



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

## REDACTIONEEL

### Beroepsgeheim en minderjarigheid

Een 16-jarig meisje wendt zich tot een consultatiebureau voor geboorteregeling. Zij krijgt daar een voorschrift voor een oraal anticonceptivum. Zoals gebruikelijk licht het bureau de huisarts in. Zonder toestemming van het meisje geeft de arts deze informatie door aan de ouders. Daarop dient het consultatiebureau een

klacht in tegen de huisarts (64) wegens schending van het beroepsgeheim. Aldus berichten in de pers.

Dit verhaal speelt in Engeland, maar het is voor herhaling in Nederland vatbaar. Ook hier is het gebruikelijk, dat consultatiebureaus de huisarts inlichten, indien zij een van zijn patiënten orale anticonceptiva voorschrijven. Daar is dan wel de toestemming van de patiënt voor nodig - op het verlenen van die toestemming wordt gewoonlijk met klem aangedrongen.

Mochten de krantenberichten juist zijn, dan lijkt het aannemelijk dat er in het aangehaalde geval inderdaad sprake is van een schending van het beroepsgeheim. Immers, gegevens aangaande patiënten mogen alleen worden doorgegeven in het belang van de patiënt en op voorwaarde dat deze daarmee akkoord gaat. In het geval dat hier aan de orde is, vond het meisje dat zij met de handelwijze van haar huisarts niet was gediend.

Een duidelijke zaak, die hiermee niettemin naar ons inzicht niet is afgedaan. Ook het standpunt van de ouders dient in de meningsvorming te worden betrokken. Beperken wij ons tot het eigen land. Volgens het Burgerlijk Wetboek (art. 246 nieuw, art. 355 oud) bezitten de ouders gedurende hun huwelijk de ouderlijke macht over hun kinderen. In ons modern burgerlijk recht is de minderjarige handelingsonbekwaam, een hoedanigheid die hij onder meer deelt met curandi en krankzinnigen. De meerderjarigheidsgrens ligt bij 21 jaar. Over die grens is met betrekking tot de invoering van het nieuwe Burgerlijk Wetboek uitvoerig gediscus-

26e JAARGANG — No. 10 — 12 MAART 1971

#### INHOUD

Beroepsgeheim en minderjarigheid . . . . .	265
Zestig jaar Sint Antonius ziekenhuis te Utrecht . . . . .	267
„Fluorideringsfeiten” . . . . .	268
Medicus, televisie en gezondheidsvoorlichting . . . . .	269
Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (IX) . . . . .	271
Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (VII) . . . . .	274
Gezondheidszorg in „nieuwe steden” . . . . .	275
Intermenselijke problematiek bij medische informatieverwerking . . . . .	281
Van het Centraal Bestuur L.S.V.: L.S.V.-Commissie ziekenhuisstaven „nieuwe stijl” . . . . .	283
Van het College voor Sociale Geneeskunde: Opleiding van Sociaal Geneeskundigen, algemene bepalingen . . . . .	285
Opleiding van Sociaal Geneeskundigen, tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde . . . . .	286
Brieven aan de redactie . . . . .	289
Varia . . . . .	289

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

Colofon op bladzijde 292.

sieerd. Het vraagstuk, of er een vaste dan wel een variabele leeftijdsgrens aan de meerderjarigheid moet worden gesteld (in het laatste geval zouden er, al naar de bekwaamheid, verschillende leeftijdstrappen gelden), is met het gehele pakket van het kinderbeschermingsrecht in studie. In art. 234 B.W. wordt de absolute onbekwaamheid van de minderjarige iets verijnd door de zinsnede: „Een minderjarige die *met oordeel des onderscheids* handelt, is bekwaam rechtshandelingen te verrichten met toestemming van zijn wettelijke vertegenwoordiger” enzovoorts. Het voorschrijven van de pil en de daarmee gepaard gaande controle zou men heel wel als een medische (be)handeling kunnen beschouwen.

Gezien het bovenstaande heeft een minderjarige met het oordeel des onderscheids naar Nederlands recht voor een medische behandeling altijd nog de toestemming van de ouders nodig. In een uitspraak van de kantonrechter te Tilburg van 27-6-1963 (N.J. 1964, blz. 305) wordt deze materie enigszins genuanceerder gesteld. De 19-jarige dochter van A. was, kennelijk zonder medeweten van deze, voor behandeling in een ziekenhuis opgenomen; A. weigerde de kosten van behandeling en opname te betalen. De kantonrechter overwoog onder andere, dat de ouderlijke macht de verplichting inhoudt de kinderen die medische behandeling te doen ondergaan, die uit medisch oogpunt noodzakelijk is; dat de minderjarige *met het oordeel des onderscheids* voldoende aanleiding heeft om aan te nemen, dat ter nakoming van de op de ouders rustende verplichting deze zich met zodanige opname verenigen, zodat de toestemming mag worden verondersteld; en dat van de medische dienst niet behoeft te worden verlangd, dat deze zich eerst gaat overtuigen van de voorkennis en de instemming van de ouders, alvorens tot opname over te gaan.

Hieruit spreekt een andere visie op de macht van de ouders dan uit een recent artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (nr. 5, 30 januari 1971, blz. 204). Daar stelt de schrijver, Dr. Mr. Dr. W. Schuurmans Stekhoven, dat het vanzelf spreekt dat de arts niet bevoegd is

### **Uit Medisch Contact anno 1946**

*Er wordt een aantal horloges gedistribueerd. Dit aantal is gering in verhouding tot de behoefte. In aanmerking komen o.a. artsen, doch uitsluitend zij, die geen bruikbaar horloge bezitten. Artsen, die in deze omstandigheid verkeerden, kunnen aan het Bureau der Maatschappij, Keizersgracht 327, Amsterdam-C., een aanvraag indienen vóór 20 mei a.s. Dus, geen aanvraag voor familie of vrienden. Vertrouwd wordt, dat de gestelde voorwaarde strikt in acht wordt genomen.*

pilrecepten af te geven aan minderjarige meisjes, zonder schriftelijke verklaring van ouders of voogden. Blijft vooreerst de noodzaak voor de arts, te beoordelen of de minderjarige patiënt met oordeel des onderscheids handelt en of de behandeling medisch noodzakelijk is.

De zaak heeft nog een andere, naar het ons voorkomt wel zo belangrijke kant. Een meisje van 16 dat de pil gebruikt, terwijl zij niet wil dat de ouders dit weten, bewijst daarmee dat er een relatiestoornis tussen ouders en kind bestaat. De ouders zijn er van overtuigd, dat zij weten wat het beste is voor hun kind. De minderjarige, handelend *met het oordeel des onderscheids*—haar, als het goed is, in de eerste plaats door haar ouders bijgebracht — meent zelf te weten wat het beste voor haar is. En zij worden het daar niet over eens. De relatie is verstoord, niet zozeer omdat partijen uiteenlopende meningen zijn toegedaan als wel omdat zij die gegevenheid niet van elkaar verdroegen.

Op dit punt snijden elkaar het beroepsgeheim van de arts en het persoonlijk geheim van de minderjarige. Wezenlijk in deze zaak is, dat de medicus wordt geconfronteerd met een uit haar voegen geraakte ouder-kind relatie. Op die relatie, een niet zwaar genoeg te achten onderdeel van de psychohygiëne, komen wij binnenkort uitvoerig terug.

B.

# Zestig jaar Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht

Ter gelegenheid van zijn zestigjarig bestaan heeft het Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht een „AZ-magazine” uitgegeven — in een oplage van 25.000 exemplaren — waarmee niet voor de eigen instelling in het bijzonder doch voor de ziekenhuizen in het algemeen de public relations worden gediend. Deze opzet vindt men weergegeven in het daarin afgedrukte inleidende woord van staatssecretaris Dr. R. J. H. Kruisinga, die o.m. schrijft: „De gedachte om af te stappen van het traditionele gedenkboek en in dit magazine een aantal belangrijke aspecten van de gezondheidszorg in ons land te belichten, spreekt mij bijzonder aan. Het Sint Antonius Ziekenhuis geeft daarmee een krachtige stimulans aan een goede beeldvorming van de gezondheidszorg en in het bijzonder van het ziekenhuiswezen in ons land, dat navolging verdient”. Waarna de staatssecretaris geen groter compliment voor een zestigjarige mogelijk acht dan de aan het slot van zijn inleiding gegeven karakteristiek, dat het Sint Antonius in de ziekenhuiswereld een belangrijke plaats inneemt, niet in het minst door zijn positie als avant-garde ziekenhuis.

De voorzitter van het bestuur van het Sint Antonius Ziekenhuis Ir. J. M. Hanraets geeft een motiveering voor de uitgave van dit magazine, schrijvende: „De public relations zijn over het algemeen niet de sterkste zijde van de ziekenhuizen. Een juiste voorstelling met nu en dan publikatie van de meest belangrijke activiteiten inzake geneeskundige behandelingswijzen, inzake nieuwbouw-plannen of van belangrijke investeringen in verbouw, aanschaffing van bijzondere apparatuur, inzake personeel en personeelsopleidingen, zullen bij een beroep op de kapitaalmarkt de bereidheid van de kapitaalverschaffers vergroten. Door een betere bekendgeving van het werk van de ziekenhuizen zullen ook vooroordelen en kritische meningen van het publiek ten aanzien van de ziekenhuizen kunnen worden weerlegd. Over het algemeen immers staan de ziekenhuizen bij het publiek niet zo best aangeschreven: duur, inefficiënt werken, lange wachttijden in de wachtkamers, klachten die men vaak te horen krijgt”.

Voor leek en deskundige is dit goeddeels door een journalistiek team zeer bekwaam en vlot geschreven en qua lay-out uitnemend verzorgd magazine zeer informatief. Verscheidene specialisten hebben hun inzichten kunnen uitdragen in voor de lezer gemakkelijk aansprekende vorm van artikelen of interviews, de medische en de economische directie komt aan het woord, in veelsoortige beschouwingen wordt de functie en de problematiek van het tegenwoordige ziekenhuis helder aan de

orde gesteld, de mogelijkheden van de geneeskundige behandelingen worden pakkend geschilderd en ook ten aanzien van voor ziekenhuizen zo belangrijke zaken als de verpleging, het teamwork en de relatie met maatschappelijke instellingen van gezondheidszorg, de ziekenfondsen, wordt in een heldere betoogtrant voorlichting gegeven.

Het in kleuromslag gevatte en met vele foto's geïllustreerde magazine pretendeert nochtans niet meer te zijn dan een „momentopname” van de medische en medisch-maatschappelijke functie van de veelomvattende organisatie, die het moderne ziekenhuis is, want het is tijdens een door het bestuur en de directie van het Sint Antonius Ziekenhuis gehouden persconferentie, waarop dit magazine in de openbaarheid werd gebracht, wel gebleken, dat leiding en staf het oog al weer scherp hebben gericht op verdere groei naar meer en beter, ook in de vorm van een geheel nieuwe huisvesting, waarvoor over enkele jaren de eerste paal in de grond gaat in de nieuwe Lunetten-wijk, waar zegge in 1980 de nieuwe huisvesting in gebruik zal kunnen worden genomen.

Alle in het magazine opgenomen artikelen op te sommen is niet doenlijk. Wij beperken ons tot de vermelding van een beschouwing dat „efficiency niet alleen zaligmakend is”, dit mede naar aanleiding van een op zichzelf gemotiveerd pleit voor efficiency, dat de geneeskundig hoofdinspecteur van de Volksgezondheid Dr. R. Drion voerde in zijn inleiding tot zijn jaarverslag over 1969. In „Efficiency niet alleen zaligmakend” maakt de voorzitter van de Landelijke Specialisten Vereniging Dr. R. M. Versteegh (keel-, neus-, oorarts in het Sint Antonius Ziekenhuis) zich tot tolk van zijn collegae-specialisten wanneer hij naar aanleiding van deze bepleite efficiency constateert, dat dit natuurlijk een fraai streven is en dat alle artsen de noodzaak daarvan onderschrijven, doch dat efficiency niet als alleen zaligmakend in de gezondheidszorg mag worden gezien. Efficiënt werken garandeert niet altijd een optimale zorg voor de patiënt, zo stelt Dr. Versteegh daartegenover en hij blijkt ook niet zo gelukkig met de uitspraak in bedoelde inleiding tot Dr. Drion's jaarverslag, dat het de artsen moeten zijn die het corrigerend mechanisme in werking moeten stellen wanneer de consumptiebehoefte stijgt door het ontwikkelen van nieuwe, vaak zeer kostbare behandelingen. Hij meent dat deze taak uiteindelijk ligt bij het Nederlandse volk, dat zal moeten bepalen welke financiële offers het zich wil getroosten om een optimale medische voorziening te krijgen; op de artsen rust dan de taak dienaangaande een goede en objectieve voorlichting te geven.

## **„Fluorideringsfeiten”**

De Commissie Voorlichting Fluoridering Drinkwater heeft op een persconferentie een nieuwe voorlichtingsactie gepresenteerd welke door de voorzitter van deze commissie, Prof. Dr. P. Muntendam, nader werd toegelicht. Over de fluoridering van het drinkwater zelf en de implicaties ervan was geen nieuws te melden. Prof. Muntendam keerde zich evenwel in heftige bewoordingen tegen de wijze waarop in de loop van de laatste jaren anti-fluorideringsacties zijn gevoerd. De bestrijding van de fluoridering had een zodanige omvang genomen dat, een nieuwe verantwoorde voorlichtingsactie volgens de commissie noodzakelijk was. Prof. Muntendam kenmerkte enkele anti-fluorideringsacties als massaal volksbedrog, daarbij refererend aan handtekeningacties, waarbij werd gesuggereerd dat fluoridering vergiftiging van het drinkwater zou betekenen.

Prof. Muntendam bracht in herinnering dat de voorlichtingscommissie al enkele jaren niet naar buiten is getreden, zodat haar meer dan eens in woord en geschrift het verwijt is gemaakt, dat zij zich onvoldoende zou verweren tegen de anti-propaganda; zelfs vroeg men in het parlement of de commissie sluimerde. Er was volgens Prof. Muntendam evenwel reden geweest om even op de plaats rust te maken, aangezien het gehele probleem sub judice was in verband met het beroep, dat bij de Raad van State in behandeling was en dat de commissie meende te moeten afwachten. Zodra echter deze uitspraak werd gepubliceerd, had de commissie besloten opnieuw met de nodige voorlichting het publiek tegemoet te treden. Overigens niet met nieuwe feiten, want opnieuw was gebleken, onder meer uit het tweede rapport van de Gezondheidsraad, uitgebracht in 1970, dat fluoridering van drinkwater een hoge mate van preventieve werking op het ontstaan van cariës heeft; waardoor enkele honderden miljoenen guldens in Nederland per jaar kunnen worden uitgespaard aan tandheelkundige hulp; dat fluoridering van drinkwater de enige methode van fluoridering is, waarbij men nauwkeurig is geïnformeerd over de opname van de fluorideverbinding in het lichaam; dat de fluoridering van drinkwater voor de gezondheid van mens en dier volstrekt onschadelijk is; dat de fluoridering van drinkwater niet in strijd is met welke wettelijke bepaling ook, noch met welk menselijk recht en met name niet met het Verdrag van Rome; tenslotte dat het nalaten van fluoridering van drinkwater in strijd is met het Verdrag van Genève, handelend over de Rechten van het Kind.

Een van de nieuwe voorlichtingsactiviteiten van de commissie-Muntendam is de uitgave van een informatieve brochure, getiteld „Fluorideringsfeiten”. Deze brochure wordt verspreid onder de Nederlandse tandartsen, huisartsen, kruisverenigingen, schoolartsendiensten, schooltandartsendiensten, zieken-

fondsorganisaties, enz. Van diverse instanties, die zijn ingezet voor de bevordering van de gezondheidszorg, worden de standpunten terzake van de fluoridering van het drinkwater geciteerd. Zo spreekt o.a. ook hierin de K.N.M.G. (ref.: M.C. nr. 49 van 4 december 1970, bladzijde 1319) zich weer positief uit. Opmerkelijk is eveneens de uitspraak van de ziekenfondsorganisaties: „Het gemeenschappelijk overleg van ziekenfondsorganisaties GOZ heeft zich met nadruk uitgesproken vóór fluoridering van het drinkwater. In zijn vergadering van begin januari 1971 heeft het GOZ zich geheel achter het standpunt gesteld van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. De ziekenfondsorganisaties zijn van mening, dat een krachtige aanpak van de preventie, waarvan fluoridering van het drinkwater een belangrijk onderdeel is, voorwaarde is voor de tandheelkundige gezondmaking van ons volk.”

Tenslotte uit genoemde brochure het oordeel van de Kroon over juridische en ethische bezwaren tegen de waterfluoridering op grond waarvan onlangs vier beschikkingen van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid houdende goedkeuring tot fluoridering van drinkwater werden vernietigd: „Gefluorideerd drinkwater is geen geneesmiddel in de zin van de wet. Evenmin is het fluorideren van water in strijd met de rechten van de mens. Wel is goedkeuring tot fluoridering van drinkwater onzorgvuldig ten opzichte van de aangesloten gebruikers, indien voor bezwaarden onder hen geen voorziening is getroffen tot het verkrijgen van ongefluorideerd drinkwater.”

Namens de Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Tandheelkunde sprak de heer G. J. Sollewijn Gelpke over het tandbederf als een „ongeneeslijke ziekte”, waardoor kinderen met een gaaf gebit tot de uitzonderingen behoren. Anti-snoep-acties zijn al zestig jaar aan de gang, maar het tandbederf is vertienvoudigd, aldus de heer Sollewijn Gelpke. Over het vermeende gevaar van fluor zei hij dat door de vele onderzoeken over de veiligheid van fluor meer bekend is dan over de veiligheid van het eten van aardappelen.

### **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.

# Medicus, televisie en gezondheidsvoorlichting

## ***Een herbewerking van de gegevens, bijeengebracht voor het ledencongres 1966 der Maatschappij met het thema „Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in Nederland”***

Het ledencongres 1966 van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst had als thema: „Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (G.V.O.) in Nederland”. Ter voorbereiding van dit congres is destijds een onderzoek uitgevoerd, waarin aan representatieve steekproeven van artsen en van TV-kijkers (niet-medici) vele vragen werden gesteld. Zoals velen zich kunnen herinneren, zijn de voorlopige uitkomsten op dit ledencongres gepresenteerd. Het was de bedoeling dat de definitieve verslaglegging in de vorm van een publikatie later zou volgen. Door tal van omstandigheden is hiervan niets gekomen. Omdat het echter jammer zou zijn als het verzamelde materiaal onbewerkt zou blijven liggen, is aan de Nederlandse Stichting voor Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding gevraagd na te gaan wat hiermee zou kunnen gebeuren. Daar het materiaal vele gegevens bleek te bevatten, die ook nu nog actuele waarde hebben, werd besloten tot een herbewerking, die werd uitgevoerd door de sociaal-psychologen P. Rombouts en E. Hulsbergen, aan wier verslag van de bewerking het volgende is ontleend:

In het onderzoek waren twee groepen vertegenwoordigd door een steekproef van 289 artsen en een steekproef van 436 Nederlandse televisiebezitters-niet-medici. Beide steekproeven zijn representatief te achten.

Bij het oorspronkelijke onderzoek ging het erom een aantal gegevens te verzamelen over de twee genoemde groepen, zonder dat men tevoren zeer uitgesproken gedachten had over welke gegevens de belangrijkste zouden kunnen zijn. Dit bracht de nodige moeilijkheden mee; zo bleek bijvoorbeeld dat slechts een gedeelte van het materiaal geschikt was voor herbewerking.

### *De artsen*

In de enquête is er aan de artsen een aantal „achtergrond-gegevens” gevraagd, zoals: leeftijd, woonplaats, gegevens over de positie van de respondent: zelfstandig werkzaam of niet, gespecialiseerd of niet, gezinsgrootte, verder hoeveel hij naar de TV kijkt, enz. Tussen de achtergrondgegevens blijken samenhangen te bestaan. Met behulp van een statistische techniek (factoranalyse) kan uit een groot aantal variabelen een kleiner aantal onderliggende factoren te voorschijn worden geroepen; in dit geval werd een drietal factoren gevonden: urbanisatiegraad, positie (al of niet gespecialiseerd e.d.) en leeftijd in samenhang met „kijkfrequentie”. Bovendien is aan de geïnterviewden een

aantal vragen gesteld zoals: welke onderwerpen moeten worden behandeld in kranten, welke in de relatie arts-patiënt, op de TV, of in scholen, enz. En: hoe is de houding ten aanzien van G.V.O. in het algemeen en ten aanzien van bepaalde G.V.O.-onderwerpen per televisie. Dit zijn de „afhankelijke” variabelen.

Op deze afhankelijke variabelen is ook de zo juist genoemde statistische analyse gedaan, met de bedoeling te achterhalen welke belangrijke onderliggende factoren er in de vele antwoorden konden worden onderscheiden. Het resultaat was een vijftal factoren: 1. attitude ten aanzien van massamedia als kanalen voor G.V.O.; 2. attitude ten aanzien van G.V.O. per televisie; 3. mening dat ook andere dan artsen-, overheids- en omroepinstanties een taak hebben bij G.V.O. per televisie; 4. attitude met betrekking tot de gebruikelijke vormen van G.V.O. („Spreekuur thuis”, E.H.B.O.-kursus e.d.); 5. attitude jegens de G.V.O. in de individuele of groepsrelatie.

Vervolgens is gezocht naar verbanden tussen de afhankelijke variabelen enerzijds en de achtergrondvariabelen anderzijds met behulp van een andere techniek de zogenaamde canonische analyse, met de volgende samenhangen als resultaat: Jongere artsen uit de grote steden staan positiever tegenover nieuwe vormen van G.V.O. dan de oudere artsen uit de grote steden. Beide groepen staan duidelijk positiever ten opzichte van G.V.O. per televisie dan de plattelandsartsen van wie de ouderen het minst voor G.V.O. per televisie voelen, maar de gebruikelijke vormen van G.V.O., waarmee iedere arts vertrouwd is, hoger aanslaan.

Hieruit kan worden geconcludeerd, dat men, wanneer het beleid erop is gericht de televisie een belangrijke plaats te geven in het geheel van de voorlichting, moet anticiperen op enige weerstand bij artsen op het platteland, vooral bij de ouderen onder hen.

De effectiviteit van G.V.O. per televisie is afhankelijk van sleutelpersonen. Het publiek toetst op de een of andere wijze de via de massamedia ontvangen informatie aan een of meer opinieleiders: buren, vrienden, ouders, artsen, onderwijzers, kwakzalvers, enz. Vooral de huisartsen moeten als dergelijke sleutelfiguren worden beschouwd. Wanneer zij afwijzend staan tegenover het voorlichten over bepaalde onderwerpen per televisie merken de patiënten dit en wordt de mogelijkheid groot, dat de informatie, via dit kanaal ontvangen, ineffectief zal zijn.

Opvallend is dat „kijkfrequentie”, te beschouwen

als een indicatie voor „binding aan het medium TV”, niet van invloed is voor de houding van artsen ten opzichte van G.V.O. per TV. Waarschijnlijk wordt de houding van de arts ten aanzien van bepaalde vormen van G.V.O. mede door zijn taakbeeld bepaald - hoe ziet hij zijn taak in de samenleving; tot waar vindt hij, dat zijn verantwoordelijkheid zich uitstrekt; hoe ziet de arts het gebied van zijn beroepsuitoefening met name waar het de voorlichting en opvoeding over gezondheid betreft?

De ontwikkeling van de G.V.O. moet tot een algemeen aanvaarde ontwikkeling worden, wil deze succes hebben. Het probleem van het „waarom”, van de „filosofie” achter de G.V.O. speelt hier zeer sterk mee.

#### *De niet-medici*

De gegevens van de niet-medici, die in het onderzoek werden betrokken, zijn op dezelfde manier bewerkt. In de achtergrondvariabelen kan een zestal factoren worden onderscheiden: gezondheidstoestand, economische situatie van het gezin, urbanisatiegraad, leeftijd in samenhang met gezinsgrootte, seks in relatie tot het beleven van fysiek welzijn en kijkzwarte; en in de afhankelijke variabelen: praktische instelling ten aanzien van gezondheidsproblemen, belangstelling voor onderwerpen over gezondheid (lectuur), attitude ten opzichte van televisieprogramma's over gezondheid en dokters in het algemeen, waardering voor G.V.O. per televisie en waardering voor (romantische) doktersprogramma's.

Evenals bij de artsen zijn de verbanden tussen beide groepen factoren met behulp van een canonische analyse onderzocht. Gevonden werd dat mensen, die weinig naar televisie kijken, de zogenaamde lichte kijkers, die tevens een bepaalde opleiding en mate van welstand hebben, in het algemeen aan hun belangstelling voor onderwerpen over gezondheid meer tegemoet komen door het lezen van boeken en artikelen in tijdschriften en kranten dan door het kijken naar televisieprogramma's over gezondheid en dokters in het algemeen. De „zwaardere” en daarbij ook minder welgestelde kijkers met minder opleiding daarentegen lezen minder en denken positiever over de betreffende programma's met een tendens tot grotere waardering voor geromantiseerde TV-series.

Hieruit kan worden geconcludeerd, dat wanneer men G.V.O. per televisie wil geven, men er rekening mee moet houden, dat voornamelijk de categorie „zware”, minder welgestelde kijkers met minder opleiding wordt bereikt. De „lichte” kijkers uit de hogere sociale lagen en met meer opleiding halen hun informatie uit kranten, tijdschriften en boeken. Deze conclusie wordt interessanter, als men bedenkt, dat Wade en Schramm in „The Mass Media of Public Affairs, Science and Health Knowledge” tot een deels vergelijkbare en deels aanvullende conclusie komen. Zij zeggen onder meer dat het gedrukte woord eerder wordt gebruikt als bron voor de algemene kennis over gezondheid. Dit geldt vooral voor de meer ontwikkelde mensen.

Gevonden werd voorts dat mensen, die in grote steden wonen en veel naar televisie kijken, zich meer interesseren voor lectuur op het gebied van gezondheid en voor televisieprogramma's over echte G.V.O.-onderwerpen en enigszins meer voor romantische doktersprogramma's, dan de kijkers op het platteland. Seks speelt enigszins mee, in zoverre, dat bovenstaande meer geldt voor vrouwen dan voor mannen. Wade en Schramm zeggen hierover, dat van de vrouw wordt verwacht dat zij van gezondheid het een en ander afweet, zoals van de man wordt verwacht, dat hij op de hoogte is van technische zaken.

Men kan hieruit concluderen, dat stedelingen voornamelijk uit de grote steden, in G.V.O.-zaken beter per televisie kunnen worden bereikt dan de mensen op het platteland.

Verder is gevonden dat de oudere mensen uit de gezinnen van een hogere sociale klasse met een bepaalde opleiding een meer praktische instelling ten aanzien van gezondheidsproblemen hebben en G.V.O.-programma's per televisie meer waarderen dan de jongeren, veelal uit mindere sociale klasse; de leeftijd speelt hierin de grootste rol. De conclusie kan zijn, dat dit gegeven een aanknopingspunt biedt voor de wijze van voorlichting. De G.V.O. per televisie was in 1965 minder interessant voor jongeren dan voor ouderen.

#### *Mogelijk perspectief*

Uit de statistische analyse blijkt niet alleen dat een paar factoren samenhangen, ook blijkt dat andere factoren niet met elkaar samenhangen. Bij de artsen kan men zich met recht afvragen welke achtergrondgegevens wel de diverse attitudes bepalen, als de gevraagde gegevens dit slechts voor een klein deel doen.

Wanneer men weet wat de achtergronden zijn, kan men meer richting geven aan het handelen. Bijvoorbeeld: wanneer men weet dat jonge mensen minder naar G.V.O.-programma's kijken omdat de wijze van presentatie niet aanslaat, kan men de presentatie veranderen, wanneer men weet waarom bepaalde artsen nieuwe initiatieven ten opzichte van G.V.O. niet positief benaderen kan men trachten hieraan iets te doen.

Voorzichtigheidshalve is bij iedere conclusie een vervoeging van het werkwoord „kunnen” gebruikt. Immers, als gezegd, brengt de wijze, waarop het materiaal is verzameld, dit mee. Maar als men nu het onderhavige onderzoek als vóóronderzoek beschouwt, kunnen die conclusies als hypothesen dienen voor een volgend onderzoek. Indien zo'n onderzoek wordt herhaald met regelmatige tussenpozen, kan blijken of er veranderingen in de attitudes, houdingen of meningen plaats vinden. Op die manier kan men controleren of een bepaalde aanpak van G.V.O. succes heeft en zal het mogelijk zijn daadwerkelijk inzicht in de betekenis en mogelijkheden van de televisie als medium voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding te krijgen.

# Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (IX)

Door Dr. D. Dolman, Tweede Kamerlid P.v.d.A.

## Op uw gezondheid, tot uw dienst...!

Er waren eens vier mannen in een bootje. Het ding sloeg om, de mannen moesten zwemmen. Een van hen was een kapitalist, de tweede een communist, de derde een socialist, de vierde een middenstander. De kapitalist wist niet, dat men in het water het snelst vooruit komt door de armen wijd uit te slaan. Hij graaide integendeel naar zich toe en verdronk jammerlijk. De communist had nooit anders gedaan dan een grote scheur open trekken. Hij liep vol en verdronk. De middenstander bereikte met veel hijgen en hikken de wal. Hij had geleerd het hoofd boven water te houden. De socialist bleef hem aanvankelijk zonder moeite voor. Zijn zwemtechniek was superieur. Maar toen de kade in zicht kwam, sloeg de klok twaalf. „Ik stop”, zei de kampioen en verdronk.

Drie doden mogen een vreemde inleiding lijken tot een artikel over gezondheidszorg. Het zal de lezer echter duidelijk zijn, dat het mij niet om hen gaat, maar om de klok van twaalf en haar gevolgen. Een der karikaturen van sociaal-democraten is de luie verkwister, die zuur verdiend geld over de balk smijt. Een andere — ten dele daar mee in overeenstemming, ten dele er mee in strijd — is de fantasie-loze ambtenaar, die het goede der aarde niet kan waarderen. Dienst is dienst en buiten haar bestaat geen heil. Karikaturen en reminiscenties kunnen machtig zijn. Toen de regering-Attlee in 1948 de National Health Service tot stand bracht, herinnerde het Verenigd Koninkrijk zich de dienst aan vrijheid en vaderland in de strijd tegen de vijand. Nederland daarentegen kende het woordje dienst in de Arbeidsdienst. Een Gerrit van de gezondheidsdienst kon men missen als kiespijn. Dezelfde letters klinken eenmaal als wijding en eenmaal als vloek. Ik zal de tegenstelling niet uitwerken en onderzoeken. Dat de health service geen monolithisch ambtelijk apparaat is, blijft onbesproken. Welke de voor- en nadelen zouden zijn van een Nederlandse rijksdienst voor gezondheidszorg, wordt overgelaten aan ieders fantasie. Het is geen praktische actuele propositie.

De Partij van de Arbeid heeft op haar congres in januari 1970 bewust gekozen voor de term „nationale gezondheidszorg”, omdat door het Nederlandse taalgebruik „dienst” teveel zou worden gelijkgesteld met de monoliet, evenmin gewenst als bijvoorbeeld in het onderwijs. Mijn partij wenst een health service niet in de zin van dienstplichtigheid, maar van dienstvaardigheid — een gezondheidszorg waarvan het socialistische gehalte niet moet blijken uit

aprioristische vormen, maar uit de verwezenlijking van enkele beginselen: namelijk dat de mensen niet alleen free and equal worden geboren, maar ook tijdens hun pursuit of happiness zekere onvervreembare gelijkheidsrechten behouden. Rechten als consumenten en als staatsburgers. Ter toelichting de kenmerken die in de zogenaamde Groningse resolutie worden opgesomd:

- een doelmatig geheel van voorzieningen onder verantwoordelijkheid van de rijksoverheid;
- matiging van de in de gezondheidszorg verdiende inkomens;
- gratis voorzieningen voor allen (dus geen onderscheid meer tussen zogenaamde particuliere en ziekenfondspatiënten);
- een financiering die tevens bijdraagt tot een meer gelijke inkomensverdeling.

Het meest principieel van deze eisen klinkt de derde; de vierde is niet absoluut maar comparatief gesteld en de eerste twee bevatten het woord matig. Daarom nu eerst iets meer over de kosteloosheid (in de zin van geen directe contraprestatie - collectief moet er natuurlijk toch betaald worden). Waarom zo'n ophef daarvan maken? Waarom met alle geweld gratis gezondheidszorg wensen en geen gratis brood of sokken? Die heeft men toch ook nodig? Ja en nee. Ja: iedereen heeft behoefte aan voeding en kleding. Nee: de middelen om die behoeften te bevredigen kan men zelf kiezen. Niet alzo de gezondheidszorg. Een zieke kiest niet, hij berust. Meestal heeft hij geen flauw idee wat er allemaal met hem moet gebeuren. Hij heeft maar één wens: beter worden. De mate waarin aan die wens kan worden tegemoetgekomen, mag niet beïnvloed zijn door financiële overwegingen van de patiënt zelf, die de draagwijdte daarvan niet overziet en die niet om zijn kwaal heeft gevraagd. Temeer is dit onaanvaardbaar gegeven een zekere inkomensongelijkheid die deze overwegingen voor verschillende patiënten verschillend zou belasten, hetgeen zou leiden tot aantasting van de regel: voor God en de dokter zijn allen gelijk.

Twee argumenten zouden deze redenering kunnen afzwakken: overconsumptie (men moet maar eens voelen, op welke kosten men de gemeenschap onnodig jaagt) en administratieve eenvoud (wat een gedoe voor een buisje asperine; dat kan men toch beter ineens betalen). Het eerste argument is nooit bewezen. Wij komen zelfs in een fase waarin wij de gang naar de dokter, met name voor preventieve onderzoeken, bewust moeten stimuleren. Van het

tweede argument klopt het tegendeel met de werkelijkheid. Gezondheidszorg is zo duur, dat verzekering in ieder geval als noodzakelijk wordt ervaren. In zo'n stelsel leiden bijbetalingen alleen maar tot extra administratie.

Conclusie: bijbetalingen zijn zowel op principiële als op praktische gronden verwerpelijk. Evenals in het onderwijs verdient collectieve financiering de voorkeur. Een volksverzekering zoals de A.W.B.Z., met premies naar draagkracht en een aanzienlijke bijdrage uit de algemene middelen, zou de praktische verschijningsvorm kunnen zijn. Laatstgenoemde bijdrage is van belang met het oog op de algemene inkomensverdeling. Immers premies lijken proportioneel, maar zijn, vanwege de premiegrens en vanwege de aftrekbaarheid, in feite degressief. Belastingen daarentegen zijn tenminste proportioneel. De belastingdienst stelt de middelen ter beschikking van de financiële organen der nationale gezondheidszorg. Als zodanig komen in aanmerking de ziekenfondsen en de andere verzekeringsmaatschappijen, die reeds nu de A.W.B.Z. uitvoeren. Behalve dan de instituten voor ambtenaren, die terugkeren tot hun status van gewone mensen. Overigens dient er een einde te komen aan de overlapping van werkgebieden en aan zieltjeswinnerij. De rechten der burgers zijn per definitie gelijk. Voor het financiële beheer kan dan efficiency de enige maatstaf zijn.

Volgende schakel in de geldstroom: die tussen de financiële organen en de medewerkende personen en instituten. Een ingewikkelder gesmede schakel dan die tussen burgers en belastingdienst. De medewerkers vormen namelijk een bont geheel: naar kwalificatie, naar rechtspersoonlijkheid, naar prestatie. Allerlei praktische problemen vloeien daaruit voort. Een verband tussen de wijze van honorering en het prestatievolume is bijvoorbeeld niet denkbeeldig. Er zijn vast wel artsen, die een overeengekomen salaris respectievelijk een abonnementshonorarium (blijven) prefereren, zonder rompslomp, en die in ruil daarvan gewoon hun werk naar beste weten doen. Maar misschien zijn er anderen die 's nachts voor een tientje méér gemakkelijker hun bed uit komen, ook wanneer zij daardoor overdag

wat langer moeten schrijven. Zwak vlees mag men in de organisatie niet veronachtzamen. Harder wordt het gevecht over het (gemiddelde) inkomen per medewerkershoofd als geheel. Er kan niet genoeg op worden gehamerd, dat in het bijzonder de specialisten als groep naar verhouding hoge inkomens genieten. Het verbaast me telkens weer, met welk een heftigheid dit door de betrokkenen wordt ontkend. Daarom ter illustratie een paar cijfers uit het statistisch bulletin van het C.B.S. d.d. 29 september 1970. Het gemiddelde zogenaamde kerninkomen in 1966 (fiscale statistieken plegen enkele jaren achter te lopen) bedroeg voor:

de zelfstandigen als geheel .....	f 17.551
directeuren n.v. ....	f 42.275
onderwijzend personeel l.o. ....	f 13.833
onderwijzend personeel h.o. ....	f 42.418
arbeiders in de industrie .....	f 7.840
vrije beroepen .....	f 61.734

De laatste groep bestaat uit accountants, advocaten, architecten, artsen, ingenieurs, notarissen, tandartsen en dierenartsen. De artsen, tandartsen en dierenartsen vormen daarvan zeker de helft. Het kerninkomen heeft uitsluitend betrekking op de verdiensten uit het opgegeven beroep. Kosten zijn in mindering gebracht. Pensioenpremies en dergelijke niet, maar in dat opzicht waren de artsen er in 1966 niet slechter aan toe dan de meeste arbeiders en aanstonds gaat het hun ook op dit punt beter. Slechts twee stereotype tegenwerpingen tegen een staatje als bovenvermeld zijn gerechtvaardigd: *ars longa, vita brevis*. De dagen zijn langer dan 40-44 uur, het beroepsleven na een lange sobere opleiding korter dan de 45-50 jaar die geldt voor het grootste deel van de beroepsbevolking.

Kwantificering van deze nuances is gewenst. Alleen feiten kunnen de hemel doen opklaren. De artsen moeten bedenken, dat de vorming van hun inkomen zich geheel onttrekt aan de werking van de markt. Alleen de overheid kan een wederpartij zijn en hoe zou de overheid handelen zonder degelijke feitenkennis, een statistisch gemiddelde aanvaardend als een belangrijke aanwijzing, maar vervolgens specificatie verlangend naar specialisme, leeftijd, regio, enzovoort? De huisartsen hebben hun rapport-Van der Ven. De specialisten zouden er een eer in moeten stellen, evenveel helderheid te (doen) scheppen. Welke conclusies het feitenmateriaal kan opleveren, is een tweede. Een massale uittocht naar een land waar de tarieven nog hoger liggen, zie ik niet.

De nationale gezondheidszorg, zoals hier toegevoegd, is de uitkomst zowel van een logische redenering als van een historische ontwikkeling: De afwezigheid respectievelijk de bewuste uitschakeling van het keuzeprobleem voor de patiënten en dus van het marktproces, dwingt de overheid te beslissen a) over de lastenverdeling, b) over de prijs per eenheid (verrichting, uur, ingeschreven ziel) van de gevraagde goederen en diensten, c) over de aantallen eenheden van de verschillende „artikelen”. Het laatste probleemcomplex is het meest specifiek en

## Aanmelding studie geneeskunde

Degenen, die in het studiejaar 1971/'72 geneeskunde willen gaan studeren, moeten zich, ter bevordering van gelijkmatige spreiding van eerstejaarsstudenten, zo snel mogelijk doch uiterlijk voor 1 mei a.s. aanmelden bij de Commissie aanmelding eerstejaarsstudenten geneeskunde, Kromme Nieuwe Gracht 29, Utrecht. Wie zich tijdig heeft aangemeld ontvangt ter invulling een inlichtingenkaart, waarop moet worden vermeld aan welke universiteit men bij voorkeur wil gaan studeren en welke universiteit men als tweede en volgende keuze prefereert.



dus het meest interessant. Niemand heeft mij tot dusver kunnen uitleggen, waarom de lastenverdeling anders zou moeten zijn dan ten aanzien van het onderwijs, de wegenbouw of de defensie. Evenmin vind ik, dat de inkomens van artsen en apothekers met andere ogen zouden moeten worden gezien dan die van (hoog)leraren of militairen. De natie zal betalen en de gezondheidsdienaren zullen ontvangen.

De kern van de zaak echter zit tussen betalen en ontvangen in: de voorzieningen van gezondheidszorg zelf. En die voorzieningen zijn wel degelijk van uitzonderlijke aard. Zolang het kan, wil men er zo weinig mogelijk van hebben, en zolang het moet, zoveel mogelijk. Andere zaken maken het leven aangenamer, wijder en zinrijker. Gezondheid gaat aan genot, creativiteit en zin vooraf. Gezondheidszorg is de meest elementaire basisvoorziening. Bovendien maakt zij zichzelf niet overbodig, zij leidt niet tot verzadiging. Even elementair als haar noodzaak is haar schaarste. De vooruitgang van wetenschap en techniek doet de tragiek slechts toenemen. Hoe ruimer de theoretische mogelijkheden van behandeling, hoe enger de grenzen gesteld door de praktijk. Hoe meer men kan, hoe minder men kan. Verspilling is in de gezondheidszorg extra kwalijk. Draait men tomaten door? Een meevaller voor de varkens. Verandert een student van faculteit? Hij zal er toch wel iets van hebben opgestoken. Licht iemand te lang in een ziekenhuisbed? Dan ligt hij een ander in de weg. Tegen die en duizenderlei andere verspilling dient de nationale gezondheidsbediening angstvallig te waken. Bovendien moet het beginsel van gelijke aanspraken inhoud krijgen door een gelijkmatige spreiding der voorzieningen over het grondgebied.

Ik zal niet uitweiden over allerlei organisatievraagstukken, zomin als de lastenverdeling en het honoreringstelsel in detail werden besproken. Echelonnering, gezondheidscentra, gesloten circuit, beleidsstatistieken, kosten-baten-analyse, het zijn alle termen die dit artikel niet van andere zou doen onderscheiden. Meer aanleiding tot polemiek geven wellicht enkele opmerkingen over decentralisatie, levensbeschouwelijke differentiatie en democratisering.

Nationale gezondheidszorg wil zeggen gelijke rechten voor allen, plichten naar draagkracht volgens een algemeen beginsel, en voorzieningen bestraamt en mogelijk gemaakt door de centrale overheid. Het betekent niet een eenvormige ambtelijke dienst. In zekere zin laat zich de vergelijking denken met een grote internationale onderneming: centrale directieven, maar een grote mate van vrijheid en initiatief in de onderdelen, zowel bij de programmering als bij de uitvoering. Een centrale instantie staat onophoudelijk voor de keuze: zelf beslissen of delegeren.

De mate van uitzonderlijkheid der beslissing is een belangrijke maatstaf bij die keuze. Hoe minder specialistisch de voorziening in kwestie, hoe meer grond voor delegatie. Een tweede maatstaf is die der efficiency. Detailbemoeiingen vanuit Den Haag (die hier en nu niet zeldzaam zijn, onder een liberaal confessioneel kabinet) kunnen leiden tot bureaucratische verspilling. Anderzijds kan vertrouwen op plaatselijk oordeel ten gevolge hebben, dat wordt berust in een gebrek aan samenwerking.

Verspilling door verzuiling en verstrooiing hangt in de Nederlandse gezondheidszorg vooral samen met de waarde, die men toekent aan het levensbeschouwelijke karakter van bepaalde voorzieningen. De scheidslijnen vervagen reeds, geheel door vrijwilligheid. Soms ook doen de specialistische aard van een voorziening of de ondervertegenwoordiging van een levensbeschouwing het probleem verdampen. Niettemin blijven er tal van gevallen, waarin het beginsel van de eigen kleur het Nederlandse volk veel geld kost. Het is de taak van de rijksoverheid meer samenwerking te stimuleren, vooral wanneer de lagere overheid in gebreke blijft.

Een derde maatstaf bij de keuze vóór of tegen decentralisering is de balans der democratie. Wie delegeert aan particuliere lichamen, voor zover deze niemand dan de delegator verantwoording schuldig zijn, kan de democratie schaden. Wie streeft naar territoriale decentralisatie in een democratische gemeenschap, kan die bestuursvorm verrijken. Dat is het streven van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, de Wet luchtverontreiniging, de Wet ambulancevervoer, enzovoorts. Dat is het streven van ons onderwijs, van de woningbouw, van de politie. Decentralisatie in een eenheidsstaat. Wie wil volhouden, dat de nationale gezondheidszorg een gigantische bureaucratie zou inluiden, moet ook de huidige eenheidsstaat wel een socialistisch monstrem vinden.

In onze pursuit of happiness and health behouden wij zekere onvervreembare gelijkheidsrechten. Gelijke aanspraken als consumenten op alle voorzieningen van gezondheidszorg; dus geen eigen financieel risico en geen privileges bij de verdeling van zeer schaarse (in het bijzonder nieuwe) goederen en diensten. Gelijke plichten als belasting- en premiebetalers; dus betalen naar draagkracht. Gelijke rechten als medebestuurders van een omvangrijk en ingewikkeld bedrijf; dus geen bewind van eigen baasjes en regenten, hetzij Haagse of andere. Gelijkheid, opdat in deze elementaire aller voorzieningen de vrijheid van de een niet de vrijheid van de ander schaadt. Gelijkheid, om bij het verdelen van de schaarse een beetje broederschap te betrachten.

# Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (VII)

## *Een brief van Hidde Justuszn Halbertsma aan Carel Eduard Daniëls*

De korte brief van H. J. Halbertsma aan de WelEdele Zeer Gel. Heer C. E. Daniëls, Med. Chir. et Art. Obst. Doctor te Amsterdam luidt:

Leiden, 6 november 1864

Waarde Doctor!

Ik ben nog altijd in gebreke gebleven u de ontvangst te berigten van de 1<sup>o</sup> Afl. van Uwe vertaling van Wundt's Leerboek en ik verheug mij al in 't verschiet ook de volgende stukken te mogen ontvangen. Ik moet eerlijk bekennen dat ik nog nooit eene *algemeene* physiologie gelezen heb die mij zoo goed beviel als deze. En Ge hebt goed vertaald en Ge hebt getoond de zaak te begrijpen. Uw stijl is vlug en spiegelt uw persoon af. Le style c'est l'homme. Ga zoo voort en geloof mij, steeds

Hoogachtend en vriendschappelijk  
t.t. H. J. Halbertsma

Het gaat in de brief over het „Leerboek der physiologie van den mensch” door Wilhelm Wundt, uit het Duits in het Nederlands vertaald door Dr. C. E. Daniëls. De brief uit 1864 betreft het eerste gedeelte van het werk, de algemene physiologie. Het volledige werk, voorzien van een voorwoord door A. Heinsius (dat echter alleen betrekking heeft op het eerste gedeelte), verscheen pas in 1866 in Utrecht. De schrijver, Wilhelm Wundt, is op 16 augustus 1832 geboren te Neckarau in Baden. Hij studeerde in Tübingen, Heidelberg en Berlijn. In 1857 werd hij privaat-docent voor physiologie in Heidelberg, in 1864 hoogleraar aldaar. In 1874 werd hij naar Zürich beroepen, doch reeds in 1875 ging hij naar Leipzig als Prof. ord. der Philosophie. Het eerste gedeelte betreft de algemene physiologie, het tweede de speciële physiologie. Het zou te ver voeren hier nader in te gaan op het boek, het werd door de Nederlandse physioloog Prof. Heinsius aanbevolen aan zijn leerlingen. Prof. Halbertsma vindt de algemene physiologie uitstekend en de vertaling door de jonge Daniëls heel goed. Thans, ruim honderd jaar na het verschijnen van het werk, zijn de opvattingen over de physiologie hier en daar wel anders dan toen.

Hidde Justuszoon Halbertsma is 20 maart 1820 te Bolsward geboren. Gedurende 1838-1843 studeerde hij in Leiden onder Sandifort, Broers, Pruijs van der

Hoeven. In 1843 promotie tot doct. med. op een dissertatie „De Antonii Leeuwenhoeckii meritis in quasdam partes anatomiae microscopicae”. Daarna studeerde hij in Parijs, in Wenen onder Skoda en in Heidelberg onder Henle. In 1845 ging hij terug naar Leiden waar hij toen promoveerde in chirurgie en verloskunde. In 1846 werd H. naar Berlijn gezonden door de regering om zijn anatomische en physiologische studies voort te zetten. In 1847 ging H. naar Leipzig en vervolgens naar Praag. In 1848 stierf Sandifort en werd Halbertsma benoemd tot Prof. med. in Leiden. Hij reorganiseerde het onderwijs in anatomie en physiologie en was een uitstekend docent. In 1864 werd Halbertsma ziek, hij zocht tevergeefs genezing in Laubach, waar hij 22 november 1864 stierf. Niettegenstaande zijn drukke werkzaamheden heeft H. veel gepubliceerd.

Carel Eduard Daniëls is 4 juni 1839 te Hillegom geboren. Hij studeerde in Leiden, o.a. onder Suringar, Pruijs van der Hoeven, Simon Thomas. In juni 1862 promoveerde hij in de medicijnen en in oktober van hetzelfde jaar in chirurgie en verloskunde. Daniëls was een van de voorgangers van ondergetekende als bibliothecaris van de Maatschappij, welke functie hij bekleedde van 1883 tot 1919. Hij had als zodanig grote verdiensten en werd in 1913 erelid van de Maatschappij. Hij was oprichter van het Geschiedkundig Medisch Pharmaceutisch Museum te Amsterdam, destijds ondergebracht in het Stedelijk Museum, tegenwoordig in het Wijnkopersgildehuis in de Koestraat. In 1919, bij het neerleggen van het bibliothecarisschap, verhuisde Daniëls van Amsterdam naar 's-Gravenhage, waar hij 25 januari 1921 overleed.

Daniëls schreef o.a. „Het leven en de verdiensten van Petrus Camper” (in 1880 met goud bekroond door het Prov. Utr. Genootschap voor Kunsten en Wetenschappen) en samen met Prof. Israëls „De verdiensten der Hollandsche geleerden ten opzichte van Harvey's leer van den bloedsomloop” (in 1883 eveneens met goud bekroond door het Prov. Utr. Gen. voor K. en W.). Hij was ook medeoprichter van „Janus, archives internationales pour l'histoire de la médecine et pour la géographie médicale”.

In 1864, het jaar van de brief, was Prof. Halbertsma 44 en Dr. Daniëls 25 jaar.

Dr. J. A. van Dongen

# Gezondheidszorg in „nieuwe steden”

Door T. Landheer, arts te Diepenveen

*While it is often thought, that doctors working in health centres derive some benefit for themselves, it cannot be too much emphasized that the real benefits are bestowed on the patient, in so far as the doctors, relieved of work which can be quite properly delegated to ancillary workers, are able to devote more of their time and energy to providing a better service to the community.*

Medical Officer of Health Oxford

Over gezondheidscentra en wellicht ook over groepspraktijken weet iedereen tegenwoordig mee te praten. Vele artikelen over de problemen inherent aan de oprichting van centra, zijn er de laatste tijd verschenen. Echter maar al te gemakkelijk wordt in Nederland aangenomen dat een veredeld wijk-(kruisvereniging)gebouw al een gezondheidscentrum is.

De huisvesting van vele huisartsen, fysiotherapeuten, vroedvrouwen en anderen, werkzaam op het gebied van de gezondheidszorg, is wel aangepast aan zijn of haar behoeften, maar niet berekend op samenwerking met grotere groepen of meerdere disciplines. Alhoewel er in de laatste jaren een tendens merkbaar is om samenwerking van de verschillende organisaties tot stand te krijgen, wordt vaak nog niet veel meer bereikt dan samenwerken in plaats van gezamenlijk werken.

Soms wordt door het woord gezondheidscentrum de indruk gewekt, alsof met het gereed maken van een gezondheidscentrum het creëren van een groepspraktijk inherent is. Alhoewel dit zeer wenselijk zou zijn, meen ik te mogen stellen dat een gezondheidscentrum alleen dan een gezondheidscentrum mag heten, wanneer werkers van verschillende disciplines in de gezondheidszorg hun taak geheel of vrijwel geheel uitvoeren vanuit een gezamenlijk gebouw, dat daartoe opgericht of aangepast is.

De invoering in Engeland van de National Health Service in 1948 had tot gevolg een centrale, misschien wel te gecentraliseerde, organisatie van de gezondheidszorg. In de „Medical Officer” heeft R. C. Wofinden (hoogleraar Sociale Geneeskunde in Bristol) over het doel van de gezondheidscentra en de groepspraktijken geschreven (1967). Hij meent, „dat geruime tijd geleden de Engelse huisarts zijn werk slecht deed in daarvoor niet geschikte ruimten en door allerlei omstandigheden steeds verder dreigde af te zakken, waar de bevolking het meeste

nadeel van zal ondervinden. De stimulering van centra en van samenwerking van artsen onderling en van artsen met diensten, die een ander terrein op het gebied van de gezondheidszorg bestreken, diende aan deze ongewenste toestand een einde te maken. Het in de oorlog gereed gemaakte N.H.S. plan kwam tot uitvoering en men begon ambitieus met het bouwen van gezondheidscentra. Echter zo groot en zo duur, dat men na het gereed komen van een paar centra geen kans meer zag om het plan verder uit te voeren”. Deze dure gebouwen gaven aanleiding tot verhitte discussies over de mogelijkheden in de toekomst van gezondheidscentra. Door deze discussies kwam de uitvoering van de plannen een tijdlang vrijwel stil te staan.

Het „Huisartseninstituut” van Guy’s Hospital Medical School in Londen is in een vroeg stadium begonnen met het maken van plannen voor de ontwikkeling van gezondheidscentra. Door de medewerkers is een artikel gepubliceerd over „Health centres, facts en figures”, (Lancet 1 november 1969); hieraan wordt het volgende ontleend: In het begin van 1971 zullen er ongeveer 300 gezondheidscentra in het Verenigd Koninkrijk klaar zijn, zodat 1 op de 15 huisartsen over ruimte in een gezondheidscentrum kan beschikken. Per 31 december 1968 functioneerden 93 centra, 69 werden gebouwd terwijl de plannen voor 67 anderen goedgekeurd waren, een totaal van 229 gezondheidscentra. Daarnaast is het moeilijk om de ontwikkeling van de gezondheidscentra te volgen omdat men in Engeland alleen maar een goedkeuring nodig heeft om met de bouw te beginnen, en men niet meldt wanneer het gezondheidscentrum begint te functioneren.

Onder de op genoemde datum (1 november 1968) functionerende centra waren er 10 die vóór 1948 waren gesticht; alle, op twee na, zijn in Londen of in het zuiden van Wales. De meeste centra werden in de volgende 15 jaren geopend in de stedelijke gebieden buiten Londen. Het is opvallend dat er slechts 1 was in de „nieuwe steden”, die zich in dezelfde tijd beginnen te ontplooiën.

Thans zijn in Engeland 25 „nieuwe steden” in bouw of reeds gereed gekomen. Men heeft daar in vele steden verzuimd om vroeg bij het maken van de plannen de nodige geneeskundige voorzieningen in te brengen bij de centrale ontwerper. Toch heeft men in de stimulering van gezondheidscentra (kleiner dan men zich aanvankelijk voorstelde) en het belangrijker worden van de zin van het samenwerken, een duidelijke aanwijzing dat in de nieuwe steden, die op het ogenblik gerealiseerd worden, de

geneeskundige voorzieningen geïntegreerd worden uitgewerkt.

In de nieuwe steden zal men de plannen en de voorbereidingen voor de bouw van een gezondheidscentrum toetsen aan de criteria die de verschillende gebruikers van het gebouw als eisen stellen. Behalve de huisarts zal de wijkverpleegster, de tandarts, de schooltandverzorging, de schoolarts, maar ook de apotheker, de fysiotherapeut, de chiropodist en de vroedvrouw, de maatschappelijk werker, het laboratorium en de administratie een onderdak in het gezondheidscentrum moeten vinden. Naast een goede onderlinge samenwerking is het noodzakelijk dat de werkzaamheden gecoördineerd worden uitgevoerd, met andere woorden dat de huisarts voor zijn preventieve werkzaamheden zeer nauw met de kruisverenigingen samenwerkt, maar aan de andere kant ook, dat de huisarts door de gemeentelijke geneeskundige dienst bij de uitvoering van preventieve werkzaamheden nauw betrokken wordt. De ervaring, welke men in Engeland heeft opgedaan met de integratie van de curatieve en preventieve werkzaamheden, lijkt veelbelovend.

In de Bijlmermeer zijn al gedurende een aantal jaren huizen gereed voor bewoning. In de dagbladen van 6 november 1970 verscheen een artikel over een pre-advies aan de gemeenteraad, waarin de Werkgroep Organisatie Gezondheidszorg Bijlmer voor de oprichting van een medisch-centrum in de Z.O. stadsuitbreiding van Amsterdam pleit. Tot het ogenblik van realisering van dit gezondheidscentrum zullen huisartsen, fysiotherapeuten en anderen in gewone flatwoningen hun praktijk moeten uitoefenen. Het zou een belangrijke stimulans voor de voorzieningen op het gebied van de gezondheidszorg voor de Bijlmermeer kunnen betekenen, wanneer dit gezondheidscentrum spoedig van de grond kwam.

In het algemeen zal men, in afwachting van stimulerende maatregelen, gezondheidscentra slechts daar kunnen verwezenlijken, waar steden zich snel uitbreiden of wanneer men, zoals bijvoorbeeld in Lelystad in het Openbaar Lichaam Zuidelijke IJsselmeerpolders, een nieuwe stad bouwt.

Naar mijn mening kan de Bijlmermeer met een toekomstig inwoneraantal van 120.000 zielen — zeker naar de Engelse opvatting — een nieuwe stad genoemd worden. Men moet zich niet voorstellen dat een nieuwe stad een vestiging in een volledig verlaten vlakte is, zoals bijvoorbeeld Oostelijk Flevoland bij het droog komen er uit zag. Er bestaan veel varianten. In het Z.O. van Londen vindt men de nieuwe stad Thamesmead, als uitloper van een nieuwe wijk Abbeywood, die vlak na de oorlog werd gebouwd. Door een geconcentreerde en vooral geïntegreerde aanpak kan men thans veel beter nieuwe steden bouwen. Het verplaatsen van de industrie naar de nieuwe woonkernen kan het pendelen van de bevolking voorkomen. Had men aanvankelijk de gedachte dat de voorstad Harlow Garden City zou dienen als uitwijkmogelijkheid voor Londen, thans kan men concluderen dat slechts 9% van het

totaal aantal arbeiders van de 70.000 inwoners in Londen werkt. 90 verschillende industrieën bieden werk aan 18.000 arbeiders. In het N.O. van Engeland onder Newcastle, ten oosten van Durham, is men bezig met het creëren van een nieuwe stad Washington New Town. Dit wordt gerealiseerd in een geaccidenteerd terrein waarin nog de resten te vinden zijn van de vroegere mijnwerkersplaatsjes. Ieder van deze dorpen zal z'n eigen identiteit moeten behouden, hetgeen waarlijk geen eenvoudige opgave is. De resten van de mijnindustrie worden zoveel mogelijk verwerkt in het geaccidenteerde landschap. Het blijkt dat de mijnwerkers zeer goed om te scholen zijn voor de industrie. Grotere en kleinere industrieën zijn reeds geruime tijd aangetrokken, thans zijn er zoveel industrieën dat men geen mankracht meer over heeft. Eerst na verdere uitbouw van de nieuwe stad zal men aan de vraag kunnen voldoen.

In Buckinghamshire vindt men het gebied waar in de toekomst de nieuwe stad Milton Keynes komt te liggen, ook in een vrij geaccidenteerd gebied tussen een aantal middelgrote provinciesteden. In deze stad, die in de toekomst 150.000 inwoners zal herbergen, liggen zelfs plaatsen met nu al 30.000 inwoners. Dan zijn er nog een aantal kleine plattelandsplaatsjes, sommige met industrie en een twaalftal dorpjes met ieder 200 tot 300 inwoners. Ook hier ligt het niet in de bedoeling dat de nieuwe inwoners naar andere plaatsen zullen gaan pendelen. De bedoeling is dat de industrie met de bewoners naar het nieuwe Milton Keynes toekomt.

In Runcorn, in het midden-westen van Engeland onder Liverpool en ten westen van Manchester, verwacht men dat tegen het eind van de eeuw 100.000 inwoners wonen in een plaats die thans 28.000 inwoners heeft. Door het spreiden van de bevolking en van de industrie laat men de thans bestaande stad naar de oostzijde langzaam uitgroeien.

Is het dan een wonder dat voor de nieuwe stad Lelystad, zo centraal gelegen en straks zo goed opgenomen in de nationale infrastructuur, in groter verband een belangrijke functie is weggelegd? In het licht van het toenemende tekort aan vestigingsmogelijkheden in het westen van het land en meer in het bijzonder in de Randstad, beschikt de nieuwe stad bovendien over een bijzondere voorsprong door het voorhands wel haast nog ongelimiteerde aanbod van ruimte voor nieuwe vestigingen. Werd in 1958 nog over Lelystad gesproken met een inwonertal van 25 à 30.000, reeds in 1961 geeft de minister van Verkeer en Waterstaat aan dat de ontwikkelingskansen van Lelystad het maken van een stadsplan voor 100.000 inwoners wettigen.

„Mede in verband met het gereedkomen van het stedenbouwkundig plan voor Lelystad heeft de regering enkele principiële beslissingen genomen over de functie die aan Lelystad moet worden toegekend in het kader van de nationale ruimtelijke politiek en de maatregelen waardoor de gewenste ontwikkeling van Lelystad kan worden verzekerd.

„De taakstelling van de Zuidelijke IJsselmeerpolder

ders dient te worden gezien in het licht van de komende verdere bevolkingsgroei en sterke urbanisatie, waarbij ondanks het doorwerken van de spreidingspolitiek, met name in het westen en zuiden van ons land, een zware bevolkingsdruk zal moeten worden opgevangen. In deze situatie kunnen de centraal gelegen zuidelijke polders geen „leeg” gebied blijven, maar zullen zij integendeel een zo groot mogelijke bijdrage moeten leveren voor het opnemen van de stedelijke expansie in het westen.

„Het is te voorzien dat de noordvleugel van de Randstad Holland tot omstreeks het jaar 2000 voor een half tot één miljoen inwoners tekort aan ruimte zal hebben. Hierin moet in belangrijke mate worden voorzien door stedelijke vestigingen in de Zuidelijke IJsselmeerpolders en in dit verband is een snelle uitgroei van Lelystad tot een stad van 100.000 inwoners een noodzakelijke en in feite minimale doelstelling.

„Als taakstelling voor de periode 1965-1975, waarin het rijk in hoofdzaak de directe verantwoordelijkheid voor de ontwikkeling van Lelystad zal moeten dragen, ware te stellen, het tot stand brengen van een stad van 10-15.000 inwoners als eerste aanzet voor een verdere krachtige uitgroei tot 100.000 inwoners.

„De gewenste snelle groei van de stad zal moeten berusten op de aantrekking van instellingen, diensten en industrieën. Dit beleid zal alleen kans van slagen bieden, indien te Lelystad van de aanvang af een aantrekkelijk woon- en vestigingsklimaat kan worden geboden. Behalve goede woningen en winkels, gevarieerde onderwijsmogelijkheden en voorzieningen op het gebied van recreatie en cultuur, behoor tot dit klimaat de aanwezigheid van een adequate gezondheidszorg.”

In het kader van de snelle ontwikkeling van de geneeskunde en de zich even snel evoluerende opvattingen over de werkwijze van alle thans nog zelfstandigen in de gezondheidszorg, moet de lokale overheid zich rekenschap geven van de eisen die de bevolking zal gaan stellen aan de soort voorzieningen, welke zij wenst dat aanwezig is om een stad aantrekkelijk te maken als leef- en werkwoord.

Wanneer men verder in aanmerking neemt dat, mede onder invloed van bestedingsbeperkingen en andere factoren, de aantallen gereed komende huizen per jaar kunnen verschillen, is het vrij moeilijk om de bevolkingsaanwas nauwkeurig te voorspellen. Vandaar dat de Overheid met een maximale en minimale prognose rekening houdt en door frequent bijsturen de nodige correcties binnen deze twee lijnen kan aangeven. Een voordeel is dat de rechtlijnige uitbreiding van een stad als Lelystad die in een volkomen maagdelijk gebied begint, in tegenstelling met de fraaie kleine dorpjes in het Engelse landschap, gemakkelijker te overzien is ook voor niet ervarenen bij de bouw van een nieuwe stad. Als basisvoorwaarde wordt gesteld dat binnen elke wijk een voldoende hoog verzorgingsniveau moet kunnen worden bereikt, waarvoor de wijk grootte van 20 à 25.000 inwoners wordt aangegeven. Men pleegt de

kwaliteit van een stad af te meten aan de aantrekkelijkheid van de centra en in het bijzonder van het gemeenschappelijk hoofdcentrum. Een goed centrum eist, wil het niet alleen economisch en commercieel bevredigend functioneren, maar ook sociaal en cultureel inspirerend werken, een doelbewust daarvoor gekozen vorm en een eveneens doelbewust daarop gerichte ligging. Verder is het belangrijk dat de eis van een optimaal woon- en leefklimaat, ook gedurende alle opvolgende groeifasen, moet leiden tot een zoveel mogelijk achtereenvolgens en volledig afbouwen van de éne, bij voorkeur niet te kleine, samenhangende eenheid naar de andere.

In 1970 zullen 1.400, in 1971 2.600 en in 1974 4.400 woningen voor bewoning gereed zijn.

Vrijwel tegelijk met de eerste bewoners in Lelystad was het eerste tijdelijke gezondheidscentrum klaar, van waaruit de meest noodzakelijke hulp verleend kon worden. De gestage toeneming van het aantal inwoners deed echter al spoedig de vraag naar voren komen hoeveel inwoners 1 gezondheidscentrum zouden kunnen verzorgen. In de verschillende nieuwe steden in Engeland heerste hier geen eensluidende mening over. Aanvankelijk had men plannen om in Thamesmead alleen gezondheidscentra te bouwen, die ieder 15.000 personen zouden kunnen verzorgen. Later merkte men dat dit een foute redenering is geweest. Men bouwt nu dit gezondheidscentrum toch voor 15.000 zielen, maar creëert daarboven een hoofdgezondheidscentrum dat ongeveer 50.000 inwoners zal moeten verzorgen. Hierin zullen 4 groepen met in het totaal ongeveer 24 huisartsen werkzaam zijn.

In Harlow Garden City heeft men op 70.000 inwoners, gegroepeerd in 4 wijken rond het nieuwe stadsmidden (financieel bijgestaan door de Nuffield Provincial Hospital Trust) 6 gezondheidscentra gebouwd waarin groepspraktijken en preventieve organisaties onderdak vinden. Daarnaast bestaan er in deze sterk geïndustrialiseerde plaats 3 gezondheidscentra uitsluitend ten behoeve van de Bedrijfs Geneeskundige Dienst.

In Milton Keynes zal in het jaar 2000 de bevolking 250.000 zielen bedragen. Men stelt zich voor om over de stad een 9-tal gezondheidscentra te verspreiden, die ieder dus ongeveer 30.000 zielen zullen moeten verzorgen.

Washington New Town zal na 1980 uitgroeien tot 80.000 inwoners; reeds vroeg besliste men, dat op iedere 20.000 inwoners een gezondheidscentrum zou worden gesticht, zodat er 4 zouden ontstaan. Na ampele discussie echter meende men dat het tweede gezondheidscentrum groter moet worden en werd besloten dat dit 40.000 zielen zal verzorgen. Aan dit centrum komen ook units voor ziekenhuis-specialisten, terwijl de huisarts kan beschikken over een afdeling diagnostische röntgenologie en een klinisch laboratorium. Verder zal er een fysiotherapie-afdeling worden ondergebracht evenals een daghospitaal voor psychiatrische en geriatrische patiënten.

In Runcorn worden de woningen in groepen bij-

eengebracht waarin ongeveer telkens 8.000 inwoners een onderdak zullen vinden. Deze woonwijken hebben een centrum waarin winkels, gemeenschaps- en gezondheidscentra. Het nieuwe gedeelte van de stad, uiteindelijk ongeveer 60.000 inwoners, krijgt geen groot gezondheidscentrum centraal, men denkt aan 4 kleinere gezondheidscentra, ieder voor ongeveer 15 tot 16.000 zielen.

Terugkomend op Lelystad leek het aanvankelijk zeer aantrekkelijk om kleinere gezondheidscentra te bouwen waar bijvoorbeeld 5 tot 6 huisartsen onderdak zouden vinden. Houdt men echter rekening met het feit, dat men door de successievelijke afbouw van de wijken ook diensten zal moeten gaan verlenen aan de naastbij gelegen wijk in opbouw, dan lijkt het verstandiger om behalve uit economisch-financiële motieven te kiezen voor 1 gezondheidscentrum per wijk van 25.000 inwoners.

Bezwaren zijn er natuurlijk ook tegen de bouw van een groot gezondheidscentrum, dat eerst over een aantal jaren volledig in gebruik zal zijn. Men kan dit op twee manieren aanpakken, n.l. door ineens te bouwen, hetgeen goedkoper is, en dan het gebouw laten gebruiken door diensten die een gelijk doel nastreven maar die met de groei van de bevolking een eigen onderdak zullen moeten vinden, of door het gebouw later zo uit te breiden, dat eerst in tweede instantie voldoende ruimte voor de hele wijk wordt gecreëerd. Het later uitbreiden van een gebouw brengt echter zoveel moeilijkheden met zich mede dat de eerste oplossing de meest aanvaardbare moet worden geacht.

Waar moet nu een dergelijk gezondheidscentrum worden gebouwd en waarom moet men het bouwen? De trek van de bevolking van de wijk zal steeds zijn naar het centrale punt, waar het winkelcentrum en alle diensten ondergebracht zijn en het open vervoer vertrek- en eindpunt heeft. Het lijkt dus logisch om na te gaan of dit centrum inderdaad zo centraal is gelegen dat men het aandurft om één gezondheidscentrum voor een daaromheen verspreide wijk te bouwen. Bij de eerste wijk van Lelystad die thans geheel in aanbouw is, blijkt het meest centrale punt inderdaad naast het winkelcentrum te liggen. De bewoners wonen ten hoogste anderhalve kilometer van het gezondheidscentrum af. Deze plaatsbepaling zal dus geen bezwaar opleveren.

Het plan voor het definitieve gezondheidscentrum voor de eerste woonwijk van ongeveer 25.000 zielen in Lelystad zal in de aanlooperperiode onderdak bieden aan 6 huisartsen en maximaal 6 tandartsen; het aantal huisartsen kan tot 10 uitgroeien. In het plan komen drie niveaus voor n.l. een sousterrain, een tussenniveau en een niveau ter hoogte van het brugplein, hetwelk door voetgangers uit de woonwijk via een brug over de stads-autoweg kruisingsvrij kan worden bereikt. Bij de indeling van de verschillende niveaus is er, ofschoon er in het plan een ruime lift is opgenomen, zoveel mogelijk naar gestreefd de sectoren van de gezondheidszorg, waar het meeste publiek is te verwachten, ten opzichte van de be-

zoekers zo gunstig mogelijk te situeren. Met opzet zijn daarom de huisartsenpraktijken en het consultatiebureau op één niveau ondergebracht. Een andere verdieping herbergt de tandartsen, de schooltandartsen, de mondhygiënist, de schoolhygiënist, de schoolarts, de logopediste, de gemeentelijke geneeskundige dienst en de administratie, terwijl tevens een vergaderzaal met bibliotheek aanwezig is. In het sousterrain is het magazijn van de kruisvereniging, het centraal archief, de fysiotherapeutische afdeling, de ruimten voor de ongevallendienst en de garages van de ambulance-auto's.

De stichtingskosten zullen rond f 2.000.000,— bedragen, de bouw zal ongeveer twee jaar vergen.

Wanneer de bevolking van Lelystad zelf eens 100.000 inwoners zal tellen, verdeeld over 4 wijken van ieder ongeveer 25.000 personen, zal iedere wijk een eigen gezondheidscentrum bezitten. Nauwe samenwerking met het binnenkort te ontwerpen ziekenhuis, dat in het midden van dit decennium klaar moet zijn om de eerste patiënten te ontvangen, is noodzakelijk. Rekennig houdende met de groei van de bevolking van de stad en de omgeving zal dit ziekenhuis reeds in de tachtiger jaren een aanmerkelijk groter verzorgingsgebied hebben en dus flexibel moeten zijn vanaf de aanvang van planning en bouw. De relatie extramuraal-intermuraal; preventief-curatief zal inmiddels belangrijk verstevigd zijn, maar ook anders komen te liggen. Het is daarom uitermate noodzakelijk om steeds bij te sturen bij het ontwerpen en uitwerken van de plannen.

#### *Waarom een gezondheidscentrum?*

Waarom moet er eigenlijk een gezondheidscentrum komen? Wordt er niet teveel gesproken over een gezondheidscentrum, dat een panacee zal zijn voor alle kwalen die thans aan onze gezondheidszorg kleven?

Wij moeten de waarde van een gezondheidscentrum niet overschatten, maar het begrip gezondheidscentrum is in Nederland nu nog niet zo ingeburgerd, dat men zich daarbij goed realiseert welke voordelen het werken vanuit een centrum met zich mee kan brengen. Reeds in het begin werd gesteld dat een gezondheidscentrum alleen dan een werkelijk gezondheidscentrum zal zijn, wanneer de werkers in de gezondheidszorg van verschillende disciplines hun gehele of vrijwel gehele dagtaak vanuit dit centrum verrichten.

Het werken vanuit één gebouw schept de mogelijkheid om gemakkelijker contact te leggen over een patiënt. Het is echter vooral de bedoeling om, naast incidenteel contact, te komen tot regelmatig bespreken van daarvoor in aanmerking komende gevallen in een gezelschap, samengesteld uit artsen, verpleegsters en anderen. De kans om een geval te bespreken, de geschiedenis nog eens voor te dragen aan teamgenoten die een frisse kijk op deze casus hebben, levert vrijwel altijd winst op voor de patiënt, maar ook voor de deelnemers aan het gesprek. Routinebesprekingen van bijvoorbeeld opge-

nomen en ontslagen patiënten uit de ziekenhuizen leveren vruchtbare discussies op en verbreden de kennis en het inzicht van de bij de teambespreking betrokkenen.

De zwangere, die voor controle tijdens de zwangerschap naar het gezondheidscentrum gaat om daar door huisarts of vroedvrouw te worden onderzocht, kan direct daarna bij de tandarts terecht om de zo noodzakelijke gebitscontrole in de zwangerschap te laten verrichten. De diëtiste, de maatschappelijk werker, de leidster-docente van het kraamcentrum, zullen aanwezig zijn in het gezondheidscentrum. Kinderen, die meekomen met hun moeder voor het consultatiebureau van de zuigeling, zullen, wanneer zij zelf bij arts of tandarts onder behandeling komen, veel minder de drempelvrees bespeuren die nog zovelen in Nederland weerhoudt om een optimale zorg deelachtig te worden. Daarnaast en zeker niet in de minste plaats kan voor een gezondheidscentrum een enorme taak op het gebied van de gezondheidsvoorlichting en opvoeding zijn weggelegd. In de kleine vaak gezellig ingerichte wachtruimten kan men de patiënt in de ontspannen sfeer brengen die noodzakelijk is voor een goede behandeling en kan men tevens, door telkens aandacht te schenken aan andere aspecten van de gezondheidszorg, een belangrijke voorlichtende taak tot zijn recht laten komen. Ook komt er in deze vorm van werken een mogelijkheid om preventieve en curatieve gezondheidszorg en de beoefenaren daarvan nader tot elkaar, zelfs tot integratie te brengen.

De werkers in de gezondheidszorg, vooral artsen, tandartsen en fysiotherapeuten zijn op dit ogenblik volkomen zelfstandige éénmansbedrijven. De spreiding van de verantwoordelijkheid over meerdere collegae, waardoor de dienstverlening ten behoeve van de patiënt beter wordt en de regelmatige mogelijkheid voor ontspanning, waardoor de interesse van de functionaris in zijn werk groter blijft, kan alleen maar als een groot voordeel worden gezien. Het is jammer genoeg voor de meeste Nederlandse huisartsen, tandartsen en fysiotherapeuten om voornamelijk financieel-economische redenen nog niet mogelijk om zich in groepen aaneen te sluiten en tot het stichten van een gezamenlijk gebouw over te gaan. In vele plaatsen ziet men een ontvolking van de binnenstad en een verspreide bevolking in de buitenwijken. De oudere huisartsenpraktijken zien de patiënten naar een geheel ander gedeelte van de gemeente verdwijnen. Wanneer dan door het terugtrekken uit de praktijk van oudere functionarissen het voor de opvolgers onaantrekkelijk wordt om in oudere, grote éénmanspraktijkhuizen in de binnenstad te gaan wonen, is het ogenblik daar om over het stichten van een gezondheidscentrum te gaan spreken. Men kan dit doen door in te trekken bij een reeds bestaand (kruis)gebouw, dat meestal echter niet zo ruim gebouwd is dat er plaats is voor meerdere vertegenwoordigers van verschillende disciplines; men kan nieuw gaan bouwen en dan komt al

heel gauw de grote moeilijkheid: wie zal dit financieren?

Hier kan worden gewezen op art. 1 van de wet (Wet 22 juni '50, Stbld. K 259) waarbij het Preventiefonds werd ingesteld, waarin wordt bepaald dat het Preventiefonds o.a. kan meewerken aan het stichten van gezondheidscentra. Dit fonds vermeldt in het verslag 1966-1969 dat na diepgaand beraad besloten werd om eenmalige bijdragen te verlenen in de kosten van experimenten met gezondheidscentra — in nauwe samenwerking met het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid — variërend van f 100.000,— - f 300.000,— ieder. Er werd hierbij uitgegaan van de veronderstelling dat de projecten meer zullen zijn dan louter ruimtelijke samenbrenging van werkers op verschillend terrein.

Door de nauwe samenwerking, die dient te ontstaan met de gemeentelijke gezondheidszorg, uitgevoerd door een gemeentelijke geneeskundige dienst of, naar wij hopen, in de toekomst door districtsgezondheidsdiensten, zal er ook bij de locale overheid behoefte bestaan aan steunpunten in verschillende plaatsen van de gemeente. Daarom moet naar mijn mening de gemeentelijke overheid zeker één van de participanten bij de bouw van een gezondheidscentrum zijn. De concentratie bij de uitvoering van de werkzaamheden op het gebied van de schoolgezondheidszorg en de schooltandzorg zou een welkome aanleiding kunnen zijn om op deze wijze het aandeel van de gemeentelijke overheid te vergroten. De belangrijk door Rijk en Gemeente gesubsidieerde kruisverenigingen, die gelukkig thans in een stadium blijken te verkeren dat ook op landelijk en provinciaal niveau tot nauwere samenwerking wordt overgegaan, zullen, naar wij mogen verwachten, ook op lokaal niveau elkaar binnenkort vinden. Deze zijn dan met hun bureaus voor prenatale zorg, zuigelingen- en kleuterbureaus, cursussen voor zwangeren, kraamzorg en gezondheidsvoorlichting en opvoeding de tweede participant. Temeer daar door concentratie van kruisverenigingen en het aanstellen van districts- of plaatselijke administrateurs voor de kruisverenigingen een aanmerkelijke vereenvoudiging van de administratie kan worden bereikt.

De huisartsen en tandartsen zullen met de fysiotherapeuten en nog enkele anderen de derde groep moeten vormen, die moet participeren in het stichten van een gezondheidscentrum. Alhoewel de waardering van de bevolking over de zorg, die zij in het Nederlandse stelsel van de gezondheidszorg krijgt, moeilijk exact is uit te drukken, is wel gebleken dat patiënten die eerst onder behandeling bij een alleen werkende functionaris waren, duidelijk de samenwerking en de mogelijkheden van onderlinge uitwisseling van gedachten tussen de functionarissen in een gezondheidscentrum bijzonder waardeerden.

Niet onbelangrijk zijn natuurlijk de consequenties. Reeds eerder werd uiteengezet dat een gebouw moet worden neergezet, dat op vele verschillende wijzen aan de gebruiker datgene kan bieden wat hij

thuis niet vindt. Telt men de investeringen op, die de verschillende werkers in een gezondheidscentrum zich zouden moeten getroosten om adequate praktijkruimte in of bij hun huis te bouwen, dan komt men tot de slotsom dat het gezamenlijk werken in een gezondheidscentrum thans beslist nadeliger is. Gemeenschappelijke voorzieningen als schoonmaak, telefoon, verwarming, verlichting en onderhoud zijn echter aanmerkelijk mindere posten dan wanneer ieder voor zichzelf zou moeten zorgen.

Vertegenwoordigers van de ziekenfondsen menen dat het voor de georganiseerde gezondheidszorg in ons land van grote betekenis kan zijn indien het instituut (de Ziekenfondsen) dat voor 70% van de bevolking gezondheidszorg moet garanderen, in de gelegenheid wordt gesteld daadwerkelijk nieuwe vormgevingen te steunen. Een wijziging van de ziekenfondswet, waarbij het de ziekenfondsen zal worden toegestaan ook op het terrein van de inrichting van gezondheidscentra en groepspraktijken en dergelijke een steentje bij te dragen aan de noodzakelijke reorganisatie van de gezondheidszorg in moderne zin, lijkt alleszins aan te bevelen. („Het Ziekenfonds” november 1969).

Belangrijk kan nog zijn dat uit berekeningen blijkt dat steeds minder studenten in de geneeskunde bereid zijn om het zware vak van huisarts te gaan uitoefenen. De jonge artsen zien niet op tegen geestelijke en lichamelijke inspanningen, maar achten het uit de tijd dat zij 24 uur per dag en vaak week in, week uit achter elkaar bereikbaar moeten zijn. Zij vragen behoorlijke praktijkruimten, mogelijkheden tot collegiaal overleg en vooral mogelijkheden om elkaar te hulp te komen, zowel bij onregelmatige werkzaamheden als bij avond-, nacht- en weekenddiensten. De hulpkrachten die de huisarts vroeger niet had en waarvoor meestal de echtgenote werd ingezet, zijn moeilijk te krijgen wanneer zij slechts gedeelten van de dag leiding hebben. Het wordt gemakkelijker om dergelijke hulpkrachten aan te trekken, ook part-time, en op juiste wijze in te zetten wanneer in het corps van hulpkrachten een differentiatie kan worden aangebracht.

Dan is een groot aantal huisartsen in staat om — wellicht met verlies van een aantal patiënten — tot straffere regulering van de praktijk over te gaan. Een verandering in de consult-visite-ratio zal hierdoor optreden waardoor de kostbare tijd van de arts wordt gebruikt om de geneeskunde uit te oefenen

en niet om ten behoeve van de patiënten als taxichauffeur te fungeren. Vanzelfsprekend moet men er hierbij vanuit gaan dat de verantwoordelijke huisarts in redelijkheid een beslissing zal nemen of de patiënt thuis moet worden bezocht of op het spreekuur kan komen. In plaats van enkele uren per dag, zoals gebruikelijk bij de huisarts oude stijl, zal de spreekkamer dus een groter aantal uren in gebruik zijn. Wanneer wordt overgegaan tot het vormen van groepspraktijken kan door het verdelen van een aantal units over een groepspraktijk een efficiënt gebruik worden gewaarborgd.

Aan de werkwijze vanuit een gezondheidscentrum zijn onder meer de volgende voordelen verbonden:

- a. door de samenwerking met andere disciplines kunnen de patiënten vollediger worden geholpen;
- b. tijdsbesparing bij preventieve gezondheidszorg;
- c. centrumbehandeling wekt vertrouwen, drempelvrees komt nauwelijks meer voor;
- d. effectievere wijze van gezondheidsvoorlichting en opvoeding;
- e. de artsen kunnen voor deelfuncties gezamenlijk personeel aantrekken;
- f. bij onregelmatig werk van de arts (ongevallen) kan de noodzakelijke hulp toch geboden worden;
- g. waarneming van arts tijdens bijscholing is steeds verzekerd;
- h. op peil houden van kennis in veel breder verband.
- i. de combinatie van preventieve en curatieve zorg maakt een longitudinaal volgen van de patiënt mogelijk;
- j. geneeskundige zorg onder één dak met maatschappelijke en sociale zorg;
- k. contact tussen artsen onderling over probleempatiënten levert voordelen voor de patiënten op.

Men kan zeggen dat het plan voor Lelystad een resultante is van de vele ervaringen die men in het buitenland maar ook in Nederland (Oostelijk Flevoland) met gezondheidscentra heeft opgedaan. Het lijkt hoogst waarschijnlijk — af te leiden uit de reacties van de reeds aanwezige bewoners van Lelystad — dat men in deze nieuwe stad als consument van de gezondheidszorg geen genoegen zou hebben genomen met een opzet van de gezondheidszorg die niet getoetst is aan de meest moderne denkbeelden.



# Intermenselijke problematiek bij medische informatieverwerking\*

Door Dr. G. Ph. Vogel

Het feit, dat vertegenwoordigers van de Stichting Medische Registratie vanavond tot u mogen spreken over medische registratie, wijst ten eerste op de toenemende betekenis van deze activiteiten en op uw wens daarover voortdurend te worden geïnformeerd, doch moge voorts een aanwijzing zijn, dat er problemen zijn, die niet zonder meer zijn op te lossen, maar aan u moeten worden voorgelegd.

De zorgen, waarvoor ik gaarne uw aandacht zou willen vragen, betreffen de zich steeds duidelijker manifesterende intermenselijke problemen bij medische informatieverwerking. Onder medische informatieverwerking moet dan hier worden verstaan, u sta mij deze simplificatie toe, zowel de interne en externe medische registratie als de automatische informatieverwerking van medische gegevens.

Wanneer door groepen, als de medisch directeurs van ziekenhuizen en vertegenwoordigers van de Stichting Medische Registratie over intermenselijke problematiek wordt gediscussieerd, bestaat het gevaar, dat de moeilijkheden te gemakkelijk worden geprojecteerd in niet bij het gesprek betrokken groeperingen. Het is daarom goed te bedenken dat in het algemeen meer en meer de morele en sociale onmacht van de mens wordt ervaren om het antwoord te vinden op vragen, die worden opgeroepen door de versnelde wetenschappelijke en technische ontwikkelingen. Aan de sociologische, sociaal-psychologische en bedrijfspsychologische aspecten van de automatisering van informatieverwerking zijn in de afgelopen jaren vele beschouwingen gewijd. Veelal behandelden dergelijke beschouwingen de vraag naar de toepasbaarheid van automatisering in gegeven situaties, omdat door de automatisering van informatieverwerking van de mens andere gedrags- en denkpatronen worden gevraagd dan voorheen. Over de andere opstelling van artsen bijvoorbeeld daar, waar sprake is van nieuwe methoden van medische informatieverwerking, is echter bij mijn weten nog bijzonder weinig geschreven. Toch is duidelijk, dat ook hier vragen liggen waarop nog géén bevredigend antwoord is gegeven.

Staat u mij toe aan de hand van enkele voorbeelden aan te geven, wat ik bedoel. Vervolgens kunnen wij dan trachten enkele algemene conclusies te trekken en ons beraden over wat ons te doen staat.

Bij informatieverwerking is altijd sprake van input (= toelevering van gegevens), verwerking van die

gegevens en output (= presentatie van de verwerkingsresultaten). Wil de „input” kunnen worden verwerkt, dan moeten de gegevens exact en overeenkomstig bepaalde spelregels worden gepresenteerd. Voor de medische registratie houdt dit in, dat gegevens betreffende de patiënt door de specialist worden verstrekt aan personeel van de afdeling medische registratie, belast met de codering. Vooral psychologisch is dit niet een vanzelfsprekende zaak: de arts moet zich in zijn wijze van uitdrukken aan bepaalde regels houden; hij zal voorts van tijd tot tijd worden benaderd door coderingspersoneel, dat de opdracht heeft hem tactisch te wijzen op onvolkomenheden in de status of hem om nadere informatie vraagt, kortom de zeer persoonlijk getinte omgang van de arts met de gegevens van de (zijn) patiënt wordt beïnvloed van buitenaf. De arts vraagt zich daarbij ook af, of wanneer de identiteit van de patiënt bij de verwerking van de gegevens wordt gehanteerd, de handhaving van het beroepsgeheim met voldoende waarborgen is omgeven.

Bij de input van gegevens voor rechtstreekse automatische informatieverwerking wordt het keurslijf voor de arts nog veel strakker: formulier of terminal dwingen hem tot een wijze van formuleren, waaraan hij zich geheel moet aanpassen. Daar komt bij, dat aan de opbouw van het systeem, waarop automatische informatieverwerking moet aansluiten, een analyse voorafgaat, die vaak onthullend is ten aanzien van onvolkomenheden en gebreken in het tot dan toe vigerende organisatiepatroon. De computer brengt fouten in het systeem onbarmhartig aan het licht. Dit draagt er toe bij dat voorgestelde veranderingen in werkwijze ten behoeve van de informatieverwerking vaak met reserve worden ontvangen.

Gaat de verwerking van de gegevens geheel buiten de behandelend arts om, de output confronteert hem en ons weer met een aantal problemen. De output bij de interne medische registratie in het ziekenhuis kan leiden tot beoordeling en vergelijking van resultaten van onderzoek en behandeling bijvoorbeeld in commissies van de medische staf, waardoor intercollegiale toetsing mogelijk wordt. Hoewel een kritische instelling ten opzichte van elkaars activiteiten in een team als een positief punt zal worden ervaren, is er een begrijpelijke aarzeling, door actieve medewerking aan een daarop gerichte methode, het eigen handelen voor kritiek van anderen toegankelijk te maken.

Voor de arts, die zich met zijn werk identificeert, kan het moeilijk zijn zich voortdurend te realiseren, dat „kwaliteits- en effectiviteitsbeoordeling van het

\* Voordracht, gehouden tijdens de najaarsconferentie 1970 van de Geneeskundige Vereniging tot bevordering van het Ziekenhuiswezen.

medische werk" van betekenis is voor de kwaliteit van de totaliteit van de gezondheidszorg. Ook de output van de automatische informatieverwerking van de landelijke medische registratie in de vorm van periodieke overzichten en vergelijkingen heeft duidelijk ten doel de bevordering van de kwaliteit en de effectiviteit van de gezondheidszorg en daarbij tevens uitgangspunten te verschaffen voor de beleidsvorming. Ook hier geldt, dat lang niet iedere arts overtuigd voorstander is van het voor dit doel uit handen geven van medische gegevens.

Vergelijking en beoordeling van gegevens en het trekken van conclusies daaruit door instanties, zijn zaken, die, ook al worden zij voorgelegd aan de artsen, de individueel en toch voornamelijk onder eigen verantwoordelijkheid werkende arts niet onmiddellijk aanspreken.

Ook het perspectief, dat de computer hem nog eens een differentiaaldiagnose zal aanbieden op grond van rechtstreeks door de patiënt aan de machine verstrekte gegevens en door de machine gegeven indicaties voor verder onderzoek, zonder tussenkomst van de arts, wordt niet door iedere arts met gejuich begroet.

Het moge duidelijk zijn, dat de aansluiting tussen nieuwe methoden van opslag en verwerking van gegevens en het werk van de arts, die toch reeds genoodzaakt wordt zich opnieuw op te stellen in verband met tal van maatschappelijke verschijnselen, nog moet worden gevonden. Want dat die aansluiting nodig is, zal ons uitgangspunt moeten zijn.

Het beheersen en manipuleren van informatiestromen is één van de meest belangrijke door de mens gecreëerde werkelijkheden der laatste decennia. De toepassing in ziekenhuizen is een noodzakelijke ontwikkeling, voornamelijk om twee redenen: de voor betere diagnostiek en behandeling (gezondheidszorg) beschikbaar komende grotere hoeveelheden patiëntengegevens kunnen meer efficiënt worden gebruikt en het ziekenhuis heeft bedrijfsaspecten in de vorm van personeels- en kosten problematiek.

Door de noodzaak organisatiepatronen en -systemen te ontwerpen, die geschikt zijn voor toepassing van nieuwe methoden van informatieverwerking zal deze toepassing nog geruime tijd een experimenteel karakter tonen. Daar echter de behoefte aan moderne informatieverwerkingsmethodieken met de dag groeit, zal de neiging toenemen, het experiment zelf ter hand te nemen, als middelen en know-how beschikbaar zijn. Het gevolg is, dat op meer plaatsen vergelijkbare projecten in ontwikkeling komen (coderingen!, verwerking van analoge signalen, enz.). Dit is zeker in ons kleine land met zijn beperkte middelen niet verantwoord. Wij zullen ons moeten realiseren, dat de schaarse deskundigheid op het gebied van de informatieverwerking en de beperkte voor dit doel beschikbare middelen in breed overleg en met verdeling van taken volgens een plan moeten zullen worden aangewend om binnen afzienbare tijd bruikbare resultaten af te werpen. Dit is een kwestie van zelfbeheersing en van mentaliteit. Daarbij moeten op grond van het voor-

## **Buitendienstmedewerkers van de O.L.M.A.**

Inlichtingen over de betekenis, welke de OLMA — de door de Maatschappij Geneeskunst ingestelde Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen — voor u kan hebben, worden gaarne verstrekt wanneer u, wonende in de westelijke helft van Nederland (inbegrepen de provincie Utrecht), de buitendienstmedewerker J. van Elzelingen Skabo-Brun te Amsterdam opbelt: 020-229.225.

De buitendienstmedewerker voor de drie zuidelijke provincies is de heer E. J. M. Ghering, Leijparkweg 41, Tilburg, tel. 04250-32354; voor de andere dan de genoemde delen van ons land treedt als buitendienstmedewerker op de heer R. Th. van der Garden te Epse-Gorssel, tel. 05759-1825.

gaande door ons artsen drie zaken bedacht worden: er moet tegen worden gewaakt, dat bestaande hiërarchische structuren functionele relaties belemmeren; persoonlijke gevoeligheden zullen moeten wijken voor de noodzaak mede te werken aan en samen te werken in gezamenlijke projecten; wij zullen desnoods verstandelijk moeten aanvaarden dat wij in de toekomst zullen toerijpen naar hetgeen we thans nog niet kunnen zien.

### **Literatuurlijst**

- Management aspecten van de automatisering. (1965) Het Spectrum n.v., Utrecht/Antwerpen.
- Sociale psychologie. (1961) J. A. A. van Leent. Het Spectrum n.v., Utrecht/Antwerpen.
- De mens als machthebber. (1969) P. J. Thung, Wending, september.
- De mens in groepsverband. (1960) W. J. H. Sprott. Het Spectrum n.v., Utrecht/Antwerpen.
- Computers in Medicine. (1968) Symposium Blackburn februari.
- Computers in Medicine. (1967) Krasnoff.
- Computers in Medicine, British Medical Association Planning Unit Report Nr. 3 („appreciation courses" to alert doctors to the possibilities of the computer).
- Computers in the service of medicine, Nuffield Provincial Hospitals Trust, Oxford University Press I and II.
- The computers in hospital practice. (1968) P. T. S. Brown Elliott Medical Automation Ltd., Med. Biol. III, 18, 43-50.
- Application of Computer in Clinical Practice. (1965) Spencer & Vallbona Jama, March 15, vol. 191 no. 11.
- Computer in hospitals, K. J. Mann, World Hospitals, Vol. 4 pag. 13-15.
- Methods of Information in Medicine.
- Impressions of Computer developments in the U.S.A. (1968) Kember The Hospital, october.

## L.S.V.-Commissie Ziekenhuisstaven „nieuwe stijl”

### 1. Inleiding

Het is al vele jaren geleden dat de Landelijke Specialisten Vereniging, daartoe onder andere gestimuleerd door publikaties van enkele vooraanstaande collegae, onder haar leden is gaan propagieren, dat de sterke technische en wetenschappelijke ontwikkeling van de geneeskunde en de daarmee gepaard gaande ontwikkelingen bij de ziekenhuizen voor de specialisten meebracht, dat de tot de behandeling van hun patiënten in een ziekenhuis toegelaten specialisten zich dienden te verenigen in een medische staf.

Reeds in 1958 heeft de L.S.V. een uit stafleden van vele ziekenhuizen samengestelde commissie in het leven geroepen, die tot opdracht kreeg een ontwerp op te stellen voor een stafreglement. Dit ontwerp werd in 1961 in de ledenvergadering der L.S.V. behandeld en sindsdien op aanvraag ter beschikking gesteld. Deze „proeve van een reglement voor de medische staf” is dan ook inmiddels aan zijn zoveelste herdruk toe.

In 1962 heeft de L.S.V. een landelijke studiedag georganiseerd, welke was gewijd aan de stafvorming. Als uitvloeisel van deze studiedag werd een nieuwe commissie in het leven geroepen, welke tot naam kreeg: „Commissie van Advies voor Ziekenhuisstaven”. Deze commissie had nog voornamelijk ten doel om, waar nodig, de vorming van een op basis van een reglement samenwerkende medische staf te stimuleren. Zij had derhalve een voorlichtende, maar daarnaast ook een inventariserende taak, met name in de zin van wat doen de in ziekenhuizen werkzame specialisten reeds op dit gebied. Met het oog hierop werd een rondreis door het land gemaakt, die leidde tot een rapportering aan het Centraal Bestuur, waarin onder meer kon worden geconstateerd, dat op het ogenblik in vrijwel alle algemene ziekenhuizen de specialisten tot een dergelijke gereguleerde samenwerking in stafverband zijn gekomen.

In een begin januari 1970 door de L.S.V. gehouden bijeenkomst werd enerzijds het werk van deze adviescommissie afgesloten door de bespreking van haar ervaringen (vastgelegd in de aan alle medische staven destijds toegezonden notitie „Bespiegelingen rondom de functionering van de medische staf”), maar vond anderzijds ook een bezinning op de toekomst plaats. Unaniem was men daarbij van mening, dat het uitermate zinvol was dat een soortgelijke commissie de stafproblematiek tot onderwerp in studie zou blijven houden. Een en ander heeft er in geresulteerd, dat op 28 januari jl. door de voorzitter der L.S.V. de „Commissie Ziekenhuisstaven” werd geïnstalleerd.

### 2. De Commissie Ziekenhuisstaven

a. In haar huidige opzet is de commissie tweeledig van samenstelling. Enerzijds is er een zogenaamde stuurgroep, welke in grote lijnen de volgende taken heeft:

— het, zoals de naam al aangeeft, richting geven aan de door de commissie te ondernemen studies;

— het als vraagbaak fungeren voor staven, die bij het in ontwikkeling brengen van het stafwerk (of onderdelen daarvan) in hun ziekenhuis op bepaalde problemen stuiten.

Deze stuurgroep wordt gevormd door de voorzitter, collega H. van Giffen, longarts te Zwolle, collega J. C. J. Burkens, internist te Arnhem, collega L. H. Th. S. Kortbeek, zenuwarts te Eindhoven en de secretaris der commissie, Mr. H. J. Overbeek, medewerker van het bureau der L.S.V.

Anderzijds is er een studiec commissie, welke zich zonodig kan opsplitsen in subgroepen en die zich eventueel ad hoc kan versterken met deskundigen (zowel binnen als buiten de eigen professie) ter bestudering van aparte problemen. De studiec commissie heeft de volgende hoofdtaken:

— het bestuderen van onderwerpen die van belang zijn voor de verdere ontwikkeling van het stafwerk en een optimale functionering van de medische staf in de ruimste zin; deze studies zullen in het algemeen uitmonden in aan het Centraal Bestuur der L.S.V. uit te brengen rapporten;

— het geregeld verzamelen van informatie over de daadwerkelijke ontwikkeling en functionering van de medische staven;

— het behulpzaam zijn bij het ten uitvoer brengen van de door haar aan het Centraal Bestuur uitgebrachte adviezen.

In de studiec commissie hebben, naast de leden der stuurgroep, zitting: J. H. Begeer, assistent-geneeskundige te Groningen, Dr. S. J. Detmar, orthopaedisch chirurg te Leeuwarden, Dr. J. M. Greep, chirurg te Amsterdam, Dr. J. Th. Grond, chirurg te Deventer, P. A. de Groot, directeur Nationaal Ziekenhuisinstituut, Dr. J. G. de Jong, bacterioloog te Rotterdam, Dr. E. J. van Kampen, klinisch-chemicus te Groningen, M. F. Korver, internist te Meppel, Dr. F. C. Kuipers, patholoog-anatoom te Enschede, Dr. J. B. Lips, internist te 's Hertogenbosch, Dr. D. v. d. Most van Spijk, zenuwarts te Utrecht.

b. Uit het vorenstaande blijkt dat de voorlichtende taak van de vroegere adviescommissie is over-

genomen, zij het dat daarmee primair een driemanschap is belast. De commissie zelf zal zich hetzij op eigen initiatief, hetzij op verzoek van het Centraal Bestuur in de toekomst met de bestudering van meer specifieke problemen gaan bezig houden.

In de eerste bijeenkomst der commissie werd reeds een reeks van onderwerpen welke voor een nadere bestudering door de commissie in aanmerking zouden komen genoemd, zoals:

- de plaats van de patiënt, vooral ook als mens, tegenover het behandelend team van specialisten;
- de plaats van de staf in het ziekenhuis als organisatie;
- de positie van de staf (en derzelve leden) tegenover het zogenaamde eerste (huisarts) en derde (verpleeginrichting) echelon;
- regionalisatie; de ontwikkeling van het werken in groepsverband ook buiten de muren van het „eigen” ziekenhuis;
- de affiliatie;
- de honorering van de team-behandeling en daarmee annex die der mede-behandeling en het intercollegiaal consult;
- medische informatie, verwerking, administratie en registratie.

c. Uiteindelijk moest een voorlopige keuze worden gemaakt en deze heeft er toe geleid, dat de commissie zich in eerste instantie met een drie-tal onderwerpen zal gaan bezig houden. Deze onderwerpen zullen primair door bepaalde taakgroepen uit de commissie worden gezien. Deze onderwerpen en de betrokken taakgroepen zijn:

- medische informatieverwerking en registratie, door de taak-groep: Dr. J. M. Greep, voorzitter; Dr. S. J. Detmar, P. A. de Groot; Dr. F. C. Kuipers; Dr. J. B. Lips;
- de relatie bestuur — directie — staf, door de taak-groep: Dr. J. Th. Grond, voorzitter; Dr. L. H. Th. S. Kortbeek; Dr. D. v. d. Most van Spijk en een assistent-geneeskundige;
- het door een Commissie van de Nationale Ziekenhuisraad uitgebrachte — en onlangs gepubliceerde — rapport „Fouten en ongevallen in ziekeninrichtingen”, door de taak-groep: H. van Giffen, voorzitter; J. H. Begeer; Dr. E. J. van Kampen; M. F. Korver; Dr. F. C. Kuipers.

Elk der taak-groepen zal steeds door een functionaris van het bureau der L.S.V. worden bijgestaan.

d. Dat de commissie haar taak serieus opneemt, moge onder meer blijken uit het feit, dat de stuurgroep in beginsel maandelijks bijeenkomt, terwijl de voltallige studiegroep tenminste vier maal per jaar zal vergaderen. De diverse taak-groepen zullen steeds tussentijds bijeenkomen om in de driemaandelijke pleno-vergadering verslag van hun voorstellen te kunnen uitbrengen.

### 3. Het contact met de staven der algemene ziekenhuizen

Zoals bekend leeft bij het Centraal Bestuur der L.S.V. reeds geruime tijd de wens tot een nauwer en meer gereguleerd contact met de staven. Ook de commissie is van mening, dat zij haar taak niet naar behoren kan vervullen als er niet een gereguleerd contact met deze colleges tot stand is gebracht. Zij heeft dan ook — met instemming van het Centraal Bestuur — besloten om zich in een schrijven tot de staven in algemene ziekenhuizen te richten met het verzoek aan iedere staf om een contactpersoon uit haar midden aan te wijzen, die als vast correspondent van en naar de commissie zal kunnen gaan functioneren. Het ligt voorts in de bedoeling om in beginsel jaarlijks een bijeenkomst met deze „correspondenten” te beleggen.

4. De voorzitter der L.S.V. heeft bij de installatie van de Commissie Ziekenhuisstaven nieuwe stijl zijn verheugenis er over uitgesproken, dat al diegenen, op wie door het Centraal Bestuur een beroep was gedaan, dit beroep zo spontaan gehonoreerd hadden. Van de zijde van de voorzitter der commissie werd hierop gerepliceerd, dat allen bij de met de stafvorming verweven problematiek zó geëngageerd waren, dat zij „gewoonweg niet neen konden zeggen”.

Het Centraal Bestuur koestert de hoop, dat deze woorden van collega van Giffen ook de staven uit het hart zullen zijn gegrepen, waarmee de wens van vele voorzitters der L.S.V., maar zeker ook van de huidige, dat de L.S.V. zich op nog intensiever wijze met de problematiek rond de stafvorming zal kunnen gaan bezighouden, wel in vervulling lijkt te moeten gaan.

Namens het Centraal Bestuur der L.S.V.  
Dr. J. P. M. Leikens, secretaris

### Maatschappij-agenda 1971

17 maart	— Ledenvergadering L.H.V.
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.

# Opleiding van Sociaal-Geneskundigen

## Algemene bepalingen

Ingevolge artikel 1058 lid 6 van het huishoudelijk reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst wordt hieronder gepubliceerd het besluit no 1 - 1970 van het College voor Sociale Geneeskunde inzake algemene bepalingen bij de opleiding van sociaal-geneeskundigen.

Het besluit is verbindend vanaf 15 maart 1971.

Utrecht, 3 maart 1971

### **Besluit van het College voor Sociale Geneeskunde no 1 - 1970**

#### **Algemene bepalingen**

Het College voor Sociale Geneeskunde in vergadering bijeen op 20 november 1970,

#### *overwegende*

dat een besluit van het College voor Sociale Geneeskunde, behoudens in geval de minister van Onderwijs en Wetenschappen te kennen heeft gegeven tegen het besluit overwegende bezwaren te hebben, rechtskracht verkrijgt drie maanden nadat het ter kennis van de minister is gebracht, of zoveel eerder als de minister te kennen geeft geen overwegende bezwaren te hebben,

dat indien in een besluit niet is vastgelegd het tijdstip waarop het in werking treedt, het verbindend is vanaf de derde dag na die van de publikatie in het officiële orgaan der Maatschappij,

dat het in het belang van de rechtszekerheid noodzakelijk is te bepalen of en in hoeverre besluiten van het College voor Sociale Geneeskunde op het tijdstip waarop zij rechtskracht verkrijgen al dan niet verbindend worden,

*gehoord* de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie,

*gelet* op artikel 1057, lid 2, en artikel 1058 van het huishoudelijk reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

*heeft besloten*

#### *artikel 1*

geen besluit ingevolge artikel 1057 van het huishoudelijk reglement der Maatschappij is verbindend zolang het geen rechtskracht heeft verkregen en niet door het hoofdbestuur der Maatschappij is gepubliceerd in het officiële orgaan overeenkomstig artikel 1058 lid 6 van eerdergenoemd huishoudelijk reglement,

#### *artikel 2*

een besluit terzake van de eisen te stellen aan de opleiding van sociaal-geneeskundigen, met name aan de duur en eventuele programmering, geldt voor degenen die de opleiding zijn begonnen na het tijdstip waarop het verbindend is geworden, en niet voor iemand die op dat tijdstip reeds in opleiding is, tenzij deze de voorkeur geeft aan de bij het desbetreffende besluit vastgestelde eisen, een en ander voor zover in het besluit niet nadrukkelijk anders wordt bepaald,

#### *artikel 3*

een besluit terzake van de eisen te stellen aan de opleidingsinrichtingen voor de theoretische opleiding en de instellingen, diensten en bedrijven voor de praktische opleiding van sociaal-geneeskundigen, kan bij wijze van uitzondering voor de reeds erkende opleidingsinrichtingen, instellingen, diensten en bedrijven geheel of gedeeltelijk op een later tijdstip dan waarop het rechtskracht verkrijgt, verbindend worden verklaard,

#### *artikel 4*

door geen handelingen of overeenkomsten kan aan een besluit zijn kracht geheel of gedeeltelijk worden ontnomen,

#### *artikel 5*

een besluit kan alleen door een later besluit geheel of gedeeltelijk worden opgeheven of gewijzigd.

Utrecht, 20 november 1970

Het College voor Sociale Geneeskunde

# Opleiding van Sociaal-Geneskundigen

## Tak Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

Ingevolge artikel 1058 lid 6 van het huishoudelijk reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst wordt hieronder gepubliceerd het besluit no 2 - 1970 van het College voor Sociale Geneeskunde inzake de eisen te stellen aan de opleiding van sociaal-geneeskundigen voor de tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.

Het besluit is verbindend vanaf 15 maart 1971.

Voor degenen die reeds in opleiding zijn op het tijdstip waarop het besluit verbindend is, is van toepassing het besluit no 1 - 1970, houdende algemene bepalingen, dat in Medisch Contact van 12 maart 1971, no 1971/10, is gepubliceerd.

Utrecht, 3 maart 1971

### **Besluit van het College voor Sociale Geneeskunde no 2 - 1970**

#### **Arbeids- en bedrijfsgeneeskunde**

Het College voor Sociale Geneeskunde in vergadering bijeen op 20 november 1970,

*gezien* de door het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in 1961 goedgekeurde opleidingseisen voor de tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde,

*gezien* het voorstel van het bestuur van de Nederlandse vereniging voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde tot herziening en vaststelling van de opleidingseisen voor deze tak,

*gehoord* het bestuur van bovengenoemde Vereniging,

*gehoord* de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie,

#### *overwegende*

dat de huidige opleiding aan het leren van methodieken onvoldoende aandacht besteedt en een te geringe gerichtheid op de praktijk met zich meebrengt,

dat de ingevolge de huidige opleidingseisen vereiste scholing in de praktijk onder supervisie onvoldoende het karakter van opleiding draagt,

dat het niveau van de opleiding moet worden verhoogd, hetgeen kan worden bereikt door een

langere binding aan de opleidingsinrichting, door het geven van theoretische opleiding in de vorm van cursusblokken over afgeronde onderwerpen, gekoppeld aan een grotere zelfwerkzaamheid van degene die wordt opgeleid, en door een voortdurende afstemming van de te behandelen stof op de problemen van het bedrijf waarin degene die wordt opgeleid, werkzaam is of zal zijn;

#### *voorts overwegende*

dat het gewenst is de opleidingseisen voor de tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde opnieuw vast te stellen, teneinde de beoogde verhoging van het niveau van de opleiding op korte termijn te bewerkstelligen,

*gelet* op artikel 1057, lid 2, en artikel 1058 van het huishoudelijk reglement van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

#### *heeft besloten*

#### *artikel 1*

de in 1961 goedgekeurde opleidingseisen voor de tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde worden ingetrokken,

#### *artikel 2*

de duur van de specifieke opleiding voor de tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde is twee en een half jaar, behoudens in geval de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie, gehoord de opleidingsinrichting en de commissie van deskundigen, beslist dat degene die wordt opgeleid, zijn opleiding een bepaalde tijd moet voortzetten, tegen welke beslissing betrokkene beroep kan instellen bij de Commissie van beroep sociale geneeskunde,

#### *artikel 3*

voor deze specifieke opleiding zijn onderstaande eisen van toepassing.

*Eisen te stellen aan de specifieke opleiding voor de tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.*

1.1. Degene die, ter inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen, de specifieke opleiding voor de tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde volgt, hierna te noemen de bedrijfsarts in opleiding, moet:

a. bevoegd zijn hier te lande de geneeskunst uit te oefenen of door de minister van Sociale Zaken en

Volksgesondheid zijn toegelaten, onder beperkende bepalingen, tot de uitoefening van geneeskunst in Nederland;

b. met goed gevolg de basisopleiding in de sociale geneeskunde hebben gevolgd, tenzij de S.G.R.C. hiervoor geheel of gedeeltelijk vrijstelling heeft verleend.

1.2. Indien de bedrijfsarts i.o. niet bevoegd is hier te lande de geneeskunst uit te oefenen maar is toegelaten tot de uitoefening van geneeskunst, dient de opleidingsinrichting dit aan de S.G.R.C. mede te delen.

1.3. Voor de inschrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen is vereist, dat de bedrijfsarts i.o. bevoegd is hier te lande de geneeskunst uit te oefenen.

2. De specifieke opleiding van twee en een half jaar wordt gevolgd onder verantwoordelijkheid van een inrichting, waaronder ook te verstaan een wetenschappelijk instituut, die door de S.G.R.C. is erkend als opleidingsinrichting voor de theoretische opleiding, hierna te noemen opleidingsinrichting, en bestaat uit een theoretisch gedeelte en een praktisch gedeelte.

2.1. Het theoretisch gedeelte neemt in totaal ten minste 300 uren in beslag en omvat de volgende onderwerpen:

a. organisatie van het bedrijfsleven en de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde; wetgeving;

b. attitude en relaties tot anderen;

c. epidemiologie, statistiek, opzet en uitvoering van onderzoek, rapportering, literatuuronderzoek, kritische beoordeling van onderzoekresultaten en van eigen werk;

d. belasting en belastbaarheid, nader gespecificeerd in:

d.1 microbiële factoren;

d.2 fysieke activiteit;

d.3 mentale activiteit;

d.4 fysieke factoren;

d.5 chemische factoren;

d.6 psycho-sociale factoren;

d.7 ergonomie;

e. bedrijfsgeneeskundige praktijk (spreekuur, keuringen, periodiek geneeskundig onderzoek, arbeidsverzuim, veiligheid, enz.);

f. klinische problemen, revalidatie, sociale wetgeving;

g. praktische E.H.B.O. en de organisatie daarvan,

behandeling van ongevalsletsels, traumatologie, eerste hulp bij acute ziekte-toestanden.

2.2. Het theoretische gedeelte bestaat uit een introductiecursus als begin van de opleiding, cursusblokken tijdens de opleiding en een slotcursus tegen het einde van de opleiding.

2.2.1. De introductiecursus is aaneengesloten en neemt in totaal ten minste 80 uren in beslag, binnen een periode van een maand te volgen in een opleidingsinrichting.

2.2.2. De cursusblokken, welke zijn bestemd voor een uitvoeriger behandeling en grondiger kennisnemen van de onderwerpen genoemd onder de punten d.2 tot en met g in 2.1, nemen in totaal 200 uren in beslag, te volgen in de opleidingsinrichting of elders onder verantwoordelijkheid van de inrichting. De opleidingsinrichting bepaalt de volgorde van de cursusblokken. Met een nieuw onderwerp kan in het algemeen eerst dan worden begonnen wanneer het vorige is afgehandeld.

De cursusblokken dienen zoveel mogelijk mede ter voorbereiding van de zelfwerkzaamheid van de bedrijfsarts i.o. en ter verslaggeving van de toepassing van de theorie in de praktijk.

2.2.3. De slotcursus, te volgen in de opleidingsinrichting, is aaneengesloten en dient in het bijzonder ter bespreking van de gemaakte scripties en ter samenvatting en evaluatie van de totale opleiding.

2.3. Het praktische gedeelte bestaat uit:

a. een stage van drie maanden en

b. het werken in de bedrijfsgeneeskundige dienst waarin de bedrijfsarts i.o. werkzaam is, hierna te noemen de eigen dienst, of in een wetenschappelijk instituut dat als opleidingsinrichting is erkend en waaraan de bedrijfsarts i.o. is verbonden, hierna te noemen het instituut.

2.3.1. De stage is, voor zover niet door blokcurssussen onderbroken, aaneengesloten, neemt in totaal 60 werkdagen in beslag en wordt gevolgd in een bedrijfsgeneeskundige dienst welke door de S.G.R.C. is aangewezen als dienst voor de praktische opleiding, hierna te noemen bedrijfsgeneeskundige dienst.

In geval de eigen dienst door de S.G.R.C. als bedrijfsgeneeskundige dienst is aangewezen, kan aldaar de stage gedurende ten hoogste 40 werkdagen worden gevolgd en moeten 20 werkdagen aaneengesloten in een andere bedrijfsgeneeskundige dienst worden gevolgd.

2.3.2. Het werken in de eigen dienst of in het instituut geschiedt onder supervisie van een daartoe door de S.G.R.C. aangewezen deskundige voor de tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.

2.3.3. Het praktische gedeelte van de opleiding

dient in volledige dagtaak te worden gevolgd. De S.G.R.C. kan in bijzondere gevallen en met instemming van de opleidingsinrichting, een bedrijfsarts i.o. op diens verzoek toestemming verlenen één of beide onderdelen van het praktische gedeelte in gedeeltelijke dagtaak te volgen.

Deze gedeeltelijke dagtaak zal aaneengesloten moeten zijn en dient ten minste uit een halve dagtaak te bestaan. De opleidingsduur voor het praktische gedeelte zal dan naar evenredigheid moeten worden verlengd.

3. De bedrijfsarts i.o. moet tijdens zijn opleiding:

a. een schriftelijk overzicht opstellen over de arbeidsgeneeskundige problematiek in een bedrijf of bedrijfsafdeling;

b. een literatuurstudie leveren over de problematiek behandeld in een van de cursusblokken, zulks in overleg met de opleidingsinrichting;

c. een scriptie maken over een zelfstandig verricht onderzoek op het gebied van de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, zulks naar eigen keuze na overleg met zijn deskundige voor de supervisie.

Utrecht, 20 november 1970

Het College voor Sociale Geneeskunde

---

*Toelichting bij 1.1, 1.2 en 1.3*

Bevoegdheid hier te lande de geneeskunst uit te oefenen of toelating tot de uitoefening van geneeskunst in Nederland.

1. De bevoegdheid hier te lande de geneeskunst uit te oefenen wordt verkregen:

a. door het afleggen van het artsexamen in Nederland (Wet van 1865, St.bl. 60, en Wet van 1878, St.bl. 222);

b. doordat de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid deze bevoegdheid verleent aan degenen die buiten Nederland, na aldaar afgelegd examen, de bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst hebben verkregen (Wet van 1962, St.bl. 386, wijziging van de Wet van 1865).

De bevoegdheid, bedoeld onder 1.b, kan, behoudens in bijzondere gevallen, slechts worden verleend aan Nederlanders die in het buitenland een gelijkwaardige opleiding hebben genoten, en voorts aan niet-Nederlanders die eveneens in het buitenland een gelijkwaardige opleiding hebben genoten doch bovendien behoren tot een land waarin Nederlandse artsen zonder het afleggen van een nader examen

tot de uitoefening van de geneeskunst worden toegelaten.

2. Naast het verlenen van de bevoegdheid, welke geldt voor de geneeskunst in volle omvang, staat de toelating tot de uitoefening van geneeskunst in Nederland.

De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid kan, al dan niet voor een bepaalde tijd, onder door hem te stellen beperkingen tot de uitoefening van geneeskunst in Nederland toelaten personen die buiten Nederland, na aldaar afgelegd examen, de bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst hebben verkregen (wet van 1962, St.bl. 386).

De door de minister te stellen beperkingen kunnen betreffen:

a. de omvang waarin de geneeskunst zal mogen worden uitgeoefend;

b. personen of groepen van personen ten aanzien van wie de geneeskunst zal mogen worden uitgeoefend;

c. functies waarin de geneeskunst uitsluitend zal mogen worden uitgeoefend;

d. inrichtingen waarin de geneeskunst uitsluitend zal mogen worden uitgeoefend;

e. beperkingen van andere aard, die de minister in het belang van de volksgezondheid bij een toelating meent te moeten stellen.

### 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 degenen, 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.



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

#### VOORTGEZET MEDISCH ONDERWIJS

Het artikel van collega Hemmes over voortgezet medisch onderwijs (M.C. nr. 7/1971, blz. 185) bevat een aantal punten, die de aandacht ten volle waard zijn. Terecht wijst zij op het belang van een rijpingsproces gedurende de studiejaren, waardoor het volgen van voortgezet medisch onderwijs daarna als een vanzelfsprekendheid wordt beschouwd. Instemming

verdiens mijns inziens ook haar opvatting, dat in dit stadium het bestuderen van het verschijnsel, dat nog zo velen niet deelnemen aan geprogrammeerde nascholing, belangrijker is dan het inventariseren van nascholingsactiviteiten.

Met alle waardering voor dit artikel meen ik echter, dat een onjuistheid in de voorlaatste alinea correctie vereist. Ten onrechte vermoedt collega Hemmes, dat ik vermoed, dat „in het algemeen het nuttige effect van *alle* nascholingsactiviteiten gering” is. Het misverstand is kennelijk ontstaan door de hiervolgende formulering in de samenvatting van mijn artikel (M.C. nr. 25/1970, blz. 1377): „De huidige nascholing bestaat grotendeels uit cur-

sussen, nascholingsdagen, klinische middagbijeenkomsten, lezingen enz. Over het nuttige effect van *al deze* nascholingsactiviteiten tast men nog in het duister, maar er is alle reden om aan te nemen, dat dit nuttig effect niet groot is”. Mijn twijfel betreft uitsluitend de nascholingswaarde van „de voordracht” en heeft dan ook alleen betrekking op de nascholingsvormen, waarin de voordracht het belangrijkste element vormt. Een dergelijke reserve is overigens allerm minst nieuw. Zij is reeds meermalen zowel in woord als in geschrift door anderen tot uitdrukking gebracht.

Bilthoven, 20 februari 1971

Dr. W. Brouwer

In februari 1970 is een Interdepartementale commissie ingesteld ter bestudering van de problematiek, welke samenhangt met de kindermishandeling en in welke commissie ook vertegenwoordigers van de Maatschappij Geneeskunst zitting hebben genomen. De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga heeft thans mede namens de ministers van Onderwijs en Wetenschappen, van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk en van Justitie als resultaat van de werkzaamheden van deze commissie bij de griffie der Tweede Kamer een rapport gedeponneerd, waarin een aantal voorstellen is gedaan om te komen tot een betere signalering en behandeling van gevallen van kindermishandeling. Thans vindt beraad plaats over de wenselijkheid van realisering van dit ter inzage van de Tweede Kamerleden gelegde rapport.



„Leefbare ouderdom” luidt het thema van het 1e jaarcongres, dat de Nederlandse Vereniging voor Gerontologie op 24 september 1971 in het Jaarbeurscentrum te Utrecht wil gaan houden. In de morgenvergadering zullen enige pre-adviezen worden behandeld, respectievelijk: „De geneeskundige voorbereiding op de ouderdom” door Prof. Dr. P. A. Biersteker; „Bijdrage van het medisch-biologisch onderzoek” door Drs. W. Knook; „De oudere mens in de veranderde maatschap-

pij” door Drs. F. van de Sande en „Begeleiding bij ziekte en sterven, de euthanasie” door Dr. C. Leering. 's Middags zijn er wetenschappelijke voordrachten, voorlichting en films, gegroepeerd naar discipline (sectie) en onderwerp. Kosten (inclusief warme lunch): f 25,— voor leden van de vereniging, f 30,— voor andere belangstellenden. Het congres is bestemd voor allen, die actief zijn betrokken bij de ontwikkeling en de toepassing van de gerontologie als wetenschap. Verdere informatie, alsmede inschrijvingskaarten bij: Nederlandse Vereniging voor Gerontologie, Postbus 191, Utrecht.



In een artikel „Groepspraktijken” in het februari-nummer van de Ziekenfondsgids, maandblad van de federatie van door Verzekerden en Medewerkers bestuurd Ziekenfondsen V.M.Z., somt H. Speleers, voorzitter dezer Federatie, de voor- en nadelen op van groepspraktijken. Zonder uittend te willen zijn noemt hij als voordelen betere regeling van vervanging bij vakantie, weekend en ziekte, afwezigheid door werk of vergaderingen, betere contacten met wijkverpleging, preventie en organen van maatschappelijk werk, grotere mogelijkheden op geneeskundig gebied door enige specialisatie binnen de groep, door beter onderzoek met volmaakt uitrusting, betere therapie als gevolg van onderling overleg. Als nadeel zou kunnen gelden enig verlies van persoonlijk contact tussen patiënt en arts; ook de ruimtelijke centralisatie zou een nadeel kunnen zijn, doch aan beide na-

delen tilt de auteur niet zwaar. Naar zijn mening slaat de balans duidelijk door naar de voordelen, reden waarom de ziekenfondsen voor de groepspraktijken geporteerd blijven en hogere lasten, die een groepspraktijk meebrengt — investering, personeel — wel verantwoord zullen achten. De auteur ziet evenwel belemmeringen voor de totstandkoming van groepspraktijken liggen in het persoonlijke vlak, in de verhouding tussen de artsen onderling. Moeilijkheden te dezer zake zouden theoretisch zijn op te lossen met een hiërarchie, een gezagsverhouding: één hoofdarts met ondergeschikte collegae. Realisering van dit systeem op vrijwillige basis acht de auteur evenwel niet mogelijk maar wellicht moet er een structuur worden gevonden op basis van het vrije ondernemerschap van de huisarts. Het ligt niet op de weg van ziekenfondsen om hier suggesties te doen, meent de auteur, die van oordeel is dat de huisartsen zelf de problemen moeten oplossen en die zeer benieuwd is naar de conclusies van de L.H.V.-N.H.G.-commissie Groepspraktijken.



Kunnen de resultaten van microbiologisch onderzoek voor agressieve doeleinden worden gebruikt en is controle op de toepassing mogelijk? Zal het Protocol van Genève (1925) enige invloed hebben op de ontwikkeling of het gebruik van B-wapens? Is de escalatie naar het gebruik van A.B.C.-wapens bij grote conflicten onvermijdelijk? Hebben B-wapens „voordelen” op grond van hun humaan effect?

Wat is de invloed van de publieke opinie op de ontwikkeling en het mogelijk gebruik van B-wapens? Kan en moet een wetenschapper binnen de microbiologie een verantwoord ethisch standpunt jegens zijn werk innemen? Kan een academicus uit een andere discipline terzijde blijven staan — heeft de arts een bijzondere verantwoordelijkheid? Dit soort vragen komt aan de orde tijdens een symposium over B-wapens, zaterdag 20 maart in Utrecht. Organisator is de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie. Sprekers zijn Prof. Dr. J. van der Meer, hoogleraar medische microbiologie te Nijmegen („Recente ontwikkelingen in de microbiologie”), Dr. H. C. Bartlema, hoofd microbiologische afdeling medisch-biologisch laboratorium RVO-TNO („Medische bescherming tegen B-wapens”) en Dr. P. Boskma, wetenschappelijk medewerker Polemologisch Instituut Groningen („Polemologische en ethische aspecten van wetenschappelijk onderzoek”). Na de inleidingen kan er worden gediscussieerd onder leiding van Dr. L. W. Nauta, lector wijsbegeerte, Groningen. Plaats van bijeenkomst: collegezaal Interne Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis (S.A.Z.U.), Catharijnesingel 101, Utrecht. Aanvang: 10.30 uur. Toegang vrij; voor f 3,— kan een lunch worden gebruikt.



De Voedingsraad zal een onderzoek instellen naar de wenselijkheid van speciale voedingsmiddelen voor bejaarden. Een subsidie van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid maakt dit mogelijk. In het kader van het onderzoek zullen driehonderd bejaarden een uitvoerig medisch onderzoek ondergaan. Daarbij zal worden vastgesteld of bepaalde ziekten en gebreken worden veroorzaakt door een tekort aan ijzer, vitamines en andere stoffen in de voeding of door een gebrek in de spijsverteringsorganen, waardoor deze stoffen onvoldoende in het bloed worden opgenomen. Het onderzoek omvat naast dit medisch gedeelte een voedingsonderzoek. Het geheel zal anderhalf jaar in beslag nemen. Mocht blijken, dat een ijzer- en/of vitamine-tekort wordt veroorzaakt door een onjuiste voeding, dan zal men de onderzochte bejaarden deze stoffen in fysiologische doses toedienen. Op grond van het onderzoek en de daarop aansluitende behandeling van geconstateerde tekorten hoopt men te kunnen concluderen, in hoeverre bepaalde ouderdomskwalen aan de voeding zijn toe

te schrijven. Dan ook zal kunnen worden beoordeeld, of bepaalde voedingsmiddelen (al dan niet versterkt met ijzer en vitamines) voor bejaarden zijn aan te raden.



In de Bondsrepubliek zijn studenten, scholieren en kinderen die op de kleuterschool zitten met ingang van 1 april van dit jaar wettelijk tegen ongevallen verzekerd. Het desbetreffende wetsontwerp is nu door het parlement, zo blijkt uit persberichten. Ieder jaar krijgen naar schatting 17.000 studenten, 17.000 scholieren en 18.000 bezoekers van de Kindergarten een ongeluk. De in te voeren verplichte verzekering zal de Westduitse overheid over het lopende jaar circa 31,5 miljoen mark gaan kosten. Driekwart van dat bedrag komt op rekening van de gemeenten, de deelstaten doen de rest.



De schriftelijke vraag van de Tweede Kamerleden de heren Masman en Lamberts (beiden P.v.d.A.), of het juist is dat voor universitair personeel keuring op tuberculose niet verplicht is, heeft de minister van Onderwijs en Wetenschappen bevestigend geantwoord. Op vermeldde en andere vragen te dezer zake heeft de minister in zijn beantwoording voorts gezegd, dat het gehele universitaire personeel, met uitzondering — in de regel — van de hoogleraren en lectoren, waarvoor de verplichting niet geldt, vóór de aanstelling aan een algemeen medisch onderzoek wordt onderworpen, hetwelk ook een röntgenonderzoek der ademhalingsorganen omvat.

In de Wet bescherming leerlingen tegen besmettingsgevaar is het wetenschappelijk onderwijs welbewust buiten de werking van deze wet gelaten. De noodzaak de universiteiten en hogescholen in de bescherming te betrekken, werd minder klemmend geacht dan voor de andere instellingen van onderwijs, enerzijds gezien het belangrijk geringere besmettingsgevaar door het minder langdurig en minder intensief contact, dat studenten hebben met het universitaire personeel, anderzijds door de activiteiten van de universitaire gezondheidsdiensten, waardoor vrijwel alle studenten periodiek worden doorgelicht, hetgeen de zekerheid geeft dat besmettingsgevaar eerder wordt onderkend.

Ook bij de totstandkoming van de Wet op het wetenschappelijk onderwijs is het vraagstuk van de bescherming tegen besmettingsgevaar onder ogen gezien, doch om evenvermelde

redenen werd ook toen geen behoefte gevoeld voor de instellingen van wetenschappelijk onderwijs een analoge regeling te treffen als voor het overig onderwijs. Het werd juist geacht een bestrijding van de tuberculose bij deze instellingen op andere wijze te regelen. In de Wet op het wetenschappelijk onderwijs zijn daartoe enkele voorzieningen opgenomen.

Overwogen wordt in het krachtens artikel 64 van de Wet op het wetenschappelijk onderwijs vast te stellen rechtspositiereglement bepalingen op te nemen welke ook voor hoogleraren en lectoren de medische keuring regelen.



Op 2 april 1971 wordt in het kader van de universitaire leergangen „Ziekenhuisorganisatie” en „Organisatie Gezondheidszorg” te Groningen een congres gehouden met als thema: „Verandering en gezondheidszorg”. Sprekers op dit congres zijn Dr. A. J. M. van Tienen, hoofd stafafdeling Onderzoek en Planning C. R. M.; Drs. N. Platteel, stafdocent sociale academie Den Haag; en Prof. Dr. C. J. B. J. Trimbos, hoogleraar Preventieve en Sociale Psychiatrie medische faculteit Rotterdam. Het congres zal plaatsvinden in de Martinihal te Groningen. Deelneming staat open voor bestuursleden en functionarissen op het vlak van de gezondheidszorg en het maatschappelijk werk, alsmede voor huisartsen. Inschrijvingskosten: f 45,—. Nadere inlichtingen: secretariaat Universitaire Leergangen, Oude Boteringestraat 23, Groningen, tel. 050-115627.



Van 29-31 mei van dit jaar vindt in het Paleis de Baulieu te Lausanne het 1e Internationales Symposium für biologische Medizin plaats, georganiseerd door de vereniging van Zwitserse biologen. Nadere gegevens verstrekt het congressecretariaat: Postfach 867, Lausanne, Zwitserland, tel. 0010-021-235511.



In 1972 zal wederom de „Internationale prijs René Barthe” ter beschikking worden gesteld voor recent origineel werk op het gebied der bedrijfs-geneeskunde. Auteurs van iedere nationaliteit kunnen meedingen. De prijs die 5000 F bedraagt wordt iedere drie jaar uitgelooft ter gelegenheid van de Internationale Congressen Bedrijfs-geneeskunde, die worden georganiseerd onder auspiciën van „la Commission Internationale Permanente de Médecine

ne du Travail". De volgende prijs zal worden uitgereikt in 1972 ter gelegenheid van het XVIIe Internationale Congres Bedrijfsgeneeskunde. Het reglement met betrekking tot de prijs kan worden aangevraagd: Comité du Souvenir du Docteur René Barthe, 5, Rue Alfred de Vigny, Paris-8ème; de desbetreffende publikaties dienen aan hetzelfde adres te worden gezonden vóór 15 december 1971.



B&W van Haarlem hebben de toezegging van het staatssecretariaat van Sociale Zaken en Volksgezondheid, dat het zal meewerken aan een onderzoek naar een verfijning van de werkmethoden in de schoolgezondheidszorg. Een dergelijk onderzoek is noodzakelijk, wil men het verband kunnen opsporen tussen lichamelijke omstandigheden en mogelijke schoolloopbaan van het kind. Het Haarlemse onderzoek moet aanwijzingen opleveren voor het leggen van relaties tussen het medisch onderzoek van het kind en diens prestaties op school. Lukt dit, dan kunnen de schoolartsen het onderwijzend personeel meer passende adviezen geven over de begeleiding van het kind, terwijl het dan ook mogelijk is de adviezen aan de schooladviesdiensten te intensiveren. Het onderzoek wordt uitgevoerd door mejuffrouw Dr. C. Cramer, hoofd van het Geneeskundig Schooltoezicht in Haarlem, in samenwerking met het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde T.N.O. te Leiden; het wordt begeleid door de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid.



„Het kind met Spina Bifida" is een pasverschenen uitgave van de Bond ter bevordering van de belangen van spastici, de B.O.S.K. Het boekje, dat een wegwijzer wil zijn voor ouders van door spina bifida gehandicapte kinderen, werd verzorgd door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De oorspronkelijke tekst van de Amerikaanse revalidatie-arts Chester A. Swinyard, stafid van de Association for the Aid of Crippled Children en directeur van de Kinderafdeling van het Institute of Rehabilitation Medicine van de Universiteit van New York, werd voor Nederland bewerkt door Dr. L. P. Bruijtel, revalidatie-arts, en H. A. Roebers, kinderarts, medisch adviseurs van de B.O.S.K. De B.O.S.K. is van origine een oudervereniging van ouders met spastische kinderen, die sinds 1964 ook anderen als lid op-

neemt. Leden kunnen nu zijn: ouders van een motorisch gehandicapt kind of motorisch gehandicapten die hun handicap in de jeugd verwierven, en — als buitengewoon lid — ieder die beroepsmatig met gehandicapten contact heeft. Een officiële naamsverandering wordt blijkens een bericht in het verenigingsorgaan, het kwartaalblad B.O.S.K.-Nieuws, overwogen. De door de vereniging uitgegeven brochure „Het kind met Spina Bifida" kan worden verkregen door storting van f 2,50 voor administratie- en verzendkosten op gironummer 562100 ten name van penningmeester B.O.S.K., Den Haag. Meer informatie geeft het bureau van de bond: Anna Paulownastraat 52, Den Haag, tel. 070-322442.



De faculteit der Rechtsgeleerdheid van de Katholieke Universiteit organiseert op 7 en 8 mei 1971 een congres met als thema: „Juridische problemen in en rond het ziekenhuis". Sprekers zijn Prof. Mr. J. M. M. Maeijer, Nijmegen, over: „Juridische vormgeving van de relaties binnen het ziekenhuis" (een civielrechtelijke beschouwing); Dr. J. Vermeijden, algemeen directeur Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit, over: „Juridische relaties in en rondom het academisch ziekenhuis"; Prof. Dr. H. J. Leenen, Amsterdam, over: „De autonomie van het ziekenhuis binnen de gezondheidszorg" (een administratiefrechtelijke beschouwing); en Prof. Mr. A. A. M. van Agt, Nijmegen, over: „Het ziekenhuis en de eerbied voor het menselijk leven" (een strafrechtelijke beschouwing). Het congres wordt gehouden in het Psychologisch Laboratorium van de Katholieke Universiteit, Heijdendaal, Erasmuslaan 16, Nijmegen. Het inschrijfgeld bedraagt f 15,— waarbij inbegrepen de kosten voor lunch, koffie en programmaboekje; op de eerste dag is er een koud buffet ad f 17,50 per persoon. Formulieren voor inschrijving — sluitingsdatum 15 april 1971 — kunnen worden aangevraagd bij de Katholieke Universiteit, Instituut der Rechtsgeleerdheid, t.a.v. mejuffrouw J. Niederer, Oranjesingel 72, Nijmegen, tel. 08800-58711, toestel 2300.



De Association Médicale Internationale pour l'Etude des Conditions de Vie et de Santé (A.M.I.E.V.) houdt van 5-8 april 1971 haar 5e congres. Plaats: hotel „Habana Libre", Havanna (Cuba). De vereniging, die de Braziliaan José de Castro als voorzitter heeft,

wil de levensomstandigheden bestuderen binnen het raam van de complexe realiteit, met vermindering van wetenschappelijke abstracties. Daarom is gekozen voor een multi-disciplinaire invalshoek, die het mogelijk maakt het veld van studie in zijn totale omvang te verkennen. Onderwerpen van het Havanaanse congres zijn: „Problèmes de l'enfance dans la dynamique du développement", „Problèmes de la défense de la santé et de la jeunesse" en „Responsabilité du médecin dans la recherche de l'amélioration des conditions de vie". De referaten zijn te beluisteren in de Spaanse, Engelse, Franse en Russische taal. De inschrijfkosten bedragen \$ 10 voor A.M.I.E.V.-leden, \$ 20 voor niet-leden en \$ 10 voor begeleiders. De gasten worden ondergebracht in het congreshotel (kosten overnachting plus ontbijt 6, 8 of 10\$, al naar gelang men een 1-, 2- of 3-persoonskamer verlangt). Reiskosten Parijs-Havanna v.v. circa \$ 616. Overige inlichtingen: Association Médicale Internationale pour l'Etude des Conditions de Vie et de Santé (A.M.I.E.V.), 22, rue Victor Noir, 92 - Neuilly-sur-Seine, Frankrijk, tel. 0010-637-23-89.



Kritiek op het ontbreken van opvang, scholing en sociale begeleiding van buitenlandse werknemers uitte onlangs de heer Mohammed Rhechaoui. Hij deed dit tijdens een bijeenkomst van ongeveer elfhonderd Marokkaanse werknemers ter viering van het Mohammedaanse slachtfest, 15 februari jl. in Utrecht. Sociale begeleiding bij ziekte ontbreekt vrijwel geheel, verklaarde de heer Rhechaoui tegenover verslaggevers; hij laakte verder de afwezigheid van scholingsmogelijkheden — de buitenlandse werknemer krijgt niet alleen geen (voortgezette) vakopleiding, zelfs een introductie- en taalcursus ontbreekt. „Soms voelen wij ons slaven", aldus eerder deze gastarbeider.



Op 27 maart 1971 vindt in het Fysiologisch Laboratorium, Wassenaarseweg 62, Leiden, een „Boerhaave Symposium on epidemiological aspects of coronary heart disease" plaats. Het symposium, dat onder leiding staat van Prof. Dr. E. Varnauskas, is bedoeld voor cardiologen en voor al diegenen wier belangstelling uitgaat naar de implicaties van coronaria-ziekte voor de algemene gezondheidszorg en de sociale geneeskunde. Voertaal is het Engels. Verdere inlichtingen en aanmeldingen bij het secretariaat

van de Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Academisch Ziekenhuis, Leiden, tel. 01710-47222, toestel 2797.

Voorafgaand aan het symposium wordt van 24-26 maart 1971, onder auspiciën van de Nederlandse Hartstichting, een cursus gehouden over de methoden en doeleinden van het epidemiologisch onderzoek betreffende ischaemische hartziekten. Ook hier heeft Prof. Varnauskas de leiding. De cursus is opgezet voor een maximum-deelnemer van 30: cardiologen en sociaal-geneeskundigen, die epidemiologisch onderzoek willen gaan doen. Inlichtingen over deze driedaagse cursus geeft de Nederlandse Hartstichting, Jan van Nassastraat 87, 's-Gravenhage, tel. 070-244492, die ook de inschrijving verzorgt.



De Studiegroep Ontwikkelingssamenwerking van de Medische Faculteitsvereniging van de Vrije Universiteit (S.O.M.F.) organiseert op zaterdag 20 maart een symposium over het „Transplantatiesyndroom van het onderwijs naar ontwikkelingslanden“. Referaten zullen onder meer worden gehouden door Drs. J. de Vries, wetenschappelijk medewerker Pedagogisch Instituut V.U.; P. Ernsting, niet-Westers socioloog; Prof. Dr. O. Kranendonk, verbonden aan het Koninklijk Instituut voor de Tropen. Het symposium wordt gehouden in het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit. Opgave is mogelijk door middel van storting van f 4,— op bankgiro 4661.39.349 van de AMRO-bank te Amsterdam, ten name van J. R. Soedirman. Correspondentie naar: S.O.M.F., Pathologisch Instituut van de Vrije Universiteit, De Boelelaan 1117, Amsterdam-Buitenveldert.



In het kader van het wetenschappelijk onderzoekprogramma met betrekking tot het druggebruik zal in het Wilhelmina Gasthuis van de Universiteit van Amsterdam research worden verricht naar de werking van psychofarmaca op de geest. De benodigde fondsen komen van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Zij zijn bestemd voor de aanschaf van een gecombineerde gaschromatograaf-massaspectrometer, een apparaat dat meer dan tot dusver mogelijk was controle op de aanwezigheid van psycho-actieve stoffen in lichaamsvloeistoffen mogelijk maakt.

## MEDISCH CONTACT

Verschijnt wèkèlìjks

**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:** Uitgeverij. Kruid 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 Uitgeverij. Kruid N.V., Bussum.

**Oplage:** 16.860 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 Beroepspensioenfonds Artsen:**

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-887021