor geestelijk gestoorde f 55,50 (f 51,75);

c. onderzoek en afgifte van een verklaring om-

* Dit zijn werkzaamheden voor zover voortvloeiend uit een verzoek of opdracht van de justitie ten behoeve van:

a. strafzaken, hieronder begrepen zaken betreffende overtredingen waarvan de burgerlijke rechter kennis neemt;

b. zaken waarin het Openbaar Ministerie optreedt ter uitvoering van de wet en waarvan de burgerlijke rechter kennis neemt.

trent de conclusies van dat onderzoek door een controlerend geneeskundige of een rayonarts f 9,65 (f 9,—), indien het onderzoek met spoed moet worden verricht f 19,30 (f 18,—);

d. inwendige lijkschouwing, inclusief histologisch en bacteriologisch onderzoek, de daarvoor vereiste benodigdheden en het opmaken van een rapport f 195,50 (f 182,50);

e. uitwendige lijkschouwing, inclusief het opmaken van een rapport f 24,45 (f 22,80).

IV. voor werkzaamheden, waarvoor geen speciaal tarief is bepaald, naar gelang de werkzaamheden niet, of in mindere mate in wetenschappelijke of bijzondere aard zijn, ten minste f 4,80 per uur (f 4,50); en ten hoogste f 55,50 per uur (51,75), met dien verstande dat:

a. voor verrichtingen van medische aard de vergoedingen worden berekend volgens door onze minister van Justitie vast te stellen tarieven;

b. voor verpleging in een inrichting tot verpleging of genezing de vergoeding wordt berekend naar de daartoe geldende tarieven-derde klas.

2. Deze tarieven worden met de helft verhoogd voor werkzaamheden, die ingevolge het daartoe strekkende verzoek of de gegeven opdracht moet worden verricht op:

a. zaterdag tussen 0 en 8 of 13 en 24 uur;

b. zondag;

c. een in artikel 3 van de Algemene Termijnenwet genoemde algemeen erkende feestdag of een bij of krachtens dat artikel daarmede gelijkgestelde dag;

d. een andere dag, dan onder a-c omschreven, tussen 0 en 8 of 20 en 24 uur.

Artikel 2

1. Wegens tijdverzuim, als bedoeld in artikel 3, lid 1, sub b, van de Wet tarieven in strafzaken, zijn vergoedingen verschuldigd berekend naar de volgende tarieven:

1. Aan geneeskundigen tot uitoefening van de praktijk in Nederland bevoegd f 40,75 tot f 55,50 per uur;

2. De in het eerste lid bedoelde vergoeding komt voor de tijd aan de reis besteed niet toe aan geneeskundigen, vertalers, tolken en andere personen, aan wie werkzaamheden zijn opgedragen van wetenschappelijke of bijzondere aard.

Artikel 3

1. Voor een gedeelte van een uur gelijk aan een half uur of korter is de halve uurvergoeding verschuldigd, voor een gedeelte langer dan een half uur is de hele uurvergoeding verschuldigd.

2. Per dag is voor tijdverzuim ten hoogste een vergoeding voor 9 uren verschuldigd.

Artikel 4

1. Voor met het tijdverzuim verband houdende noodzakelijke kosten wordt vergoeding gegeven tegen overlegging van een bewijs van betaling.

2. Indien vergoeding wordt toegekend voor een plaatsvervanger, wordt de voor tijdverzuim toe te kennen vergoeding daarop in mindering gebracht.

Artikel 6

1. Voor reis- en verblijfkosten als bedoeld in artikel 6 van de Wet in strafzaken zijn vergoedingen verschuldigd berekend naar de volgende tarieven:

1. aan personen, als bedoeld in artikel 2, lid 2 f 1,60 per retourkilometer; het aantal retourkilometers wordt berekend naar de kortste reisroute, met dien verstande dat voor de eerste 4 retourkilometers geen vergoeding wordt gegeven.

Beroepsreglement

Tegelijk en in samenhang met de herziening van de tarieven voor strafzaken ondergingen de tarieven voor beroepszaken een aanpassing voor resp. 1969 en 1970. Met ingang van 1971 zal een structurele herziening van de honorering van de rapportage van de vaste deskundigen voor de raden van beroep worden doorgevoerd, waarbij de honorering op uur-basis plaatsvindt.

Ten slotte zij nog vermeld dat voor de honorering van de zgn. hulponderzoekingen binnenkort een afzonderlijke regeling wordt getroffen bij ministerieel besluit.

II. Herziening tarieven voor keuringen betreffende gezichts- en gehoororganen ten behoeve van de Scheepvaartinspectie

Naar aanleiding van een voorstel van de L.S.V. om een trendmatige aanpassing van de keurings-tarieven voor de Scheepvaart te realiseren, zijn door de Scheepvaartinspectie met ingang van 14 augustus 1970 de volgende tarieven vastgesteld voor betrokken deskundigen:

1. voor een keuring van het gezichts- en gehoororgaan van een gediplomeerde hoogstens f 26,—; voor een keuring van het gezichts- of gehoororgaan van een niet-gediplomeerde hoogstens f 19,50.

2. voor een herkeuring van het gezichts- of gehoororgaan door een scheidsrechter, hoogstens f 62,—.

Utrecht, 6 januari 1971

Dr. J. P. M. Lelkens,
secretaris der
Landelijke Specialisten Vereniging

Medische informatiekaart

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

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

Rectificaties

Prof. Heringa's „Gelukwensen en overpeinzingen” in M.C. nr. 1/1970 kwamen op één punt niet helemaal duidelijk over. Op bladzijde 5, linkerkolom, had de zin beginnend op regel 25 er zo uit horen te zien:

„Zou niet wat Rümke leert over het levend organisme, namelijk dat in de ontwikkeling van de mens steeds stadia van desintegratie en van reïntegratie op hoger niveau elkaar moeten afwisselen, dat er dus „nuttige desintegratie” bestaat, ook gelden voor gemeenschappen?”.

„Artsen in verzet”, een redactioneel artikel in hetzelfde nummer, miste een regel op bladzijde 26, voorlaatste alinea. De betreffende passage luidde correct:

„Is het dan geen noodzakelijke vorm van politiek, samen met de ander te trachten verandering te brengen in een situatie waarin wij (ik, de ander) ons bedonderd voelen, „ook als de veronderstelling juist zou zijn, dat die situatie onveranderlijk is, een veronderstelling die voor de mens niet te aanvaarden is” (Milikowski), het koste wat het kost?”.

Enkele anti-revaliderende aspecten van het sociale recht

In het vorige nummer van Medisch Contact, nr. 2/1971, bladzijde 53, werd een uitvoerige beschouwing gepubliceerd van de hand van Dr. C. P. Dubbelman, lector in de Leer van de revalidatie en reactivering, en Dr. J. F. Rang, juridisch medewerker aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde, beiden verbonden aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. Deze publikatie verscheen onder de kop: „Enkele revaliderende aspecten van het sociale recht”. De aandachtige lezer zal hebben begrepen dat door deze „vlag” de „lading” allerminst werd gedekt, integendeel.

Vanwege een betreurenswaardige black-out van de eindredacteur van M.C. is de weergave van de essentie van de betreffende beschouwing in deze kop weggevalen. Boven dit artikel had uiteraard moeten staan: „Enkele anti-revaliderende aspecten van het sociale recht”.

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

ABORTUS EN ATTITUDE

Antwoord aan de Redactie, naar aanleiding van haar naschrift bij mijn ingezonden stuk (M.C. nr. 51/1970, blz. 1397):

Voor zover het een huisarts mogelijk is, heb ik kennis genomen van de vele discussies over de abortus provocatus in dit blad. Ik kan heus de weelderige bloei van genuanceerde gedachten wel waarderen. Toch miste ik iets. En dat is: het heel nuchtere besef, dat de abortus niet wordt verricht met argumenten, maar met *handen*. En dat deze handeling maar één direct doel heeft: menselijk leven te doden. Dit is een naakt feit, dat geen nuances toelaat, maar ook zó elementair, dat het in geen enkele discussie of indicatiestelling mag ontbreken. Stel hier tegenover, dat de noodzaak van een abortus praktisch nooit aanwezig is. In feite wordt in de dagelijkse praktijk van de abortus meer en meer de elementaire contra-indicatie + artseneed onder de tafel geschoven en dreigt de abortus als een verworvenheid te worden binnengehaald. Voor medici moet dit onaanvaardbaar zijn.

Maar het merendeel der propagandisten is gerecruteerd uit niet-medische faculteiten, en voor hen ligt de werkelijke act van het doden buiten de periferie van het gezichtsveld. Hun attitude zou aanmerkelijk aan realiteit winnen, als zij zelf deze „kleine ingreep” ter hand konden nemen. Nu de trivialiteit van de abortus bewust of onbewust wordt verdoezeld, doet dit standpunt denken aan de salonfilantropie van een notabel dameskransje.

Wat de door de redactie gewraakte passage betreft: het wil er bij mij toch echt niet in, dat iemand — met de hand op het hart — geloof hecht aan een verzinsel, waar de opportuniteit in dikke stralen van af druipt.

Ten slotte moge ik de redactie vragen, waarom zij het opschrift van mijn artikeltje eigenmachtig heeft gewijzigd. Wil zij benadrukken, dat de abortus voorop gaat en de attitudes daar achteraan lopen? Dat is predies wat ik signaleerde, maar dan onder protest.

Den Haag, 3 januari 1971

J. J. A. Lindner, arts

ABORTUS PROVOCATUS, NEEN!

In het boek „Treblinka” van J. F. Steiner (1967) was ik gefraspeerd door de interpretatie, die door een bepaalde gevangene, zekere Kurland, aan hetgeen daar gebeurde werd gegeven. De gedachte van Kurland wordt door de auteur als volgt weergegeven: „Hij zag in deze gebeurtenissen de uitvoering van de Goddelijke wil. Ja werkelijk, als God bestaat, en Kurland meende dat hij bestond, dan kan er niets gebeuren wat Hij niet heeft gewild. Maar, gezien God niet een arbitrair wezen is, moet dat alles ook een betekenis hebben. Het slachtofferen van zijn volk kon God niet zonder bedoeling doen. Dit moest een vreselijke waarschuwing betekenen. Het was op dit punt, dat de gedachte van Kurland afweek van die van het merendeel der religieuze joden. Waar immers deze orthodoxen in de decimering van de joden slechts een tot de joden gerichte waarschuwing zagen, daar dacht hij, Kurland, dat het hier een waarschuwing gold voor de hele wereld, dat God zich bediende van zijn volk om iets aan de wereld te zeggen”.

Toen ik dit dus enkele jaren geleden las, ging mij een licht op. Ineens zag ik een vernietigingskamp als Treblinka niet meer als een onbegrijpelijke afschuwelijkheid uit een afgedaan verleden, maar veeleer als een voorproefje van wat onze hele wereld te wachten staat als wij de geest van Adolf Hitler zijn gang laten gaan. Vele dingen hebben zich sinds de oorlog inderdaad geheel in zijn geest ontwikkeld. Toen men hem tijdens de oorlog eens vroeg waarom hij nog zo betrekkelijk weinig tegen de Kerk ondernam, antwoordde hij, dat eerst de jodenuitroeiing zijn beslag moest hebben en de oorlog moest worden gewonnen. „Maar na de oorlog gaan we de godsdienst afschaffen”, beloofde hij.

Wel, de oorlog heeft hij weliswaar verloren, maar in grote delen van onze wereld, vooral ook in ons land, is inmiddels inderdaad de godsdienst goeddeels afschaft. Daarmede is nog niet de toestand van het grote „Vernichtungslager” geschapen, maar wel de voorwaarde hiertoe. En de verdere realisering begint nu, naar het lijkt, steeds sneller te komen. De grote „test-case” wordt, denk ik, de abortus provocatus. Als we die gelegaliseerd krijgen, en in sommige landen is dat dus al het geval, dan lijkt me de rest een „walk over”. We zijn dan immers een „Verbrecherstaat” geworden d.w.z. een staat waarin de misdaad wettelijk wordt bevorderd, zoals dat in Nazi-Duitsland het geval was. De euthanasie zal met groot gemak volgen en

daarna ligt de weg open voor het op psycho-sociale indicatie uit de weg ruimen van een hinderlijke buurman en vervolgens van hele volksgroepen etc.

Wat gaan wij doen? Een voorbeeld nemen aan de Duitse artsen van destijds, die vrijwel in hun geheel fout gingen - tegenwoordig zouden wij zeggen „hun attitude wijzigden”? Of herinneren wij ons het vastberaden unanieme en daardoor zo effectieve verzet van onze Nederlandse collega's c.q. onszelf, uit diezelfde tijd, waarin Medisch Contact uit het verzet is geboren?

Datzelfde Medisch Contact maakt nu, helaas, helaas, reclame voor Stimezo in het nummer van 18 december 1970, weliswaar voorafgegaan door een artikel tegen kindermishandeling, maar laten we daar maar niet meer over praten als we toch de immoraliteit gaan omhelzen. Medisch Contact is het officiële blad van onze Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Kan ik het voor mijn geweten verantwoorden, nu de zaken zo staan, daar nog lid van te blijven? Als het algemeen beleid niet snel krachtig wordt gewijzigd, zal ik spoedig moeten opzeggen vrees ik. Het gaat nu niet om „Ja, tenzij” of „Neen, tenzij”, of „Misschien” of „Ik zal nogeens zien”, dat zijn immers standpunten, die in onze radicaliserende tijd snel worden gereduceerd tot „ja”. Ik meen, dat hierop slechts één antwoord past: *neen*.

Utrecht, 4 januari 1971

J. A. v.d. Does de Willebois

(Niet te verwarren met mijn broer A. E. M., die het in M.C. besproken artikel „Van Welzijnszorg naar Hedonisme” schreef, waar ik overigens geheel achter sta.)

BEGRIIP IN NOOD

In Medisch Contact van 20 november 1970 heeft de zenuwarts J. H. van Meurs vanuit zijn ideologie van kritisch arts fel-kritisch gereageerd op het boek van Dr. J. A. Weijel: „De mensen hebben geen leven”. Bij vele collegae, die grote waardering hebben voor het boek van Weijel leeft de behoefte om nu eens aan dit commentaar van Van Meurs een kritische beschouwing te wijden. Immers, deze boekbespreking is dermate emotioneel gekleurd dat er van een objectieve benadering geen sprake kan zijn, veeleer wordt er geredeneerd vanuit een vooringenomen standpunt met bewustzijnsvernaauwing, waardoor de zakelijke beoordeling tekortschiet en het boek per definitie niet op zijn juiste waarde kan worden geschat. De overigens zeer te-

rechte grieven van Van Meurs tegen de wijze waarop de artsenstand globaal genomen zijn maatschappelijke taak vervult, zetten hem aan tot een strijdvaardigheid, die haar doel voorbijschiet, waarbij, zoal niet het kind met het badwater, de kundige met de betweters wordt weggegooid, wanneer hij Weijel bij voorbaat al plaatst in het bolwerk der betweters teneinde hem aldaar met irrelevante verwijten te kunnen bombarderen.

Het hoofdverwijt klinkt alsof Weijel verplicht was het onderwerp te behandelen vanuit een discipline die de zijne niet is. Hij heeft niet gepretendeerd een sociologisch werk te schrijven, doch heeft een psychiatrische zienswijze naar voren willen brengen. Mag hij? Intussen hanteert hij de psychiatrie wel degelijk als maatschappijen en menskritiek en attendeert op de onvermijdelijke interactie. Naast de noodzaak van een goede milieuhygiëne bestaat er ook nog die van milieupsychohygiëne, want ook in dat opzicht zijn mensen continu bezig een onleefbare toestand te scheppen, hetgeen wordt bedoeld met „De mensen hebben geen leven”. (Op p. 138 wordt leed als misstand beschreven „als de kennis en de welvaart er zijn om dit te verhelpen”.) Ook het neurotiserende leed dat de mensen in hun relaties elkaar aandoen moet hiertoe worden gerekend. Veelal wordt tegenwoordig uit het oog verloren dat in laatste instantie de mens zelf verantwoordelijk is voor zijn eigen produkt: de maatschappij en dat dit produkt — in plaats van statisch (establishment) te zijn — aldoor in statu nascendi verkeert.

Een ander verwijt aan het adres van de auteur houdt in dat hij niet verwijst naar de inzichten van schrijvers waarvoor Van Meurs is geporteerd. (Dat de zienswijze van Weijel verwant is aan die van „een” Laing bijvoorbeeld blijkt evenwel op p. 110 en p. 138). Het lag zeer zeker niet in de bedoeling van de auteur om een monografie te produceren waarin alle gangbare theorieën op het gebied van de gedragswetenschappen worden behandeld. Trouwens compendia die anderen's ideeën bevatten, zijn er bij de vleet. Daarentegen mag een boek, dat getuigt van originaliteit en creativiteit als uitzondering worden beschouwd. Immers, niet de reproductiviteit fungeert als motor van de vooruitgang, doch creativiteit en moed. Dat hij ook deze moed ruimschoots bezit, heeft Weijel bewezen door zijn originele inzichten naar voren te brengen, ongeacht de waarschijnlijkheid dat sommige hiervan weerstand en onbegrip zullen oogsten. Weerstand, omdat hij de

autoritaire geldingsdrang, die onvermijdelijk schuil gaat achter het intolerante idealisme onmaskert en onbegrip ten aanzien van het subtiële sarcasme, waarin hij zijn kritiek verpakt en dat aan de oppervlakkige lezer kennelijk ontgaat. Want enig gevoel voor humor, voorts aandacht en concentratie zijn inderdaad wel nodig om de tactiek van Weijel te begrijpen en niet ten prooi te vallen aan de bekende vergissing, waarbij men bepaalde argumenten ten onrechte au sérieux neemt en dan meent die te moeten bestrijden. Schrijver immers doet hetzelfde, doch op een uiterst subtiële manier door de, door hem gelaakte redeneertrant uitvoerig te beschrijven teneinde deze vervolgens aan de kaak te stellen! Onder meer op p. 105 en het gestelde op p. 137 dat de moeite van het citeren waard is: „Het is niet de taak van de medicus, zich direct met de arbeidsverhoudingen of woningbouw te bemoeien, maar is het dan wel zijn taak nu maar steeds te pogen, amechtig erachter aanholland, de gevolgen van slechte arbeidsverhoudingen of woningnood op te ruimen?” (Hij zal vast wel ook in de Bijlmermeer geweest zijn!)

Het feit dat Van Meurs hoofdstuk 9 ongehoord vindt „als afweerprojectie, escapisme etc.” is een ongehoord voorbeeld van open deuren intrappen. Want Weijel is hier juist bezig om afweermechanismen zoals projectie, escapisme en loochening te hekelen. Wanneer hij op p. 110 zegt: „Ook hier geen aanwijsbare schuldigen, het hangt samen met de structuur van de samenleving”, stelt hij zich zonder meer maatschappij-kritisch op, hij vindt namelijk zowel individuele psychotherapie als sociale wetgeving tekortschieten tegenover de welzijnsnood die om fundamentele oplossingen schreeuwt dan de huidige structuur bieden kan. De maatschappijkritiek wordt echter door Weijel — volkomen terecht — ruim gehanteerd en strekt zich ook uit over het individu, dat niet kan worden ontslagen van de verantwoordelijkheid voor zijn eigen leven, voor zijn verspeelde kansen, noch van de verplichting zijn eigen mogelijkheden optimaal te benutten al zijn de (verworden) maatschappelijke kaders nog zo knellend! Ook hierbij stuit Weijel op onbegrip wanneer hem in de schoenen wordt geschoven dat: „Hij gelooft impliciet in aanpassing”. Integendeel: hij gelooft „expliciet” in de potentie van de mens om van binnen uit opererend, de knellende kaders te kunnen verruimen, de onleefbare toestand te kunnen veranderen. Dat hij als middelen ter bewerkstelling van de verandering geen

anarchistisch idealisme, doch research en wetenschappelijk getoetste methodieken aanbeveelt, strekt hem tot eer in die zin dat hij blijk geeft te behoren tot de weinigen, die zindelijk kunnen denken. „Alle problemen, die zich op onze weg voordoen, zullen moeten worden opgeruimd door onderzoek, door proberen, door samenwerken. door kritisch te blijven tegenover de resultaten”. (Is hier een betweter aan het woord?)

Het onterechte van de beschuldiging „krampachtig wordt vastgehouden aan het deficiënte medische model” blijkt zonder meer op p. 132, waar Weijel het over de beperkingen van het oude medische model heeft. Hij wil dan ook naspeuren „waar dat oude model zijn grenzen heeft, waar het niet meer voldoet en waar dus grensoverschrijding noodzakelijk wordt”. Dat hij pleit voor ook „andere functionarissen aan het woord laten” getuigt van bescheidenheid en bereidheid tot team-werk met vertegenwoordigers van de gedragswetenschappen.

Jammer van al die „tendentieuze aperceptie”, terwijl men uiteindelijk toch hetzelfde bedoelt en in wezen hetzelfde nastreeft.

Amsterdam, 4 januari 1971

A. Vali-Wohl, zenuwarts

VOORLICHTING OVER VIVISECTIE

Onlangs werd ik bezocht en geïnterviewd door twee leerlingen uit de derde klas van een hoofdstedelijk lyceum die naar aanleiding van de advertentiecampagne van de Nederlandse Bond tot Bestrijding van de Vivisectie (N.B.B.V.) een „werkstuk” voor hun biologieles wilden maken over vivisectie. Zij kwamen om informatie en hadden geen vooringenomen standpunt over dit onderwerp. Tijdens dat onderhoud hebben zij mij enige malen spontaan verweten („.. maar dat is uw fout ..”) dat de medische wereld duidelijk te kort is geschoten in zijn voorlichtende taak ten aanzien van het publiek en dat de feiten die ik noemde de algemene bekendheid dienden te hebben. Dit voorval heeft zo veel indruk op mij gemaakt dat ik nu tracht daarvan iets op u over te dragen en wel om de volgende reden.

Binnenkort zal in het parlement het Ontwerp van Wet op de diervoorproeven worden behandeld. De formulering van deze wet is het resultaat van rapporten uit 1964 en 1966 van een interdepartementale werkgroep (gepubliceerd in „Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid” nr. 1/2, ja-

nuari/februari 1965 en nr. 6, juni 1966) en van een advies van de Centrale Raad van de Volksgezondheid („Verslagen en Mededelingen” nr. 25, 1968), uitgebracht na consultatie van onder meer de N.B.B.V. en de Anti-Vivisectie-Stichting.

De vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer heeft op 16 september 1970 een openbare hoorzitting gehouden naar aanleiding van dit ontwerp van wet. „De regelen met betrekking tot het verrichten van proeven op dieren” zoals die in dit ontwerp worden voorgesteld zijn voor de betrokkenen volkomen acceptabel en leken dat aanvankelijk ook te zijn voor de anti-vivisectie-activisten. Sinds september heeft de N.B.B.V. zich echter in een korte doch virulente advertentiecampagne tot de Nederlandse bevolking gericht en heeft zij een brochure verspreid met een alternatief wetsvoorstel. Het is jammer, doch niet geheel onverwacht, dat deze publikaties van de N.B.B.V. zo uitermate tendentius zijn en dat de inhoud in de meeste opzichten niet in overeenstemming is met de ware feiten. Toepassing van deze alternatieve wet zou het medisch onderzoek volkomen lamleggen.

Het lijkt overbodig om voor deze lezerskring te wijzen op de noodzaak van „vivisectie” voor de uitoefening en voortgang van de geneeskunde, alsmede op het feit dat in Nederland de uitvoering van dierproeven de toets van elke kritiek kan doorstaan. Vivisectie is ook een emotioneel geladen onderwerp waarmee in een verkiezingsjaar makkelijk en goedkoop politieke successen te behalen zijn en waakzaamheid is geboden. Allerlei instanties geven op dit ogenblik weerwerk tegen de insinuaties en valse beschuldigingen van de N.B.B.V., maar dit zal toch grotendeels beperkt blijven tot „hoog niveau”. Wegens het sterke taboe-element van de vivisectie hebben allen die daar rechtstreeks bij zijn betrokken de neiging er in publiek zo min mogelijk de aandacht op te vestigen en daardoor hebben zij die zelfde Nederlandse bevolking waarschijnlijk onderschat en noodzakelijke informatie onthouden. De genoemde anecdote licht dit voldoende toe.

Ik doe daarom een beroep op alle Nederlandse artsen en medische onderzoekers om bij elke voorkomende gelegenheid, bijvoorbeeld in een cursus, een lezing of een artikel voor de lekepers, de eventuele dierexperimentele aspecten van het onderwerp niet te verdoezelen maar met nadruk naar voren te halen. Ik heb hiertoe zelf onlangs de gelegenheid gehad in een ar-

tikel voor een der dagbladen over de Nobelprijs voor Geneeskunde 1970. Daarin is expliciet gesteld dat de bekroonde proeven op dieren werden verricht en dat de resultaten toepasbaar zijn bij de behandeling van patiënten.

Redelijkerwijs valt te verwachten dat de wet ongewijzigd zal worden aangenomen, maar het komt mij voor dat de bevolking recht heeft op een voortdurende eerlijke voorlichting onzer zijds.

Amsterdam, 6 januari 1971

Prof. Dr. P. E. Voorhoeve,
hoogleraar-directeur
Laboratorium voor Neurofysiologie
Jan Swammerdam Instituut
Universiteit van Amsterdam

DE GANG VAN ZAKEN BIJ DE BOUW VAN MODERNE ZIEKENHUIZEN

De wat verhitte gemoederen in deze kwestie, nu weer van Dr. H. Muntendam (M.C. nr. 52/1970, blz. 1418), doen wat betreft de bouw van moderne ziekenhuizen in Nederland toch geen recht aan de ware situatie. Bij de bouw van een ziekenhuis wordt, voorzover bouwterrein en andere feitelijke heden dat toelaten, begonnen met een (soort) opzet voor een „standaard”-ziekenhuis. De ziekenhuisbesturen laten hun bouwcommissies, waarin dikwijls de plaatselijke medici de minst deskundige maar wel de meest invloedrijke leden vormen, van deze opzet afwijken. Wanneer men ziekenhuisbesturen ondeskundigheid wil verwijten dan geldt dit vaak niet in technisch, financieel of ander niet-medisch opzicht. Wellicht moet de invloed van de overheid toenemen — ik kan mij daar wel mee verenigen — maar deze moet dan allereerst het medische vlak betreffen.

Collega De Groot (M.C. nr. 49/1970, blz. 1329) weet mijns inziens zeer goed wat hij schrijft. Wanneer collega Muntendam, zoals ik, verschillende ziekenhuizen buiten onze grenzen kent, zou hij ook Mr. Wesseldijk's stellingen (eveneens M.C. nr. 49/1970, blz. 1327) niet zonder enige redelijke toelichting zo ironisch proberen af te doen.

Ik meen deze dingen te mogen schrijven, omdat ik:

1. zowel plaatselijke, als B- en A- ziekenhuizen ken, evenals vele van hun stafleden;
2. lang in een bekrompen klein perifeer ziekenhuis (waar de bekrompenheid echt wel meer van enkele invloedrijke medici uitging), alsook in een universitair milieu heb gewerkt;

3. veel ervaring, vooral op landelijk niveau, met ziekenhuisbesturen hebben en 10 jaar voorzitter van een afdeling der L.S.V. was;
4. in deze zaken absoluut aan geen van beide zijden sta.

Concluderend, geloof ik niet, dat de collegae Karthaus (M.C. nr. 46/1970, blz. 1227) en Muntendam het gelijk in grote trekken aan hun zijde zullen hebben, al kan het nuttig zijn dat frustraties — mits geargumenteed — worden geuit. Het moet toch, met goede wil van beide zijden, mogelijk zijn dit positief te verwerken.

Leiden, 7 januari 1970

Dr. P. Lopes Cardozo,
internist-cytoloog,
lector R.U. Leiden

MC | VARIA

In totaal 216 niertransplantaties hebben in 1970 in verschillende Westeuropese landen plaatsgevonden door tussenkomst van de Europese organisatie voor orgaantransplantaties Eurotransplant te Leiden. Het jaar daarvoor waren het er 102, in 1968 (startjaar Eurotransplant) nog slechts 54. Van de 216 door tussenkomst van genoemde organisatie uitgevoerde niertransplantaties geschieden er 78 in België, 68 in West-Duitsland, 45 in Nederland, 11 (via Scandiatransplant) in de Scandinavische landen, 8 in Engeland, 3 in Zwitserland en eveneens 3 in Italië. De stijging in het aantal niertransplantaties werd mogelijk gemaakt door een stijgend donoraanbod, een aanbod dat volgens Eurotransplant nog veel en veel te laag ligt. In ons land alleen zouden jaarlijks ruim 200 transplantaties moeten plaatsvinden. Er kwamen het afgelopen jaar in Nederland echter slechts 50 nieren beschikbaar, een aantal dat eveneens het jaar Westduits (60) ruim onder dat van België (83) bleef.



Verschenen is „Het Ziekenhuis”, jaargang 1, nummer 1, orgaan van de Nationale Ziekenhuisraad. De uitgave van dit maandelijks verschijnend tijdschrift komt voort uit het streven van de Nederlandse ziekenhuizen naar een grotere samenwerking op landelijk niveau. Met „Het Ziekenhuis” beschikken de gezamenlijke ziekenhuizen in ons land nu over een nationaal periodiek, dat naar binnen contact met alle instellingen op het vlak van de intramurale gezondheidszorg mogelijk maakt, terwijl het naar buiten de to-

tale Nederlandse ziekenhuiswereld kan representeren. Het nieuwe blad komt in de plaats van een drietal andere tijdschriften, die zijn opgehouden te bestaan: „Het Ziekenhuiswezen”, „Ons Ziekenhuis” en het „IPZ-orgaan”.

„Het Ziekenhuiswezen” was tot dusverre het orgaan van de Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuis economen, de Nederlandse Vereniging van Verpleegkundige Directeuren van Ziekeninrichtingen, de Stichting Het Nederlandse Ziekenhuiswezen, de Vereniging van Ziekenhuizen in Nederland, de Vereniging van Psychiatrische Inrichtingen in Nederland, de Federatie van Verpleeginrichtingen, de Vereniging Instellings Technici, de Nederlandse Vereniging van Hoofden Civiele Dienst in Ziekeninrichtingen en de Vereniging van Overheids- en Instellingswasse-rijen in Nederland. „Ons Ziekenhuis” was het orgaan van de Vereniging van Katholieke Ziekenhuizen, de Katholieke Vereniging van Inrichtingen voor behandeling en verpleging van Geestelijk Gestoorde, en de Katholieke Vereniging van Verpleegtehuizen. Het IPZ-orgaan ging uit van het Interkerkelijk Protestants Ziekenhuisbureau.

Het redactie-secretariaat van „Het Ziekenhuis” berust bij A. H. van der Mersch, p/a Koningslaan 14, Utrecht, tel. 030-514112. De abonneementenadministratie wordt bijgehouden door het secretariaat van de Nationale Ziekenhuisraad, Badhuisweg 72, 's-Gravenhage, tel. 070-512581.

In nauwe samenwerking met het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid zal de KEMA een onderzoek instellen naar de verspreiding van luchtverontreiniging vanuit specifieke bronnen of complexen van bronnen. Het onderzoek zal in het bijzonder betrekking hebben op het fysisch en chemisch gedrag van zwavel- en stikstofoxyden in de atmosfeer onder verschillende weersomstandigheden. In dit kader heeft het staatssecretariaat van Sociale Zaken en Volksgezondheid de KEMA opdracht gegeven, waarnemingen te doen naar de gevolgen van de lozing van daartoe geschikte stoffen uit de schoorsteen van een of meer elektrische centrales. Eerst zullen meetmethoden moeten worden uitgewerkt; daarna volgt een gericht veldonderzoek. Speciale aandacht zal moeten worden geschonken aan de omzetting van zwavelzuur in zwaveldioxyde in de atmosfeer bij diverse meteorologische omstandigheden.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 40,—, plus f 1,60 BTW = f 41,60, buitenland f 45,—, losse nummers f 1,04 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 16.660 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411
Postgiro K.N.M.G.: 58083

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021