



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

## REDACTIONEEL

## DE OMBUDSMAN

De ombudsman is een in de Scandinavische landen niet onbekende figuur met een zeer speciale functie. De moderne maatschappij is dermate gecompliceerd geworden, dat het voor de gewone burger vaak erg moeilijk is om alle

spelregels te kennen. Het gevolg is bovendien, dat een bepaald probleem waar iemand mee kampt niet door een persoon of instantie kan worden opgelost; er dienen meerdere personen en instanties aan te pas te komen. Hoe licht worden dan die persoonlijke problemen, die voor het betreffende individu van groot belang kunnen zijn, tot onpersoonlijke papieren gevallen, tot wel of niet volledig ingevulde formulieren. Het zal daarbij wel eens voorkomen, dat dergelijke formulieren in een of andere la terecht komen, steeds weer onder de stapel worden gelegd, of met een doodoener worden afgehandeld. Ook is het mogelijk, dat door onkunde of laksheid niet de juiste oplossing wordt bereikt. In al deze mogelijke gevallen kan de ombudsman nuttig werk doen. Bekleed met verregaande bevoegdheden, is hij in staat een vastgelopen procedure weer op gang te brengen en van een papieren geval weer een menselijk probleem te maken. Het is niet noodzakelijk en misschien zelfs ongewenst dat de ombudsman in de publiciteit komt. Hij kent de wegen en heeft de bevoegdheden om deuren te openen die voor de gewone burger gesloten blijven.

Sinds geruime tijd heeft de V.A.R.A. een radio- en televisierubriek getiteld: De ombudsman. Het is duidelijk dat deze ombudsman, Drs. Marcel van Dam, een andere dan de vorenomschreven functie heeft. Deze ombudsman heeft geen wettige bevoegdheden; hij heeft wel andere mogelijkheden: hij kan de publieke opinie mobiliseren. Wie zijn rubriek geregeld volgt, zal ongetwijfeld hebben gemerkt, dat in een aantal gevallen succes is geboekt.

Het te hulp roepen van de massamedia brengt naar onze mening duidelijk beperkingen met zich mee. Het lijkt weinig zinvol om voor een individueel geval de openbare mening te

### 25e JAARGANG - No. 52 - 27 DECEMBER 1970

#### INHOUD

De ombudsman .....	1401
Het symposion over kindermishandeling .	1403
De L.S.V. en een eventuele volksverzekering .....	1407
Georganiseerde gehandicaptenzorg wil werkingssfeer A.W.B.Z. verruimen .....	1407
Ledenvergadering der L.H.V. akkoord met voorgestelde pensioenregeling .....	1408
P.H.V.-Rotterdam wil tien groepspraktijken om het dreigend huisartsentekort op te vangen .....	1413
Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (I) .....	1415
Medisch werk in ontwikkelingslanden ...	1416
Discussie over de gang van zaken bij de bouw van moderne ziekenhuizen .....	1418
Federatie V.M.Z. 25 jaar:	
Dr. Kruisinga over toekomstige structuur gezondheidszorg .....	1419
Prof. Dijkhuis over ontwikkeling positie huisarts .....	1421
„Ontwikkelingswensen” in de toekomst ..	1422
Ministeriële nota over universitaire ontwikkelingsproblemen .....	1424
Aanwinsten van de Bibliotheek der Maatschappij gedurende het jaar 1969 (slot)	1425
Van de S.R.C.:	
Nieuwe inschrijvingen .....	1430
Van de S.G.R.C.:	
Nieuwe inschrijvingen .....	1432
Uit de afdelingen .....	1432
Personalia .....	1432
Brieven aan de redactie .....	1433
Varia .....	1435

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

Colofon op bladzijde 1436.

mobiliseren, hoe spectaculair dit als hoor- of kijkspel ook mag zijn. Zin zou een dergelijke handelwijze kunnen hebben, indien erdoor zou worden aangetoond dat de mogelijkheden om bepaalde misstanden te corrigeren binnen onze maatschappij ontoereikend zijn; wel kan men zich daarbij de vraag stellen of er geen andere en wellicht betere wegen zijn dan het mobiliseren van de openbare mening om tot een verandering van een bepaalde structuur binnen onze samenleving te komen. Uitzendingen als „De ombudsman” zouden verder zinvol kunnen zijn, indien daaruit zou blijken dat een groot aantal mensen onkundig is van de wegen die er zijn om bepaalde problemen of verkeerde situaties tot een oplossing te brengen.

Het waren deze overpeinzingen die door ons hoofd speelden toen wij de uitzending van de V.A.R.A. op 12 december j.l. bekeken, waarin de ombudsman een aantal mensen ten tonele voerde die klachten uitten over de behandeling die zij van hun huisarts hadden ondervonden. Laten wij vooropstellen, dat deze klachten er altijd zullen zijn. Alleen al het feit dat er jaarlijks door de Nederlandse huisartsen ongeveer vijftig miljoen consulten en visites worden verricht, maakt het onwaarschijnlijk dat een aantal hiervan bij de patiënt (maar ook bij de arts) niet tot klachten aanleiding zou kunnen geven. De waarde van deze klachten is dan ook gewoonlijk betrekkelijk, behalve indien deze klachten — en dan nog alleen als er goede gronden voor zijn — leiden tot persoonlijke schade; maar ook dan is er met gebruikmaking van de mogelijkheden die de wet biedt gewoonlijk voldoende verhaal te krijgen. Deze uitzendingen zouden dan hun waarde kunnen ontleenen aan het blootleggen van een onjuiste gang van zaken, die achter de-

ze casuïstiek verborgen ligt.

In genoemde uitzendingen werd een tweetal van die gevallen gesignaleerd. Het ene geval betrof een arts die de bevoegdheid ontnomen was, maar die toch praktijk had uitgeoefend. Hierop zou, althans volgens de uitzending, een maand gevangenisstraf zijn gevolgd. De vraagstelling was, hoe te voorkomen dat in deze omstandigheden de betreffende medicus praktijk uitoefent. Nu komt het betrekkelijk zelden voor dat aan een medicus de bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst wordt ontnomen. (In het jaarverslag 1969 van de geneeskundige Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid wordt in het overzicht van de gedurende 1969 door de Colleges voor Medisch Tuchtrecht in eerste aanleg en door het Centraal College voor Medisch Tuchtrecht behandelde tuchtgevallen van één schorsing melding gemaakt). Oefent hij desondanks de geneeskunst uit, dan valt hij — zij het wel bijzonder laakbaar — onder de groep van lieden van allerlei slag die onbevoegd de geneeskunst uitoefenen. Ook dit komt veel voor, gezien het aantal rechtszaken dat hieraan wordt gewijd. Dit facet kreeg naar onze smaak in bovengenoemde uitzending wel wat weinig aandacht.

In het andere geval betrof het klachten die waren terug te voeren tot de moeilijkheid om van huisarts te veranderen. Ook hiervoor bestaan spelregels en ook deze hadden wellicht wat meer aandacht kunnen krijgen. Trouwens, zolang er een tekort aan artsen en dus ook aan huisartsen is, zullen er op dit punt altijd wel moeilijkheden blijven. De vraag rijst of deze uitzending er toe zal bijdragen dat het aantal huisartsen toeneemt.

B.

---

### **Dr. Kruisinga over het te voeren beleid op het gebied van de A.W.B.Z.**

Ten antwoord op daartoe strekken de schriftelijke vragen van de heer *Rietkerk* (V.V.D.) en mevrouw *Veder-Smit* (V.V.D.) betreffende het indienen van een nota inzake het te voeren beleid op het gebied van de A.W.B.Z. heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid geantwoord dat, zoals bij de behandeling van het wetsontwerp inzake een algemene verzekering zware geneeskundige risico's is toegelicht en sedertdien herhaaldelijk in de Staten-generaal is betoogd, het optimaal functioneren van de intramurale voorzieningen nauw samenhangt met het goed functioneren van de voorzieningen op het terrein van de extra-murale gezondheidszorg. Daar-

om streeft hij ernaar de financiering van de ambulante gezondheidszorg zo spoedig mogelijk — uiteraard binnen het kader van de mogelijkheden — een even hechte en gelijksoortige basis te verlenen als die der intra-murale gezondheidszorg. Te dien einde heeft hij meerdere malen gewezen op de financiering op basis van de A.W.B.Z. Hij heeft over deze gedachte oriënterende besprekingen gevoerd met diverse maatschappelijke groeperingen. Uiteraard is daarbij de vraag gerezen in welke termijnen bovenbedoelde gedachte zou kunnen worden gerealiseerd. Van het opstellen van een vijf-jarenplan kan echter niet worden gesproken.

De staatssecretaris verwacht binnenkort het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid over de financiering van de ambulante gezondheidszorg. Hij is voornemens dit advies aan de Ziekenfondsraad toe te zenden, vergezeld van een uiteenzetting waarin hij zijn gedachten over de toekomstige ontwikkeling, die dan uiteraard mede gebaseerd zullen zijn op de inhoud van dit advies, concreteert. Het bedoelde advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en de adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad zullen aan de Staten-Generaal worden toegezonden. Voor een gedachtenwisseling hieromtrent zegt de staatssecretaris open te staan.

# HET SYMPOSION OVER KINDERMISHANDELING

Voorafgaande aan de dag, zaterdag 19 december, waarop het door de Maatschappij Geneeskunst georganiseerde symposium over kindermishandeling werd gehouden, is verschenen het rapport van de Interdepartementale Commissie Kindermishandeling, dat aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid is uitgebracht. De inhoud van dit rapport, dat aan ieder der aanwezigen bij het symposium ter hand werd gesteld, is uiteraard in de besprekingen betrokken, in het bijzonder ten aanzien van het aspect van het beroepsgeheim van de arts. Het rapport van deze Commissie, waarin ook representanten van de Maatschappij zitting hebben gehad, sluit aan op hetgeen ook in Maatschappijverband wel als een oplossing van de problematiek met betrekking tot het beroepsgeheim naar voren is gebracht. Want de commissie ziet blijkens haar rapport een goede uitweg in de aanstelling van een bij een Raad voor Kinderbescherming gelieerde vertrouwensarts, die voor de aan hun beroepsgeheim gebonden medici bereikbaar en toegankelijk moet zijn, waarbij uitdrukkelijk is te stellen dat deze vertrouwensarts geen afgeleide justitiële instantie is. Deze vertrouwensarts heeft niet de bevoegdheid zelfstandig bepaalde maatregelen te nemen of uit te lokken naar aanleiding van hem voorgelegde gevallen. Zijn taak zal er op zijn gericht naar aanleiding daarvan adviezen te geven en behandelingsplannen op te stellen en daarbij van de ervaring en kennis van een Raad voor de Kinderbescherming gebruik te maken. Naast de vertrouwensarts zou dan een uit een Raad voor de Kinderbescherming samengestelde multidisciplinaire commissie in de eerste plaats worden belast met de behandeling van de gevallen van kindermishandeling, die ter kennis van de Raad zijn gebracht en welke commissie kan fungeren als „klankbord” voor de vertrouwensarts indien deze behoefte heeft aan overleg. De taak van de vertrouwensarts is een driedelige: adviserend, verzamelen van gegevens en de organisatorische nazorg.

In het rapport van de Interdepartementale Commissie wordt op deze drie taken nader ingegaan en voorts wordt daarin ten aanzien van de (rechts)positie van de vertrouwensarts gesteld, dat deze een „buitenlijnse” functionaris is, aan te stellen bij ministeriële benoeming voor een periode van één jaar met mogelijkheid tot herbenoeming.

De hier omschreven vertrouwensarts — zo schrijft de Commissie in de laatste paragraaf van haar rapport — is nog een papieren functionaris. Er bestaat tot nu toe geen enkele praktische ervaring, noch met een zekere georganiseerde aanpak van de kindermishandelingsproblematiek, noch met een vergelijkbare functionaris. De Commissie verwacht in de aanvang allerlei praktische problemen, bijvoorbeeld met betrekking tot samenwerking met andere

instanties, wijze van adviseren e.d., maar zij wil zich gedurende een proefperiode gaarne ter beschikking houden om aan de oplossing van zich in de praktijk eventueel voordoende problemen mede te werken.

\*  
\*\*

De inhoud van dit rapport vooropstellende in de hier volgende aan het symposium gewijde regels werkt men in de lijn, welke de voorzitter van het symposium, het hoofdbestuurslid Dr. J. A. Dallmeijer volgde. Voorafgaande aan de bespreking gaf hij, teneinde de gedachtenwisseling op het punt(detail) van het vraagstuk van het beroepsgeheim actueel te richten, eerst een korte samenvatting van de inhoud van dit rapport. Daarna verleende hij het woord aan de twee inleiders, Dr. F. Kuipers, kinderarts, en mevrouw J. T. Ch. Valkenburg, van wier beschouwingen de volgende samenvattingen kunnen worden gegeven.

## *Battered Child Syndroom gezien door de kinderarts*

Deze titel had Dr. Kuipers meegegeven aan zijn voordracht welke als volgt kon worden samengevat:

Het kindermishandelingsyndroom betreft opzettelijk toegebracht lichamelijk letsel of moedwillige verwaarlozing van een kind door iemand uit zijn directe omgeving, die zijn of haar verantwoordelijkheid voor de toegebrachte schade verbergt.

Naast somatische en psychiatrische factoren bestaan er sociaal-maatschappelijke omstandigheden en juridische implicaties die de diagnose en vooral de behandeling zeer bemoeilijken. Bovendien wekt het mishandelde kind bij ieder, die ermee in aanraking komt, meer dan gewoonlijk de menselijke emoties op. Dat ontslaat ons niet van de plicht in elke situatie met de nodige zorgvuldigheid te werk te gaan en elk van de betrokkenen, óók de van mishandeling verdachte ouders, de juiste hulp te bieden.

De frequentie van het syndroom is niet gemakkelijk vast te stellen. De enquête van Kempe in 1962 in de Verenigde Staten betrof 662 patiënten met 178 sterfgevallen; het door Brandeis University verzamelde persoverzicht over de tweede helft van 1965 had betrekking op 504 kinderen met 164 sterfgevallen. Het is dus een ziekte met een hoge mortaliteit: 27 à 32,5%, terwijl de kans op dodelijke afloop bij herhaalde mishandeling tussen 10 en 40% wordt opgegeven. Hierbij komt nog dat ongeveer 16% van de mishandelde kinderen levenslang invalide blijft, vooral door hersenbeschadiging. Deze percentages worden weer onzeker doordat naar schatting slechts één van de drie gevallen van kindermishandeling als zodanig wordt herkend.

In de Verenigde Staten bestaat een aangifteplicht van vermoedelijke gevallen van kindermishandeling. In de meeste staten is de frequentie tussen 20 en 60 gevallen per jaar per miljoen zielen, met lagere cijfers voor Arkansas en Florida, doch een enorm hoog aantal van 670 voor de staat Nevada.

Wanneer wij deze gegevens van de Verenigde Staten zonder meer op Nederland toepassen, komen we op 260 à 780 gevallen per jaar, waarvan 10 à 33% fataal verloopt. Een enquête onder kinderartsen werd door de helft van de aangeschrevenen beantwoord. Hierbij werden gegevens over 40 gevallen gerapporteerd, waarvan één met dodelijke afloop. Wanneer wij deze getallen mogen verdubbelen komen wij nog lang niet op de Amerikaanse frequentie. Waarschijnlijk komt dit doordat de kinderartsen een ander type van het syndroom te behandelen krijgen dan andere specialisten, zodat er ongetwijfeld nog gevallen zijn te vinden in de praktijk van chirurgen en psychiaters.

De belangrijkste voorwaarde voor het stellen van de diagnose is aan de mogelijkheid te denken wanneer de door de ouders gegeven verklaring van hematomen, brandwonden, fracturen, ondervoeding, hardnekkig braken of gedragsstoornissen onwaarschijnlijk lijkt. De arts is over het algemeen gewend de mededelingen van ouders over de kinderen voor waar aan te nemen. Bij het kindermishandelingsyndroom kan hierdoor gemakkelijk een verkeerde indruk postvatten. De factoren, die tot de mishandeling leiden, zullen later in dit symposium aan de orde komen.

De vermoedelijke diagnose kan worden bevestigd door röntgenonderzoek van het skelet, waarbij kenmerken de afwijkingen kunnen worden gevonden vooral in de nabijheid van de gewrichten, terwijl fracturen van verschillende ouderdom en in verschillende stadia van genezing een taal kunnen spreken, die het kind zelf niet durft of niet kan uiten. Een zeer belangrijk argument voor de diagnose is tevens het vlotte herstel tijdens observatie en behandeling in de kliniek zonder recidives van hematomen, braken en „spontane” fracturen.

Uit de wisselwerking in het gedrag van ouders en kind kunnen ervaren verpleegsters en spelobservatrices eveneens hun conclusies trekken.

Naar aanleiding van vier gevallen uit de praktijk wil ik het voorgaande toelichten, hoe bij de ingewikkelde gezinsproblematiek hulp kan worden geboden:

1. Een meisje van 8 maanden met een reeds vier maanden bestaande impressiefractuur van de schedel wordt door de moeder naar het ziekenhuis gebracht. Zij vertelt dat het kind herhaaldelijk door de vader is geslagen. Zij heeft hem nu verlaten en dus nu voor het kind gekozen. Helaas is volledig herstel van dit meisje met dubbelzijdige subdurale hematomen niet meer mogelijk. Zij wordt met medewerking van de moeder geplaatst in een tehuis voor geestelijk invalide kinderen.

2. Een jongen van 2½ jaar wordt door de moeder naar de polikliniek gebracht, omdat omstanders

in de tram vonden dat het hoofdje er zo vreemd uitzag. Hij wordt opgenomen wegens een schedelbasisfractuur, blijkt tijdens de observatie en behandeling zeer angstig te zijn voor volwassenen, zelfs voor verpleegsters. De moeder, die gescheiden was, roept de hulp in van de politie tegen haar „kostganger”, nadat deze laatste haar argwaan had opgewekt in verband met de schedelbasisfractuur van haar zoontje. Deze man is weggegaan. Het kind wordt nu door de moeder verder verzorgd.

3. Een te vroeg geboren zuigeling wordt na ontslag uit de kliniek herhaaldelijk opnieuw opgenomen wegens voedselweigeren en braken, waardoor het kind zeer dystrofisch wordt. In de kliniek zijn er geen moeilijkheden met de voeding. Toen het kind 1½ jaar oud was, ontstonden vreemde striemen op de beentjes, volgens de vader als gevolg van stijf inpakken om het kind zindelijk te maken. Het contact met de moeder was altijd erg vlak. Op een gegeven moment haalde zij het kind naar huis, omdat zij wegens de herhaalde opnamen zelf een gedeelte van de verpleegprijs zou moeten betalen. Er waren toen onvoldoende argumenten om voor een kinderbeschermende maatregel te pleiten, terwijl bovendien de moeder verzekerde dat zij regelmatig onder poliklinische controle zou blijven. Dit contact werd echter prompt door haar verbroken en later hoorde ik dat patiënt in een ander ziekenhuis werd opgenomen met een dijbeenfractuur. Inmiddels is hij de gevaarlijkste periode voorbij.

4. Het vierde geval betreft een meisje met een schedel- en een enkelfractuur en brandwonden in het gelaat, volgens de ouders veroorzaakt door een ander kind in het gezin. Op grond van psychiatrisch en maatschappelijk onderzoek waren er zoveel argumenten aan te voeren dat de veiligheid van het kind in dit gezin onvoldoende gewaarborgd was. Via de Raad voor de Kinderbescherming werd een toevertrouwing aan de Raad uitgesproken.

Het is duidelijk dat de somatische verschijnselen slechts een onderdeel van het gehele probleem vormen, doch slechts bij herkenning aan de hand van de lichamelijke afwijkingen kunnen de nodige maatschappelijke en psychiatrische factoren worden onderzocht om de beste hulp mogelijk te maken. Over deze aspecten wordt door de betreffende specialisten nader gesproken.

\*  
\*\*

Mevrouw J. T. Ch. Valkenburg sprak als volgt:

Het maatschappelijk werk ziet naar het intermen-  
selijk functioneren. Het terrein van aandacht be-  
helst de wijze waarop de mens de rollen, die de  
maatschappij hem oplegt of die hij zelf binnen die  
structuur kiest, beleeft en naar buiten toe in de re-  
latie tot anderen vervult. Het maatschappelijk werk  
beweegt zich daarbij op het terrein van het bewus-  
te, dat wat een ieder zelf kan zien en inbrengen in  
het contact. Het probeert te werken uitgaande van  
de cliënt, diens mogelijkheden beperkingen, achter-  
gronden. Het tracht met die gegevens zoveel moge-

lijk samen met de cliënt en nooit langs hem een ook voor hem aanvaardbare oplossing te vinden als het intermenselijk functioneren moeilijkheden oplevert. Achtergrondgedachte hierbij is de mening, dat alleen vanuit eigen verantwoordelijkheid een oplossing gevonden en werkelijk wordt aanvaard en ingepast. Het maatschappelijk werk probeert dus ook vanuit een ongemotiveerde start bij het contact een relatie op te bouwen waarin van samenwerking sprake kan zijn. Dat vergt tijd en het lukt niet altijd.

Wanneer de cliënt weinig mogelijkheden heeft tot zelfinzicht in het gesprek en tot samenwerking, kan de maatschappelijk werker trachten met instemming van de ander in diens omgeving zodanige verandering of aanvulling aan te brengen dat daardoor het functioneren wordt vergemakkelijkt. De kans op een debacle wordt dan verminderd of zelfs voorkomen.

Bij ouders van mishandelde kinderen is er sprake van een ernstige afwijking, een stoornis in het rolvervullen als ouders en daardoor ook als mens in de maatschappij. Het referentiekader van deze ouders wat hun rol betreft is veelal beperkt door eigen traumatische ervaring tijdens de jeugd, waarin eveneens een gestoord relatie-patroon in de directe omgeving bestond (mechanisme van verwaarlozing van geslacht tot geslacht). Veelal is er sprake van een deficiënte of zelfs psychopatische persoonlijkheid. Onder deze pedagogische onmacht lijden deze ouders waarschijnlijk zeer. Zij zijn angstig voor het oordeel en voor de uitstoting uit de groep. Dat de maatschappij afwijzend is op dit punt kan niet beter worden aangetoond dan door het feit dat tot voor kort het onderkennen van het fenomeen kindermishandeling taboe was.

Dat deze ouders vrijwillig hulp zullen zoeken rechtstreeks voor deze problematiek terwille van zich en hun kinderen binnen de huidige structuur en meningen is zeldzaam zo niet onwaarschijnlijk. Daarom zie ik als maatschappelijk werkster op mijn werkterrein weinig gevallen, waarin primair met deze inzet, op basis van vrijwilligheid, in een relatie naar een oplossing wordt gezocht. Dit geldt dus als er reeds sprake is van mishandeling. Daar komt bij dat er dan ter wille van het kind vaak snel moet worden gewerkt en zelfs moet worden ingegrepen. Er is dan sprake van een autoritaire verhouding tot de ouders. Een maatregel van kindbescherming is vaak nodig als stut bij een poging multidisciplinair toch hulp te bieden. Vanuit het maatschappelijk werk met agressief casework, hopelijk om te buigen naar een contact van samenwerking, een moeilijke taak. Ik vraag mij af of de Raden voor de Kinderbescherming en voogdijverenigingen voldoende hulp kunnen bieden aan mankracht en mogelijkheden tot plaatsing maar ook in methodische hulpverlening aan ouders rond de maatregelen. Gezinstherapie zou, naar mijn mening, hier idealiter geboden moeten kunnen worden.

Ik heb geen ervaring maar weet dat maatschappelijk werk rond de psychiatrische behandeling van deze ouders wordt ingeschakeld. Ik kan mij voorstellen dat tijdens een behandelingscontact een rela-

tie kan worden opgebouwd, curatief, waarin maatschappelijk werk een deeltaak vervult (met cliënt en/of met diens omgeving; het intermenselijk functioneren als koers).

Uit literatuur is mij bekend dat in Amerika gespreksgroepen met moeders van battered children functioneren waarin de maatschappelijk werker een taak heeft. Als ziekenhuis-maatschappelijk werkster zie ik de onmogelijkheden en mogelijkheden zeker daar waar de mishandeling gebeurt, maar waar niet kan worden ingegrepen en daar waar deze dreigt. Wat ik verder zeg geldt mijns inziens voor alle maatschappelijk werk buiten instanties van kindbescherming.

De onmogelijkheid ligt vaak in de situatie die het eerst is genoemd. Wanneer wel van mishandeling sprake is en het kind ter behandeling wordt aangeboden, maar wanneer niet kan worden ingegrepen, omdat daarvoor onvoldoende bewijzen zijn. In die situatie is er uiteraard een groot spanningsveld, waarin de ouders bijzonder angstig zijn. Zij zien dan in de maatschappelijk werkster ook gemakkelijk een verlengstuk van „de kindbescherming“. En deze kindbescherming wordt door hen als instantie van straf, van officiële degradatie van de ouderrol, ervaren. Tijd voor het opbouwen van een relatie, waarin hieromtrent meer helderheid kan komen, is er niet. De ouders weigeren vaak zo'n contact zelfs te openen.

Wat dan? Onze ervaring in het ziekenhuis is, dat dan een verpleegster (wij kennen het instituut „sociaal verpleegster“, iemand met wijkaantekening en ervaring, ingepast in de kliniek voor begeleiding en nazorg) wel entree heeft en vanuit een sociaal aanvaard stuk autoriteit en moederlijk (?) gezag het contact kan opbouwen en handhaven. De verpleegster kan door haar deskundigheid vaak eerder zien waar ouders de kinderen in praktische zin ernstig verwaarlozen of mishandelen.

In het veld buiten het ziekenhuis zie ik daarom zeker mogelijkheden tot hulpverlening vanuit de wijkverpleging. Het lijkt mij daarom zinvol als deze verpleegsters op deze problematiek worden gericht. Zij moeten dan tevens worden voorgelicht over de mogelijkheden tot consultatie van andere specialisten bij een zo zware taak.

Reële mogelijkheden voor het maatschappelijk werk zie ik op het grote terrein van maatschappelijke evenwichtsverstoring waarbij het kind dreigt „kind van de rekening“ te worden. Aanleiding tot onrust in het evenwicht is veelal een complex van factoren waarbij de mens, psychisch reeds labiel, actuele frustrerende omstandigheden niet meer kan verwerken. Deze frustrerende omstandigheden zijn bijvoorbeeld te kleine woonruimte, te groot kindertal, kinderen kort na elkaar, bijzondere positie van een kind (voorkind, buitenechtelijk kind, ongewenst kind, tweelingen), bijzondere kenmerken bij een kind (ongewenst geslacht, lichamelijk of geestelijk afwijkend), verschillende referentie kader van de ouders door bijvoorbeeld milieu, ras- of cultuurverschil en daardoor een verschillend verwachtingspatroon je-

gens elkaar en ten aanzien van het grootbrengen van kinderen, samengesteld gezin na echtscheiding met kinderen uit de verschillende verbintenissen, onderlinge aanpassingsproblemen door ook verschillend verwachtingspatroon, bijzondere positie van een gezin in een buurt, niet gedeelde verantwoordelijkheid van de ouders, andere spanningen tussen de ouders bijvoorbeeld door drankmisbruik of financiële zorg, criminaliteit, chronische ziekte of invaliditeit en voorts kan spanning bij de man door onbehagen in het werk tot frustrerende omstandigheden leiden.

Voor het helpen bij deze problemen is voor het maatschappelijk werk veelal wel een entree. Het is dikwijls het kanaal waarlangs de ouders zelf contact zoeken. De problematiek is op zichzelf reden voldoende voor aandacht en — beginnend waar de cliënt is — kan een relatie worden opgebouwd waarin de zorg voor het kind wel degelijk kan worden betrokken.

Vanzelfsprekend geldt hier de noodzaak van vakbekwaamheid in het hanteren van het contact. Daarbij hoort ook de kennis omtrent de mogelijkheden tot samenwerking met en verwijzing naar andere specialismen en hulpverlenende instanties. Wat betreft de zorg voor het ernstig bedreigde kind kan deze samenwerking aanvankelijk bijvoorbeeld bestaan uit een anonieme consultatie. Voorwaarde hierbij is een onderling vertrouwen en contact ter plaatse tussen de verschillende specialismen. Dit is beslist haalbaar mits aan het opbouwen van een contact tot samenwerking aandacht wordt besteed.

Mogelijkheden voor directe hulp bij de aangeboden problemen, ofwel de problemen, waarbij de ouders toegankelijk zijn voor contact, zie ik bijvoorbeeld in: woningsanering, hulp bij financiële zorg, zoeken van een verantwoorde crèche — zo mogelijk met begeleiding van de ouders — voor één of meer kinderen, adequate medische behandeling voor ziekte of chronische handicap, bemiddelen bij saneren van werkproblemen, inschakelen van consultatiebureau voor een kind, club of buurthuis werk voor ouders en/of kind, en voor alles: aandacht in het gesprek voor die vragen die wel ter tafel komen.

Wanneer de werker in het gezin meent dat een kind ernstig wordt bedreigd moet hij zich steeds afvragen of terwille van het kind niet beschermend moet worden ingegrepen. Hij zal dan proberen om op basis van de bestaande relatie de ouders inzicht tot samenwerken te geven, opdat bijvoorbeeld een vrijwillige onder toezichtstelling kan volgen. Lukt dit niet, dan zal hij de ouders uitleggen dat vanuit zijn beroepsverantwoordelijkheid het kind als cliënt voor moet gaan nu in diens belang. De relatie met de ouders loopt grote kans verbroken te worden. Terwille van het kind zal de procedure dan zeer snel moeten zijn (bijvoorbeeld voorlopige toevertrouwing).

*Samenvatting:* De maatschappelijk werker zal, in welk verband ook werkend met de ouders ten aanzien van het bedreigde kind, steeds moeten uitgaan van een vierdelige identificatie met: 1. de instelling van waaruit wordt gewerkt; 2. de maatschappij

waarin kind en ouders moeten functioneren; 3. de ouders en hun achtergrondproblematiek; 4. het kind dat beschermd moet worden. In elk geval zal steeds weer zorgvuldig moeten worden bezien hoe dit werkproces in het belang van de cliënt — in dit geval in de eerste plaats het kind — zo verantwoord mogelijk kan verlopen.

\*  
\*\*

Na een korte pauze is daarna een panel aan het woord gekomen, geleid door Dr. Dallmeijer en waarvan leden waren de reeds genoemde inleiders en voorts mevrouw Th. Cohen-Matthijssen, kinderpsychiater te Amsterdam, en Mr. W. B. van der Mij, secretaris - juist der Maatschappij. Geantwoord werd op de intussen schriftelijk ingediende vragen, waarop nog een vrije discussie volgde, alles in een tamelijk straf tempo omdat alle deelnemers op zeer zakelijke wijze hun vragen en inzichten naar voren brachten.

Om een greep uit het verhandelde te doen zou men kunnen aansluiten bij een door een psycholoog — er waren zeer veel gasten — opgeworpen vraag waarom in het panel geen psychologen, sociologen en andere disciplines gerepresenteerd waren. Die vraag beantwoordend heeft Dr. Dallmeijer naar voren gebracht dat men in feite aanwezig was op een Algemene Vergadering van de Maatschappij Geneeskunst, waar men zich uiteraard vooral heeft gericht op de attitude van de arts ten opzichte van het battered child syndrome, doch nadrukkelijk daarbij stellende dat bij de problematiek in haar geheel vanzelfsprekend een multidisciplinaire aanpak is geboden.

Dan ook dezerzijds voortgaande op dit aspect van de attitude van de arts zou uit het vele, dat ter sprake is gekomen, naar voren kunnen worden gebracht dat Mr. van der Mij op grond van tot hem gerichte vragen meende te kunnen constateren dat in medische kringen niet meer zo sterk als voorheen onder alle omstandigheden het beroepsgeheim voorop wordt gesteld doch dat men zich genuanceerder opstelt en de belangen van het kind, wanneer daartoe aanleiding blijkt te bestaan, laat prevaleren boven handhaving van het beroepsgeheim. Ten opzichte van die handhaving van het beroepsgeheim zag de secretaris-jurist het juist verschenen rapport van de Interdepartementale Commissie Kindermishandeling als een welkome tegemoetkoming voor de arts, die op grond van zijn waarneming in een conflict van plichten komt, onverminderd een individuele beslissing van de arts dat hij de gewetensbeslissing neemt om in de belangen van het kind zijn beroepsgeheim te verbreken en daarvoor dan rechtvaardigingsgronden kunnende aanvoeren.

Element in de discussie is ook geweest, zij het kort, de van de zijde der betrokken disciplines en instanties genoteerde vrees aan medische zijde, dat bij signalering onmiddellijk een niet te stuiten juridisch-automatische procedure in werking wordt gesteld. Naar voren is wel gebracht, ook in de vorm

van de door de dames-leden van het panel geaccentueerde noodzaak van de begeleiding van de hun agressie op de kinderen afreagerende ouders, dat deze eventueel bestaande vrees geen grond heeft. En zo die bestaat kan zij dan zeker door dit symposium geheel zijn weggenomen, want in de gedachtenwisseling over wenselijkheden en mogelijkheden is nimmer, door welke discussiant ook, de gedachte geuit aan directe maatregelen tegen de ouders, overtuigd als iedereen was van de diepergaande problematiek, die in mishandeling van kinderen een uitingsvorm vindt. Vandaar dat het accent met nadruk werd gelegd op de begeleiding en de mogelijkheid van justitieel ingrijpen jegens battering parents toch wel als ultimatum remedium werd aan gevoeld.

\*  
\*\*

De voorzitter van de Maatschappij Geneeskunst Dr. L. van der Drift heeft de bijeenkomst geopend en na afloop gesloten met een korte beschouwing, waarin hij de wens uitsprak dat dit nuttige symposium er toe zou kunnen bijdragen dat de artsen in die gevallen, waarmee zij geconfronteerd worden, optimaal in het belang van het kind zullen functioneren. Een wens, die via deze regels verder moet worden gedragen, want naast de hierboven tussengevlochten vermelding dat vele gasten dit symposium bijwoonden — uit de wereld van de kinderbescherming, kindergeneeskunde, neurologie en psychiatrie, zittende en staande magistratuur — moet worden geconstateerd dat de opkomst van de zijde van de leden van de Maatschappij zeer bescheiden is geweest.

v.M.

## De L.S.V. en een eventuele volksverzekering

Het Tweede Kamerlid de heer Dolman (P.v.d.A.) heeft onlangs de volgende twee schriftelijke vragen gesteld: Heeft de staatssecretaris kennis genomen van de verklaring door de voorzitter der Landelijke Specialisten Vereniging Dr. J. van Mansvelt, dat de L.S.V. geen enkele medewerking zal verlenen aan het tot stand komen van een totale volksverzekering tegen ziektekosten? Wil de staatssecretaris bevestigen dat de artsenorganisaties zich nu en in de toekomst evenzeer aan de wet dienen te houden als andere Nederlanders? Ter toelichting van zijn vragen stelde het Kamerlid dat het niet geheel uitgesloten is dat een wettelijk geregelde volksverzekering als bedoeld door Dr. Van Mansvelt tot stand zal komen en dat blijkens een onderzoek, uitgevoerd door Makrotest in opdracht van de Landelijke Huisartsen Vereniging, 85 procent van het Nederlandse volk er vóór is.

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga heeft op beide vragen bevestigend geantwoord en heeft daarbij aangetekend dat het verlenen van medewerking aan het tot stand komen van een wettelijke regeling in een ander vlak ligt dan het zich houden aan een eenmaal tot stand gekomen wet. In verband met de door de vraagsteller gegeven toelichting wijst de staatssecretaris er voorts op dat bij het tot stand komen van een wettelijke regeling op het terrein van de gezondheidszorg van groot belang is, dat overeenstemming wordt verkregen met al diegenen, die bij de uitvoering van de wet betrokken zullen zijn en hieraan in verschillende vorm actieve medewerking moeten verlenen.

---

## Georganiseerde gehandicaptenzorg wil werkingsfeer A.W.B.Z. verruimen

De Nederlandse Centrale Vereniging ter bevordering van de Revalidatie (N.C.V.R.) en de Stichting Nationaal Orgaan Zwakzinnigenzorg (N.O.Z.) bepleiten een verruiming van de werkingssfeer van de A.W.B.Z., met name ten behoeve van de gehandicapten die thuis of in een niet-erkende inrichting worden verpleegd dan wel verzorgd. Zij doen dit in het rapport: „De gehandicaptenzorg en de algemene wet bijzondere ziektekosten”, dat op 21 december jl. werd aangeboden aan de ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, en Onderwijs en Wetenschappen. In een viertal conclusies zegt de gezamenlijke studiegcommissie van beide instanties die voor de samenstelling van het rapport heeft zorggedragen:

a. De commissie zou gaarne de werkingssfeer der A.W.B.Z. willen zien uitgebreid tot een aantal nader door haar genoemde vormen van hulpverlening, welke groten deels zijn gesitueerd op het eerste en tweede echelon.

b. De door de commissie in het onderhavige rapport gedane voorstellen voor de uitbreiding der werkingssfeer van de A.W.B.Z. zijn echter weinig effectief, indien de huidige structuur van de wet niet op enkele belangrijke pun-

ten wordt gewijzigd. Het betreft hier met name de organisatie van de uitvoering en van het erkenningenbeleid.

c. Voor wat de uitvoering der wet betreft, pleit de commissie ervoor dat wordt gezien of het wenselijk moet worden geacht dat, rekening houdend met de filosofie der wet, deze in handen blijft van de ziekenfondsen en toegelaten ziektekostenverzekeraars. De commissie denkt in dit verband eerder aan een kader van waaruit een multidisciplinaire aanpak kan worden gegarandeerd.

d. Voor wat betreft het „erkenningenbeleid” is de commissie van mening, dat dit met het oog op de gewenste uitbreiding van de werkingssfeer der A.W.B.Z. in de nabije toekomst eveneens anders dan tot dusverre dient te worden gerealiseerd. Voor wat betreft de gehandicaptenzorg dienen de desbetreffende beslissingen der Rijksoverheid naar haar mening, anders dan tot dusverre geschiedt, te worden voorbereid door de Interdepartementale Stuurgroep Revalidatiebeleid (I.S.R.), welke zijnerzijds zijn adviezen opstelt in overleg met de daarvoor in aanmerking komende overkoepelende organisaties van het particulier initiatief, te weten de Nederlandse Centrale Vereniging ter bevordering van de Revalidatie en de Stichting Nationaal Orgaan Zwakzinnigenzorg.

# Ledenvergadering der L.H.V. akkoord met voorgestelde pensioenregeling

De Ledenvergadering der Landelijke Huisartsen Vereniging, donderdag 17 december j.l. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, heeft met overweldigende meerderheid gekozen voor het Centraal Bestuursvoorstel, inhoudende een pensioenregeling voor huisartsen zoals neergelegd in het zogenaamde „rode boek” van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen. Na voortzetting van de behandeling van het bestuursplan door de Ledenvergadering, welke behandeling in de vergadering van vrijdag 11 december j.l. was geschorst (zie Medisch Contact nr. 51 van 18 december j.l., bladzijde 1375), werd ondervolgend voorstel voor besluitvorming in stemming gebracht en aangenomen met 56 stemmen voor en 4 tegen.

De tekst van het besluit luidt als volgt:

De Ledenvergadering der Landelijke Huisartsen Vereniging in vergadering bijeen op 11 december 1970, welke vergadering op 17 december 1970 is voortgezet,

gelet op het bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal ingediende wetsontwerp betreffende verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling,

gehoord de discussies over het voorstel voor een pensioenregeling voor huisartsen en de toelichting daarop, zoals neergelegd in het „rode boek” met inleiding d.d. 17 november 1970,

in aanmerking nemende de hiernagenoemde amendementen welke op deze vergadering zijn aanvaard, strekkende tot wijziging c.q. aanvulling van het concept voor de statuten van de op te richten Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen en het concept- Pensioenreglement van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen, zoals deze concepten zijn opgenomen in bedoeld „rode boek”,

overwegende dat bedoelde in de hiernavermelde zin geamendeerde statuten en pensioenreglement al één geheel, namelijk als beroepspensioenregeling voor huisartsen moet worden gezien,

## Besluit

voornoemde statuten en pensioenreglement zoals deze in de hiernavermelde zin zijn geamendeerd, te aanvaarden en vast te stellen als beroepspensioenregeling voor huisartsen als bedoeld in artikel 2 van genoemd wetsontwerp,

onder voorbehoud van het aannemen van bedoeld

wetsontwerp door het Parlement en het van kracht worden van deze wettelijke regeling,

en onder voorbehoud dat bij wijzigingen die in voormelde beroepspensioenregeling moeten worden aangebracht op grond van de van kracht geworden wet betreffende verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling, deze wijzigingen aan de Ledenvergadering zullen worden voorgelegd,

onder voorbehoud ook dat premies en pensioenen welke voortvloeien uit verplichte collectieve regelingen welke tot stand zullen komen krachtens bedoelde wet fiscaal op dezelfde wijze zullen worden behandeld als die welke voortvloeien uit overeenkomstige regelingen welke tot stand komen of zijn gekomen krachtens de bedrijfspensioenfondsenwet,

onder voorbehoud tenslotte, dat bij inwerking treden van het pensioenreglement de aanpassingscoëfficiënt overeenkomstig artikel 12 aanvangt met het cijfer 1, terwijl de voor aanpassing met deze coëfficiënt in aanmerking komende bedragen op de datum van inwerkingtreding zullen worden vervangen door verhoogde bedragen; deze verhoogde bedragen worden gevonden door de bedragen van het reglement te vermenigvuldigen met de aanpassingscoëfficiënt, die op de datum van feitelijke inwerkingtreding zou hebben gegolden, indien het reglement op 1 januari 1968 in werking zou zijn getreden,

en met dien verstande, dat in deze Ledenvergadering op concept-statuten en concept-reglement als hiervoor bedoeld de volgende amendementen zijn aangebracht:

1. in de statuten wordt in artikel 6 een zesde lid toegevoegd luidende als volgt:

6. voor de eerste maal worden tot leden van het bestuur benoemd de heren .....\*

.....  
Deze bestuursleden treden af zodra voor de eerste maal de benoeming van bestuursleden en

---

\* Het Centraal Bestuur zal in een komende Ledenvergadering van de L.H.V. met voorstellen komen, op welke wijze de aanwijzing van deze personen zal plaats vinden. Overeenkomstig de statuten zullen deze personen zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval binnen zes maanden na de oprichting van het pensioenfonds worden vervangen door de definitieve bestuursleden met toepassing van de benoemingsprocedure der statuten.



plv. bestuursleden heeft plaats gevonden volgens artikel 5, welke benoemingen zo spoedig mogelijk doch in ieder geval binnen 6 maanden na de oprichting van het pensioenfonds zullen dienen te geschieden.

2. in artikel 15 lid 2 van het concept-reglement worden in de laatste zin in plaats van de woorden „de in de vorige zin bedoelde datum” gelezen de woorden „de datum waarop na de in werking treding van dit reglement de aanpassingscoëfficiënt voor de eerste maal groter is dan het getal 1”.
3. in het pensioenreglement zal een bepaling worden opgenomen, die voorkomt dat een pensioengerechtigde over kalenderjaren liggende voor 1 januari 1967 meer dan éénmaal recht op backservice-pensioen zal ontvangen. In dat geval zal de gunstigste backservice-uitkering van kracht zijn.

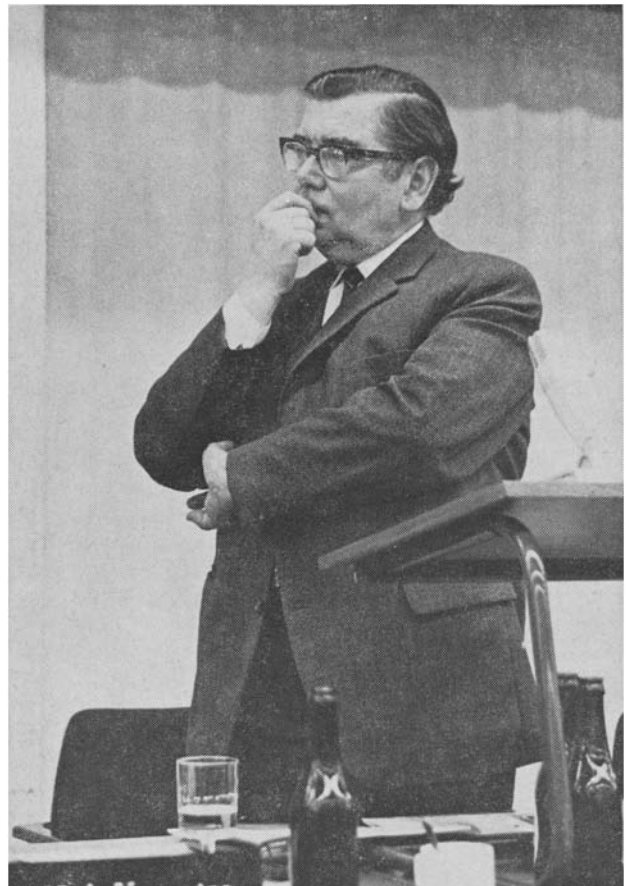
Met een krachtig applaus werd de uitslag van de stemming door de aanwezigen begroet en een tweede fase van de Ledenvergadering, die op dat moment merkbaar feestelijk was gestemd, ingezet. Maar daarover verderop meer.

\*  
\*\*

Terugkerend naar de aanvang van deze besluitvormende vergadering, begonnen op donderdag 11 december j.l., is het ter completering van een nabeschouwing nuttig het openingswoord van de voorzitter er nog eens op na te lezen. Dr. Van Rijn presenteerde toen het voorstel van het Centraal Bestuur als volgt:

Het Centraal Bestuur dat op 6 mei 1966 door u, heren afgevaardigden werd gekozen, zag zich geplaatst voor een gecompliceerde problematiek op het gebied van de gezondheidszorg door huisartsen. Met de mond beleed officieel Nederland dat de huisarts de centrale plaats in de gezondheidszorg diende in te nemen. Metterdaad stak officieel Nederland geen vinger uit om de huisartsen te helpen deze centrale plaats, die een realiteit was, te bevorderen, te verbeteren, laat staan te handhaven. Wij hebben de handhaving, de verdediging van de gezondheidszorg door huisartsen dan ook zelf gevoerd, wij voelden ons daartoe competent en in staat. Het zijn niet de materiële problemen alleen en op de eerste plaats, waarnaar de zorg van dit C.B. is uitgegaan. Wij hebben van de aanvang af als uitgangspunt en als doel van ons handelen gesteld: de bevordering van de gezondheidszorg door huisartsen.

Wij hebben wel als één van de voorwaarden om dit waar te kunnen maken gezien, een adequate honorering, waarbij ook de kosten, noodzakelijk voor een goede beroepsuitoefening, gemaakt zouden kunnen worden. Op dit gebied van de honorering



Voor het laatst stond op donderdag 17 december 1970 de scheidende L.H.V.-voorzitter J. F. A. van Rijn in karakteristieke houding voor zijn Ledenvergadering.

werden wij geconfronteerd met een bijzondere situatie. Sinds de jaren 1960 geraakte Nederland, in financieel-economisch opzicht, in een inflatoire stroomversnelling. Oudedagsvoorzieningen van beoefenaars van vrije beroepen, dat wil zeggen economische zelfstandige beroepen, devalueerden in ernstige mate, zonder mogelijkheden tot compensatie. De honorering van huisartsenhulp geraakte steeds meer achter bij de financieel-economische ontwikkeling en de materiële welvaartsstijging.

Het is dan ook zeer begrijpelijk, dat kort voor onze bestuursperiode, 2000 huisartsen positief reageerden op een vraag van een kleine groep in onze L.H.V., of zij een zogenaamd ziekenfondspensioen wensten, dat wil zeggen een pensioen aan de huisartsen uit te keren door de ziekenfondsorganisaties. Onzerzijds was dit de aanleiding om als een van onze eerste bestuurstaken, naast de zorg voor een adequate honorering en onverbrekkelijk daaraan verbonden, te zien: het tot stand brengen van een onafhankelijke, zelfstandige pensioenvoorziening voor huisartsen. Tijdens de gehele duur van onze strijd voor de handhaving en verbetering van de centrale plaats van de huisartsgeneeskunst in de gezondheidszorg in Nederland en in het Europa van de

„Zes", hebben wij dit doel, als een prioriteit van de eerste orde in ons beleid gezien.

De eerste contacten met de deskundigen op dit gebied, zijn op mijn verzoek, door collega De Klerk, destijds lid van het C.B., gelegd. Uit dit vooroverleg is tenslotte onze Technische Commissie ontstaan, werd in overleg met betrokken regeringsinstanties de beroepspensioenfondsenwet ontworpen en kwam als sequeel daarvan, in nauw overleg met C.B., Ledenvergadering, en leden van de L.H.V. via de rondgangen door de districten en de P.H.V.'s, een concept-pensioenplan tot stand dat wij u hedenavond en eventueel in de vergadering van donderdag 17 december voorleggen. Wat willen wij met dit plan bereiken?

1. voor onze leden, de actieven, een basispensioenvoorziening treffen, met een ingebouwde reële welvaarts- en waardevastheidsbescherming;
2. de zelfstandigheid en onafhankelijkheid van onze groep handhaven;
3. de centrale plaats van de huisarts in de gezondheidszorg helpen te verzekeren.

Voor de post-actieven en voor weduwen en wezen, vóór 1 januari 1967 ontstaan, een welvaarts- en waardevastheidsbescherming te verschaffen van hun veronderstelde basisvoorziening, welke basisvoorziening theoretisch gelijk is gesteld aan de minimum basisvoorziening van de pensioenregeling.

Het C.B. wenst deze regeling, daarbij gesteund door uw opmerkingen en uw streven, in eigen hand van de huisartsen te houden.

De huisartsen van Nederland wensen, zo mogen wij concluderen uit de beraadslagingen zoals deze tot nu toe zijn verlopen, het C.B. in dit beleid te steunen. De resultaten welke tot nu toe met dit eigen beheer van de door de ziekenfondsorganisatie gestorte gelden in de Stichting V.B.P.H. zijn behaald, sterken ons in dit beleid. Dank zij een zuinig beheer (kosten: 1%!) dank zij onze zeer actieve beleggingspolitiek daarbij gesteund door onze eerste adviseur de directeur van onze stichting en de F.E.R. zijn wij er in geslaagd een rendement te bereiken dat onze verwachtingen heeft overtroffen, en ons onder meer in staat heeft gesteld de, krachtens de voorlopige richtlijn aan de na 1 januari 1969 ontstane weduwen en wezen verleende uitkeringen, in drie jaar tijds met ruim 20% te verhogen.

Het C.B. staat unaniem achter de aan u voorgelegde concept-pensioenregeling en acht de totstandkoming daarvan, dus op de eerste plaats de aanname door uw vergadering, een essentiële voorwaarde voor het voeren van een evenwichtig en harmonisch beleid. Wij zullen u voorstellen het plan te willen aanvaarden met de clausuleringen zoals ik deze in mijn inleiding van het „rode boek" heb geformuleerd. Wij achten het van belang dit nu te doen, omdat de huisartsen van Nederland de tijd hiervoor gekomen achten, omdat onze technische staf de nodige tijd en ruimte moet hebben voor de voorbereiding van de materiële uitvoering van de pensioenregeling en om de nodige druk te kunnen

uitoefenen op regering en parlement de noodzakelijke wettelijke basis te verschaffen.

De actuariële basis van iedere pensioenregeling berust op vaste gegevens te weten, leeftijdsopbouw van de betreffende groep, bekende sterftetafelen en de rekenrente. De andere elementen van een plan worden bepaald door beleidsfactoren. Hoeveel geld kan en wil men beschikbaar stellen? Kiest men wat de coming service betreft voor een reële welvaarts- en waardevastheidsbescherming met als gevolg een lager bedrag in guldens of wenst men een hoger bedrag in guldens en géén of geringe waardevastheidsbescherming? Welke backservice elementen wil men realiseren?

Wij hebben in dit opzicht, na uitvoerig beraad met u allen, via frequente consultaties, een keuze gemaakt. De koopsommen, vermeld in de bijlage zijn te splitsen in een deel voor comingservice (maatschappijen) en een deel bestemd voor waardevastheidsbescherming (eigen beheer). Uit de met de maatschappijen te voeren onderhandelingen zal kunnen blijken tegen welke tarieven zij bereid zijn de comingservice te verzekeren.

In ieder geval zou de comingservice in eigen beheer mogelijk zijn voor de in de bijlage vermelde koopsommen. Deze zijn vastgesteld, uitgaande van een rekenrente van 4%, een matige kostenopslag (3% voor administratie- en beheerskosten en 2% voor uitbetalingskosten) en veilige sterftetafels.

Uit contacten die op verzoek van de leden Pierrot en Sanders door het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (P.G.G.M.) met enigen uit onze kring zijn gelegd, is gebleken dat het uitgesloten is de groep huisartsen zonder meer in het P.G.G.M. onder te brengen. Immers de door het P.G.G.M. geheven premie van 24% over het inkomen is voor hoger gesalarieerden niet kostendekkend. Het tekort wordt aangevuld door overschotten bij lager gesalarieerden. Het P.G.G.M. zou de groep huisartsen dus uitsluitend afzonderlijk kunnen opnemen. Dit betekent dat de premie voor de huisartsen bij gelijkblijvende uitkeringsvoorwaarden dus belangrijk hoger zou dienen te zijn dan de 24% van het inkomen als huisarts. Het P.G.G.M. kon voorts geen indicatie geven over de hoogte van de beheerskosten. Bij de pensioenfondsen die aan de wieg van het P.G.G.M. hebben gestaan zijn de beheerskosten in ieder geval belangrijk hoger dan de kosten die door de Stichting Voorlopig Beheer worden gedragen. Voorts moet worden bedacht dat de helft van de bestuursleden bij het P.G.G.M. uit vertegenwoordigers van de vakbonden bestaat.

Uit de door de L.H.V. gehouden vergaderingen is verder gebleken dat grote bezwaren bestaan tegen het opgeven van het inkomen als huisarts, zelfs aan het eigen pensioenfonds. Om deze reden is ook bij het heffen van backservicepremie in onze voorstellen de aanvankelijke redactie, waarbij opgeven van het inkomen aan het pensioenfonds noodzakelijk was, gewijzigd. In de P.G.G.M.-regeling zou iedere huisarts nu toch weer het eigen inkomen aan het

P.G.G.M.-fonds moeten opgeven. Te verwachten is dat hiertegen groot verzet van de huisartsen zou ontstaan. In het bestuur van dat fonds zijn de huisartsen niet vertegenwoordigd waardoor de bezwaren alleen maar groter zouden worden. Tenslotte wordt opgemerkt dat bij de P.G.G.M.-regeling 80% op de A.O.W.- en A.W.W.-uitkeringen wordt gekort terwijl in de door het C.B. voorgestelde regeling de A.O.W. en A.W.W. volledig aan de deelnemer ten goede komen.

Het door sommigen gedachte voordeel van aansluiting bij de P.G.G.M.-regeling zou hierin zijn gelegen, dat voor de niet-kostendekkende premie van 24% een regeling zou worden verkregen die veel op die van de ambtenaren zou lijken. Is dit geen voordeel? Dit zou een voordeel zijn indien dit mogelijk ware, afgezien uiteraard van het feit dat de huisartsen geen enkele zeggenschap over zo'n regeling hebben. Het staat evenwel vast dat het P.G.G.M. hiertoe niet bereid is. Overigens begint ook tegen de ambtenarenregeling vanuit de vakbeweging op dit punt verzet te ontstaan.

Verwezen kan worden naar een publikatie van de heer J. Varkenvisser, pensioendeskundige van het N.V.V., in Economisch-Statistische Berichten van 29 april 1970. De heer Varkenvisser stelt daar: „Pensioen voor allen (pensioenrapport van het N.V.V.) kiest welbewust voor een welvaartsvast opbouwpensoen. Als één van de belangrijkste argumenten tegen het eindloonsysteem (ambtenaren) wordt in P.V.A. de premie-overdracht gezien van lage- naar hoge-inkomstenttrekkers, die ermee samengaat”. En verder: „Zij die er dagelijks mee te maken hebben, de ambtenaren, schijnen overigens wel te gaan merken dat er met het 70% eindloonsysteem iets mis is. De voorzitter van de Katholieke Bond van Overheidspersoneel heeft er kort geleden de aandacht op gevestigd dat de laagst- en laagbetaalde ambtenaren nog maar weinig profiteren van de door hen betaalde premies; die komen aan de mediale en hogere ambtenaren ten goede”.

Uit het voorgaande zal u duidelijk zijn geworden dat het C.B. er niets voor voelt onze pensioenregeling uit handen te geven en onze gelden af te geven aan het P.G.G.M. In wezen zullen zij ons voor het door ons beschikbaar gestelde bedrag niet meer kunnen geven, eerder minder. Wij wensen onze kapitalen niet uit handen te geven. Ons beleid ten aanzien van de pensioenregeling voert tot grote kapitaalvorming onder beheer van de huisartsen en opent de mogelijkheid ook ten aanzien van de andere sociale voorzieningen van de artsen (Artsenonderlinge, Olma e.a.) een grote mate van steun te verlenen.

Zoals ik reeds zei, de onafhankelijkheid en zelfstandigheid van onze groep zal door onze regeling krachtig worden bevorderd. Van de andere kant bestaat er een streven de bedrijfspensioenfondsen, waartoe ook het P.G.G.M. behoort, tot grotere eenheden te doen samensmelten. Een SER-commissie bestudeert reeds de mogelijkheid hiertoe. De inspraak van onze groep, ondergebracht in een be-

drijfspensioenfonds als het P.G.G.M., toch al minimaal, zou praktisch geheel verdwijnen en de weg tot nationalisatie is geplaveid.

Ondanks onze bezwaren zijn wij vanzelfsprekend toch bereid het voorstel van de P.H.V. periferie Utrecht op de agenda te plaatsen en hierover een besluit door u te laten nemen.

Wat betreft het fiscale front kan ik u mededelen dat de staatssecretaris van Financiën, de heer Grapperhaus, ons telefonisch heeft bericht hier evenals minister Roolvink positief tegenover te staan. In het voorlopig verslag van de Kamercommissie zijn hierover vragen aan de minister gesteld. De regering wenst het advies van de commissie-Van Soest af te wachten dat medio december wordt verwacht en dan, synchroon met de verdere behandeling van de beroepspensioenfondsenwet, een fiscale wet, deze materie regelend, aan het parlement voor te leggen. Minister Roolvink en staatssecretaris Grapperhaus zullen nog contact met de Kamercommissie hebben.

Mijne heren, de historie van de laatste 4½ jaar van onze vereniging heeft ons geleerd dat eenheid in streven en gezamenlijk handelen van verstrekken de betekenis kunnen zijn voor het realiseren van ons ideaal. Eenheid en steun aan elkaar is een onmisbare voorwaarde om onze doelstelling te bereiken. Wij huisartsen, qua instelling nogal individualistisch, hebben in onze vereniging een organisatiegraad bereikt van 95%. Wij beschikken over ideale mogelijkheden als deskundigen bij uitstek op het gebied van de huisartsgeneeskunst in samenspraak met andere werkers op het gebied van de gezondheidszorg en er steeds naar strevend de verschillende belangen tegen elkaar af te wegen, onze visie aan anderen over te brengen en waar te maken. Ik hoop en ben er van overtuigd dat het tot stand brengen van deze pensioenregeling voor huisartsen aan zeer velen van ons een element van zekerheid zal geven dat er toe zal bijdragen ons te steunen in het uitoefenen van onze moeilijke en boeiende taak.

\*  
\*\*

Zoals gemeld ging een groot deel van de eerste zitting van deze Ledenvergadering heen met de behandeling van het hier door de voorzitter besproken voorstel van de P.H.V. periferie Utrecht, dat tenslotte met een overgrote meerderheid van stemmen tegen werd verworpen. De daarop volgende behandeling van het Centraal Bestuursvoorstel leverde tenslotte een aantal amendementen op, welke zijn verwerkt in de tekst van het aan het begin van dit verslag letterlijk weergegeven besluit van de Ledenvergadering, die — aldus beslissend — voor een primair zorgde, waar hier voor de eerste keer in Nederland een groepering beoefenaars van een zelfstandig beroep zichzelf in het perspectief van de totstandkoming van de Beroepspensioenfondsenwet een pensioenregeling van een dergelijke omvang oplegt.

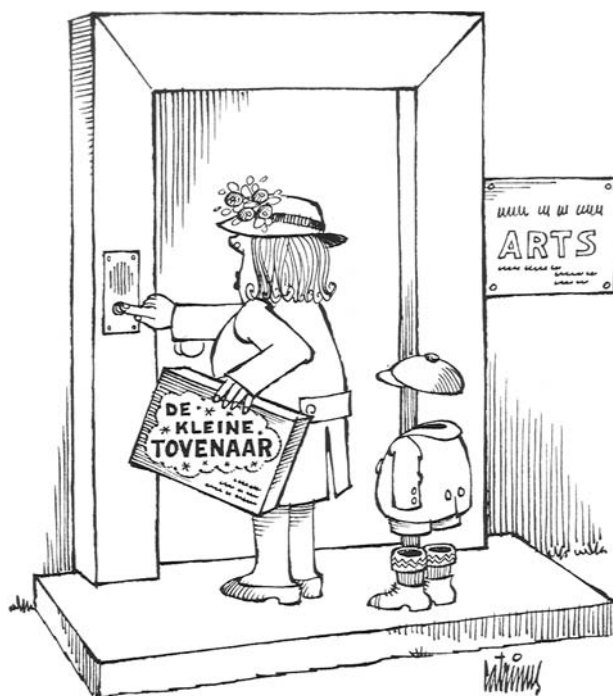
Voorzitter Van Rijn zei in zijn slotwoord bijzonder dankbaar te zijn gestemd jegens de Ledenvergade-

ring, die het pensioenvoorstel op zo'n niet mis te verstane wijze had gesteund. De uitslag had hem het besluit doen beschouwen als een zaak welke wordt gedragen door de hele L.H.V. Hij sprak voorts van een aardverschuiving die zou hebben plaats gevonden in de meningsvorming terzake van de oudedagsvoorziening in het algemeen, omdat volgens hem tien jaar geleden niemand binnen de hele K.N.M.G. had kunnen denken, dat de Nederlandse huisartsen in staat zouden zijn zo'n belangrijk stuk sociale voorziening voor rustende collegae en voor weduwen en wezen van overleden beroepsgenoten zelf en op eigen kracht te realiseren. Achtereenvolgens bedankte hij allen die hadden bijgedragen aan de totstandkoming van de regeling: het Centraal Bestuur dat de voorbereiding van het voorstel als belangrijkste project in zijn takenpakket had opgenomen gezien, de leden van de Technische Commissie, de staf van het L.H.V.-bureau, tenslotte de directeur van het pensioenfonds, de heer J. M. G. Hoes.

Namens de Ledenvergadering wensten P.H.V.-voorzitter W. P. J. M. Pierrot en de vroegere vicevoorzitter van het C.B., A. E. G. M. Weyenburg, de voorzitter, het Centraal Bestuur, de Technische Commissie en de Ledenvergadering zelf geluk met de bijval welke het pensioenvoorstel had mogen oogsten, daarbij getuigend van respect voor de bijzondere inzet en volharding, door de indieners ervan, met Dr. Van Rijn voorop, de laatste jaren aan de dag gelegd.

De scheidende leden van de Technische Commissie, *Mej. Mr. W. J. Boon* en de heer *R. Zaalberg van Zelst*, namen daarop bij monde van laatstgenoemde afscheid als vaste adviseurs van het Centraal Bestuur. De twee andere leden van de T.C., *Prof. Mr. J. M. M. Maeijer* en *Drs. H. H. J. Bunschoten* continueren hun relatie met het pensioenfonds, de eerste als lid van de Financiële Economische Raad, de heer Bunschoten als adviseur van het stichtingsbestuur.

De gekozen opvolger van dr. Van Rijn, de thans aantredende L.H.V.-voorzitter *F. N. M. Bierens* verzorgde voorts de „uitlui” van de drie aftredende C.B.-leden Van Rijn, Van der Leeuw en Trouw. Zeer uitvoerig ging hij daarbij in op alle verdiensten van elk van deze drie collegae, die zij hebben gehad voor de bevordering van de huisartsgeneeskunde in het algemeen en voor de L.H.V. in het bijzonder. De nieuwe L.H.V.-voorzitter ging uiteraard wat dieper in op de wijze waarop zijn voorganger voor hem het



pad heeft geëffend, maar moest daarbij toegeven dat hij, met name doelend op de betekenis van dr. Van der Leeuw voor de L.H.V. en diens relatie met zijn collega Van Rijn, het best kon spreken van een bestuurstandem, waarbij niet steeds duidelijk was wie telkens als voor- of achterwiel fungeerde.

Tenslotte was het woord aan de Maatschappijvoorzitter, Dr. L. van der Drift, die — refererend aan zijn persoonlijke relatie met het bestuur-Van Rijn — verheugd was te kunnen spreken namens het Hoofdbestuur op een historische avond zoals deze, waarop zo'n belangrijke beslissing voor alle Nederlandse huisartsen was gevallen en aan het slot waarvan afscheid moest worden genomen van de drijvende krachten achter het Centraal Bestuur, dat als een soort „oorlogskabinet” de geschiedenis zal ingaan. Hij dankte de voorzitter voor alle inspanningen die deze zich had getroost gedurende ruim 4½ jaar, speciaal in diens functie van adviseur van het Hoofdbestuur. De voorzitter van de Maatschappij wenste daarop de nieuwe voorzitter geluk met diens benoeming en verzekerde de vergadering dat het Hoofdbestuur het optreden van dr. Bierens in zijn nieuwe functie met groot vertrouwen tegemoet ziet. Bij dit laatste sloot dr. Van Rijn zich namens het zittende Centraal Bestuur nog eens uitdrukkelijk aan, waarna hij te omstreeks half twaalf deze gedenkwaardige Ledenvergadering besloot. Vele afgevaardigden, leden van verschillende bestuurscolleges en andere aanwezigen bleven daarop nog geruime tijd op feestelijke wijze bijeen om persoonlijk afscheid te kunnen nemen van de drie scheidende L.H.V.-bestuurders.

#### MEDISCH CONTACT IN 1971

Het eerste nummer van Medisch Contact in 1971 zal uitkomen op 8 januari; dientengevolge zullen in de (26ste) jaargang 51 nummers verschijnen.

A.I.

## P.H.V.-Rotterdam wil tien groepspraktijken om het dreigend huisartsentekort op te vangen

Het bestuur van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging Rotterdam heeft samen met het bestuur van de Stichting Samenwerking Rotterdamse Ziekenfondsen een persconferentie gehouden ter toelichting van de in de Maasstad heersende problematiek rondom het dreigend huisartsentekort, waarover beide besturen zich eerder schriftelijk hadden gewend tot de gemeenteraad van Rotterdam (zie Medisch Contact nr. 51 van 18 december j.l., bladzijde 1376). P.H.V.-voorzitter B. J. Kranenburg verduidelijkt bij die gelegenheid, dat zijn bestuur niet alleen melding wilde maken van het huisartsentekort tout court, maar dit ook aan de hand van enquêtegegevens nader wenste toe te lichten, alsmede een oplossing voor dit vraagstuk kon suggereren, om althans het hoofd te kunnen bieden aan de grootste nood. Die oplossing zou voorlopig zijn te zoeken in het stichten van een aantal groepspraktijken, waarvoor de P.H.V. financiële steun behoeft met name van de gemeentelijke overheid en van de ziekenfondsorganisaties.

Ter persconferentie werd deze actuele problematiek als volgt nader toegelicht:

Het aantal huisartsen in Rotterdam is de laatste vijf jaar onrustbarend gedaald. Dit aantal bedroeg per 1 januari 1960: 230, per 1 januari 1965: 233 en per 1 januari 1970: 208. Tezelfder tijd is het aantal Rotterdamse inwoners gedaald. Zou dit niet het geval zijn geweest, dan zou de situatie thans reeds desastreus zijn. Rotterdam neemt in deze een uitzonderingspositie in. Het gemiddeld aantal inwoners per arts bedraagt in Rotterdam niet minder dan 3.300. Landelijk is dit gemiddeld 2.850. Ook dit laatste cijfer is te hoog. Onderzoekingen hebben geleerd dat voor elke 2.500 mensen een arts beschikbaar dient te zijn (normatieve praktijk). Uitgaande van de normatieve praktijk is er in Rotterdam plaats voor 275 huisartsen. Er is in Rotterdam derhalve een tekort van 67 huisartsen. Per 1 november 1970 bedroeg het aantal huisartsen per 10.000 inwoners 3,04.

Is het aantal te Rotterdam praktiserende huisartsen reeds extreem laag te noemen, gevreesd moet worden dat dit, indien geen maatregelen worden genomen, zich nog verder in ongunstige zin zal ontwikkelen. Van de 209 huisartsen zijn er namelijk niet minder dan 42 ouder dan 60 jaar, waarvan 14 tussen 65 en 69 jaar, 7 tussen 70 en 74 jaar, 1 tussen 75 en 80 jaar en 3 van 80 jaar en ouderd. Het aantal op laatstbedoelde 25 artsen ingeschreven ziekenfondsverzekerden bedroeg respectievelijk 28.119, 7.927, 1.442 en 2.550, zodat in totaal 40.038 zieken-

fondsverzekerden werden verzorgd door 25 artsen ouder dan 65 jaar. Naar schatting geven deze artsen bovendien nog hun zorg aan ongeveer 10.000 personen die niet tot de categorie ziekenfondsverzekerden behoren.

Uit een door de Plaatselijke Huisartsen Vereniging ingestelde enquête is gebleken dat 25 geënquêteerde huisartsen binnen 5 jaar hun praktijk denken te beëindigen. Frappant hierbij is, dat hiertoe niet alleen behoren de artsen van 60 jaar en ouder. Van de artsen die op de enquête hebben gereageerd zijn er 10 jonger dan 50 jaar die te kennen hebben gegeven tot praktijkbeëindiging te willen overgaan. Het is evident dat vestiging van jonge huisartsen dringend noodzakelijk is. De bereidheid tot vestiging als huisarts in een grote stad is bij jonge artsen vrijwel nihil. Indien dit echter plaats kan vinden in een andere samenwerkingsvorm schijnt de grote stad minder bezwaarlijk te zijn (3 van de 4 jonge huisartsen die zich in 1970 in Rotterdam vestigden deden dit in samenwerking met andere reeds gevestigde collega's). Van de geënquêteerde huisartsen bleek 65% van mening te zijn dat de vestiging van de huisartsen in Rotterdam zou worden bevorderd indien dit mogelijk zou zijn in „gezamenlijke praktijkgebouwen”; zoals enigzins te verwachten viel, bleek vooral in de jongere leeftijdsgroepen deze mening te heersen.

Een van de belangrijkste vragen uit de enquête betrof de bereidheid van reeds gevestigde artsen tot samenwerking. (Bent u genegen om zelf tot enigerlei vorm van gezamenlijke praktijkuitoefening met collega's te komen?) Er blijkt dat: 80 artsen of wel 58% zich daartoe bereid verklaren, 52 artsen of wel 38% zulks *niet* wensen, en 6 artsen of wel 4% geen oordeel hebben.

Van de 81 artsen die aan de enquête hebben deelgenomen en behoren tot de leeftijdsgroep 35-50 jaar, blijken er voorts 58, zijnde 71% en 22, zijnde 27%, wel respectievelijk niet bereid te zijn om samen te werken.

Het is mogelijk dat degenen die behoorden tot de respondenten een meer positieve instelling t.o.v. samenwerking hebben dan het totale huisartsenbestand. Uit een andere bron (N.H.G.-Centrum Rotterdam) bleek volgens voorlopige gegevens dat slechts ongeveer de helft van de gevestigde huisartsen bereid was tot samenwerking.

In een te stichten praktijkgebouw zal volgens 48% van de artsen een plaats beschikbaar moeten zijn voor een nieuw te vestigen huisarts, terwijl 70% van mening was dat hierin ook een mogelijkheid voor de

opleiding van aanstaande huisartsen aanwezig moet zijn.

Leeftijden van huisartsen en omvang van de praktijk (ziekenfondsverzekerden) wijzen in een bepaalde correlatie vijf gebieden aan, waar oudere artsen zijn gevestigd, en omringende jongeren een reeds zeer grote praktijk hebben, voorts vijf gebieden waarin praktijken van jongeren praktisch „vol” zijn. Met nadruk werd gesteld, dat dit een momentopname is; binnen korte tijd zou dit wel eens volslagen anders kunnen liggen. Indien wordt uitgegaan van een minimum van 3 huisartsen per samenwerkingsgroep dan blijkt de bereidheid in beginsel in 10 groepen aanwezig te zijn, die qua lokalisatie vrijwel met de gesignaleerde gebieden samenvallen. Volgens het P.H.V.-bestuur moet deze samenwerking worden gerealiseerd anders is niet te verwachten dat op de jonge huisarts voldoende aantrekkingskracht kan worden uitgeoefend om zich in Rotterdam te vestigen.

Aan de vestiging van groepspraktijken zijn financiële consequenties verbonden die uitgaan boven de draagkracht van de daarbij te betrekken huisartsen. De Rotterdamse ziekenfondsen zien dit in en hebben zich daarom bereid verklaard daaraan naar vermogen financiële medewerking te willen verlenen. Het gaat in deze echter niet bij uitstek om het belang van de ziekenfondsverzekerden, het gaat om het belang van alle inwoners van Rotterdam. Daarom ligt er volgens het P.H.V.-bestuur ten deze zeker niet in de laatste plaats een taak voor de gemeente Rotterdam, die al heeft doen blijken hiervoor begrip te hebben. Plannen om op twee plaatsen in de Maastad met medewerking van de gemeente tot het stichten van een groepspraktijk te komen, zijn reeds in een vergevorderd stadium. De realiteit dwingt het P.H.V.-bestuur echter om tezelfde tijd vast te stellen dat deze plannen volstrekt onvoldoende zijn om kans te hebben de huisartsgeneeskunde in Rotterdam op een voldoende hoog peil te houden. Er zouden dan ook niet twee, maar tien groepspraktijken nodig zijn. Overleg tussen de gemeente Rotterdam, de Rotterdamse Ziekenfondsen en de Plaatselijke Huisartsen Vereniging is nodig om deze groepspraktijken op zo kort mogelijke termijn tot stand te brengen.

De Plaatselijke Huisartsen Vereniging heeft zich uit de aard der zaak tot taak gesteld om al het mogelijke te doen om het tot standkomen van nieuwe vestigingen te bevorderen. Daarvoor is nodig een goed woon- en werkklimaat. Een tekort aan artsen vormt hiervoor een belemmering, een verjonging van het artsenbestand is daarom gebleken een noodzaak te zijn.

In samenwerking met de G.G. en G.D. is in 1968

### **Abonnementsprijs M.C.**

De sinds medio 1970 voor Medisch Contact met toestemming van de overheid verhoogde drukprijs alsmede de verhoging met gemiddeld 30 procent van de posttarieven voor tijdschriften met ingang van februari a.s. noodzaken tot herziening van de abonnementsprijs voor Medisch Contact. Met ingang van 1971 zal deze abonnementsprijs worden gesteld op f 40,— per jaar plus het alsdan geldende percentage BTW. Aan betalende abonnees — niet-leden der Maatschappij — is daarvan in november i.l. per afzonderlijk schrijven mededeling gedaan.

een systeem ontwikkeld om te komen tot een centrale regeling van avond-, nacht- en weekeinddiensten. Helaas kon hiervoor met name van de oudere huisartsen niet voldoende medewerking worden verkregen. Dit neemt niet weg dat in Rotterdam een behoorlijke waarneming tot stand is gekomen. Er zijn 24 groepen van huisartsen die in onderlinge waarneming de diensten in vakanties, weekeinden en avond/nacht verzorgen. Door deze regeling hebben bijvoorbeeld in de weekeinden in Rotterdam ruim 30 huisartsen „dienst”. De groepen verzorgen ieder een, naar vrije keuze, scherp omschreven gebied. Deze regeling vormt echter, met name voor de oudere arts, een vrij zware belasting. Teneinde deze belasting zo gering mogelijk te doen zijn werd vorig jaar een campagne d.m.v. advertenties en wachtkaarten opgezet waarin aan de patiënten adviezen werden gegeven omtrent de wijze waarop zij mede kunnen werken aan het voorkomen van overbelasting van de huisartsen.

In de overtuiging dat vele echtgenotes een bepalende stem hebben in het al of niet huisarts worden van haar echtgenoot en de wijze van praktijkvoering heeft de P.H.V.-Rotterdam ook een enquête onder de huisartsenvrouwen gehouden. Van de 102 vrouwen die op deze enquête hebben gereageerd bleek dat 40% het zou toejuichen indien de praktijkvoering vanuit een ander gebouw dan het woonhuis zou worden uitgeoefend. 51% bleek daartegen bezwaar te hebben, 9% had geen mening. Hieruit moge blijken dat niet alleen bij de huisartsen zelf belangstelling voor een nieuwe wijze van praktijkvoering bestaat, doch dat deze ook sterk leeft onder de huisartsenvrouwen.

# Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (I)

## *Een brief van Gerard van Swieten aan Paulus de Wind*

In de bibliotheek van de Maatschappij zijn vele honderden min of meer belangrijke of interessante brieven uit de 16e-20e eeuw. Het komt mij niet onaardig voor een aantal van deze brieven te kopiëren voor Medisch Contact, met vertaling wanneer ze in het Latijn zijn geschreven, met aantekeningen betreffende de inhoud en met biografische gegevens van schrijvers en ontvangers der brieven.

In onze bibliotheek zijn vier interessante brieven van Gerard van Swieten te Leiden aan Paulus de Wind te Middelburg. Deze epistels hebben geen postzegel. Het gebruik van de postzegel kwam pas in het midden van de vorige eeuw in zwang, in Nederland in 1852. Vóórdien werden de kosten van het transport van een brief voldaan bij ontvangst hiervan. Deze brieven van Van Swieten hebben ook geen enveloppe, de opgevouwen brief draagt aan de voorzijde het adres en is aan de achterzijde dichtgemaakt met een lakstempel.

Het adres luidt: *Mijnheer De Heer Paulus de Wind med. doctor en operateur etc. te Middelburg (met een doosje gemerkt P.D.W. hieraan vast).*

En de tekst:

Geleerde en zeer ervaare Heer

Dat ik niet eerder op UEd' missive geantwoord hebbe komt daarvan, dat ik gewagt hebbe, tot de begeerde instrumenten soude gereed zijn. Sende hier neevens een injectie spuijt van een middelmaatige grootte, met drie pijpjes daar bij, en een sleutel om deselve vast te houden, als men inspuijt, die van een andere inventie is, als voor deese daartoe gebruikt wierd. Deselve schijnt mij daarom beeter, omdat men met een en deselve hand de sleutel en spuijt kan houden, hetgeen met de andere sleutel niet mogelijk was. De pijpjes zijn meede anders, omdat in de voorgaande meer lugt was, dewelke in de vaaten geperst sijnde deselve deede bersten, voor dit alles werd geeijscht dertien gulden als volgens reekening hier nevengaande blijkt.

De hr. Musschenbroek heeft deese niet gemaakt, dog alsoo ik gaarne een jong meester wilde aanmoedigen, die sindelijk werkt, en eevenwel soo duur niet is, en de voornoemde heer door het podagra geïncommodeert was, heb ik deselve bij hem laten maaken, dog versoeke hier van niets te melden, alsoo sulks mogelijk de heer Musschenbroek chagrineeren soude. Ik heb volgens ordre aan de heer Oosterwijk gesonden door UEd' bij de heer Musschenbroek een blaaspip gekogt en betaalt voor f 2,20 en een ijser pijpje om met quik te vullen

voor een gulden, derhalven te samen verschooten f 3,20. De injectiespiijt schreeft ook van onderen open, hetgeen seer gemakkelijk is om schoon te maaken. Bij aldien UEd' een grooter soort begeert als deese, deselve kost agtien gulden.

Wat aangaat het conserveeren der preparaten ik heb mij vrij wel bevonden met gerectificeerde moutwijn. Wat aangaat de glaasen weet ik geen middel toe, als uijt Engeland te ontbieden, of wel modellen van hout naar den bosch te senden. Ik heb reets dikwijls met het uijterste genoeg hier hooren spreken van de gewenschte uijtslag van UEd' operatie, ik twijfele in het minste niet aan verder succes, het welk UEd' van herten toewensche.

Wat aangaat de commentaria over de aphorismi, bij aldien geen onverwagte verhindering komt, sal het eerste deel dit jaar uijtkomen, het selve sal tot de febris toekomen en soo ik meene over de honderd vellen groot sijn, blijve met veel agting,

Mijnheer UE Dwillige Dienaar G. van Swieten.

Leijden 31 Julij 1741

In deze interessante brief leest men bijzonderheden omtrent een injectiespijt, die Van Swieten heeft laten maken en heeft gezonden aan Paulus de Wind. Hij heeft deze niet laten maken bij de bekende natuurkundige Pieter van Musschenbroek, die „geïncommodeert was door het podagra“, doch door „een jong meester, die sindelijk werkt en eevenwel soo duur niet is“. Van Swieten verzoekt hiervan niets te melden daar „sulks mogelijk de heer Musschenbroek soude chagrineeren“. De prijs van de injectiespijt wordt vermeld, verder onder andere nog een mededeling over de voorbereiding van zijn beroemde commentaren op de aforismi van Boerhaave. Het is interessant te lezen hoe door geleerden, die de eeuwen door bekend zijn gebleven, hun ontdekkingen en geschriften met eenvoudige woorden worden beschreven en aangekondigd.

Gerard van Swieten, geboren 7 mei 1700, studeerde eerst filosofie te Leuven en vervolgens geneeskunde te Leiden. In 1725 promoveerde hij tot doctor medicinae. Hij gaf negen jaar private colleges en was eigenlijk de aangewezen opvolger van zijn vereerde leermeester Boerhaave, doch dat was toen onmogelijk daar hij katholiek was.

Keizerin Maria Theresia nodigde in 1745 Van Swieten uit als hoogleraar naar Wenen te komen en weldra werd hij ook haar lijfarts. In Wenen maakte hij een schitterende carrière, hij hervormde de universiteit, organiseerde het medisch onderwijs en legde de grondslag voor de beroemde Weense kli-



nische school. Zijn belangrijkste wetenschappelijke werk zijn de van 1742-1772 verschenen Commentaren op de aphorismi van Boerhaave. Van Swieten is 18 juni 1772 overleden.

Paulus de Wind is in 1714 te Middelburg geboren. In 1730 ging hij in Leiden studeren, in 1734 ging hij naar Parijs en in 1735 promoveerde hij te Leiden tot doctor medicinae op een dissertatie „De abortu”. Daarna vestigde hij zich in zijn geboorteplaats. Hij werd stadslithotomist, later provinciaal lithotomist,

hij heette dan ook „Operateur van Zeeland”. In 1747 werd hij lector voor anatomie, chirurgie en verloskunde aan het Athenaeum illustre te Middelburg. Hij schreef onder andere „t Geklemd hoofd geredt”, waarin een hefboom wordt aanbevolen. Deze beviel hem echter later niet en daarom kocht hij het geheim van Roonhuijsen. Paulus de Wind had vooral als steensnijder een grote naam. Hij is in 1771 overleden.

Dr. J. A. van Dongen

---

## Medisch werk in ontwikkelingslanden

### *De Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden (S.A.N.O.)*

Het blijkt telkens weer, dat er nog steeds Nederlandse artsen zijn, die van de SANO (Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden) niets afweten en zelfs de naam SANO niet kennen. De hier volgende korte informatie over de reden van het ontstaan van de SANO en het doel van deze stichting wordt daarom ter lezing aanbevolen.

Enige tijd na de oorlog verkregen een aantal tot die tijd koloniaal geregeerde Afrikaanse landen zelfstandigheid. Hoewel de overgang in een aantal gevallen zonder al te grote schokken verliep, is het toch begrijpelijk dat vele Europeanen, die in die landen belangrijke functies vervulden, zich overbodig en zelfs bedreigd gingen voelen en daarom die landen verlieten. Met name gold dit ook voor de medische functionarissen in een aantal ziekenhuizen. Soms kwamen hele streken daardoor zonder medische hulp te zitten; de nieuwe regeringen van die landen misten de mankracht om in deze vacatures te voorzien. Bij velen in de westerse landen groeide spoedig het besef, dat hier iets aan moest worden gedaan. Vooral ook bij een aantal jonge artsen ontstond de bereidheid voor kortere of langere tijd de openstaande plaatsen te gaan vervullen. Hieraan ten grondslag lag dikwijls een grote mate van idealisme, soms ook de neiging tot avontuur en mede ook de overtuiging, dat het inzicht wordt verbreed en de blik verruimd als men een poosje buiten de grenzen kijkt. Zolang er niet voldoende eigen krachten zijn opgeleid, wilden en willen de ontwikkelingslanden van deze bereidheid gaarne gebruik maken en zijn zij er zelfs voor een niet onbelangrijk deel op aangewezen.

Bij de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, bij de regering van ons land, bij het Koninklijk Instituut voor de Tropen en bij particuliere instanties (missie, zending, etc.) kwamen dan ook verzoeken binnen uit ontwikkelingslanden, artsen te willen sturen die bereid en in staat zouden zijn mee te werken aan de instandhouding en de uitbouw van de volksgezondheid in die landen. De artsen, vooral de pas afge-

studeerden, van hun kant kwamen informatie inwinnen bij de verschillende instanties over de aanwezige mogelijkheden. Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde werd een „Commissie Werkkring Tropen” ingesteld, waaraan zowel de Directie Internationale Technische Hulp (DTH) van het ministerie van Buitenlandse Zaken, de afdeling Internationale Volksgezondheid van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, als ook de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst medewerking gaven in de vorm van een adviserend lidmaatschap. Dank zij de actieve medewerking van een aantal tropendeskundigen kon deze Commissie Werkkring Tropen de informatie, gegeven door de verschillende instanties, coördineren en door de uitgave van het blad „Medicus Tropicus” de band tussen de in de ontwikkelingslanden werkende Nederlandse artsen en Nederland verstevigen.

Een groot bezwaar voor de uitzending van Nederlandse artsen naar ontwikkelingslanden vormde het feit, dat de regeringen van die landen financieel niet in staat waren aan een buitenlandse arts een hoger honorarium te bieden dan aan de eigen artsen; verder speelde ook het feit, dat men discriminatie van eigen artsen wilde vermijden, een rol. Nu was dat inkomen van de buitenlandse arts min of meer voldoende om er ter plaatse van te kunnen leven, maar het was zeker niet mogelijk daarvan de reiskosten v.v., de eventuele overkomst van echtgenote en kinderen en de verzekering van extra belangrijke risico's te betalen. Zonder suppletie en zonder eigen middelen was uitgaan naar een ontwikkelingsland daarom niet verantwoord.

Verscheidene particuliere instanties, waaronder zending en missie, bevorderden een aantal uitzendingen. Gelukkig waren er ook verschillende regeringen, waaronder die van Nederland, die zich in het kader van ontwikkelingshulp bereid toonden aan uit te zenden artsen een zodanige suppletie te geven op het in een ontwikkelingsland genoten salaris, dat daardoor het aangaan van een twee- of driejarige



verbintenis met een ontwikkelingsland weliswaar nog niet financieel aantrekkelijk, maar toch wel financieel verantwoord werd. Dat daarmede enkele belangrijke risico's nog niet waren opgevangen bleek helaas in de praktijk (ziekte- en invaliditeitsverzekering, weduwenpensioen). De wetenschap, dat deze verzekeringen geheel of gedeeltelijk ontbraken, de moeilijkheid van contact met de Nederlandse instanties, het dikwijls ontbreken van enig zakelijk inzicht bij de jonge arts, het niet weten waar men precies aan toe was en onaangename verrassingen die niet altijd uitbleven, veroorzaakten dikwijls frustraties en ontevredenheid. Het feit, dat de uitgezonden artsen veelal de volle 100% van hun energie nodig hadden om hun weliswaar voldoende gevend maar toch zeer veeleisend werk te kunnen verrichten, maakte het verwerken van deze moeilijkheden nog bezwaarlijker.

In een aantal van deze problemen kon de Commissie Werkring Tropen bemiddelen en helpen aan de oplossing. Maar toen in 1967, ten gevolge van veranderde inzichten en van een reorganisatie op het departement, de uitzending van artsen via de Directie Internationale Technische Hulp ging stagneren en de regering de suppletie inhield, ontstonden nieuwe en ernstige moeilijkheden. De artsen, die hun periode van twee of drie jaar hadden uitgediend en met verlof naar Nederland terugkwamen, zagen dat er geen opvolgers voor hen beschikbaar waren en dat het werk dat zij met moeite maar met voldoening hadden opgebouwd in korte tijd weer te loor dreigde te gaan, zoals de ervaring wel had uitgewezen. De regeringen van de ontwikkelingslanden konden niet (en kunnen nog niet) in de ontstane vacatures voorzien. De patiënten, maar ook het preventieve werk en de opleidingsmogelijkheden voor lokale krachten werden door dit alles ernstig gedupeerd. Van alle kanten, ook door het Hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst zijn de moeilijkheden en de ernstige consequenties voor de ontwikkelingslanden aan de minister voorgelegd. Er werd op gewezen dat, nu de Nederlandse regering gedurende enkele jaren geheel vrijwillig had medegewerkt aan het opvullen van enkele lacunes op medisch gebied, er daardoor een zekere morele plicht was ontstaan tegenover de bevolking van die landen en ook tegenover de Nederlandse artsen die daar hadden gewerkt, om deze medewerking indien enigszins mogelijk te continueren totdat op andere wijze in deze vacatures kon worden voorzien. De minister zegde toe, dat de suppletie tot een bepaalde hoogte zou worden hervat, maar stelde tevens dat daarvoor een bundeling van het particulier initiatief nodig was teneinde in de uitvoering te kunnen bemiddelen.

In mei 1969 werd daarop de SANO (Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden) opgericht door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde. Volgens de doelstellingen streeft SANO ernaar te bevorderen, dat

jonge artsen zich voor het werk inzetten, dat de met hen te treffen overeenkomst soepel verloopt, en dat zoveel mogelijk alle (door de regering en door particuliere instanties als zending en missie) uit te zenden artsen op verantwoorde en ongeveer gelijke voorwaarden worden uitgezonden. In november 1969 werd in principe met de regering overeenstemming bereikt over de aan de DTH-artsen toe te kennen suppletie en over de te dekken risico's. De uitwerking van de overeenkomst vereiste geruime tijd. Sinds kort is het zover, dat uitzending door de overheid via SANO volgens de nieuwe voorwaarden mogelijk is. De uit te zenden arts krijgt een aanvulling op het inkomen dat hij ontvangt in het ontwikkelingsland; vervolgens krijgt hij een bijdrage in de meest noodzakelijke (en nu ook verplichte) risico-verzekeringen (invaliditeitsverzekering, ziektekostenverzekering, weduwen- en wezenpensioen etc.). Veel onzekerheden zijn hiermede opgeheven en veel moeilijkheden in bepaalde situaties kunnen worden voorkomen.

Vooraf belangrijk is het „sociale verzekeringspakket”, zoals dit tussen de regering en SANO is overeengekomen. Het wordt door SANO op collectieve basis uitgevoerd. SANO wil trachten ertoe bij te dragen, dat alle uitgezonden artsen dit sociale verzekeringspakket krijgen, ook door niet door de regering uitgezonden artsen financieel te steunen. Maar daarvoor is geld nodig, evenals voor alle andere bemoeiingen van SANO. Zowel de algemene ledenvergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst als de algemene ledenvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde hebben een subsidie toegezegd; het Koninklijk Instituut voor de Tropen verleent administratieve hulp. Daarnaast heeft een aantal individuele artsen, als uiting van sympathie voor de in Afrika werkende collegae, gevolg gegeven aan de actie: „Het honorarium voor één dag praktijkwaarneming voor onze Nederlandse collegae in ontwikkelingslanden”, die begin 1970 is gestart. Ruim 900 artsen hebben bijna f 90.000,— gestort.

Gaarne wekken wij hen die dit nog niet deden op, alsnog en zo mogelijk per omgaande aan deze actie mee te doen. Men kan zijn bijdrage storten op postgiro nr. 6269 of op bankrekening nr. 54.54.39.175 van de Algemene Bank Nederland, Sarphatistraat 11 te Amsterdam-Oost ten name van de Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden.

De artsen „in het veld” hebben van SANO hoge verwachtingen. Het Bestuur van SANO zal trachten alles te doen om die verwachtingen niet te beschamen. Dit zal ook ongetwijfeld gelukken, als alle Nederlandse artsen hun steun daartoe verlenen.

G. Dekker, arts,  
secretaris-penningmeester  
Stichting Artsen naar  
Ontwikkelingslanden.

# De gang van zaken bij de bouw van moderne ziekenhuizen

*Discussie naar aanleiding van een artikel van Dr. A. J. M. Karthaus*

Het artikel van collega Karthaus (M.C. nr. 46 van 13 november 1970, bladzijde 1227 e.v.) en de reacties daarop van Mr. L. C. Wesseldijk en collega De Groot (M.C. nr. 49 van 4 december 1970, bladzijde 1327 e.v.) nopen tot nader commentaar. De eerste publikatie was een noodkreet van een man in de praktijk, die misstanden zag en signaleerde. Zijn woorden hebben indruk gemaakt. Menigeen, die wordt geconfronteerd met de bouw en ontwikkeling van ziekenhuizen, zal in de schrille beelden, die hij toont, de eigen situatie herkennen. Of men het daarbij op ondergeschikte punten met hem oneens is, is niet belangrijk.

Hoofdzaak is de constatering, dat thans in 1970 de Nederlandse bevolking (nog) niet de optimale ziekenhuizen worden geboden, waarbij onder optimaal moet worden verstaan: ziekenhuizen, waarin alle op dit ogenblik mogelijke medische hulp wordt verleend en die gebouwd en worden geëxploiteerd voor zo weinig mogelijk geld. Terecht wijst collega Karthaus er op, dat, ware dit wel het geval, er een standaardziekenhuis uit de bus zou komen en alleen dat al een enorme besparing aan geld en arbeidsuren zou opleveren. Helaas zijn wij nog ver van dit doel verwijderd. Nog steeds worden er ziekenhuizen ontworpen, waarbij men de indruk krijgt, dat zelfs niet wordt gestreefd naar een optimale toestand, volgens de bovengenoemde definitie. Nog steeds worden ziekenhuizen ontworpen in opdracht van plaatselijke notabelen, die wellicht hun sporen hebben verdiend op politiek, godsdienstig of industrieel terrein, maar voor wie het besturen van een ziekenhuis niet meer is dan een aardig bijbaantje.

Wij zouden het kunnen noemen: „Amateurs zetten hun beste beentje voor”, maar zelfs aan dat beste beentje moeten wij wel eens twifelen. Collega De Groot schrijft in zijn beschouwing over ziekenhuisbesturen, dat het beste is: de open bestuursvorm met verantwoordingsplicht in het openbaar. Maar hoeveel ziekenhuisbesturen zijn er nog in Nederland, die niemand vertegenwoordigen en die menen hoogstens verantwoording schuldig te zijn aan God. Wiens vertegenwoordiger zij in het ziekenhuis menen te zijn?

En wat doet de overheid? De overheid doet gelukkig wel iets. De overheid doet zelfs steeds meer, maar het is niet voldoende. Heel, heel voorzichtig probeert men ziekenhuizen tot elkaar te brengen, misstanden te doen verdwijnen, hinderpalen op te ruimen. Maar het moet allemaal zo vreselijk voorzichtig. Stel je voor, dat men eens tegen een zuil aanschopt of een medische staf eens op de te lange tenen trapt, of een gemeentebestuurder, die er toch zo'n leuk bijbaantje aan heeft, daarvan berooft! Het is de vraag of de dringende noodzakelijke overheidsbemoeienis, die onmiskenbaar in de goede richting gaat, niet te langzaam voorwaarts schrijdt en of in

feite niet de achterstand door de snelle ontwikkeling van geneeskunde en techniek steeds groter wordt.

Momenteel moeten wij in ieder geval nog constateren, dat men nog steeds plaatselijke ziekenhuisbesturen en andere ondeskundige autoriteiten maar wat laat aanmodderen en dan achteraf probeert te redden, wat er nog te redden valt. Collega De Groot heeft wel vertrouwen in de huidige ontwikkeling. Ik hoop, dat hij gelijk krijgt, maar ben er niet gerust op.

Met enige verwondering lees ik, dat volgens collega De Groot de medische staf het grootste probleem is. In het verleden zijn conflicten tussen ziekenhuisbesturen en medische staven niet zeldzaam geweest. Ik meen, dat de meeste tegenwoordige specialisten, verenigd in medische staven, met collega Karthaus, van harte wensen, dat er alleen nog maar optimale ziekenhuizen worden gebouwd, want alleen in zodanige ziekenhuizen kan het vele werk, dat zij verrichten, een optimaal rendement hebben. Wanneer de specialisten constateren, dat ziekenhuisbesturen plannen maken, die indruisen tegen de belangen van de bevolking, hebben zij de plicht zich daartegen te verzetten en medewerking aan de uitvoering van dergelijke plannen te weigeren. Laat ons hopen, dat dergelijke problemen binnenkort historie worden. In het „optimale standaard ziekenhuis” bestaan dergelijke tegenstellingen niet.

Samenvattend zou ik als mijn mening willen geven, dat er thans nog veel reden is voor bezorgdheid. De zelfvoldaanheid die Mr. Wesseldijk als directeur van de Nationale Ziekenhuisraad ten toon spreidt, mist alle grond. Het moet overigens heerlijk zijn, om zo tevreden te zijn over de prestaties van eigen organisatie. Zijn hautaine reactie op een artikel van een specialist, die verontrust is over de ziekenhuisbouw, doet vreemd aan. De heer Wesseldijk is blijkens zijn geschrift meer onder de indruk van de lofuitingen van een aantal buitenlanders, die een kort bezoek aan ons land brachten dan van de kritiek van een Nederlands specialist. Ik heb ook het genoegen gehad deze buitenlanders te mogen ontvangen. Ik heb nog overwogen of ik ons gehannes met algemene, katholieke en protestantse ziekenhuizen aan hen in het Engels of Frans zou uitleggen, maar mijn talenkennis schoot tekort. Het is per slot in het Nederlands al onbegrijpelijk. Misschien heeft Mr. Wesseldijk dit wel gekund. Gelukkig krijgt Mr. Wesseldijk, naar hij trots meedeelt, binnenkort een computer. Laat ons optimistisch blijven. Wie weet, wat er zal uitrollen: misschien wel een goed Nederlands ziekenhuis.

Zaandam, 9 december 1970

Dr. H. Muntendam, internist

## Dr. Kruisinga over toekomstige structuur gezondheidszorg Prof. Dijkhuis over ontwikkeling positie huisarts

Dinsdag 1 december jl. herdacht de Federatie van door Verzekerden en Medewerkers bestuurd Ziekenfondsen haar 25-jarig bestaan. Bij die gelegenheid sprak namens staatssecretaris Kruisinga van Sociale Zaken en Volksgezondheid de plaatsvervangend directeur-generaal van de volksgezondheid, W. B. Gerritsen, arts, terwijl verder het woord werd gevoerd door Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis. De rede van de staatssecretaris betrof de toekomstige structuur van de gezondheidszorg in het algemeen; Prof. Dijkhuis belichtte vooral de positie van de huisarts in de gezondheidszorg, zoals die zich thans ontwikkelt. Allereerst het laatste deel van de tekst van Dr. Kruisinga:

Met de totstandkoming van de Ziekenfondswet en later de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten is de plaats van de ziekenfondsen als zelfstandige uitvoeringsorganen in de gezondheidszorg bevestigd. Echter, en hiermede richt ik mijn aandacht van het verleden naar de toekomst, dit wil geenszins zeggen dat de ontwikkeling is afgesloten. De Ziekenfondswet en de A.W.B.Z. zijn ontegenzeggelijk mijlpalen op de weg naar de best mogelijke gezondheidszorg. Maar ondanks de moeite die het gekost heeft om hen te bereiken, kunnen ze toch in hun huidige staat nog niet als definitief worden beschouwd. In eerste instantie kan ik hierbij wijzen op de organisatiestructuur voor de gezondheidszorg. Hoewel internationaal gezien de Nederlandse organisatie op zeer hoog peil staat, kan toch niet gezegd worden dat ons systeem ideaal is. Ik wil hierover op dit moment echter niet te zeer uitweiden. U bent allen op de hoogte van de adviezen die over dit onderwerp zijn verschenen. U weet ook welke nog te verwachten zijn. En dat deze materie in de belangstelling staat blijkt al uit de aandacht die de politieke partijen eraan besteden.

Hoe ook de gezondheidszorg zal worden georganiseerd, centraal dient daarbij de patiënt, de mens te blijven staan. Tussen de mens die lichamelijk of geestelijk in nood verkeert en de organisatie die in die nood te hulp kan komen, dienen geen barrières te bestaan. Met andere woorden, zoals ik al vaker heb gezegd, de gezondheidsvoorzieningen dienen bereikbaar te zijn voor de verzekerde. En wel bereikbaar in drieërlei opzicht. In de eerste plaats *financieel*. Het moet niet kunnen voorkomen dat een patiënt er om financiële redenen van af ziet de medische hulp in te roepen die hij nodig heeft. Vervolgens dienen de gezondheidsvoorzieningen *functioneel* bereikbaar te zijn. Dit betekent, dat een organische structuur tot stand moet komen tussen

ziekenhuizen en poliklinieken, verpleegtehuizen en inrichtingen voor zwakzinnigen, en hierop aansluitend de extramurale zorg. Tenslotte moet er *geografische* bereikbaarheid zijn. De voorzieningen moeten daar voorhanden zijn, waar er behoefte aan is. Aan deze drie kenmerken moet idealiter de gezondheidszorg voldoen.

Daarbij komt, dat wij ons niet moeten beperken tot het loutere genezen van aanwijsbare kwalen. Het algemene beleid van de regering is de bevordering van het welzijn van individu en gemeenschap. Hierin dient de gezondheidszorg te passen. De mens leeft in een constante wisselwerking met zijn omgeving, en deze wisselwerking betreft de gehele mens, lichaam en geest. Wanneer dus in het welzijn van de mens lacunes optreden, is het onjuist om deze lacunes alleen te behandelen wanneer zij van lichamelijke aard zijn. Ook geestelijke ziekten dienen alle aandacht te krijgen, en met de geestelijke ziekten hun relatie met de lichamelijke. Het stemt mij dan ook tot grote voldoening, dat in deze tijd de geestelijke volksgezondheid een steeds grotere plaats gaat innemen in het kader van de A.W.B.Z. Voor de ziekenfondsen betekent dit een nieuw en zeer belangrijk onderdeel van hun werkzaamheden. Het is echter niet mogelijk lichamelijke en geestelijke gezondheid gescheiden te beschouwen. Een geestelijke ziekte kan zich in een lichamelijke afwijking manifesteren, en omgekeerd een lichamelijke in een geestelijke. Om deze reden moeten ook de somatische en de geestelijke gezondheidszorg zoveel mogelijk onder één noemer, in één wettelijke voorziening worden gebracht. Dit is het probleem waarvoor wij in de nabije toekomst met betrekking tot het ziekenfondswezen staan. Een moeilijk terrein, vol ontwikkelingen.

Als doel moet ons hierbij voor ogen staan een gesloten circuit van alle gezondheidsvoorzieningen. Dat wil zeggen een goed lopend samenspel tussen de verschillende inrichtingen voor gezondheidszorg onderling, en vervolgens met de verstrekkers van de extramurale voorzieningen. Ik wees hier al op bij de eis van de functionele bereikbaarheid van de voorzieningen voor de patiënt. Dit impliceert in eerste instantie de afronding van de intramurale voorzieningen met een voldoende differentiatie. Een differentiatie, die een betere behandeling mogelijk zal maken, kostenbesparend zal werken en daarom dus extra de aandacht vraagt. Ik wil hierbij wijzen op de verschillende vormen van dag- en nachtbehandeling, die nu als verstrekking beschikbaar komen. Ik noem de chronisch intermitterende hemodialyse, de chronisch intermitterende beademing en

de revalidatiebehandeling, terwijl nog andere vormen van dag- of nachtbehandeling in het verschiet liggen. Verder vraagt in dit opzicht het probleem van het tekort aan verpleegbedden onze volle aandacht. Op het terrein van de geestelijke volksgezondheid gaat het met name om de doorstroming bij de psychiatrische ziekenhuizen. Deze zal zeer zijn gediend met een sterkere uitbouw van de extra- en semimurale voorzieningen, zowel met het oog op de nazorg voor psychiatrische patiënten als wellicht ter voorkoming van hun opnemings- überhaupt. Ik denk hierbij aan de sluisinternaten en, wat grote urgentie heeft, de sociaal-psychiatrische diensten. Deze zullen zich moeten ontwikkelen tot regionale stichtingen voor geestelijke gezondheidszorg, waarin de functie van de huidige S.P.D., een M.O.B. en een bureau voor levens- en gezinsvragen kunnen samenwerken. Dit alles betreft, zoals u begrepen zult hebben, de functionele bereikbaarheid van de gezondheidszorg. Deze zal, tezamen met de geografische bereikbaarheid, op korte termijn wettelijk gestalte moeten krijgen in de Wet ziekenhuisvoorzieningen, die daartoe wordt uitgebouwd tot een Wet gezondheidsvoorzieningen. Te zijner tijd zullen in deze wet ook de regeling met betrekking tot de ziekenhuistarieven en met betrekking tot de erkenningen moeten worden ondergebracht. Daarnaast zal de financiële bereikbaarheid moeten worden gegarandeerd door wat nu Ziekenfondswet en A.W.B.Z. zijn. Ik ben mij ervan bewust, dat de taak der ziekenfondsen door dit alles aanzienlijk verzwakt zal worden, maar anderzijds ben ik er ook van overtuigd, gezien de plaats die de ziekenfondsen zich in omstreeks honderd jaar in de nationale gezondheidszorg hebben verworven, dat zij tegen deze taak opgewassen zullen zijn. De Federatie zal bij de uitwerking een bijzonder nuttig aandeel kunnen leveren, zoals zij dat sinds haar oprichting heeft gedaan. Wellicht zal in de komende vijfentwintig jaar het karakter van het ziekenfonds zich wijzigen. Dat is nu nog niet te voorzien. Dat het zijn plaats zal verliezen is echter ondenkbaar.

\*  
\*\*

De toespraak van Prof. Dijkhuis over de ontwikkeling van de positie van de huisarts in de gezondheidszorg viel uiteen in vier delen. Achtereenvolgens kwamen aan de orde de doelmatigheid, ontwikkelingen in de gezondheidszorg, knelpunten in de huispraktijk en mogelijke veranderingen en verbeteringen. Als knelpunten in de huispraktijk noemde Prof. Dijkhuis:

1. De noodzaak om meer tijd aan bepaalde patiënten te kunnen besteden. Het is op zichzelf een schande, dat wij gemiddeld 8 minuten beschikbaar hebben voor een „verrichting”, waarbij het voorwerp van zorg een levend menselijk wezen is en het onderwerp diens kwalitatieve of kwantitatieve overlevingskans.

2. Een volgend probleem is de behandeling van

geestelijk gestoorde of dysfunctionerende mensen; het gaat niet aan om aan hun problemen voorbij te gaan en de psychiater kan hen vaak niet helpen of heeft er ook geen tijd voor. Meer psychiateren is geen oplossing, tenzij er huisartsen zijn die dit soort problemen zoveel mogelijk voorzien, zoveel mogelijk opvangen en de oplossing ervan begeleiden. Wellicht zou het nuttig zijn om sociaal-psychiateren bij een groep huisartsen als consultant te detacheren. De ervaring uit de kindergeneeskunde heeft geleerd, dat de Nederlandse huisartsen veel kindergeneeskunde kunnen bedrijven die in andere landen door kinderartsen wordt verricht; het gaat niet zozeer om de naam van de arts maar om het werk. Zo zou veel psychiatrisch werk door huisartsen kunnen worden voorkomen of afgemaakt, als er meer tijd beschikbaar was en de opleiding wordt aangepast.

3. Een volgend punt is de piek-belasting ten gevolge van spoedeisende gevallen, bevallingen, vakantiewaarnemingen, verkeersopstoppen, epidemieën, uitval van personeel, ophoping van administratie.

4. Dan is er onvoldoende accommodatie, omdat de meeste praktijkruimten niet „purpose-build” zijn, terwijl daarnaast vooral de niet-medische equipment een fatale sluitpost is, zodat het werk onnodig moeilijk of ongezellig wordt.

5. Last but not least is de communicatie een knelpunt. Het overleg met instellingen en specialisten wordt steeds moeilijker, eensdeels door onbereikbaarheid, anderdeels door onduidelijkheid (namelijk met betrekking tot wie er nu verantwoordelijk is). Ten aanzien van het ziekenhuiswezen komt daar dan nog de moeilijkheid bij, dat er geen duidelijk geformuleerde rayon-functie is (services, laboratorium, röntgen, trombosedienst etc.). De ziekenhuisstaf draagt naar mijn mening medeverantwoordelijkheid voor de ziekten die nog niet worden behandeld, onvolledig worden behandeld, gezamenlijk moeten worden behandeld, nazorg vereisen en dergelijke; mijns inziens dient er daarom een gekozen huisarts in de staf te zitten.

Spreker vervolgde: De noodzaak om de opleiding tot huisarts te verbeteren komt voort uit de overweging, dat de kliniek zich zozeer bezighoudt met de eigen specifieke problemen dat het zicht op de ziekten en behoeften van de bevolking verloren was gegaan, zodat een arts die in dat klinische milieu was opgeleid terecht kwam in een situatie waarop hij niet helemaal (tot helemaal niet) was voorbereid en dat bovendien nog zonder de apparatuur waarop hij gewend was te rekenen. Wij moeten nu oppassen, dat wij nu geen studenten opleiden die straks op andere gronden zoals overproductiviteit, piek-belasting, gebrek aan faciliteiten en moeilijke communicatie, niet waar kunnen maken wat zij hebben geleerd.

1. De allereerste verbetering die moet worden aangebracht, is dat de bevolking pressie uitoefent om niet alleen de opleiding maar ook de structuur

van de extramurale zorg te verbeteren, wil de huisarts behouden blijven. Het behoud van de huisarts is niet alleen een economisch belang, maar ook en vooral in ons cultuurpatroon een fundamenteel belang: als allerlei bindingen vervagen en allerlei waarden veranderen, is er voor iedereen te allen tijde de legitieme mogelijkheid de hulp van de huisarts in te roepen, „le dernier prêtre du temps moderne”.

2. De simpelste oplossing om artsen meer tijd te geven is kleinere praktijken, maar deze oplossing is te simpel om waar te zijn; zij is mijns inziens gewoonweg irreëel. Overigens betekent meer tijd nog niet meer kwaliteit. De oplossing moet worden gezocht in een grotere differentiatie van de stafbezetting in het eerste echelon. In de eerste plaats kan een praktijkverpleegster 30% van het werk van de huisarts overnemen (zonder dat de huisarts het zicht op alle nieuwe en moeilijker gevallen verliest). Zodoende kunnen met behulp van 1500 verpleegsters alle artsen 30% tijd besparen. Mochten deze verpleegsters niet beschikbaar zijn, dan moeten wij niet aarzelen op verschuivingen in de klinische en extra-murale sector aan te dringen. In de tweede plaats zijn er voldoende psychologen om bijvoorbeeld aan zes huispraktijken een psycholoog als consulent en voor therapeutische counseling toe te wijzen. Zodoende wordt wederom tijd en kwaliteit gewonnen.

3. Fusies van praktijken die overtrokken doelmatig functioneren, betekenen in feite fusies van moeilijkheden. Het enige wat verbetert, is de piek-belasting; deze wordt echter omgezet in continue belasting, omdat de groepspraktijk behalve meer geld ook meer tijd kost. Als groepspraktijkvorming leidt tot collectivisering is het middel nog erger dan de kwaal. De „personal doctor” moet behouden blijven, dat wil zeggen de eigen dokter met eigen kaartstelsel en eigen assistent. Uitgaande van dergelijke basiseenheden dient pas groepsvorming of liever gezegd groepsgewijze samenwerking plaats te vinden.

4. Groepsgewijze samenwerking van huisartsen is vooral in de steden noodzakelijk en geen voordeel voor de huisarts, maar een voordeel, een behoefte, ja een noodzaak voor een adequate verzorging van de bevolking. Het is een zaak van en een taak voor de samenleving en haar organen! De ziekenfondsen kunnen hieraan bijdragen door de kostenvergoeding uit het abonnementshonorarium te lichten en met een toeslag („verstedelijgings”-toeslag?) aan gemeenten of stichtingen die deze taak op zich nemen, over te maken. Het tot stand komen van groepsvorming blijkt niet te worden bevorderd door de knik in de honorering, die overigens ook irreëel is: de gemiddelde praktijkgrootte is nu eenmaal 2.800 en geen 1.800. Naar mijn mening zou deze knik eerlijkheidshalve moeten verdwijnen zodra er daadwerkelijk een extra arts aanwezig is (assistent, voorlopige associatie, echtgenote-arts en dergelijke).

5. Tenslotte moeten de praktijkruimten (inclusief parkeerplaats!) „purpose-build” zijn en als ze dat

zijn, moeten hiervoor de reële kosten worden vergoed; dit hoort ook bij de „care”!

Ik ben eens voor mezelf nagegaan of er ook praktische en uitvoerbare — dat is: niet met kostenverhogingen gepaard gaande — oplossingen voor bovenstaande problemen bestaan. Ik ben er daarbij van uitgegaan, dat niet alleen de huispraktijk maar het gehele eerste echelon moet worden aangepast aan gewijzigde omstandigheden en behoeften. In mijn gedachtengang moet de basiseenheid van de volksgezondheid bestaan uit een groep van 3 à 4 samenwerkende huisartsen en 3 à 4 samenwerkende verpleegsters (namelijk een praktijkverpleegster, een wijkzuster en een wijkkraamverpleegster) die samen een 24 uren-dienst kunnen onderhouden. Hierbij zou het opereren van 3 full-timers met een half-timer eerder een voordeel kunnen zijn dan een nadeel, gezien de arbeidsmarkt van gehuwde vrouwelijke artsen en verpleegsters; 3½ huisarts verzorgen in Nederland ongeveer 10.000 inwoners. Beschouwen wij zo'n basiseenheid van 3 huispraktijken, dan zouden 3 artsen en 3 verpleegsters onder bepaalde voorwaarden en volgens bepaalde normen de zorg op zich moeten nemen voor het totale curatieve en preventieve werk om zodoende een goede integratie te verkrijgen. De groep zou dan moeten bestaan uit:

a. 3 samenwerkende huisartsen die al dan niet in een gemeenschappelijk gebouw, in principe hun eigen patiënten behandelen;

b. 3 samenwerkende verpleegsters; daarvan kan er één worden beschouwd als praktijkverpleegster (die dus 15 uren per arts per week kan besparen), één als wijkzuster voor de zogenaamde maatschappelijke gezondheidszorg (die dan dus ook de schoolkinderen omvat) en één als wijkkraamverpleegster die de 2 à 3 thuisbevallingen die per week per 10.000 inwoners plaatsvinden, begeleidt (preventie en verpleging);

c. hulpkrachten, namelijk: 3 praktijkassistentes (voor elke arts één); 1 ziekenverzorgster (als hulp voor de wijkverpleging); voldoende gezinsverzorgsters (in plaats van evenveel kraamverzorgsters).

Omerekend per 3 huispraktijken zijn in het huidige bestel al aanwezig respectievelijk subsidieel: ruim 2 wijkzusters, ruim ½ kraamdocente en ¼ schoolverpleegster; de ziekenverzorgster kan worden gevonden door verschuiving van de (duurdere) kraamverzorgsters naar de gezinsverzorging. Zo'n basis-eenheid krijgt dus extra preventief werk te doen: 4 (!) schoolkinderen per huisarts per week controleren en 1,2 (!) uur consultatie-bureauwerk (voor zover de huisarts dat al niet zelf deed). Daartegenover staat dan de praktijkzuster, die per arts 10 consulten en 5 visites kan doen, dat wil zeggen 15 (!) uur per week werk kan besparen. Bovendien kunnen de artsen en verpleegsters onderling elkaars piek-belasting opvangen en zodoende continue zorg garanderen. Naarmate dit soort te erkennen basiseenheden worden gevormd, komt er mankracht, geld en energie vrij van de schoolartsendiensten, de kraamcentra en de consultatiebureaus. Deze energie kan worden ingezet in de strijd voor

de — ernstig in gevaar verkerende — geestelijke volksgezondheid: er is dan voldoende geld voor 1 psycholoog per 6 huispraktijken. Deze psycholoog kan belangrijke hulp bieden bij de behandeling van probleempatiënten en opvoedingsmoeilijkheden, zowel in preventieve zin (probleemanalyse) als therapeutische zin (counseling). De vorming van dit soort basiseenheden voor de verzorging van gemiddeld 10.000 inwoners zou tenslotte voor het maatschappelijk werk een goede aanleiding kunnen zijn voor het detacheren van een vaste maatschappelijk werkster per groep.

Door de bakens aldus te verzetten, bereiken wij:

- een normaal verdeelde doelmatigheid in het eerste echelon, in plaats van een overtrokken zuinigheid bij het curatieve werk en een luxe aan mankracht en opleidingen bij het preventieve werk;
- integratie van het preventieve, anticiperende, be-

handelende en verzorgende werk in de thuisgezondheidszorg (inclusief de geestelijke gezondheidszorg);

- basiseenheden die niet groter zijn dan nodig is om een 24-uurs dienst te garanderen en klein genoeg om het persoonlijke karakter van de zorg te handhaven;
- functionele eenheden die zijn gebaseerd op de keus van de patiënt en niet op geografische wijken.

Laat men nu niet zeggen: dit is een taak voor de overheid. Wat is eigenlijk de overheid? Dat zijn wij immers allemaal samen! Bovendien zal zo'n reorganisatie niet door te voeren zijn zonder medewerking van de Ziekenfondsraad, met name ter zake van een alternatief voor de uitbetaling van honorarium en kosten met inbegrip van de door mij bepleite „verstedelijking”toelage.

---

## „Ontwikkelingswensen” in de geneeskunde

**Prof. Dr. P. Muntendam op symposium in de T.H. Twente**

*Het symposium „Ontwikkelingslijnen in de geneeskunde”, dat op 20 en 21 november j.l. in de TH-Twente plaatsvond, opende met een toespraak door Prof. Dr. P. Muntendam, president-curator van de Rijksuniversiteit te Leiden. Volgens zijn zeggen geen futuroloog en amper meer arts, veranderde Prof. Muntendam de titel van het symposium voor zijn rede in „Ontwikkelingswensen voor de gezondheidszorg”. De lichtelijk bekorte tekst van die rede staat hiernaast.*

*Zich concentrerend op de artsenopleiding, zag Prof. Muntendam voor de toekomst een ontwikkeling à la „medical school”: een zelfstandige medische faculteit, ondergebracht in één complex met het opleidingsziekenhuis. Om onderwijs, onderzoek en gezondheidszorg in gelijke mate aan hun trekken te laten komen, zal de zeggenschap daarover niet alleen berusten bij Onderwijs en Wetenschappen maar ook bij Volksgezondheid. De medische faculteit van straks krijgt zo een para-universitair karakter. Wil daarmee de gezondheidszorg zijn gediend, dan zal er zowel interfacultair als interuniversitair moeten worden samengewerkt, aldus Prof. Muntendam.*

Het staat voor mij vast, dat de door de World Medical Association in 1948 aan de moderne tijd aangepaste artseneed van Hippocrates onjuist

wordt geformuleerd, als daar staat: „Ik zal de gezondheid van *mijn patiënt* als mijn voornaamste zorg beschouwen”. Reeds in 1953 gaf ik de aanwijzing, dat dit artikel feitelijk zou moeten luiden: „Ik zal de bevordering van de gezondheid van *mijn medeburgers* als mijn voornaamste zorg beschouwen”. Dat hierbij uiteraard de zorg van de arts voor zijn patiënt een belangrijke rol speelt is vanzelfsprekend, maar wil de arts in de toekomst bij de opiniepeiling het hoogst in aanzien blijven (welke arts heeft men daarbij op het oog?), dan zal hij uit zijn isolement moeten treden en moeten beseffen dat hij slechts te zamen met beroepsgenoten van andere disciplines de bevordering van de gezondheid van de aan zijn zorgen toevertrouwde bevolking kan behartigen.

Hoe is het nu met deze interdisciplinaire samenwerking aan onze universiteiten gesteld, en wel met name rondom de geneeskunde? Op deze vraagstelling wil ik dit openingswoord richten, waarbij ik ervan uitga, dat de mij beter bekende situatie aan één universiteit niet zo heel veel zal verschillen van die aan de andere instellingen van wetenschappelijk onderzoek in den lande. Als ik over een tweetal ervaringen in Leiden een korte mededeling mag doen, dan geef ik hiermee tevens aan, dat er niet veel andere voorbeelden zijn en dat de „institutionalisering” van de interfacultaire samenwerking op dit punt nog in een eerste fase van ontwikkeling is. Hetgeen, hetzij nu reeds gezegd, niet betekent dat er bij de faculteit der geneeskunde niet de krachtige

wens tot bevordering dezer interdisciplinaire coöperatie zou bestaan. Integendeel.

Laat mij nu als eerste voorbeeld voor het contact tussen geneeskunde en wis- en natuurkunde te Leiden noemen de research van de atherosclerose werkgroep van de Gezondheidsorganisatie T.N.O., gevestigd in het Gaubiusinstituut, oorspronkelijk het instituut voor fysische chemie. Het is duidelijk, dat het researchproject in dit laboratorium, vooral als het zich ook richt op het toegepast dynamische vlak, de grootste behoefte heeft aan nauwe samenwerking met de faculteit der geneeskunde en niet alleen met die leden, die worden geacht de zogenaamde preklinische vakken te vertegenwoordigen - een onderscheid overigens, „kliniek en prekliniek”, dat naar ik hoop in de toekomst steeds meer zal vervagen. Het verheugt mij dan ook, dat een interfacultaire werkgroep tot stand is gekomen om niet alleen de belangen van de research in dit instituut mede te behartigen, maar tevens om ook aan andere vraagstukken, beide faculteiten rakend, de nodige aandacht te schenken. Het aanvankelijk voorneemen was verder te gaan en officieel van het Gaubiusinstituut een interfacultair instituut te maken. Deze institutionalisering bleek niet mogelijk. In de eerste plaats spreekt de wet slechts over interfacultaire werkgroepen en niet instituten, maar een beetje geweld zou de wet wellicht kunnen worden aangedaan om toch dit doel te bereiken. Maar een veel groter bezwaar in de praktijk bleek te zijn: van wiens toewijzing van personeel zou de bemanning van dit instituut uit moeten gaan? Beide faculteiten verkeren niet in de luxe, dat zij zich dit zouden kunnen veroorloven. Ik kom daar nog op terug.

Het andere voorbeeld heeft betrekking op samenwerking tussen geneeskunde en sociale wetenschappen. Aangezien ik mijn eigen leeropdracht, sociale geneeskunde, steeds heb beschouwd als het terrein waarop bij uitstek deze samenwerking zou kunnen worden en moeten bevorderd, verheugt het mij, dat ik bij de meest recente coöperatie zelf ben betrokken. Het betreft een interfacultair researchproject tussen de verloskunde en de niet-westerse sociologie tezamen met de Universitas Indonesia inzake de family-planning op Java. Ook hier echter nog geen formalisering doch een samenwerking ad hoc, vooral berustende op een positieve instelling tot coöperatie van de hierbij betrokkenen. Het verheugt mij echter als meest recente stap te kunnen vermelden, dat vanuit de geneeskunde te Leiden een initiatief tot het instellen van een werkgroep met de faculteit der sociale wetenschappen is genomen.

Deze voorbeelden tonen aan, dat incidentele interdisciplinaire samenwerking kan rijpen tot een geïnstitutionaliseerde interfacultaire samenwerking. Gezult nu echter verbaasd zijn te horen, dat dit niet mijn voornaamste wens is, hoezeer ik deze ontwikkeling in interfacultaire samenwerking toejuich. Ik zal trachten dit uit te leggen. Een belangrijk ver-

schijnsel, dat zich uit in de gemeenschappelijke medische faculteiten in Nederland, is de wens uit het historisch-traditionele verband van de universiteit te treden en zich tot een zelfstandige eenheid te vormen, in de Angelsaksische landen als „medical school” aangeduid, zich wat de kliniek betreft bedienend van het „teaching hospital”. Is deze ontwikkeling zo revolutionair als zij lijkt? Ik meen van niet, want in mijn ogen is de wetgever hierin eigenlijk al vooraan gegaan door een eerste, wellicht in deze zin niet bedoelde stap te zetten, namelijk door met de Wet op de academische ziekenhuizen aan deze inrichtingen in hoge mate zelfstandigheid te verlenen en ze te plaatsen buiten de wallen van de universitaire burcht. Een tweede stap werd gezet door het onderwijs niet te bepalen tot deze ziekenhuizen, doch in affiliatie-vorm een belangrijke taak in deze toe te kennen aan tal van andere ziekenhuizen. Mogen derhalve deze ontwikkelingen het revolutionaire karakter aan de bij de medische faculteiten levende wens tot zelfstandigheid reeds hebben ontnomen de ratio van de door deze faculteiten voorgestane ontwikkeling is voor mij duidelijk en aanvaardbaar.

Deze wens wordt duidelijk door te bedenken, welke bijzondere taak en functie de medische faculteit heeft. Zowel voor het onderwijs als voor haar research moet deze faculteit beschikken over het ziekenhuis, terwijl haar functie zich tevens richt op de volksgezondheid door het verlenen van gezondheidszorg, zowel in preventief-geneeskundige als in curatieve vorm en in de vorm van revalidatie, klinisch zowel als poliklinisch, alles te zamen wel „advanced health care” genoemd. Welnu, deze drie-eenheid binnen de medische faculteit, onderwijs-onderzoek-gezondheidszorg, laat zich, noch in materiele, noch in personele zin voorzien aan de hand van normen, welke tot nu gesteld werden of zullen worden en zoals zij voor de faculteiten binnen de universiteit worden gehanteerd. Een speciale positie, wellicht als para-universitair aan te duiden, zal daarom naar mijn overtuiging de plaats van deze faculteiten in de toekomst kenmerken, terwijl ik er evenzeer van overtuigd ben dat de toekomstige verbindingslijnen van deze faculteiten niet slechts zullen lopen naar het ministerie dat voor het onderwijs en de wetenschap verantwoording draagt, doch evenzeer naar Volksgezondheid.

Dit betekent, dat een interdepartementaal orgaan met besturende bevoegdheid de medische faculteiten ook inderdaad de gelegenheid moet bieden de gezondheidszorg te brengen op een niveau, overeenkomend met dat van de know-how in deze faculteiten. Tevens betekent dit echter, dat de ordening in het ziekenhuiswezen, waarop wij nu dertig jaar in dit land wachten, tot stand komt. Het binnenkort verschijnen in het Staatsblad van een Wet ziekenhuisvoorzieningen, zodra het ontwerp de Eerste Kamer is gepasseerd, is voor een dergelijke ontwikkeling nog geen waarborg. Het maken van een wet is,

hoe moeilijk op zichzelf ook, meestal minder gecompliceerd dan het ordentelijk uitvoeren van een wet, zodanig dat de geest waarin de wetgever haar heeft geschreven wordt nageleefd. In het onderhavige geval kan dit niet anders betekenen dan de erkenning van het ontstaan en ontwikkelen van centrumziekenhuizen naast districtsziekenhuizen, waarbij in ieder geval de „teaching hospitals” tot de eerste categorie behoren. Dit betekent tevens, dat de wetgever wat betreft de uitvoering van de wet met betrekking tot de voorzieningen in het ziekenhuis, deze straf zal moeten hanteren, willen de „central hospitals” inderdaad centra voor „advanced medical care” zijn en willen onnodige doublures in voorzieningen en daarmee kapitaalverspilling worden voorkomen. Vele bezwaren zullen rijzen en moeten worden overwonnen, vóór deze ontwikkeling zich zal hebben voltrokken. Een van deze bezwaren, nu reeds te horen, is: dit proces leidt tot desintegratie van de universiteiten en belemmering van interfacultaire samenwerking.

Welnu, hiermee komen we aan het uitgangspunt van ons betoog. De herplaatsing van de faculteit der geneeskunde zal niet leiden tot een desintegratie van de interdisciplinaire samenwerking, want de universiteiten zullen het moeten erkennen, dat zij in deze taak in het verleden hebben gefaald en daarmee niet voldeden aan hetgeen haar in artikel 1 van de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs is opgedragen: de bevordering van het inzicht in de samenhang van de wetenschappen. Met andere woorden, een desintegratie kan niet plaatshebben als geen integratie heeft bestaan. De interdisciplinaire sa-

menwerking, voorwaarde tot een van de andere universitaire taken, namelijk de bevordering van het maatschappelijk verantwoordelijkheidsbesef, acht ik tevens conditioneel voor velerlei onderzoek ter bevordering van de gezondheidszorg. Deze interdisciplinaire samenwerking is te effectueren in verschillende vormen. Men zou zich kunnen denken, dat evenals in Engeland in het kader van de W.W.O. „research councils” worden ingesteld. Hierbij zal men echter moeten nagaan, of in ons land naast de Z.W.O. en T.N.O.-organen „councils” nog reden van bestaan hebben. Een zeer goede vorm van bevordering der interdisciplinaire samenwerking vormt het interuniversitaire instituut, en wellicht nog in bijzondere mate als men hieraan een regionaal karakter geeft. En tenslotte de bewuste vorm van samenwerking welke men nastreeft met het beleggen van een symposium als dit, mits een dergelijke manifestatie van interdisciplinair denken en handelen zich niet tot een enkele exclamatie bepaalt, doch zich kenmerkt door een regelmaat van activiteiten waardoor het docenten en studenten, overheid en besturen van instellingen van wetenschappelijk onderwijs en niet in de laatste plaats de maatschappij en haar instituties duidelijk wordt, dat moderne gezondheidszorg slechts kan worden gediend door interdisciplinair onderzoek en onderwijs, denken en handelen. Dit betekent, dat de constructie voor interdisciplinaire samenwerking in onderwijs en research niet slechts kan worden geschapen door interfacultaire samenwerking binnen de instellingen van wetenschappelijk onderwijs, doch dat hierop een bovenbouw dient te volgen van interuniversitaire samenwerking.

---

## Ministeriële nota over universitaire ontwikkelingsproblemen

Minister Veringa (Onderwijs en Wetenschappen) heeft mede namens minister Lardinois (Landbouw en Visserij) de Eerste en Tweede Kamer een nota doen toekomen naar aanleiding van de ontwikkelingsplannen van de universiteiten en hogescholen voor het tijdvak 1969-1972. De Wet op het wetenschappelijk onderwijs legt de universiteiten en hogescholen de verplichting op eens in de vier jaar een ontwikkelingsplan op te stellen voor het onderwijs en de beoefening der wetenschap aan de universiteit of hogeschool. Het is de tweede keer dat de instellingen een dergelijk plan bij de minister van Onderwijs en Wetenschappen — voor wat betreft de landbouwhogeschool bij de minister van Landbouw en Visserij — hebben ingediend. De eerste serie ontwikkelingsplannen was gericht op het tijdvak 1963-1966. De T.H. Twente en de Medische faculteit Rotterdam hebben nog geen plan kunnen indienen, omdat zij ten tijde van de voorberei-

ding van de plannen in een opbouw-fase verkeerden.

De nota, opgesteld naar aanleiding van de ontwikkelingsplannen, behandelt vier kernvraagstukken: structuurproblemen, ontwikkeling en uitbreiding van het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek, interuniversitaire samenwerking en taakverdeling, mogelijke gevolgen voor het personeels-, bouw- en financieel beleid.

De bewindsman gaat er bij zijn beleid van uit dat de universiteit behoort te functioneren ten bate van en in samenwerking met de maatschappij. De eigen verantwoordelijkheid van de universiteit voor de wetenschappelijke en onderwijskundige waarde van al haar activiteiten dient daarbij steeds gewaarborgd te zijn. Aan de hand van de nota's die de regeringscommissaris voor het wetenschappelijk onderwijs, dr. K. Posthumus, heeft uitgebracht, zal in dit parlementaire jaar een wets-

ontwerp tot herziening van de structuur van het wetenschappelijk onderwijs worden ingediend. Ook aan de taak van de universiteiten en hogescholen met betrekking tot het post-academisch onderwijs zal daarin aandacht worden geschonken.

Terstond nadat het wetsontwerp universitaire bestuurshervorming 1970 bekrachtigd is, zullen de nodige uitvoeringsmaatregelen voor de praktische verwezenlijking van de nieuwe regeling worden opgesteld.

In de uitbreiding van het wetsontwerp zal in de eerste plaats worden voorzien door de uitbouw van een aantal hogescholen tot universiteiten in Rotterdam, in Twente en in Brabant. De nieuw te stichten medische faculteit in Maastricht zal te zijner tijd uitgroeien tot een Limburgse universiteit. Ook dient rekening te worden gehouden met een groei van het totaal aantal studenten tot ruim 150 000 in 1980.



# Aanwinsten van de Bibliotheek der Maatschappij gedurende het jaar 1969 (III)\*

Door Dr. J. A. van Dongen, bibliothecaris der Maatschappij

## Dissertaties

*Aarts (Nicolaas Johannes Maria)*, Medische thermografie. Verkenningen op het gebied der toepassingsmogelijkheden. [With an Engl. summary.] Tilburg: Henri Bergmans 1969. - 8°. 166 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Groningen.

*Aken (Willem Gerard van)*, Bloedplaatjesaggregatie en RES-functie. (With a summary in Engl.) Amsterdam: „Aemstelstad” 1969. - 8°. 136 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Aling (Harm)*, De minder-valide oudere werknemer. Een sociaal-geneeskundig onderzoek omtrent 4137 mannen van 55 tot 65 jaar die een invaliditeitsrente hebben aangevraagd. [With an Engl. summary.] Assen: Van Gorcum [1969]. - 8°. 201 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

*Alphen (Hendrikus Augustinus Maria van)*, The anterior commissure of the rabbit. A descriptive and experimental anatomical study with an atlas of the rabbit telencephalon in horizontal sections. Amsterdam: Becht 1969. - 8°. 112 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

Ook verschenen als: Acta anatomica, suppl. 57.

*Baart de la Faille-Kuyper (Eva Helena)* [\*1938], Lupus erythematosus. An immunohistochemical and clinical study of 485 patients. Utrecht: Schotanus en Jens 1969. - 8°. 113 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Utrecht.

*Bakker (Leonardus Franciscus)*, Kwakzalverij en onbevoegd uitoefenen der geneeskunst. (With a summary in Engl.) Assen: Van Gorcum [1969]. - 8°. 195 p.

Titel ook i.h. Eng.: Quackery and practising as a doctor without being qualified.

Proefschrift (Med.) Utrecht.

*Bart (Joannes Christiaan Josephus)*, The crystal structures of canthaxanthin and 15, 15'-dehydrocanthaxanthin. [Met samenv. i.h. Nederl.] Groningen 1967. - 8°. 99 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Beerens (Adriaan Jan Jacobus)*, Stimulus coding in the utricular nerve of the cat. A quantitative study of the response to static stimulation of the utricle as recorded from primary afferent fibres. [Met samenv. i.h. Nederl.] Amsterdam: Cloeck en Moedigh 1969. - 8°. 103 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Bentvelzen (Petrus Adrianus Johannes)*, Genetical control of the vertical transmission of the Mühlbock mammary tumour virus in the GR mouse strain. [Met samenv. i.h. Nederl.] Amsterdam 1968. - 8°. 76 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Leiden.

*Bergstein (Nicolaas Aloys Maria)*, Lever en zwangerschap. [With an Engl. summary.] 3 dln. (2 bdn). Maas-tricht: Stegen 1969. - 8°. Met ill.

I. Literatuurstudie. II. Eigen onderzoek. III. Patiënten en tabellen.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

Met 9 losse bijl. (tabellen en foto's) in mapje.

*Bessem (Nicolaas Dirk)* [\*1934], De keizersnede in de Universiteits-Vrouwenkliniek te Leiden. With a summary in Engl. Leiden: Nederlandsch Drukkerij Bedrijf 1969. - 8°. 137 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Leiden.

Titel ook i.h. Eng.: Caesarean section in the department of obstetrics and gynaecology of the Univ. of Leyden.

*Bierenbroodspot (Peter)*, De therapeutische gemeenschap en het traditionele psychiatrische ziekenhuis. [With an Engl. summary.] Meppel: Boom [1969]. - 8°. 209 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Blom (Joël Louis)*, Quantitative aspects of neuronal activity in the cerebral cortex of the rabbit. [Met samenv. i.h. Nederl.] Amsterdam: Poortpers 1969. - 8°. 71 p. Met ill.

1. Frequency and interval analysis of neuronal activity under normal conditions. 2. Changes in neuronal activity induced by the convulsant methionine sulfoximine.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Bodegom (Jan Cornelis)*, Experiments on tooth eruption in miniature pigs. Nijmegen: 1969. - 8°. 78 p.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

Los bijgevoegd: Appendix. (74 p.; met ill.)

*Boender (Cornelis Arie)* [\*1930], Absorptie en retentie van ijzer bij de mens. (With a summary in Engl.) Assen: Van Gorcum [1969]. - 8°. 124 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Utrecht.

Titel ook i.h. Eng.: Absorption and retention of iron in man.

*Boersma (Gerhard)* [\*1926], Verkrommingen van de wervelkolom na laminectomieën bij kinderen. Een klinisch onderzoek en een literatuurstudie over normale en mechanisch verstoorde wervelgroei. [With an Engl. summary.] Met illustratie bijlage [en] Schematische voorstelling van 51 laminectomieën. Amsterdam enz.: Born 1969. - 8°.

Proefschrift (Med.) Leiden.

*Boot (Lourens Martinus)*, Induction by prolactin of mammary tumours in mice. [Met samenv. i.h. Nederl.] Amsterdam: Noord-Holl. Uitg. Mij. 1969. - 8°. 113 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Boschaert (David)* [\*1926], De stad Utrecht als medisch ontwikkelingsgebied. (With a summary in Engl.) Rotterdam: Brondor-Offset 1969. - 8°. 441 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Utrecht.

Titel ook i.h. Eng.: Proceeding medical care for the

Voor deel I, II en III, zie Medisch Contact, resp. nr. 47 van 20-11-1970, blz. 1267 e.v., nr. 48 van 27-11-1970, blz. 1295 e.v. en nr. 51 van 18-12-1970, blz. 1393 e.v.

underprivileged in Utrecht town during the nineteenth century.

*Bouvy (Louis André)*, Morbus Hirschsprung. Een literatuurstudie en de resultaten van de behandeling bij 50 patiënten. [With an Engl. summary.] Tilburg: Henri Bergmans 1969. - 8°. 145 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Brink (Franciscus Gerardus van den)*, Histamine and antihistamines. Molecular pharmacology, structure-activity relations, gastric acid secretion. Nijmegen: Janssen 1969. - 8°. 261 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

*Broek (Paul van den)*, The fate of incus grafts in rats. A histological study. [Met samenv. i.h. Nederl.] Nijmegen 1968. - 8°. 101 p. Met ill.

Proefschrift Nijmegen.

*Brongersma (Anthonus Jacobus)*, Problemen bij de indirecte pulpa-overkapping. [With an Engl. summary.] Groningen: Van Denderen 1969. - 8°. 100 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Groningen.

*Bruynes (Cornelis Adrianus)*, Derivatives of 2-phenyl-1,3-indandione. Synthesis and properties. [Met samenv. i.h. Nederl.] Amsterdam 1968. - 8°. 69 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Vrije Univ. Amsterdam.

*Charles (Robert)*, Mitochondriale citrulline synthese: een ammoniak fixerend en ATP verbruikend proces. [With an Engl. summary.] Amsterdam 1968. - 8°. 124 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Colon (Ernst Jozef)*, Relation between dendritic patterns and position of nerve cells. A quantitative study in the cerebral cortex of the rabbit. [Met samenv. i.h. Nederl.] Amsterdam 1968. - 8°. 70 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Crousens (Arnold) M[athias] F[rans] B[ertrand]*, Analyse van het werk van een controlerend geneeskundige voor de ziektewet. [With an Engl. summary.] Assen: Van Gorcum 1968. - 8°. 113 p. Met ill.

Verzekeringsgeneeskunde, no. 5.

Ook verschenen als proefschrift Nijmegen.

*Deggeller (Kees)*, The human prothrombin-activating enzyme. [Met samenv. i.h. Nederl.] Amsterdam 1968. - 8°. 64 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Driessen (Willem Maarten Marie)*, De plasma renine-activiteit en de secretie-snelheid van aldosteron bij de mens, in het bijzonder bij lijdens aan hypertensie. [With an Engl. summary.] Nijmegen: Thoben 1969. - 8°. 147 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

*Dijkman (Johannes Fredericus Petrus)*, Krachtenverdelingen bij orthodontische behandelingen. Een theoretisch en experimenteel onderzoek. [With an Engl. summary.] Nijmegen: Janssen 1969. - 8°. 104 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

Titel ook i.h. Eng.: The distribution of forces in orthodontic treatment. A theoretical and experimental study.

*Ebels (Ebel Johan)*, De rijping van het cerebellum. (With an extensive summary in Engl.) Groningen: Van Denderen 1969. - 8°. 123 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Groningen.

Met 1 losse bijlage.

Titel ook i.h. Eng.: A study of the postnatal development of the rat cerebellum.

*Eisenkraft (Bianca)*, Glutamate dehydrogenase - A dissociable enzyme. [Met samenv. i.h. Nederl.] Wageningen: Veenman 1969. - 8°. 56 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

Ook verschenen als: Meded. Landbouwhogeschool Wageningen, 69-15 (1969).

*Faber (Dirk Bernardus)*, Aard en werkwijze van polypeptiden, die het effect van bradykinine versterken. [With an Engl. summary.] Amsterdam: Jacob van Campen 1969. - 8°. 119 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Flendrig (Johannes August)*, Het benigne reuzenlymfom. Een onderzoek naar de correlatie tussen de klinische verschijnselen en de morfologie. [With an Engl. summary.] Helmond 1969. - 8°. 180 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

*Freni (Samuel Constant)*, Cytofotometrische DNA-bepalingen in pleura- en ascitesvocht. De bruikbaarheid van DNA-bepalingen voor de cytologische tumordiagnostiek. [With an Engl. summary.] Amsterdam 1969. - 8°. 74 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Frye (Ida Bernardina Maria)*, Fremde unter uns. Autisten, ihre Erziehung, ihr Lebenslauf. [Mit holl. und engl. Zusammenf.] Meppel: Boom 1963. - 8°. 502 p.

Proefschrift (S.W.) Nijmegen.

*Gootjes (Johan)*, Synthesis and stereochemistry of some benzo(a)- and indolo (2, 3-a)-quinolizine derivatives. [Met samenv. i.h. Nederl.] Amsterdam 1965. - 8°. 104 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Vrije Univ. Amsterdam.

*Groenewold (Harm)*, Exstrophie vesicae en epispadia totalis. Onderzoek van de literatuur en van de verzamelde ziektegeschiedenissen van 115 Nederlandse patiënten, in het bijzonder wat betreft de huidige behandelingsmogelijkheden en hun resultaten. [With an Engl. summary.] Leiden: Stafleu 1969. - 8°. 303 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

*Groot (Gertjan)*, Pneumonectomie, thoracotomie en scoliose bij kinderen. [With an Engl. summary.] Amstelveen: De Ram 1969. - 8°. 119 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Meyjes (Fokke Eelco Posthumus)*, De gemiddelde corticofysiologische studie [With an Engl. summary.] Assen: Van Gorcum 1969. - 8°. 112 p. Met ill.

treatment of tuberculosis. Etc.

Proefschrift (Med.) Groningen.

*Haeringen (Jacob Rudolf van)*, Transaminase bepalingen bij de behandeling van tuberculose. Een onderzoek naar het optreden en het voorkomen van leverbeschadiging. (With a summary in Engl.) Groningen 1968. - 8°. 111 p. Met ill.

Titel ook i.h. Eng.: Serum transaminase levels during treatment of tuberculosis, etc.

Proefschrift (Med.) Groningen.

*Henssen (Sebastianus Gerardus Franciscus)*, Progesteronsecretie tijdens de zwangerschap [With an Engl. summary.] Maastricht: Crouzen 1969. - 8°. 102 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

Met 1 losse bijlage.

*Herpen (Gerard van)* [\*1927], The effect of roentgen and proton irradiation on the motility of bull spermatozoa. Application of target theory in establishing a motility control centre. [Met samenv. i.h. Nederl.] Utrecht: Schotanus en Jens 1969. - 8°. 126 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Utrecht.

*Hillebrand (Auke)*, Het effect van lage broeddruk op

het ontstaan van nierafwijkingen. Een experimenteel onderzoek bij de rat. [With an Engl. summary.] Amsterdam: Jacob van Campen 1968. - 8°. 115 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Holleman (Hendrik Johannes Gerardus)*, Radioimmunologische bepalingsmethoden voor angiotensine I en angiotensine II en de toepassing bij de meting van renine-activiteit in plasma. [With an Engl. summary.] Amsterdam: Adolf M. Hakkert 1969. - 8°. 142 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Hoogland (Dirk Marinus)* [\*1926], Stoornissen in het kraambed. [Met samenv. i.h. Eng., Frans en Duits.] Rotterdam: Bronder-Offset 1969. - 8°. 223 p.

Proefschrift (Med.) Utrecht.

Titel ook i.h. Eng.: Disorders in childbed.

*Houben (Paulus Franciscus Maria)*, Liquordruk en liquorodynamiek. [With an Engl. summary.] Asten N.-Br.: Schriks 1969. - 8°. 130 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

*Hulsman (Jacobus Antonius Rudolfus Johanna)*, A contribution to the optimization of liquid chromatography in columns especially in steroid analysis. [Met samenv. i.h. Nederl.] N. pl. [1969]. - 8°. 65 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Irausquin-Cath (Hiltje)*, Blood levels and nutritional status of adult Curaçaoans. [Met samenv. i.h. Nederl.] Rotterdam: Wyt 1969. - 8°. 80 p. Met ill. en krt.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Jefferys (John Frederick)*, Growth pattern and environment. Differences in growth of the hard tissues of the heads of wistar rats reared in extremes of litter-size. Nijmegen 1969. - 8°. 108 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

Los bijgevoegd: Appendix. (69 p.)

*Jennekens (Frans Gerard Irma)* [\*1931], Uremische polyneuropathie. (Avec un résumé en franc.) Rotterdam: Bronder-Offset [1969]. - 8°. 190 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Utrecht.

Titel ook i.h. Frans: Polyneuropathie urémique.

*Jessurun (André William)*, De indicatie van de verende beugel bij de fractuurbehandeling. [With an Engl. summary.] Z. pl. 1968. - 8°. 128 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Jonge (Gustaaf Adolf de)* [\*1924], Kinderen met enuresis, een epidemiologisch en klinisch onderzoek. (With a summary in Engl.) Assen: Van Gorcum [1969]. - 8°. 138 p. Met ill. en krt.

Proefschrift (Med.) Utrecht.

Titel ook i.h. Eng.: Children with enuresis, an epidemiological and clinical study.

*Koning (Hendrik de)*, Synthese van enkele polynucleotide-analoga. [With an Engl. summary.] Rotterdam: Bronder-Offset 1969. - 8°. 82 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Korten (Johannes Josephus)*, Enkele aspecten van de ziekte van Parkinson. (With a summary in Engl.) Nijmegen 1969. - 8°. 200 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

*Koster (Johan Fokke)*, A study on D-amino-acid oxidase. [Met samenv. i.h. Nederl.] Wageningen: Veenman 1969. - 8°. 60 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

Ook verschenen als: Meded. Landbouwhogeschool Wageningen 69-8 (1969).

*Kuiper (Jan Pieter)*, Bedrijfsarts en arbeidende mens. [With an Engl. summary.] Assen: Van Gorcum 1968. - 8°. 372 p.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Kurstjens (Reinier M. A.)*, Familiäre trombopathische trombocytopenie. [With an Engl. summary.] Nijmegen: Centrale Drukkerij 1969. - 8°. 124 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

*Kuijman (Johan Peter)*, De mechanisering van enige bepalingen in gebruik bij het onderzoek van bloed. [With an Engl. summary.] Amsterdam: Rototype 1969. - 8°. 111 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Kuyper (Paul)*, Horen met twee oren. Een onderzoek naar enkele manieren waarop de oren samenwerken. [With an Engl. summary.] Z. pl. 1969. - 8°. 131 p. Met ill.

Titel ook i.h. Eng.: Hearing with two ears.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Kuijten (René Herman)*, Nierbiopsie bij kinderen met glomerulopathieën. Een onderzoek met behulp van lichtmicroscopie, immunofluorescentie en elektronenmicroscopie. [With an Engl. summary.] Amsterdam: Van Soest 1969. - 8°. 138 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

Met 1 losse bijl.: Tabellen.

*Ludwig (Jan Werner)*, Coronariografie. De röntgenologische diagnostiek van de arteriae coronariae bij de mens. [With an Engl. summary.] Utrecht: Kemink 1969. - 8°. 156 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

Met 1 bijl.: Schema van de onderzoeken van 250 patiënten.

*Maat (Cyrillus Eduardus Maria de)* [\*1932], De biologische halveringstijd van met Cr<sup>51</sup> gemerkte bloedplaatjes. (With a summary in Engl.) Asten N.-Br.: Schriks 1969. - 8°. 93 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Utrecht.

Titel ook i.h. Eng.: The biological half life of Cr<sup>51</sup> labeled platelets.

*Meer (Jan van der)*, Meting van de plasma renine-activiteit met behulp van een radioimmunologische bepaling van angiotensine I. [With a summary in Engl.] Amsterdam: „Aemstelstad” 1969. - 8°. 120 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Meerschwam (Israël Samuel)*, Hypertrophic obstructive cardiomyopathy. A clinical study. [Met samenv. i.h. Nederl.] Amsterdam: Excerpta Medica Foundation 1968. - 8°. 197 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Meinders (Arend Edo)*, Diabetes insipidus en chloorpropamide. [With an Engl. summary.] Amsterdam: Hollandia 1969. - 8°. 169 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Meinders-Groeneveld (Johanna)*, Enige kwantitatieve aspecten der polyploidie. Een experimenteel onderzoek bij ratten. [With an Engl. summary.] Amsterdam: Hollandia 1969. - 8°. 92 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

av: Groeneveld (Johanna).

*Mesker (Pierre)*, De menselijke hand. Een onderzoek naar de ontwikkeling van de handvaardigheid in relatie tot die van de cerebrale organisatie gedaan bij leesgestoorde kinderen. [With an Engl. summary.] Nijmegen enz.: Dekker en Van de Vegt [1969]. - 8°. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

*Meyes (Fokke Eelco Posthumus)*, De gemiddelde corticale reactie op somatosensibele prikkels. Een klinisch-neurofysiologische studie [With an Engl. summary.] Assen: Van Gorcum 1969. - 8°. 112 p. Met ill.

Titel ook i.h. Eng.: The average cortical response to somatosensory stimuli. A clinical neurophysiological study.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Nanda (Ravindra)*, The normal palate and induced cleft palate in rat embryos. An „in vivo”, „in vitro” and autoradiographic study on embryological development. Nijmegen: Janssen 1969. - 8°. 120 p. Met ill.

Proefschrift (med.) Nijmegen.

*Nielsen (Hans Karl Lindholm)*, Bijdrage tot de kennis van de exogene osteomyelitis der lange pijpbeenderen. Z. pl. 1969. - 8°. 192 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Le Nobel (Cornelis Pieter Johan)*, Maternity care in a Zambian district. [Met samenv. i.h. Nederl.] Amsterdam: Jacob van Campen 1969. - 8°. 132 p. Met ill. en krt.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Nollet (Andreas Johannes Hendricus)*, Niet-klassieke nucleotidenanaloga. De synthese van (N<sub>1</sub>-pyrimidiny)- en (N<sub>9</sub>-puriny)-  $\alpha$  - aminosuren. [With an Engl. summary.] Z. pl. [1969]. - 8°. 118 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Oeseburg (Berend)*, Registratie van ascorbinaatverduunningscurven en van veranderingen in Po<sub>2</sub> en bloedstroomsnelheid met onbedekte gepolariseerde Pt-elektrodes. [With an Engl. summary.] Assen: Van Gorcum [1969]. - 8°. 142 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Groningen.

Titel ook i.h. Eng.: Recording of ascorbate dilution curves and variations in Po<sub>2</sub> and blood flow velocity using uncovered polarographic Pt-electrodes.

*Oomen (Andries Pieter)*, Studies on onchocerciasis and elephantiasis in Ethiopia. [Met samenv. i.h. Nederl.] Haarlem: Bohn 1969. - 8°. 115 p. Met ill. en krt.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Oud (Johanna Alida Christiana)*, Het strooien van *Staphylococcus aureus* in het algemeen en op operatiekamers in het bijzonder. [With an Engl. summary.] Amsterdam: Peco 1969. - 8°. 114 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Peeters (Frans Louis Marie)*, Het vertebraal angiogram bij intracraniele tumoren. [With an Engl. summary.] Nijmegen 1969. - 8°. 166 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Pollmann (Maarten Joris Maria)*, Totaalsynthese van enige 6, 7-diaza steroïden uit dienaminen. [With an Engl. summary.] Z. pl. [1969]. - 8°. 70 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Putten (Willem Johannes van)*, Atresia ani et recti. [With an Engl. summary.] Z. pl. [1969]. - 8°. 82 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam. Nederl. tekst.

*Raemakers (Christianus Leonardus)*, Afwijkingen in de fundus oculi bij mannen tussen 42 en 62 jaar in verband met leeftijd, bloeddruk en cardiovasculaire afwijkingen. [With an Engl. summary.] Rotterdam: Bronder-Offset 1969. - 8°. 108 p.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

*Reinking (Johan Willem)*, Onderarmfracturen bij kinderen. [With an Engl. summary.] Z. pl. 1968. - 8°. 119 p.

Proefschrift (Med.) Groningen.

*Ridderstap (Alberto Simplicio)*, Mechanisms involved in exocrine pancreatic secretion. [Met samenv. i.h. Nederl.] Nijmegen: Centrale Drukkerij 1969. - 8°. 119 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

*Riet (Henricus Georgius van)*, De vetmobilisatie bij adipuze patiënten tijdens vasten. (With a summary in Engl.) Rotterdam 1969. - 8°. 119 p.

Proefschrift (Med.) Utrecht.

Titel ook i.h. Eng.: Fat mobilisation in obese patients during fasting.

*Roelen (Anton Dirk)*, Hypotone duodenografie. (With a summary in Engl.) Asten (N.-Br.): Schriks 1969. - 8°. 211 p. Met ill.

Titel ook i.h. Eng.: Hypotonic duodenography.

Proefschrift (Med.) Utrecht.

*Roozmond (Robert Cornelis)*, Fosfolipiden in de hypothalamus van de rat. Biochemische en histochemische onderzoeken in verband met Baker's zure hemateïne-kleuring. [With an Engl. summary.] Amsterdam: Van Soest 1969. - 8°. 145 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Russchen (Cornelis Jacob)*, Een methode voor kwantitatieve bepaling van immuunglobulinen met enkele klinische toepassingen. (With a summary in Engl.) Groningen: Jan Haan 1969. - 8°. 189 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Groningen.

Titel ook i.h. Eng.: A method for quantitative determination of immunoglobulins with some clinical applications.

*Ruys (Jan Hendrik)* [\*1926], Groei bij vitamine D-resistente rachitis [With an Engl. summary.] Rotterdam: Bronder-Offset 1969. - 8°. 206 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Leiden.

Titel ook i.h. Eng.: Growth in vitamine D-resistant rickets.

*Salomé (Abraham Jacobus)* [\*1931], Een craniologisch onderzoek van de oude bevolking van Valkenburg-Z.H. (With a summary.) Leiden: Spruyt, Van Mantgem en De Does [1969]. - 8°. 120 p. Met ill. en krt.

Proefschrift (Med.) Leiden.

Titel ook i.h. Eng.: A craniological investigation of the old population of Valkenburg-Z.H., the Netherlands.

*Sengers (Wijnandus Johannes)* [\*1927], Homoseksualiteit als klacht. Een psychiatrische studie. With an summary in Engl., French and German. Bussum: Paul Brand [1969]. - 8°. 455 p.

Proefschrift (Med.) Utrecht.

Titel ook i.h. Eng.: Homosexuality as a complaint. A psychiatric study.

*Seventer (Huibert Arius van)*, The disappearance of malaria in the Netherlands. [Met samenv. i.h. Nederl.] N. pl. 1969 - 8°. 86 p. Met ill. en krt.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Siebbeles (Herbert Wouter Rutger)*, Onderzoek naar de bronnen van de postoperatieve wondinfecties met *Staphylococcus aureus*. [With an Engl. summary.] Amsterdam 1968. - 8°. 187 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Skolnik (Sándor)*, Synthese van enkele zijketenanaloga van vitamine A. [With an Engl. summary.] Z. pl.: S.O.L. Offset 1966. - 8°. 81 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Sluis (Isaac van der)*, The treponematoses of Tahiti. Its origin and evolution. A study of the sources. [Avec un résumé en franc. Amsterdam: Peco 1969. - 8°. 178 p.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Spek (Arnout van der)*, De tomografische lokaliserende en de lineaire tomografie van de ductus hepatocholedochus. Een röntgen-anatomisch onderzoek. [With an Engl. summary.] Groningen: Van Denderen 1969. - 8°. 164 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Vrije Univ. Amsterdam.

*Stork (Johan)*, Kritisch onderzoek naar de waarde van de bepaling van antidiuretisch hormoon in bloed. [With an Engl. summary.] Amsterdam: Koersen 1969. - 8°. 90 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Stumphius (Jan)*, Asbest in een bedrijfsbevolking. Een onderzoek naar het voorkomen van asbestlichaampjes en mesotheliomen op een scheepswerf en machinefabriek. [With an Engl. summary.] Assen: Van Gorcum [1969]. - 8°. 280 p. Met ill. en krt.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Stutterheim (Jan)*, De betekenis van de ascorbinaat-verdunningsmethodes voor de opsporing en kwantitatieve bepaling van shunts bij kinderen met hartgebreken. [With an Engl. summary.] Assen: Van Gorcum [1969]. - 8°. 112 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Groningen.

Titel ook i.h. Eng.: The evaluation of ascorbate dilution as a method for the detection and quantitative determination of circulatory shunts in children with cardiac malformations.

*Tas (Carl van der)*, De arterioveneuze misvorming van de hersenen. Een bewerking van 93 gevallen uit het St. Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg. [With an Engl. summary.] Tilburg: Henri Bergmans 1969. - 8°. 266 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Timmers (Jacob)*, Cardiorespiratoire bevindingen bij een groep mannelijke werknemers. [With an Engl. summary.] Groningen: Wolters-Noordhoff 1969. - 8°. 209 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Tonino (Franciscus Joannes Maria)*, Bejaarden thuis. Een sociaal-geneeskundig onderzoek van 400 bejaarden te Breda. [With an Engl. summary.] 2 dln. Breda: Van de Wijngaard [1969]. - 8°.

[I. Tekst.] II. Tabellen.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

*Trip (Joan Antonius Joseph)*, Ceruloplasmine. Een klinisch en experimenteel onderzoek naar oorsprong, voorkomen en eigenschappen van fracties. [With an Engl. summary.] Groningen: Wolters-Noordhoff 1968. - 4°. 115 p. Met ill.

Titel ook i.h. Eng.: Ceruloplasmin. Clinical and experimental investigations on origin, presence and behaviour of fractions.

Proefschrift (Med.) Groningen.

*Ubachs (Johan Michiel Hubert)* [\*1932], Acridine-oranje-fluorescentie-microscopie in de cytodiagnostiek van het carcinoma cervicis uteri. (With a summary in Engl.) Asten: (N.-Br.): Schriks 1969. - 8°. 127 p.

Proefschrift (Med.) Utrecht.

Titel ook i.h. Eng.: Acridine orange fluorescence microscopy in the cytodiagnosis of carcinoma of the uterine cervix.

Met 1 bijl.: Afbeeldingen.

*Veenhof (Valentin Bernardus)*, The development of sta-toconia in mice. [Met samenv. i.h. Nederl.] Amsterdam

etc.: Noord-Hollandsche Uitg. Mij. 1969. - 4°. 49 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Viersma (Jan Willem)*, Hartfrequentie en impulsgeleiding in het atrium. Een electrofysiologisch onderzoek naar invloeden op de geleiding in het konijnatrium. [With an Engl. summary.] Amsterdam: Cloeck en Moedigh 1969. - 8°. 148 p. Met ill.

Titel ook i.h. Eng.: Heart rate and impulse conduction in the atrium.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

Met 1 losse bijl.: A translation into English of the legends belonging to the figures.

*Vinuesa Rojas (Miguel Oswaldo)*, Blood volume and haemorrhagic shock. Treatment during the refractory period. [Con resumen en español.] Nijmegen: Van Marmeren 1969. - 8°. 88 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

*Vogel (Gerrit Philippus)*, Over peiling van de behoefte aan ziekenhuisaccommodatie in Nederland. Een pleidooi. [With a discussion and a summary in Engl.] Amsterdam: Johan Breukels 1969. - 8°. 163 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

*Waard (Eduard Rudolp de)*, Totaalsynthese van „bridgehead” azasteroiden. [With an Engl. summary.] Amsterdam 1967. - 8°. 91 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Wal (Gouke van der)*, Sythese van enkele retinol-analoga met behulp van gesubstitueerde crotonesterfosfonaten. [With an Engl. summary.] Rotterdam: Bronder-Offset 1969. - 8°. 70 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Westra (Johannes Gerardus)*, Totaalsynthese van enige 6-thiaestrogenen. [With an Engl. summary.] Amsterdam: Joko [1969]. - 8°. 83 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Yokota (Toshikatsu)*, Pyramidal control of fusimotor neurons in cat. [Met samenv. i.h. Nederl.] Amsterdam 1969. - 8°. 135 p. Met ill.

Proefschrift (Med.) Amsterdam.

*Zeijlemaker (Willem Pieter)*, Succinaathydrogenase. Eigenschappen en reactiemechanisme. [With an Engl. summary.] Amsterdam: Mondeel-Offsetdrukkerij 1969. - 8°. 126 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Zunnebeld (Wilhelmus Antonius)*, Totaalsynthese van 13- en 14-aza-steroiden. [With an Engl. summary.] Haarlem: Swart 1969. - 8°. 93 p. Met ill.

Proefschrift (W. en N.) Amsterdam.

*Zwanikken (Gosewijn Jan)*, Psychische stoornissen in relatie tot vormafwijkingen in de atlanto-occipitale en hersenstamstreek. (With a summary in Engl., French and German.) Asten (N.Br.) 1968. - 8°. 163 p. Met ill.

Titel ook i.h. Eng.: Psychological disturbances in relation to malformations in the atlanto-occipital and brainstemregion.

Proefschrift (Med.) Nijmegen.

Alle boeken en dissertaties kunnen worden geleend. Onze bibliotheek is als bruikleen opgenomen in de Universiteitsbibliotheek van Amsterdam. Aanvragen voor uitleening te richten tot het: Uitleenbureau van de Universiteitsbibliotheek, Singel 425, Amsterdam.

## Nieuwe inschrijvingen

De Specialisten Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in de periode van 1 juli 1970 tot en met 30 september 1970 de navolgende specialisten ingeschreven:

### Anaesthesie

- Mevr. A. van Asselt-de Winde, Frans Halslaan 36, Oegstgeest, *per 1 mei 1970*;  
 Mej. K. N. Djie, Oudensingel 112, Leiden, *per 1 september 1970*;  
 B. Dvoracek, Louis Couperusplaats 79, Capelle aan de IJssel, *per 5 juni 1970*;  
 H. Eppens, Nassaulaan 41, Alkmaar, *per 1 augustus 1970*;  
 Mej. M. G. van der Eyden, Vossenlaan 448, Nijmegen, *per 1 april 1970*;  
 G. E. A. E. de Gier, Steenstraat 28, Hulst, *per 1 juli 1970*;  
 B. J. Graatsma, Oude Kijk in 't Jatstraat 6, Groningen, *per 1 juli 1970*;  
 Mevr. P. T. A. Oudshoorn-van der Stap, Laan van Ouderzorg 133, Leiderdorp, *per 15 mei 1970*;  
 J. Remesal Fidalgo, Aubadestraat 158, Nijmegen, *per 4 juni 1970*;  
 A. de Roode, A. Paulownalaan 113, Zeist, *per 1 juli 1970*;  
 P. A. E. Scheck, Fazantstraat 18, Capelle a/d IJssel, *per 5 juni 1970*;  
 J. L. Sonnevile, St. Hubertuslaan 70, Driebergen/Rijsenburg, *per 15 juli 1970*;  
 G. A. Vermeer, Grote Markt 6, Groningen, *per 1 juli 1970*;  
 H. P. de Vries, Jupiterstraat 21, Groningen, *per 1 juli 1970*;  
 C. H. Vroom, Nassaukade 116-4, Amsterdam, *per 16 juni 1970*;  
 D. Zaric, Albert Cuypstraat 56, Ridderkerk, *per 11 augustus 1970*.

### Cardiologie

- H. L. L. Frank, Houtlaan 53, Leiden, *per 1 juli 1970*;  
 H. Köhne, Rotiusstraat 18, Hoorn, *per 1 september 1970*.  
**Chirurgie**  
 T. J. Bast, Veersedijk 209a, Hendrik Ido Ambacht, *per 15 november 1969*;  
 R. Bilski, Aldenhof 50-07, Nijmegen, *per 4 juni 1970*;  
 Th. A. Eversdijk Smulders, Pr. Marijkestraat 7, Zwijndrecht, *per 1 november 1969*;  
 Dr. G. Groot, Noodwachter 20, Zaandam, *per 1 juni 1970*;  
 L. P. de Laive, Park Arenberg 48, De Bilt, *per 1 juli 1970*;  
 J. R. Leo, Robijnlaan 21, Utrecht, *per 1 september 1970*;  
 J. H. M. Pernot, Christ. Kisselsstraat 14, Sittard, *per 1 september 1970*;  
 F. J. M. Verhulsdonck, Indigolaan 19, Tilburg, *per 1 juni 1970*.

### Dermatologie

- W. J. Koers, Jan van Scorelstraat 28 bis, Utrecht, *per 1 juli 1970*;

J. B. van der Meer, Ridderhoflaan 20, Vleuten, *per 1 september 1970*;

S. H. Oosterwal, Noordlaan 7, Bergen (N.H.), *per 1 september 1970*.

### Inwendige geneeskunde

- A. Bosma, Van Woudeweg 27, Woubrugge, *per 1 juni 1970*;  
 W. P. J. Botman, Kon. Emmastraat 14, Bunnik, *per 1 september 1970*;  
 Dr. J. H. E. Custers, Guido Gezellehof 8, Vught, *per 1 augustus 1970*.  
 F. W. J. Gribnau, Etudestraat 13, Nijmegen, *per 1 juli 1970*;  
 Mevr. C. A. Hartgrink-Groeneveld, Irislaan 131, Oegstgeest, *per 1 mei 1970*;  
 A. A. Huith, Brahmslaan 269, Leiden, *per 1 april 1970*;  
 H. H. Kamerbeek, Zuilenstraat 14, Utrecht, *per 1 mei 1970*;  
 J. Lourens, Broederschaplaan 24, Vleuten, *per 1 augustus 1970*;  
 F. A. Th. W. B. H. Lustermans, Bolkruid 2, Rotterdam, *per 1 mei 1970*;  
 P. Pop, Jekerschans 59, Maastricht, *per 1 augustus 1970*;  
 Mej. J. Rierink, Fichtestraat 114, Rotterdam, *per 1 november 1969*;  
 R. G. W. L. Tiggeler, Rentmeesterlaan 28, Nijmegen, *per 1 mei 1970*;  
 Mej. M. C. A. van der Werf, Dr. J. Röntgenlaan 14, Bilthoven, *per 1 mei 1970*;  
 J. A. M. J. Wils, Czardasstraat 38, Nijmegen, *per 1 mei 1970*.

### Keel-, neus- en oorheelkunde

- W. Craandijk, Pr. Margrietweg 6, Houten, *per 1 augustus 1970*;  
 R. F. Engelen, Vondellaan 34, Ermelo, *per 15 augustus 1970*;  
 Dr. R. Goetmakers, Burg. Reigerstraat 84, Utrecht, *per 1 september 1970*;  
 R. O. Hazewinkel, Frans Halsstraat 5, Utrecht, *per 15 september 1970*;  
 A. R. Hitjahubessy, Dr. Lelylaan 32, Leiden, *per 1 juni 1970*;  
 Dr. C. J. van Saane, J. P. Heyestraat 128 II, Amsterdam, *per 1 juni 1970*.

### Kindergeneeskunde

- P. G. Barth, Groeneveen 108, Amsterdam-Bijlmermeer, *per 1 juni 1970*;  
 R. W. Griffioen, G. Terborgstraat 36 II, Amsterdam, *per 11 juli 1970*;  
 P. H. L. A. M. Jongbloet, Maria Roepaanstraat 4, Ottersum, *per 16 september 1970*;  
 J. W. Mettau, Jacob Catslaan 15, Capelle a/d IJssel, *per 1 februari 1970*;  
 A. J. M. G. Moolaert, Hartelstein 8, Leiderdorp, *per 1 augustus 1970*;  
 C. van Steijnen, Bloemendaalseweg 293, Overveen, *per 15 juli 1969*;  
 Mevr. A. F. F. Tampinongkol-Manusama, Dronestraat 111, Bodegraven, *per 23 april 1970*;  
 A. R. van Weissenbruch, Mozartlaan 51, Voorschoten, *per 1 juli 1970*.

### Laboratoriumonderzoek

- Dr. S. Gratama, Merelhoven 126, Capelle aan de IJssel,

*per 1 augustus 1970* (Hoofdvak: Pathologische Anatomie).  
*Longziekten en tuberculose*

Mevr. M. Jancik-Mak, Meidoornlaan 13, Glimmen, *per 16 juni 1970*;

G. R. T'Jonck, Brabantlaan 28, Breda, *per 29 mei 1970*;

Mej. M. M. Pijper, Tolsteegsingel 6, Utrecht, *per 1 september 1970*.

#### *Neurochirurgie*

L. M. Vencken, Frankenlaan 137, Tilburg, *per 16 mei 1970*.

#### *Oogheekunde*

L. A. K. Bastiaensen, Mazurkastraat 10, Nijmegen, *per 1 september 1970*;

L. J. Blanksma, Peizerweg 68-55, Groningen, *per 1 juni 1970*;

S. W. Hartstra, Gravenstraat 21, Voorst, *per 1 augustus 1970*;

S. I. Kwee, Polarisweg 6, Delfzijl, *per 1 juli 1970*;

P. A. W. Lindenburg, Pr. Marielaan 4, Amersfoort, *per 1 september 1970*.

#### *Orthopaedie*

I. J. Hololtcheff, Apollolaan 62, Amsterdam, *per 1 juli 1970*;

A. C. M. Koot, Tangostraat 26, Nijmegen, *per 1 augustus 1970*;

A. A. J. S. Mey, Bergstraat 61, Sweijkuizen (Schinnen), *per 1 mei 1970*;

J. F. W. Roeffen, Sterappelstraat 5, Eindhoven, *per 1 augustus 1970*.

#### *Plastische chirurgie*

Mej. H. Bootsman, Louis Couperusplaats 207, Capelle aan de IJssel, *per 1 juni 1970* (Hiermede komt de inschrijving voor het specialisme Chirurgie d.d. 15.7.1967 te vervallen);

Dr. A. Molenaar, Loospad 5, Arnhem, *per 1 juli 1970*.

#### *Radiologie*

A. J. van Leeuwen, Merellaan 307, Capelle aan de IJssel, *per 1 juli 1970*;

A. P. F. Smith, Schaepmanlaan 3, Groningen, *per 1 juli 1970*;

A. H. Tierie, D. van Troostwijkstraat 46, Abcoude, *per 15 augustus 1970*.

#### *Revalidatie*

J. W. van Hees, Groningerweg 14, Paterswolde, *per 1 september 1970*;

C. Heyboer, Elzenlaan 26, Hilversum, *per 1 juli 1970*;

Mej. A. Th. Lindeman, Wichard van Pontlaan 103, Arnhem, *per 1 augustus 1970*;

R. A. J. Rijken, Burg. Rothestraat 46, Wijk aan Zee, *per 1 augustus 1970*.

#### *Rheumatologie*

F. de Jong, Seisweg 209, Middelburg, *per 1 juli 1970*.

#### *Urologie*

W. J. van Best, Glazcenowlaan 4, Rotterdam, *per 1 juli 1970* (Hiermede komt de inschrijving voor het specialisme Chirurgie d.d. 1 juni 1968 te vervallen);

B. L. R. A. Coolsaet, Oisterwijkseweg 75, Moergestel, *per 1 september 1970*;

J. J. W. van Haga, Hengelolaan 896, 's-Gravenhage, *per 1 juni 1970*;

Mej. C. J. Lorch, Juliana van Stolberglaan 127, 's-Gra-

venhage, *per 10 augustus 1970* (Hiermede komt de inschrijving voor het specialisme Chirurgie d.d. 1 september 1965 te vervallen).

#### *Verloskunde en gynaecologie*

J. Dvorak, Hofgeest 158, Amsterdam, *per 15 september 1970*;

Mej. G. Ferwerda, Teniersstraat 5, Amsterdam, *per 1 juni 1970*;

P. F. Wiesenhaan, Frans Lisztlaan 8, Heemstede, *per 15 juni 1970*.

#### *Zenuw- en zielsziekten*

G. R. van den Berg, Lomanstraat 89hs, Amsterdam, *per 1 juli 1970*;

R. T. Eiselin, Oosteinde 15, Broek in Waterland, *per 1 mei 1970*;

G. H. Gouw, Jisperveldstraat 123, Amsterdam, *per 1 april 1970*;

W. R. W. Hommes, Anna van Burenlaan 14, Haarlem, *per 1 juli 1970*;

R. A. Hoogland, Wittevrouwensingel 11, Utrecht, *per 1 mei 1970*;

F. A. Jongebloed, Ranonkelstraat 4, Groningen, *per 1 juli 1970*;

F. E. R. E. R. de Jonghe, Burg. Hogguerstraat 925, Amsterdam, *per 19 mei 1970*;

R. de Man, Zweerslaan 22, Bilthoven, *per 1 juli 1970*;

R. E. Offerhaus, Ursulaland 129, 's-Gravenhage, *per 1 juli 1970*;

Mevr. L. E. E. Orthlieb-Durnez, Kornalijnhorst 94, 's-Gravenhage, *per 29 april 1970*;

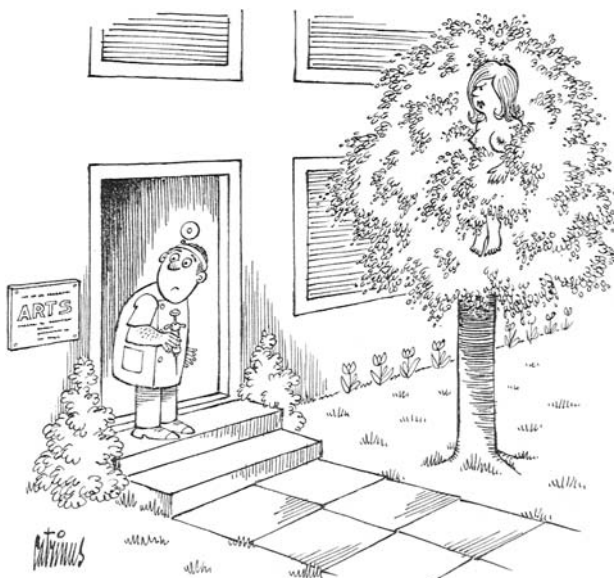
K. F. van Riet, Potgieterlaan 10, Haren (Gr.), *per 1 februari 1970*;

Mej. C. Visser, Geulstraat 3hs, Amsterdam, *per 1 april 1970*.

#### *Aantekening electroencephalographie*

R. A. Hoogland, Wittevrouwensingel 11, Utrecht, *per 1 mei 1970*;

A. Zonneveldt, Nachtegalenlaan 2, Voorhout, *per 1 augustus 1970*.



## Nieuwe inschrijvingen

De Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft de volgende artsen ingeschreven in het register van erkende sociaal-geneeskundigen.

### tak Verzekeringsgeneeskunde

Dr. H. A. de Boer te Leidschendam, *per 24 augustus 1970* (met ingang van bovengenoemde datum komt de inschrijving voor de tak Algemene Gezondheidszorg te vervallen);

A. Scheurkogel te Voorburg, *per 24 augustus 1970* (met ingang van bovengenoemde datum komt de inschrijving voor de tak Algemene Gezondheidszorg te vervallen);

C. Goedhart te Arnhem, *per 24 augustus 1970* (met ingang van bovengenoemde datum komt de inschrijving voor de tak Algemene Gezondheidszorg te vervallen);

A. H. Gentis te 's-Gravenhage, *per 24 augustus 1970*;

P. Hulsman te Rotterdam, *per 24 augustus 1970*;

J. N. M. Tromp te Hoevelaken, *per 24 augustus 1970*;

L. Wijnberg te Bergen (N.H.), *per 24 augustus 1970*;

### tak Algemene gezondheidszorg

Dr. F. Sturman te Druten, *per 23 mei 1970*;

C. F. Vreede te Rosmalen, *per 1 juli 1970*;

M. A. J. M. van Bakel te Ulvenhout, *per 20 augustus 1970*;

Dr. J. W. F. M. Stoop te Meerssen, *per 24 augustus 1970*;

L. H. M. van Lanschot te Nijmegen, *per 24 augustus 1970* (met ingang van bovengenoemde datum komt de inschrijving voor de tak Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde te vervallen).

### tak Jeugdgezondheidszorg

Mevr. T. N. van Overhagen-Han te Oegstgeest, *per 1 april 1970*;

C. Bieshaar te Kampen, *per 1 november 1970*.

Utrecht, 25 november 1970

## MC | UIT DE AFDELINGEN

### Slingeland

#### F. Th. ter Haar, erelid

De ledenvergadering van de afdeling „Slingeland”, heeft collega F. Th. ter Haar uit Winterswijk benoemd tot erelid van deze afdeling. Collega Ter Haar is mede-oprichter geweest van de afdeling „Slingeland”. Hij heeft vanaf de oprichting het werk in de afdeling steeds met grote belangstelling gevolgd en gestimuleerd. De afdeling heeft daarom gemeend collega Ter Haar het ere-lidmaatschap van de afdeling als dank voor deze activiteiten te mogen aanbieden.

Lichtenvoorde, 28 november 1970

W. Th. F. Seignette, secretaris

### Nieuwe leden:

Mej. A. J. Arbouw, Mauritslaan 44, Rijswijk Z.H.

Dr. A. J. J. Beerens, Hazelaar 112, Geldrop.

A. J. Blocks, Hogerhorst 71, Ede.

J. K. Boeijsing, Kiekegaardstraat 51, Amstelveen.

M. Brouwer, Plesmanlaan 8, Amsterdam.

Mevr. L. Brouwer-Weijel, Boomkamp 10 A, Rijssen.

J. K. Cherpanath, Hofgeest 116, Amsterdam.

W. L. M. Claessens, 1e Lieven de Keylaan 34, Eindhoven.

A. A. J. M. V. Daenekindt, Poirterslaan 19, Eindhoven.

R. van Dalen, Kraayveld 21, Badhoevedorp.

J. Dijkema, Witte Singel 4, Leiden.

P. L. Dyrbye, Fideliolaan 134, Amstelveen.

A. Ebbink, Soestdijkerstraatweg 131, Hilversum.

J. L. Emanuel, Burg. Velthuysenlaan 157, Leidschendam.

E. van Engelenburg, Vechtstraat 161<sup>11</sup>, Amsterdam-Zuid.

T. T. J. Eradus, Kromme Spieringweg 431, Vijfhuizen.

Dr. T. E. W. Feltkamp, Colenbranderhof 24, Amsterdam-W.

A. H. M. Feuth, van Neckstraat 49, Den Haag.

T. K. Goei, Escamplaan 548, Den Haag.

P. Graaff, Engelandlaan 371, Haarlem.

Mej. M. J. Th. Hiltermann, Witte Singel 94, Leiden.

J. M. Houbolt, Zuidwal 83, Den Haag.

R. G. van Kesteren, Tournoyveld 59, Woerden.

H. Ketelaar, Duinoordstraat 35, Haarlem.

P. van Kogelenberg, Anna Aalmoeshuifhof 1, Leiden.

K. Koopmans, De Gasperiflat 9, Uithoorn.

F. B. M. Kuis, Cuneraweg 425, Rhenen.

M. W. Kunst, Middelstegracht 20, Leiden.

Mevr. D. Lambooy-van Laar, Le Sage ten Broeklaan 61, Eindhoven.

P. J. E. v.d. Linde, Souburghlaan 15, Waddinxveen.

P. J. Luyendijk, Keizer Frederikstraat 93, Deventer.

Dr. J. Masereeuw, Bleriotlaan 4, Amstelveen.

P. Mennink, Joh. Poststraat 64, Gouda.

F. X. P. A. Movig, Amsteldijk Nrd. 55, Amstelveen.

A. Nieman, Warfstraat 14, Winsum.

J. L. T. Oomen, Da Costalaan 35<sup>1</sup>, Amstelveen.

A. C. M. de Sain, Kroostweg 66, Zeist.

G. B. Schmidt, Hoseph Haydnlaan 40, Leiden.

J. H. J. Smeets, Schoolstraat 30, Helden-Panningen.

Dr. K. Styblo, Ursulaland 105, Den Haag.

W. J. Thijn, P. O. Box 20, Harbel, Liberia.

Mej. Z. Timmerman, Van Heutszsingel 100, Coevorden.

Dr. H. H. Veder, Scheveningseweg 1, Den Haag.

L. Verschoor, Morgenster 10, Barendrecht.

A. H. Vlietstra, Albert Reyndersstr. B 21, Nwe Pekela.

F. Vunderink, Dorpsstraat 83, Winkel.

H. K. van Walbeek, Benedenlang 55, Amsterdam.

M. J. Wansink, Vogelkerslaan 36, Amstelveen.

Mevr. A. F. Welscher-Drent, 48 Bielefeld, Virchowstr. 8, Duitsland.

J. H. Wolterbeek, St. Kruislaan 8, Vlissingen.

### Overleden:

H. A. W. Bamberger, Eindhoveneweg 129, Geldrop.

J. Boiten, Frans Bekkerstraat 36, Rotterdam.

C. van Elk, Dennenlaan 43, Hoogerheide.

J. L. H. A. Hollman, St. Servaasklooster 26, Maastricht.

B. L. Mutgeert, Kon. Julianaweg 69, Oranjewoud.

B. J. van Stapele, Oostergoostraat 42, Grouw (Fr.)

T. E. Wiersema, Zuidwending 245, Veendam.



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

#### NOGMAALS DE SOFT DRUGS

In antwoord op het door collega Edde gestelde (M.C. nr. 50/1970, blz. 1369):

Mijn uitgangspunten waren vooral sociologisch en politiek. In het gangbare spraakgebruik wordt onder drugs méér verstaan dan „geneesmiddelen”. Diverse woordenboeken geven als eerste betekenis aan: „werkzaam ingrediënt of basisstof voor geneesmiddel”. In een drugstore krijg je ook sigaretten etc. Vergelijk ook Van Peype's terminologische beschouwing in „Drugs in Nederland”, Brand, Bussum 1970.

Onze medische machts- en monopoliepositie is beperkt: wij maken bijvoorbeeld niet uit, of er genoeg genotmiddelen op de markt zijn.

Het verslavingspercentage van 3% is eigenlijk te hoog gesteld. Verslaving is dan nog slechts afhankelijkheid en geen tolerantie, in tegenstelling tot bij alcohol (vergelijk „Wat heet Drugs”). Cannabis-psychozen zijn zeldzaam. De frequentie van het gebruik hier werd in 1969 geschat op 20.000 à 30.000 (Van Peype op. cit.), maar nu al op 1 op 10 van de scholieren. Dit ondanks, of juist door de harde lijn. Tekort op de markt aan haschisch door vervolgingen en in beslag nemingen en het juridisch op één hoop gooien van zeer gevaarlijke samen met bijna ongevaarlijke middelen, veroorzaakt wellicht een toename van het gebruik van de gevaarlijker (is: harde) middelen. De artsengroeperingen die de harde lijn steunen, schaden mijns inziens de volksgezondheid door hun hardheid of onkunde. Zij zouden beter naar de menswetenschappers kunnen luisteren. Een haschischgebruiker dient dezelfde rechten en plichten te hebben als een alcoholconsument, ook wat betreft de garantie van kwaliteit van zijn produkt. De wet is er niet om ons een bepaald gedrag voor te schrijven, maar om uitwassen te helpen voorkomen. Dit geldt dan voor de zogenaamde democratische structuren, niet voor totalitaire. Een argument voor de harde lijn kan niet zijn het in het N.T.v.G. van 14 november j.l. op bladzijde 1936 vermelde ongunstige genetische effect. Dit betekent wel, dat zwangere vrouwen haschisch moeten vermijden, zoals zo veel middelen. U weet trouwens, dat 2-4-5T nog steeds niet is verboden, maar dat is dan ook van Organon.

Drugstores voor soft drugs zouden uitkomst kunnen bieden. Daar zijn geen sociologische bezwaren tegen en de betere juristen onder ons aarzelen slechts nog over de vorm van legalisering. De harde lijn is sociologisch gezien evenzeer een uitwas als het gebruik van soft drugs, waarschijnlijk erger. Een hard beleid werkt op zichzelf als een kwalijk psychotroop agens, en niet alleen op gebruikers.

Beverwijk, 28 november 1970,

J. H. van Meurs, zenuwarts

#### DALKONSCHILD EN ABORTUS PROVOCATUS

Naar aanleiding van de informatie van collega Haspels onder de titel „Dalkonschildje en abortus provocatus” in Medisch Contact nr. 48/1970, blz. 1287, zou ik gaarne de volgende aanvullingen willen geven.

Het is voor ieder weldenkend mens duidelijk, dat de orale anticonceptie voor de fertiele vrouw niet de ideale oplossing is, hoe nauwkeurig de dosering thans ook is uitgezocht. De Lippes lus is, wat de veiligheid en vooral de bijwerkingen betreft, geen optimaal alternatief; Haspels stelde zelf ook al, dat zolang het ideale contraceptivum niet is gevonden, elke aanvulling van het arsenaal welkom is. Het is dan ook teleurstellend dat adviseurs, die geacht worden de toon aan te geven, geheel geen aandacht hebben geschonken aan de publicaties van Davis (1970). Er is door hen geen enkele poging gedaan het Dalkonschildje in Nederland te introduceren, in tegenstelling tot bijvoorbeeld het door Haspels geïntroduceerde depotgestageen, waarvan een ieder de vervelende bijwerkingen kent. Het feit, dat volgens Davis' ervaring met het Dalkonschildje het zwangerschapscijfer laag is en de opgegeven bijwerkingen zeer gering, heeft ons er toe gebracht het introductie-initiatief dan maar te nemen: als een initiatief voor het nemen van een medische maatregel louter afhankelijk moet zijn van eigen ervaringen, dan zou geen eigentijdse methode in algemene zin mogelijk zijn.

Haspels gaf in zijn tabel zwangerschapscijfers over 5.404 vrouwenmaanden, waarin helaas geen onderverdeling werd gemaakt in de gebruikte aantallen van de verschillende soorten Lippes lus. Hiertegenover zou ik mijn — mij door Haspels niet toegedachte — ervaringen willen stellen. Deze cijfers betreffen alléén de Lippes lus D.

*Zwangerschapscijfer I.U.D.  
(11.951 vrouwenmaanden):*

Lippes lus D

2,4%

Het is misschien interessant, deze ervaringen te vergelijken met de gegevens van de World Population Council (1968). Deze gegevens, welke 240.000 vrouwenmaanden omvatten, geven een zwangerschapscijfer van de Lippes lus van 2,6-3,6% te zien. Ter completering van de informatie lijken mij de vergelijkende zwangerschapscijfers van de „Food and Drug Administration Advising Committee on Obstetrics” van belang.

Gecombineerde anticonceptiepil	0,7%
Dalkonschild (Davis)	1,1%
Sequentiepil	1,4%
Lippes lus	2,7%
Dubbele spiraal	2,8%

In bovenstaande tabel valt het Dalkonschildje bijzonder gunstig op. Het lage zwangerschapscijfer voor de Lippes lus D, opgegeven door Haspels, is wellicht toe te schrijven aan zijn geringe aantal vrouwenmaanden, temeer daar in zijn tabel geen differentiatie van de gebruikte aantallen is aangebracht. Statistisch is hier geen discussie over mogelijk.

Haspels' opmerking over het niet openlijk voorstaan van de abortus provocatus op sociale indicatie is volledig misplaatst: het kan hem beslist niet ontgaan zijn, dat ik daar een uitgesproken voorstander van ben. Ik meen, dat de medicus zich niet mag onttrekken aan zijn morele verantwoordelijkheid van een ongewenste zwangerschap wanneer deze optreedt na het inbrengen van het intra-uteriene contraceptivum; deze opvatting bepaalt mijn gedragslijn in de praktijk.

Haarlem, 1 december 1970

W. A. A. van Os

#### Literatuur

Astwood, E. B. (1968) Clinical endocrinology II.

Davis, H. J. (1970) Am. J. Obstet. Gynaec. 146, 455. The shield intra uterine device.

Haspels, A. A. (1970) Medisch Contact 48, 1287. Dalkonschildje en abortus provocatus.

#### Onderschrift Prof. Haspels:

In het artikel „Geboortenregeling door i.u.d. in Nederland en in ontwikkelingslanden” van 1969, dat ik ruim een maand geleden nog eens aan collega Van Os toezond, staat wel degelijk een onderverdeling in gebruikte aantallen van de verschillende Lippes lussen; daaruit blijkt dat 67% van het type D was. De uitgebreide beschouwing van collega Van Os hierover is daarmee onkracht. Wij zijn het overigens eens over het feit, dat het Dalkonschildje een waardevolle aanvulling van ons arsenaal kan zijn en daarom terecht door meerdere artsen sinds de

recente publicatie van Davis wordt gebruikt. Ik handhaaf echter als bezwaren:

#### 1. Introductie.

1.1. De introductie van het Dalkonschildje via een damesweekblad. Het ware zeer wel mogelijk geweest het artikel van Davis op korte termijn in het Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde te refereren.

1.2. Een introductie, die zich tegelijkertijd afzet tegen meer betrouwbare methoden. Nu Van Os toch de depotgestagenen ter sprake brengt: deze methode is niet door mij in Nederland geïntroduceerd. Dat was reeds lang te voren door de farmaceutische industrie gebeurd. Ik schreef een „Commentaar” op verzoek van de redactie van het Ned. Tijdschr. v. Geneesk. (1970). Defares en Van Os waren de farmaceutische industrie zelfs een maand voor, zodat zeker niet kan worden gesproken van te late introductie in Nederland door adviseurs die worden geacht de toon aan te geven, wie dat dan ook mogen zijn. Overigens: het zwangerschapscijfer van de depotgestagenen is 0,3.

#### 2. Abortus provocatus.

2.1. Dat Van Os zich voor 100% verantwoordelijk acht voor de zwangerschap die ontstaan is ondanks een i.u.d. in situ en daarbij bereid is als routine te aborteren, komt geheel voor zijn rekening.

2.2. De uitspraak van Van Os, een uitgesproken voorstander van abortus provocatus te zijn op sociale indicatie, is wel duidelijk maar geeft geen antwoord op de vraag, wat dan wel de biologische en medisch ethische gronden (?) zijn om een zwangerschap die ontstaat bij aanwezigheid van een i.u.d. af te breken.

#### Literatuur

Defares, J. G. en W. A. A. van Os (1970) Libelle no 45, 68. Ook zonder pil nu zekerheid.

Haspels, A. A. (1969) Keesings Medisch Arch. 1540, 8335. Geboortenregeling door i.u.d. in Nederland en in ontwikkelingslanden.

Haspels, A. A. (1970) Nederl. Tijdschr. v. Geneesk., 114, 61. Commentaar: Depotgestagenen voor contraceptie.

#### DISKUSSIE, KWALIFICATIE, EVALUATIE

In M.C. nr. 49 prijst de redactie (v.M.) het artikel van Van Praag als voorzichtigwetenschappelijk. Zij waarschuwt tegen betichtingen van weinig subtiel denken en van aanvallen van de dragers van de overtuiging in persoon. De eveneens door haar geciteerde uitspraak „dat de wetenschappelijke kennis etc. nog veel te ontoereikend is, om tot welke krasse uitspraak dan ook te komen” is van de

N.R.C.-journalist, niet van Van Praag (N.R.C. 5.11.70, bldz.7).

Het is nu aannemelijk, dat de redactie mijn stukje: „De harde lijn tegen de soft drugs” (M.C. nr. 45) voor ogen heeft gehad bij haar kritiek. Dat bevatte tenminste de termen „weinig subtiel denken” en „zwart-wit denkers”. Nu is kwalificatie een logische voorwaarde voor classificatie en evaluatie. De tegenstelling tussen zindelijk en emotioneel denken is voor de redactie een contradictoire of een exclusief alternatieve. Maar dat is dan een hypothese, die zonder nadere kwalificatie te bewijzen, noch te falsifiëren valt. Er is zelfs wat te zeggen voor een omgekeerde stelling: „Het is onwaarschijnlijk, dat het affect-arme, het simplificerende of dogmatische denken een probleem als dat van de soft drugs ooit tot een redelijke oplossing kan brengen”.

Van Praag zegt nu over de cannabisproducten: Het enige, waar zekerheid over bestaat, is dat het niet tot ernstige lichamelijke afhankelijkheid leidt. Maar hij vervolgt, dat verder slechts overwegend folkloristische en weinig wetenschappelijke gegevens beschikbaar zijn. En nu is het maar wat je folkloristisch noemt. Cohen, Van Peype en andere sociologen zouden bij het lezen van zo'n zin wel eens kunnen denken: „Weer zo'n krasse uitspraak van een medicus-technicus”. Misschien liggen de meeste kaarten inderdaad al op tafel, tenminste genoeg, om een spelletje mee te beginnen. En dat gebeurt ook al, getuige de op gang zijnde discussies, rapportages van commissies etc. Het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid gaf dezer dagen zijn november geneesmiddelen bulletin uit (nr. 16 - 23). Interessant is de op een na laatste alinea hiervan: „Door de verkrijgbaarstelling van psychotrope stoffen aan voorwaarden te verbinden, wordt aan de profylaxe van ondoordacht en onkritisch gebruik bijgedragen. Zulke voorwaarden zijn b.v. beperking van de verkrijgbaarheid tot apotheken, verkrijgbaarstelling uitsluitend op recept, en binding aan een bepaalde leeftijdsgrens.”

Zou staatssecretaris Kruisinga subtieler denken dan de redactie? Het Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid (nr. 11, 1970, bldz. 508) vermeldt: „... dat, nadat alle mogelijke informatie is verzameld en wetenschappelijk getoetst de laatste fasen in de formulering van wetgeving over regeringsbeleid zullen steunen op waarde-oordelen. Zelfs de verdeling van de gevolgen van drug gebruik in „gunstige” of „schadelijke” is een proces van evaluatie met betrekking tot subjectieve waarde-schalen.” We moeten van

de objectieve maar besluiteloze wetenschap ééns naar een beleid toe. Daarvoor zijn kwalificaties en evaluaties nodig. Het resultaat van deze moet dan het verdere onderzoek weer bepalen. Met de drugs lijken we in deze fase aangeland.

Diskwalificaties van discussianten als persoon is m.i. nog niet aan de orde geweest in M.C. Persoon en situatie vormen wel de context van een uitspraak. Zo'n uitspraak kan veelal beter beoordeeld worden in zijn context, dan in abstracto — ook wetenschappelijk gezien. Voelt iemand zich in zijn integriteit gekwetst, dan stapt hij buiten de wetenschap. Het is dan echter bovendien meer gebruikelijk en verhelderend, als hij in zo'n situatie voor zichzelf op komt, dan dat de redactie dat doet op de wijze als is geschied. Beverwijk, 6 december 1970

J. H. van Meurs, zenuwarts

#### LEVEN IN NOOD

Het artikel van J. H. van Meurs in M.C. nr. 47/1970, blz. 1277, over het boekje van collega Weijel: „De mensen hebben geen leven”, geeft mij een bittere smaak. Het lijkt beledigend en insinuerend. Immers, de opmerking „de schrijver van dit boek is psychiatrisch adviseur van de Gemeenschappelijke Medische Dienst te Amsterdam” doet niets ter zake. Op de voorpagina van het boekje staat vermeld: „een psychosociale studie door Dr. J. A. Weijel, psychiater te Amsterdam”, en niet: psychiatrisch adviseur G.M.D. Bovendien, dit boek is duidelijk geschreven voor de leek, hoe hoog of laag zijn I.Q. ook is. Men zou het populair-wetenschappelijk kunnen noemen maar dan in de goede zin van het het woord.

Persoonlijk heb ik dit boek met veel interesse gelezen. Het verheugde mij, eindelijk eens iets te vernemen over de „huis-, tuin- en keukenproblematiek van de gewone man”, waarmee ook de psychiater dagelijks wordt geconfronteerd (hoofdstuk 2 en 5), maar welke problematiek zeker niet minderwaard (ig) is dan die van de hoog begaafde neuroticus. Weijel heeft slechts beoogd, ons allen duidelijk te wijzen op het reële probleem van de welzijnsnood. Over de vele oorzaken hiervan kan men van mening verschillen. Hiervoor is verdere studie nodig, zoals Weijel trouwens zelf betoogt (blz. 130). Kortom, geen boek van een beterveter voor betweters, maar een boek van een sociaal geïnteresseerd psychiater voor allen over allen (zie inleiding).

Amstelveen, 9 december 1970

H. J. Funke, arts

Veiligheid eist begrip en samenwerking, is een van de voornaamste stelregels van de brochure „Veilig werken”, die in een tiental verschillende versies aan de man — in dit geval de buitenlandse werknemer — wordt gebracht. Al die boekjes bevatten een aantal in het Nederlands gestelde veiligheidsinstructies met daarnaast een vertaling in een van de volgende talen: Frans, Duits, Engels, Italiaans, Servo-Kroatisch, Grieks, Turks, Spaans, Portugees en Marokkaans. De Spaanse, Turkse en Servo-Kroatische uitgaven beleefden reeds een herdruk. De brochures zijn voor nog geen twee kwartjes per stuk te verkrijgen bij Het Veiligheidsinstituut, Hobbemastraat 22, Amsterdam, afdeling Verkoop, tel. 020-736414.



„De bestaande wetgeving op het gebied van de ziektekostenverzekeringen dient te worden vervangen door een volksverzekering, die dekking biedt tegen alle geneeskundige risico's, waaronder ook vallen semimurale en extramurale voorzieningen. Motivering: zo'n volksverzekering garandeert een billijker lastenverdeling; de huidige verschillen tussen particuliere- en fondspatiënten, die ontstaan zijn door de afzonderlijke verzekeringsvormen, worden opgeheven; de structuur van de verzekeringen tegen geneeskundige risico's wordt eenvoudiger. Zowel binnen het kader van deze wet als in meer algemene zin moet bijzondere aandacht worden besteed aan onder andere de preventieve bejaardenzorg. In afwachting van de totstandkoming van deze nieuwe volksverzekering dient de A.W.B.Z. te worden uitgebreid tot de semi- en extramurale zorg. Planning bij de totstandkoming en uitbreiding van inrichtingen voor medische zorg is noodzakelijk. Basis daarvoor moet zijn de toepassing van de snel in te voeren Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Ziekenfondsen moeten de mogelijkheid hebben eigen instellingen op het gebied van de volksgezondheid in stand te houden of alsnog op te richten”.

Aldus de paragraaf „Volksgezondheid” uit het concept actieprogram van de vakcentrales, zoals gepubliceerd in De Gids, 14-daags orgaan van het C.N.V., d.d. 25 november 1970. Verder uit de paragraaf „Sociale Verzekering”:

„Er moet een minimum dagloon worden ingevoerd in de Ziektewet. De minimum-uitkeringen ingevolge de werk-

nemersverzekeringen zullen tenminste gelijk moeten zijn aan het netto-minimumloon. De aanspraken op uitkering ingevolge de Ziektewet en de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering voor werknemers die direct of indirect betrokken zijn bij een werkstaking moeten volledig worden gewaarborgd. Dit is reeds het geval ten aanzien van de aanspraken op grond van de ziekenfondswet. Ook moeten werknemers die na afloop van een staking werkloos blijven ten gevolge van deze staking aanspraak krijgen op werkloosheidsuitkeringen. De duur van de bevallingsuitkering in de Ziektewet, die thans nog 6 weken bedraagt, dient te worden uitgebreid tot 10 weken”.



Over invaliditeit als gevolg van verkeersongevallen is nog veel te weinig wetenschappelijke studie gemaakt. In de concept-programma's van de grote politieke partijen komen de invaliden niet voor. Het aantal artsen dat de sociale wetten moet uitvoeren, is te klein. Aldus „Gamma”, een programma over wetenschap van de KRO-tv, zondagavond 6 december. Ons land telt ongeveer 1¼ miljoen lichamelijk of geestelijk gehandicapten. Het verkeer maakt dagelijks naar schatting enige tientallen mensen invalide. Rond de honderdduizend invaliden met een gezin moeten rondkomen van een uitkering van f125,— netto per week.



Sinds een drietal jaren functioneert in Amsterdam een nazorgdienst van de samenwerkende kruisverenigingen. Deze dienst, bemand door wijkverpleegsters en andere deskundige krachten, verleent hulp aan uit het ziekenhuis ontslagen patiënten. Die hulp wordt gegeven in overleg met de desbetreffende ziekenhuizen en in samenwerking met de huisartsen. Financiële medewerking is er van de kant van de ziekenfondsen. Kortgeleden kreeg het Instituut voor Toegepaste Sociologie te Nijmegen de opdracht, het effect te meten van het functioneren van deze vorm van dienstverlening; dit mede als basis voor het opzetten van nazorgdiensten elders. Het staatssecretariaat van Sociale Zaken en Volksgezondheid zal aan die evaluatie meewerken.



Amsterdam krijgt een sociaal-psy-

chiatrisch instituut, als onderdeel van het provinciaal ziekenhuis te Santpoort. Het nieuwe instituut, dat voor rekening komt van de provincie Noord-Holland, zal 100 à 120 bedden tellen. Gedeputeerde Staten, die op 8 december jl. bij Provinciale Staten een hiertoe strekkend plan hebben ingediend, zien hierin een eerste stap om te komen tot een oplossing van de problematiek inzake het opnemen van acute psychiatrische patiënten. De provincie heeft op dit moment twee psychiatrische inrichtingen; voor de behandeling en verpleging van acute patiënten zijn de huidige voorzieningen echter niet toereikend. Vooral Amsterdam en omgeving kampen met deze moeilijkheid. Op de eerste hulp-post van het Wilhelminagasthuis is de laatste jaren een noodsituatie ontstaan, in het bijzonder waar het de crisishulp betreft: in de vijftiger jaren kwamen er maandelijks 25-30 crisisgevallen, in de eerste negen maanden van 1969 waren dat er al 865, of gemiddeld 90-100 per maand.



De Jellinek-kliniek in Amsterdam mag van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid een wetenschappelijk medewerker aanstellen, wiens taak het onder meer zal zijn wegen aan te geven waarlangs de voorlichting aan druggebruikers zou kunnen plaatsvinden. De bewindsman acht het volgens een departementaal persbericht van belang, dat groepen die een deskundigheid en ervaring hebben verworven met het verlenen van hulp en begeleiding bij het gebruik van drugs, in de gelegenheid worden gesteld de studie en analyse van de verdere mogelijkheden van voorlichting ter hand te nemen. De techniek van die voorlichting zal met name worden aangepast aan de ervaringen met het druggebruik in 's lands hoofdstad met omgeving.



Op vragen van het Tweede Kameralid de heer Fiévez (K.V.P.) betreffende de vestiging van een streekziekenhuis in de oostelijke Achterhoek heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid geantwoord dat de besturen van de vier betrokken ziekenhuizen onlangs een commissie van deskundigen hebben benoemd, teneinde geadviseerd te worden omtrent de plaats van vestiging van één nieuw streekziekenhuis, dat zou moeten dienen ter vervanging van de vier bestaande kleine ziekenhuizen. Het is de

staatssecretaris niet bekend wanneer genoemde commissie haar eindrapport zal uitbrengen. Aangezien hem een concentratie van de ziekenhuisvoorzieningen in de Oost-Achterhoek van enig belang acht, is hij gaarne bereid om voor zover mogelijk een versnelling van de voorgestane ontwikkeling te bevorderen.

De staatssecretaris is van oordeel dat het verstandig is op dit moment geen uitbreiding der bedcapaciteit van één der ziekenhuizen in overweging te nemen. Hij acht het overigens niet uitgesloten dat de bedoelde ziekenhuizen op bepaalde onderdelen dienen te worden gesaneerd, uiteraard onder voorbehoud dat daarbij verantwoordte soberheid wordt betracht. De ziekenhuizen zullen hun taak — in afwachting van het gereedkomen van de voorgenomen nieuwbouw — op adequate wijze moeten kunnen blijven vervullen.



Sir George Godber, Chief Medical Officer van Sociale Zaken en Volksgezondheid in Engeland, wees er al op in zijn jaarverslag over 1969: wat de gezondheid van de Britten momenteel het meest bedreigt, is het sigarettenroken. In het British Medical Journal van 10 oktober 1970 schreef Dr. J. P. Anderson, dat dit probleem te weinig aandacht krijgt tijdens de medische opleiding. In B. M. J. d.d. 7 november jl. legt Keith Ball van de Middlesex Hospital Medical School te Londen daarop nog eens de nadruk. Een passage uit zijn ingezonden brief:

„There are two important reasons why all medical students (as well as teachers) should see clearly on this matter. The first is that doctors who smoke are much less likely to help their patients to stop than those who do not, and many patients will in fact respond to their doctor's advice to stop smoking. Secondly, medical schools will produce more doctors who will survive to practise medicine till retirement age if their graduates do not smoke cigarettes. The Royal Commission on Medical Education recommends that the number of practising doctors should increase from 62,500 in 1965 to 119,800 in 1995. Since doctors who smoke cigarettes have a 28% higher mortality than those who do not; considerably more medical graduates will be needed to achieve this objective if some doctors continue to smoke”.

## 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. Kruij N.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259\*, postgiro 142554.

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

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

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

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

**Oplage:** 16.650 exemplaren.

**Druk:** Verweij Mijndrecht.

## KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

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

**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 Beroepspensioenfondsen Artsen:**

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-887021