



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

De toekomst van het Nederlands Huisartsen Instituut

Zo kort het bestaat, heeft het Nederlands Huisartsen Instituut een belangrijke bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in ons land.

In 1963 heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap (N.H.G.) de Nederlandse Stichting tot Bevordering der Huisartsgeneeskunde in het leven geroepen. Het bestuur van de stich-

ting bestond uit dezelfde leden als dat van het N.H.G. Doel van de stichting was, onder meer, te komen tot de oprichting van een Nederlands Huisartsen Instituut (N.H.I.) als wetenschappelijk apparaat van het N.H.G. In april 1965 werd dit N.H.I. officieel geopend.

Onder de bezielende leiding van Prof. Van Es, mede gesteund door een ruime overheids-subsidie, groeide het N.H.I. uit tot een van het N.H.G. min of meer onafhankelijk instituut. Naast het N.H.I. kwam later het Utrechts Universitair Huisartsen Instituut tot stand onder dezelfde directie als van het N.H.I., hetgeen naar buiten wel eens verwarrend kan hebben gewerkt. De scheiding van deze personele unie heeft er toe geleid dat het N.H.I. zich reken-schap wil gaan geven van de door hem na te streven doelstellingen, die het in staat moeten stellen zelfstandig te blijven functioneren. De overheid, die grote waarde toekent aan het werk van het N.H.I. in verleden en toekomst — te noemen is als blijk daarvan in het bijzonder de steun van het Departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid — heeft gesuggereerd voor de organieke structuur van deze doelstellingen statuten als die, welke gelden voor een TNO-instituut, als richtlijn aan te houden. Deze en andere gegevens kan men vinden in „huisarts en wetenschap” (1970), 13de jaargang, bladzijde 277 e.v.

Elders in dit nummer vindt de lezer een excerpt uit het jaarverslag van het N.H.I. over de jaren 1968-1969. Mede aan het werk van het N.H.I. en N.H.G. is het te danken, dat er de laatste jaren aan alle universiteiten een ont-

25e JAARGANG — No. 31 — 31 JULI 1970

INHOUD

De toekomst van het Nederlands Huisartsen Instituut	825
Jaarverslag 1968/1969 Nederlands Huisartsen Instituut	826
<i>In memoriam:</i>	
L. F. C. van Erp Taalman Kip	828
Dr. H. J. W. Drooglever Fortuyn	828
Gewijzigd beleid van de Afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt inzake de abortusproblematiek	829
Medical Record Linkage en data-banks ...	831
Drie opdrachten voor de Centrale Raad voor de Volksgezondheid	832
Tekort aan anesthesisten en inschakeling van „narcose-broeders”	833
Samenwerking Nederland-Israël inzake volksgezondheid	834
Voorlichting aan patiënten met hartinfarct kan angst en misverstanden wegnemen .	835
<i>Van het Centraal Bestuur L.H.V.:</i>	
De beroepsopleiding tot huisarts	838
Aanvulling Besluit Farmaceutische Preparaten	845
Uit de afdelingen	845
Brieven aan de redactie	846
Varia	847

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

Colofon op bladzijde 848.

wikkeling gaande is, die heeft geleid tot de aanstelling van hoogleraren en lectoren in de huisartsgeneeskunde, zij het onder formeel verschillende omschrijvingen van hun opdracht. Het ligt in de lijn der verwachting dat in de nabije toekomst elke medische faculteit zal beschikken over een eigen universitair huisartsen instituut (U.H.I.). Dergelijke instituten zullen zich vooral bezig houden met de opleiding tot huisarts. Behalve aan organisatorische vraagstukken als het regelen van co-schappen in de huisartsgeneeskunde, zal ook aandacht worden geschonken aan de research; immers, universitair onderwijs zonder research is ondenkbaar. Een andere taak van de U.H.I.'s omvat het geven van nascholing, aanvankelijk alleen voor die huisartsen, die bij de opleiding zullen worden betrokken, later wellicht ook voor de overige huisartsen in de regio.

Overziet men deze ontwikkeling, dan staat men voor de vraag of er in de toekomst nog een bestaansreden is voor een landelijk huisartsen instituut. Ook Prof. Van Es vraagt zich in zijn inleiding op het genoemde jaarverslag van het N.H.I. af, welke taken er in de toekomst voor een landelijk huisartsen instituut overblijven. De gedachten van het bestuur van het N.H.I. blijken uit te gaan naar voorlichting en nascholing ten dienste van alle huisartsen, zoals bijvoorbeeld al wordt verwezenlijkt met de fonodidactische dienst en de Teleac-nascholingscursus. Gedacht wordt verder aan organi-

satie en bewerking van landelijke onderzoeken, zo nodig in samenwerking met andere instanties. Ook het verzorgen van een centrale documentatie, casu quo registratie van voor de huisartsen belangrijke publikaties zou tot de taken van een dergelijk landelijk instituut kunnen gaan behoren. In samenwerking met de universitaire huisartsen instituten zou voorts research kunnen worden verricht met betrekking tot de nascholing, inzonderheid waar het de structuur en de middelen betreft: reeds nu bestaat er een halfjaarlijks contact tussen N.H.I. enerzijds en U.H.I.'s anderzijds. De gedachten richten zich tenslotte op dienstverlening bij (het totstandkomen van) nieuwe vormen van praktijkvoering. Deze dienstverlening zou gestalte kunnen krijgen in de vorm van bijvoorbeeld begeleiding van experimenten, die gericht zijn op een betere samenwerking tussen huisartsen en vroedvrouwen en huisartsen en wijkverpleegsters.

Gezien het bovenstaande kan worden gesteld dat aan een onafhankelijk landelijk huisartsen instituut de bestaansreden geenszins is ontvallen en dat een dergelijk instituut, gesteund door allen die betrokken zijn bij de huisartsgeneeskunde — hetgeen in de bestuurs-samenstelling tot uitdrukking zou moeten komen — alleen maar in het belang kan zijn van de volksgezondheid.

B.

Huisartsgeneeskunde in de lift

Jaarverslag 1968-1969 Nederlands Huisartsen Instituut

Na ruim vijf jaar lang een belangrijk aandeel te hebben gehad in de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde hier te lande, bevindt het Nederlands Huisartsen Instituut zich thans in een fase die beslissend is voor zijn verdere functioneren. „De golf van elan en heroriëntatie onder de huisartsen, die in het N.H.G. begon en die zich in het N.H.I. voortzette, heeft thans nog een bredere bedding gekregen. Taken en bestuursstructuren zullen zich aan de gewijzigde omstandigheden moeten aanpassen.” Aldus Prof. Dr. J. C. van Es, die het jaarverslag 1968-1969 van het Nederlands Huisartsen Instituut inleidt.

De omstandigheden zijn veranderd, het doel — bevordering van de huisartsgeneeskunde in eigenlijke zin — bleef gelijk. Vóór de oprichting van het N.H.I. werd dit doel nagestreefd onder het vaandel

van het Nederlands Huisartsen Genootschap, in de vorm van vrijetijds-commissies en idem werkgroepen. In de omringing van het N.H.I. vindt de bezinning op het eigen doen en laten ook plaats op het vlak van de wetenschap. Het afgelopen halve decennium werden aan vrijwel alle Nederlandse universiteiten leerstoelen in de huisartsgeneeskunde opgericht. De huisartsgeneeskunde kwam in de lift, teneinde het gehele terrein van de huisartsenij in kaart te kunnen brengen. Nodig was deze plaatsbepaling vooral in verband met de huisartsenopleiding, terwijl daarnaast het tot stand komen van samenwerkingsvormen en de wetenschappelijke uitbouw om nadere studie vroegen. Moeilijk was dit verkrijgen van basisinzicht, daar het wetenschappelijk referentiekader van de grond af moest worden opge-

bouwd. Een extra-belemmering vormde daarbij de grootte van het arbeidsveld.

Het N.H.I. ondernam de afgelopen jaren om te beginnen een poging om door middel van een intermitterend morbiditeitsonderzoek (IMO) een dwarsdoorsnee van de door de huisarts geziene ziektegevallen te maken. Van deze poging geeft het in 1969 verschenen proefschrift van Dr. A. P. Oliemans verslag. De verkregen gegevens zullen worden uitgediept met behulp van de uitkomsten van een tweetal proefstudies in het kader van een longitudinaal morbiditeitsonderzoek (Longamo). In 1968 en 1969 werd bovendien de oprichting van een netwerk van zogeheten peilstations voorbereid. Het is de bedoeling een geselecteerd aantal ziekte toestanden of -situaties te tellen, dit in tegenstelling tot het IMO, en tevens een longitudinaal onderzoek op kleinere schaal te verrichten. Een nadere analyse van de huisartsgeneeskunde wordt uitgewerkt in de vorm van onderzoeken naar het verloop van de diagnostiek van de huisarts, zijn behandeling en de interactie tussen morbiditeit, diagnostiek en therapie.

Een goede beoefening van de huisartsgeneeskunde wil het N.H.I. verder bevorderen door de huisarts betere methoden van diagnostiek of behandeling te verschaffen. Zo werd een anamnese-vragenlijst samengesteld en is een laboratoriumklapper in voorbereiding. Een onderzoek was gericht op het onderkennen van bejaarde patiënten die in het bijzonder de zorg van de huisarts nodig hebben; een andere studie betrof de vraag, hoe de huisarts zich snel een inzicht kan verschaffen in de voeding en de voedingstoestand van zijn patiënten. Met het oog op het belang van de vroege diagnostiek werd het initiatief genomen, dat leidde tot de opzet van een cytologisch laboratorium, terwijl overleg gaande is om de huisarts electrocardiografische mogelijkheden te geven.

Ten aanzien van de praktijkvoering in algemene zin heeft de communicatie tussen de beide linies van de gezondheidszorg de bijzondere aandacht. Binnen het eerste echelon wordt medewerking bij samenwerkingsexperimenten en bij de vorming van groepspraktijken geboden.

Twee activiteiten waarmee het Nederlands Huisartsen Instituut zich van meet af aan heeft beziggehouden zijn de nascholing en de voorlichting. Het instituut organiseert een oriëntatiecursus voor aanstaande huisartsen, waarvoor grote belangstelling bestaat. Ook de Teleac-cursus en de fonodidactische dienst mogen niet onvermeld blijven. Een ontwerp post-universitaire opleiding tot huisarts stierf, door de feiten achterhaald, een zachte dood: inmiddels immers werd tot de invoering van een zevende studiejaar besloten, waarin de specialistische opleiding tot huisarts zal plaatsvinden. In Utrecht zal deze opleiding voor het eerst geschieden in 1971, aan andere universiteiten drie jaar later.

In de toekomst zullen de universitaire instituten een deel van de taak overnemen, die het N.H.I. in

Maatschappij ledencongres 1970



Uiteraard biedt Scheveningen een uitstekende hotelaccommodatie voor deelnemers aan het Ledencongres der Maatschappij te 's-Gravenhage (in het Congresgebouw) op 2 en 3 oktober aanstaande. Men verlichte de werkzaamheden der Congrescommissie door tijdige inzending van het inschrijfformulier, dat werd opgenomen in Medisch Contact no. 26 van 26 juni 1970. Mocht dit nummer teloor zijn gegaan dan vragen men een nieuw aan bij het secretariaat der venhage.

de voorgaande periode heeft vervuld. Dit houdt in, dat er in de toekomst meer concentratiepunten zullen bestaan van waaruit de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde kan worden gevolgd en gestimuleerd. Naar verwacht zullen de gevestigde huisartsen zich gedeeltelijk richten op het in hun regio gelegen universitaire instituut. Een aantal hunner zal ook als opleider gaan fungeren. Opleiding, wetenschappelijk onderwijs en wellicht ook nascholing zullen zich dus de komende tijd in de regio concentreren.

Voor het Nederlands Huisartsen Instituut betekent dit, dat het zijn taken opnieuw ter discussie zal moeten stellen. Gedacht wordt in de richting van een intensivering van de overblijvende werkzaamheden, in hoofdzaak het verder begeleiden van de ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg in de eerste linie. Het instituut zou dienst kunnen doen als centrale gesprekspartner met overheid, medische beroepsorganisaties en organisaties als de kruisverenigingen. Ook uit het oogpunt van nascholing en voorlichting ziet het N.H.I. voor zich een blijvende taak als contactpunt weggelegd. Het hoopt op die manier een duidelijker imago te verwerven als landelijk instituut met een taak ten opzichte van alle huisartsen en alle instituten voor huisartsgeneeskunde.

Tot zover deze weergave van de inleiding tot het jaarverslag van het Nederlands Huisartsen Instituut over 1968-1969, een verslag dat verder de feitelijke boekstaving bevat van het hiervoren besprokene.

IN MEMORIAM

L. F. C. van Erp Taalman Kip



Op zaterdag 25 juli is plotseling overleden L. F. C. van Erp Taalman Kip oud voorzitter en erelid van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Zijn verdiensten voor de Maatschappij Geneeskunst werden beknopt doch niettemin veelomvattend geformuleerd in de oorkonde, welke hem ter gelegenheid van zijn benoeming tot erelid bij zijn zeventigste verjaardag door de Algemene Vergadering van 3 juni 1967 werd aangeboden en die luidde: „Gedurende meer dan dertig jaar vervulde hij bestuursfuncties in de Maatschappij en had hij zitting in vele commissies, dikwijls als voorzitter. Groot waren zijn verdiensten voor de volksgezondheid en voor de artsengemeenschap, ook in de oorlogsjaren en de opbouwperiode daarna. In 1948 en 1949 was hij voorzitter van de Maatschappij, in welke functie hij de eeuwfeestviering van de Maatschappij op voortreffelijke en stijlvolle wijze leidde”.

Tot de commissies, in deze samenvatting bedoeld, behoorden onder meer de Commissie Beroepsgeheim, de departementale Commissie geneeskundige verklaringen (verklaringen bij overlijden) aan Justitie en Politie en van de vele bestuursfuncties, welke Van Erp Taalman Kip bekleedde zijn te noemen die van lid van de Raad van Toezicht Nederlandse Ongevallen- en Ziekteverzekering, lid en later erelid van de Artsen Onderlinge. In Arnhem, zijn woonplaats, was hij enkele jaren eerst secretaris, later voorzitter van het afdelingsbestuur en daar leidde hij het Medisch Contact tijdens de bezetting.

In de Algemene Vergadering van juni 1967 geëerdde de toenmalige voorzitter Prof. Dr. W. H. Struben er van bij de benoeming van Van Erp Taal-

man Kip tot erelid der Maatschappij dat die benoeming slechts op zeer bescheiden wijze tegemoet kwam aan het vele en verantwoordelijke werk, de kennis, kunde en energie, welke de nu overledene gedurende zijn leven aan de Maatschappij Geneeskunst heeft gewijd.

Van Erp Taalman Kip was diep doordrongen van de noodzaak van het verrichten van organisatorisch werk ten behoeve van de artsengemeenschap. In die groepsbehartiging is hij een voorbeeldig man geweest, die later met overtuiging heeft gepleit dat uit de gelederen der Maatschappij meer collegae naar voren zouden treden, die zich zouden inzetten de algemene en bijzondere belangen van de groep langs organisatorische weg te dienen en voor te staan.

IN MEMORIAM

Dr. H. J. W. Droogleever Fortuyn

In hoge ouderdom - hij zou over enkele maanden de leeftijd van honderd jaar hebben bereikt - is overleden Dr. H. J. W. Droogleever Fortuyn. Dr. Droogleever Fortuyn was de eerste secretaris in dienstverband van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en trad als zodanig in functie in april 1922. Zijn optreden als secretaris was het gevolg van een ingrijpende reorganisatie van de Maatschappij, toen duidelijk was geworden dat het niet langer mogelijk was de steeds meer omvattende organisatorische arbeid anders tot goede resultaten te leiden dan door instelling van een secretariaat met medewerkers, die zich daarvoor volledig konden inzetten.

Dr. Droogleever Fortuyn is secretaris later secretaris-penningmeester der Maatschappij geweest van 1922 tot 1937. Bij de crematie, die vorige week heeft plaats gevonden, hebben de voorzitter der Maatschappij Dr. L. van der Drift en de secretaris-generaal J. Diepersloot de Maatschappij vertegenwoordigd.

Maatschappij-agenda 1970

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

Gewijzigd beleid van de Afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt inzake de abortusproblematiek

Prof. Dr. G. A. Ladee, psychiater te Rotterdam, schrijft ons:

Ten vervolge op de in september en oktober 1969 in Medisch Contact geplaatste discussie-bijdragen door ondergetekende omtrent de abortus-problematiek (M.C. nrs. 36 en 43/1969, bladzijden 1001 en 1209) en de daarin beschreven procedure voor Rotterdam, georganiseerd vanuit de afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, wil ik gaarne de lezers van Medisch Contact op de hoogte brengen van de onlangs ingestelde wijzigingen.

Op basis van thans ruim 200 uitvoering in teamverband onderzochte gevallen van ongewenste zwangerschap die voor advies naar ons zogenaamde abortusteam zijn verwezen door huisarts en/of gynaecoloog, en de in het merendeel der gevallen plaats gevonden begeleiding na al of niet gewenste en geëffectueerde abortus arte provocatus lege artis, is de overtuiging gegroeid, dat slechts in de minderheid der verwijzingen (en soms spontane aanmeldingen) een uitgebreid onderzoek door team of commissie noodzakelijk is om te komen tot een verantwoord standpunt. Dit hield vaak slechts een bevestiging in van het reeds ruimschoots voldoende gefundeerd inzicht en beoordeling van de verwijzen-de arts.

Wegens het intensieve onderzoek, de daarop volgende teambespreking met huisarts en gynaecoloog en de meermalen gewenste begeleiding na al of niet plaatsvindende abortus arte provocatus, is onze capaciteit beperkt, namelijk 3 gevallen per week. Het gaat echter stellig om een veel groter aantal dan 150 per jaar in de regio Rotterdam, dat voor afbreken van een ongewenste zwangerschap in aanmerking komt. Weliswaar vindt deze ingreep thans herhaaldelijk en uiteraard ook verantwoord en legaal plaats zonder verwijzing naar ons team, toch zullen er minstens honderden zijn, die niet op adequate wijze kunnen worden behandeld.

Mede op grond van het bovenstaande is tot een wijziging in de procedure besloten, waarbij wij ons willen beperken tot intensief eigen onderzoek van die twijfelgevallen, waarbij de verwijzende arts niet tot een indicatiestelling kan komen. In een rondschrijven aan de huisartsen, gynaecologen en zenuwartsen in de regio Rotterdam is deze wijziging in de procedure nader uiteengezet. Aan deze veranderde gang van zaken ligt derhalve een aantal overwegingen ten grondslag:

1. De boven reedsesignaleerde uitgebreide ervaring van ruim 200 gevallen die zorgvuldig zijn onderzocht en merendeels konden worden gevolgd, en

verder ook de enige maanden geleden gestarte systematische follow up (die pas eind 1970 kan worden afgesloten), wijzen in dezelfde richting, namelijk het standpunt vermeld ad 2.

2. Het „ja, tenzij...”-standpunt, begin maart 1970 aldus geformuleerd in het rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie lijkt onzes inziens op basis van de ervaring tot nu toe inderdaad het beste de positieve geestelijke gezondheidszorg te dienen. Wij kunnen ons dan ook volledig achter dit standpunt plaatsen.

3. Reeds destijds gaf ik als mijn mening, dat het instellen van abortuscommissies niet obligaats kan zijn, en als zodanig ook niet in een eventuele aparte wetgeving aangaande legalisering van medisch geïndiceerde abortus dient te worden opgenomen. Indien naar te wensen is, de huidige wetgeving betreffende abortus komt te vervallen, dient er helemaal geen aparte legalisatie van abortus plaats te vinden, aangezien er naar moet worden gestreefd dat abortus provocatus lege artis zijn uitzonderingspositie te midden van alle andere medische handelingen kwijt raakt, met name dus ook in de wetgeving. Dit inzicht is niet nieuw en is meermalen onder andere door Querido naar voren gebracht, recent nog eens heel helder in de „Ziekenfondsgids” (aprilnummer 1970).

Het belang van commissie-besprekingen na onderzoek door een team is van grote betekenis om zo veel en zo diep mogelijk inzicht te verkrijgen in de problematiek, die zich in verband met ongewenste zwangerschap en abortus in toto manifesteert en die pas de laatste paar jaar in Nederland een beetje boven tafel is kunnen komen. In aansluiting daaraan is het nodig, dat vooral de huisartsen enerzijds en de gynaecologen anderzijds door middel van ruime casuïstiek worden geconfronteerd met de multiple factoren en facetten hieromtrent en met de consequenties van wel of géén abortus. Naarmate in een rayon duidelijk meer artsen hiervoor komen open te staan en geïnvolveerd zijn geraakt, dienen team-onderzoek en commissies te worden gereserveerd voor gecompliceerde probleem- en twijfelgevallen. Dit stadium is, in dit rayon althans, naar het mij voorkomt, wel genaderd.

4. Onzerzijds is contact opgenomen met het bestuur van „Stimezo”, nadat wij waren geconfronteerd met een aantal onjuiste berichtgevingen over werkwijze en opinies van het zogenaamde Dijkzigt-abortusteam in onder andere de weekbladders. Het bleek, dat men teleurgesteld was ten gevolge

van de in september 1969 door ondergetekende gepubliceerde duidelijke afwijzing van een speciaal op te richten abortuskliniek in Rotterdam, waar, wat betreft de ziekenhuizen, geen principiële weigering bestaat abortus te laten uitvoeren.

In het contact met het bestuur van „Stimezo” zijn wij er wel van overtuigd geraakt, dat dit initiatief is voortgekomen uit de grote kwantitatieve nood, niet alleen in den lande, maar ook in de regio Rotterdam, mede op basis van een recente enquête, door de medici van dit bestuur gehouden onder Rotterdamse huisartsen. Ook blijkt het bestuur van „Stimezo” zeer expliciet onze mening te delen, dat abortus provocatus een uitgesproken noodmaatregel is en een aanwijzing te meer vormt om preventieve maatregelen, onder andere door extensieve voorlichting over anticonceptie, krachtadig te bevorderen.

Verder was het bestuur van „Stimezo” het geheel eens met onze opvatting dat er grote bezwaren zijn aan te voeren tegen aparte abortusklinieken, waarmee immers een ander taboe kan worden bevorderd; namelijk doordat a) een geconcentreerde separatie van deze hulpverlening ten aanzien van de andere vormen van medische zorg plaatsvindt, b) deze hulpverlening zeer waarschijnlijk buiten de ziekenfonds- en andere verzekeringen zal vallen, c) er een odium op overeenkomstige klinieken in het buitenland rust en d) het voor de patiënten zeer veel moeilijker zal zijn het (medisch) geheim ten opzichte van derden te bewaren. Een aparte abortuskliniek wordt echter door „Stimezo” zelf gezien als een eventueel onontkoombare noodmaatregel om in een, hopelijk zo kortdurend mogelijk tijdperk, toch althans een functie te vervullen ten behoeve van velen die zonder een dergelijke hulpverlening er veel slechter aan toe zijn, doordat zij in hun nood blijven zitten dan wel tot veel minder gewenste maatregelen hun toevlucht zoeken. Tenslotte zou men pas willen starten als de medische zorg volledig verantwoord en overeenkomstig de hoogste eisen die daaraan kunnen worden gesteld, kan worden gegarandeerd.

Indien door onze nieuwe procedure een aparte abortuskliniekoverbodig zal worden, dan zou het bestuur van „Stimezo” dit willen toejuichen. In dit opzicht manifesteerde zich derhalve ook een onduidelijkzinnige communis opinio. Ook dit motief, het steunen van „Stimezo” in haar doelstelling zichzelf zo spoedig mogelijk overbodig te maken wat betreft een aparte abortuskliniek, heeft bijgedragen tot de verandering in onze werkwijze nu. Wij hopen slechts, dat wij aldus weer een kleine stap verder komen in de aanpak van de abortusproblematiek in een tijdperk waarin men aan vrouwen, ook als zij ongewenst zwanger zijn geworden, toch wel een heel wezenlijk aandeel in de bepaling van haar eigen bestaan en toekomstplannen dient toe te kennen.

De hiervoor gegeven uiteenzetting werd in het rondschriften verrat, waarna de slotpassage daarvan luidt:

1. In voor de huisarts zelf reeds duidelijke gevallen, waarin hij abortus geïndiceerd acht, dient hij zelf met zijn of met een gynaecoloog tot de nodige maatregelen te kunnen komen.

2. In een aantal gevallen zal de huisarts of de arts bij wie een zwangere zich meldt, onvoldoende ervaring hebben om een eventuele ambivalentie ten opzichte van een ongewenste zwangerschap te peilen of anderszins onzeker zijn over (contra)indicaties. Hij zal daarbij behoefte kunnen hebben aan een consult of advies voor verdere exploratie en standpuntbepaling. Gaarne willen wij hierbij van dienst zijn door middel van een methode overeenkomstig die welke bekend staat als „Mental Health Consultation”. Zonder de patiënte zelf uitvoerig te hoeven onderzoeken, kunnen daarbij door middel van telefonisch consult of een persoonlijk gesprek na afspraak, wegen voor verder onderzoek, evaluatie van gegevens en zo nodig verder advies worden gegeven. Hiertoe willen wij gaarne een bepaalde tijd per dag reserveren, waarop één der in dit opzicht ervaren medewerkers zich beschikbaar stelt. Door middel van dergelijke „papieren” besprekingen zullen veel meer patiënten van de inmiddels verkregen ervaring kunnen profiteren dan tot nu toe mogelijk was.

3. In twijfelgevallen of zo nodig resulterend uit contacten ad 2. of indien er waarschijnlijk of zeker wel psychiatrische aspecten in engere zin zich voordoen of complicaties in dit opzicht zijn te verwachten, blijft ons team gaarne beschikbaar volgens de reeds bekende procedure, tot een maximum van ongeveer 150 gevallen per jaar (3 per week).

4. De geschetste wijzigingen berusten mede op het expliciet stellen van het reeds vroeger (september 1969) geformuleerde standpunt, dat voor de indicatie van abortus provocatus beoordeling door een commissie, hoe dan ook samengesteld, geen conditio sine qua non is. Team-onderzoek of anderszins specialistisch consult (door psychiater, psycholoog, maatschappelijk werk(st)er of een combinatie hiervan) kan in een aantal gevallen nuttig of gewenst zijn, zonder dat dit obligaaf dient te zijn.

De nieuwe procedure heeft, naar wij hopen, een gereade kans van slagen voor de regio Rotterdam, daar onze ervaring heeft geleerd dat meer huisartsen en meer gynaecologen dan voorheen het geval was, open oog hebben gekregen voor deze problematiek.

Met collegiale hoogachting,
Prof. Dr. G. A. Ladee.

Medical Record Linkage en data-banks

Door Dr. O. Fokkens

„Each person in the world creates a book of life. The book starts with birth and ends with death. Its pages are made up of the records of the personal events in life. Record linkage is the name given to the process of assembling the pages of this book into a volume.” (H. L. Dunn 1946).

Met dit citaat begint het in 1967 verschenen boek „Medical Record Linkage” van E. D. Acheson, waarin verslag wordt gedaan van de zogenaamde „Oxford Record Linkage Study”. In dit Oxford-project wordt getracht gegevens te koppelen die beschikbaar komen bij respectievelijk geboorte, bevaling, ontslag na verblijf in het ziekenhuis en overlijden. Voor dit doel is de medewerking gezocht van ziekenhuizen, vroedvrouwen, verloskundige klinieken en de Registrar General, die gegevens over geboorte en overlijden verstrekt en de adressen. Tot nog toe hebben de resultaten zich beperkt tot statistisch onderzoek. Op langere termijn wordt wel gedacht aan informatie ten behoeve van de behandelende arts.

De huidige situatie in Nederland leent zich maar zeer ten dele voor medical record linkage. Er zijn weinig bronnen waaruit gegevens van patiënten in een voldoende gesystematiseerde vorm beschikbaar komen. De organisatie voor het verzamelen van gegevens van patiënten ontbreekt in de meeste gevallen nog vrijwel volledig. De uniformiteit van codering is nog lang niet bereikt.

Eén van de weinige bronnen, die wel een systematische informatie van patiënten opleveren, zijn de ziekenhuizen, althans wat betreft de opgenomen patiënten. De Stichting Medische Registratie vervult al jaren de functie van centraal instituut waar de gegevens bijeen komen en worden verwerkt. Het is dus voor de hand liggend dat hier een uitgangspunt wordt gezocht voor record linkage.

Het is wenselijk onderscheid te maken tussen het aan elkaar verbinden van records die gelijksoortig en die ongelijksoortig zijn. Een record linkage gebaseerd op de medische registratie in zijn huidige vorm heeft betrekking op gelijksoortige records. In het Oxford-project worden ongelijksoortige records, afkomstig uit verschillende bronnen (ziekenhuizen, Registrar General, enz.) verbonden. De technische en organisatorische problemen van linkage van heterogene records zijn uiteraard groter dan die van homogene records.

Gegevens die wel en die niet te krijgen zijn

In de discussie over de wenselijkheid, respectievelijk toelaatbaarheid van record linkage en data-banks is tot nog toe vooral aandacht geschonken aan de verdeling van patiënten-gegevens in groepen die met meer respectievelijk minder voorzorgen

moeten worden omgeven. Een element, dat nog buiten beschouwing bleef, is de praktische verkrijgbaarheid van de gegevens. Uiteraard is deze gebonden aan de ontwikkeling van het medisch-administratieve apparaat in de ziekenhuizen. Gesteld kan worden dat het ponsdocument van de medische registratie vrij zuiver weergeeft welke informatie als routine in het grote merendeel van de ziekenhuizen verkrijgbaar is.

De ervaring heeft geleerd dat zelfs geringe uitbreidingen op grote moeilijkheden kunnen stuiten.

De inhoud van de centrale verwerking zal dus niet kunnen worden vergroot zonder verdere ontwikkeling van het interne medisch-administratieve apparaat van het ziekenhuis. Dit is echter een proces dat verscheidene jaren in beslag zal nemen.

Beroepsgeheim

De schaalvergroting, die zich voordoet bij invoering van een medische data-bank, geeft aanleiding tot een discussie over het beroepsgeheim, die sterke analogie vertoont met die, welke enkele jaren geleden werd gevoerd over de centrale archivering binnen het ziekenhuis. De principiële zijde van deze beroepsgeheimvragen laten wij hier gaarne buiten bespreking. Kortbeek heeft hieraan ruime aandacht gegeven in het voorgaande nummer van M.C.

Het is echter van belang te realiseren dat het antwoord niet alleen een eventueel nieuw te vormen data-bank raakt, maar ook vele reeds aanvaarde vormen van medische berichtgeving. Men denke aan de zich ontwikkelende huisartsen-registratie, waarbij de identiteit van de patiënt al wordt verwerkt en vooral ook aan de omvangrijke stroom van gegevens over diagnoses en verrichtingen die de betalende instanties bereikt. Het is dus geen novum dat zich voordoet. Men is zich slechts bewust geworden van een reeds lang bestaand verschijnsel.

Computergeheugens

De massa van de gegevens die beschikbaar komen via de medische registratie is zo groot, dat gebruik van machinale geheugenvormen als noodzakelijk moet worden beschouwd. Voor een data-bank kan echter geen gebruik worden gemaakt van de betrekkelijk goedkope magneetbanden, omdat het opzoeken van de gegevens van iedere individuele patiënt dan eist dat telkens de magneetband wordt afgelezen tot het gezochte record is bereikt. Voor een data-bank moet daarom gebruik worden gemaakt van een geheugenvorm, die, evenals een kaartsysteem, op iedere plaats even goed toegankelijk is. Voldoende betrouwbare direct (random) toegankelijke computergeheugens vindt men in de

vorm van de zogenaamde „disk-units”. Deze zijn echter te kostbaar om een ongelimiteerde vastlegging van patiëntengegevens praktisch uitvoerbaar te maken. Andere random geheugenvormen zoals de magneetkaartgeheugens, zijn wel goedkoper, maar verre van betrouwbaar, zodat gebruik voor medische doeleinden als niet verantwoord moet worden beschouwd.

Dit dwingt er dus toe bij de opzet van een medische data-bank de vast te leggen gegevens zorgvuldig te selecteren en deze in een zo compact mogelijke vorm op te slaan.

Drie opdrachten voor de Centrale Raad voor de Volksgezondheid

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft een drietal verzoeken aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid gedaan, aldus blijkt uit een persbericht van het ministerie.

In de eerste plaats heeft de staatssecretaris advies gevraagd omtrent de specifieke vraagstukken rond de geneeskundige verzorging in recreatiegebieden. In een hem door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid aangeboden rapport werd gesteld, dat de recreatie en de geneeskundige verzorging van tijdelijk onder ongebruikelijke omstandigheden levende grote groepen een afzonderlijke en duidelijk groeiende problematiek vormt. Nader zou moeten worden beoordeeld, aldus dit rapport, of het noodzakelijk is, voor kampeerplaatsen en dergelijke concentraties tijdelijk een behandelende arts aan te stellen. Deze zou over een specifieke outillage moeten beschikken en er zouden goed geregelde verbindingen moeten bestaan met instanties die hulp kunnen verlenen welke niet ter plaatse zou kunnen worden geboden. Inrichting van posten die als een soort ziekenhuis zouden fungeren, zoals in Frankrijk langs de grote toeristenroutes wel is gedaan, wordt in dit rapport in Nederland met zijn korte afstanden en goed geregelde verbindingen niet noodzakelijk geacht.

De bewindsman tekent hierbij aan, dat concentratie bij recreatie inderdaad ook andere dan hygiënische aspecten heeft waaraan uit het oogpunt van de volksgezondheid aandacht zou dienen te worden besteed. Het gaat hierbij volgens hem niet alleen om hen die recreatie zoeken. Het gaat ook om de bevolking in en rondom de recreatiegebieden. Hij vraagt de Centrale Raad na te willen gaan of, en zo ja, welke maatregelen nodig zijn om de volksgezondheid te waarborgen. Dr. Kruisinga wijst er ook nog op, dat de Wet hygiëne kampeerplaatsen regels geeft over de hygiëne op en in kampeerplaatsen. Eveneens merkt hij op, dat de Nederlandse Kampeerraad in zijn „Richtlijnen inzake beheer en inrichting van kampeerplaatsen” eisen aanbeveelt ten aanzien van ziekenzaal en E.H.B.O. Bij de behan-

Conclusie: Een medische data-bank is voorlopig alleen te realiseren uitgaande van de bestaande medische registratie. De keuze van de beschikbaar komende gegevens wordt beperkt door de nog bestaande medisch-administratieve beperkingen in het merendeel van de ziekenhuizen. Deze systematisch beschikbaar komende gegevens zullen zelden of nooit behoren tot de categorieën die door Kortbeek worden aangeduid als confidentieel of strikt privaat en evenmin tot de groep van psychosociale gegevens.

deling van dit vraagstuk is, aldus het communiqué, nauwe samenwerking met de vertegenwoordigers uit de sectoren recreatie en maatschappelijk werk geboden.

Het tweede verzoek, dat Dr. Kruisinga aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft gedaan betreft de terminologie van inrichtingen voor de volksgezondheid. Hierin verzoekt de staatssecretaris de raad, na te gaan of de nomenclatuur van inrichtingen op het gebied van de gezondheidszorg aanvulling behoeft. De raad bracht al een keer, en wel in 1964, advies uit over deze nomenclatuur. Dat advies heeft intussen al in belangrijke mate bijgedragen tot het krijgen van meer eenheid in de gebezigde terminologie. In de laatste vijf jaar heeft het inrichtingswezen echter een snelle ontwikkeling doorgemaakt. Er zijn nieuwe typen van inrichtingen en varianten van bekende inrichtingen ontstaan, waarmee in het advies van 1964 nog geen rekening kon worden gehouden. Voorbeelden zijn de psychiatrische dagziekenhuizen en enkele andere voorzieningen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid.

Dr. Kruisinga merkt hierover op, dat het vooral ook in het kader van de uitvoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten wenselijk lijkt, dat alle betrokken instanties eenzelfde terminologie gebruiken. De Ziekenfondsraad wees hem er onlangs bijvoorbeeld op, dat ten aanzien van de typering van inrichtingen voor gezondheidszorg door de Ziekenhuiscommissie een andere terminologie wordt gehanteerd dan in het kader van de Ziekenfondswet of de A.W.B.Z. gebruikelijk is.

Tenslotte heeft de staatssecretaris een nader advies gevraagd over enkele aspecten van de eerste hulp bij ongevallen. Hij wijst er daarbij op, dat een wetsontwerp betreffende het ambulancevervoer thans bij de Staten-Generaal in behandeling is en dat een door hem ingestelde Coördinatiecommissie Opvang Ongevalsslachtoffers in ziekenhuizen die specifieke problematiek onder handen heeft. Daarbij lijkt een nader advies betreffende eventuele aanvullende regelingen voor de medische hulpverlening mogelijk gewenst. Het is hieromtrent, dat het nader oordeel van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid wordt gevraagd.

Tekort aan anesthesisten en inschakeling van „narcose-broeders”

Het Tweede Kamerlid de heer Diepenhorst (A.R.P.) heeft de volgende schriftelijke vragen gesteld:

1. Is het de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid bekend dat

a. er een ernstig tekort in Nederland bestaat aan anesthesisten;

b. als gevolg daarvan in toenemende mate hulpkrachten „narcosebroeders” moeten worden ingeschakeld;

c. er echter geen erkende opleiding van dergelijke hulpkrachten bestaat met omschreven opleidingseisen en daarna met omschreven bevoegdheden;

d. er daardoor in de eerste plaats gevaren ontstaan voor de patiënten;

e. en vervolgens zich problemen van verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid kunnen voordoen voor de chirurg, voor de anesthesist, voor de „narcosebroeder” en voor het ziekenhuis (bestuur en directie) waarbinnen de behandeling plaatsvindt?

2. Zo ja, wat wil de staatssecretaris doen om hierin verbetering te brengen?

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft hierop geantwoord dat het hem bekend is dat er bij de ziekenhuizen vacatures bestaan voor specialisten, waaronder een aantal voor anesthesisten. Volgens de gegevens, vervat in het in november 1969 uitgebrachte rapport van de Stichting Nationaal Ziekenhuisinstituut getiteld „Bezetting van de medische staven in algemene ziekenhuizen per 15 augustus 1969”, bedroeg het aantal vervangingsvacatures voor specialistenfuncties op die datum 3,2 procent van de volledige bezetting. Het aantal uitbreidingsvacatures bedroeg 4,3 procent.

Van het totaal aantal vacatures voor specialistenfuncties heeft circa 16 procent betrekking op anesthesisten.

Bij de steeds voortdurende vooruitgang van de medische wetenschap komen steeds nieuwe specialisaties in de geneeskunde tot stand. Bij vele van deze nieuwe specialisaties ontwikkelt zich door een bijzondere vooruitgang binnen het specialisme vaak een snelle soms explosieve vraag naar medische hulpkrachten voor een dergelijk onderdeel. Bij een ontwikkeling zoals die zich thans op tal van deelgebieden van de medische, de paramedische en de verpleegkundige zorg voordoet kan niet altijd in iedere sector van deze zorg aan een zich snel ontwikkelende vraag worden voldaan. Zulks ook omdat zich regelmatig nieuwe onverwachte ontdekkingen op medisch terrein voordoen die niet zijn te voorzien.

Het verschijnsel van een tekort aan vrouwkracht en mankracht in de volksgezondheidssector beperkt

zich derhalve niet tot het deelgebied van het specialisme der anesthesie. Het is een uitingsvorm, een aspect van de zeer snelle ontwikkelingen die zich op het terrein van de volksgezondheid voordoen.

Deze betekenen dat, ondanks een van jaar tot jaar sterk toenemend personeelsbestand, in vrijwel alle sectoren van werkers op het terrein van de gezondheidszorg er toch een relatief tekort blijft bestaan. De toenemende behoefte wordt als gesteld in het onderhavige geval voornamelijk door de snelle ontwikkeling van medische wetenschap en de toepassingsmogelijkheden daarvan veroorzaakt.

Daarnaast spelen ter zake van de behoefte aan vrouw- en mankracht ook andere factoren een rol. Van die andere factoren mogen hier bijvoorbeeld worden genoemd: 1. de veroudering van de bevolking; 2. schadelijke gevolgen van een stijgende welvaart voor de gezondheidszorg, zoals die, veroorzaakt door verkeersongevallen en ongezonde leef- en voedingsgewoonten; 3. het toenemend arbeidsintensieve karakter van de gezondheidszorg door een verbetering van de kwaliteit van die zorg; 4. toenemend beroep wat vanuit de verschillende bevolkingsgroepen op de gezondheidszorgdiensten bij een stijgende welvaart wordt gedaan en die op zich een toegenomen consumptie per hoofd van de bevolking in deze sector tot gevolg heeft.

Deze vier factoren spelen naast de snelle ontwikkeling van medische wetenschap en technologie bij het ontstaan van het structurele tekort in deze sector een rol.

Het tekort aan anesthesisten is in die zin een enkel facet van een vraagstuk van grotere omvang en van naar verwacht mag worden toenemende betekenis.

Het aantal gespecialiseerde anesthesisten is de laatste 5 jaren met 20 procent gestegen en wel van 221 in 1965 naar 272 in 1970. Het aantal buitenlandse anesthesisten die met vergunning in ons land zijn toegelaten steeg in die 5 jaren van 10 tot 85 in 1970.

Ten aanzien van het inschakelen van zogenaamde narcosebroeders maakt het vanzelfsprekend groot verschil waarvoor men deze krachten, de zogenaamde narcosebroeders, die door de Katholieke Unie van Verpleegkundigen en Verzorgenden worden aangeduid als anesthesie-verpleegkundige, inzet. Men zal daarbij moeten letten op de genoten opleiding, de opgedane routine en de te verrichten handelingen.

Een aantal ziekenhuizen waarin operaties plaatsvinden, heeft niet de beschikking, althans niet permanent, over een of meer anesthesisten. In die gevallen wordt, indien de operatie niet kan worden uitgesteld en het ziekenhuis voor de ingreep ge-

outilleerd is, doorgaans narcose gegeven door specialisten-niet-anesthesisten en ook wel door huisartsen.

Het geheel zelfstandig en volledig narcose geven door goed opgeleide of geroutineerde niet-artsen onder leiding van de operateur komt op het totaal aantal verrichtingen in geringe mate voor.

Aangenomen kan worden dat, naarmate het tekort aan anesthesisten vermindert, het inschakelen van narcosebroeders voor het zelfstandig toedienen van narcose in afnemende mate zal plaatsvinden.

Hetgeen echter op veel ruimer schaal geschiedt en meer een permanent karakter vertoont is de inschakeling van de narcosebroeder ter assistentie van de anesthesist onder wiens leiding en controle en op wiens aanwijzingen hij werkt. Assistentie van de anesthesist is onvermijdelijk. Het spreekt echter vanzelf dat voor deze assistentie slechts behoorlijk opgeleide krachten dienen te worden ingezet.

Ook dit vraagstuk dient echter in een breder verband te worden beschouwd. Het beschreven structurele tekort aan mankracht in de medische sector

vereist een optimale aanwending hiervan. Dat betekent dat een periodieke heroriëntatie en functieanalyse van de te verrichten werkzaamheden zal moeten plaatsvinden. Het zich wijzigend patroon van behoeften in de gezondheidszorg en de voortdurende wijzigingen in de techniek van de beroepsuitoefening vereisen zowel regelmatige aanpassing van de verschillende opleidingen als regelmatige herbezinning op de functies die ieder der deelgenoten van het totale arbeidspotentieel in deze sector vervult. Het betekent ook dat minder gecompliceerde handelingen, naarmate zij meer en meer tot routine zijn geworden, niet door hoger gespecialiseerd personeel maar meer op de specifieke taak getraind kunnen worden uitgevoerd.

Een en ander is uitvoerig aan de orde geweest tijdens de technische discussies bij de 23ste Assemblee van de Wereldgezondheidsorganisatie, 7 en 8 mei jl. te Genève gehouden. Dit rapport concludeert in dit verband tot: 1. een regelmatig onderzoek naar de relaties van de opleiding tot de wijziging in beroepsuitoefening; 2. een noodzakelijke uniforme beleidsvisie voor degene verantwoordelijk voor de beroepsuitoefening en de opleiding; 3. een nauwkeurig onderzoek naar de effecten van een wijziging in de opleiding voor de beroepsuitoefening.

Conform de aanbevelingen van dit rapport worden ook in ons land maatregelen voorbereid.

Het is juist dat er geen formeel officiële opleiding van narcosebroeders bestaat met omschreven opleidingseisen en daarna met omschreven bevoegdheden. Het aantal gespecialiseerde hulpkrachten overtreft echter verre dat der niet-gespecialiseerden. De gespecialiseerden hebben een goede opleiding achter de rug. Opleidingen op grote schaal worden reeds enige jaren gegeven te Nijmegen, te Heerlen, aan de Vrije Universiteit en aan het Academische Ziekenhuis Dijkzicht. De resultaten van die opleidingen mogen zeer positief worden beoordeeld.

Het inschakelen van narcosebroeders, mits dit geschiedt op een met inachtneming van alle omstandigheden verantwoorde wijze, brengt geen bijzondere gevaren voor de patiënten met zich. Menselijke fouten worden overigens door werkers van elk opleidingsniveau gemaakt.

Problemen van verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid of — om het anders te stellen — van civielrechtelijke, van strafrechtelijke en van tuchtrechtelijke aard kunnen zich overigens ook voordoen indien de anesthesist niet geassisteerd zou worden door een narcosebroeder en gedurende de anesthesie een ongunstige wending optreedt.

De staatssecretaris deelt tenslotte mede dat hij op 18 juni 1968 tot de voorzitter van de Gezondheidsraad een verzoek heeft gericht over deze materie advies uit te brengen. Het is hem bekend dat het rapport, dat veel concrete gegevens zal bevatten, op zeer korte termijn zal worden uitgebracht. De staatssecretaris stelt zich voor, na bestudering van evenbedoeld rapport op deze materie terug te komen.

Samenwerking Nederland-Israël inzake volksgezondheid

De komende twee jaar zal in Nederlands-Israëlsche samenwerking een aantal wetenschappelijke projecten worden uitgevoerd, die van direct praktisch belang voor de volksgezondheid kunnen zijn. Gedacht wordt in de eerste plaats aan een uitwisseling van wetenschappers die werkzaam zijn in de nationale instituten die zich bezig houden met de volksgezondheid. Overleg tussen de staatssecretaris van Sociale Zaken, Dr. R. J. H. Kruisinga, en de ambassadeur van Israël heeft geresulteerd in het volgende lijstje van onderwerpen, die eerst zullen worden ter hand genomen:

I. Experimenteel onderzoek van de remming van de homografftreactie door antilympositenserum.

II. Isolatie van de actieve humorale factor van de thymus.

III. Causale factoren bij het ontstaan van leukemie door straling.

Het eerste onderwerp beoogt, bij de produktie van het antilympositenserum tot een betere kwaliteit van het serum te komen. Dit serum is een onmisbaar element bij orgaantransplantaties.

Het tweede onderwerp werd gekozen om een beter inzicht te krijgen in de mogelijkheden hoe de afweer vermogens bij de mens tegen infecties en aangeboren afwijkingen te verhogen.

Het laatste onderwerp is gekozen om de bijdrage te leveren bij het vinden van de oorzaken van leukemie door straling. Het is bij sommige diersoorten (muizen) reeds aangetoond dat een virus leukemie veroorzaakt; bij mensen is dit nog niet aangetoond.

Voorlichting aan patiënten met hartinfarct kan angst en misverstand wegnemen

De mens die een hartinfarct of hartaanval heeft doorgemaakt moet enkele dingen weten: wat is een hartinfarct, hoe geneest dit? hoe moet men daarna leven, werken, zichzelf zijn? Hierover zijn de laatste jaren inzichten gerijpt, die geheel afwijken van de oude opvatting, dat iemand die een hartinfarct heeft gehad gedurende zijn verdere leven voorzichtig moet zijn, kalm aan moet doen, niet meer werken kan, enz. Deze „antieke” opvattingen zijn gebaseerd op angst, angst voor herhaling van een leven bedreigende ziekte, angst voor de dood, angst voor het uitgeschakeld worden als lid van de maatschappij.

Angst is een slechte raadgever, zeker voor de hartpatiënt, en leidt tot opvattingen die volkomen onverantwoord zijn. Bijvoorbeeld:

1 wie na zijn hartaanval uit het ziekenhuis ontslagen is, kan zijn werkkring wel afschrijven;

2 wie thuis komt uit het ziekenhuis na een hartinfarct moet worden ontzien, mag zich vooral niet inspannen of opwinden, moet rust houden, wordt „in de watten gelegd”. Wie aldus door zijn omgeving wordt vertroeteld, raakt echter zijn gevoel van eigenwaarde volkomen kwijt, voelt zich nietswaardig, ergert zich daar mateloos aan, wordt een last voor zichzelf en zijn gezin. Aan het ontstaan van deze situaties hebben ook artsen zich schuldig gemaakt, zonder dat hen daarvoor blaam treft. Wij wisten niet beter, wij waren wetenschappelijk nog niet ver genoeg. Wij weten nu beter: uit eigen ervaring en uit gegevens die ons uit het buitenland, waar de patiënten met hetzelfde probleem worstelen, bereiken. Daarom ontvangt U dit schrijven, waarvan wij hopen, dat het U bij het overwinnen van Uw moeilijkheden kan helpen, en dat U daarom goed moet bestuderen. Als er voor U na lezing nog vragen overblijven, kunt U zich daarmee wenden tot het revalidatie-team. Daarover hieronder meer.

A. Het hartinfarct

Het hart is een holle spier, die het bloed door het lichaam pompt om voedingsstoffen en zuurstof in al onze weefsels te brengen. Het klopt ongeveer 70 maal per minuut, en de hoeveelheid bloed, die het hart per etmaal doorpompt is voldoende om een tankwagen te vullen. En dit gaat zo door, 365 dagen per jaar, 80 jaar lang als wij het mogen beleven. Het hart levert dus een onvoorstelbare hoeveelheid energie. Die energie wordt voor de hartspier ook weer door het hart zelf aangevoerd door slagaderen de zogenaamde kransslagaderen, die de hartspier van de nodige hoeveelheid bloed voorzien. Deze kransslagaderen vertakken zich door de gehele hartspier, opdat geen stukje hartspierweefsel tekort komt. Zo is de toestand in een gezond hart.

UW HARTINFARCT. WAT NU?

Angst en misverstand vormen een belangrijke barrière voor een goede fysieke revalidatie van patiënten met een hartinfarct. Uitgaande van zijn bevindingen dienst aangaande schreef collega W. J. Verkaden, revalidatie-arts van het Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht, een stuk dat aan de patiënten wordt meegegeven. Tevens geeft hij tijdens massazittingen voorlichting aan patiënten en hun familie; voor deze bijeenkomsten bestaat tot buiten de kring van genodigden belangstelling. Opzet is, hartpatiënten wegwijs te maken in een behandeling die op moderne inzichten steelt en die vanaf de eerste dag een doorbraak betekent van het rust-roest-systeem. Collega Verkadens artikel wordt hierbij afgedrukt ten behoeve van die artsen die zich met revalidatie bezighouden. Men kan het zien als een vervolg op een artikel over cardiac care in M.C. nr. 38/1969, blz. 1067, van de hand van Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, hoofd van de cardiologische afdeling van het Sint Antonius Ziekenhuis. Ook deze stipte de mogelijkheid van vroege revalidatie aan. Verder zij verwezen naar een publikatie van de Revalidatiecommissie van de Nederlandse Hartstichting betreffende een onderzoek naar de behoefte aan revalidatie van hartpatiënten in M.C. nr. 44/1969, blz. 1245.

Raakt nu een van de takjes van de kransslagaderen verstopt, dan ontvangt het daardoor gevoede deel van de hartspier geen of te weinig bloed meer; het wordt lam gelegd en sterft af. Anders gezegd: er ontstaat een wond in de hartspier. Dit is een hartinfarct. Het hangt ervan af waar dit hartinfarct in de hartspier ontstaat, en hoe groot dit hartinfarct is, of de patiënt deze toestand overleeft. Wie dit overleeft, en dat is gelukkig het geval bij de meeste gevallen waar een hartinfarct optreedt, krijgt de tijd voor wondgenezing. Elke wond geneest, en in dit opzicht is het hartinfarct te vergelijken met een snee in de vinger. Na een bepaalde tijd is de genezing een feit, of het nu een vinger of een deel van de hartspier betreft.

B. Wondgenezing; genezing van het infarct

Bij elke verwonding zorgt het lichaam voor repa-

ratie. Aan het einde van die reparatie zijn wij in het gelukkige bezit van een litteken. In de beschadigde vinger worden tussen de wondranden vezels gevormd, zogenaamde bindweefselvezels. Deze kunnen het beste worden vergeleken met de vezels waaruit bijvoorbeeld pezen zijn opgebouwd; pezen vormen een van de sterkste weefsels die ons lichaam rijk is. Bovendien zijn deze vezels stevig in hun omgeving verankerd. Voor het zo in een vinger ontstane litteken is niemand bang. In de hartspeer speelt hetzelfde proces zich af; er ontstaat een sterk litteken op de plaats van het infarct, en angst voor dit litteken is volkomen overbodig. Gemakkelijk gezegd? leest U verder!

C. Oorzaken van het hartinfarct

Het is nu wel bekend, wat de voornaamste factoren zijn:

- 1 bewegingsarmoede;
- 2 te vet en te veel eten;
- 3 roken, vooral het roken van sigaretten;
- 4 geestelijke spanningen, het niet kunnen verwerken van de „bedreigingen” van het dagelijks leven; daarbij kunnen komen: bloeddrukverhoging en suikerziekte, die echter tegenwoordig goed te behandelen zijn!

Als U het goed beschouwt, ziet U hierboven niet anders vermeld dan een viertal welvaarts-verschijnselen, hoewel in punt 4 juist armoede-verschijnselen een grote rol kunnen spelen. Bewegingsarmoede zien wij bijvoorbeeld bij de man, die na een goed diner ter meerdere glorie van zijn lichaamsgewicht zijn buikje achter het stuur van zijn auto wringt om honderd meter verder een brief te gaan posten. Voor lichaamsbeweging of sport „heeft hij geen tijd”. Een slecht excuus voor iemand, die zijn dagindeling niet op de juiste manier kan organiseren. Het genuttigde vet wordt voor een deel omgezet in stoffen die zijn slagaderen, ook die van zijn hartspeer, doen vervetten, verkalken en verstopen. De twee pakjes sigaretten die hij per dag rookt zorgen wel voor vernauwing van diezelfde bloedvaten, want nicotine werkt vernauwend op bloedvaten. En zijn spanningen komen vaak voort uit gebrek aan organisatie-talent, hij cultiveert ze vanuit zijn verantwoordelijkheidsgevoel ten opzichte van zijn bedrijf, zijn personeel, soms zijn eigen ik. Hij is op de verkeerde weg, beseft dat vaak ook wel, maar doet er niets aan, dat wil zeggen: niets gezonds. Als hij pijn op de borst krijgt vraagt hij de dokter om pilletjes om die pijn te bestrijden. Hij komt niet toe aan een levenswijze die de oorzaak van die pijn zou kunnen wegnemen. En niemand neemt hem dit kwalijk, want hij moet dikwijls vergaderen, besprekingen voeren, autorijden, jachten, na een goede maaltijd veel sigaretten rokend zich buiten zijn normale werktijden aan de vergadertafel zenuwachtig maken over wat al niet. Misschien zijn er ook huwelijksproblemen, problemen met de opvoeding en de slechte 'schoolresultaten van kinderen die niet aan de lei-

band van hun betweters van ouders willen lopen. Of er zijn financiële problemen, of ziekten in het gezin, of andere dingen die hem niet loslaten. Het is allemaal zo begrijpelijk en zo jammer.

Is het nu te laat voor U? U hebt een hartinfarct. U komt straks thuis en zult worden beschermd door Uw echtgenoot/echtgenote en andere huisgenoten, Uw werkgever en anderen die het goed met U menen en U Uw welverdiende rust gunnen, of U die rust — met de beste bedoelingen — zullen aanpraten. U gaat in de watten worden gelegd. Ook dit is begrijpelijk. Ook dit is jammer.

*
**

Overzien wij de situatie. Ten eerste: Uw hartinfarct is na ongeveer zes weken genezen. Het ontstane litteken is sterk, en dat moogt U vergeten. Ten tweede: U staat na genezing van het infarct dus op gelijke voet met mensen die geen infarct hebben gehad, echter met één achterstand: U hebt door het krijgen van een infarct bewezen, dat ergens de bloeddoorstroming van Uw hartspeer tekort is geschoten. Ten derde: U moet, evenals alle anderen die nog geen infarct kregen, zorgen, dat U geen infarct (geen volgend infarct) krijgt. Ten vierde, en dat is de logische conclusie uit het voorgaande: U moet leven op een wijze, die de oorzaken van het ontstaan van een hartinfarct zoveel mogelijk uitsluit: geen bewegingsarmoede, wel dus lichaamsbeweging, lichamelijke inspanning, niet vet en niet veel eten, niet roken, Uw spanningen met verstand de baas zien te worden.

Het laatste is het moeilijkst en voor iedereen verschillend. Het roken afschaffen is moeilijk. Dit lukt alleen, als U radicaal stopt, en op het moment dat U het roken staakt, duidelijk met Uzelf afsprekt, dat U morgen niet tegen Uzelf zeurt, dat U zo graag één sigaretje zou roken. Lukt U dit, dan hebt U een aantal moeilijke weken, U bent niet te genieten voor Uw omgeving, maar uiteindelijk bent U er blij mee dat U het roken hebt afgeschaft. Nog afgezien van de f 1,75 per pakje die U iedere dag of twee maal per dag aan betere zaken kunt besteden.

Er worden teams gevormd voor de medische behandeling en de revalidatie van hartpatiënten. Er is nu in Nederland een aantal teams met man en macht aan het werk, om de bovengeschetste denkbeelden in praktijk te brengen. Een praktijk, die alleen succes afwerpt, als de voornaamste medespeler van het team: de hartpatiënt, goed meewerkt, en niet alleen de hartpatiënt maar ook zijn vrouw, of haar man. Een hart-revalidatie-team bestaat meestal uit de volgende personen:

hartspecialist
psycholoog
revalidatie-arts
hoofd van de afdeling fysiotherapie
fysiotherapeuten
arbeidstherapeute
maatschappelijk werkster

hoofd van de arbeidskundige dienst van de GMD secretaresse
en niet te vergeten: tientallen mensen die een hartinfarct hebben gehad.

Deze team-werkers controleren, bepalen maximale belastingsmogelijkheden (wat kan een patiënt, of ex-patiënt maximaal presteren), trainen, bemiddelen bij arbeidsproblemen, begeleiden, sturen maatschappelijk bij waar dat nodig en mogelijk is, enz. enz. Wat tot nu toe op de ex-hartinfarct-patiënt waarschijnlijk het meest indruk heeft gemaakt, is de training die wordt gegeven aan hen die dat nodig hebben om de conditie van de hartspier op te voeren onder leiding van enkele fysiotherapeuten, die precies uitgerekende en gecontroleerde hoeveelheden energie laten presteren op de zogenaamde fiets-ergometers, en gymnastische oefeningen leiden, gedurende bepaalde perioden.

Het opvallende is, dat diegenen, die na hun infarct deze programma's afwerken, daarbij prestaties leveren die zij in jaren niet gepresteerd hebben (dat wil zeggen lichamelijk) en waar menig behandelend arts geen kans toe zou zien! Het volgende opvallende is, dat de mensen die trainen, en daarbij zoals gezegd dikwijls goede resultaten leveren, thuis niets mogen doen, behalve zitten, hun krant lezen, op hun wenken worden bediend en zich vervelen. Zij mogen nog geen spijker in de muur slaan zonder dat het gezin in paniek raakt. Dit zijn feiten die ons herhaaldelijk uit de praktijk gebleken zijn! Onnodig te zeggen, dat iemand die bij de training goede prestaties levert zich thuis niet aan een volledig nietsdoen mag overgeven. En nu D.: Uw leefregels.

D. Leefregels

1 Laat dit overzicht lezen aan Uw huisgenoten en anderen die met Uw lot begaan zijn.

2 Bestrijd de bewegingsarmoede. Neem Uw hobby's weer op: werk in Uw tuin, knutsel, fotografeer, wandel, fiets als het goed weer is, en als U bouwvak-kundige neigingen hebt: schilder, behang en timmer in Uw huis; laat U niet in ledigheid vertoeftelen.

3 Schaf het roken af.

4 Houdt U aan Uw dieet, vermijdt vette spijzen.

5 Probeer zo spoedig mogelijk weer aan het werk te gaan, hetzij in Uw huishouden hetzij in Uw baan, desnoods voor halve dagen, als dat mogelijk is.

Enkele vragen die herhaaldelijk opkomen vindt U hieronder beantwoord.

A Geslachtsverkeer: is dat toegestaan? Het ant-

woord luidt: Ja; maak op dit punt van Uw huwelijk geen kunstmatige en tot spanningen aanleiding gevende aangelegenheid.

B Als ik pijn krijg in de hartstreek, benauwd wordt, of abnormaal moe; ga ik dan niet te ver? Het antwoord luidt: Pijn in de hartstreek, de zogenaamde angina pectoris, is een bewijs, dat de hartspier bloed tekort komt, of anders gezegd, dat de hartspier om bloed vraagt. Dit laatste is op zichzelf gunstig. Het vermijden van een hartinfarct is het best gediend met een goede bloeddoorstroming van de hartspier. Komt U — en dat blijkt uit die pijn — bloed tekort, dan kunt u dat tekort aanvullen door het bekende tabletje onder de tong te laten smelten; dit heeft de prettige eigenschap, dat het de bloedvaten van het hart verwijdt en zo voor een betere bloedtoevoer zorgt. Een vraag daarbij is weer: hoeveel tabletjes mag ik per dag gebruiken? Moet ik mij niet beperken tot 2 of 3 tabletten per dag? Neen! U kunt beter vijf tabletten teveel gebruiken, dan één te weinig. Desnoods gebruikt U er tien per dag. De tabletten zijn onschadelijk en zij leiden niet tot verslaving. Nog een opmerking hierbij: zorg, dat U deze tabletten altijd en overal bij U hebt, opdat U niet misgrijpt als het zover is. Een dame met drie handtasjes heeft dus drie buisjes met tabletten, in elk handtasje één.

Wat de andere genoemde moeilijkheden betreft: benauwdheid, sterke vermoeidheid, en de niet genoemde afwijking: onregelmatige polsslag en hartkloppingen. Consulteer daarvoor Uw arts. Raak niet in paniek. Daar is geen rede voor, want de arts is geheel op de hoogte van de toestand van Uw hart en maakt met U afspraken voor controle voor zover hij dat nodig oordeelt. Maakt U zich ongerust, dan kunt U een tussentijdse afspraak maken; vergeet vooraf niet, Uw huisarts te consulteren. Op Uw persoonlijke vraagstukken, bijvoorbeeld wat betreft werkhervatting in een bepaalde functie, kan in dit algemeen bestek niet worden ingegaan. Dat ligt voor een ieder weer anders.

U dient deze uiteenzetting te zien als een algemene richtlijn, waarop uiteraard uitzonderingen zijn. Voor zover er voor U vraagpunten bestaan, die niet aan de orde in dit geschrift kwamen, kunt U contact opnemen met Uw arts of leden van het hart-revalidatie-team, die U naar vermogen in de problematiek van Uw dagelijkse leven zullen trachten bij te staan. Als U zich afvraagt, wat hier nu eigenlijk staat, dan komt het hier op neer: doe gewoon.

W. J. Verkaden
hoofd van de afdeling
Revalidatie van het
Sint Antonius Ziekenhuis

DE BEROEPSOPLEIDING TOT HUISARTS

Nota van de Nederlandse Afvaardiging inzake richtlijnen voor een minimum programma – aanvaard door de werkgroep huisartsen van het Comité Permanent te Rome d.d. 17.4.1970

1. Inleiding

1.1. Rond 1965 kwam in de Werkgroep Beroepsopleiding van het Permanent Comité der Artsen der EEG de discussie op gang over de reeds eerder vastgestelde noodzaak om tot een beroepsopleiding tot huisarts te komen. Daarbij deed zich de vraag voor of een dergelijke opleiding in het kader van het Verdrag van Rome zou kunnen worden ingevoerd.

De Juristencommissie van het Permanent Comité kwam op 12 november 1965 tot de volgende stellingname:

„Die Juristenkommission ist vom Sekretariat des Ständigen Ausschusses befragt, ob der Rom-Vertrag die Rechtsgrundlage für die Einführung einer obligatorischen Weiterbildung des praktischen Arztes vor seiner Niederlassung in freier Praxis bietet.

Die Juristenkommission erwägt, dass in einem Land des Gemeinsamen Marktes (Deutschland) die Niederlassung des praktischen Arztes in freier Praxis im Rahmen der sozialen Krankenversicherung von einer vorherigen Weiterbildung abhängig ist.

Die Juristenkommission ist der Ansicht, dass der Text des Rom-Vertrages hinsichtlich der Koordination der Zulassungsvoraussetzungen für den ärztlichen Beruf bei extensiver Auslegung nicht ausschliesst, dass die Niederlassung des praktischen Arztes in freier Praxis (und zwar in allen Ländern des Gemeinsamen Marktes) von einer vorherigen Weiterbildung auf angemessener und geeigneter Grundlage abhängig gemacht wird, vorausgesetzt,

- a dass die Niederlassung dann für die Behandlung aller Patienten (Versicherte und Nicht-Versicherte) gilt und
- b dass Uebergangsbestimmungen für die bereits niedergelassenen Aerzte geschaffen werden, die ihnen ihre im eigenen Land wohl erworbenen Rechte erhalten und auch ihnen die Freizügigkeit im Gemeinsamen Markt gewährleisten“.

1.2. Voortzetting van de besprekingen in de Werkgroep Beroepsopleiding leidde tot de oprichting van een afzonderlijke *Werkgroep Huisartsen* naast de Werkgroep Beroepsopleiding (welke laatste zich

in hoofdzaak met de opleiding van specialisten bezighield).

De nieuwe werkgroep hield op 23 juli 1966 te Parijs haar eerste vergadering.

Besloten werd tot een tweeledige aanbeveling; deze werd vrijwel ongewijzigd en eenstemmig door de plenovergadering van het Permanent Comité d.d. 14-15 oktober 1966 te Stuttgart aanvaard:

1 Zur Wahrung der bereits früher getroffenen Feststellung über die Gleichwertigkeit der Diplome (Art. 57/1 des Rom-Vertrages) wird vorgeschlagen, die Zeit, nach welcher der Praktische Arzt zur freien Niederlassung und zur freien Dienstleistung zugelassen wird, auf 8 Jahre nach Beginn des Universitätsstudiums — ungeachtet des Ausbildungsganges der Universitätsstudien auf nationaler Ebene — festzulegen. In diesen 8 Jahren ist die zur Ausbildung des „Endproduktes“ notwendige Vorbereitungszeit einbegriffen. Als „Endprodukt“ ist der Praktische Arzt anzusehen, der das Recht hat, in freier Praxis in seinem Ursprungsland alle Patienten, einschliesslich Sozialversicherte, zu behandeln:

2 Sie betrachtet es als wünschenswert, dass diese 8 Jahre eine Zeit der Ausübung nicht-selbständiger ärztlicher Tätigkeit, entweder in einem Krankenhaus oder als Mitarbeiter eines Praktischen Arztes der dazu autorisiert ist, umfassen: damit würde die bestmögliche Qualifizierung des Praktischen Arztes erreicht“

Deze aanbeveling werd ter kennis gebracht van de diensten van de Commissie der EEG te Brussel, die belast zijn met ontwerpen van richtlijnen voor de vrije circulatie van artsen.

1.3. De privaatrechtelijke beroepsorganisaties van huisartsen besloten op 18 maart 1967 tot de oprichting van de UNION EUROPEENNE DES MEDICINS OMNIPRATICIENS (UEMO). Leden zijn de representatieve beroepsorganisaties uit de zes landen der EEG.

Doelstelling van de UEMO:

„Het bevorderen van de ethische, professionele, sociale en wetenschappelijke belangen van de Europese huisartsen en het verdedigen van hun vrij-

heid van beroepsuitoefening in het belang van de patiënten."

Zij zal dit doel nastreven, o.m. door een gemeenschappelijke stellingname tot gelding te brengen en mede te werken aan de taken van het Permanent Comité der Artsen der EEG.

Aan het slot van de vergadering van de UEMO te Bordeaux d.d. 7 september 1967 werd het huisartsenprobleem aan de orde gesteld in de volgende motie:

„Constaert dat het verdrag van Rome, dat de Europese Economische Gemeenschap instelt en de vrijheid van vestiging in de zes landen van de Gemeenschappelijke Markt in uitzicht stelt, onder de huisartsen van de lid-staten het bewustzijn van de Europese realiteit oproept;

Wenst dat men zonder verwijl en tegelijkertijd in de zes landen overgaat tot een telling van de huisartsen en tot een onderzoek naar de snelle afneming van het aantal huisartsen, teneinde de oorzaken van deze zorgwekkende toestand vast te stellen, als ook de middelen om deze te verhelpen;

Dringt er bij het Permanent Comité der Artsen der EEG ten sterkste op aan dat het de huisartsengeneeskunde als een specifieke functie met een eigen kwalificatie zal beschouwen;

Verzoekt het Permanent Comité der Artsen der EEG bij de regeringsinstanties met kracht te bepleiten:

a dat na een gemeenschappelijke basis-opleiding, de huisartsgeneeskunde het voorwerp zal zijn van een aanvullende opleiding voor toekomstige huisartsen noodzakelijk voor deze specifieke functie, zoals dat voor de andere kwalificaties gebruikelijk is;

b dat iedere regering de werkelijke waarden van de huisartsgeneeskunde en de plaats van de huisarts in de maatschappij zal erkennen".

1.4. In de vergadering van de *Werkgroep Huisartsen* van het Permanent Comité te Keulen op 4 november 1967 werd deze motie met algemene stemmen overgenomen, en doorgezonden aan het Permanent Comité.

Besloten werd voorts dat aan punt a) de volgende tekst zou worden toegevoegd:

„Die Zeit der Weiterbildung zum Praktischen Arzt muss mindestens 2 Jahre betragen".

Deze vergadering werd verder gewijd aan de inhoud van de bedoelde 2-jarige opleiding. Er bestond eenstemmigheid over de doelstelling van de beroepsopleiding. Deze dient gericht te zijn op specifieke functie(s), taken en werkterrein van de huisarts en op een optimale praktijkvoering. De algemene mening was, dat de specifieke beroepsopleiding zal moeten bestaan uit drie elementen:

- een verdere klinische scholing in een ziekenhuis onder supervisie,
- een stage als assistent in een huisartsenpraktijk, eveneens onder supervisie,
- een cursorisch gedeelte, bij voorkeur in kleine groepen.

In de vergadering d.d. 25 november 1967 te Nürnberg van het Permanent Comité werd de motie van de UEMO en de Werkgroep Huisartsen met algemene stemmen aanvaard, echter zonder de toevoeging over de duur van de opleiding.

Hierover bestond in pleno geen eenstemmigheid. Dit punt werd naar de Werkgroep terugverwezen, met het verzoek zich hierover nader te beraden, en met name ook over de inhoud van de opleiding. De motie werd door het Permanent Comité ter kennis gebracht van de diensten der Brusselse commissie.

II. Opdracht voor een minimum-programma

De discussie over de inhoud van de opleiding werd in 1968 voortgezet in een Benelux-werkgroep van de UEMO op basis van werkstukken, opgesteld door de verschillende leden.

In de vergadering van de werkgroep Huisartsen te Venetië op 28 september 1968 werd op voorstel van de UEMO aan de Nederlandse Delegatie opgedragen conceptrichtlijnen op te stellen voor een *minimum-programma van 2 jaar*.

De overwegingen die aan de opdracht ten grondslag liggen, zijn de volgende:

2.1. Met voorbijgaan aan de bijzondere omstandigheden per land is het duidelijk dat in alle zes landen een evolutie plaats heeft in de richting van een aanvullende opleiding tot huisarts, leidende tot een erkende bevoegdheid of titel:

— in Luxemburg bestaat een van Staatswege verplichte postgraduate opleiding tot huisarts van 18 maanden, waaraan vooralsnog een stage in de huisartsenpraktijk ontbreekt.

— in Duitsland is besloten tot een 4-jarige opleiding tot huisarts, welke in 7 van de 11 Länder reeds officieel is erkend door de overheid.

— in Nederland zal — in samenwerking met de medische faculteiten — een aanvullende opleiding van één jaar worden gerealiseerd, waaraan zo mogelijk erkenning en registratie zullen worden verbonden.

— in België is door de beroepsorganisaties een Academie gesticht die ten doel heeft een erkende titel te geven aan de artsen die een beroepsopleiding hebben gevolgd, waaraan bepaalde eisen zullen worden gesteld.

— in Frankrijk denkt men in een eerste stadium een zevende, verplicht praktisch jaar in te voeren na de opleiding tot arts.

— in Italië wordt eveneens een zevende, praktisch jaar ingevoerd, dat wellicht de mogelijkheid biedt tot het invoeren van een opleiding tot huisarts na het artsexamen.

— met nadruk moet worden opgemerkt dat zowel in Oostenrijk als in Zwitserland opleidingen tot huisarts zijn gerealiseerd. In Oostenrijk bestaat al jaren een verplichte opleiding van 3 jaar, in Zwitserland een vrijwillige opleiding van 5 jaar met de titel van specialist in algemene geneeskunde.

Deze globale opsomming maakt duidelijk dat

enerzijds in vrijwel alle landen van West-Europa de noodzaak tot het scheppen van een specifieke beroepsopleiding prevaleert; anderzijds tonen de feitelijke ontwikkelingen verschillen, niet alleen in tempo, maar vooral wat betreft de mogelijkheden en wensen ten aanzien van de duur en inhoud van de opleiding.

2.2. Men achtte het gevaar dan ook niet denkbeeldig dat zodoende later de coördinatie van de beroepsuitoefening door huisartsen in de lid-staten der EEG door middel van richtlijnen in het kader van het Verdrag van Rome, zal worden bemoeilijkt en dat de verwezenlijking van de vrijheid van vestiging daardoor zal worden gehinderd. Ingevolge de onder punt 1.2 en 1.3 vermelde aanbeveling, resp. motie heeft het Permanent Comité er bij de organen der Brusselse Commissie op aangedrongen bij het opstellen van voorstellen voor Richtlijnen met het bovenstaande ernstig rekening te houden.

De Commissie echter stelde zich op het standpunt dat voor het opnemen van een paragraaf in de richtlijnen over de vrije circulatie van huisartsen het een voorwaarde is dat in twee of meer lid-staten een opleiding tot huisarts bestaat. Dit is thans feitelijk alleen in Luxemburg het geval. Aangezien te verwachten is dat binnen enkele jaren, zeker in Duitsland en in Nederland, zulke opleidingen tot stand zullen komen, is door het Permanent Comité erop aangedrongen in het voorstel voor de derde richtlijn bij de overwegingen een passage op te nemen, die de bovenvermelde ontwikkeling signaleert. De werkgroep huisartsen heeft daarvoor in samenwerking met de werkgroep juristen een tekst ontworpen, die via het Permanent Comité aan de Commissie is voorgelegd. De Commissie is daarop desondanks niet ingegaan blijkens haar definitieve voorstellen voor richtlijnen.

2.3. *Conclusie:* Het is van eminent belang zo spoedig mogelijk te komen tot een in alle zes landen der EEG door de beroepsorganisaties van huisartsen aanvaard *minimum-programma*, dat de basis legt voor coördinatie op grond van t.z.t. op te stellen richtlijnen voor de vrije circulatie van huisartsen in het kader van het Verdrag van Rome.

III. Nadere overwegingen

Bij het opstellen van een minimum-programma moet men verder in de gedachte houden:

3.1. dat in alle zes landen der EEG hervormingen in de opleiding tot arts in voorbereiding zijn of reeds worden uitgevoerd, waarbij b.v. de duur verkort wordt of beperkt tot 6 jaar, en de huisarts een eigen plaats krijgt in het curriculum;

3.2. dat mitsdien het programma van de beroepsopleiding de ruimte en de vrijheid moet laten om een zo goed mogelijke aansluiting te krijgen met de basisopleiding zodat er geen doublures of hiaten ontstaan;

3.3. dat de opleiding tot huisarts nog slechts aan

het begin staat van een ontwikkeling, die nog niet is te overzien.

3.4. dat de opleiding voorlopig een experimenteel karakter zal hebben, waarbij de mogelijkheid niet is uitgesloten dat langs verschillende wegen hetzelfde doel wordt bereikt;

3.5. dat het niettemin ongewenst is dat er belangrijke divergenties tussen de zes landen gaan ontstaan met het oog op de vrije circulatie en het opstellen van richtlijnen;

3.6. dat daarom de nadruk moet liggen op de grote lijnen, waarover eenstemmigheid bestaat, en niet op de details, die in dit stadium slechts tot onvruchtbare discussies zouden leiden, omdat deze discussies niet berusten op met de opleiding opgedane ervaringen maar veeleer op persoonlijke opvattingen en opinies, hoe waardevol ook;

3.7. dat een gunstige ontwikkeling op internationaal niveau zou worden bevorderd door uitwisseling van met de diverse opleidingen opgedane ervaringen tussen de verschillende landen. Daarvoor is een internationaal forum noodzakelijk van voldoende prestige en wetenschappelijk niveau, dat een systematisch overzicht heeft over alle nationale opleidingen en waar het nodige overleg kan plaats vinden. Daaruit kunnen aanbevelingen voortkomen voor de verdere ontwikkeling van inhoud en duur van de beroepsopleiding tot huisarts.

Gezien haar doelstellingen lijkt de UEMO daarvoor de aangewezen instantie.

IV. Literatuur

Als grondslag en achtergrond voor de volgende uiteenzetting hebben gediend, naast de onder punt 4 genoemde werkstukken, met name die uit België, Duitsland en Nederland:

Preparation of the physician for general practice (Public Health Papers No. 20) in het bijzonder hoofdstuk I: The work of the physician in the community — Richard Scott — 1963.

Ministry of Health, Central Health Services Council, "The field of work of the family-doctor" Report of the subcommittee, Standing medical advisory committee (Gillie Report) Her Majesty's Stationary Office, London 1963.

Ontwerp van een postuniversitaire beroepsopleiding tot huisarts. Prof. Dr. J. C. van Es, Nederlands Huisartsen Instituut 1965.

Special Vocational Training for general practice: (the College of General Practitioners) Reports from General Practice I — 1965.

The Art of General Practice, D. C. Morrell, 1965. Livingstone Ltd., Edinburgh & London.

Role and Training, J. P. Horder, Journal Coll. Gen. Prac. 1966 11-117.

Die Ausbildung zum praktischen Arzt und zum Facharzt (Österr. Aerztezeitung 22, Heft 7, dd. 10-4-1967).

Entwurf eines Ausbildungsprogrammes für die Niederlassung des Facharztes für Allgemeinmedi-

zin in Österreich (Österr. Institut für Allgemeinmedizin).

Report Royal Commission on Medical Education, Her Majesty's Stationary Office, 1967 blz. 32-40 en blz. 59-115.

Huisarts en Universiteit, Interim rapport werkgroep Scholing, Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) maart 1968.

Rapport van de Commissie Huisartsen ingesteld door de Minister van Onderwijs en de Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 1964-1968, Staatsuitgeverij 's-Gravenhage.

4.2 *Gebiedsomschrijving*. R. J. F. H. Pinsent: (Gillie-report):

„General practice is the application of the science of medicine to the art of healing in all its aspects and it involves the whole range of illness in mankind”.

4.3. Richard Scott, professor of general practice, Edinburgh, geeft de essentie van *het beroep van huisarts* als volgt weer:

„General practice is primarily the area of undifferentiated medicine. It is the area where society and medicine meet. The special professional challenges of the doctor in this situation are concerned with the earliest possible diagnosis of beginning organic or psychological illness and with translating and applying existing medical knowledge in this early stage. The problems of therapy are no less pressing than those of diagnosis. The general practitioner is to ensure that all available clinical skills, both his own and those of his colleagues in other branches of medicine, will be most effectively deployed on the patients behalf. In this situation sound judgement and a willingness to accept responsibility and to act are at a premium. To know what is available and to know when and how to use it are essential. There are two characteristics of general practice which distinguish the general practitioner from any other medically qualified person:

1. the patient has direct and unqualified access to the g.p.;
2. the general practitioner provides continuity of care.

Whenever these two criteria are satisfied in respect of a physician and a group of patients, we are dealing with a general-practice situation. Direct access means that the g.p. cannot predetermine the kind of disease for which his patient may consult him. The specialist must, but the g.p. must not, put such a barrier between himself and the patient. The patient may have any kind of disease. Direct access therefore means that there is no predetermined limit to the range of clinical or social pathology. The trivial clinical or even preclinical syndrome jostles alongside major acute illness and chronic irreversible, progressive, incurable disease. Direct access means not only that the patient may have any kind of disease but also that he may even

have no disease at all. The challenge to the g.p. under these circumstances can be expressed simply: there must be something wrong with the patient who comes to the physician when there is nothing wrong with him. This degree of accessibility leads to a blurring of the dividing-line between what can be regarded as within the knowledge and competence of the physician, and what belongs to the field of sociology and the sociologist”.

V. *Definities van werkterrein, functie en taken van de huisarts*

Deze worden op tal van plaatsen in de hierboven opgesomde literatuur gedefinieerd. Zonder uitzondering wordt daarin een post-graduate beroepsopleiding bepleit, die de huisartsen op gelijk niveau moet brengen met specialisten en andere functionarissen werkzaam op het gebied van de geneeskunde en gericht op een optimale uitvoering van de zeer diverse taken van de huisarts.

5.1. *Het gebied van de huisarts* wordt in de in Duitsland door de beroepsorganisaties aanvaarde opleidingsreglementen als volgt omschreven: „Das Gebiet der Allgemeinmedizin umfasst die gesamte Humanmedizin. Der Allgemeinarzt ist im gesamten Lebensbereich seiner Patienten für deren Gesundheitsführung und Krankheitsbehandlung, unabhängig von Alter, Geschlecht und von der Art der Gesundheitsstörung, tätig”.

5.2. De Voorzitter van de UEMO heeft een dynamische definitie van *de taak van de huisarts* gegeven in de volgende zin: De huisarts moet bij iedere patiënt, die zich tot hem wendt, op deskundige wijze:

- een oriënterend onderzoek instellen, leidende tot een voorlopige werk-diagnose en op grond daarvan en van vroegere ervaringen,
- de patiënt kunnen leiden, door middel van verder onderzoek, zowel in de breedte als in de diepte, tot een nadere diagnose, een synthese, die alle relevante aspecten van het ziek zijn en de persoon van de zieke omvat,
- teneinde te komen tot een gecoördineerd en voor de patiënt aanvaardbaar behandelingsplan, al of niet in samenwerking met anderen, werkzaam op het gebied van de geneeskunde of op paramedisch en sociaal terrein,
- en tot een revalidatie en re-integratie van de patiënt in zijn milieu.

5.3. Het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft de volgende definitie opgesteld van *de functie van de huisarts*: „Het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwde individuele personen en gezinnen. Deze zorg wordt gezien als het opheffen, in hun uitwerking beperken en waar mogelijk voorkomen van stoornissen in gezondheid van individu en gezin (curatief, revaliderend en preventief)”.

VI. De eisen, die aan de beroepsopleiding moeten worden gesteld

Deze eisen volgen als vanzelf uit de boven weergegeven omschrijvingen en definities.

6.1. *Deskundigheid.* Om een taak goed te kunnen vervullen is deskundigheid vereist. Dit brengt met zich, dat de huisarts zo goed mogelijk op de hoogte moet zijn met zijn werkterrein als hij zijn taak begint en voortdurend op de hoogte moet blijven van belangrijke vorderingen van de wetenschap.

6.2. *Zorg voor de gezondheid.* Hiervoor is meer nodig dan alleen of voornamelijk kennis van de klinisch-specialistische geneeskunde. De huisarts moet ook vertrouwd zijn met het morbiditeits-patroon buiten het ziekenhuis, preventieve geneeskunde en gezondheidsvoorlichting.

6.3. *Aanvaarden van verantwoordelijkheid.* Dit veronderstelt het kunnen dragen van verantwoordelijkheid en stelt aan de huisarts bijzondere eisen. Hij is werkzaam op een voorpost en moet in staat zijn zelfstandig een zeker peil te handhaven en voortdurend eigen grenzen in het oog houden. Het leren dragen van verantwoordelijkheid is een zeer wezenlijke doelstelling en een integrerend onderdeel van de beroepsopleiding.

6.4. *Continuïteit.* De huisarts begeleidt zijn patiënten in alle levensfasen. Hij moet op de hoogte zijn van de normale ontwikkelingen in het gehele mensenleven en van de stoornissen die zich daarin kunnen voordoen, vooral in kritische fasen, en van hun manifestaties op somatisch, psychisch en sociaal terrein.

6.5. *Integraal.* De huisarts moet hebben geleerd niet alleen de somatische, psychische en sociale aspecten van de individuele mens te onderscheiden, maar vooral ook deze geïntegreerd te beschouwen zowel in zijn diagnostiek als in zijn therapie.

6.6. *Het persoonlijke.* Hiermede wordt aangeduid, enerzijds de persoonlijkheid van de patiënt, anderzijds van de arts, en daarmee het persoonlijke van de arts/patiënt relatie. De huisarts moet kunnen omgaan met mensen van allerlei slag. Hij moet de persoonlijkheid van zijn patiënten door ervaring en onderzoek leren kennen, teneinde daarmede rekening te kunnen houden bij zijn adviezen en in zijn wijze van benadering. Dit veronderstelt, naast gevoeligheid voor wat er in anderen en in hemzelf omgaat in de loop van zijn contact met patiënten, ook kennis en vaardigheid in diagnostisch en therapeutisch opzicht. De nodige deskundigheid om zich in voldoende mate in de situatie van zijn patiënten te verplaatsen, zonder er al te zeer of te weinig emotioneel in te worden betrokken, kan worden verkregen door het deelnemen aan groepsdiscussies over eigen patiënten (bijvoorbeeld Balint Groep). Persoonlijke en gezinsproblematiek zijn een zo integrerend onderdeel van het dagelijkse werk in de algemene praktijk, dat daaraan bijzondere aandacht moet worden besteed.

6.7. *Het gezin.* Hoewel de huisarts in de eerste

plaats arts van de individuele patiënt is, vervult hij daarmee tevens een rol in het gezin. Hij treedt dikwijls op als raadgever in niet strikt medische aangelegenheden. Dit veronderstelt kennis, inzicht en begrip op gebieden als seksuologie, gezins-sociologie en pedagogiek, evenals goede relaties met anderen, die zich op deze gebieden met het gezin bezig houden.

VII. Richtlijnen voor het niveau en de inhoud van het minimum programma

7.1. De belangrijkste grondgedachte voor de beroepsopleiding is dat men, ter voorbereiding op zijn zelfstandige beroepsuitoefening, praktisch te werk bevoegdheid en met een eigen verantwoordelijkheid en onder deskundige leiding leert functioneren in een milieu dat een goede vakuitoefening waarborgt. Aan de huisartsen-opleiders en andere betrokkenen, m.n. ziekenhuizen, zullen dan ook bepaalde eisen moeten worden gesteld om een optimaal niveau te bereiken.

7.2. De verantwoordelijkheid en de zelfstandigheid van de aanstaande huisarts zullen in de loop van de opleiding geleidelijk en systematisch moeten worden uitgebreid, aan de hand van opgedane ervaringen. Voorwaarde hiervoor is dat de opgeleide werkelijk een gekwalificeerd en beëdigd arts is.

7.3. Een verdere belangrijke grondgedachte is dat ieder land de vrijheid en de verantwoordelijkheid heeft, op basis van deze richtlijnen, de opleiding naar eigen mogelijkheden en inzichten in te richten en verder te ontwikkelen, teneinde deze tot een zo nuttig mogelijke ervaring te doen worden. De vormgeving zal daarbij, mede door bijzondere omstandigheden per land bepaald, in de eerstkomende jaren nauwkeurig zullen moeten worden gevolgd. Het zou ren zeker belangrijke evoluties ondergaan, die daarom aanbeveling verdienen in de opleiding mogelijkheden in te bouwen om de verkregen resultaten te meten.

VIII. Richtlijnen voor de indeling van het minimum-programma

De werkgroep handhaaft als minimum 2 jaar. De wordt gesteld in overeenstemming met een eigen beroepsopleiding tot huisarts berust op een driedovoudige basis: (3 pijlers).

8.1. Een klinisch assistentschap in een ziekenhuis gedurende *tenminste* zes maanden.

8.2. Een assistentschap gericht op de specifieke functie, taken en werkterrein van de huisarts (zie V) in de vorm van een stage bij een gevestigd huisarts die daartoe bevoegd is, van *tenminste* zes maanden.

8.2.1 De Italiaanse delegatie heeft betreffende punt 8.2. een voorbehoud gemaakt, omdat zij stages bij huisartsen onder de huidige omstandigheden in Italië niet uitvoerbaar acht. Zij is van opvatting dat, met inachtneming van de doelstelling als vermeld onder punt 8.2. voor Italië een alternatie-

ve oplossing kan worden gevonden, die eveneens voldoet aan de aan dit deel van de opleiding te stellen eisen (zie VI).

8.3. De onder punt 8.1. en 8.2. aangegeven verdere „klinische” intramurale en extramurale specifieke opleiding zal in totaal *tenminste 1½ jaar* omvatten.

8.4. Een cursorisch gedeelte van circa 6 maanden dat enerzijds een juiste en logische aansluiting geeft op het universitaire curriculum van de opleiding tot arts, anderzijds een aanvulling geeft ten aanzien van die onderwerpen die in de basisopleiding en/of gedurende de klinische stages onvoldoende tot hun recht komen.

Het cursorisch gedeelte kan geheel of gedeeltelijk vervlochten worden met de klinische stages, mits deze daardoor niet worden onderbroken. De werkgroeps-vorm of seminar verdient de voorkeur boven excathedra voordrachten in klassikaal verband.

8.5. De beroepsopleiding dient te zijn fulltime en betaald.

ad 8.1. *Stage in het ziekenhuis.* In hoeverre dit een aaneengesloten stage zal zijn, en in hoeverre de aanstaande huisarts in deze periode ook elders werkzaam zal zijn of onderwijs zal volgen (zie 8.4.) moet aan de uitvoerende instantie worden overgelaten. Wel moet in het algemeen de opleiding in korte stages ongewenst worden geacht omdat men als regel tenminste een zestal weken in een bepaald milieu werkzaam moet zijn alvorens enige eigen verantwoordelijkheid te kunnen dragen. Aan te bevelen zou zijn een aaneengesloten serie van stages in een daartoe aangewezen algemeen ziekenhuis, achtereenvolgens op verschillende afdelingen — inclusief het deelnemen aan wacht- en opnamediensten als inwonend assistent.

Contact en uitwisseling met huisartsen die patiënten laten opnemen zowel tijdens de opnameperiode als bij het ontslag en de follow-up kunnen van nut zijn om o.a. het aspect van de continuïteit en vele facetten van het ziekzijn en het verschil tussen intramurale en extramurale zorg, zichtbaar te maken.

De nadruk dient meer te liggen op het leren dragen van eigen verantwoordelijkheid, dan op het doorlopen van zoveel mogelijk afdelingen.

De afdelingen die bij voorkeur doorlopen zouden moeten worden zijn: interne geneeskunde, chirurgie, verloskunde en gynaecologie en kinderziekten.

Daarbij kan tevens worden geprofiteerd van contacten met zogenaamde „kleine” specialismen voorzover deze elementen bevatten die voor de huisarts van bijzonder belang zijn, m.n. dermatologie, oor-neus- en keelziekten en psychiatrie/neurologie.

Groeps- en stafbesprekingen, waarbij huisartsen uit de omgeving betrokken dienen te worden en waarbij ook de arts/patiënt relatie en de gezinsomstandigheden worden belicht, zijn eveneens aan te bevelen.

Bijzondere aandacht moet worden besteed aan spoedeisende gevallen waarbij de rol van de huisarts beslissend is.

ad 8.2. *Stage bij een huisarts.* Ook hiervoor geldt vooral met het oog op de continuïteit en het zelf leren dragen van verantwoordelijkheid dat dit bij voorkeur een aaneengesloten stage moet zijn. Is er meer dan een half jaar beschikbaar dan is te overwegen deze periode in hoogstens twee delen te splitsen.

Het verdient overweging deze periode te combineren met (een deel van) het cursorisch gedeelte door middel van z.g. terugkom-dagen.

De arts in opleiding moet inwonend zijn of althans continu bereikbaar.

Deze stage is vooral bedoeld als nadere kennismaking met: het houden van spreekuren, het ziekzijn thuis, gezinsverhoudingen, sociale omstandigheden, de bijzondere epidemiologie en morbiditeit in de huisartspraktijk, de specifieke arts/patiënt relatie en gesprekstechniek, de aan de praktijkomstandigheden aangepaste werkwijze van de huisarts bij diagnostiek, therapie, follow-up en revalidatie en het omgaan met chronische zieken en stervenden.

Teneinde de stage bij de huisarts zo vruchtbaar mogelijk te maken verdient het aanbeveling deze te laten voorafgaan door een korte systematische oriëntatie over doel en opzet.

Aan de opleiding en nascholing van de opleiders en de uitwisseling van hun ervaringen met de opleiding moet grote zorg worden besteed.

ad 8.3. Deze formulering biedt de mogelijkheid om binnen de gestelde termijn van 1½ jaar — mede afhankelijk van de inhoud van de basisopleiding tot arts — per land of per universiteit stages te realiseren van verschillende duur, b.v.: ¾ jaar kliniek + ¾ jaar stage bij huisarts, 1 jaar kliniek + ½ jaar stage bij huisarts, ½ jaar kliniek + 1 jaar stage bij huisarts.

ad 8.4. *Het cursorisch gedeelte.* De inhoud daarvan kan op verschillende wijzen worden gerealiseerd, al naar de doeleinden die men ermee wil dienen:

aanvullende specifieke kennis, die nog niet in de opleiding tot arts of in de stages werd gegeven, onder meer over:

training in gesprekstechniek, in het bijzonder wanneer dit vervlochten wordt met de stages, genoemd onder 8.1. en 8.2. in de vorm van seminaria; praktijkvoering: inrichting, laboratorium, administratie, receptuur;

medisch-ethische aspecten;

medisch-juridische aspecten: tuchtrecht;

economische aspecten;

medische beroepsorganisaties;

organisatie van de gezondheidszorg, voor zover in het bijzonder voor de huisarts van belang („de sociale kaart”);

de plaats van andere beroepsgroepen en organisaties in de gezondheidszorg en de samenwerking daarmee;

gedragswetenschappen: medische psychologie, sociale psychologie, case-work e.d.;

psychosomatiek;

zuigelingen- en kleuterzorg;

preventieve geneeskunde;
gezondheidsvoorlichting en opvoeding;
geriatrie;
medewerking aan een wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk;
een keuzeonderwerp;
scripties over een opgedragen of zelf gekozen onderwerp.

ad 8.5. Aangezien de arts in opleiding verantwoordelijk medisch werk verricht waaraan, op grond van zijn arts-zijn eisen worden gesteld, is een adequate honorering een vanzelfsprekend vereiste.

Het in de punten I tot en met VIII ontvouwde minimum-programma voor een beroepsopleiding tot huisarts werd na ampele discussies en amendering in diverse vergaderingen van de UEMO en de werkgroep huisartsen (Hamburg 14/15 februari 1969, Brussel 30 mei 1969) in de gecombineerde vergadering van de werkgroep en de UEMO te Rome op 18 oktober 1969 eenstemmig aanvaard.

IX. Slotopmerkingen

In de voorgaande uiteenzettingen is bewust niet ingegaan op de problemen, die de praktische uitvoering van de beroepsopleiding raken.

9.1. De vraag of de beroepsopleiding tot huisarts al dan niet verplicht moet worden gesteld. Deze vraag kwam herhaaldelijk naar voren, zowel in de werkgroep als in de pleno-vergadering en dreigde soms zelfs de discussies over het beginsel, de duur en de inhoud van de opleiding te overheersen. Hier dreigt een spraakverwarring. Daarom wordt het volgende opgemerkt. Uitgangspunt is, dat de beroepsopleiding een noodzakelijk vereiste is in het belang van een optimale uitoefening van de huisartsenpraktijk. Het spreekt vanzelf, dat iedere aanstaande huisarts dan ook een dergelijke opleiding zal dienen te volgen en dat de voorwaarden daarvoor moeten worden geschapen. Daarbij moet worden voorkomen, dat er twee soorten huisartsen ontstaan, zij die de opleiding wel gevolgd hebben en zij die dat niet deden.

Alles spreekt dus voor een verplichtstelling voor die artsen die verkieszen huisarts te worden. In beginsel kan zulks op twee wijzen geschieden, evenals dit het geval is bij de opleiding en registratie van specialisten.

a Opleiding tot huisarts bij of krachtens een wet; de toelating tot de beroepsuitoefening of het recht tot het voeren van de titel (van huisarts) wordt afhankelijk gesteld van het met succes hebben gevolgd van een bepaalde opleiding. Een dergelijke regeling sluit de mogelijkheid uit, dat er een categorie huisartsen van tweede rang ontstaat. Daarmede wordt aan de andere kant de vraag opgeroepen, welke bevoegdheid er over blijft voor een arts, die de verplichte opleiding niet volgt. Het „produit final” verschijnt als het ware in een nieuw licht. De arts zonder verdere opleiding, d.w.z. het „naakte pro-

duit final” zal een betrekkelijk beperkte categorie gaan omvatten; artsen die onder supervisie werken of in de wetenschappelijke sektor e.d.

b De opleiding wordt niet bij of krachtens een wet ingesteld, maar is zodanig opgenomen in het geheel van regelingen op het gebied van de volksgezondheid, dat degenen die het beroep van huisarts kiezen, hoewel daartoe niet rechtstreeks wettelijk verplicht, langs indirecte weg worden gedwongen de beroepsopleiding te volgen.

c Dergelijke regelingen (voor specialisten) bestaan thans in Duitsland en Nederland, dank zij een goed samenspel tussen beroepsorganisaties, instanties van de volksgezondheid en sociale zekerheid en de overheid (Min. van Volksgezondheid en de Min. van Onderwijs).

Uit het voorgaande moge blijken:

dat het probleem verplicht/vrijwillig eigenlijk niet zozeer een principieel, maar vooral een praktisch probleem is,

dat voor een keuze tussen beide systemen de nationale situatie en de nationale wetgeving bepalend zijn,

dat mitsdien deze kwestie niet door het Permanent Comité kan worden opgelost, ook al zou zij tot een eenstemmig oordeel komen,

dat men zich daarbij moet hoeden om een bepaald systeem te veroordelen, waar beide systemen voor de vrije circulatie van specialisten naast elkaar als gelijkwaardig zijn aanvaard.

9.2. Evenmin is ingegaan op andere aspecten van de praktische uitvoering van een beroepsopleiding tot huisarts; met name de voorzieningen, die noodzakelijk zijn om de beroepsopleiding te realiseren. Hoewel deze voorzieningen voornamelijk op nationaal niveau zullen moeten worden getroffen, zijn er mogelijk enkele aspecten waarover op internationaal vlak overleg wenselijk is;

9.2.1 Aangaande de selectie van huisartsenopleiders en opleidingsplaatsen, de criteria en normen die daarbij worden gehanteerd en de medeverantwoordelijkheid van de beroepsorganisaties voor de te nemen beslissing in deze,

9.2.2 bevordering van het tot stand brengen van afdelingen onder leiding van een hoogleraar huisartsgeneeskunde bij de medische faculteiten, mede omdat de huisartsgeneeskunde een belangrijk onderdeel is, of zal moeten worden van de basisopleiding tot arts;

9.2.3 als alternatief van 9.2.2, het scheppen van Instituten huisartsgeneeskunde naast of buiten de medische faculteiten;

9.2.4 de samenwerking tussen beroepsorganisaties, universiteiten en overheid, die voor het bovenstaande noodzakelijk kan zijn, met name ook voor;

9.2.5 het toekennen van de titel van huisarts, het verlenen van het diploma en de bevoegdheid, door middel van registratie op grond van het volgen van de erkende opleiding.

9.3. Aan de ontwikkelingen buiten de EEG is weinig of geen aandacht besteed. Het lijkt wenselijk dat daarop wordt gelet, vooral met betrekking tot de landen die zich hebben aangemeld voor het lidmaatschap der EEG. Het aantrekken van waarnemers zal moeten worden overwogen. De statuten van de UEMO maken het mogelijk landen buiten de EEG tot het lidmaatschap uit te nodigen.

9.4. Eveneens zal aandacht moeten worden besteed aan de ontwikkeling van wetenschappelijke verenigingen in de 6 landen (en daarbuiten) die zich competent achten aan de opleiding tot huisarts een bijdrage te leveren.

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

Aanvulling Besluit Farmaceutische Preparaten

Het besluit farmaceutische preparaten d.d. 22-1-'70 is op 20-5-'70 aangevuld met een bepaling waardoor het apotheekhoudende artsen nog weer mogelijk is geworden speciale receptuur bij de groothandel te laten klaarmaken na 1 augustus 1970, zij het niet in de omvang waarin dit tot op heden mogelijk was.

Omvang

a) verdeelde poeders en capsules in een hoeveelheid van tenminste 500 stuks en ten hoogste 2000 stuks per verzoek;

b) zalven in een hoeveelheid van tenminste 500 gram en ten hoogste 2000 gram per verzoek.

Aanvraag

Het verzoek moet door de arts *schriftelijk* worden gedaan aan de betrokken groothandel ook bij gewenste herhalingen. Het verzoek dient zich te beperken binnen de bovengenoemde omvang.

Deze regeling is bedoeld als een uitlooptegeling tot 1 augustus 1973 binnen welke ruime termijn de apotheekhoudende artsen *gelegenheid* hebben betrokken voorschriften te rationaliseren tot door de groothandel gefabriceerde standaardreceptuur.

Voor andere dan genoemde afleveringsvormen mag de groothandel geen gevolg meer geven aan de verzoeken tot bereiding van de apotheekhoudende artsen. Zij zullen deze dus zelf moeten maken, of vervangen door standaardreceptuur, of zich tot een apotheker moeten wenden.

De actie van de apotheekcommissie en in samenwerking met de N.V. A.H.A. die de enquête onder de apotheekhoudende artsen verzorgde heeft dus gelukkig succes gehad.

Utrecht, 23 juli 1970

C. van der Marel,
voorzitter apotheekcommissie.

MC | UIT DE AFDELINGEN

Zutphen en Omstreken

125 jaar Geneeskundige Kring

Op 27 augustus a.s. is het 125 jaar geleden, dat in Zutphen de Geneeskundige Kring werd opgericht. Dr. J. N. Ramaer, die vier jaar later behoorde tot de oprichters van de Maatschappij ter Bevordering der Geneeskunst, was een van de initiatiefnemers.

Ter gelegenheid van dit feit wordt er deze zomer (tot 13 september) een tentoonstelling gehouden in het Stedelijk Museum te Zutphen, getiteld Geneesheren en Gasthuizen. Hier zijn belangrijke stukken en portretten uit het archief van de kring uitgestald naast instrumenten, die onze voorvaders omstreeks 1850 moeten hebben gebruikt. Het Rijksmuseum voor de Geschiedenis der Natuurwetenschappen stond vele instrumenten af, het verloskundig instrumentarium werd samengesteld door mevrouw Sikkel, terwijl het Museum uit de Koestraat te Amsterdam een en ander completeerde. In een aparte zaal zijn postincunabelen uit het bezit van de Maatschappij te zien door de vriendelijke medewerking van collega Van Dongen. Uit de Librije in Zutphen zijn enige kruidboeken afkomstig. Archiefstukken van het Oude en Nieuwe Gasthuis en vele foto's geven een beeld uit vroeger dagen. Van de vele inzendingen uit privé-bezit moeten vooral de mooie dokterswandelsok van narwaltand (coll. Thys Mol) en een Louis-Seize verlosstoel (H. Nystad) worden vermeld.

Op 27 augustus zal in het museum de 125ste verjaardag worden gevierd door de leden en naar wij hopen ook vele oud-leden. Het eigenlijke feest vindt plaats op 6 en 7 november, de datum, waarop 125 jaar geleden goedkeuring werd verkregen om de vereniging op te richten. Op 6 november voert een groep artsen en hun echtgenotes „De ingebeelde zieke” van Molière op, terwijl op 7 november een diner-dansant plaats vindt in Huize de Voorst.

Begin november zal er een gedenkboek van de Kring Zutphen verschijnen onder de titel „lungit atque docet”. Dit boek is reeds te bestellen bij het secretariaat Kozakkenlaan 13, Warnsveld, waar ook verdere inlichtingen zijn te verkrijgen.

Th. Flohil - Verschuur

ADRESWIJZIGINGEN

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

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

ONS TUCHTRECHT

Na de omstrede uitspraak van het Zwolse tuchtcollege in 1969 komt het Centraal Medisch Tuchtcollege met een dubieus gemotiveerd vonnis op 8 januari 1970 (Medisch Contact 1970 nr. 24 blz. 647/8). Het geval is als volgt: een huisarts verwijst naar een chirurg, die de patiënt opereert. De huisarts wordt door de patiënt aangeklaagd bij het M.T. en bij de civiele rechter. Bij de laatste procedure legt de advocaat een brief van de chirurg over, waarin deze behalve medische feiten ook als conclusie geeft „dat de geconsulteerde medicus onjuist heeft gehandeld is duidelijk”. Dat onjuiste slaat dan op een gebeurtenis die mogelijk de operatie nodig heeft gemaakt.

Het C.M.T. doet vervolgens enige merkwaardige uitspraken:

- Een arts mag over de behandeling met derden geen oordeel uitspreken zonder overleg met de bij de behandeling betrokken arts.
- Een arts mag binnen het kader van de procedure wel feitelijke gegevens verstrekken, maar geen medisch oordeel geven.
- Ontoelaatbaar is het voor een arts om een medisch oordeel te geven in een rechtzaak over een patiënt, die hij in casu zelf behandeld heeft — vanwege de schijn van partijdigheid.
- Het C.M.T. spreekt haar geloof uit in de volstreekte objectiviteit van deskundige medische verklaringen.

Het is duidelijk, dat het riskant is voor een arts om via de advocaat van zijn patiënt iets voor deze te doen in een civiele procedure. Dat had de afdelingsraad in eerste instantie wel kunnen aanvoeren op grond van het Besluit en Rapport inzake Geneeskundige verklaringen F 6a blz. 104. Maar dat is niet gebeurd. Het tuchtcollege in B sprak vervolgens zijn oordeel uit over „brief” en de „collegialiteit”. Dat leek inderdaad aan de orde. Het C.M.T. maakt in zijn beschouwing een onderscheid in medische feiten en medisch oordeel. Daarnaast spreekt het van „deskundige medische verklaringen”. Het is echter niet duidelijk, of de maatregel van waarschuwing is toegepast, omdat de chirurg ongevraagd inlichtingen gaf; of desgevraagd in-

lichtingen gaf; of desgevraagd als getuige deskundige optrad voor rekening van de patiënt.

Deskundigheid impliceert een zekere objectiviteit; volstreekte objectiviteit is een contradictio in adjecto is; feiten bevatten altijd al interpretaties; normale medische inlichtingen bevatten als regel tenminste een diagnose als conclusie. Verder weten wij, dat het beroepsgeheim of de zwijgplicht door de wetgever aan artsen is opgelegd om de belangen van patiënten te beschermen en dat hier een arts optrad ten behoeve van zijn patiënt; dat het beroepsgeheim een principe is, dat door de wetgever zelf is beperkt in het gebruik en dat daarom alleen al niet consequent kan worden toegepast. Wij weten dat het publiek ons met onze geheime rechtspraak toch al vaak verdenkt van met elkaar onder één hoedje te spelen en dat het daarom extra verwarrend is om over beroepsgeheim te spreken als het gaat over collegialiteit.

Men kan zich nu afvragen of het C.M.T. met het publiceren van zijn motivering niet het vertrouwen in de beoefenaren van de geneeskunst zowel als van de rechtsspraak heeft verzwakt. Dit te meer, omdat het C.M.T. impliciet blijkt te twijfelen aan het onderscheidingsvermogen van een civiele rechter inzake verklaringen à charge en verklaringen van getuigen-deskundigen; inzake de objectiviteit van oordeel vervat in verklaringen; inzake toelaatbaarheid van het overleggen (en aanvaarden) van bepaalde stukken in een procedure etc. Men kan zich zelfs afvragen of het C.M.T. in zijn oordeel impliciet niet een even oncollegiale houding heeft aangenomen tegen de civiele rechtbank in kwestie als welke het de chirurg verwijt, die het heeft berecht. Misschien is de toelichting op het vonnis van het C.M.T. niet een zo absolute onwrikbare peiler van het recht, dat het C.M.T. niet gevraagd mag worden of het mogelijk is zijn toelichting op deze zaak nog te herzien.

Beverwijk, 15 juli 1970

J. H. van Meurs

ONBEZONNEN THANATALOGIE

Al meermalen heeft de theoloog Sporken te kennen gegeven, dat hij actieve euthanasie toelaatbaar vindt. Dat is dan actief bewust en bedoeld doden van een patiënt in tegenstelling tot passieve euthanasie, waarbij slechts maatregelen worden toegepast die leven kunnen verkorten of maat-

regelen niet worden getroffen om leven te rekken. (Vergelijk M.C. 1970 nr. 25, blz. 673 en de daar vermelde literatuur.) Sporken vindt het (M.C. blz. 672) „in feite een inbreuk op de persoonlijkheid” (van de patiënt) als iemand aan een hart-long machine, die gewekt zou kunnen worden van zijn nieren zou worden beroofd. Daar zijn nu ook wel juridische kwalificaties voor te bedenken. Sporken hoeft zo iets niet te doen, maar wel zal hij zich voor zijn adviezen juridisch, sociaal, ethisch, psychologisch en politiek moeten verantwoorden.

Als men op de hersendood wacht volgens de voorzichtige E.E.G.-specialist, verspeelt men vaak de nieren volgens de transplantatie-specialist. Nu is het bekend, dat de neger, wiens hart op Blaiberg werd overgeplant, een intracraniale bloeding heeft gehad. Het is niet te zeggen of deze operabel is geweest. Het verslag in het Zuidafrikaanse medische tijdschrift vermeldt niet of hij onderzocht is door een neuroloog of neurochirurg. Iemand dood laten gaan aan een epi- of subduraal hematoom op de Zuidafrikaanse wijze is strict genomen een passieve euthanasie. Maar als de bedoeling is het bemachtigen van een bruikbaar orgaan van een slachtoffer, ook wel donor genoemd, zou ik zo'n beleid anders kwalificeren. Maar Sporken spreekt zich voor zo iets bij zijn aanbevelingen voor actieve euthanasie ook niet uit. Hij beperkt zijn indicaties immers tot het verzoek van de patiënt en totale ontluistering in combinatie. Maar wie beoordeelt het vermogen van de patiënt om zijn wil te bepalen? En wie beoordeelt ontluistering? Men moet hier wel oppassen voor een ontluistering van de geneeskunde. Immers dementen, gevaarlijke krankzinnigen, debielen, criminelen en vele anderen zijn vergeleken bij een gemiddeld mensbeeld al ontluisterd voor zij sterven. Als zij tijdens een ziekte dan nog zeggen, dat zij dood willen en zij gedragen zich extra ontluisterd, dan zou de thanaticus zijn gang kunnen lijken, bijvoorbeeld het zogenaamde volgens Sporken.

Volgende stap: van de patiënten met aanpassingsmoeilijkheden naar de niet patiënten met aanpassingsmoeilijkheden langharig werkschuw tuig. Het zou kunnen gebeuren dat zo eentje gemarteld werd (mishandeld heette dat vroeger met een meer moraliserende term). In Brazilië en Griekenland werken daar artsen aan mee. Het kan wel zijn, dat zo'n marteling een ontluistering van de persoonlijkheid betekent. Maar dan is actieve euthanasie misschien een relatieve weldaad. Het be-

kort immers het lijden. Zo wordt actieve euthanasie gemakkelijk het sluitstuk van een politieke moord.

Volgende stap: In Medisch Contact 1969 nr. 47 blz. 1344 staat een bericht, dat als volgt begint: „de bejaarden in New York zullen langzamerhand de verstikkingsdood sterven, als de lucht...” Stervenshulp, actieve euthanasie dan maar, of is er soms nog een sanering haalbaar? Er is dus een gevaar voor een grensverschuiving, heimelijk of openlijk van de indicaties, te meer daar de grens van actieve en passieve euthanasie niet zo gemakkelijk scherp te trekken is, in sommige en met name politieke situaties: men ziet overal in de wereld in toenemende mate, dat verhogering al of niet na deportatie van gevangenen als meer passieve thanasie techniek wordt toegepast naast mishandelingen, actief en massaal doden van burgers met gas of napalm in het gelegitimiseerde oorlogsbedrijf, ook van christelijke naties. Het resultaat is natuurlijk, dat ontluistering in is. Met de toenemende overbevolking en economische devaluatie van de mens zijn grensverschuivingen misschien niet tegen te houden. Op het gevaar ervan heb ik echter al eerder gewezen. (Medisch Contact 1970 nr. 7 blz. 159). Daarbij werd geconcludeerd, dat het actieve doden van een patiënt een stap is bij het conformeren van de medische ethiek aan de vigerende geradicaliseerde militair-economische machts- en nuts-ethiek, waarbij onrendabele objecten worden vernietigd of het nu mensen zijn of niet.

Nu is het feit van deze discussie al een aanwijzing voor een attitude-wijziging in de medisch-professionele rol-opvatting. Mogelijk zal dit politieke en militaire autoriteiten niet onwelgevallig zijn aan de oppervlakte, terwijl het hun in de diepere lagen van hun persoonlijkheden angstig maakt.

Maar laat mij de thanatici psychologisch nog eens iets verder exploreren. Ik kan dan de volgende vragen stellen: Zijn dan de actieve thanatici, zoals Van den Berg en Sporken in hun fundamentele mensbeschouwing door deze waardeverschuiving beïnvloed? (Bedoeld is de verschuiving in de richting van de waardeeloosheid van een willekeurig mens.) Ik kan ook zeggen: hebben zij eigenlijk het christelijk humanisme al losgelaten? Of benauwt de volte hun? Hebben zij metafysische argumenten op grond waarvan een mens niet mag veranderen vóór hij dood gaat? Verdragen zij de frustratie niet van het falen van hun hulp bij de onttakelde of ook agressief stervende? Hebben zij behoefte om de familie te

provoceren of welgevallig te zijn? Zien zij hun eigen gevreesde ontluistering afgebeeld in de patiënt? Hebben zij schuldgevoel, alsof hun eigen agressiviteit het lijden van de patiënt veroorzaakt heeft? Reageren zij andere frustraties af op de eventuele doodzieke patiënt? Zijn zij besmet door het sadisme van sommige leger- en politie-eenheden? Of wekt het onttakeld sterven juist verdrongen sadisme bij hen op, dat met het actieve doden van de patiënt meegedood moet worden? Is de zieke voor hun geworden tot „de vijand”, die de infantiele identiteit van de thanaticus bedreigt? Hebben de thanatici eigenlijk hun eigen zogenaamd onbewuste motieven ooit voldoende geanalyseerd?

Psychoanalytici zoals Ch. Wahl houden zich bezig met psychotherapie van stervenden. Het lijkt wel, of deze geseculariseerde stervenshulp door een meer humaan geloof wordt gedragen, dan de theoloog Sporken bezit. Het bondgenootschap van de Maatschappij Geneeskunst met de thanatici, zoals Sporken, lijkt een monsterverbond. Of zijn wij Westeuropese artsen ons geloof in de humanistische geneeskunde eigenlijk ook al bijna kwijt?

Beverwijk, 15 juli 1970

J. H. van Meurs

DESKUNDIG MEESTERSTUKJE

In een interview in de Haagse Post van 22 juli i.l. debiteert het in zittingstijd jongste Tweede Kamerlid Dr. D. Dolman een briljante vergelijking. Onderwijs is in principe gratis, gezondheidszorg moet dat ook zijn, maar — let wel — niet alle onderwijs is gratis. Voor sommige vormen van cultuuroverdracht moet men betalen: dansles, rijles, enzovoort. Dat is — nu komt het briljante — te vergelijken met in de gezondheidszorg de gouden stiftand, de plastische chirurgie, de klasseverpleging...

Van de fractie, waartoe deze econoom behoort, is ook een onzer collega's lid. Zou men hem mogen vragen deze volksgezondheidskundige econoom enig inzicht bij te brengen in de functie van de als specialisme erkende plastische chirurgie, in het bijzonder ter onderscheiding daarvan met het deelgebied der esthetische chirurgie? Misschien zou er dan iets bij verteld kunnen worden over bijvoorbeeld psycho-medische en psycho-sociale factoren, die — zelfs — bij esthetische chirurgie in het geding kunnen komen. Mogelijk zou onze collega dan ook nog

aan Dr. Dolman het boekje ter hand kunnen stellen van het in de serie „Moderne medische inzichten” verschenen boekje „Plastische chirurgie” van Peter Lichtveld. Lezing van dit boekje moge ook worden aanbevolen aan bedrijven van „plastische-chirurgie”-rubrieken in sommige damesbladen, waarvan dit naar anciënniteit jongste Kamerlid wel een zeer gretige lezer schijnt te zijn.

Tilburg, 22 juli 1970

Dr. J. Hage

MC | VARIA

In het Hofburg Congrescentrum te Wenen zal van 2-8 september 1973 de 4e Internationale conferentie over aangeboren afwijkingen worden gehouden. Naar verwacht zal het congres worden bijgewoond door duizend belangstellenden - artsen, genetici en beoefenaars van andere specialismen. De vorige bijeenkomst, in 1969 in Den Haag gehouden, trok driekwart duizend deelnemers. Inlichtingen over Wenen 1973 bij het congres-secretariaat: Holland Organizing Centre, Lange Voorhout 16, Den Haag, tel. 070-657850.

¶

Van 10-22 januari 1971 vindt, meestentijds te Londen, daarnaast ook in Cambridge en Birmingham, een cursus plaats, getiteld: „Diabetes and Carbohydrate Metabolism.” De cursus wordt georganiseerd door The British Council. Hij is bestemd voor diegenen die in hun werk met diabetes in aanraking komen. In opzet zullen alle facetten van de diabetes worden belicht: basiskennis, suikerziekte in kliniek, laboratorium, industrie, samenleving. De cursusleiding is in handen van Prof. W. J. H. Butterfield, Department of Medicine, Guy's Hospital Medical School. Er is plaats voor 25 deelnemers. Deze worden geacht een actieve beheersing van de Engelse taal te bezitten. De kosten bedragen 110 Engelse ponden. Aanmelding voor deze cursus, nummer 025, bij The British Council, Keizersgracht 343, Amsterdam.

¶

„Omnibus”, een informatieblad voor en door artsen in Arnhem en omgeving, beleefde midden juli zijn tweede uitgave. De (voorlopige) redactie: J. C. Kutsch Loyenga, klinisch apotheker, Dr. H. C. Zanen, arts-bacterioloog, en J. v. d. Heide, arts, biedt de geïnteresseerde collega-streekgenoot een keurig op stenciel gezet blad. De inhoud

omvat berichten, rubrieken als „Epidemiologie” en „Farmacotherapie/Farmacologie”, en zakelijke mededelingen. De berichten zijn opgezet als aanwijzingen, afgestemd op de in de lokale praktijk voorkomende gevallen. Zo bevat het thans verschenen nummer een bijdrage over de behandeling van de acute psychotische reactie bij LSD-gebruik en een artikel over geslachtsziekten. „Omnibus” moet het nu nog grotendeels hebben van de redactionele nieuwsgaring, maar de initiatiefnemers houden zich aanbevelen voor medische informatie van anderen uit de regio. Die informatie kan naar Postbox 22 te Arnhem.



Op 17 augustus van dit jaar wordt om 14.00 uur in het Bouwcentrum, Weena 700, Rotterdam, een internationale bijeenkomst georganiseerd over de bouwkundige aspecten van de zwakzinnigheidszorg. Deze bijeenkomst zal worden gehouden in het kader van het congres van de International League of Societies for Mentally Handicapped, dat van 17-19 augustus in Den Haag plaats zal vinden. Deze organisatie houdt zich bezig met het bevorderen van de belangstelling voor de geestelijk gehandicapte. De bijeenkomst in Rotterdam wordt door het Bouwcentrum georganiseerd voor het Committee on Architectural Planning van genoemde organisatie.



„Iyi günler, doktor.” Een Turks goedendag, in aansluiting op hetgeen in M.C. nr. 28/1970, blz. 775 werd bericht over de 15.000 buitenlandse werknemers in Rotterdam, hun taalproblemen en het medisch isolement waarin zij deswege verkeren. De heer R. Plaat van de afdeling documentatie van Neopharm maakt ons nu attent op het bestaan van een viertal woordenlijsten, uitgegeven door de samenwerkende landelijke kruisverenigingen. Deze woordenlijsten (Nederlands-Turks, Nederlands-Marokkaans, Nederlands-Portugees en Nederlands-Grieks) beslaan de volgende hoofdstukjes: algemeen (getallen, namen van dagen en maanden, veel voorkomende gebruikstermen), functionarissen en instellingen, ziekenverpleging, verplegingsartikelen, medicijnen, kraamvrouw, zuigeling, huisbezoek, prenataal bezoek, zuigelingenhuisbezoek en consultatiebureau, nogmaals ziekenverpleging, huisbezoek in verband met tuberculose, diversen. In totaal wordt van ruim 500 termen of zinnen een vertaling gegeven.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

Uitgever: 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 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland f 35,—, losse nummers 78 cent (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 16.330 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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfonds Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021