



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

OFFICIEEL

OPEN BRIEF VAN HET HOOFDBESTUUR

26e JAARGANG — No. 45 — 12 NOVEMBER 1971

INHOUD

Open brief van het hoofdbestuur	1167
Bijzondere ledenvergadering ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de L.H.V.	1170
Eeuwfeest Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie	1172
Prof. Noach: Profijtbeginnsel toepassen op universiteiten	1173
Uit het jaarverslag 1970 van de Stichting Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen	1174
130e Diëts Delft: Symposia Medische Techniek	1174
Diagnose: een positivistisch versus een dialectisch ziektemodel	1175
Minister beantwoordt vragen over toekomstige huisartsopleiding	1176
Internationaal perspectief	1177
Verslag van een kort geding	1179
Effect op geneeskunde van de automatisering	1181
<i>Van het Hoofdbestuur:</i>	
Besluiten van de 158ste Algemene Vergadering	1182
<i>Van de S.R.C.:</i>	
Voorschriften voor in het buitenland opgeleide medische specialisten	1183
<i>Van het Centraal Bestuur L.A.D.:</i>	
Verslag van de commissie voor de geldmiddelen	1185
<i>Van de S.P.M.S.:</i>	
Verslag over het jaar 1969	1185
Voorlopig verslag over het jaar 1970 ..	1188
Uit de afdelingen	1190
Brieven aan de redactie	1191
Varia	1192

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

Colofon op bladzijde 1194.

Het hoofdbestuur van de Maatschappij heeft met belangstelling kennis genomen van een rondschrijven aan alle artsen, waarin wordt gevraagd zich uit te spreken voor of tegen de door het hoofdbestuur gegeven richtlijnen terzake van abortus provocatus.

De ondertekenaars van dit rondschrijven verlangen van het hoofdbestuur een verandering van de richtlijnen in de geest van de Declaratie van Genève, 1948 (W.M.A.) en zeggen zich in geweten verplicht te kunnen voelen hun lidmaatschap van de Maatschappij te beëindigen indien het hoofdbestuur niet aan hun verlangen tegemoet komt. Zij menen voorts dat er onvoldoende contact is geweest met de leden van de Maatschappij en dat de Algemene Vergadering zich niet heeft uitgesproken, zodat er sprake zou zijn van de persoonlijke opvatting van het hoofdbestuur.

Dit rondschrijven is onderwerp van bespreking geweest in de zaterdag 6 november jl. gehouden vergadering van het hoofdbestuur en de gedachtenwisseling daarover resulteerde in het besluit een open brief in Medisch Contact te publiceren, waarin het hoofdbestuur zijn standpunt nog eens nader uiteenzet.

Slechts met enkele woorden wil het hoofdbestuur ingaan op de bezwaren, welke geuit zijn tegen de gevolgde procedure. Reeds enkele jaren is het vraagstuk van de abortus provocatus uitvoerig besproken in alle geledingen van de Maatschappij, waarbij alle leden op enigerlei wijze de gelegenheid hebben gekregen hun opvattingen kenbaar te maken en te toetsen aan de mening van anderen. Daarbij bleek onder de leden een scala van opvattingen te bestaan, maar

ook een welhaast unaniem besef dat hier sprake is van een maatschappelijke problematiek, welke tot oplossing zou moeten worden gebracht met velerlei deskundigen, die uit hoofde van hun functie betrokken zijn bij deze problematiek en voorts met representanten uit alle lagen van de samenleving.

Om een bijdrage te leveren aan de oplossing van deze problematiek heeft het hoofdbestuur zich reeds een jaar geleden verplicht gevoeld tegenover de toenmalige Commissie Kloosterman uiteen te zetten, welke opvattingen in de medische kring bestaan en op basis daarvan reeds toen een standpunt naar voren te brengen. Dit standpunt, waaraan via Medisch Contact (zie M.C. nr. 42, blz. 1111) reuime bekendheid is gegeven, wijkt slechts in geringe mate af van de thans aangevochten richtlijnen.

De onlangs gehouden openbare hoorzitting van de Bijzondere Kamercommissie, belast met de voorbereiding van de openbare behandeling van het door de kamerleden Lamberts en Roethoff ingediende ontwerp van wet inzake de abortuswetgeving, is voor het hoofdbestuur, dat inmiddels uit de geledingen van de Maatschappij en van andere zijden nadere gegevens had verkregen, aanleiding geweest opnieuw zijn standpunt toe te lichten en waar nodig te preciseren. Er waren daarom geen termen aanwezig tevoren nog een ledenvergadering bijeen te roepen. Dat het hoofdbestuur op het punt van de procedure verantwoord heeft gehandeld, kan blijken uit het feit dat op de Algemene Vergadering van 30 oktober jl. de uitvoerige uiteenzetting van de zijde van de voorzitter (zie M.C. nr. 44, blz. 1139) over de problemen rond abortus provocatus geen der afgevaardigden of andere aanwezige leden aanleiding heeft gegeven kritiek te uiten op het beleid van het hoofdbestuur te dezer dagen.

Belangrijker dan deze verantwoording omtrent de gevolgde procedure acht het hoofdbestuur de inhoud van de richtlijnen.

Zoals van een organisatie met zoveel leden met divergerende opvattingen kan worden verlangd, zijn de richtlijnen opgesteld, ontdaan van levensbeschouwelijke of maatschappelijke visie, maar niettemin zodanig geformuleerd, dat iedere arts, welke levensbeschouwing of medisch-ethische opvatting hij ook heeft, volgens deze richtlijnen kan handelen. Zij, die een zeer beperkte indicatie aanvaarden, zullen in de richtlijnen geen enkele verplichting zien opgelegd anders te handelen dan zij in geweten gerechtvaardigd achten. De richtlijnen laten echter ook ruimte aan degenen, die niet met een beperkte indicatie willen volstaan.

Het rondschrĳven verwijt in feite aan het hoofdbestuur dat het met de formulering van de richtlijnen onvoldoende terughoudendheid in acht heeft genomen ten aanzien van de ontwikkeling van het abortusvraagstuk. Daartegenover stelt het hoofdbestuur dat het juist bewust de mogelijkheid heeft willen openen dat de artsen zich persoonlijk kunnen integreren in de maatschappij waarin zij functioneren en zich persoonlijk kunnen bezighouden met de problemen die zij ontmoeten.

Het hoofdbestuur heeft zich met de richtlijnen zeer beslist niet uitgesproken vóór abortus. Integendeel, er is nadrukkelijk op gewezen dat de abortus provocatus moet worden beschouwd als een uiterste maatregel — gaarne zij toegegeven dat op dit punt het woord oplossing in de richtlijnen onjuist is gekozen — en derhalve geheel ondergeschikt moet zijn aan een verantwoorde geboorteregeling en daarvoor nimmer in de plaats mag komen. Even duidelijk is gesteld dat de thans bestaande problematiek rond de abortus provocatus niet kan worden genegeerd, ook niet door de medische professie.

In de gegeven omstandigheden, nu deze problematiek nog geenszins is uitgekristalliseerd, heeft het hoofdbestuur bewust de richtlijnen zodanig geformuleerd dat de verschillende meningen optimaal tot hun recht kunnen komen en de persoonlijke vrijheid en verantwoordelijkheid onaangetast blijven. Door het gestelde in de richtlijnen ten aanzien van de besluitvorming en de uitvoering zal kunnen worden bevorderd dat deze persoonlijke vrijheid en verantwoordelijkheid op juiste wijze wordt beleefd.

De vraag kan worden gesteld waarom in de richtlijnen niet een lijst van geoorloofde indicaties is opgenomen. Van een dergelijke lijst is afgezien, omdat deze geen reëel houvast biedt. Iedere arts pleegt daaraan een persoonlijke interpretatie te geven. Er bestaan geen objectieve maatstaven voor een beoordeling of de draagkracht van de vrouw groter of kleiner is dan haar draaglast. Het hoofdbestuur heeft gemeend niet met onwaarachtige richtlijnen te moeten komen, welke op papier stringent lijken maar in de praktijk zeer ruim zijn. Het achtte het beter de nadruk te leggen op de eigen verantwoordelijkheid van iedere medicus.

Samenvattend wil het hoofdbestuur als zijn oordeel uitspreken dat de opvatting van de ondertekenaars van het rondschrĳven alle respect verdient — de voorzitter heeft tijdens de openbare hoorzitting daarvan met grote nadruk blijk gegeven — maar dat deze opvatting niet mag belemmeren dat zeer vele artsen naar andere eveneens te respecteren inzichten handelen. Er

mag niet worden getwijfeld aan de integriteit van hen, die deze andere inzichten voorstaan. Het is juist de verscheidenheid van opvattingen en het wederkerig respect binnen de Maatschappij die het mogelijk maken en in casu ook mogelijk hebben gemaakt dat een in de gegeven omstandigheden zo verantwoord mogelijk standpunt wordt ingenomen. Het hoofdbestuur zou het zeer betreuren, indien men zich aan de verdere discussie zou willen onttrekken. Dit geldt niet alleen voor het abortusvraagstuk, maar evenzeer voor de vele andere vraagstukken, waarvoor de medische professie zich ook in de komende jaren zal zien gesteld.

Gaarne spreekt het hoofdbestuur zijn bereidheid uit om, wanneer de ondertekenaars van dit rondschrijven daartoe de wens te kennen geven, met hen nader van gedachten te wisselen.

Prof. Dr. Th. Vossenaar
(voorzitter)

J. Diepersloot
(secretaris-generaal)

Medische informatiekaart

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

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

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties

Tj. de Boorder te Zeist promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Energiebesteding en lichamelijk prestatievermogen”. Promotor was Prof. Dr. R. L. Zielhuis.

Drs. J. Borggreven te Nijmegen promoveerde aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Phospholipids of photoreceptor membranes in relation to the binding site of retinaldehyde in rhodopsin”. Promotor was Prof. Dr. S. L. Bonting.

J. Dorresteyn promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Een nader onderzoek omtrent de acute indigestie en de reticuloperitonis traumatica bij het rund”. Promotor was Prof. Dr. G. Wagenaar.

Drs. J. M. Eustatia te Nijmegen promoveerde aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Vermenigvuldiging van virussen in lymphocyten en macrophagen”. Promotor was Prof. Dr. J. van der Veen.

Drs. P. H. Jongbloet te Ottersum (L.) promoveerde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift, getiteld: „Mental and physical handicaps in connection with overripenes ovopathy.” Promotor was Prof. Dr. T. D. Stahlie.

S.C. J. van der Putte te Abcoude promoveerde

aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De ontwikkeling van het lymphaatstelsel bij de mens”. Promotor was Prof. Dr. J. van Limborgh.

J. K. van de Ree promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De cardiovasculaire gevolgen van intoxicatie met tricyclische antidepressiva”. Promotor was Prof. Dr. F. L. Meyer.

C. M. Vos te Leiderdorp promoveerde aan de Leidse Universiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De continue meting van pO₂, p CO₂ en pH in arterieel bloed als onderdeel van een maximale inspanningsproef”. Promotor was Prof. Dr. J. Swieringa.

Benoemingen

Dr. L. Deen is benoemd tot gewoon lector in de anaesthesiologie aan de faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam ten behoeve van het Binnengasthuis te Amsterdam.

Dr. J. D. Muller is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden. Hij zal onderwijs gaan geven in de radiologie, in het bijzonder de radiodiagnostiek.

Dr. K. H. Ephraïm is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht. Hij zal onderwijs gaan geven in de toepassing van radio-actieve isotopen (open stralingsbronnen) in de geneeskunde.

Dr. T. Pilot is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen. Hij zal onderwijs gaan geven in de parodontologie.

Bijzondere ledenvergadering ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de L.H.V.

Ter gelegenheid van haar vijftienvijfjarig bestaan heeft de Landelijke Huisartsen Vereniging vrijdag 5 november i.l. in Esplanade te Utrecht een feestelijke vergadering gehouden, in vormgeving volledig afwijkend van het beeld dat ledenvergaderingen gewoonlijk bieden. Een stevige achtergrondmuziek hield de vele aanwezigen, onder wie verscheidene oud-voorzitters der L.H.V. en andere oud-gedienden voor de aanvang der bijeenkomst omtrent die vormgeving al in het ongewisse bij het zien van de opstelling van projectiedoeken, aan de voet gesierd door enkele bloemstukken, bij dit jubileum de L.H.V. aangeboden. Het was geheel anders dan anders en, zoals bij het verstrijken van de avond bleek, met toepassing van de audiovisuele hulpmiddelen — fragmenten film, dia's met veelsoortige informatie en cartoons — was deze afwijking van het gebruikelijke patroon een voortreffelijke bijdrage tot aller intensief mede-beleven van het gebodene.

Met goede belichtingseffecten, kennelijk tevoren goed gerepeteerd, werd de aandacht wisselend gericht op projecties en op sprekers, een en ander vlot op elkaar aansluitend. Eerste spreker die in het spotlight werd gevangen was de voorzitter der L.H.V., F. N. M. Bierens, aan wiens inleidende rede het volgende is ontleend:

Nadat reeds in 1924 de K.N.M.G. had besloten om een aparte Commissie Huisartsen, naast een Commissie Specialisten in het leven te roepen, om de specifieke belangen van deze beide groeperingen te behartigen, werd in 1946 op initiatief van de Vereniging van Ziekenfondsartsen een vereniging voor de beroepsbelangen van de huisarts opgericht: de Landelijke Huisartsen Vereniging. De waarde en de positie van de huisarts in het volksgezondheidsbestel was reeds van het begin dezer eeuw in discussie geweest door het opkomen van de specialisatie. Reeds in 1900 meende de voorzitter der Maatschappij, Pijnappel, een grafrede te moeten uitspreken over de huisarts die hij in de nevelen der historie zag verdwijnen (Festen in M.C. 26/1962). Overzien wij nu de geschiedenis der L.H.V. van de laatste 25 jaar dan worden wij getroffen door de niet aflatende strijd om de maatschappelijke positie van de huisarts, resulterend in bijna jaarlijkse conflicten over de honoraria, als er moet worden onderhandeld met de ziekenfondsen of met het ministerie van Economische Zaken.

Steeds weer tracht men „primair het systeem van honorering op te lossen, met secundair daaraan verbonden de hoogte ervan” (Jaarverslag L.H.V. M.C. 12/1948).

Toch moet ik u er op wijzen dat van den beginne af de L.H.V. zich ook heeft beziggehouden met andere zaken die de beroepsuitoefening raken. De zorg voor de oudedagsvoorziening vinden wij reeds in het eerste jaarverslag, er wordt een commissie ingesteld, waarschijnlijk het begin van een fase zo juist na 25 jaar afgesloten met een ontwerp van wet, waar wij zeer gelukkig mee zijn.

In 1947 spreekt men er over dat het afschaffen van aparte ziekenfondssprekuren een zeer zinnige zaak zou zijn, rondom 1950 discussieert men met collega Lahr en Buma over een speciale opleiding tot huisarts en een verbetering van zijn positie ten opzichte van de specialist. In diezelfde tijd accepteert men een honorariumverhoging met de belofte mee te werken aan de kostenbestrijding, door de „Voorlopige lijst van soorten en hoeveelheden wat betreft de genees- en verbandmiddelen” te hantieren. In 1954 komt er een commissie tot „onderzoek van de werkwijze van de Nederlandse huisarts”. Twee jaar later wordt het Nederlands Huisartsen Genootschap opgericht, waarvan in de jaarverslagen weinig is terug te vinden, hoewel de entente cordiale later door een wederzijds adviserend lidmaatschap wordt bevestigd. In 1963 zien wij dat men zich op Europees niveau gaat bezighouden, men participeert in een subcommissie: Opleiding en vorming tot huisarts.

De grote stroomversnelling en taakverbreding zien wij echter vooral optreden na 1966. Het grote ziekenfondsconflict is het startpunt voor een energieke aanpak wat betreft de opleiding, registratie, nascholing, collectieve pensioenvoorziening, bestudering van nieuwe fenomenen als groepspraktijken e.d. Op 28 september 1967 onderschrijft de ledenvergadering de volgende doelstelling van de L.H.V.: „Het waarborgen van de specifieke functie van de huisarts in de gezondheidszorg en het scheppen en bevorderen van zodanige omstandigheden dat het peil van de zorg die de huisarts geeft wordt gehandhaafd”. Later wordt dit kortweg vertaald in het begrip: „Bevordering der huisartsgeneeskunst”.

Als opdracht hebben ook wij dit aanvaard. Leefbaarheid en kwaliteitsbewaking zijn dit jaar de thema's die bijzonder onze aandacht hebben. Wij weten dat wij niet meer staan in de „splendid isolation”, wij beseffen dat er vele instanties zijn die medeverantwoordelijk zijn voor de volksgezondheid. Een open communicatie zal hard nodig zijn om te ontdekken wat de patiënt in de toekomst van zijn huisarts verwacht. De paternalistische vertrouwensman mag niet plaatsmaken voor de overhaaste

receptenschrijver, de persoonlijke relatie huisarts-patiënt mag niet verdwijnen door een geïnstitutionaliseerde zorg, die de patiënt tot geval zou verlagen en de geneeskunde ontmenselijken.

Hoe vinden wij structuren die van onze „behandel-uren, spreek-uren zullen maken, waarbij de patiënt op afspraak naar inspraak“ kan komen? De verandering in het morbiditeitspatroon naar de „socialosen“ vraagt inderdaad een multidisciplinaire aanpak in het eerste échelon. Met kracht wensen wij de ontwikkeling van praktijkgroepen, groepspraktijken en gezondheidscentra te ondersteunen, als mogelijk middel om een antwoord te vinden op het klemmend beroep dat de patiënt op ons doet. Het team-verband lijkt ons onontbeerlijk, ook in de extra-murale geneeskunde, ofschoon ook de patiënt hieraan zal moeten leren wennen. De huisarts zal moeten fungeren als coördinator, als knooppunt in het eerste échelon niet omdat hij de belangrijkste is, maar omdat de patiënt tot nog toe zich het meeste tot hem wendt en hij het beste het overzicht houdt vanuit zijn centrale positie.

Het werk van de huisarts zal verschuiven, de curatieve geneeskunde als wezenlijk onderdeel van het vak zal in de toekomst zeker worden geholpen door de technologische ontwikkeling op het gebied van medische informatieleer, de radiologie, de cardiologie, de laboratoriumdiagnostiek. Misschien zal in de toekomst een groot deel van de screening en de preventie kunnen worden overgelaten aan teams voor paramedisch onderzoek, waarvan de experimenten in een ver gevorderd stadium zijn. (Phillips, levensverzekeringswezen). De zorg voor de preventieve psychiatrie, de zorg voor de chronisch zieke en bejaarde, de zorg voor het gezonde leven in een steeds gecompliceerder wordende maatschappij met zijn stress-situaties en zijn milieuvervuiling zal steeds meer een taak worden van de huisarts. Hij zal mede feitenmateriaal moeten aandragen om de maatschappij minder pathogeen te maken. De sociatrie zal mede in het opleidingsprogram moeten worden opgenomen.

Nog rest ons een enorme hoeveelheid werk, werk dat alleen kan worden gedaan als de huisartsen van Nederland bereid zijn een gemeenschappelijke koers te volgen stoelend op de historische krachten van de artsenstand in Nederland: democratie en discipline, met een open houding t.o.v. de maatschappij, inclusief denkend. Moge de L.H.V. hier leiding aan geven, tot heil van ons uiteindelijk doel van onze roeping en beroep: het heil van de aan ons toevertrouwde patiënt.

**

Er zijn, met afwisseling van korte fraaie filmfragmenten over sport of natuur, compacte en met projecties geïllustreerde indringend informatieve beschouwingen gehouden door de secretaris der L.H.V., F. A. van Spanje, over de relatie tussen de huisartsen en het publiek in Nederland, waarvoor het in april 1970 uitgebrachte onderzoek van

Makrotest tot basis diende, op welk rapport daarna nader is ingegaan door Drs. L. de Vries. De psycholoog Drs. H. van Praag benaderde ditzelfde thema van de relatie op wetenschappelijke wijze en Dr. H. H. W. Hogerzeil heeft in het door hem aan de orde gestelde onderwerp — huisarts, informatieverwerking en computer — interessante perspectieven geopend vooral in die zin, dat hij de grootste bijdrage van de computer aan de huisartsgeneeskunde niet de enorme administratieve hulp achtte, die wordt geboden, doch vooral de aanzet, welke de computer zal geven tot nieuwe denkpatronen en daarmee nieuwe doelstellingen. Op deze serie beschouwingen zal in volgende nummers van Medisch Contact nader worden teruggekomen.

**

Aan het slot van deze vlotte vergadering met de kenmerken van een onderhoudende show heeft de voorzitter der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst Prof. Dr. Th. Vossenaar enerzijds officieel, anderzijds zich in stijl volledig aanpassend aan toon en sfeer van het tot dan toe getoonde en vertoonde vergader-spel, de L.H.V. hartelijk gecompimenteerd met dit jubileum. Allengs vlocht Prof. Vossenaar in zijn waarderende woorden de betekenis in van de noodzakelijke continuïteit in denken en handelen ener



De voorzitter van de K.N.M.G., Prof. Dr. Th. Vossenaar, overhandigt de zilveren eremedaille van de Maatschappij aan Mr. H. A. Veenstra, die onlangs zijn zilveren ambtsjubileum vierde als directeur van het bureau der L.H.V.



Mr. H. A. Veenstra, directeur van het bureau der L.H.V., zojuist onderscheiden met de zilveren eremedaille van de Maatschappij, ondergaat een massaal huldebetoon van de ledenvergadering.

vereniging, waarin bestuurders komen en gaan, en wel kunnen komen en gaan omdat waarborgen voor de continuïteit verankerd liggen in het bureau, dat in meer dan alleen administratieve zin de vereniging schraagt. Dat leidde dan tot de mededeling van de Maatschappij-voorzitter, dat het hoofdbestuur unaniem de vele verdiensten van Mr. H. A. Veenstra, thans reeds 25 jaar directeur van het bureau der L.H.V. - ook ten opzichte van de Maatschappij als geheel, in de toekenning aan hem van de zilveren medaille der Maatschappij vorm heeft willen geven.

Met zeer langdurig en kloek applaus heeft men Mr. Veenstra te kennen gegeven met deze toekenning van de zilveren medaille der Maatschappij van harte in te stemmen, een huldebetoon, waarvoor de directeur van het bureau der L.H.V. vooreerst op geestige wijze zijn dankwoorden formuleerde om vervolgens — aandachtig beluisterd — een kort, zeer wel-doordacht pleit te voeren voor de wenselijkheid zich, bij een kritische opstelling tegenover een organisatie, binnen die organisatie langs organisatorische weg tot haar zo goed mogelijk functioneren bij te dragen. Zijn woorden, waarbij men „tussen de regels door” enkele actuele voorvallen binnen medische kring moeiteloos kon associëren, brachten even in verantwoorde dosering een ernstige toets in dit samenzijn, dat onmiddellijk daarna weer opbloede in een ontspannen en feestelijke verpozing na een zowel doeltreffende als geanimeerde jubileumvergadering.

v.M.

Eeuwfeest Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie

Ter gelegenheid van haar 100-jarig bestaan heeft de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie op 4, 5 en 6 november i.l. onder de titel „Perspectieven neurologie-psychiatrie” een congres gehouden in het Internationaal Congrescentrum RAI te Amsterdam. Dit congres, waarvoor grote internationale belangstelling bestond, werd donderdag 4 november ingeleid met een openingszitting, waarin de voorzitter der vereniging Prof. Dr. A. Verjaal de gasten verwelkomde.

In een daarop aansluitende korte beschouwing bracht Prof. Verjaal naar voren dat honderd jaar, afgezet tegen de eeuwigheid, minder dan een milliseconde, doch afgezet tegen een mensenleven een eeuwigheid in letterlijke zin des woords is. Sedert enige miljoenen jaren is er waarschijnlijk geen periode van honderd jaar geweest waarin de betha-wetenschappen — en daartoe wenst ook de

geneeskunde zich gerekend te zien — zo'n enorme sprong voorwaarts hebben gemaakt.

Als startlijn van de Vereniging noemde Prof. Verjaal het jaar 1871, hetgeen hij markeerde met enkele punten: Argyll Robertson beschreef de naar hem genoemde pupilafwijking en Horner zijn beroemde trias. Charcot hield zijn leçons sur les maladies du système nerveux en Jackson formuleerde zijn visioiraire inzichten over de epilepsie — maar de reflexhamer was nog niet uitgevonden, het reflexonderzoek werd eerst in 1875 in de kliniek geïntroduceerd. In 1870 brachten Hitzich en Fritsch de functionele topografie van de gyrus precentralis in kaart. Golgi, Neynert, Flechsug en Weigert legden, grotendeels in psychiatrische inrichtingen, de grondslag voor kennis van de fijnere bouw van het zenuwstelsel niet in het minst door de geraffineerde kleurtechnieken welke zij in die jaren ontwikkelden.

Broca had juist duidelijk en kernachtig het verband gelegd tussen geestesfunctie en hersenfunctie, aldus geformuleerd „Les grandes régions de l'esprit correspondent aux grandes régions du cerveau”.

De neurologie was in de zeventiger jaren van de negentiende eeuw ten onzent nog zo vanzelfsprekend een onderdeel van de psychiatrie, dat zij in de naam van de vereniging niet afzonderlijk werd vermeld, zo betoogde Prof. Verjaal, die voor wat de geschiedenis der vereniging betrof verwees naar de later op deze middag te houden feestredevoeringen van Prof. Dr. W. G. Sillevius Smitt: „De geschiedenis van een honderdjarige”, van Prof. Dr. F. C. Stam: „Honderd jaar psychiatrie” en van Prof. Dr. A. Biemond: „Honderd jaar neurologie”. Deze voordrachten werden in beknopte vorm gegeven, de volledige tekst is gebundeld uitgegeven en op de tweede congresdag verschenen; gïnteresseerden mogen daarnaar worden verwezen.

Na 's voorzitters inleiding is een begroeting gevolgd namens de Europese collegae, waarbij wel duidelijk naar voren kwam welke belangrijke rol op internationaal niveau aan de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie wordt toegekend. Voorts werden in deze bijeenkomst vier ereleden benoemd: mevrouw Dr. A. J. Lampl-de Groot, Prof. Dr. J. J. Groen, Prof. Dr. Lhermitte en Prof. Dr. A. Biemond op overwegingen, door Prof. Trimboos en Prof. Verjaal kenbaar gemaakt en waarmee het congres met krachtig applaus instemde.

Na een theepauze, waarin velen gelegenheid vonden de nieuw benoemde ereleden te complimenteren, volgden de inleidingen van de feestredenaars. Het congres is op vrijdag en zaterdag in besloten plenaire zitting en daarna in sectievergaderingen bijeen geweest.

Prof. Noach: Profijtbeginstel toepassen op universiteiten

Nu de regering is overgegaan tot een eenzijdige invoering van het profijtbeginstel, dient dit beginstel ook op de universiteiten ingang te vinden. Dit is de mening van Prof. Dr. E. L. Noach, hoogleraar in de Toegepaste Farmacologie aan de geneeskundige faculteit te Leiden. Centrum, informatieblad van het Universitair Medisch Centrum Leiden, wijdt er op 21 oktober j.l. zijn openingsartikel aan.

Prof. Noach is van mening, dat universitaire docenten zich in het vervolg voor het verrichten van diensten voor de overheid en voor andere instanties buiten de universiteit moeten laten betalen. Hij stelt, dat de hogere staffunctionarissen bij het wetenschappelijk onderwijs structureel zijn overbelast, een overbelasting die in de medische faculteit onder meer is te wijten aan de invoering van een nieuw curriculum. In een recent onderzoek van het Centraal Bureau voor de Statistiek werd aange-

toond, dat de hoogleraren in deze faculteit gemiddeld ongeveer 60 uur per week werken. Wat hem zelf betreft acht de heer Noach dit een minimum om de zaken alleen maar bij te houden: voor een behoorlijke taakvervulling zou een 70 à 80-urige werkweek nodig zijn.

Naast de omvangrijke universitaire taak, aldus Prof. Noach, doet de overheid een toenemend beroep op universitaire functionarissen om zitting te nemen in staatscommissies, adviescolleges en dergelijke. Omdat wij in een klein land leven, moet er vaak een beroep worden gedaan op een kleine groep experts op specialistische gebieden; maar de hoeveelheid werk waarvoor die kleine groep deskundigen wordt gezet doet niet onder voor die in grotere landen, omdat de problemen dezelfde zijn - reden om de opperste efficiëntie te betrachten. De hoogleraar, die zelf lid is van een dozijn niet universitaire commissies, meent dat nu de regering het profijtbeginstel gaat toepassen, de universiteiten hiertoe eveneens gerechtigd zijn. Prof. Noach doet daarom de volgende concrete voorstellen:

— handhaving van de reiskostenvergoeding van overheidswege voor leden van commissies en dergelijke;

— afschaffing van de vacatiegelden, f 25,— à f 30,— per dag, die omdat zij fiscaal bij de top van het inkomen worden gerekend voor niemand van belang zijn;

— betaling van een uurtarief van f 100,— (een bedrag dat is afgekeken van het bedrijfsleven) aan de universiteiten als vergoeding voor het tijdverlies dat zij lijden door het uitlenen van functionarissen aan commissies.

Invoering van het profijtbeginstel aan de universiteit maakt, stelt Prof. Noach, dat het mes aan meer kanten snijdt. In de eerste plaats ontvangen de universiteiten op die manier een compensatie voor de korting van gemiddeld 10%, die door de Rijksoverheid als gevolg van de invoering van de B.T.W. is toegepast op de universitaire kredieten. In de tweede plaats krijgen de universiteiten een beter inzicht in de tijd die hun functionarissen aan niet-universitaire zaken besteden. In de derde plaats zullen de ministeries bij hun budgettering rekening moeten houden met vergaderkosten, hetgeen heilzaam kan werken op de vergadertijd.

Prof. Noach vindt niet alleen, dat de universiteiten gerechtigd zijn het profijtbeginstel toe te passen, hij vindt die toepassing ook wenselijk. Immers, als gevolg van de wet-Veringa zullen binnen de universiteiten zelf de vergaderingen nog in tijd en aantal toenemen. Overigens zegt de hoogleraar zich over de haalbaarheid van zijn voorstellen in de bestaande financiële situatie geen illusies te maken: „Men zal zeggen, dat de universiteiten toch een taak in de maatschappij hebben. Maar voor mij is de vraag: moet dat gratis en ten koste van de universitaire plichten? Ik zou hier graag een zinnige discussie over zien”.

Uit het jaarverslag 1970 van de Stichting Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen

Oogafwijkingen waren in 1970 evenals in voorgaande jaren de meest voorkomende reden om een geneeskundige verklaring voor het rijbewijs te weigeren; in de tweede plaats kwamen psychische afwijkingen, in de derde epilepsie. Dit blijkt uit het zojuist voor het eerst gepubliceerde jaarverslag van de Stichting Centraal Bureau Rijvaardigheidsbewijzen. De voor ieder rijbewijs vereiste geneeskundige verklaring werd gedurende het jaar 1970 in totaal 829.100 maal afgegeven: 260.391 maal voor een nieuwe aanvraag, 542.120 maal in verband met verlenging en in 26.589 gevallen omdat de aanvrager ouder dan 60 jaar was. Op grond van een medische indicatie besteedde de aan het C.B.R. verbonden arts bijzondere aandacht aan 34.576 aanvragen, in 26.746 gevallen voor verlenging en in 7.830 gevallen voor een examen.

Een indruk van de aard en het aantal van de te beoordelen ziektebeelden:

vallende ziekte of flauwten	441
evenwichtsstoornissen	155
geestelijke afwijkingen	1.022
alcohol en verdovende middelen	6.357
inwendige ziekten	5.231
afwijkingen ledematen	3.364
oogafwijkingen	9.192
functiebeperkingen	807

In 817 gevallen moest de afgifte van een geneeskundige verklaring worden geweigerd, nadat was gebleken dat de aanvrager lichamelijk of geestelijk niet in staat was veilig een motorvoertuig te besturen en duidelijk was geworden dat noch een beperkt rijbewijs noch het vragen van een periodiek geneeskundig rapport een oplossing bood. Tegen deze beslissing gingen 181 kandidaten in beroep; na herkeuring werden 10 kandidaten alsnog geschikt bevonden, terwijl 102 kandidaten opnieuw ongeschikt werden bevonden (aan het eind van het jaar waren nog 69 gevallen in behandeling).

Het aantal gevallen waarin door de politie een onderzoek door de geneeskundige van het C.B.R. werd gevorderd op vermoeden van medische ongeschiktheid nam de laatste jaren toe. Van de 640 mensen die in 1970 bij zo'n vordering tot onderzoek waren betrokken bleken er 403 inderdaad niet geschikt, waarna hun rijvaardigheid opnieuw werd getest.

De eigen verklaring omtrent de lichamelijke en geestelijke geschiktheid tot het besturen van motorvoertuigen bleek in 15.952 gevallen niet geheel overeenkomstig de waarheid ingevuld. „Meestal”, leest men in het jaarverslag, „is hier niet van bewuste foutieve invulling sprake. Voor een deel kan dit worden toegeschreven aan de neiging van een gehandicapte om afwijkingen waarmee hij heeft leren leven

onbelangrijk te vinden. In een vrij groot aantal gevallen leert bovendien de praktijk dat de vraagstelling op de eigen verklaring op verschillende manieren kan worden opgevat. Ook hebben recente maatschappelijke ontwikkelingen de vraagstelling onvolledig gemaakt. Om deze redenen zal de formulering van de in de eigen verklaring opgenomen vragen dienen te worden aangepast”.

130e Dië's Delft

Symposia Medische Techniek

In de afgelopen jaren is een omvangrijk arsenaal van apparaten opgebouwd ten dienste van het medisch onderzoek. Schoksgewijs is deze ontwikkeling versneld door de toepassing van de computer en de uitvinding van halfgeleiders, die miniaturisering mogelijk hebben gemaakt. In brede kring is men er zich van bewust, dat een intensief samengaan van medische en technische wetenschappen nog tot meer waardevolle resultaten zal leiden. Dit was voor de Technische Hogeschool Delft aanleiding haar 130e diësviering, begin januari 1972, speciaal te wijden aan de medische techniek.

Er zullen twee symposia worden gehouden. Onderwerp van het eerste symposium vormen de onderzoekaspecten van de medische techniek; de onderwijsaspecten zullen tijdens het tweede symposium worden belicht. Een derde bijeenkomst is bedoeld om belangstellenden kennis te laten nemen van de recente ontwikkelingen op het gebied van de medische techniek.

Op het symposium „Onderzoekaspecten”, woensdag 12 januari 1972, zullen spreken: Prof. Dr. G. van den Brink (T.H. Delft): „De plaats van medisch-biologisch onderzoek in T.H.-verband”; Dr. Ir. W. Herstel (medische faculteit Leiden): „De plaats van een ingenieur in een ziekenhuis”; Prof. P. G. Hugenholtz (Medische Faculteit Rotterdam): „Wat verwacht een klinicus van samenwerking met een T.H.?”; Drs. W. G. J. Iemhoff (Medische Faculteit Rotterdam): „Relativering van de techniek in de geneeskunde”.

Sprekers op het symposium „Onderwijsaspecten”, donderdag 13 januari 1972, zijn: Prof. Dr. E. R. Lewis (University of California): „Ervaringen met bio-medische ingenieurs”; Prof. Dr. B. Mc. A. Sayers (Imperial College Londen): „Waarom post-doctorale opleiding in de M.B.E.?”; Prof. Ir. M. P. Breedveld (T.H. Twente): „De Nederlandse biomedische ingenieur”; Prof. Ir. D. H. Bekkering (T.H. Eindhoven): „Waarom nu geen biomedisch ingenieur?”.

Tijdens de burgerijdag, zaterdag 15 januari 1972, zal een algemeen overzicht worden gegeven van de activiteiten die op het gebied van de Medische Techniek binnen de Delftse T.H. worden ondernomen; verder zijn er demonstraties met toelichting.

DIAGNOSE

Een positivistisch versus een dialectisch ziektemodel

Collega Grewel stelt in zijn artikel (M.C. no 38/1971 blz. 977) zeer pregnant en helder, wat hij onder een medische diagnose verstaat: „een wetenschappelijke conclusie van de vakman op grond van zijn waarnemingen”. Mijn indruk is, dat vele medici met zijn betoog zullen instemmen. Met een wetenschappelijke conclusie doelt Grewel op een exacte wetenschap. Buiten exacte feiten is er geen wetenschap, alleen „essayistisch causeren en primitieve aanduidingen”. Het logisch positivisme gaat uit van feitenkennis, welke in hoge mate reproduceerbaar moet zijn. Wat reproduceerbaar is, is waar. De werkelijkheid moet worden geobjectiveerd om deze wetenschappelijk hanteerbaar te maken. Dit brengt een reductie van de werkelijkheid met zich mee.

De geneeskunde heeft met dit logisch positivistische wetenschapsmodel tot nu toe vrij veel bereikt. De huidige orgaanspecialismen kunnen zeer goed met dit medische model werken, omdat de mens in het ziekenhuis enigermate reduceerbaar en objectiveerbaar is, zoals in een laboratoriumexperiment.

De huisartsgeneeskunde en vooral de psychiatrie komt met dit gereduceerde positivistische model niet uit. Veelal is er geen organische basis, dus zijn er geen feiten te vinden voor duidelijk lichamelijk disfunctioneren van de mens. Is er in dit geval sprake van ziekte? Kan er in dit geval een diagnose worden gesteld? Volgens Grewel is dit niet het geval. Er kan geen echte diagnose worden gesteld, maar een pseudo-diagnose; zijn medisch model van ziek-zijn is het model, waarbij alles moet kunnen worden teruggevoerd op aantoonbare lichamelijke afwijkingen — een oude Hyppocratische gedachte.

Hierteenover wil ik vanuit de huisartsgeneeskunde een ander ziektemodel stellen, namelijk het interactie- of dialectisch model. Ziekte wordt hierin ruimer genomen, dan alleen het puur-lichamelijk disfunctioneren. De mens is een socio-psychosomatische eenheid; het puur-lichamelijke is niet los te zien van zijn psyche en zijn omgeving. Er is een voortdurende wisselwerking tussen lichaam en geest enerzijds en tussen het lichaam als psychosomatische eenheid en zijn omgeving anderzijds. Er is zowel een eenheid als een tweehed: er is niet sprake van lichaam òf geest, maar van lichaam èn geest, en niet van persoon òf wereld, maar van persoon èn wereld. Deze èn/en-relatie in tegenstelling tot de òf/òf-relatie kunnen wij een dialectische relatie noemen (Delfgaauw). Het één kan niet zonder het ander, het deel kan niet zonder het geheel. In

de taal van de huisarts gesproken: het lichamelijk aspect kan niet zonder het psychosociale aspect en omgekeerd. Dit noemen wij integrale geneeskunde. Het ziektebegrip wordt dus ruimer gehanteerd en beperkt zich niet alleen tot het lichamelijke. De diagnose van de huisarts is dan ook altijd een integrale diagnose, dat wil zeggen: een beschrijving van een pathologisch proces in de relatie lichaam, geest, omgeving van een mens. In hoeverre er organische afwijkingen zijn, is lang niet altijd relevant.

Met het dialectische model komen wij in het huidige stadium van de ontwikkeling van de geneeskunde verder dan met het positivistische model. Het is niet de bedoeling, dat het positivistische denken wordt vervangen door het dialectisch denken; er is meer sprake van een aanvulling of liever: van een andere dimensie.

Dialectiek heeft in de loop der eeuwen vele betekenissen gehad. Hier zal ik thans niet verder op in gaan. Door de opkomst van het neo-marxisme krijgt de dialectiek weer meer aandacht. Van Dooren beschrijft het als een wijsgerige denktrant, waarin opvallende tegenstellingen worden benadrukt. Deze tegenstellingen worden gesublimeerd in een hogere eenheid, welke op zich weer een kiem van het tegenovergestelde in zich draagt. Er is dus altijd beweging en geen status quo. Dialectiek neemt de feiten niet als zodanig. De afzonderlijke feiten kunnen niet worden begrepen zonder de totaliteit, waarvan zij deel uitmaken. Er is geen feit zonder theorie en geen theorie zonder feiten. Het beschouwt de feiten, die verkregen zijn, dus kritisch. Ook bij zogenaamde objectieve feiten speelt bij nadere beschouwing, een onbewust voorontwerp, een rol. Het is dus een subjectief element (zie t.v.-discussie tussen de scepticus Naes en de positivist Ayer). In de dialectiek is er geen scherpe scheiding subject/object. Het positivisme kan door middel van het verzamelen van feiten alleen deeltkennis opleveren. Er kan alleen onderzoek worden gedaan naar aanleiding van bestaande situaties. In wezen kan het positivisme dan ook alleen aanpassing aan de bestaande situatie geven (Van Houten). Het kan zich niet bezig houden met doelstellingen en prioriteiten.

De mens staat niet op zichzelf, maar is deel van de maatschappij en van de historische ontwikkelingen. Deze denkwijze heeft praktische consequenties voor het handelen van de huisarts, bijvoorbeeld als een jonge patiënt met een lichte hypertensie medicijnen worden voorgeschreven, dan is dit positivistisch gesproken juist; immers, het is aangetoond, dat mensen met een lichte hypertensie een slechtere

prognose hebben. De vraag voor de huisarts is evenwel: wat wil de patiënt zelf? Hoe ziet de patiënt zijn leven: wil hij zijn hele leven worden achtervolgd door artsen en medicijnen of zegt hij: „Ik wil de tijd dat ik leef vrij en onafhankelijk leven en dan word ik maar minder oud.” De doelstelling van de geneeskunde is de patiënt te genezen of lijden te voorkomen. De vraag is evenwel: welke criteria leggen wij hiervoor aan; welk mensbeeld staat ons hierbij voor ogen? Duidelijk komt hier naar voren, dat de toepassing van de geneeskunde wel degelijk te maken heeft met ethiek, met de instelling van de arts, met zijn waarden- en normstelsel. In Marcusiaanse termen gesproken: wetenschappelijke kennis is op zich nog geen garantie voor de waarheid.

Ik meende dat deze uitbreiding naar de dialectiek van nut was voor het inzicht in het ziektemodel en het handelen van de huisarts. Nu kan men stellen, dat er nog maar zo weinig onderzoek gedaan is over de psychosociale aspecten van het ziek-zijn. Dit is juist, maar het lijkt mij van belang, dat de geneeskunde samen met de gedragswetenschappen deze kant verder helpt ontwikkelen. Het verzamelen van feiten is veiliger en duidelijker, maar het gevaar is groot, dat de zo verkregen reductie van het mens-zijn niet meer als zodanig wordt gezien en dat de waarde van het positivistische denken in de geneeskunde wordt overschat. Toepassingen van het dialectisch ziektemodel in de huisartsgeneeskunde

zijn er vele. Wat hebben wij aan een hartrenwagen als niet de oorzaken van het ontstaan van cardiovasculaire aandoeningen in deze welvaartsstaat worden onderzocht? Via deze methode van denken kan de geneeskunde mijns inziens meer multi-causaal werken.

Ik hoop hiermee enige achtergronden te hebben gegeven, waarop mijns inziens de inleiding van de hoofdredacteur in M.C. nr. 30/1971 over de diagnose gebaseerd is. Het is dan ook een onaanvaardbare positivistische reductie, wanneer collega Grewel een dergelijke beschouwing over diagnose afdoet met de kwalificatie onwetenschappelijk.

Utrecht, 12 oktober 1971

C. P. Bruins

Literatuur

- Ayer, A. J. Internationaal filosofen project 1971. Uitg. Internationale School voor Wijsbegeerte.
Delfgaauw, B. De wijsbegeerte van de 20e eeuw; 4e dr. Baarn, Het Wereldvenster, 1964, 188 blz.
Dooren, W. van. Eén-dimensionaal of dialectiek. Wijsgerig perspectief. 1969, jrg. 9, nr. 4, 200-213.
Crewel, F. Diagnose. Medisch Contact, 1971, jrg. 26, nr. 38, 977-979.
Houten, B. C. van. Tussen aanpassing en kritiek. Deventer, van Loghum Slaterus, 1970. Sociologische monografie. Ook verschenen als proefschrift.
Redactie Medisch Contact. Diagnose. Medisch Contact, 1971, jrg. 26, nr. 30, 789-790.

Minister beantwoordt vragen over toekomstige huisartsopleiding

Op de op 13 juni i.l. ingezonden vragen van het Tweede Kamerlid Dr. Lamberts inzake de toekomstige huisartsopleiding (M.C. no 34/1971, blz. 895) hebben de minister zonder Portefeuille de heer De Brauw en de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne Dr. Stuyt thans geantwoord. Zij delen mede kennis te hebben genomen van het in Medisch Contact verschenen verslag over de plenaire zitting van het Permanent Comité der Artsen der E.E.G. te Rome (M.C. no 25/1971, blz. 677), van de in dat verslag weergegeven mening van hoge ambtenaren van de E.E.G. — te weten dat de richtlijnen voor uitwisseling van artsen in de E.E.G. in ongunstige zin zijn gewijzigd en dat de onderscheidene voorstellen voor richtlijnen nog voor het einde van het jaar in de Raad van Ministers tot definitieve regelingen zullen worden verheven — en van de verklaring, welke in bedoelde plenaire zitting van het Permanent Comité is opgesteld en gepubliceerd.

De bewindslieden zeggen voorts in hun antwoord dat de minister van Onderwijs en Wetenschappen onder het vorige kabinet de Staten-Generaal een nota heeft toegezegd over de onderhandelingen in de E.E.G. terzake van de vrije uitwisseling van art-

sen. Deze nota is thans in concept in bespreking bij een werkgroep, waarin zowel de medische faculteiten als de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst zijn vertegenwoordigd. Verwacht mag worden dat de nota in de tweede helft van oktober 1971 zal worden aangeboden, aldus de bewindslieden in deze d.d. 27 oktober gegeven beantwoording.

Voor zover de ministers bekend is, zo zeggen zij voorts, speelt de kwestie van de huisartsopleiding in Nederland bij de bepaling van de regeling van vrije vestiging van artsen in de E.E.G. geen rol. Het ligt in de bedoeling bij een beslissing over de toekomstige huisartsopleiding en met name over de vraag of deze volgens systeem 1 of 2 zal geschieden de positie van Nederland te dezer zake in E.E.G.-verband in aanmerking te nemen.

Tenslotte zeggen de bewindslieden dat zij de samenwerking, die in het verleden reeds bestond ten aanzien van het medisch wetenschappelijk werk, de medische opleiding en de academische ziekenhuizen reeds hebben geïntensiveerd en een optimaal beleid op deze terreinen effectueren.

Gezondheidsproject Tanzania (II)

Door Dr. V. van Amelsvoort, arts

Sinds 1966 hebben Nijmeegse semi-artsen de mogelijkheid hun co-schap Sociale Geneeskunde in een ziekenhuis in Tanzania te lopen. De motivatie heeft afgelopen jaren verschillende accenten gekregen. Op het ogenblik vinden wij het belangrijk, dat een toekomstige Nederlandse arts tijdens zijn opleiding de kans heeft de toepassing van „westerse geneeskunde” in een pre-technologisch milieu te zien. Dit werkt verhelderend (of — even belangrijk — verwarrend) op zijn beeld van de Nederlandse medische wereld, vaktechnisch en sociaal-cultureel. Een tamelijk onverwacht gevolg is geweest, dat van de ruim 35 tot medio 1971 uitgezonden studenten 26 inmiddels afgestudeerde artsen een positie in de tropen vonden. Het Nijmeegse initiatief bleek zo niet alleen een prima stimulans voor de nationale tropische geneeskunde, maar leidde aldus tot aanzienlijke Nederlandse medische ontwikkelingshulp.

Hier de verdere Tanzaniaanse belangen in deze stage terzijde latende: Het plan trok in 1968 zo de aandacht van het Ministry of Health in Dar es Salaam, dat Nijmegen gevraagd werd of de Katholieke Universiteit niet iets méér zou kunnen doen in Tanzania. Hierop ging in 1969 het zogenaamde „Mwanza Program” van start. Dit is een public health project, waarvoor Nijmegen een arts (public health) en een (medisch)socioloog ter beschikking stelde van de Tanzaniaanse Regering en de Medische Faculteit van de universiteit in Dar es Salaam. Het Mwanza Program is dan ook geheel geïntegreerd in het gezondheidsbeleid van de regering aldaar. Er wordt uitsluitend gewerkt in bestaande relaties van overheid, universiteit, missie en zending - geen grote eigen organisatie of een eigen instituut dus.

Ook het werkprogram reflecteert lokale wensen. In het voorafgaande artikel werd reeds een beeld gegeven van een aantal onderwijstaken. Daarnaast is er een ruime scala van medische dienstverlening. Rond ziekenhuizen bijvoorbeeld vindt men op de buitenpoliklinieken in de dorpen een eenvoudig opgeleide verpleger. De meesten van hen hadden sinds hun training, 10 tot 15 jaar geleden, nooit meer herhalingsonderwijs gehad. In hun polikliniek hadden ze vaak geen enkel medisch handboek. Het Nijmeegse team heeft herhalingscursussen gestimuleerd en daarin vele uren onderwijs gegeven. Bovendien werd een boekje van 44 pagina's gepubliceerd met simpele standaardbehandelingen. De ontvangst van dit boekje was ongekend enthousiast: „Hier hadden we al jaren op gewacht, maar niemand had tijd het te doen”; aanvragen kwamen al van zieken-

Sinds midden 1969 zijn twee medewerkers van de Katholieke Universiteit te Nijmegen, de socioloog Van Etten en de arts Van Amelsvoort, werkzaam in Tanzania. Zij voeren daar een project uit op het terrein van de openbare gezondheidszorg, het zogenaamde Mwanza Program. In Medisch Contact nr. 24/1971 bladzijde 671, berichtte eerstgenoemde hoe het Nijmeegse onderwijs en onderzoek daar passen in het algemeen gezondheidsbeleid van de Tanzaniaanse regering. In dit vervolgartikel gaat het tweede teamlid, de arts Van Amelsvoort, nader in op het ontstaan van dit programma en illustreert hij overige onderwijstaken en bijdragen in de medische dienstverlening. Behalve projectleider van het Mwanza Program, en als zodanig als public health adviser toegevoegd aan het ministerie van Volksgezondheid in Dar es Salaam, is Dr. Van Amelsvoort ook de wetenschappelijke coördinator van de buitenlandse studiesamenwerking van de Nijmeegse universiteit.

Binnenkort in Medisch Contact een artikel van H. F. J. M. Crebolder, een andere Nederlandse arts die werkt in het Mwanza gebied.

huizen en opleidingsinstituten in Oeganda, Kenya, Malawi, Zambia, Rhodesië, Nigeria en Indonesië.

Andere vormen van activiteit: Voor een schistosomiasis-project van de Wereldgezondheidsorganisatie onderzochten wij de bevolkingsmobiliteit in hun pilot area. Voor de Tanzanian Christian Medical Association werd een informatieboekje voor pas aangekomen artsen samengesteld. In het East African Institute for Medical Research werd staphulp gegeven bij een veldonderzoek naar de effectiviteit van nieuwe geneesmiddelen. Van opleidingsinstituten elders in Tanzania coacht en coördineert het Nijmeegse team wekenlange studiebezoeken in het gebied rond Mwanza, bijvoorbeeld voor medical assistant studenten en medische studenten. Een vijftal studieweekenden en seminars werd georganiseerd, zowel voor wetenschappelijke projecten (W.H.O./F.A.O./UNESCO/U.N.D.P.) als voor lokale artsenkringen; de laatste met een aantal verrukkelijk controverse sprekers met stimulerend wilde ideeën.

Artsen in de Mwanza Region klaagden erover, dat fractuurpatiënten na hun operatie zo laat en slecht

gingen lopen. De Nijmeegse Universiteit bracht het hoofd van de afdeling Fysiotherapie van het Academisch Ziekenhuis, de heer G. Worm, voor 3 maanden naar Tanzania. In drie ziekenhuizen gaf hij cursussen voor Tanzaniaanse verplegers over elementen van de fysiotherapie (theorie en praktijkoefeningen), waarbij hij een eenvoudig boekje hierover schreef, het eerste van zijn soort in Tanzania. Het succes van de cursus was zo groot, dat een vervolgbezoek in voorbereiding is. Onlangs werkte ook een staflid van de Nijmeegse kliniek voor Verloskunde en Gynaecologie, Dr. Van der Does, enkele weken in het Academische Ziekenhuis in Dar es Salaam. Hij was daar op speciaal verzoek voor de introductie van de laparoscopie-methodiek. Tevens werd gezorgd voor instrumentarium. Op een voor Dr. Van der Does georganiseerde afscheidsparty noemde de Tanzaniaanse regeringsvertegenwoordiger met nadruk het belang van interuniversitaire samenwerking bij de introductie van dergelijke geld en tijd besparende diagnostisch-curatieve methoden in „well organised visits transferring a skill that was not here hitherto”.

Tot slot is in het Mwanza Program ook de mede-begeleiding van de Nijmeegse semi-artsen geïntensiveerd. Naast de opvang door collegae in de plaatselijke ziekenhuizen, organiseerde het Nijmeegse team in totaal vier studieweekends en arrangeerde het bezoeken aan W.H.O. bilharzia- en pokkenprojecten. Voor het projectonderwijs „Geneeskunde derde wereld” in het officiële curriculum van de Katholieke Universiteit werden in Tanzania ook twee 16 mm geluidsfilms gemaakt: „The Image of sick men” over geïntegreerde gezondheidszorg in een district, en „Hospitali” over het dagelijks werk van een arts in een plattelandsziekenhuis in Afrika. En om de cirkel weer te sluiten: naast de beide project-medewerkers die regelmatig in Nijmegen doceren, geven ook de teruggekeerde stagiaires in Nijmegen zelf de nodige ervaringen door om in de eigen generatie de ontwikkelingsproblematiek aan de universiteit te laten doorspelen*.

* Alhoewel Nijmegen zelf reeds een wachtlijst heeft voor zijn Tanzania-stages, staan deze in principe ook open voor studenten van andere Nederlandse medische faculteiten. In het verleden werd daar reeds enkele malen gebruik van gemaakt. Een informatiestencil is verkrijgbaar bij het Bureau Buitenlandse Studiebetrekkings, Van Schaeck Mathonsingel 4, Nijmegen, tel. 08800-58711, toestel 2065. Ook zij die meer inlichtingen willen over het Mwanza Program vinden op dit bureau alle kwartaal- en jaarverslagen, alsmede rapportage over deelprojecten ter inzage. Ook de teamleden in Tanzania zijn — rekening houdende met hun werkprogramma en postvertragingen — graag bereid inlichtingen te zenden. Adres: Dr. V. van Amelsvoort / Drs. G. van Etten, c/o East African Institute for Medical Research; P.O. Box 1462, Mwanza, Tanzania; telegrammen: Nijmegen Unlab Mwanza Tanzania. Wegens reeds lang vooraf vastgelegd onderwijs en veldwerkprogramma: bezoeken aan het team s.v.p. enkele weken tevoren aankondigen.

Boerhaave-cursus „Immunologie”

Van 18-20 november 1971 is er in collegezaal V van de Gorlaeus Laboratoria, Verlengde Wassenaarseweg, Leiden, een Boerhaave-cursus over „Immunologie”. De cursus wordt georganiseerd door de Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, in samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Immunologie.

Sprekers zijn: Dr. R. E. Ballieux, Immuno-chemisch Laboratorium, Academisch Ziekenhuis, Utrecht; Dr. H. Balner, Radiobiologisch Instituut T.N.O., Rijswijk; Prof. Dr. D. W. van Bekkum, Radiologisch Instituut T.N.O., Rijswijk; Mevr. Dr. E. Borst-Eilers, afdeling Bloedbank, Academisch Ziekenhuis, Utrecht; Dr. P. J. van Breda Vriesman, afdeling Nierziekten, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. O. Brocades Zaalberg, Medisch-Biologisch Laboratorium R.V.O./T.N.O., Rijswijk; Dr. J. W. Bruning, afdeling Bloedbank, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. L. J. Dooren, afdeling Kindergeneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. J. G. Eernisse, afdeling Bloedbank, Academisch Ziekenhuis, Leiden; F. Elkerbout, afdeling Haematologie, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. C. P. Engelfriet, Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst voor het Nederlandse Rode Kruis, Amsterdam; Dr. T. E. W. Feltkamp, Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst voor het Nederlandse Rode Kruis, Amsterdam; Mevr. Drs. T. M. Feltkamp-Vroom, Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst voor het Nederlandse Rode Kruis, Amsterdam; Dr. R. van Furth, afdeling Microbiële Ziekten, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. W. Hijmans, Instituut voor Experimentele Gerontologie T.N.O., Rijswijk; Prof. Dr. F. J. Keuning, Histologisch Laboratorium, Rijksuniversiteit, Groningen; Prof. Dr. J. J. van Loghem, Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst voor het Nederlandse Rode Kruis, Amsterdam; Dr. N. A. J. Mul, afdeling Interne geneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Utrecht; Dr. P. Nieuwenhuis, Histologisch Laboratorium, Rijksuniversiteit Groningen; Dr. L. E. Nijenhuis, Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst voor het Nederlandse Rode Kruis, Amsterdam; Prof. Dr. J. Oort, afdeling Algemene Experimentele Pathologie, Pathologisch Instituut, Vrije Universiteit, Amsterdam; Dr. K. W. Pondman, Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst voor het Nederlandse Rode Kruis, Amsterdam; Prof. Dr. J. J. van Rood, afdeling Immuno-haematologie, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. G. B. A. Stoelinga, afdeling Kindergeneeskunde, Sint Radboud Ziekenhuis, Nijmegen; Dr. J. W. Stoop, Wilhelmina Kinderziekenhuis, Utrecht; J. Thompson, afdeling Microbiële Ziekten, Academisch Ziekenhuis, Leiden. De cursus staat onder leiding van Dr. R. van Furth, Leiden, Dr. J. W. Bruning, Leiden en Dr. O. Brocades Zaalberg, Rijswijk.

Inlichtingen: secretariaat Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Academisch Ziekenhuis, Leiden, tel. 01710-47222, toestel 2797.

VERSLAG VAN EEN KORT GEDING

Ter terechtzitting van de President van de rechtbank te Groningen van 17 mei 1971, diende een curieus kort geding, interessant genoeg om hier een ogenblik bij stil te staan. Dat de eisende partij een arts was, behoeft onze aandacht nog niet te trekken. Wel het feit dat de drie gedaagden verschenen in hun hoedanigheid van lid van de Distriktsraad van Distrikt XX van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en in het bijzonder daarvan vormend de door het bureau van die raad aangewezen kamer welke een week na dato van het kort geding een klacht van een verzekeringsmaatschappij tegen eiser zou behandelen.

Ter verduidelijking eerst een enkel woord over de normale gang van zaken bij de distriktsraden. Wil iemand een klacht tegen een lid van de Maatschappij indienen of een geschil aanhangig maken, dan geschiedt dit door het indienen bij het bureau (van de distriktsraad) van een gemotiveerde schriftelijke omschrijving van de klacht (art. 633 lid 2, Huishoudelijk Reglement van de Maatschappij), resp. van het geschil (art. 661 lid 1). Dit bureau, als het ware de vaste kern van de distriktsraad, is samengesteld uit de voorzitter, de plaatsvervangend voorzitter (s) en de secretaris van de raad. Het bureau is belast met de voorbereidende werkzaamheden op administratief gebied, daarin bijgestaan door de adjunkt-secretaris-jurist en kan b.v. een vooronderzoek doen instellen. Zodra het dossier dat op de zaak betrekking heeft gereed is voor verdere behandeling, is het bureau verplicht een *kamer* voor die behandeling samen te stellen, bestaande normalerwijze uit drie leden (art. 639). Zo was ook in het onderhavige geval de gang van zaken geweest, niet echter dan nadat zich in de voorbereidende fase enkele onduidelijkheden hadden voorgedaan.

Uit het bovenstaande is reeds te lezen dat er tweeërlei rechtsingang bestaat voor de rechtspraak van de Maatschappij, op grond van het nieuwe hoofdstuk X van het Huishoudelijk Reglement: die voor tuchtrechtspraak en die voor rechtspraak in geschillen. Ergens in de voorbereidende fase zal derhalve een beslissing moeten worden genomen en de keuze moeten worden bepaald. Het meest verkieslijk is uiteraard dat de aanbrenghende partij, de initiator, zijn keuze zelf bepaalt. Er kunnen zich evenwel gevallen voordoen dat deze zich het verschil onvoldoende bewust is of eenvoudig verzuimt zich duidelijk uit te spreken. In dergelijke gevallen is het de taak van het bureau alles te doen om een dergelijk geval in goede banen te leiden, uiteraard zoveel mogelijk in overleg met de „aanbrenger“.

Tot het indienen van een klacht tegen een lid is *iedere rechtstreeks betrokkene bevoegd* (art. 631), tot het aanhangig maken van een geschil zijn dit uitsluitend partijen d.w.z. personen die tot elkaar in een *relevante rechtsbetrekking* staan (hierover later meer). In vroeger jaren, toen de rechtspraak van de Maatschappij zich nog krachtens de oude bepalingen van hoofdstuk X afspeelde en de afdelingsraden met die rechtspraak waren belast, was het probleem gerezen in welke hoedanigheid verzekeringsmaatschappijen, die een in hun ogen excessieve rekening van een arts aan hun cliënt, de patiënt, hadden moeten vergoeden, binnen onze Maatschappij-rechtspraak zouden kunnen optreden. Waren zij rechtstreeks betrokken en hadden zij derhalve klachtrecht of zou men hen als civiele en dus potentiële geschilpartij moeten beschouwen? Reeds in 1965 heeft de Commissie Herziening Rechtspraak zich in een rapport (HB 65-203) „inzake klachten van verzekeringsmaatschappijen over deklaraties“ uitgelaten ten faveure van de eerste mogelijkheid: het begrip „rechtstreeks betrokkene“ ware zo op te rekken dat de verzekeringsmaatschappijen daaronder zouden vallen en dus een klacht tegen een lid van de Maatschappij zouden kunnen indienen. De mogelijkheid na behandeling als geschil bleek niet aanwezig. Van een geschilssituatie tussen partijen, welke zich leent voor arbitrage of bindend advies, kan immers alleen worden gesproken indien tussen partijen een — op een tussen partijen gesloten overeenkomst gebaseerde — rechtsbetrekking bestaat. Uit die rechtsbetrekking vloeien voor beide partijen rechten en verplichtingen voort of kunnen binnen het kader van de tussen partijen gesloten overeenkomst concreet worden vastgesteld.

Een rechtsbetrekking bestaat enerzijds tussen medicus en patiënt, anderzijds tussen patiënt en verzekeringsmaatschappij. Tussen medicus en verzekeringsmaatschappij is geen overeenkomst tot stand gekomen en dus is hier geschils-rechtspraak binnen het Maatschappij-kader niet mogelijk. In zoverre kan een verzekeringsmaatschappij niet bereiken, hetgeen zij in vele gevallen beoogt, te weten een bindend advies van een distriktsraad terzake van de hoogte van een medicus aan een patiënt uitgebrachte declaratie. Een verzekeringsmaatschappij die als „rechtstreeks betrokkene“ dus uitsluitend een klacht kan indienen bij een distriktsraad, kan niet anders verwachten dan dat daarop uitsluitend — eventueel — tuchtrechtelijke sankties zullen volgen. Helaas is aan het rapport van de Commissie Herziening Rechtspraak van 1965 weinig bekendheid gegeven. Slechts van de zijde van de L.S.V. werd in Medisch Contact een mededeling

hierover geplaatst, waarin natuurlijk niet op alle finesses kon worden ingegaan.

Na dit ter verduidelijking noodzakelijke relaas, nu terug naar ons kort geding. Wat was gebeurd?

Een verzekeringsmaatschappij had zich tot de (toen nog fungerende) afdelingsraad gewend met betrekking tot een in haar ogen excessieve declaratie en had, onder verwijzing naar bovengenoemde L.S.V.-publikatie in MC, verzocht „deze aangelegenheid in onderzoek te nemen en onderhavige declaratie aan een (nadere) beoordeling te onderwerpen”. Hierdoor nu werd onzekerheid geschapen want, zoals uiteengezet, een verzekeringsmaatschappij heeft niet de mogelijkheid een geschil aanhangig te maken en de indruk dat dit gebeurde werd door de aangehaalde formulering wel gewekt.

Ook tijdens de verdere behandeling van de zaak — de afdelingsraad werd door de distriktsraad opgevolgd; wij hoeven hierbij nu niet in extenso stil te staan — had men zich tot een klachtzaak moeten bepalen en beperken, maar helaas, in de voorbereidende fase is men — verzekeringsmaatschappij én bureau van de distriktsraad — zich het onderscheid onvoldoende bewust geweest en heeft de zaak nu eens als klacht, dan weer als geschil aangeduid.

De arts nu, tegen wie de verzekeringsmaatschappij de zaak aanhangig had gemaakt, ontving mededeling omtrent de datum waarop de distriktsraad de „klacht van de verzekeringsmaatschappij” zou behandelen, alsmede van de samenstelling van de betreffende, drie leden tellende kamer van de distriktsraad die zich hierover zou buigen. Dit was voor de arts aanleiding daartegen op te komen in kort geding bij de President van de rechtbank te Groningen, onder dagvaarding van de drie aangewezen leden van de kamer, omdat, naar zijn inzicht, de verzekeringsmaatschappij ab initio geen echte „klacht” tegen hem had ingediend — een geschil zou al helemaal niet mogelijk zijn — en derhalve de behandeling door de kamer op de aangewezen dag jegens hem in strijd met statuten en HR-Mij, wet en overeenkomst zou zijn, onrechtmatig jegens hem, immers bovendien in strijd met de

zorgvuldigheid, enz. enz. Eiser verzocht de President de drie leden van de kamer van de distriktsraad te veroordelen zich te onthouden van het meewerken aan de gemelde behandeling van de tuchtzaak. Dus, let wel, eiser probeerde hiermede het plaatsvinden van de zitting, van de distriktsraad als zodanig te verhinderen!

Laten wij nu de President aan het woord, die als volgt besliste:

Overwegende, dat ten processe vaststaat, dat het bureau van de Distriktsraad XX van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst een Kamer van behandeling heeft samengesteld, bestaande uit gedaagden, ter verdere behandeling van een zaak, oorspronkelijk aanhangig gemaakt bij brief van... door...; (verzekeringsmaatschappij; Sch.)

Overwegende, dat het bureau nadat het blijkens de overgelegde correspondentie heeft getwijfeld of deze zaak diende te vallen onder tuchtrechtspraak of rechtspraak in geschillen, uiteindelijk heeft gekozen voor de tuchtrechtspraak;

Overwegende, dat eiser, van mening, dat hier geen sprake is van een klacht en dat de distriktsraad onrechtmatig eiser als bekiaagde beschouwt, thans vordert, dat wij zullen bevelen dat gedaagden zich zullen onthouden van het meewerken aan de behandeling van de tuchtzaak, door welk meewerken gedaagden volgens eiser een onrechtmatige daad jegens eiser zouden begaan;

Overwegende dienaangaande, dat eiser drie dingen niet uit elkaar houdt, te weten:

1. de gronden, welke aanleiding zijn geweest tot het verzoek van... (verzekeringsmaatschappij; Sch.) om behandeling.

2. de beslissing van het bureau van de distriktsraad dat dit verzoek als een klacht moet worden beschouwd, en

3. de behandeling zelf;

Overwegende, dat al is eiser van oordeel dat de sub 1 genoemde gronden en de sub 2 genoemde beslissing onjuist zijn en zelfs al mocht dat oordeel, eventueel na beroep in hoogste instantie juist worden geoordeeld, de onder 3 genoemde behandeling, mits maar aan de in het Huishoudelijk Reglement voorgescreven formaliteiten is voldaan (gelijk in casu naar voldoende is komen vast te staan is geschied), nooit een onrechtmatige daad van de kamer van behandeling kan opleveren, in tegendeel het juist de plicht van de kamer, dus

Abonnementsprijs M.C.

De voortdurende stijging van de produktiekosten en vooral de bij herhaling en nu andermaal verhoogde posttarieven dwingen tot verhoging van de abonnementsprijs voor Medisch Contact met ingang van 1 januari 1972. De abonnementsprijs voor niet-leden zal dan worden gebracht op f 50,— plus f 2,— B.T.W. = f 52,— per jaar. De prijs voor abonnementen buitenland wordt f 55,—, die voor losse nummers f 1,56 (incl. B.T.W.).

Aan betalende abonnees wordt individueel mededeling gedaan van deze prijsverhogingen.

Bestuur M.C.

van gedaagden, is, de zaak te behandelen en een beslissing te nemen;

Overwegende, dat nu de stelling van eiser omtrent het onrechtmatig handelen van gedaagden, is gebleken onjuist te zijn, de op die onrechtmatigheid gegronde vordering aan eiser moet worden ontzegd;

Tegen deze uitspraak van de President van de rechtbank is geen hoger beroep aangetekend.

Welke is nu de les die uit het bovenstaande vonnis kan worden getrokken?

a. Men kan niet door middel van een kort geding verhinderen dat een college met rechtspraak belast, zijn plicht doet.

b. De voorbereidende behandeling door het bureau van de distriktsraad dient met grote zorg te worden omringd.

c. De distriktsraden — en ook alle anderen die bij de rechtspraak van de Maatschappij zijn betrokken — dienen zich te realiseren dat verzekeringsmaatschappijen als „rechtstreeks betrokkenen in ruimere zin”, het klachtrecht kunnen hebben, maar dat het Huishoudelijk Reglement niet de mogelijkheid biedt hen toegang tot de geschilsrechtspraak te verschaffen.

Naar aanleiding van het kort geding zijn door het secretariaat aan de juristen adjunct-secretarissen van alle distriktsraden, enkele exemplaren van het rapport HB 65-203 toegezonden, in de hoop dat hiermede toekomstige misverstanden te dezer zake zullen kunnen worden voorkomen.

Mr. B. Schultsz

Oktober 1971

Van Hoytema-cursus diabetes mellitus

Op vrijdag 19 en zaterdag 20 november a.s. vindt op de Technische hogeschool Twente een cursus diabetes mellitus plaats, georganiseerd door de Dr. G. J. van Hoytema Stichting voor cursussen voor voortgezet medisch onderwijs in Oost-Nederland. Sprekers op deze cursus zullen zijn Prof. Dr. P. R. Bouman (secretie en werking van insuline), Prof. Dr. H. Doorenbos (pathofysiologie, coma diabeticum), Dr. J. L. J. Gaillard (micro-angiopathie), Dr. H. M. J. Krans (diagnostische criteria), R. E. Niken adipositas, hypoglycemie), Dr. J. Terpstra (diabetische retinopathie), Dr. W. D. Rietsma (diabetes en adipositas, hypoglycemie), Dr. J. Terpstra (diabetes en zwangerschap, intercurrente infecties en operaties). Dr. P. Terpstra (orale contraceptiva, koolhydraatstofwisseling en serumlipiden bij de mens), Dr. J. J. Witte (inleiding therapie, sociale aspecten van diabetes mellitus).

Aanmeldingen voor deelneming aan deze cursus — cursusgeld f 60,— — kan geschieden bij het secretariaat van de Dr. G. J. Hoytema Stichting, Enschede, telefoon 9 29 22 - 05420.

Effect op geneeskunde van de automatisering

In een rede, gehouden ter opening van het vrijdag 22 oktober i.l. te Utrecht in het Jaarbeurscongrescentrum gehouden nationaal symposium medische informatica heeft Dr. L. B. J. Stuyt, minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne er onder meer op gewezen dat de taak van de automatisering niet ophoudt bij het bevorderen van de doelmatigheid en kwaliteit van het werk in de bestaande structuren. In een verdere toekomst zal duidelijk worden dat onder invloed van de automatisering de structuur en werkwijze van de gezondheidszorg zowel intramuraal als extramuraal zich verder zullen ontwikkelen en wellicht veranderingen zullen ondergaan. Dit geldt zeker voor een aantal administratieve procedures en voor de archivering en de beschikbaarheid van vroegere ziektegeschiedenissen. Maar ook in de directe praktijk van het medisch werk is het denkbaar dat automatisering tot verandering van werkwijze aanleiding zal geven. Wanneer het bijvoorbeeld blijkt, dat een toenemend aantal diagnostische technieken in geautomatiseerde eenheden betrouwbaar en efficiënt kunnen worden uitgevoerd met een geringer beroep op de beschikbare mankracht, zal dat de werkwijze van onze grote poliklinieken kunnen beïnvloeden. In de praktijk wordt daarvan al gebruik gemaakt bij de Philips bedrijfsgeneeskundige dienst en meer specifiek voor personeelskeuringen in het biometrische centrum te Woensel. Wellicht dat in de toekomst aldus toegeruste diagnostische centra een normaal verschijnsel in het patroon van de gezondheidszorg zullen worden.

Er zijn, aldus minister Stuyt, in de wereld meer dan 5000 medische tijdschriften. Het is duidelijk dat geen enkele arts of andere werker in de gezondheidszorg meer dan een minimaal gedeelte van de daarin verwerkte informatie, en dan nog slechts uit de door hem ter beschikkingstaande tijdschriften, als effectieve parate kennis gebruikt. Dit mag wellicht voldoende zijn voor routinegeneeskunde, maar bij toenemende specialisering, bij ingewikkelde casuïstiek, bij medisch speurwerk, zal de automatisering en het snel ter beschikking komen van medische literatuurgegevens aanzienlijke uitbreiding kunnen geven aan de beschikbare kennis, en daardoor de patiëntenzorg ten goede komen.

Ik voorzie hierin voor de toekomst een enorme ontwikkeling, zo zeide de minister, die daaraan toevoegde dat men echter moet bedenken, dat de zieke mens niet uitsluitend een technisch adequate behandeling behoeft, maar ook in zijn mens-zijn wil worden aangesproken: bij alle hulp die de automatisering zal kunnen bieden voor een verhoogde kwaliteit en efficiency van de geneeskundige behandeling zal de persoon van de arts, van de verpleegster en van alle andere medewerkers, die de patiënt in zijn hulpbehoevendheid omringen, een onmisbare factor blijven.

Besluiten van de 158ste Algemene Vergadering

Overzicht van de besluiten van de 158ste Algemene Vergadering gehouden op zaterdag 30 oktober 1971 te Utrecht (Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum), aanvang 13.30 uur.

1. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering (punt II van de beschrijvingsbrief). Aangewezen worden de voorzitter, de secretaris-generaal en K. Vaandrager, arts te Deventer (district XVI).

2. Verkiezingen (punt IV van de beschrijvingsbrief). Als leden van het stembureau worden aangewezen C. A. Ansink, arts te 's-Gravenhage, A. J. M. Kuiper, arts te Bovenkarspel, en Mr. B. Schultsz, adjunct-secretaris der Maatschappij.

a. Tot leden van het hoofdbestuur worden gekozen C. F. A. Heijen, Tilburg; Mevrouw M. C. J. van Reekum-van Waasbergen, Delft en A. J. Zwartendijk, Alphen a/d Rijn.

b. Tot lid van de Raad van Beroep wordt herkozen F. H. Veldhuyzen van Zanten, Gouda.

c. Tot lid van de Commissie voor de Geldmiddelen wordt gekozen G. C. M. van Maarsseveen, Venlo.

d. Tot lid van de Stichting het Ondersteuningsfonds worden gekozen L. W. van Lammeren, Weert en Dr. H. Doeleman, Oegstgeest.

e. Tot lid van de Commissie van uitvoering voor de steunregeling aan oorlogsslachtoffers wordt herkozen Dr. J. C. P. Eeftinck Schattenkerk, Amsterdam.

3. Behandeling van het jaarverslag der Maatschappij over het jaar 1970 (punt V van de beschrijvingsbrief).

Het jaarverslag wordt goedgekeurd.

4. Behandeling van de jaarverslagen over het jaar 1970 (punt VI van de beschrijvingsbrief).

a. de Raad van Beroep,

b. het Bestuur van Medisch Contact,

c. de Commissie voor het Bureau voor Waarneming en Vestiging,

d. de Commissie voor de Geldmiddelen,

e. het Bestuur van de Stichting het Ondersteuningsfonds,

f. de Commissie van uitvoering voor de steunregeling aan oorlogsslachtoffers.

De jaarverslagen worden goedgekeurd.

5. Behandeling van de financiële stukken (punt VII van de beschrijvingsbrief).

A. Medisch Contact.

De rekening en verantwoording over 1970 en de begroting voor 1972 worden goedgekeurd. De penningmeester wordt gedechargeerd voor het geldelijk beheer over 1970.

B. De Stichting het Ondersteuningsfonds voor behoeftige geneeskundigen en voor behoeftige weduwen en wezen van geneeskundigen.

De balans wordt aanvaard. De rekening over 1970 wordt goedgekeurd. De begroting voor 1972 wordt goedgekeurd; de maximale bijdrage voor het jaar 1972 wordt verhoogd van f 50,— tot f 56,—. De penningmeester wordt gedechargeerd voor het geldelijk beheer over 1970.

C. De Maatschappij.

De balans wordt aanvaard. De rekening en verantwoording over 1970 wordt goedgekeurd. De maximale contributie voor het jaar 1972 wordt verhoogd van f 200,— tot f 256,—. De begroting wordt goedgekeurd.

D. De gecombineerde balans der Maatschappij wordt aanvaard.

E. Het verslag van de commissie voor de geldmiddelen wordt goedgekeurd.

F. De secretaris-generaal der Maatschappij wordt gedechargeers voor het geldelijk beheer over 1970.

6. Voorstel tot wijziging c.q. intrekking van de artikelen 226, 231 t/m 241, 400 en 604 t/m 607 van het Huishoudelijk Reglement met betrekking tot de verkiezing van afgevaardigden en plv. afgevaardigden, en van leden van de districtsraden (punt VIIIa van de beschrijvingsbrief): voorstel tot wijziging c.q. intrekking van de artikelen 103 t/m 112, 221 en 753 van het Huishoudelijk Reglement met betrekking tot de contributie (punt VIIIb van de beschrijvingsbrief).

De voorstellen worden aanvaard.

7. Door de afgevaardigden van District IV wordt een motie ingediend welke na wijziging als volgt luidt:

„Ondergetekenden, afgevaardigden van District IV ter Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, bijeengeroepen te Utrecht, op zaterdag 30 oktober 1971,

overwegende,

dat op diverse gronden het advies van de Ziekenfondsraad om orale anticonceptiva niet in het ziekenfondspakket op te nemen moet worden betreurd, verzoeken het hoofdbestuur deze zienswijze te bevoegder plaatse uit te dragen.”

Deze motie is aanvaard met 20 stemmen voor, 7 tegen en 3 blanco.

8. De jaarvergadering der Maatschappij.

De Algemene Vergadering verleent dispensatie voor het houden van een Algemene Vergadering ter behandeling van de jaarstukken in oktober 1972 in plaats van op een datum vóór 15 september zoals ingevoige artikel 404 van het H.R. is voorgeschreven.

Sluiting van de Algemene Vergadering te 17.45 uur.

MC | VAN DE S.R.C.

Voorschriften voor in het buitenland opgeleide medische specialisten

Voorschriften voor de in het buitenland tot medisch specialist opgeleide geneeskundigen, die in het Nederlands Specialisten Register wens en te worden ingeschreven.

Aangezien de opleiding tot medisch specialist in de diverse landen in opleidingsduur, programmering en methodiek nogal uiteen kan lopen, heeft de Specialisten Registratie Commissie, gehoord het advies van het Centraal College, de navolgende voorschriften vastgesteld voor die geneeskundigen, die hun opleiding tot medisch specialist in het buitenland hebben gevolgd en wens en te worden ingeschreven in het Nederlands Specialisten Register.

A. Voor de specialisten, die zijn opgeleid in de landen behorende tot de Europese Economische Gemeenschap, zullen na het van kracht worden van de vrije uitwisseling nadere gegevens over de voor

hun inschrijving te volgen procedure volgen. Zolang deze uitwisseling nog niet geregeld is, zullen de onder B. genoemde voorschriften ook voor deze specialisten gelden.

B. 1. De geneeskundige, die in het buitenland een opleiding tot medisch specialist heeft gevolgd en wenst te worden ingeschreven in het Nederlands Specialisten Register, dient naast zijn curriculum vitae bij de Specialisten Registratie Commissie de documenten te overleggen, welke betrekking hebben op zijn opleiding tot arts alsmede tot specialist. Deze documenten dienen in het Nederlands te worden vertaald, geïnterpreteerd door een beëdigd vertaler.

B. 2. Voor de inschrijving in het Nederlands Specialisten Register is vereist, dat de geneeskundige, die een specialistische opleiding heeft gevolgd, doch niet in Nederland het artsdiploma heeft verworven, in het bezit is van de bevoegdheid de geneeskunst in Nederland uit te oefenen.

Deze kan worden verkregen

a. door het afleggen van het artsexamen (Wet van 1.6.1865 St.bl. 60, en Wet van 25.12.1878 St.bl. 222);

b. doordat de desbetreffende minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne op aanvraag deze bevoegdheid verleent aan hen, die buiten Nederland de bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst hebben verkregen na een aldaar afgelegd examen (Wet van 27.9.1962 St.bl. 386, wijziging van de Wet van 1.6.1865).

B. 3. De geneeskundige, die in het buitenland een opleiding tot medisch specialist heeft gevolgd, kan pas in het Nederlands Specialisten Register worden ingeschreven, indien hij, onder toepassing van punt 2, in Nederland in volledige dagtaak een stage heeft gevolgd bij een erkende opleider in een erkende opleidingsinrichting. De tijdsduur van deze stage zal door de S.R.C. van geval tot geval worden vastgesteld. De desbetreffende opleider is verplicht zijn oordeel over de capaciteiten van de te beoordelen geneeskundige binnen de door de S.R.C. vastgestelde tijdsduur van de stage ter kennis te brengen van de S.R.C., na zich persoonlijk te hebben georiënteerd over de kwaliteit van de genoten buitenlandse specialistische opleiding.

B. 4. In verband met het in punt 3 bedoelde, dient de in het buitenland tot medisch specialist opgeleide geneeskundige aan de S.R.C. mede te delen voor welk in Nederland erkend specialisme hij wenst te worden ingeschreven, welke erkende opleider zich bereid heeft verklaard hem te begeleiden en eventueel verder op te leiden en in welke erkende opleidingsinrichting deze begeleiding en eventuele opleiding zal plaatsvinden.

B. 5. De in het buitenland tot medisch specialist

opgeleide geneeskundige zal, alvorens in het Nederlands Specialisten Register te worden ingeschreven, de Nederlandse spreek- en schrijftaal zodanig dienen te beheersen, dat een normaal contact met de patiënten, die zich tot hem wenden, mogelijk is.

B. 6. Indien de beoordeling positief is, zal de opleider behalve de in punt 3 genoemde rapportering tevens ingevolge A. 23 van de „Algemene eisen te stellen aan de opleiding van specialisten” (besluit nr. 2-1966 van het Centraal College) het formulier-C dienen te overleggen door middel waarvan hij aan de S.R.C. mededeelt, dat de in het buitenland tot medisch specialist opgeleide geneeskundige in staat moet worden geacht het specialisme waarvoor hij is opgeleid, zelfstandig naar behoren uit te oefenen.

B. 7. Indien de beoordeling van de opleider onvoldoende is en deze het noodzakelijk acht dat de in het buitenland tot medisch specialist opgeleide geneeskundige langer dan de door de S.R.C. voorgeschreven tijd zal dienen te worden begeleid en opgeleid, zal de Commissie van Uitvoering uit de S.R.C. met de desbetreffende opleider en de beoordeelde geneeskundige de maatregelen bespreken, die ten deze moeten worden genomen.

B. 8. Indien de in het buitenland tot medisch specialist opgeleide geneeskundige zich niet met de beslissing van de Commissie van Uitvoering uit de S.R.C. kan verenigen, is voor hem de mogelijkheid aanwezig te worden gehoord in de eerstvolgende Plenovergadering van de S.R.C.

B. 9. Ingeval de S.R.C. beslist dat aanvrager niet of nog niet kan worden ingeschreven in het Nederlands Specialisten Register, kan deze binnen een maand, nadat de beslissing van de S.R.C. te zijner kennis is gebracht, hiertegen beroep instellen bij de Commissie van Beroep.

ADRESWIJZIGINGEN

kunnen om technische redenen niet spoorslags worden gerealiseerd. Men verzekere zich toezending van Medisch Contact op een nieuw adres door van adreswijzigingen minste vier weken tevoren opgave te doen aan de administratie.

B. 10. De S.R.C. kan een in het buitenland tot medisch specialist opgeleide geneeskundige, zonder dat deze de onder punt 3 genoemde stage volgt, op aanvraag in het register inschrijven, zulks na overleg met het concilium van de betrokken landelijke wetenschappelijke specialistenvereniging en eventueel nadere inlichtingen van de buitenlandse opleiding, waar hij tot specialist is opgeleid.

MC

VAN HET CENTRAAL BESTUUR L.H.V.

Rectificatie

In Medisch Contact nummer 44 werd bij de toelichting op punt 6 van de agenda voor de ledenvergadering van 3 december a.s. verzuimd te vermelden, dat ook de reglementaire zittingstermijnen van collega W. Vegelin als lid van het Centraal Bestuur per 1-1-'72 is verstreken. Collega Vegelin stelt zich echter voor een volgende periode van 3 jaar herkiesbaar.

Utrecht 5 november 1971

F. A. van Spanje, arts
secretaris



De fractie, waarin alle verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen O.L.M.A. worden uitgedrukt, heeft — berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen per ultimo september 1971 — voor het vierde kwartaal 1971 een waarde van f 1,183.

Verslag van de Commissie voor de Geldmiddelen

Verslag van de Commissie voor de Geldmiddelen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, betreffende de staat van baten en lasten over het boekjaar 1970 en de concept-begroting 1972 van de L.A.D.

Hoewel reglementair daartoe noch geroepen noch bevoegd heeft de Commissie voor de Geldmiddelen met belangstelling kennis genomen van de jaarstukken der Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband en zich hierna gebogen over de begroting voor het jaar 1972. Zij herhaalt haar verzoek uit haar vorig verslag aan het stuk voor „werkelijkheid 1970” een kolom „begroting 1970” toe te voegen, omdat

dit het inzicht in de financiële faits et gestes der vereniging vergroot. Zij mist in de toelichting op de begroting een verduidelijking van de sprong in de contributie van „grondslag” f 65,— naar „maximum” f 140,—, voor ingewijden duidelijk, doch voor de leden mogelijk aanleiding tot schrikreacties. Hen ontbreekt namelijk de mogelijkheid tot vergelijking van deze beide getallen. Voorts vraagt zij zich af, of in de begroting der sociale lasten voldoende rekening is gehouden met het feit, dat alleen de pensioenlasten reeds een kwart van de loonsom bedragen, waarbij dan nog de andere sociale lasten komen. Overigens lijkt de begroting haar zorgvuldig opgesteld en toegelicht, en bruikbaar als financiële werkhypothese voor het komende jaar.

De commissie verklaart zich gaarne akkoord met het haar gepresenteerde concept.

Menaaldum, 19 oktober 1971

Namens de Commissie voor de geldmiddelen, de secretaris,
T. Y. Kingma Boltjes

Verslag over het jaar 1969

Hierbij brengen wij het definitieve verslag over het jaar 1969 uit. Het voorlopige verslag verscheen in november 1970.

De controle op de volledigheid van de afdracht van pensioengelden door de ziekenfondsen is inmiddels voltooid. De reacties van specialisten op de toegezonden specificaties der pensioengelden over 1969 zijn voor zover noodzakelijk in de administratie verwerkt.

Naar de mening van de ondergetekenden is geen of vrijwel geen belasting in het kader van de Wet op de Vennootschapsbelasting verschuldigd en hiermede is bij de opstelling der cijfers dan ook geen rekening gehouden.

De in 1968 tot stand gekomen risicoregeling inzake weduwen- en wezenvoorziening krachtens het Reglement inzake de extra-contributie van de Landelijke Specialisten Vereniging is overeenkomstig een besluit van de Ledenvergadering van de L.S.V. in 1969 voortgezet.

Aan 14 weduwen en 25 wezen van specialisten die in 1969 overleden werd in het kader van deze risicoregeling een uitkering toegekend. Per ultimo december 1969 vonden in totaal aan 28 weduwen en 43 wezen uitkeringen plaats.

Bestuur:

A. M. Gründemann - voorzitter
Dr. D. W. Swijgman - secretaris
H. van Giffen - lid

Directeur:

J. M. G. Hoes

Adviseurs:

Drs. H. H. J. Bunschoten
Drs. H. W. Deunk

De uitkeringen aan nabestaanden van in 1968 overleden specialisten zijn voor het jaar 1969 onverplicht met 4,5% verhoogd.

Het rendement op het totaal der beleggingen heeft 5,29% bedragen. De effecten bevinden zich in open bewaarneming bij De Nederlandsche Bank N.V. te Amsterdam, de Algemene Bank Nederland N.V. te Amsterdam alsmede bij de buitenlandse correspondenten van deze bankinstellingen.

De coördinatie der werkzaamheden door de

Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen en de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten binnen de Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfonds Artsen verliep geheel overeenkomstig de plannen van de beide besturen.

De accountantsverklaring van Klynveld, Kraayenhof & Co. op de definitieve cijfers is aan dit verslag toegevoegd.

Utrecht, september 1971

Het Bestuur:

A. M. Gründemann - voorzitter
Dr. D. W. Swijgman - secretaris
H. van Giffen - lid

De Directeur:
J. M. G. Hoes

Accountantsverklaring

Op grond van onze controle verklaren wij dat wij ons kunnen verenigen met de bijgaande Balans per 31 december 1969, Rekening van lasten en baten over 1969 met betrekking tot de van de ziekenfondsen ontvangen pensioengelden en Rekening van lasten en baten over 1969 met betrekking tot de weduwen- en wezenrisicoregeling op grond van de extra-contributie L.S.V., tezamen met de toelichtingen in het vorenstaande Verslag over het jaar 1969, van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten.

Voor wat de Voorziening voor uitkeringsverplichtingen aan weduwen en wezen betreft hebben wij vastgesteld dat deze in overeenstemming is met door de heer Drs. H. H. J. Bunschoten goedgekeurde berekeningen.

september 1971

Klynveld, Kraayenhof & Co.

BALANS PER 31 DECEMBER 1969

Activa		Passiva	
Hypotheek	f 1.500.000,—	Stichtingskapitaal	f 200,—
Effecten: (tegen aanschaffingswaarden incl. aankoopkosten, verminderd met winst op verkochte effecten)		Beschikbaar voor inbreng in de toekomstige pensioenregeling	„ 32.649.116,85
niet converteerbare obligaties	f 2.157.079,15	Voordelig saldo over 1968 en 1969 van de weduwen- en wezenrisicoregeling op grond van de extra-contributie L.S.V. ..	„ 155.941,27
converteerbare obligaties	„ 977.416,57	Voorziening voor uitkeringsverplichtingen aan weduwen en wezen ..	„ 1.525.137,—
aandelen	„ 9.880.348,47	Crediteuren en transitoria	„ 234.078,19
	„ 13.014.844,19 ¹⁾		
Leningen op schuldbekentenis	„ 1.800.000,—		
Kortlopende leningen en deposito's ..	„ 10.500.000,—		
Interestgevende saldi bij geldinstellingen	„ 1.403.844,64		
Interestloze saldi bij geldinstellingen ..	„ 34.875,72		
Overlopende interest en dividenden ..	„ 564.051,27		
Door de ziekenfondsen in 1970 over 1969 af te dragen pensioengelden ...	„ 5.076.543,29		
Debiteuren	„ 401.492,20		
Voorlopig aandeel in de sterftewinst van de verzekeraars over 1968 en 1969	„ 268.822,—		
	f 34.564.473,31		f 34.564.473,31

¹⁾ Beurswaarden der effecten per ultimo 1969
f 12.497.064,—.

A. M. Gründemann,
voorzitter.

Dr. D. W. Swijgman,
secretaris.

H. van Giffen,
lid.

J. M. G. Hoes,
directeur.

**REKENING VAN LASTEN EN BATEN OVER 1969 MET BETREKKING TOT DE VAN DE ZIEKENFONDSEN
ONTVANGEN PENSIOENGELDEN**

Lasten

Beheerskosten	f 245.040,69	
af:		
aan de rekening van lasten en baten met betrekking tot de risicoregeling toegerekend aandeel in de kosten	„ 26.000,—	
		f 219.040,69
Beschikbaar voor inbreng in de toekomstige pensioenregeling; overgebracht naar de balans	„ 17.833.292,03	
		<u>f 18.052.332,72</u>

Baten

Van de ziekenfondsen ontvangen pensioengelden over 1969	f 17.144.976,30	
Interest en dividenden ..	f 969.021,42	
af:		
aan de rekening van lasten en baten met betrekking tot de risicoregeling toegerekende interest; overgebracht naar de rekening van lasten en baten met betrekking tot de risicoregeling	„ 61.665,—	
		„ 907.356,42
		<u>f 18.052.332,72</u>

A. M. Gründemann,
voorzitter.

Dr. D. W. Swijgman,
secretaris.

H. van Giffen,
lid.

J. M. G. Hoes,
directeur.

**REKENING VAN LASTEN EN BATEN OVER 1969 MET BETREKKING TOT DE WEDUWEN- EN
WEZENRISICOREGELING OP GROND VAN DE EXTRA-CONTRIBUTIE L.S.V.**

Lasten

Premies aan de verzekeraars	f 1.105.305,60	
Interest aan de verzekeraars	„ 24.739,17	
Uitkeringen over 1969:		
aan weduwen	„ 45.601,78	
aan wezen	„ 18.289,50	
Vermeerdering voorziening voor uitkeringsverplichtingen aan weduwen en wezen	„ 890.938,—	
Aan de risicoregeling toegerekend aandeel in de beheerskosten	„ 26.000,—	
Voordeelig saldo over 1969	„ 48.632,95	
		<u>f 2.159.507,—</u>

Baten

Extra-contributie L.S.V. inzake de risicoregeling	f 1.150.900,—	
Aan de risicoregeling toegerekend aandeel in de interest	„ 61.665,—	
Van de verzekeraars ontvangen risicokapitalen ter zake van in 1969 overleden artsen	„ 872.804,—	
Voorlopig aandeel in de sterftewinst van de verzekeraars over 1969	„ 74.138,—	
		<u>f 2.159.507,—</u>

A. M. Gründemann,
voorzitter.

Dr. D. W. Swijgman,
secretaris.

H. van Giffen,
lid.

J. M. G. Hoes,
directeur.

Voorlopig verslag over het jaar 1970

Hierbij hebben wij het genoegen het voorlopig verslag over het jaar 1970 van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten uit te brengen.

Dit verslag is voorlopig omdat controle op de volledigheid van de afdracht van pensioengelden door de ziekenfondsen nog niet is voltooid. Dit zal geschieden door middel van verzending van de specificaties over 1970 aan de specialisten.

Naar de mening van de ondergetekenden is geen of vrijwel geen belasting in het kader van de Wet op de Vennootschapsbelasting verschuldigd en hiermede is bij de opstelling der cijfers dan ook geen rekening gehouden.

Krachtens het Reglement inzake de risicoregeling voor weduwen- en wezenvoorziening, voortvloeiende uit de extra-contributie van de Landelijke Specialististen Vereniging, werd aan 19 weduwen en 33 wezen van in 1970 overleden specialisten een uitkering toegekend. Per ultimo december 1970 vonden in totaal aan 47 weduwen en 70 wezen uitkeringen plaats.

De uitkeringen aan nabestaanden van in 1968 en 1969 overleden specialisten zijn voor het jaar 1970 onverplicht met ongeveer 8½% verhoogd. In de post „Vermeerdering voorziening voor uitkeringsverplichtingen aan weduwen en wezen“ over 1970 is hiermede rekening gehouden.

De omvang van het belegde vermogen bedraagt aan het einde van dit verslagjaar ruim 50,4 miljoen gulden (vorig boekjaar 28,2 miljoen gulden).

Het rendement op de beleggingen heeft 6,44% bedragen (vorig boekjaar 5,29%). De effecten bevin-

Bestuur:

A. M. Gründemann - voorzitter
Dr. D. W. Swijgman - secretaris
H. van Giffen - lid

Directeur:

J. M. G. Hoes

Adviseur:

Drs. H. H. J. Bunschoten

Financieel Economische Raad:

Mr. E. A. Brouwer
Mr. J. S. van der Kroft
Prof. Mr. J. M. M. Maeijer
Dr. J. F. G. M. de Meijer

Adviseur van de directie:

Drs. H. W. Deunk

den zich in open bewaarneming bij De Nederlandsche Bank N.V., de Algemene Bank Nederland N.V. alsmede bij de buitenlandse correspondenten van De Nederlandsche Bank N.V. Inschrijvingen vonden plaats in de Schuldregisters van Nederlandse Staatsleningen en in de Grootboeken der Nationale Schuld.

De besturen van de in de Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen samenwerkende Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen en de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten installeerden met ingang van 1 januari 1970 de leden van de Financieel Economische Raad.

De Raad adviseert de besturen — met behoud van de eigen verantwoordelijkheid van de beide besturen — op het gebied van het te voeren vermogensbeheer en kan tevens adviezen geven van algemene aard.

Utrecht, september 1971

Het Bestuur:

A. M. Gründemann - voorzitter
Dr. D. W. Swijgman - secretaris
H. van Giffen - lid

De Directeur:
J. M. G. Hoes

Voor abonnementen en advertenties

wende
men zich
tot
de Uitgeversmij.

KRUYT N.V. TE BUSSUM

Telefoon 02159 - 3 22 59 *

VOORLOPIGE BALANS PER 31 DECEMBER 1970

Activa

Effecten: (tegen aanschaffingswaarden incl. aankoopkosten, verminderd met winst op verkochte effecten)	
niet converteerbare obligaties	f 11.113.565,74
converteerbare obligaties	„ 1.175.082,67
aandelen	„ 12.210.268,70
	<u>f 24.498.917,11 ¹⁾</u>
Hypotheek	„ 1.500.000,—
Leningen op schuldbekentenis	„ 12.760.000,—
Kortlopende leningen en deposito's ..	„ 9.500.000,—
Interestgevende saldi bij geldinstellingen	„ 1.999.853,38
Interestloze saldi bij geldinstellingen .	„ 13.281,41
Overlopende interest en dividenden ..	„ 1.134.782,29
Door de ziekenfondsen in 1971 over 1970 af te dragen pensioengelden	„ 7.161.318,05
Debiteuren	„ 1.386.843,29
Voorlopig aandeel in de sterftewinst van de verzekeraars over de jaren 1968 en 1969	„ 271.244,—
	<u>f 60.226.239,53</u>

Passiva

Stichtingskapitaal	f 200,—
Beschikbaar voor inbreng in de toekomstige pensioenregeling	„ 55.388.491,13
Voordelig saldo over 1968 tot en met 1970 van de weduwen- en wezen-risicoregeling op grond van de extra-contributie L.Š.V.	„ 236.732,29
Voorziening voor uitkeringsverplichtingen aan weduwen en wezen .	„ 2.711.000,—
In 1971 te verrichten uitkeringen over 1970 aan weduwen en wezen	„ 2.894,85
Crediteuren en transitoria	„ 1.886.921,26

f 60.226.239,53

¹⁾ Beurswaarden der effecten per ultimo 1970
f 22.823.037,—

A. M. Gründemann,
voorzitter.

Dr. D. W. Swijgman,
secretaris.

H. van Giffen,
lid.

J. M. G. Hoes,
directeur.

VOORLOPIGE REKENING VAN LASTEN EN BATEN OVER 1970 M.B.T. DE VAN DE ZIEKENFONDSEN ONTVANGEN PENSIOENGELDEN

Lasten

Beheerskosten	f 354.230,02
af:	
aan de rekening van lasten en baten met betrekking tot de risico-regeling toegerekend aandeel in de kosten	„ 30.000,—
	<u>f 324.230,02</u>
Beschikbaar voor inbreng in de toekomstige pensioenregeling; overgebracht naar de balans	„ 22.739.374,28
	<u>f 23.063.604,30</u>

Baten

Van de ziekenfondsen ontvangen pensioengelden over 1970	f 20.781.342,83
Interest en dividenden ..	f 2.422.289,62
af:	
aan de rekening van lasten en baten m.b.t. de risicoregeling toegekende interest	„ 140.028,15
	<u>„ 2.282.261,47</u>
	<u>f 23.063.604,30</u>

A. M. Gründemann,
voorzitter.

Dr. D. W. Swijgman,
secretaris

H. van Giffen,
lid.

J. M. G. Hoes,
directeur.

**VOORLOPIGE REKENING VAN LASTEN EN BATEN OVER 1970 M.B.T. DE WEDUWEN- EN WEZEN
RISICOREGELING OP GROND VAN DE EXTRA-CONTRIBUTIE L.S.V.**

Lasten

Premies aan de verzekeraars	f 1.244.261,20
Uitkeringen over 1970:	
aan weduwen	„ 101.314,40
aan wezen	„ 40.200,—
Vermeerdering voorziening voor uitkeringsverplichtingen aan weduwen en wezen	„ 1.185.863,—
Aan de risicoregeling toegerekend aandeel in de beheerskosten	„ 30.000,—
Voordelig saldo over 1970	„ 80.791,02
	<hr/>
	f 2.682.429,62

Baten

Extra-contributie L.S.V. inzake de risicoregeling	f 1.295.686,28
Aan de risicoregeling toegerekend aandeel in de interest van de beleggingen	„ 140.028,15
Van de verzekeraars ontvangen risicokapitalen ter zake van in 1970 overleden artsen	„ 1.235.055,—
Interest van de verzekeraars	„ 9.238,19
Voorlopig aandeel in de sterftewinst van de verzekeraars (nagekomen over 1969)	„ 2.422,—
	<hr/>
	f 2.682.429,62

A. M. Gründemann,
voorzitter

Dr. D. W. Swijgman,
secretaris

H. van Giffen,
lid.

J. M. G. Hoes,
directeur.

MC | UIT DE AFDELINGEN

Voordrachten

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

Alphen en Omstreken: D. Suurmond, huidarts, onderwerp: „Differentiële diagnostiek en behandeling van huidaandoeningen in de lichaamsplooiën”.

Apeldoorn en Omstreken: Dr. G. J. H. den Otter, hoofd van de Afdeling voor Interne Geneeskunde van het Bergwegziekenhuis te Rotterdam, onderwerp: „De diagnostiek van veneuze trombose”.

Assen en Omstreken: J. M. Roodvoets, logopædist stottertherapeut, onderwerp: „Inleiding over de moderne behandelingsmethode van stotteraar volgens de Doetinchemse methode-Schoenamer, met demonstratie van enkele leerlingen”.

Eindhoven en Omstreken: Th. Beeker, orthopeed, onderwerp: „Voor en tegen van een volksverzekering tegen ziektekosten”.

Geneeskundige Kring van 1845: Prof. Dr. J. Th. R. Schreuder, onderwerp: „Afasie” met film.

Den Haag en Omstreken: Dr. F. Kalsbeek, internist, onderwerp: „Reclame en geneesmiddelen”.

Helmond en Omstreken: A. Dunning, hoofd van de cardiologische afdeling van de interne kliniek

van Prof. Borst te Amsterdam, onderwerp: „Preventie van de plotselinge dood”.

Gooi- en Eemland: Prof. Dr. J. Bastiaans, n.a.v. de film „Weet je waarom ik huil”.

Midden-Limburg: Dr. W. D. Reitsma, lector afdeling inwendige geneeskunde, onderwerp: „Metabolie bij effecten van het gebruik van orale contraceptiva”.

Tiel: P. W. Kloppenburg, onderwerp: „Endocriene oorzaken van hypertensie”.

De Vecht en Omstreken: Th. Beeker, orthopeed, onderwerp: „Moderne handprothesen”, met twee films.

Wageningen en Omstreken: Dr. K. H. Brandt, internist, onderwerp: „Wat doet de lever met geneesmiddelen en wat doen geneesmiddelen met de lever”.

Walcheren: Drs. J. B. van der Schoot, internist, onderwerp: „Diagnostiek met radio-actieve isotopen”.

West-Friesland: Prof. Dr. C. van Emde Boas, sexuooloog, onderwerp: „Kleine sexuoologie, een grote uitdaging”.

Zaanland: Dr. M. P. Lansberg, onderwerp: „Ruimtevaartgeneeskunde”.

Zuid-Limburg: J. Th. F. G. M. Hanckx, huidarts, onderwerp: „Geslachtziekten, heden ten dage”.
teur-geneesheer van het St. Elisabethgasthuis te Haarlem, onderwerp: „Toekomstige structuur van

Zwolle en Omstreken: Dr. J. van Mansvelt, directeur van de Gezondheidszorg”.

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

ONMACHT VAN ONS SYSTEEM?

Voor de aandacht, die de redactie van Medisch Contact heeft willen besteden aan de discussienota over volksgezondheid van de V.V.D., ben ik zeer erkentelijk. Het excerpt, gepubliceerd in het nummer van 17 september, werd gevolgd door een kritisch redactioneel commentaar in het nummer van 1 oktober en op dit laatste wi ik graag een kort wederwoord leveren.

De discussienota werd geschreven met een driedelig doel. Allereerst om de vraagstukken op het gebied van de volksgezondheid dichterbij het gemiddelde V.V.D.-lid te brengen. Vervolgens om uit de V.V.D. reacties te krijgen op een aantal geponeerde stellingen en ingenomen gezichtspunten. Het hoofdbestuur van de V.V.D. heeft daartoe de nota aan alle afdelingen toegezonden en in het partijblad een aantal vraagpunten gepubliceerd. Tenslotte om ook buiten de V.V.D. bekendheid te geven aan inzichten, die door de Tweede Kamerfractie zijn vertolkt en die hun neerslag hebben gevonden in het verkiezingsprogramma van 1971. Uiteraard hoop ik, dat de reacties vanuit de V.V.D. in grote lijnen met de inhoud van de nota overeen zullen stemmen, maar ook dat er nieuwe ideeën zullen worden toegevoegd en afwijkende meningen de discussie zullen verlevendigen. Te zijner tijd zal van de binnengekomen reacties een overzicht worden gepubliceerd.

Een van de onderdelen van de nota, welke de meeste aandacht heeft getrokken, is de passage over het eigen risico in het hoofdstuk over de financiering. Terecht legt uw redactie een verband met het rapport van de Teldersstichting over dit onderwerp, want bij de opstelling van de tekst van dit hoofdstuk heeft laatstgenoemd rapport inderdaad een rol gespeeld.

Alvorens ik nader inga op het voorzichtig vermaan van Medisch Contact, om slechts na veel voorbedachte rade tot de invoering van het eigen risico over te gaan, wil ik graag enkele andere opmerkingen maken.

De voorstellen tot invoering van een eigen risico, of bijbetaling, vormen slechts een ondergeschikt gedeelte van de nota. In het hoofdstuk over de financiering worden een aantal min-

stens even belangrijke voorstellen gedaan: afschaffing van de bejaardenverzekering, aanwending van de vrijkomende overheidsbijdragen voor de vrijwillige verzekering, grotere aandacht voor de kostenbewaking, afschaffing van een aantal ziekenfondsverstrekkingen, grote voorzichtigheid met uitbreiding van de A.W.B.Z.

In het hoofdstuk over het ziekenhuiswezen is de kostenbewaking centraal gesteld en worden zeven voorstellen gedaan om tot verbetering te komen. Ook in andere hoofdstukken, zoals die over de geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg, het ziekteverzuim en de geneesmiddelenvoorziening wordt de kostenbewaking onder de loupe genomen.

Wil men het hoofd bieden aan de sterke premiestijging die wordt te weeggebracht door de enorme kostenstijging op het gebied van de volksgezondheid, dan staan slechts enkele wegen open: vergroting van de doelmatigheid o.a. door kostenbewaking (zie de hoofdstukken II, V, V t/m VIII), beperking van het aantal verstrekkingen (hoofdstuk V) en verschuiving van de premielast door deze op andere groepen van de bevolking te laten drukken.

Een kleine verschuiving van de premielast wordt bereikt door het invoeren van een eigen risico, of hoe men dit ook wil noemen. Wel is het bijzonder belangrijk, dat het kostenbesef van zowel de patiënt als van de medewerkers daardoor wordt vergroot. Nu is de situatie zo, dat de ziekenfondspremie van het loon wordt afgehouden, zodat

zeer weinig verplicht verzekerden weten, wat het ziekenfonds hen kost. Voor vele medewerkers is het kostenpakket van de ziekenfondsen een onbekende factor, waarvan de opbouw hen niet duidelijk voor ogen staat en waarin hun eigen aandeel onbepaald is.

Een voordeel van bijbetaling door de verzekerden kan ook zijn, dat er verschil ontstaat tussen de momenten dat men wel en dat men géén beroep op de medische verzorging doet. Het automatisme van thans, dat inhoudt, dat men vrijwel elke verstrekking zonder enige eigen tegenprestatie kan genieten, mist nu eenmaal elke prikkel om een voorzichtig gebruik van dit aanbod te maken. Op praktisch elk terrein van het maatschappelijk leven kent men het verschijnsel, dat de consument een ruimer gebruik maakt van voorzieningen die gratis zijn dan van voorzieningen die hem iets kosten. Waarom zou deze regel in de gezondheidszorg niet gelden?

Hoe men de bijbetaling wil regelen is een kwestie van uitwerking. Men zou de mogelijkheden in vier hoofdgroepen kunnen indelen: bij het bezoek aan de huisarts, het gebruik van geneesmiddelen, de verwijzing naar de specialist, de verpleging in een ziekenhuis. Tegen elke groep zijn bezwaren in te brengen, tegen de eerste categorie wellicht het meest gegrond. Persoonlijk zou ik daarom wel voelen voor een algemeen eigen risico, zoals voorgesteld in het plan-Zeven, bestaande uit een zeker bedrag aan medische consumptie per gezin waarboven men zijn kosten krijgt vergoed.

Bij een toelichting op ons voorstel tot invoering van een bijbetaling heb ik bepleit, in bepaalde gevallen onthefing te verlenen (bij chronische ziekten of regelmatig gebruik van kostbare geneesmiddelen) en de bejaarden ervan vrij te stellen. Dit tast het principe geenszins aan en notoire onbillijkheden kan men daarmee vermijden.

Allerlei andere oplossingen zijn natuurlijk mogelijk. Invoering van een beperkte no-claim korting, afstappen van de verstrekking in natura, overschakeling van het abonnementshonorarium op een verrichtingshonorarium of tussenvormen daarvan. Ook is het denkbaar om voor de verschillende onderdelen van het ziekenfondspakket verschillende vergoedingssystemen in te voeren. Tenslotte zijn de denkbeelden van Prof. Hartog het overwegen waard.

Het gaat er om, dat er eindelijk iets gebeurt. Wij studeren nu allemaal heel vlijtig en laten met deze studies jaren voorbijgaan. De structuurcommissie van de S.E.R. studeert al ruim drie jaar. Het zeer goede rapport van de



Ziekenfondsraad is in de la terechtgekomen. Van enig experiment is nog steeds geen sprake. Wel wordt met medewerking van de Ziekenfondsraad een onderzoek ingesteld naar het geneesmiddelengebruik. Blijkbaar zijn wij in Nederland niet bij machte ons systeem te vernieuwen of zelfs maar bij te stellen. Tegen een stelsel van eigen risico, hoe bescheiden ook, rijzen in ons land enorme bezwaren, terwijl in heel West-Europa dergelijke stelsels bestaan.

Natuurlijk is het eigen risico geen oplossing voor alle moeilijkheden. Het is slechts één mogelijkheid temidden van vele andere. Maar op de huidige wijze kunnen we ook niet doorgaan. De medische mogelijkheden worden steeds groter. Wanneer aan de „top” van de medische voorzieningen allerlei specialistische behandelingen voor iedereen toegankelijk zijn, mogen we dan aan de „basis” de kleine kosten niet voor eigen rekening nemen?

Leeuwarden, 26 oktober 1971

Mr. E. Veder-Smit

Naschrift: Deze toelichting bevestigt ons reeds in onze beschouwing uitgesproken vermoeden dat mevr. Veder-Smit over de problematiek van het eigen risico genuanceerder denkt dan uit de discussienota zou kunnen worden afgeleid - *Red. M.C.*

OP DOOD SPOOR

In het stukje Journalistiek deraillement van J. J. van Mechelen, Medisch Contact van 22 oktober jl., wordt de indruk gewekt alsof E. J. Boer van NRC-Handelsblad zich aan onoirbare praktijken jegens de Maatschappij dan wel diens voorzitter Vossenaar heeft schuldig gemaakt, door te publiceren wat de laatste hem tijdens een interview op 7 oktober heeft medegedeeld, zonder bepaalde zaken weg te laten en zonder al het gesprokene in één artikel te verwerken. Dit is zonder meer een onjuiste voorstelling van zaken en omdat ik mijn goede contacten met vele lezers van Medisch Contact op hoge prijs stel, wil ik trachten de gewekte indruk weg te nemen.

Voor, tijdens of na het bewuste interview is op geen enkele wijze de suggestie gewekt dat het besprokene als vertrouwelijk moest worden beschouwd; ook is mijnerzijds niet de verwachting gewekt dat er iets als vertrouwelijk zou worden opgevat. Niets van dit alles. Het was een interview zonder meer, met vragen en antwoorden, dat bovendien op de band werd vastgelegd. Dat er twee afzon-

derlijke artikelen uit het interview voortkwamen mag geen bevreemding wekken: tevoren was namelijk wel overeengekomen dat er over twee onderwerpen zou worden gesproken: achtereenvolgens het veranderende gezicht van de Maatschappij en de Groningse kwestie. Die scheiding van onderwerpen is in het gesprek ook consequent doorgevoerd. Toen het tweede onderwerp ter tafel kwam heb ik de informatie waarover ik toen beschikte en die afkomstig was van drie zegsliden, onder wie een hoogleraar, kort samengevat en medegedeeld. Al hetgeen Vossenaar hierop heeft geantwoord kon zonder meer als commentaar worden beschouwd; de journalistieke verwerking is volkomen correct geweest.

De voorstelling van zaken waar Van Mechelen nu mee aankomt, alsof het „een gemoedelijk gesprek” betrof waarin „achtergrondinformatie” werd verschaft en alsof zaken die in een ontspannen sfeer worden uitgesproken in journalistieke kringen als vanzelfsprekend worden genegeerd, mist iedere grond. Wat verwacht zo’n man eigenlijk, vraag je je dan af. Dat we voor de gezelligheid zitten te praten en dat zaken die eventueel het misnoegen van voorzitter Vossenaar vermogen op te wekken uiteraard ongeschreven zullen blijven?

Wat zou deze journalistieke adviseur — what ever it may be — zijn voorzitter eigenlijk hebben geadviseerd? Zo van: je kunt vrijuit spreken, want zoiets zetten ze toch niet in de krant? Van Mechelen had moeten aanvoelen, zo niet weten, dat de voorzitter bezig was commentaar te geven op nieuwsfeiten. Als hij had willen weten hoe dat journalistiek zou worden verwerkt had hij voor, tijdens of na het interview kunnen informeren. Hij heeft het niet gedaan, een verzuim waarvoor snel een zondebok moest worden gevonden.

De hele kwestie is tekenend voor de wijze waarop Van Mechelen contacten met de pers onderhoudt. Zijn denkbelden hierover hebben we enige maanden geleden al kunnen lezen in Medisch Contact („richtlijnen terzake van contacten met de pers”) en het is duidelijk dat deze denkbelden met de realiteit niets van doen hebben. Tekenend is ook zo’n eerbiedig zinnetje als: „Wat was het geval? Prof. Vossenaar heeft tijdens het congres een uur weten te reserveren voor een gesprek met de journalist E. J. Boer van genoemd blad.” Voelt u de verticale nuance?

Ja, wat is het geval? Staatssecretaris Kruisinga heeft eens opdracht ge-

geven tot een onderzoek over de vraag waarom de arts en de geneeskunde zo vreemd overkomen bij het publiek.

Het rapport is er nog niet. Maar voor degenen die nieuwsgierig zijn naar het antwoord verwijzen we naar hetgeen Van Mechelen af en toe in Medisch Contact ten beste geeft.

Amsterdam, 5 november 1971

E. J. Boer,
redacteur NRC-Handelsblad

MC | VARIA

Anencephalie is vrijwel nooit erfelijk bepaald, maar heeft wel een duidelijk familiegebonden aspect. Exogene oorzaken als seizoeninvloeden, woonplaats en waarschijnlijk ook de hardheid van het drinkwater kunnen door het inwerken in gezinnen een genetische invloed imiteren. Aldus de conclusie van een zojuist verschenen C.B.S.-onderzoek: „Anencephalie in Nederland 1951 - 1968.”



Onder auspiciën van het International Seminar for Medical and Dental Hypnosis wordt op 10, 11 en 12 december 1971 een korte, intensieve weekendcursus praktische hypnose georganiseerd te Brussel. Deze cursus staat onder persoonlijke leiding van Dr. N. Fleischer, Ph. D. De cursus is speciaal georganiseerd voor afgestudeerden in de genees- en tandheelkunde en in de sociale wetenschappen. Behandeld worden praktische technieken voor ontspanning en nieuwe methodes voor directe hypnose, het verdiepen van hypnose, het creëren van hypnose zonder hypnotische inductie. Toegang tot deze cursus hebben uitsluitend afgestudeerden in een van bovengenoemde studierichtingen. De cursus begint vrijdagavond 8 uur en duurt de gehele zaterdag en zaterdagavond en eindigt op zondagmiddag. Voor verdere inlichtingen en informatie: Drs. E. D. Wassenaar, Trans 4, Utrecht, tel. 030-332114 (Mevr. Stenfort).



Van de tien Nederlanders zijn er maar zes, die direct naar de huisarts zouden gaan als zij bij zichzelf symptomen zouden ontdekken die op kanker zouden kunnen wijzen. De overgebleven vier zouden het liever eerst nog even aanzien. Toch blijkt kanker, nog meer dan hart- en vaatziekten, de aandoening waarvoor men het meest

bezorgd is. Dit valt op te maken uit de uitkomsten van een opinie-onderzoek over houding en kennis van het Nederlandse publiek ten opzichte van kanker, uitgevoerd door het Nederlands Centrum voor Marketing Analyses in opdracht van de A.V.R.O. De enquête werd gehouden onder 332 vrouwen en mannen boven de 18. De onderzoekresultaten vormden de grondslag voor de op 22 oktober jl. uitgezonden tv-documentaire „Van uitsiel komt uitvaart”.



In de tweemaandelijks uitgave „Kinderhygiëneinformatie” wordt medegedeeld dat op vijf plaatsen in het land thans wordt geëxperimenteerd met een nieuwe vorm van werkverdeling tussen jeugdarts (schoolarts) en schoolverpleegkundige. Hierbij wordt een groot gedeelte van het routine-onderzoek (incl. de anamnese) aan de schoolverpleegkundige overgelaten.

De jeugdarts — aldus het bericht — kan zich dan beperken tot, de door de schoolverpleegkundige gesignaleerde, kinderen met afwijkingen en (psycho-sociale) probleemgevallen; diens kennis en kunde kunnen zo efficiënter worden gebruikt. En hij krijgt meer tijd voor samenwerking met andere disciplines in teamverband: met schooladviesdiensten, logopedisten, jeugdpsychiatrische diensten; voor het organiseren van gezondheidsvoorlichting en opvoeding, etc. De schoolverpleegkundigen dienen hier wel voor te worden bijgeschoold. Een attitudewijziging van beide partijen is noodzakelijk.

Het experiment gaat uit van de Geneeskundige Hoofdingspectie en het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde (TNO). Te zijner tijd zal een evaluatierapport verschijnen, dat als richtlijn kan dienen voor een modernere opzet van diensten voor schoolgezondheidszorg.



Ook kinderen die aan het autoverkeer in de grote stad gewend zijn, hebben volstrekt geen idee van de gevaren die hen van de kant van het gemotoriseerde verkeer bedreigen. Een test, uitgevoerd door de bandenfabriek Uniroyal, heeft daarvan volgens een bericht in de Österreichische Ärztezeitung van 25 september jl. de bewijzen geleverd. Al lang was betwijfeld, of het toenemend aantal verkeersongelukken waarbij kinderen zijn betrokken te wijten zou zijn aan de

grote verkeersdichtheid en aan onvoldoende verkeersonderwijs alleen. De onderzoekers van Uniroyal namen kinderen en hun moeders met de auto mee de stad in. Voor iedere rit kreeg het kind drie elektroden op de borst; deze stonden in verbinding met een telemetrisch zendertje. Een auto met meetinstrumenten (E.C.G.-apparatuur, oscilloscoop) en een bandrecorder volgde. Uit het testrapport blijkt, dat kinderen zich kennelijk door niets van de wijs laten brengen. Veranderen van richting, onverwachts remmen, snelheid opvoeren, file-rijden: niets van dat alles bracht bij de proefpersoonnetjes een versnelde polsslag teweeg. Bij lange afstandsritten werden dezelfde ervaringen opgedaan. Conclusie van het onderzoekteam: wat er in het verkeer passeert gaat het voorstellingsvermogen van een kind te boven, en juist daarin schuilt het gevaar: „Het kind realiseert zich geen moment, dat het in gevaar verkeert; het let niet méér op in het verkeer dat in andere situaties. Veilig verkeerslessen voor kinderen moeten er daarom allereerst op zijn gericht de gevaren van het verkeer te schilderen op een manier die voor kinderen aannemelijk en begrijpelijk is, zodat het kind weet welk gevaar het loopt”.



Geslachtsziekten nemen in de Verenigde Staten hand over hand toe. Het aantal gerapporteerde gevallen van infectieuze syfilis stijgt schrikbarend, de verspreiding van gonorrhoe is ronduit pandemisch te noemen. Dit staat in een zojuist verschenen rapport van de American Social Health Association: „Today's V.D. Control Problem”. Dit rapport wordt besproken in de Lancet van 9 oktober jl. Veel meer dan de venerische aandoeningen in de zestiger jaren over de gehele wereld sterk zijn toegenomen en dat die toename voorlopig nog niet te stuiten lijkt te zijn, is er niet bekend. Juist op het terrein van de geslachtsziekten doet zich een sterk Ijsberg-effect voor: in de Verenigde Staten komt slechts ongeveer een tiende van alle gevallen de officiële instanties ter ore. Een extra moeilijkheid die zich bij de bestrijding van de geslachtsziekten in de Verenigde Staten voordoet, is dat daar — anders dan bijvoorbeeld in Engeland, maar net als in Nederland — geen klinisch specialisme Venereologie bestaat en dat men er tijdens de medische opleiding nauwelijks en dan nog onvoldoende over de geslachtsziekten te spreken komt. Gevolg: een weinig consistent beleid met betrek-

king tot diagnose en therapie, het naaan van de infectieketen en het blijven volgen van de eenmaal genezen verklaarde patiënt. In Engeland, waar al een halve eeuw de venereologie wel als apart vak wordt erkend en waar een aantal speciaal hierin opgeleide artsen klinisch, didactisch of speurend op dit gebied werkzaam zijn, is de frequentie van de geslachtsziekten in weerwil van dit alles ook toegenomen, zij het in veel mindere mate dan in de Verenigde Staten.



Medische databanken moeten onder toezicht van een overheidsinstantie komen te staan, bijvoorbeeld van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Voordat wordt overgegaan tot de inrichting van gecentraliseerde opslagsystemen van informatie over patiënten, moet deze opslag bij de wet zijn geregeld. Aldus Dr. L. H. Th. Kortbeek, zenuwarts te Eindhoven, 22 oktober jl. op een symposium Medische Informatica. Zijns inziens dienen patiëntengegevens los van de naam te worden bewaard. Koppeling van naam en gegevens mag alleen gebeuren door de behandelend arts met schriftelijke toestemming van de patiënt, slechts in acute gevallen mag van deze regel worden afgeweken. Gegevens van psycho-sociale aard zouden volgens Dr. Kortbeek niet de databank thuishoren. De behandelend geneesheer blijft, aldus de Eindhovense arts, verantwoordelijk voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer van zijn patiënten. Hij dient geval voor geval te overwegen welke gegevens hij aan het dossier — en dus op een later tijdstip waarschijnlijk aan de computer — zal toevertrouwen.



Als leden van het medisch team dat de Nederlandse equipe naar de Olympische Spelen volgend jaar in München zal vergezellen, zijn aangewezen: J. L. de Jongste, hoofd medische dienst van het sportcentrum Papendal, F. Kessel, arts van het K.N.V.B.-sportcentrum te Zeist en A. M. Rozijn, bondsarts van de Koninklijke Nederlandse Wielervedunie. Meer dan drie mochten het er gezien de Olympische reglementen niet zijn. Het Nederlands Olympisch Comité heeft de overige artsen van bonden die Münchengangers leveren gevraagd, in nauwe samenwerking met het team te zorgen voor de best denkbare medische voorbereiding en be-

geleiding van de sportmensen die uiteindelijk voor ons land naar de Olympische Spelen 1972 zullen gaan.



De „community medicine“-faculteit waarover in het Britse al enige tijd werd gesproken (zie M.C. nr. 24/1971, blz. 676) is thans een faculteit in oprichting. Blijkens een recent schrijven aan gezaghebbende medische bladen, ondertekend door de voorzitters der Royal Colleges of Physicians, is de werkgroep die de stichting van een school voor gemeenschapsgezondheidszorg moest voorbereiden nu zover dat hij de genoemde medische verenigingen heeft aangeraden het patronaat van de nieuwe opleiding op zich te nemen. In hun brief zetten de voorzitters nog eens uiteen wat onder „community medicine“ moet worden verstaan: het peilen van de medische behoefte van bevolkingsgroepen als geheel, zowel van de zieken als van de gezonden; niet het verlenen van individuele hulp. Kennis van de epidemiologie en van de organisatie en evaluatie van de gezondheidszorg is een eerste vereiste voor degenen die de nieuwe tak van geneeskunde willen gaan beoefenen of onderwijzen — artsen of medische bestuurders in dienst van de Nationale Health Service onder- en postgraduate docenten in de Sociale Geneeskunde. De schrijvers wijzen tenslotte op de personeelwervingscampagne die door middel van advertenties in de vakpers is ingezet en die ertoe moet leiden dat de eerste faculteit voor Community Medicine in Engeland per maart 1972 volledig zal zijn bemand.



Op uitnodiging van de Nederlandse Hartstichting is op 29 oktober jl. een internationale groep deskundigen in Noordwijk bijeen geweest ter bespreking van een aantal immunologische aspecten van hartziekten. De stichting beoogde met deze bijeenkomst de studie van de immunologie door samenwerking van de universitaire laboratoria met de klinische specialisten te bevorderen en te komen tot wederzijds begrip en uitwisseling van gegevens. Dat de immunologie een der onderwerpen is van het in september 1973 te houden Europese congres over hart- en vaatziekten en dat daarom een voorbespreking wenselijk was, is mede reden geweest de werkgroepvergadering te organiseren.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 50,—, plus f 2,— BTW = f 52,—, buitenland f 55,—, losse nummers f 1,56 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 16.910 exemplaren.

Druk: Verweij Mijldrecht.

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 16.30 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 12900; postgiro 111950 t.n.v. de penningmeester der Stichting Ondersteuningsfonds te Utrecht.

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021