



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

REDACTIONEEL

## SYMPOSION KINDERMISHANDELING

Morgen, zaterdag 19 december, zal het reeds enkele malen in Medisch Contact aangekondigde, door de Maatschappij georganiseerde symposion over kindermishandeling worden gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht. Daarop moge aan de vooravond nog eens de aandacht worden gevestigd, zowel om het te behandelen onderwerp als om het streven der Maatschappij medische en me-

disch-maatschappelijke onderwerpen in speciaal daarvoor te beleggen bijeenkomsten aan de orde te stellen. Wat dit laatste betreft moet nog ervaring worden opgedaan in hoeverre voor zulke bijeenkomsten belangstelling blijkt te bestaan, al zal natuurlijk het te behandelen onderwerp voor die belangstelling medebepalend zijn. Men heeft nu een zaal voor 250 personen toereikend geacht voor de opkomst bij dit symposion, dat 's morgens te 10 uur zal aanvangen en dat men te 13 uur hoopt te beëindigen.

Op gevaar af dat door deze regels een grote opkomst wordt bewerkstelligd dan waartoe de gereserveerde zaal in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum ruimte biedt, zouden wij nog eens in herinnering willen brengen dat inleidingen zullen worden gehouden door Dr. F. Kuipers, kinderarts te Amsterdam en mevrouw J. T. Ch. Valkenburg, maatschappelijk werkster in het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam. Dr. Kuipers zal de somatische problematiek belichten en daarbij ingaan op de verantwoordelijkheid van de arts, mevrouw Valkenburg zal een systematisch overzicht geven van de benaderingsmogelijkheden vanuit het maatschappelijk werk, resulterend in de vraag wat het maatschappelijk werk zou kunnen bijdragen aan diagnose en begeleiding.

Het hierna te vormen panel, waarin naast de beide inleiders nog zitting zullen nemen Dr. J. A. Dallmeijer, lid van het hoofdbestuur der Maatschappij, mevrouw Th. Cohen-Matthijssen, kinderpsychiater te Amsterdam en Mr. W. B. van der Mijn, secretaris van de Maatschappij, zal onder meer de volgende onderwerpen aan de orde stellen: de psychische achtergronden; de herkenbaarheid; de aanpak van het gesigna-

25e JAARGANG - No. 51 - 18 DECEMBER 1970

### INHOUD

Symposion kindermishandeling .....	1373
Stichting STIMEZO Nederland .....	1374
Ledenvergadering der L.H.V. maakt begin met behandeling van het voorstel voor een pensioenregeling voor huisartsen ..	1375
Prof. Muntendam: Nederland loopt niet achter op het gebied van de kankerbestrijding .....	1376
Voortgezet Medisch onderwijs... maar hoe? .....	1377
Huisartsentekort in Rotterdam .....	1380
„Dubieuze adaptaties“, Voordracht gehouden door W. G. J. Iemhoff, arts voor de Afdeling Rotterdam en Omstreken ter beantwoording van de vraag: „Wat willen de Kritiese Artsen eigenlijk?“ .....	1381
„Perspectief in de klinische Geneeskunde“, Definitieve versie van de voordracht van Prof. Dr. A. Querido, zoals gehouden op het 22ste Ledencongres der K.N.M.G. ....	1386
Aanwinsten van de Bibliotheek der Maatschappij gedurende het jaar 1969 (III) ..	1393
Brieven aan de redactie .....	1397
Varia .....	1399

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

Colofon op bladzijde 1400.

leerde geval; de begeleiding, zowel medisch als maatschappelijk. Bij elk onderwerp zal het panel gaarne daarop betrekking hebbende vragen van deelnemers aan het symposion — bij voorkeur schriftelijk in te dienen — beantwoorden.

\*  
\*\*

Het battered child syndrome is de laatste jaren in de medische literatuur voortdurend aan de orde. Men zou kunnen zeggen dat een herleefde en nadien zeer intensieve belangstelling voor dit thema dateert van eind 1964, toen Dr. F. Kuipers — die nu een inleiding zal houden — en Prof. Dr. S. van Creveld over mishandeling van kinderen een artikel schreven in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (nr. van 12 december 1964), dat de redactie aanleiding gaf daarbij commentaar te schrijven. Zij schreef onder meer: „De vraag doet zich voor of het niet wenselijk zou kunnen zijn, dat op korte termijn de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst deze kwestie bestudeert en na contact met de Raad voor de Kinderbescherming en justitiële autoriteiten tot richtlijnen komt, waardoor de arts zich gesteund kan voelen bij het nemen van maatregelen om herhaling te voorkomen. Ook zal de arts er zeker van moeten zijn dat hij, in het geval de mishandeling niet bewijsbaar blijkt, niet aansprakelijk wordt gesteld voor „valse” aangifte. De vraag in hoeverre psychische en pedagogische mishandeling mede onder een eventuele regeling zal moeten vallen, behoort daarbij ook te worden gesteld. Aangifte van alle gevallen

van vermoedelijke mishandeling in de vorm van een centrale registratie is noodzakelijk, wil men een idee van de frequentie krijgen. Voorlopige inlichtingen wekken de indruk, dat in ons land de frequentie laag is, maar dat is nog onbewezen. Tenslotte hebben wij bij het battered child syndrome te maken met een typisch psychosociale ziekte. Analyse van de achtergronden en van de geografische verschillen zal ongetwijfeld belangrijke gegevens ook voor de preventie kunnen opleveren.”

Het hoofdbestuur der Maatschappij heeft in 1965 uitgebreide interne discussies aan dit onderwerp gewijd en van 1969 dateert een briefwisseling tussen staatssecretaris Kruisinga en het hoofdbestuur over inschakeling van instanties, waartoe de arts zich zou kunnen wenden wanneer hij meent dat ten behoeve van een mishandeld kind, in het bijzonder bij vrees voor recidive, maatregelen gewenst zijn. Er zijn ook wel richtlijnen geformuleerd, vragen over gesteld in de Tweede Kamer, het thema is ook onderwerp geweest van televisie-uitzendingen en uiteraard heeft de pers er haar aandacht aan geschonken. Maar het probleem heeft zoveel facetten — en blijft intussen vragen om een zo goed mogelijke praktische benadering — dat een symposion, daaraan gewijd, ten volle zin heeft. Vooral wanneer daarbij, zoals nu, niet alleen de aanpak van het gesignaleerde geval, maar ook de psychische achtergronden, de herkenbaarheid en de begeleiding, medisch en maatschappelijk, een zo breed mogelijke verkenning van het vraagstuk garanderen.

v. M.

---

## Stichting STIMEZO Nederland

Op 1 december 1970 is in Utrecht de Stichting voor medisch verantwoorde zwangerschapsonderbreking Nederland opgericht, Stimezo Nederland. In tegenstelling tot de Stichting Stimezo te Rotterdam zal deze organisatie geen kliniek openen. Stimezo Nederland zal fungeren als een fonds, waaruit geld kan worden gegeven aan instellingen in heel Nederland die mogelijkheden tot medisch verantwoorde zwangerschapsonderbreking willen scheppen. Alleen instellingen die het maken van winst in hun statuten uitsluiten, komen in aanmerking voor steun uit het fonds.

Oprichters van de Stichting zijn: Stichting voor hulpverlening bij zwangerschapsonderbreking in Arnhem en

omgeving te Arnhem; Stichting voor hulpverlening bij zwangerschapsonderbreking in Utrecht en omgeving te Utrecht; Stichting Release; Stichting voor medisch verantwoorde zwangerschapsonderbreking te Rotterdam; mevr. C. ter Veld-Stappershoef, arts te Groningen en lid van een werkgroep aldaar.

Uitgangspunt van de oprichters is dat de mogelijkheden voor hulpverlening bij ongewenste zwangerschap in Nederland momenteel onvoldoende zijn en dat gevreesd moet worden dat het tekort in de capaciteit van de hulpverlening in de naaste toekomst zelfs groter zal worden.

Stimezo Nederland denkt dit geld bijeen te brengen door het openstellen van een gironummer voor schenkingen

(giro 2236900 te Arnhem), het houden van inzamelingsacties, het vragen van bijdragen aan daarvoor in aanmerking komende instellingen en het bemiddelen en/of adviseren bij het verkrijgen van leningen en/of subsidies voor afzonderlijke projecten.

Als projecten die het eerst voor financiële steun in aanmerking komen kunnen worden genoemd de klinieken in Rotterdam, Arnhem en Utrecht. In andere plaatsen in het land zijn ook de projecten in voorbereiding. Deze projecten zullen eerst later voor steun in aanmerking komen. De financiële steun zal worden gegeven in de vorm van leningen zodat het geld later weer beschikbaar komt voor andere projecten.

# Ledenvergadering der L.H.V. maakt begin met behandeling van het voorstel voor een pensioenregeling voor huisartsen

De Ledenvergadering der Landelijke Huisartsen Vereniging, vrijdag 11 december gehouden te Utrecht in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, heeft een begin gemaakt met de behandeling van het voorstel voor een pensioenregeling voor huisartsen zoals neergelegd in het zogenaamde „rode boek” van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen, een uitgave van het Centraal Bestuur der L.H.V. waarin achtereenvolgens opgenomen de toelichtende inleiding van voorzitter J. F. A. van Rijn, de concept-statuten en het concept-pensioenreglement.

Overeenkomstig het gestelde in de inleiding en blijkens de toelichting op de convocatie was het uitdrukkelijk de bedoeling van het Centraal Bestuur dat er in deze Ledenvergadering besluiten zouden worden genomen over het pensioenvoorstel. Voorlopig zou deze besluitvorming evenwel beschouwd moet worden als een principebesluit, omdat het Centraal Bestuur de Ledenvergadering immers had voorgesteld het ter tafel liggende pensioenplan te aanvaarden onder voorbehoud van goedkeuring van de beroepspensioenfondsenwet door het parlement, onder voorbehoud voorts dat, indien belangrijke wijzigingen in deze wet tengevolge van de parlementaire behandeling essentiële veranderingen in het pensioenplan noodzakelijk maken, deze aan de Ledenvergadering zullen worden voorgelegd, tenslotte onder voorbehoud dat premies en pensioenen voortvloeiend uit verplichte collectieve regelingen welke tot stand zullen komen krachtens deze beroepspensioenfondsenwet fiscaal op dezelfde wijze zullen worden behandeld als die welke tot stand komen of zijn gekomen krachtens de bedrijfspensioenfondsen wet.

Hieraan had voorzitter Van Rijn in zijn inleiding nog toegevoegd: „Intussen zal het Centraal Bestuur niet aflaten een bevredigende fiscale regeling te bepleiten; de realiseerbaarheid van de pensioenregeling staat of valt met het nieuws van het fiscale front”. Van dat front kon de voorzitter in zijn openingswoord (dat in het volgend nummer van Medisch Contact integraal zal worden gepubliceerd) de Ledenvergadering meedelen dat staatssecretaris Grapperhaus van Financiën heeft laten weten, evenals minister Roolvink van Sociale Zaken en Volksgezondheid, zich positief op te stellen ten aanzien van de wensen der huisartsen op dit punt. De voorzitter bracht daarop de Ledenvergadering in herinnering dat in het voorlopig verslag van de Kamercommissie hierover vragen werden gesteld aan de minister,

voorts dat de regering het advies van de Commissie Van Soest wenst af te wachten, een advies dat medio december wordt verwacht. De regering zou zich bovendien voorstellen, synchroon met de verdere behandeling van de beroepspensioenfondsenwet, aan het parlement een fiscale wet voor te leggen waarin deze materie zou worden geregeld.

\*  
\*\*

De Ledenvergadering van 11 december is overigens nog niet aan besluitvorming over het pensioenvoorstel van het Centraal Bestuur toegekomen. Die zal naar verwachting wel hebben plaats gevonden op het moment dat dit nummer van Medisch Contact is verschenen. De vergadering werd namelijk geschorst en zou worden voortgezet op donderdag 17 december. Dat de beraadslagingen zoveel tijd vergden lag niet uitsluitend aan de ingewikkeldheid van de problematiek die het voorstel van het Centraal Bestuur aankleeft. Veel tijd ging heen met discussie over een voorstel, gelanceerd door de P.H.V. periferie Utrecht en ter vergadering toegelicht door de afgevaardigde W. P. J. M. Pierrot, volgens wie er ook andere deugdelijke pensioenmogelijkheden voor huisartsen zouden bestaan. Met name zou zijn te overwegen aansluiting te zoeken bij het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (P.G.G.M.), een fonds dat de pensioenen verzorgt en zal gaan verzorgen van de medewerkers in de gehele gezondheidssector in Nederland.

Ondanks alle bezwaren van het Centraal Bestuur tegen dit plan, bezwaren die de voorzitter uitvoerig had toegelicht in zijn openingswoord, was het voorstel van de P.H.V. periferie Utrecht toch op de agenda geplaatst om de Ledenvergadering in de gelegenheid te stellen zich erover uit te spreken. Dat heeft zij dan ook op niet mis te verstane wijze gedaan: het voorstel, inhoudende: a. een besluitvorming over een pensioenregeling in ieder geval uit te stellen, tot het „alternatieve” voorstel voor eenieder bekend zou zijn; b. de definitieve beslissing eerst te nemen als de uiteindelijke tekst van de raamwet en de fiscale consequenties bekend en door de Staten Generaal aanvaard zijn; kortom in deze Ledenvergadering geen besluit te nemen, omdat „een overhaaste beslissing thans geen enkel voordeel oplevert”, werd met 52 stemmen tegen en 5 voor verworpen.

Tenslotte kon men dan toch nog een begin maken met de behandeling van het C.B.-voorstel. Voorals-

nog moest men zich beperken tot de artikelgewijze behandeling van de concept-statuten. De leden van de Technische Commissie Prof. Mr. J. M. M. Maeijer, mej. Mr. W. J. Boon, de heer R. Zaalberg van Zelst en Drs. H. H. J. Bunschoten, alsmede de directeur van het pensioenfonds de heer J. M. G. Hoes, waren ter vergadering aanwezig om de voorzitter terzijde de staan bij de beantwoording van de vragen, die ondanks jarenlange voorlichtingsacties van het Centraal Bestuur nog konden rijzen.

Omstreeks half twaalf werd de vergadering geschorst om deze, zoals gemeld, donderdag 17 december voort te zetten. Dan zal de behandeling van het pensioenvoorstel naar verwachting kunnen worden afgerond en de besluitvorming er over plaats vinden. Dan zal tevens de verkiezing plaats vinden van twee nieuwe leden van het Centraal Bestuur, omdat nog twee zetels per 1 januari 1971 vaccerden, waarvoor inmiddels kandidaten zijn gesteld.

A.I.

### **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.

## **Prof. Muntendam: Nederland loopt niet achter op het gebied van de kankerbestrijding**

Tijdens de officiële opening van de uitbreiding-eerste fase van de Dr. Daniël den Hoed Kliniek/Rotterdamsch Radio-Therapeutisch Instituut, donderdag 2 december jongstleden, wijdde de voorzitter van het Koningin Wilhelmina Fonds, Prof. Dr. P. Muntendam, enige bittere woorden aan persberichten als zou het er in ons land maar minnetjes voorstaan met de kanker-research en de kanker-therapie. Prof. Muntendam

„Een minder aangename plicht acht ik hedenmiddag tevens op mij te rusten, en wel het reageren op een artikel dat onlangs in één onzer dagbladen is verschenen. Daarin werd gesteld, dat Nederland achterlijk was op het gebied van kankerresearch en -therapie. Aan de research op het gebied van virologie en immunologie zou hier niets worden gedaan, noch aan hormoontherapie enz. Het wordt hoog tijd, aldus de schrijver, dat het publiek weet dat geldverslindende ziekenhuizen,

waar men slechts beschikt over mogelijkheden van stralenterapie, chirurgische therapie en chemotherapie, het antwoord op de kankerbestrijding niet vormen. En het K.W.F. wordt er dan nog bijgehaald, omdat het ook aan deze therapieën kapitalen uitgeeft en daardoor niet over de nodige middelen beschikt voor nieuwe initiatieven, bijvoorbeeld op het gebied van periodieke gezondheidsscreening. Uiteraard staan in de kop van het krantenartikel uitdrukkingen als „Sterk verouderde behandelingsmethodes” enz. Ware deze onwaarsachtige voorlichting niet zo'n gevaar voor de vorming van de publieke opinie in Nederland, ik zou eraan voorbijgaan en hoogstens de auteur eens willen aanraden zich in Nederland te oriënteren op het gebied van de immunologische research, bijvoorbeeld in het Nederlands Kankerinstituut te Amsterdam, en van de internationale samenwerking in de kankerresearch,

waarin Nederland zijn partij meeblaast. En en passant zou hij dan, toch in Amsterdam vertoevende, op het kantoor van het K.W.F. even kunnen nagaan, waaraan het K.W.F. zijn gelden besteedt: onder meer aan de research in het N.K.I. en aan screeningsonderzoek, maar ook aan de beproefde therapieën. Die, en hierin zit het venijn van deze voorlichting, niet ouderwets zijn, maar op basis van de research steeds verbeteren. Het Koningin Wilhelmina Fonds steunt de research en het bieden van mogelijkheden tot behandeling, maar slechts van die behandeling, welke op grond van het wetenschappelijk onderzoek als verantwoord mag worden beschouwd. En derhalve zal het K.W.F. geen onwetenschappelijke behandelingsmethoden bevorderen, al vindt de B.B.C. ze belangrijk genoeg er een avond aan te besteden. Een voorbeeld, dat naar ik verwacht, bij ons geen navolging vindt”.

### **Medische informatiekaart**

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

De medische informatiekaart van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst — een herziene uitgave van de vroegere „Medicamentenkaart voor noodgevallen” — is bij het Bureau der Maatschappij verkrijgbaar tegen kostprijs. De prijs is vastgesteld op f 0.20 per stuk bij aflevering in plastic hoesje; de verzendkosten zijn hierbij niet inbegrepen. Grotere hoeveelheden van deze medische informatiekaarten kunnen ook worden afgenomen zonder plastic hoesje à f 0.10 per stuk.

# Voortgezet medisch onderwijs ... maar hoe?

**Door Dr. W. Brouwer, adjunct-directeur  
van het Nederlands Huisartsen Instituut**

Nascholing — nascholing en „voortgezet medisch onderwijs” worden in dit artikel als identieke termen naast elkaar gebruikt — is in. Zowel in ons land als in het buitenland nemen artsen in toenemende mate deel aan nascholingscursussen. De geluidsbanden met dia-illustraties van het Nederlands Huisartsen Instituut worden meer en meer beluisterd. Bedroeg het aantal uitleningen in 1967 nog slechts 260, in 1970 zal dit naar schatting gestegen zijn tot ruim 600. In april en mei van dit jaar werd voor het eerst een door de stichting Teleac en het N.H.I. vervaardigde serie van vier nascholingsprogramma's, bestemd voor huisartsen, per televisie uitgezonden. Volgens een door Intomart verricht onderzoek in een steekproef bij 201 huisartsen bleek 84% één of meer van deze vier uitzendingen te hebben gevolgd.

Er wordt niet alleen aan nascholing „gedaan”, er wordt ook meer over gesproken. Onlangs hebben de medische faculteiten naast het reeds bestaande Interfacultair Overlegorgaan een Interfacultair Overlegorgaan voor het Voortgezet Medisch Onderwijs opgericht. Het bestuur van dit overlegorgaan voert thans besprekingen met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en met de overheid. Een Stichting Financiering Nascholing voor Huisartsen werd eveneens dit jaar in het leven geroepen, dit op initiatief van de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap. Bovendien is er reeds enige tijd tussen deze verenigingen overleg gaande teneinde te komen tot een organisatievorm voor de plaatselijke, respectievelijk regionale nascholing van huisartsen.

Deze belangstelling voor de organisatorische aspecten van de nascholing is natuurlijk verheugend. Het gevaar dreigt evenwel, dat men zich bij het streven naar een organisatorische en financiële basis van de nascholing te veel laat leiden door wat men thans als nascholingsactiviteiten ziet aangekondigd, namelijk cursussen, nascholingsdagen, klinische bijeenkomsten, lezingen, enz.

Dit zo te stellen kan de vraag doen opkomen of het rendement van de huidige nascholing dan zo onbevredigend is. Het antwoord moet luiden: men weet het niet. Men zou willen weten in hoeverre met onze cursussen, klinische demonstraties en avondbijeenkomsten de kwaliteit van onze zorg gunstig wordt beïnvloed, want dat is toch het criterium waaraan men de waarde van onze nascholingsactiviteiten zou moeten toetsen. Weliswaar beschikt men thans over onderwijs-research-technieken om

*Samenvatting. De huidige nascholing bestaat grotendeels uit cursussen, nascholingsdagen, klinische middagbijeenkomsten, lezingen, enz. Over het nuttig effect van al deze nascholingsactiviteiten tast men nog in het duister, maar er is alle reden om aan te nemen, dat dit nuttig effect niet groot is. Wanneer dan ook in de naaste toekomst meer voorzieningen ten behoeve van het voortgezet medisch onderwijs ter beschikking komen, verdient het streven naar betere de voorkeur boven het streven naar meer nascholing.*

deze vraag te beantwoorden, maar tot nu toe wordt aan een dergelijk researchproject nergens in ons land een zodanige prioriteit toegekend, dat er genoeg mankracht en geld voor beschikbaar wordt gesteld.

Hoewel men dus moet beginnen met blijk te geven van zijn onwetendheid, zijn er redenen om te twifelen aan de „nascholingswaarde” van de voordracht als belangrijkste element in ons huidige voortgezet medisch onderwijs. In 1967 hield Heyn<sup>1</sup> een pleidooi voor het afschaffen van de massa-colleges. Hij somde daarbij de volgende argumenten van psychologen, pedagogen en didactici op, die tegen deze colleges spreken: bij de colleges kan men niet zijn eigen tempo volgen, kan men niet teruggaan naar een vroeger stadium, kan men niet toetsen of men de stof heeft begrepen, wordt men niet actief ingeschakeld in het leerproces. Als deze argumenten pleiten tegen de massacolleges, dan pleiten zij natuurlijk eveneens tegen onze nascholingsvoordrachten. Heyn noemde tevens het bezwaar, dat de luisterende studenten qua aard en aanleg zeer verschillend zijn. De docent kan de leerstof en zijn tempo van doceren dus slechts afstemmen op één groep, zonder te weten hoeveel studenten tot die groep behoren. Als dit een reëel bezwaar is tegen de colleges aan studenten, die weliswaar verschillen in aanleg vertonen maar vrijwel in hetzelfde stadium van hun studie verkeren, dan geldt dit bezwaar natuurlijk nog sterker voor voordrachten aan huisartsen, die, behalve wat aanleg betreft, qua leeftijd, praktijkervaring en kennis van recente ontwikke-

lingen een bijzonder heterogene groep vormen. Is dus de voordracht als methode om kennis aan te bieden en samenhangen te verduidelijken reeds aan twijfel onderhevig, twijfel is eveneens gerechtvaardigd als het gaat om de vraag in hoeverre bij de arts de aldus opgedane of opgefriste kennis en het verkregen inzicht wijzigingen in zijn medisch handelen teweegbrengen.

Miller<sup>2</sup> stelde in zijn artikel „Continuing education for what?” onder andere deze kwestie aan de orde. Hij stelde vast dat de aan het voortgezet medisch onderwijs ten grondslag liggende gedachte, dat artsen nieuw opgedane kennis integreren in hun medisch handelen, lang niet altijd opgaat. Illustratief voor deze zienswijze is een onderzoek van Williamson en Miller zelf<sup>3</sup>. De vraag werd gesteld: in welke mate reageren artsen op onverwachte, afwijkende uitkomsten van enkele routine-bepalingen, namelijk het hemoglobine-gehalte, onderzoek van de urine en de nuchtere bloedsuikerwaarde? Daartoe werden in twee ziekenhuizen de dossiers van alle, gedurende één maand opgenomen patiënten bestudeerd. Het resultaat was niet bijster bemoedigend. In slechts 35% van de gevallen bleek de afwijkende uitkomst aanleiding te hebben gevormd tot het ondernemen van actie. In verband hiermee werd in beide ziekenhuizen een nascholingsbijeenkomst georganiseerd, waaraan 80% van de daar werkzame artsen deelnam. De bijeenkomst was geheel gewijd aan de drie bovengenoemde laboratorium-bepalingen. Aan het eind van de bijeenkomst was men vrijwel unaniem van mening, dat het een nuttige bijeenkomst was geweest, dat men zich bezig had gehouden met een belangrijk probleem en dat correctie van de eigen handelwijze noodzakelijk was. Desondanks gaf een tweede onderzoek zes maanden later praktisch hetzelfde teleurstellende percentage te zien. Men ging toen over tot een andere strategie. De afwijkende uitkomsten van genoemde laboratorium-bepalingen werden op de status van de patiënt genoteerd, waarna een fluorescerend strookje over deze notitie werd geplakt. De arts moest dus om de laboratorium-uitslag te kunnen lezen eerst dit strookje verwijderen. Zowel de artsen als de verpleegsters waren tevoren van deze gang van zaken op de hoogte gesteld. Toen de strookjes gedurende tien weken in gebruik waren, bleek de respons te zijn gestegen tot 78%.

Blijkbaar zijn de onvolkomenheden in ons werk slechts voor een deel te wijten aan onwetendheid. Daarom zijn de mogelijkheden beperkt om via aanbod van kennis en verbale instructie gedragsverandering teweeg te brengen. De conclusie welke men hieruit moet trekken, is mijns inziens dat men moet zoeken naar wegen om het rendement van het informatie-aanbod te verhogen en naar andere nascholingsmethodieken.

Welke ontwikkelingen zijn er in dit opzicht thans waar te nemen? Er wordt thans op nascholingsgebied veel gezocht en geëxperimenteerd, ook in ons land. Twee voorbeelden wil ik hier noemen. In 1966

begon het Nederlands Huisartsen Instituut met het vervaardigen van geluidsbanden; dit in navolging van de Medical Recording Service in Engeland. Deze banden bevatten een tekst van ongeveer een half uur, die informatie bevat over een bepaald onderwerp. In overleg met de auteur van de tekst wordt een aantal dia's toegevoegd en deze combinatie van band en dia's wordt uitgeleend aan groepen huisartsen en huisartsen individueel. In feite is zo'n bandopname niets anders dan een voordracht en het bezwaar, dat een voordracht slechts op een deel van het heterogene gehoor kan zijn afgestemd, geldt dan ook evenzeer voor de bandopname. Er komt bovendien nog een bezwaar bij. Immers door de afwezigheid van een spreker mist men ook de non-verbale ondersteuning in de vorm van mimiek, gebaren, enz. Een belangrijk voordeel is echter de grote manipuleerbaarheid van een band. Men kan een band stopzetten, opnieuw beluisteren, men kan een stuk tekst vervangen en men kan een tekst aanvullen of desgewenst van commentaar voorzien. Dit biedt allerlei mogelijkheden om een aantal van de reeds genoemde bezwaren te ondervangen. Wanneer men de banden beluistert in groepsverband, dan kan over en naar aanleiding van de band worden gediscussieerd met collega's en specialist. Wanneer de band wordt geleend voor persoonlijk gebruik, vervalt deze mogelijkheid, maar dan blijft het voordeel, dat men kan luisteren op het tijdstip, waarop dit het best schikt.

Het gebruik van geluidsbanden bij het voortgezet medisch onderwijs biedt overigens nog meer mogelijkheden, zoals het demonstreren van auscultatorische bevindingen, van stemstoornissen, van medische gesprekken, enz. Men kan het element van self-testing introduceren en tijdens de jaarlijkse Conference on Tape in Medical Teaching te Londen zag ik een prachtig voorbeeld van geprogrammeerde instructie met band en dia's.

Als tweede voorbeeld wil ik noemen de cursus, zoals die op initiatief van enkele Groningse huisartsen voor het eerst in Warffum en sindsdien op diverse andere plaatsen werd gehouden. Over deze cursusvorm is reeds in dit blad en elders gepubliceerd. Het kenmerkende waar het hier om gaat is de afwezigheid van voordrachten. De deelnemers krijgen een „papieren spreekuur” voorgeschoteld en de zich voordoende problemen worden daarna met specialisten besproken. Informatie wordt daarbij natuurlijk wel gegeven, maar alleen voor zover nodig voor de oplossing van het probleem.

Tenslotte nog een voorbeeld van een buitenlands initiatief. In The Center for Educational Development van de University of Illinois te Chicago zag ik onlangs de uitwerking van een cursus „traumatologie”. Drie onderwerpen waren in het programma opgenomen. Voor elk onderwerp was een periode van twee uur gereserveerd. Het opvallende was, dat elke periode begon met het demonstreren van een aantal „traumatologische” patiënten en situaties. In de eerste periode geschiedde dit met behulp van enkele drie minuten durende „trigger films”. Deze

zeer korte filmpjes bevatten geen enkele informatie, maar beeldden uitsluitend een bepaald ongeval en de gevolgen daarvan uit. In de tweede periode werd met het zelfde doel voor ogen een serie dia's getoond en in de derde periode werden enkele traumatologische probleemgevallen beschreven. Daarna werd minstens de helft van de tijd besteed aan wat men de identificatie van het probleem zou kunnen noemen. De discussie richtte zich op vragen als: „Wat zijn hier de problemen, waar het ons om gaat?” en: „Hoe zien we de rangorde van deze problemen?”. Daarna mondde de discussie automatisch uit in een gedachtenwisseling over de in aanmerking komende oplossingen. Informatie werd gegeven, voor zover relevant voor de discussie.

Deze enkele voorbeelden zouden met diverse andere zijn aan te vullen. De bedoeling was daarmee een paar ontwikkelingstendenzen te signaleren. In de eerste plaats ziet men een accentverschuiving optreden van informatie-aanbod naar probleemstelling. Deze ontwikkeling lijkt een oplossing te kunnen bieden voor de steeds terugkerende klacht: „Het is een aardige voordracht, maar niet genoeg op de praktijk gericht”. Het „op de praktijk gericht zijn” zal beter mogelijk zijn als de probleemstelling scherper is, want dan kunnen de vragen beter worden geformuleerd. Op basis van het verworven inzicht in de problematiek en van de daaruit voortvloeiende vragen zal het duidelijk worden, welke informatie nodig is om tot de juiste probleemoplossing te komen.

Als het waar is, dat de arts alleen leert wat hij wil leren, dan is het juist deze informatie, waarvan hij met interesse kennis zal nemen. Dit alles vereist uiteraard een veel grotere zelfwerkzaamheid. „Nageschoold worden” wordt „zich nascholen”, continuing instruction wordt continuing education.

Eigenlijk is dit in het geheel niets nieuws. De artsen, die lid van een studiegroep medische psychologie zijn of geweest zijn, zullen in hun groepsbesprekingen deze grondgedachte herkennen.

Als tweede tendens wil ik noemen het snel toenemend gebruik van de zogenaamde audio-visuele middelen. De variatie is enorm. Gisolf heeft het op het congres van het Nederlands Huisartsen Genootschap laten zien en horen. Behalve de bandrecorder en de dia-projector, al of niet gesynchroniseerd, kent men reeds de super 8 loopfilm, de televisie (closed circuit en „open” televisie) en de video-recorder. De video-recorders worden steeds beter, zowel wat betreft beeldkwaliteit als wat betreft mogelijkheden van montage en beeldstilstand. Binnenkort beschikt men over video-recorders voor programma's in kleur; het Electronic Video Recording-systeem zal straks de mogelijkheden bieden programma's weer te geven op ons televisietoestel en hetzelfde geldt voor de reeds in aantocht zijnde video-disc.

Met al deze media kan men een supermarkt van ingeblikte nascholingswaar oprichten. Ieder koopt naar believen. Verouderde waar wordt door nieuwe

vervangen. Hetzelfde hoogwaardige produkt kan op verschillende plaatsen tegelijk worden geconsumeerd. Het afzetgebied wordt steeds groter. Laat men echter niet vergeten, dat een dergelijke expansie, hoe nuttig ook, weinig te maken heeft met onderwijsvernieuwing. Wat wordt aangeboden is in feite dezelfde waar in een andere verpakking.

De uitdaging van de spectaculaire ontwikkeling op het gebied van de onderwijstechnologie is gelegen in het dienstbaar maken van deze media aan betere didactische systemen, die steunen op meer gefundeerde uitgangspunten. In de keten probleem-identificatie-vraagstelling-probleemoplossing kan men met deze media meer doen dan alleen informatie aanbieden.

Wat kan het voortgezet medisch onderwijs betekenen voor de gezondheidszorg? Elke vorm van medisch onderwijs heeft natuurlijk als doel het realiseren van een zo goed mogelijke geneeskundige zorg. Dit geldt zowel voor het universitaire onderwijs als voor het voortgezet medisch onderwijs. Een belangrijk verschil is echter, dat het voortgezet medisch onderwijs niet meer taakvoorbereidend, maar taakbegeleidend is.

Nascholing is dus niet alleen een bepaalde soort onderwijs, het is ook een element in het systeem van onze praktische gezondheidszorg. Het dient daarom maximaal te zijn afgestemd op de problemen in de praktijk. Zou bijvoorbeeld blijken, dat de behandelingsresultaten bij een bepaalde aandoening nadelig worden beïnvloed door een aanzienlijke „doctor's delay”, dan zal dit fenomeen nadere studie vereisen met het oog op de mogelijkheid van voortgezet medisch onderwijs, hierop gericht. Daartoe moet men echter goed op de hoogte zijn hoe de gezondheidszorg wordt uitgeoefend, welke ontwikkelingen er in gang zijn en waar de actuele problemen liggen. Men zal het dan echter eerst moeten onderzoeken. Research op het gebied van de gezondheidszorg zou, aldus Williamson en Miller<sup>3</sup>, ons de onderwerpen en problemen kunnen wijzen, die primair als object van nascholing in aanmerking dienen te komen. Dergelijke onderzoeken zijn echter zeer tijdrovend en het zou onpraktisch zijn om op de resultaten daarvan te wachten.

Zonder nu direct te denken aan een consumentenbond voor gezondheidszorg, zoals Professor Leenen<sup>4</sup> volgens het Parool graag zou willen, lijkt het mij, dat er andere wegen moeten zijn, waarlangs nuttige oriëntatie omtrent de uitoefening van de gezondheidszorg te verkrijgen is. Daarvoor zal echter de medewerking van specialisten en huisartsen noodzakelijk zijn. Overigens is het niet waar, dat er op dit gebied over de situatie in ons land niets bekend zou zijn. Er zijn diverse publikaties, die over bepaalde vormen van geneeskundige zorg waardevolle informatie verschaffen. Hoe dan ook, een goede nascholing moet zich tijdig kunnen richten op actuele gezondheidszorg-problemen en signaleerde tekorten in de gezondheidsvoorziening.

Ik begon dit artikel met te signaleren dat er een toenemende belangstelling voor het voortgezetme-

disch onderwijs is. Men mag aannemen, dat in de nabije toekomst voorzieningen ten behoeve van de nascholing ter beschikking zullen komen, die tot nu toe ontbreken. Welnu, laat men die voorzieningen dan niet verspillen aan bijzaken. Exact te weten hoeveel cursussen er per jaar in ons land woren gegeven is niet belangrijk. Meer cursussen zijn nuttig, maar daarmee is mijns inziens dan ook alles gezegd. Het belangrijkste is, dat goede nascholingsmethodieken worden ontworpen en toegepast op basis van gezonde didactische principes. Deze nascholingsmethodieken dienen niet beperkt te blijven tot het aanbieden van kennis, maar behoren zich ook uit te strekken tot het toepassen van opgedane kennis, het onderhouden van vaardigheden en het zich eigen maken van de juiste attitude. Als in het onderwijs het accent meer

en meer op de probleemstelling wordt gelegd, waar kan dit dan belangrijker zijn dan juist in het voortgezet medisch onderwijs voor praktiserende artsen, die immers dagelijks worden geconfronteerd met een veelheid van problemen? Laat ons dan daarop onze spanning richten. Als men doorgaat antwoorden te geven zonder tevoren de relevante vragen te stellen, lopen we kans de boot reeds te hebben gemist, voordat deze is aangekomen.

1 Heyn, F. A. - Is het lot van de massa-colleges bezegeld? Uitgeverij Intermediair, Amsterdam.

2 Miller, G. E. - Continuing education for what? Journal of Medical Education 42: 320 - 326, 1967.

3 Williamson, J. W. Continuing education and patient care research. JAMA 201, 938 - 942, 1967.

4 Het Parool d.d. 10 okt. 1970.

## Huisartsentekort in Rotterdam

### *P.H.V. wendt zich tot gemeenteraad*

De Plaatselijke Huisartsen Vereniging Rotterdam heeft zich met een schrijven gericht tot de Maasstedelijke Gemeenteraad en dit college deelgenoot gemaakt van haar zorgen met betrekking tot de huisartsgeneeskunde welke aan de inwoners van Rotterdam moet worden geboden. In dit schrijven wordt gesteld dat er per 1 november 1970 in Rotterdam 209 praktiserende huisartsen zijn gevestigd. Het aantal inwoners van Rotterdam bedroeg per 1 januari 1970 686.589. Het aantal huisartsen bedraagt derhalve per 10.000 inwoners slechts 3,04, een cijfer dat landelijk gezien op 3,47 is te stellen. Hier komt nog bij dat van het totaal aantal in Rotterdam praktiserende huisartsen er 25 of 11,96% de leeftijd van 65 jaar of ouder hebben bereikt.

Hiermede is de zorgwekkende situatie van de huisartsenvoorziening nog niet voldoende getekend. Uit een door de P.H.V. Rotterdam ingestelde enquête is namelijk gebleken, dat in de leeftijdscategorie tot 60 jaar 2 huisartsen binnen 1 jaar, 2 huisartsen binnen 3 jaar, 7 huisartsen binnen 5 jaar en 19 artsen binnen 10 jaar voornemens zijn hun praktijk te beëindigen.

Het schrijven wordt aldus besloten: „Wij hopen u duidelijk te hebben aangetoond dat de geneeskundige voorziening in „de eerste lijn” in uw gemeente in gevaar is. Daarmede zijn de belangen van al uw inwoners gemoeid. Vanwege het feit dat ongeveer 70% van uw inwoners behoren tot de categorie ziekenfondsverzekerden, hebben wij gemeend per gelijke post de te Rotterdam gevestigde ziekenfondsen op identieke wijze te moeten informeren.

De Stichting Samenwerking Rotterdamse Ziekenfondsen reageert op dit laatste — eveneens in een

schrijven aan de Rotterdamse gemeenteraad — aldus:

„Namens de besturen van de te Rotterdam gevestigde ziekenfondsen” moeten wij u mededelen de bij het bestuur van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging Rotterdam levende zorgen volledig te kunnen delen. De veronderstelling ligt voor de hand dat dit bij u, als hoedster van het algemeen belang, niet anders zal zijn. Het delen van zorgen brengt uiteraard op zichzelf geen enkele oplossing voor het bestaande en dreigende tekort aan huisartsen. Er zullen, naar het ons wil voorkomen, maatregelen moeten worden genomen. Wij menen te mogen veronderstellen dat u daartoe de nodige initiatieven zult willen ontwikkelen en dit geeft ons aanleiding ons bij voorbaat bereid te verklaren daaraan zoveel mogelijk de eventueel gewenste medewerking te verlenen.”

### INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

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



# „DUBIEUZE ADAPTATIES”

**Voordracht gehouden door W. G. J. Iemhoff, arts  
voor de afdeling Rotterdam en Omstreken\*  
ter beantwoording van de vraag:  
„Wat willen de Kritiese Artsen eigenlijk?”**

Sommigen beschouwen de kritiese artsen als — al dan niet gevaarlijke — revolutionairen, anderen juist als conservatieven die afknappen omdat ze de snelle ontwikkelingen in deze tijd niet kunnen bijbenen. Dit stigma delen de kritiese artsen dan met andere activisten. Nu is de visie die het kritisch activisme in onze maatschappij als een regressieverschijnsel aanmerkt, heel begrijpelijk. Onze revolutionairen staan eigenlijk allemaal op de bres voor zaken die naar hun smaak verloren dreigen te gaan.

Om ons tot de kritiese artsen te beperken: zij komen aandragen met een oeroud, en dus beslist niet zo origineel idee: de beslissende invloed van het *milieu*, in de ruimste zin van het woord, op de gezondheid. Dat is wel nodig, want dit idee is vrijwel uit de geneeskunde verdwenen, hoeveel verplichte eerbetuigingen wij ook richten aan het adres van de gene die dit principe voor het eerst helder heeft geformuleerd: collega Hippokrates. Kritiese artsen zijn zo naïef dit principe nog steeds zeer serieus te nemen, en daarmee nemen zij kritisch distantie van veel van het onkritische, medische activisme dat onze geneeskundige wereld kenmerkt op het ogenblik. Dit medische activisme verwaarloost ecologische overwegingen en concentreert zich uitsluitend op het geïsoleerde organisme. Deze concentratie is alweer begrijpelijk: ten eerste is de fundamentele medische situatie nog steeds die van die ene patiënt tegenover die ene arts (en ik ben alweer zo ouderwets te hopen dat dit zo blijft); ten tweede is de grote vooruitgang van de geneeskunde in de laatste decennia vooral te danken aan de toepassing van het natuurwetenschappelijk laboratoriumdenken in de geneeskunde.

Daarmee is voor ons idee science de bestudering geworden van het *materiële* aspect van het *geïsoleerde* individu: dat zijn twee betrekkelijk willekeurige beperkingen. De basiswetenschappen zijn voor ons vakken als anatomie, celbiologie, biochemie, fysiologie — maar zelfs een dosis psychiatrie helpt hier niet: ook het huidige psychiatrische denkmodel is nog overwegend mechanistisch en individueel gericht. Kortom, voor ons is er een psychosomatische dat ziek of gezond kan zijn, en daartussen weten wij van niets. Bij goed gedrag wordt een certificaat van gezondheid afgegeven, bij afwijkend gedrag moet degene die bij deze gelegenheid tot patiënt wordt verklaard, een geneeskundige behandeling ondergaan.

Het moge zijn dat wij op die manier onszelf aar-

dig bezighouden, het gevaar is niet denkbeeldig dat onze medische activiteiten in toenemende mate irrelevant zullen worden, voorzover ze het niet al zijn. Wij concentreren ons op het ogenblik voornamelijk op symptoombehandeling: verdere verwaarlozing van de eigenlijke aetiologische dimensie kon ons wel eens opbreken. Ik geef maar eens een paar voorbeelden:

In de dierentuin in Philadelphia heeft men gevonden dat de frequentie van atherosclerose bij vogels en zoogdieren de laatste 40 jaar met een factor 10 is toegenomen<sup>1</sup>. De dieren aan de andere kant van de tralies, die naar deze vogels en zoogdieren kijken, vertonen hetzelfde verschijnsel: deze afwijking vormt zelfs hun voornaamste doodsoorzaak. In Nederland is in de periode 1955-1967 de sterfte als gevolg van slagaderverkalking en degeneratieve hartkwalen bij de mannen met 66% gestegen, bij de vrouwen met 40% gedaald. Andere geïndustrialiseerde landen vertonen hetzelfde patroon<sup>2</sup>. De levensverwachting, gerekend vanaf het nulde jaar, vertoont een toeneming van het verschil tussen man en vrouw, en zelfs een daling voor de man; in de periode 1921-1930 waren de getallen: 61.9 jaar voor de man, 63.5 jaar voor de vrouw (verschil 1.6 jaar) — voor 1931-1940: 65.7 jaar respectievelijk 67.2 jaar (verschil 1.5 jaar) — voor 1951-1955: 70.9 jaar respectievelijk 73.5 jaar (verschil 2.6 jaar) — voor 1956-1960: 71.4 jaar respectievelijk 74.8 jaar (verschil 3.4 jaar) — voor 1961-1965: 71.1 jaar respectievelijk 75.9 jaar (verschil 4.8 jaar)<sup>3</sup>.

De toeneming van arteriosclerotische en degeneratieve hartziekten onder mannen treedt voornamelijk op middelbare leeftijd op: voor de leeftijdsgroep 40-44 jaar bedraagt de toeneming een factor 3.6 — voor de groep 45-49 jaar een factor 2.5 — voor de groep 50-54 jaar een factor 2.0 — voor de groep 55-59 jaar ook een factor 2.0 — voor de groep 60-64 jaar een factor 1.7<sup>4</sup>.

Wij zouden kunnen zeggen: laten de mannen de luiers spoelen en de aardappels schillen - maar wanneer er verder niets zou veranderen, zouden over enige tijd de vrouwen dit beeld vertonen. Hier hebben wij al direct een verwijzing naar de cultuur: de vrouwen gaan, ook ten opzichte van de man, steeds langer leven, mits zij ongeëmancipeerd blij-

\* Voor een verslag van deze afdelingsvergadering zie Medisch Contact nr. 49 van 4 december 1970, bladzijde 1339.

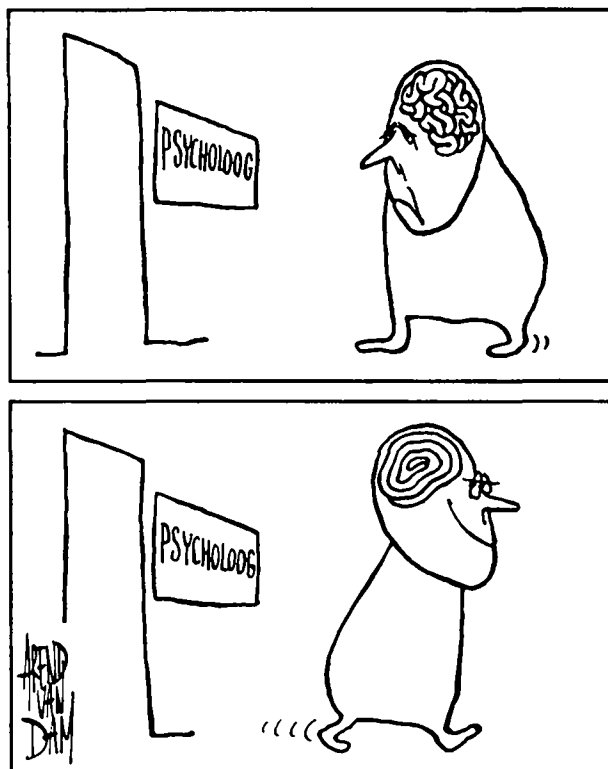
ven; emanciperen zij zich in de bestaande maatschappij, dan zitten zij straks met dezelfde statistieken. Hoe komt dit?

Het „Textbook of Medicine” van Cecil en Loeb besteedt 4 van de 1727 bladzijden aan het stress-syndroom; Harrison helemaal geen. Toch zijn de aanwijzingen zeer groot, dat het stress-syndroom de schakel is die onze maatschappij en de toeneming van de atherosclerose verbindt. Uitstorting van groeihormoon, cortisol en adrenaline geven lipolyse. Dit is voor een dier een gunstig mechanisme: stress betekent voor het dier de directe noodzaak van heftige spierarbeid. Daarbij consumeert de spier de vrijgekomen vetzuren preferentieel, zodat glucose wordt gespaard voor de hersenen, die hiervan immers afhankelijk zijn. Wanneer nu echter dit dier wel in een stress raakt maar daarbij geen extra spierarbeid verricht (bijvoorbeeld in zijn auto in een file zit, of achter zijn bureau onder druk zit), dan geeft het vrijkomen van vetzuren aanleiding tot verhoogde endogene triglyceridenvorming en synthese van cholesterol in de lever. En alleen al uit de beelden van de hyperlipoproteïnemieën weten wij dat hierdoor een versnelling van atheroomvorming plaatsvindt. Waarschijnlijk is het stress-syndroom belangrijker dan de geïsoleerde factor dieet.

Uit een onderzoek van Groen e.a. in ons land is gebleken, dat Benedictijnen een hogere cholesterolspiegel hebben dan Trappisten; dit verschil is te verklaren doordat de Trappisten zich meer dieetbeperkingen opleggen dan de Benedictijnen. Maar het bleek, dat de frequentie van hart- en vaatziekten voor beide groepen hetzelfde was en veel lager was dan voor de rest van de bevolking<sup>5</sup>.

Hoe kunnen wij, ongelukkigen buiten de kloostermuren, nu onze kansen verbeteren? Bijvoorbeeld door een adaptatie aan ons nieuwe milieu van prestatie, competitie en vuil: door niet meer door deze realiteiten in stress te raken? Een poging daartoe ziet men in de subcultuur van de pop: het ideaal is „cool” te zijn. In het Kralingse bos lag men roerloos, zwijsend gaf men elkaar de „joint” door. Vanaf het hoge podium, waar de halfgoden schreeuwend en dansend de apparatuur bedienden, golfde een orgie van elektronisch geweld neer, maar in het veld hield men zich kalm; men oefende zich in adaptatie: hoe het geweld van deze maatschappij te overleven.

Ik noem nog iets gek: de toeneming van het werkverzuim. Bij Philips Medische Dienst constateerde men over de periode 1966-1968 een toeneming van 20%<sup>6</sup>. Voor de verschillende leeftijdsgroepen was er een opvallende stijging van het verzuimpercentage met de leeftijd, behalve voor de hogere ambten. Voor het hele land steeg in de periode 1958-1968 het verzuim, uitgedrukt als percentage van de arbeidstijd van 4.7 naar 7.2<sup>7</sup>. Het meest opvallende is dat niet de kortdurende verzuimen toenemen, maar juist die met een duur van 15-21 dagen (1966-1968 met 176%)<sup>6</sup>. Dit sluit eenvoudige simulatie uit. Of het nu op psycho-sociaal niveau is of op microbiologisch niveau, het zou kunnen zijn dat de-



ze getallen wijzen òf op een vermindering van ons weerstandsvermogen òf op een vermeerderde pathogene invloed van het milieu òf op beide. Alleen al deze mogelijkheden zijn ernstig genoeg om intensief onderzoek te rechtvaardigen: er is een adaptatieprobleem.

In dit verband noem ik nog de enorme omzet in psychofarmaca. In het werkgebied van het Algemeen Ziekenfonds „Arnhem en Omstreken” vond men dat, zowel gemeten aan het aantal afleverings-eenheden als aan de kosten per ziel, librium en valium de twee meest voorgeschreven middelen waren<sup>8</sup>.

Adaptatie is een begrip vol ambivalenties, en wel omdat er naast feiten waarden zijn. Dubos zegt: „Paradoxaal is het meest problematische aspect van adaptatie juist het feit dat mensen zo goed adapteren. Juist dit vermogen tot adaptatie stelt hen in staat zich aan te passen aan omstandigheden en gewoonten die tenslotte de voor het menselijk bestaan meest karakteristieke waarden zullen vernietigen”<sup>9</sup>. Adaptatie is een nuttig verschijnsel voor zover het ons mogelijk maakt de bedreigingen van het milieu te overleven; maar ditzelfde verschijnsel wordt een gevaar zodra het te goed werkt - wanneer de milieuverstoring leidt tot een aanpassing die het bestaan zo vervormt, dat alleen het vege lijf wordt gered en datgene waarvoor men leeft teloor gaat. Waarvoor men leeft: dat is de ervaring te leven, de ervaring op te groeien, te functioneren, af te sterven. Door die levenservaringen houd je de centrale waarde in stand: dat het leven de moeite waard is te worden geleefd, dat je het kunt liefheb-

ben. Juist deze capaciteit, het in stand houden van deze waarde, dreigt door aanpassing aan een maatschappelijk milieu van prestatiestreven, competitie en uitbuiting, te worden kapotgemaakt. Deze systematische kapotmakerij noem ik het nihilisme - het verschijnsel dat Nietzsche heeft aangekondigd: de diep verborgen haat tegen het leven, de massale rancune.

Hoe adapteren de artsen, wat voor geneeskunde is er ontstaan? De geneeskunde is pas in de laatste decennia gegroeid van een nogal onduidelijke kunst naar een grotere kunde. Dat is goed: wij hebben een wetenschap en een apparaat waarmee wij sinds een jaar of 40 wat kunnen doen. Het gevaar is nu: eenzijdigheid van de wetenschappelijke ontplooiing en een bepaaldheid van ons handelen door de technologie. Het accent ligt budgettair en mentaal op de specialistische geneeskunde in de ziekenhuizen - dat is goed voor de aanpak van de geïsoleerde patiënt; het is slecht voor de benadering van de patiënt als sociaal wezen met a. een ecologische achtergrond en b. een levenservaring. Enige gegevens ter adstructie van de trend naar ziekenhuisgeneeskunde.

De ziekenhuizen worden groter<sup>10</sup>:

jaar	aantal ZH	aantal bedden	bedden per ZH
1958 .....	270	52020	193
1967 .....	268	64287	240

De verdeling van de geneeskundige beroepen gaat in de richting van de bestaande specialismen<sup>12</sup>:

jaar	huisartsen	specialisten	overige geneeskundigen
1958 .....	4320	3589	4617
1967 .....	4506	6085	4183

De lijn van het specialistengetal kruist die van de huisartsen in 1963; in de USA gebeurde dit in 1960<sup>12</sup>. Per 1.000 inwoners zijn er de volgende huisartsen- en specialistentallen<sup>13</sup>:

jaar	huisartsen	specialisten
1958 .....	0.38	0.32
1967 .....	0.36	0.48

Het aantal doorverwijzingen door de huisarts neemt steeds toe; het is nu al 340 van elke 1000 patiënten<sup>14</sup>. Het aantal verrichtingen neemt toe: het aantal röntgenonderzoeken verdubbelt elke 10 jaar, het aantal laboratoriumonderzoeken elke 5 jaar<sup>15</sup>.

Door de ontwikkeling van de bio-medische basiswetenschappen, van werkzame farmaca, van medische technologie en van medische organisatie is de specialistische geneeskunde machtig geworden, en zij zal steeds machtiger worden. Machtiger waar-toe? Voornamelijk tot symptoombestrijding. De oorzaken van verreweg de meeste klachten waarmee de mensen komen kan dit soort geneeskunde niet vinden. Tussen de vraag van de patiënten en het aanbod van de geneeskundigen gaapt een breder wordende kloof. Wij hebben een technisch-biologische geneeskunde, maar de meeste klachten, daar is iedereen het over eens, zijn veeleer psycho-sociaal bepaald.

Naast de nog min of meer duidelijke psychische en psychosomatische beelden zijn er de veel frequentere „vage klachten”, waar wij weinig of niets mee kunnen doen, eenvoudig omdat wij er geen ziektes voor hebben; wij begrijpen ze niet. Maar laten wij niet vergeten, dat een eeuw geleden de artsen misschien ook spraken van vage klachten, terwijl wij nu zouden spreken van abdominale Hodgkin, niertuberculose, lactase-deficiëntie, stenose van de A. mesenterica sup.

Maar naast de vage beelden en de psychische en de psychosomatische afwijkingen, zijn er de cultuurziekten, de aandoeningen die kenmerkend zijn voor onze cultuur. Hieronder valt zeker de atherosclerose met al zijn complicaties. Misschien zijn er wel veel en veel meer cultuurziekten dan wij in het algemeen denken; misschien vallen veel maligniteiten er onder<sup>16</sup>.

Al deze klachten en ziekten behandelen wij eigenlijk alleen individueel en symptomatisch en wij verwaarlozen zelfs de mogelijkheden van een veel fundamenteeler aanpak te onderzoeken op macroschaal en aetiologisch (causaal). Wij werken en onderzoeken wel heel hard, maar ons activisme is veelal weinig relevant: wij bijten ons vast in de verschijnselen en die nemen wij zoveel mogelijk weg door praatjes, ingrepen en pillen - tot ze weer terugkomen (voorbeeld: adipositas; menopauzeklachten). Wat betreft de hart- en vaatziekten: wij organiseren vliegende ambulancediensten, wij houden hartteams standby, wij ontwikkelen coronaria-röntgenologie en -chirurgie, wij propageren diëten met onverzadigde vetzuren, etcetera - een technologische en organisatorische razernij die het aantal hart- en vaatziekten zeker bij de professionele deelnemers niet zal doen afnemen, maar dan zullen zij worden gered door circulatory assist devices, door harttransplantatie en in een nog verdere toekomst door een mechanisch hartequivalent. Deze hysterie kost handenvol geld en intellectuele energie - het is zelfs de vraag,

of deze ontwikkeling op den duur niet 100% of meer van de Rijksbegroting zal kosten.

Intussen zijn de mensen er niet mee geholpen, want met het opgelapte hart blijven zij dezelfde onbewuste, vervreemde en gefrustreerde slachtoffers van dezelfde maatschappij in chronische stress. Dit soort medisch activisme draagt bij tot de dubieuze adaptatie die onze cultuur steeds meer kenmerkt: het organisme adapteert veelal met „geneeskundige” hulp, ten koste van de ervaring.

Dit soort geneeskunde — en wij oefenen deze allemaal min of meer uit — helpt mee aan het gigantische onderdrukingsproces waarin onze cultuur verstrikt is geraakt. Het huidige onderwijs doet eraan mee, de huidige gezinsideologie met de fatale rolverdeling van man en vrouw en opvoedingspatroon, de consumentenideologie opgewekt door gewetenloze reclame en ook een geneeskunde die hardnekkig symptomen bestrijdt en causaliteiten verwaarloost. Daarmee drukken wij de signalen weg waarmee de mensen dag in dag uit de spreekkamers binnenkomen, signalen waarmee zij over hun schouder verwijzen naar woning, huwelijk, gezin, school, buurt, werkplaats.

Maar voor deze ecologische overwegingen is geen plaats; Cecil en Loeb besteden 23 van de 1727 bladzijden aan „Environmental factors in disease” en daarin staat nog niets van belang in deze. De geneeskundige arbeid neemt toe in technische „sophistication” en intensiteit, en wordt steeds minder relevant. Er is geen goed ontwikkelde bejaardenzorg; er is nog steeds geen specialisme geriatrie. De geneeskunde voor bejaarden kenmerkt zich nu door een onderdiagnostiek „thuis” en door een soort overdiagnostiek zodra een bejaarde in het ziekenhuis terechtkomt. En dat, terwijl het aantal bejaarden snel stijgt: tussen 1965 en 2000 waarschijnlijk met 80%, bij een bevolkingsstijging van 47%<sup>17</sup>. Over de verwaarlozing van geboorteregeling en seksuologie in het algemeen is de laatste tijd het een en ander gebleken. Over de abortus hoeven wij niet te spreken. 51% van de Nederlandse huisartsen weigert anti-conceptionele hulp aan meisjes van 15-17 jaar, 25% meent dat geslachtsgemeenschap tijdens de menstruatie schadelijk is, en 30% meent dat veel masturberen schadelijk is voor de gezondheid<sup>18</sup>. De andere kant wordt zo mogelijk nog erger verwaarloosd: de hulp bij infertiliteit. Bij de mannelijke infertiliteit is hetero-inseminatie de enige oplossing wanneer per se kinderen worden gewenst; deze mogelijkheid is hier vrijwel taboe. De ontevredenheid over de geestelijke gezondheidszorg heeft op het congres van de Federatie vorige week vrijwel tot een explosie geleid.

Er is sprake van een crisis van de geneeskunde, zoals er sprake is van een crisis van de universiteit. Deze crises ontstaan zodra een aantal personen twee vragen werkelijk stellen: wat is er overgebleven van de relevantie en wat van de kritische functie van de wetenschap? Dit geldt direct voor de geneeskunde. Over de relevantie en irrelevantie van

de geneeskunde hebben wij het gehad. Nu iets over de kritische functie.

Het is de vraag, of de huidige geneeskunde er zelfs in zou kunnen slagen de symptomen die zij bestrijdt weg te nemen, of voor dat doel ooit voldoende geld en mankracht te mobiliseren zouden zijn. Maar gesteld, dat men ooit alle psychische en psychosomatische klachten zal kunnen wegnemen en de cultuurziekten genezen door medicamenten en technieken (wie weet vinden wij nog eens een echt anxiolyticum uit) - zou dat gunstig zijn? Ik denk van niet: wij zouden de signalen van gekwetste waarden hebben weggenomen, en daarmee de laatste wanhopige uiting van geestelijk stuiptrekkende individuen. Wij zouden de mensen „genezen” tot een soort bewusteloos geluk, een bestaan als een kleurenfoto — kortom tot een „gelukkig bewustzijn” zoals Marcuse het noemt, gaaf, glanzend, hygiënisch - en leeg. Die patiënt met die maagzweer, die hypertensie, die atherosclerose, die neurose - hij weet zelf niet eens hoeveel gelijk hij vaak heeft, hoe gerechtvaardigd en gezond die opstand van zijn organisme kan zijn. Als wij straks alles kunnen „genezen”, dan kan de mens niet meer lijden aan een psychosociaal of biologisch milieu dat hem eerst recht verziekt, dat is: zijn capaciteit om het leven te ervaren en lief te hebben kapotmaakt.

De dokters adapteren zich wel: van paternalistische, wijze of onwijze magiërs zullen zij medische ingenieurs worden in gezondheidsfabrieken. Laten wij hopen, dat de patiënten nog een tijd zullen weigeren.

Erich Fromm heeft gezegd dat de eerste voorwaarde voor opstand (voor een exodus uit de repressieve vleespottencultuur van Egypte) de capaciteit tot lijden is<sup>19</sup>. „The beginning of liberation lies in man's capacity to suffer”. Pas dan kan hij zich bevrijden, door neen te zeggen: „Man creates himself in the historical process which began with his first act of freedom - the freedom to disobey, to say „no”<sup>20</sup>. Bevrijding betekent bewustwording. Hoe kan de geneeskunde hieraan bijdragen?

De geneeskunde kan bijdragen aan de bevrijding, dat is de bewustwording, door hervormingen: a. in de opleiding, b. in organisatie en uitvoering.

#### *ad a. Hervormingen in de opleiding.*

De vrijwel exclusieve natuurwetenschappelijke benadering in de preklinische studie moet worden vervangen door een verdeling van de vakken rond het specifiek menselijke: humane biologie en gedragswetenschappen. Wat betreft de kliniek verdienen de opmerkingen van Feinstein de aandacht: de klinici hebben tot nog toe nagelaten naast ziektenleer en pathofysiologie een wetenschappelijk gefundeerde leer van de behandeling te ontwikkelen<sup>21</sup>.

De huidige geneeskunde hanteert alleen het „ziektemodel”, de sociale wetenschappen zouden een „interactiemodel” moeten introduceren<sup>22</sup>. Maar dat zouden zij niet moeten doen onder een medisch directoraat, want dan verliezen zij dat model snel,

zij „vermediseren“<sup>23</sup>, de sociologen en psychologen zullen ook hun recepten gaan uitreiken. Deze aanvulling op het ziektemodel zou enorm vruchtbaar kunnen zijn voor een uitwerking van een medische ecologie: het is vaak veel nuttiger om te constateren, dat er iets *tussen* de patiënt en (de mensen uit) zijn omgeving mis is (interactie) dan dat er iets *in* hem mis is (ziekte).

De huidige medische faculteit staat erg geïsoleerd in de universiteit, maar meer nog geïsoleerd van de maatschappij. Zij leert het vak vrijwel helemaal in het academisch ziekenhuis. Veel know-how uit de perifere praktijk wordt verwaarloosd. Leermeesters zijn degenen die hebben gekozen voor de hogeschool-geneeskunde, hetgeen een selectie geeft van overgedragen klinische kennis. Dit geeft een — ongewilde — depreciatie van specialismen als huisarts, bedrijfsarts en dergelijke met als gevolg de trend die ik heb getoond. Verder leert men niet samenwerken met werkers in andere disciplines, zoals sociaal werkers etc.

Uit de enquête „Huisarts en Publiek“ bleek, dat veel huisartsen wel met een sociaal team zouden willen samenwerken, maar geen mogelijkheid zien dit te realiseren. Tenslotte geeft deze depreciatie een selectie op intellectuele capaciteit: een soort brain drain naar de academische ziekenhuizen, waar de knappe koppen hun tijd vullen met hun research-hobbies, eindeloze zaalvisites en patiëntenbesprekingen.

#### *ad b. Hervormingen in organisatie en uitvoering.*

De ontwikkeling van de sociaal-psychologische en de ecologisch-epidemiologische benadering is veel urgenter dan de verdere ontwikkeling van de individueel-biologische. Daarom is er een prioriteit voor de ontwikkeling van een werkelijk georganiseerde extramurale geneeskunde boven de intramurale. Het gaat dus om de ontwikkeling van wijkgezondheidscentra. Er zijn initiatieven waar in deze ervaring wordt opgedaan. Ik denk dat er een aantal voorwaarden moet zijn vervuld, wil zo'n centrum optimaal functioneren:

1. een gezondheidsteam, met naast artsen met verschillende medische kundigheden (op huisarts-niveau) sociologen, psychologen, sociale werkers;

2. geen verplicht medisch directoraat; eventueel een roulerend directoraat;

3. volledige democratisering: dus deelneming van alle inbrengende instanties in het proces van evaluering en behandeling - ook de patiënt; de patiënt, degene die het gegeven aanbrengt, moet bij dit proces betrokken zijn om steeds corrigerend te kunnen optreden;

4. hantering van het interactiemodel naast het ziektemodel; bij de behandeling het bewustwor-

dingsmoment inschakelen: naast het aanpassingsmodel het conflictmodel<sup>22</sup>.

Ik geloof, dat eigenlijk dit laatste het belangrijkste is - en daarin hervindt de wetenschap (hier de geneeskunde) haar oorspronkelijk kritische functie: de geneeskunde kan in deze tijd vooral relevant zijn door het proces van kritische bewustwording bij de mensen die om hulp vragen te stimuleren. Door deze kritische functie kan de geneeskunde bijdragen tot de vorming van het soort mensen dat het ongelukkige milieu dat wij zelf hebben gemaakt verandert.

Dubieuze adaptaties: de voornaamste ziekmakende factoren in ons milieu hebben wij zelf gemaakt, omdat wij zelf ons milieu hebben gemaakt: natuur is grotendeels vervangen door cultuur. Zoals wij lang geleden zijn opgehouden ons zonder meer aan het natuurlijke milieu aan te passen maar de natuur zijn gaan bewerken (het dier werd mens), zo zullen wij nu de maatschappelijke structuren die zijn gegroeid moeten aanpakken. Aanpassing aan die structuren bevorderen door een bepaalde geneeskunde is een politieke keuze; systematisch kritische bewustwording stimuleren door een andere geneeskunde is een andere politieke keuze. Veel meer dan deze bijdrage tot kritische bewustzijnsvorming kunnen artsen als artsen niet leveren, evenmin als andere wetenschappers. Het wachten is onder anderen op mensen die van patiënt, kritische patiënt en kritische burger worden.

Rotterdam, 25 november 1970

#### **Literatuur**

1. zie R. Dubos: *Man Adapting*, Yale 1965, p. 242
2. *World Health Statistics Annual*, WHO 1970
3. CBS Sterftetabels voor Nederland 1961-1965, p.3
4. zie Statistisch Zakboek 1969, grafiek 5
5. J. J. K. Groen e.a., *Amer. J. Clin. Nutr.* 10 (1962) 456; gecit. door Dubos, a.w. p. 242
6. Philips Medische Dienst, Jaarverslag 1968, pp. 52 en 53
7. Statistisch Zakboek 1969, p. 26
8. L. R. Canta e.a., *Pharm. Weekbl.* 105 (1970) 660
9. R. Dubos, a.w. p. 278
10. Statistisch Zakboek 1969, p. 31
11. idem, p. 30
12. zie C. F. Code, *New Engl. J. Med.* 283 (M970) 679
13. Statistisch Zakboek 1969, p. 32
14. P. A. Zeven in *Rotterdams Parool* 30 okt. 1970
15. J. Hendriks in *De Volkskrant* 1 sept. 1969
16. zie G. A. Harrison e.a.: *Human Biology*, Oxford 1964, p. 287 en 288
17. zie *Medisch Contact* 25 (1970) 1153
18. Onderzoek met betrekking tot de houding en kennis van de huisarts ten aanzien van de anticonceptie; gecit. door J. Arts, *Nieuwe Linie* 10 okt. 1970
19. E. Fromm: *You shall be as gods*, New York 1966, p. 74
20. idem, p. 71
21. zie A. R. Feinstein, *New Engl. J. Med.* 283 (1970) 847
22. zie C. J. B. J. Trimbos, *Maandblad voor de Geestel. Volksgez.* 25 (1970) 248
23. zie J. P. Teuns, *Kanttekeningen bij het congres der KNMG* 1970

# Perspectief in de klinische geneeskunde

*Definitieve versie van de voordracht van Prof. Dr. A. Querido, zoals gehouden op het 22ste ledencongres der K.N.M.G.*

Het verlangen een perspectief in de klinische geneeskunde te zien komt waarschijnlijk voort uit de snelheid waarmee zich de enorme veranderingen in de klinische geneeskunde in de afgelopen 25 jaar hebben voltrokken. Er is in deze sector der gezondheidszorg meer gebeurd dan ooit tevoren, met uitzondering misschien van het moment dat de asepsis werd ingevoerd. Het patroon van patiënten in ziekenhuizen is in korte tijd volledig veranderd door het invoeren van vaccinaties en anti-bacteriële therapie, hetgeen zelfs ertoe heeft geleid dat bepaalde infectie-afdelingen werden gesloten en sanatoria werden opgeheven. In de chirurgie werd vrijwel alles mogelijk door de moderne anaesthesiologie de hart-long-machine en het inbrengen van vaatprothesen. Het transplanteren van nieren geldt thans als een effectieve therapie. Een generatie die dit alles heeft zien gebeuren vraagt zich natuurlijk af: what next?

Komt er een doorbraak bij de preventie van atherosclerose? Hoe gaan de correctieve operaties voor coronaire afsluiting zich ontwikkelen? Staat een behandeling of preventie van het carcinoom voor de deur?

Gelukkig voor mij zijn anderen reeds vóór vandaag even zeer geïnteresseerd geweest in deze vraagstukken als u en ik. Hierbij denk ik bijvoorbeeld aan de farmaceutische industrie, die uiteraard graag lang tevoren wil weten waar het heen gaat, omdat de afstand tussen vinding en produktie vele jaren duurt en de daarbij noodzakelijke risico-dragende investeringen bijzonder hoog zijn. Het zal u

De beschouwing van Prof. Dr. A. Querido, welke werd gepubliceerd in de reeks voordrachten, gehouden op het 22ste Ledencongres van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst te 's-Gravenhage, afgedrukt in Medisch Contact nr. 41 van 9 oktober j.l., waren slechts bedoeld als voorbereidende aantekeningen van de spreker voor diens referaat „Perspectief in de klinische geneeskunde”. Op deze en de volgende pagina's wordt de voordracht van Prof. Querido, inclusief de illustraties welke hij op het congres als lichtbeelden deed projecteren, integraal gereproduceerd.

duidelijk zijn dat deze industrie op middelen zint om steviger grond onder de voeten te krijgen dan voorstellingen die verkregen zijn door kijken in koffie-dik. Men heeft daartoe — in navolging van de Rand-Corporation — zo wetenschappelijk mogelijk futurologie bedreven, hoewel de naam van dit onderzoek: „Delphische studies” (in analogie aan het Delphische orakel) dit misschien niet doet vermoeden.

De daarbij gebruikte techniek komt in het kort hierop neer dat vragenlijsten worden opgesteld, die aan vele deskundigen worden voorgelegd en waarvan de gegevens na hergroepering opnieuw worden beoordeeld om tenslotte statistisch te worden bewerkt. Uit een van deze recente Delphische studies heb ik een paar punten samengevat. In de eerste plaats een keuze van een paar punten waarover in de voorstudie eenstemmigheid bestond (fig. 1). In een tweede figuur heb ik uit de vele gegevens een paar resultaten samengevat, en weergegeven zoals dat in deze studies gebruikelijk is. Er wordt een onderscheid gemaakt tussen conclusies met 50% overeenstemming en 90% eenheid van mening (fig. 2, zie de volgende bladzijde).

Na over een uitgebreid gebied binnen de geneeskunde de gegevens op deze wijze te hebben gerangschikt komt men tot het opstellen van een „scenario” voor de geneeskunde van 1980. Ik zal enkele passages uit genoemde publikatie citeren:

„In de Verenigde Staten zal in de toekomst een student reeds na 2 jaar „college” naar de medische faculteit gaan. (Dit was voorheen 4 jaar en de be-

Fig. 1. Overeenstemming bereikt in de eerste bespreking.

## 1970-1975

Ontwikkeling van apparaten en technieken die tijdelijk het pompmechanisme van het hart bijstaan.

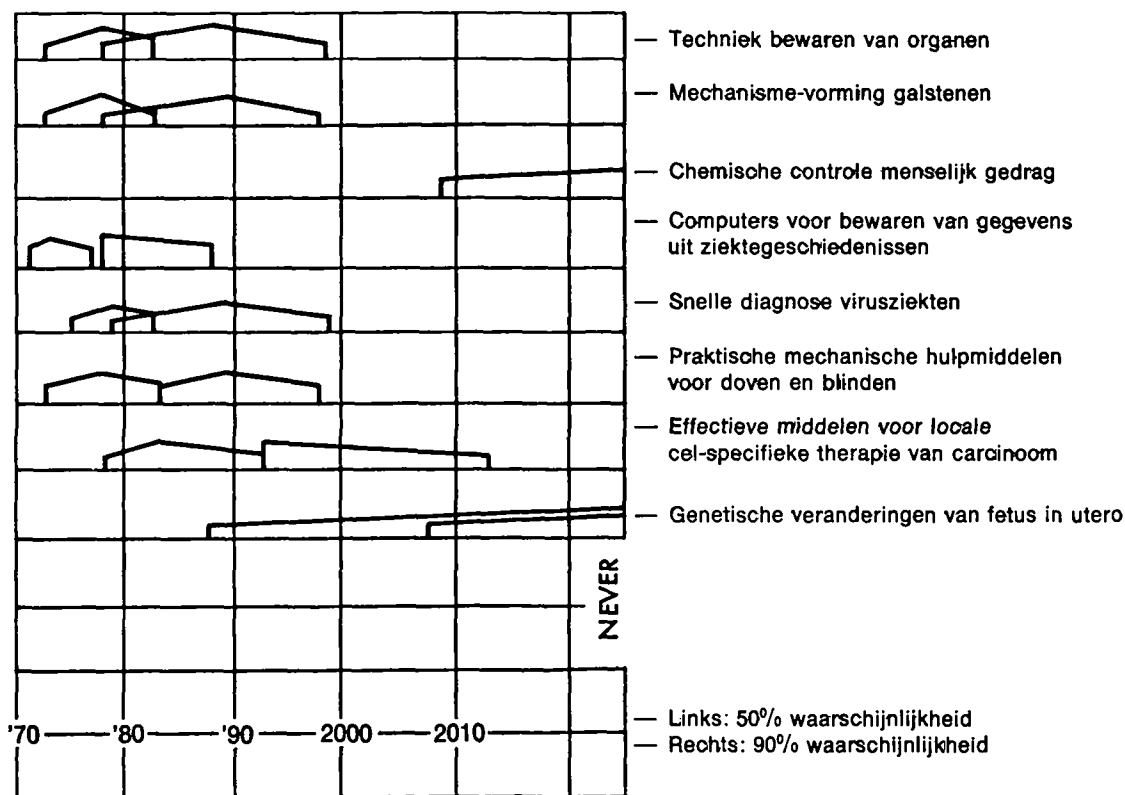
## 1976-1980

Geneesmiddelen die galstenen en nierstenen doen oplossen, zodat heelkunde overbodig wordt.

Geneesmiddelen met ontsteking-onderdrukkende werking en voor therapie van artritis, met minimale nevenwerking.

Verbetering van technieken voor het bewaren van organen bedoeld voor transplantatie.

De ontwikkeling van een goedkope kunstnier voor ziekenhuizen en poliklinieken.



korting leidt dus tot een leeftijd voor de eerstejaars ongeveer gelijk aan die van de Nederlandse studenten thans.) De Amerikaanse faculteit zal een onderwijs-centrum worden voor alle typen para-medisch en medisch personeel inclusief voor academici in de „life sciences” hetgeen het beste met biologie kan worden vertaald. Reeds in het derde of vierde jaar zal de student zich gaan specialiseren (in verschillende buitenlandse universiteiten zijn studierichtingen in de medische faculteit, in analogie met de natuurfilosofische faculteit, reeds opgesteld). Nadat hij zijn beroep is gaan uitoefenen zal hij worden verplicht post-academiaal onderwijs te volgen en periodiek examens moeten herhalen.”

Te verwachten wijzigingen in het curriculum en de richting van het bio-medisch onderzoek worden nader besproken. Dan volgt:

„Het mechanisme van galziekten-vorming en het ontstaan van darmzweren zal bekend zijn evenals de mechanismen van de bloeddrukregulatie. Met nadruk wordt gesteld dat, in tegenstelling tot de opvattingen van Orwell, de chemische controle van gedrag nog steeds in een ver verschiet zal liggen. In de praktijk-voering zal de medicus kunnen steunen op computers voor diagnostiek en informatie. Zogenaamde „screening” technieken zullen meer worden gebruikt met het oog op preventie dan voor het vroeg herkennen van ziekten. Het geneesmidde-

len-pakket bevat effectieve middelen tegen fungusziekten en ook farmaca ter behandeling van addictie en auto-immune ziekten. Voor enkele carcinomen zullen celspecifieke middelen ter beschikking staan terwijl ook een vaccin ter voorkoming van hepatitis beschikbaar zal zijn. Geboorteregeling zal ook geschieden via beïnvloeding van de manlijke vrucht-

Fig. 3. Vergelijking van voorspellingen in drie Delphische studies.

Uitspraak	Mediane datum van verwacht resultaat		
	de publicatie	Heimer Gordon	Sk en F Intramuraal
Chemische beïnvloeding van ernstige psychiatrische ziekten, zoals schizofrenie	1993	1992	1985
Chemische behandeling van erfelijke afwijkingen	1998	2000	2009
Gebruik van geneesmiddelen ter beïnvloeding van het gedrag	1983	1983	1995
Controle van het verouderingsproces en verlenging van de levensduur	1993	2023	2017

baarheid. In de chirurgie zal een nieuw type pleister de hechtingen gaan vervangen en micro-chirurgie zal met laesers mogelijk worden. Het para-medisch personeel neemt een groter aandeel in het verzamelen van gegevens voor diagnostiek en therapie. Ernstig zieke patiënten zullen in daartoe speciaal ingerichte ziekenhuizen worden behandeld."

Er wordt tenslotte een toenemende verschuiving aangekondigd van activiteiten die nu in de kliniek gebeuren naar de poliklinieken en thuis. Hierbij zij opgemerkt dat deze tendens reeds bestaat bij de nierdialyse. Laatstgenoemde aspecten roepen de noodzaak op de structuur van de gezondheidszorg aan een diepgaand onderzoek te onderwerpen. Uit fig. 3 (zie de voorgaande bladzijde) kan men lezen dat men bij de Delphische studies die zijn verricht, tot redelijk eensluidende conclusies kwam. Voorspellingen verder dan 20 jaar worden niet serieus genomen.

Met eerdergenoemde citaten heb ik een indruk trachten te geven van hetgeen anderen na een zo verantwoord mogelijk onderzoek voor 1980 voorspellen. Met nadruk zij erop gewezen dat dit alles berust op een logische extrapolatie van bestaande gegevens. Het blijft voorspellen, en een geheel nieuwe wending of doorbraak van inzicht is niet inbegrepen.

Het is echter ook op een andere manier mogelijk om met enige zekerheid aanwijzingen van de toekomstige ontwikkeling te herkennen. Het is immers altijd zo dat op sommige plaatsen — en met name in landen waar de medische technologie sterk is ontwikkeld — reeds activiteiten worden ontplooid die zo goed blijken te functioneren, dat zonder meer kan worden verwacht dat ze ook in Nederland in de toekomst een algemene toepassing zullen vinden. Een goed voorbeeld hiervan zijn de reeds functionerende grote geautomatiseerde diagnostische labo-

ratoria, zoals in Uppsala en commercieel bij de United Medical Laboratories in de U.S.A. Het blijkt dat dit soort automatiseringen niet slechts personeel-besparend maar ook sterk kosten-verlagend werken, mits de omzet zeer groot is, bijvoorbeeld ten behoeve van 1 miljoen mensen. Deze centralisatie van laboratorium-analysen brengt uiteraard problemen mee van transport van monsters en snelle berichtgeving. Men heeft dit gekscherend wel postorderbedrijven genoemd. In wezen wijken ze uiteraard niet af van de taak die bij ons het R.I.V. vervult.

De artsen hebben in hun onderzoekkamer de beschikking over een kastje met verschillende kaarten en buisjes (fig. 4). Zij kunnen bloedmonsters insturen met een kaart waarop een „profiel” van gegevens wordt gevraagd, of gericht op enkele bepalingen. Van groot belang is dat een „profiel” uitzonderlijk goedkoop is. Een voorbeeld van een dergelijk profiel is weergegeven in fig. 5 (zie de volgende bladzijde). De kosten bij het Amerikaanse commerciële laboratorium bedragen \$ 7.—, terwijl dit in Nederland tegen ziekenfondstarief varieert tussen  $\pm$  f 130,— en f 193,—. Het spreekt m.i. vanzelf dat een dergelijke ontwikkeling in Nederland in 5 à 10 jaar een realiteit zal zijn.

Het beschikbaar komen van vele laboratorium-onderzoekingen tegen lage prijs kan vermoedelijk consequenties van geheel andere aard hebben. De vraag doet zich voor in hoeverre artsen die in de huisartsenpraktijk werkzaam zijn met deze mogelijkheden minder patiënten naar specialisten zullen gaan verwijzen, en specialisten meer poliklinisch kunnen afdoen. Dientengevolge zou een reductie ontstaan van het aantal patiënten dat opgenomen dient te worden, of hun opname-duur zou worden verkort. Een enkel onderzoek heeft zich reeds met

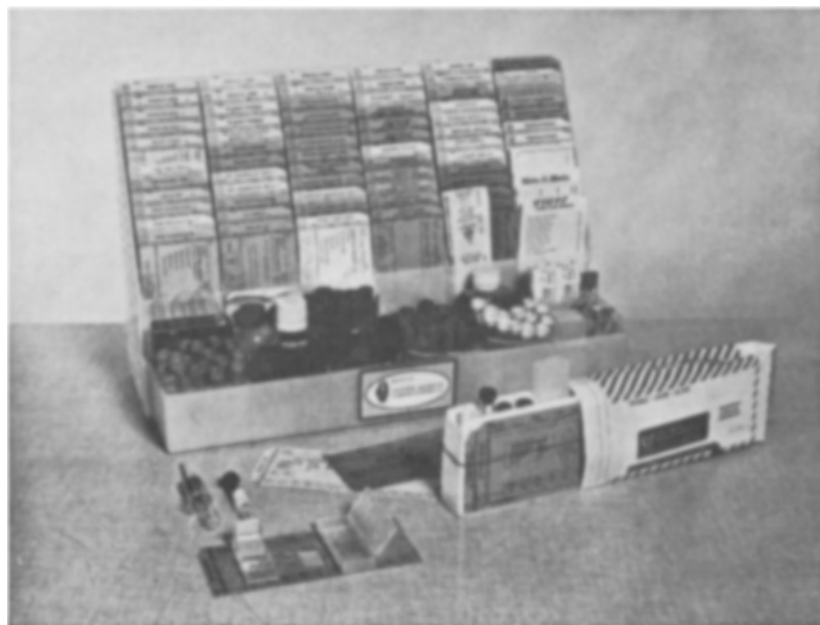


Fig. 4. De hulpmiddelen die de United Medical Laboratories ter beschikking stelt aan aangesloten artsen.



Carmalt, c.s. Deze onderzoekers bestudeerden twee groepen patiënten, respectievelijk 296 waarbij profielbepalingen werden gedaan, en een controlegroep van 293 personen, waarbij een gericht laboratorium-onderzoek werd verricht. Het bleek dat bij 17% van de groep waarbij profielbepalingen werden verricht een nieuwe diagnose werd gesteld. Naast het frequent herkennen van anaemie, werd ook myxoedeem, uraemie en diabetes mellitus in deze groep gediagnostiseerd. Uit de groep met profiel-analyse werden er slechts 8 naar een ziekenhuis verwezen tegenover 15 uit de controlegroep. De onderzoekers achten dit (gunstige) verschil niet bewezen, maar vestigden wel de aandacht op het feit dat dit type laboratoriumdiagnostiek in ieder geval tot behandeling leidt, voordat een patiënt wordt opgenomen, en dat daardoor ligdagen worden bespaard. Ik vraag uw aandacht voor dit probleem omdat de uitwerking in twee richtingen van grote betekenis is. In de eerste plaats zou het een verandering van de taak der huisarts kunnen betekenen, waardoor deze meer en sneller aan somatische diagnostiek kan doen. Vanzelfsprekend zal de opleiding dan mede gericht dienen te zijn op deze diagnostische techniek. Anderzijds is het van groot belang de mogelijkheden tot uitbreiding der poliklinische activiteiten te exploreren, tegen de achtergrond van de hoge kosten van ziekenhuisopname en de moeilijkheden welke deze instellingen thans ondervinden bij het aantrekken van voldoende personeel. Mijn indruk is dat de regionale ziekenhuizen (zie later) nu slechts met kunst en vliegwerk functioneren. Hoewel er meer verpleegsters zijn dan voorheen, spreken wij van een verpleegsters-tekort. De vraag is aan de orde of de werkzaamheden in de curatieve gezondheidszorg beter kunnen worden verdeeld, en of wij een meer efficiënt gebruik kunnen maken van de beschikbare academici en het para-medisch personeel. Misschien dienen ook nieuwsoortige medewerkers te worden opgeleid.

De gesignaleerde vraagstukken zijn slechts te benaderen door het ontwikkelen en bestuderen van modellen voor de toekomstige structuur der gezondheidszorg, en dus ook voor de klinische geneeskunde. Teneinde u een indruk te geven van dergelijke modelstudies vraag ik in de eerste plaats uw aandacht voor beschouwingen afkomstig van de Kaiser-Foundation. Deze maatschappij verzekerde tegen ziekte en gaf tevens de gelegenheid tot een jaarlijks geneeskundig onderzoek. Het bleek spoedig dat dit jaarlijks onderzoek niet meer door de medici te verwerken was en dit was aanleiding tot een studie over een meer efficiënte verdeling der werkzaamheden tussen artsen en para-medisch personeel. Recent verscheen van de hand van Garfield, die werkzaam is bij de Kaiser-Foundation, een interessante beschouwing over dit onderwerp. Het uitgangspunt van zijn analyse is dat de samenstelling van de groep personen die een arts bezoekt in de loop der jaren sterk is gewijzigd.

In 1900 was men ernstig ziek wanneer de dokter werd geraadpleegd. Meestal werd de patiënt naar

Fig. 5. Vergelijking van kosten voor 16 laboratoriumbepalingen door U.M.I. (U.S.A.) en Nederlandse ziekenfondsen.

LDH	} Necrosis Inflammation Neoplasm	Liver and Biliary System
SGO-T		
Bilirubin, total		
Total Protein	} Bone and joint disorders	Kidney function
Albumin		
Globulin		
A/G Ratio	} Gout	Metabolic status
Alkaline Phosphatase		
Uric Acid		
Urea Nitrogen (BUN)	} Diabetes	
Creatinine		
Glucose		
Cholesterol, total		
Total Lipids		
PBI		
T <sub>4</sub> (if PBI abnormal)		

Totaal berekend op 161 "punten"

1 punt = f 0.80 - f 1.20

Totaal vergoeding voor profiel II → f. 129.- - f. 193.-

\$ 7 = ± f. 26.-

het ziekenhuis verwezen. Omstreeks 1935 gingen niet alleen ernstig zieke mensen naar de dokter, maar ook mensen die zich niet goed voelden. Deze worden door Garfield omschreven als „early sick”. Inmiddels waren de diagnostische mogelijkheden uitgebreid, zodat aanvullende laboratorium-onderzoekingen en andere diagnostiek, zoals E.C.G. en röntgenfoto's, veelvuldig werden gebruikt en een deel hiervan poliklinisch kon worden verricht. De ernstige zieken gingen uiteraard naar het ziekenhuis. In 1970 is er een derde groep mensen bij gekomen, door Garfield aangeduid als de „worried well”: mensen die lichamelijk gezond zijn maar zich zorgen maken over hun gezondheid (fig. 6, zie de volgende bladzijde).

Deze nieuwe groep, met de zieken en de „early sick” veroorzaken reeds een overbelasting van het beschikbare apparaat, zowel economisch als technisch. De gecompliceerdheid van de bestaande organisatie vindt men terug in fig. 7 (zie de volgende bladzijde). Wanneer men dan bovendien nog uit preventieve overwegingen gezonden periodiek wil naziën, neemt het aantal verrichtingen nog verder toe. Volgens Garfield dient daarom een geheel ander systeem te worden ontwikkeld waarbij als het ware de bezoekers voorgesorteerd worden in categorieën en ook de noodzakelijke verrichtingen op verschillende plaatsen geschieden. Hij suggereert daartoe

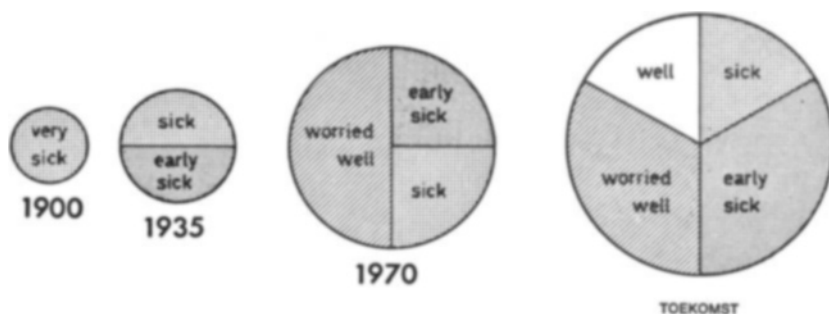


Fig. 6. Schema van Garfield (3), waarin wordt weergegeven dat niet slechts het aantal personen dat een arts bezoekt toeneemt, maar dat het totaal bezoek ook anders is samengesteld.

„centres” met verschillende taak en functie op te richten.

Het „Health Testing and Referral Centre” werkt met veel para-medische staf, uiteraard onder toezicht van artsen, en verwijst „de patiënten” naar de verschillende andere centra. Een uitzondering hierop zijn de zeer zieken, die rechtstreeks naar de „sick care centre” gaan waar de werkzaamheden van de artsen overwegen boven die van het para-

medisch personeel. Gezonden die gecontroleerd worden bezoeken het „health care centre” waar het accent ligt op de para-medische staf. Er is verder een preventieve dienst die ook de chronische zieken begeleidt en de revalidatie verzorgt. In deze sector staan de werkzaamheden van de para-medische staf weer op de voorgrond.

Het is beslist niet mijn bedoeling dit model aan u voor te stellen als een bruikbaar systeem voor Ne-

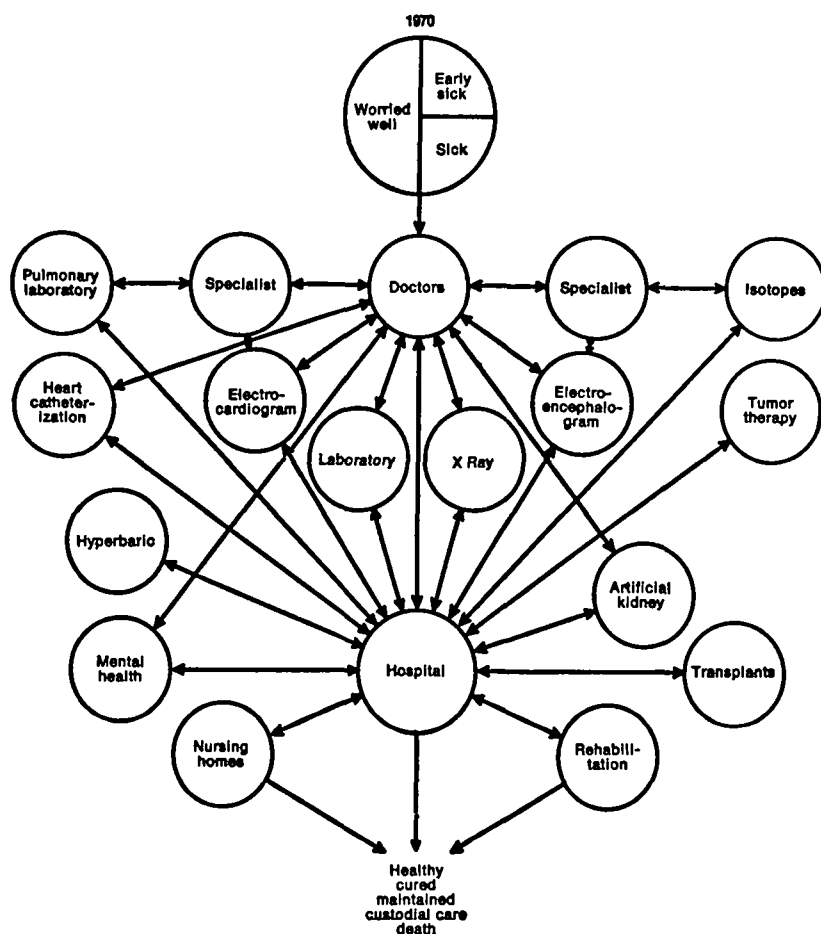


Fig. 7. Schema uit Garfield (3), waarin de onoverzichtelijkheid van de verrichtingen in de curatieve sector van de gezondheidszorg in de U.S.A. wordt afgebeeld.

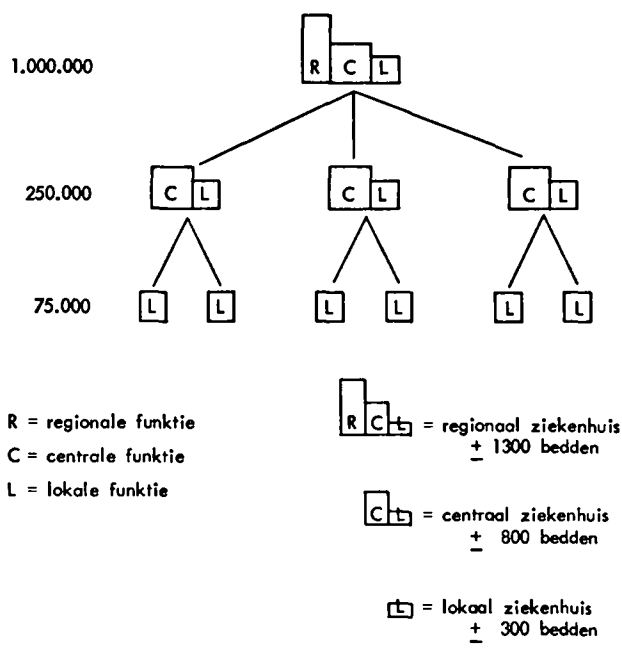
derland. In ons land is de bestaande gezondheidszorg anders gestructureerd dan in de U.S.A. en de verdeling van werkzaamheden is reeds nu essentieel verschillend door de centrale functie die in ons land de huisartsen vervullen. Mijn bedoeling is slechts om te tonen hoe dit soort gecompliceerde vraagstukken kunnen worden geanalyseerd. Indien ik juist ben ingelicht bestaat wel een analoog probleem in de geestelijke gezondheidszorg. De totale hoeveelheid werkzaamheden die zich hierin aandient, kan naar men zegt niet effectief worden verwerkt op basis van de individueel gerichte psychiatrische zorg, zoals deze nu in Nederland bestaat.

Tenslotte vraag ik uw aandacht voor een geheel realistische zaak, namelijk het vraagstuk van de regionalisatie der ziekenhuistaken. Regionalisatie van het ziekenhuiswezen functioneert sinds een tiental jaren in verschillende Westerse landen. Ik heb de indruk dat de meest doorzichtige structuur wordt nagestreefd in de Scandinavische landen. Het is u bekend dat recent een nieuwe Wet op de ziekenhuisvoorzieningen door de Tweede Kamer werd aangenomen, welke wet beoogt tot een verdeling van taken te komen. Het leek mij nuttig om de feitelijke achtergronden van regionalisatie van ziekenhuizen te bespreken omdat ik nog geen concrete gegevens in de Nederlandse literatuur ben tegengekomen. Ik ben het geheel eens met collega Stolte dat dit een zo moeilijk en technisch probleem is dat het opstellen van een plan vermoedelijk niet alleen kan geschieden door onderlinge besprekingen van ziekenhuizen in een streek of in een provincie. Het is mijn overtuiging dat de centrale overheid zich duidelijk moet uitspreken over alternatieve mogelijkheden.

In fig. 8 ziet u in sterk geschematiseerde vorm de indeling die in Denemarken wordt nagestreefd. Men deelt de ziekenhuizen in drie categorieën in. Lokale ziekenhuizen bestrijken een areaal van ongeveer 75.000 inwoners; centrale ziekenhuizen zijn bestemd voor 250.000 inwoners en de regionale ziekenhuizen voor een regio van 1 miljoen inwoners. In de figuur valt op dat een regionaal ziekenhuis is opgebouwd uit 3 componenten, een regionale functie, een centraal ziekenhuis en een lokaal ziekenhuis. Het centrale ziekenhuis heeft twee componenten, de centrale functies en een lokaal ziekenhuis. De samenstelling met specialismen is schematisch als volgt: een lokaal ziekenhuis heeft 4 à 5 specialismen (zoals inwendige geneeskunde, algemene heilkunde, röntgenologie en anaesthesiologie), terwijl een centraal ziekenhuis 10 à 12 specialismen omvat en een regionaal ziekenhuis een 30-tal specialismen heeft.

Een nadere analyse van de specialismen in het regionale ziekenhuis leert dat een groot deel vooral is gericht op uitgebreide diagnostische mogelijkheden voor de klinische specialismen. Men zou ze samenwerkende, steunende en diagnostische diensten kunnen noemen. In de eerste plaats is er een omvangrijke en gespecialiseerde röntgenologie. Andere specialismen zijn onder andere de microbiële diagnostiek, de klinisch-chemische diagnostiek,

Fig. 8. Schema van het Deense ziekenhuis regionalisatieplan, naar: „Sygehusvaesenets planlægning”, vol. IV, p. 421-432 (1968).



nucleaire geneeskunde, de pathofysiologie, en de gespecialiseerde pathologie. Dit facet van een regionaal ziekenhuis is geheel in overeenstemming met wat de Amsterdamse Querido heeft geschreven over de plaats van het ziekenhuis in de maatschappij. De functie die een ziekenhuis vervult wordt slechts ten dele bepaald door de aanwezige klinische specialisten maar vooral door de mogelijkheden die het ziekenhuis voor diagnostiek en therapie biedt.

Een belangrijke vraag is nu waarom al deze mogelijkheden in een enkel ziekenhuis per 1 miljoen inwoners worden geconcentreerd. Dit laat zich het eenvoudigst aan enkele voorbeelden illustreren. De hartchirurgie kan slechts goed functioneren wanneer er tenminste een tweetal volwaardige hartchirurgen aanwezig zijn. Zij moeten elkaar kunnen helpen bij de operatie en elkaar kunnen vervangen. Verder werkt zo'n afdeling uiteraard samen met de afdelingen cardiologie, en de pathofysiologie van de longen, met een goed bezette afdeling anaesthesiologie en een gespecialiseerde röntgenologie, en tenslotte dient ze te beschikken over een goed functionerende intensive care eenheid. Teneinde de zware personeelsbezetting en de aanschaffing van kostbare apparatuur te rechtvaardigen moet zo'n afdeling uiteraard een bepaalde omvang hebben. Mijn indruk uit gesprekken is dat een dergelijke omvang wordt bereikt bij 40 à 50 bedden. Dit blijkt overeen te komen met de behoefte aan hartchirurgie voor een regio met 1 miljoen inwoners. Een eensluidende redenering kan men opstellen voor de combinatie neurologie en neuro-chirurgie, die eveneens moeten

steunen op een ruim bezette en goed georganiseerde infrastructuur.

Er zijn vele andere voordelen verbonden aan het nastreven van een geregionaliseerd ziekenhuisbeleid. In een regio met 1 miljoen inwoners wordt de totale organisatie van de gezondheidszorg overzichtelijker. De relatie tussen huisartsen, verpleeghuizen, ziekenhuizen en andere voorzieningen wordt duidelijker en de communicatielijnen zijn eenvoudiger te trekken. De specialisten-opleidingen en de nascholings-cursussen kunnen beter worden georganiseerd. Van groot belang is ook dat de behoefte aan huisartsen en specialisten beter kan worden geformuleerd en dat de hiaten hiervan zijn aan te geven. Regelmatige voorlichting hierover en over de ontwikkelingen die men nastreeft zal uitermate welkom zijn voor studenten en pas afgestudeerde artsen. Zij krijgen daardoor aanwijzingen die zeer nuttig kunnen zijn bij de keuze van hun uiteindelijke richting. Het wordt ook eenvoudiger om de toekomstige functies van de huisarts al of niet in groeps-



praktijk tegen de achtergrond van het geheel te bestuderen. Tenslotte wordt het gemakkelijker „prestige” projecten te herkennen, en de taak voor ziekenhuisbesturen beter te omschrijven.

Het zou mij vandaag te ver voeren wanneer ik u duidelijk zou willen maken dat een dergelijke heldere functieverdeling van ziekenhuizen een levensvoorwaarde is voor het goed functioneren van de medische faculteiten. In landen waar de regionalisatie een feit is, zijn de regionale ziekenhuizen per definitie aangewezen als academisch (onderwijs) ziekenhuis. In een Engels rapport werd gesteld:

„The spirit of education must permeate the whole of the health service, and that service must be so designed and conducted that, among other things, it secures for medical education the necessary staff, accommodation, equipment and facilities.”

Ik ben mij bewust dat ik velen met deze voordracht heb teleurgesteld door zoveel aandacht te vragen voor structurele problemen. Het zou natuurlijk veel interessanter zijn geweest wanneer ik u had kunnen overtuigen van het feit dat in 1980 nog meer patiënten met nieuwe therapieën zullen kunnen worden genezen. In vele westelijke landen ziet men het oplossen van de gesignaleerde structurele problemen als eerste prioriteit. Het is dus zeer noodzakelijk dat wij ons met deze denkwijze vertrouwd maken en vooral ook dat wij nauwkeurig gadeslaan wat elders gebeurt. Het is bovendien belangrijk ons over deze onderwerpen te bezinnen in verband met de daaruit volgende onderwijsproblematiek. Wij leven in een tijd waarin gebeurtenissen elkaar snel opvolgen en wij dienen te bedenken dat gewijzigde academische en niet academische opleidingen pas na 10 jaar resultaten geven. Er is steeds een grote gaping tussen het ogenblik dat men zich de noodzaak van veranderingen realiseert en het tijdstip waarop de nodige wijzigingen kunnen worden uitgevoerd. Tegen deze achtergrond dacht ik dat de besproken onderwerpen kunnen bijdragen tot de beantwoording van de vraag: „What next?”

#### Literatuur

1. Bender, A. D., Strack, A. E., Ebricht, G. W., von Hamalter, G. „Delphic study examines developments in medicine.” *Futures*, juni 1969.
2. Carmalt, M. H. B., Freeman, P., Stephens, A. J. A., and Whitehead, T. P. „Value of routine multiple blood tests in patients attending the general practitioner.” *British Medical Journal*, p. 620, 7 maart 1970.
3. Garfield, S. R. „The delivery of medical care.” *Scientific American*, 222, 15, 1970.
4. Stolte, J. B.; in *Actuele Ziekenhuisvraagstukken*, p. 63, uitgave Cloeck en Moedigh, Amsterdam 1968.
5. Querido, A. „The place of the hospital in the community”, *Tijdschrift voor sociale geneeskunde*, 45, 1-6, 1967.
6. Report of the interdepartmental committee on medical schools (chairman Sir William Goodenough). His Majesty's Stationery Office Londen 1944.

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

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

## Vervolg boeken, brochures, enz.

*Schuurman (Cornelis) J[ohannes]*, Op zoek naar de mens. Het mannelijke en vrouwelijke in oneindig gevarieerde wisselwerking. Leiden: Sijthoff 1965. - 8°. 245 p. Met ill.

Natuur en cultuur.

*Science and scientists in the Netherlands Indies*. Ed. by Pieter Honig and Frans Verdoorn. New York City: Board for the Netherlands Indies, Surinam and Curaçao 1945. - 4°. 491 p. Met ill. en krt.

Natuurwetenschappelijk tijdschrift voor Nederlandsch Indië. Vol. 102 (Special suppl.)

*Science Liaison*. The story of Unesco's science co-operation offices. [2nd, enl. ed.] Paris: Unesco 1954. - 8°. 63 p. Met ill. en krt.

1e uitg. 1949.

*Sherman (Mandel)*, Psychologie van het menselijk gedrag. [Uit het Eng. vert. door W[illem] Winsemius. Leiden: Stafleu 1949. - 8°. 271 p. Met ill.

Oorspr. titel: Psychology for nurses. (1947.)

*Shock*. Pathogenese/klinisch beeld, behandeling. Door J[ozue] Vanden Broucke, R. Borghgraef e.a. Leiden: Stafleu 1969. - 8°. 156 p. Met ill.

De Nederlandse bibliotheek der geneeskunde, dl 45.

*Siebold (Philipp Franz von)* - De historiae naturalis in Japonia statu, nec non de augmento emolumentisque in decursu perscrutationum exspectandis dissertatio, cui accedunt Spicilegia faunae Japonicae auct. Philippo Franc. de Siebold. Wirceburgi, ex officina literaria Car. Phil. Bonitas 1826. - 8°. 20 p.

av: Siebold (Philippus Franciscus de)

*Siebold (Philipp Franz von)* - De historiae naturalis in Japonia statu, nec non de augmento emolumentisque in decursu perscrutationum exspectandis dissertatio, cui accedunt Spicilegia faunae Japonicae auct. Philippo Franc. de Siebold. Wirceburgi, ex officina literaria Car. Phil. Bonitas 1826. - 8°. 20 p.

av: Siebold (Philippus Franciscus de)

*Sirks (M[arius] J[acob])*, De kwalitatieve zijde van het bevolkingsvraagstuk. Voordracht. Z. pl. [1942]. - 8°. 20 p. Nederlandsch Nationaal Comité voor wetensch. studie v.h. bevolkingsvraagstuk.

Zonder titelbl. Omslagtitel.

*Sleeswijk (Jan Ger.)*, Heilgymnastiek en beroepsziekten. Voordracht. Hilversum: „De Mercur” 1912. - 8°. 12 p. Zonder titelbl. Omslagtitel.

*Slotboom (K. M.)* - Rapport K. M. Slotboom, chef van den Geneeskundigen Dienst der K.L.M.: Studiereis Maart-

April-Mei 1934. 's-Gravenhage: Kon. Lucht. Mij. voor Nederl. en koloniën 1934. - 4°. 31 p.

Gestencild.

*Sluiter (Wilhelm)*, Idea theologiae stoicae. Seu brevis disquisitio, de praecipuis quibusdam philosophiae Stoicae placitis, quae agunt de Deo, ejusque operibus, seu Diis, et rebus divinis: Hominis officiis erga Deum, et proximum, ejusque summo bono. Ubi ostenditur, ..., annexa est commendatio theologiae Christianae prae gentili. Adornante Wilhelmo Sluitero. Lugduni Bat., apud Joh. Arn. Langerak 1726. - 8°.

av: Sluiterus (Wilhelmus)

*Smulders (J[oannes] N[icolaas] J[osephus])* - Periodieke onthouding in het huwelijk. Methode: Ogino-Smulders. Door -, in samenw. met J. G. H. Holt. Met een moraaltheologische bijdrage van P. Heymeijer. 7e dr. Nijmegen: Dekker en Van de Vegt, enz. 1934. - 8°. 240 p. Met ill.

1e uitg. 1930.

*Snapper (I[sidore])*, Bedside medicine. New York etc.: Grune and Stratton 1960. - 8°. 592 p.

*Snoo (K[laas] de)*, Leerboek der verloskunde. 6e dr. Groningen enz.: Wolters 1949. - 4°. 877 p. Met ill.

*Soesman (F. J.)*, Sterke zenuwen. Een medisch-sociologische studie over de hygiëne van den geest. Den Haag: Leopold 1936. - 8°. 208 p.

*Spek (Joh. van der)*, De zielkundige achtergrond van hedendaagsche religieus-geestelijke bewegingen. Rotterdam: Voorhoeve 1938. - 8°. 176 p.

*Spek (P[etr.] A[nth.] F[ranc.] van der)*, Crisis en zenuwlijden. [’s-Bosch 1936.] - 8°. 20 p.

R.K. Charitatieve Ver. voor geestelijke volksgezondheid.

*Spek (P[etr.] A[nth.] F[ranc.] van der)*, Over de gezinsvoogdij van abnormale kinderen. 's-Hertogenbosch [1943]. - 8°. 30 p.

R.K. Charitatieve Ver. voor geestelijke volksgezondheid.

*Staal (J. Ph.)*, Volksvoeding en alcoholisme. Voordracht. Amersfoort 1906. - 8°. 15 p.

Uitgeg. v.d. Volksbond tegen drankmisbruik.

*Staal (T. A.)*, „In vogelvlucht II”. Bevattende de geschiedenis der vereniging van 1927-1952. [Groningen 1953.] - 8°. 151 p. Met ill.

Provinciale Groninger Vereeniging „Het Groene Kruis”, 1902-1952.

DI I op naam van H. H. T. Bekenkamp.

*Steensma (F[rederik] A[drianus])*, Klinisch laboratoriumboek. 6e verm. en verb. dr. Amsterdam: Scheltema en Holkema 1944. - 8°. 460 p. Met ill.

De 1e-5e dr. verschenen o.d.t.: Methoden der chemische en microscopische diagnostiek.

*Steensma (F[rederik] A[drianus])*, Voedingsleer. Een studieboek ten dienste van allen, die met voeding en voedingsmiddelen te maken hebben. 5e, opnieuw bew., uit-

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

gebr. dr. Amsterdam: Scheltema en Holkema 1955. - 8°. 605 p. Met ill.

1e dr. 1927.

*Stekel (Wilhelm)*, Wat op den bodem der ziel ligt... 'vert. [uit het Duitsch] door A. N. Nolst Trénité. 3e dr. Amsterdam: Meulenhoff 1925. - 8°. 220 p.

1e dr. 1924.

*Stekhoven (W[illem] Schuurmans)*, Geneeskundig woordenboek. Nederlands-Engels, Engels-Nederlands. [Met een woord ten geleide van J. G. Brandon Bravo.] Amsterdam: De Bussy 1949. - 8°. 289 p.

*Stekhoven (W. Schuurmans)*, Maatschappelijke gezondheidszorg. Beknopte handleiding voor de studie der sociale genees- en verpleegkunde. Met voorrede van J. M. Baart de la Faille. Groningen enz.: Wolters 1928. - 8°. 326 p. Met ill. en krt.

Bibliotheek van Nosokómos, no. 3.

*Stenvers (H[endr.] W[illem])*, Les réactions opto-motrices. Contribution à l'étude des fonctions du cerveau. Préf. d[e] R. Garcin. Paris: Masson 1961. - 8°. 133 p. Met ill.

Met vouwblad als losse bijlage.

*Størftte* aan tuberculose in Nederland, 1934-1939. Samengest. door de Tuberculose-studie-commissie van de Nederlandsche Centrale Vereeniging tot bestrijding der tuberculose. 's-Gravenhage 1946. - 8°. 44 p. Met ill.

*Stokvis (Benno J[ulius])* - De homoseksueelen. 35 autobiographiën, verz. en ingel. door -. Lochem: De Tijdstroom [1939]. - 8°. 196 p.

Menschenleed, dl 1.

*Stopes (Marie C[armichael])*, Hij en zij in het huwelijk. Nieuwe bijdrage tot de oplossing van het sexuele vraagstuk. Met een voorrede van Jessie Murray en een brief van E. H. Starling. Naar de herz. 12e uitg. uit het Engelsch vert. door A. N. Nolst Trénité. 5e dr. Amsterdam: Meulenhoff [c.1925]. - 8°. 228 p. Met ill.

1e dr. 1922.

Oorspr. titel: Married love.

*Teixeira de Mattos ([Ed.])*, Over zuigelingenvoeding in de armenpraxis. Rede. Rotterdam 1904. - 8°. 32 p.

*Teratogenesis*. Symposion der Schweizerischen Akademie der medizinischen Wissenschaften, 26./27. Oktober 1963 in Basel. [Mit Diskussionen.] Basel usw. 1964. - 8°. Gepag. 307-621. Met ill.

Overdr.: Bull. der Schweiz. Akad. der medizin. Wissenschaften, XX (1964), 4-6.

*Therapie der Tuberkulose*. Bearb. von J[ac.] van Assen, H. Behrendt u.a. Hrsg. von J[oseph] Berberich und P[aul] Spiro. 2 Bde. Leiden: Sijthoff 1937. - 8°. Met ill.

*Thomson (A. A. J. J.)* en *H. Peeters*, Het gevaar uit de lucht. 2e herz. dr. Amsterdam: Centen 1939. - 8°. 106 p.

*Thomson (J. P. Nord)* - Tegen de saccharine. Verslag van het 1e internationaal congres te Genève 1908 en van de conferentie te Brussel 1908, enz. Verz. en vert. door -. Amsterdam: Max Nunes 1909. - 8°. 39 p.

*Thorius (Raphaël)* - Hymnus tabaci. Autore Raphaële Thorio. Lugd[unum] Bat. typis Isaaci Elsevirii 1625. - 4°. Gegrav. (geill.) titelbl. Het jaartal ogenschijnlijk 1628: vgl. Willems no. 246.

td: *Thorius (Raphaël)*, De paeto seu tabaco.

*Thrivierius Brachelius (Hieremias)* - Universae medicinae brevissima absolutissimaque methodus auctore Hieremia Thrivierio... Per Dionysium Thrivierum in lucem ed. Cum praef....

Lugduni Batavorum, ex officina Plantiniana, apud Franciscum Raphelengium 1592. - 8°.

nd: *Thrivierius (Dionysius)*

av: 1. *Thrivierus (Hieremias)* 2. *Thrivieris (Hieremias)* 3. *Thrivierus (Dionysius)*

*Til (G. M. van)*, Bescherming van het moederschap. Waarschuwing aan alle moeders en aanstaande moeders. Rotterdam: Zwagers [c.1920]. - 8°. 16 p.

*Treub ([Hector])* [en] *A[dr.] H[endr.] M[aria] J[os.] van Rooy*, Leerboek der verloskunde. 9e [verb.] dr. bew. door A. H. M. J. van Rooy. Haarlem: Bohn 1937. - 4°. 729 p. Met ill.

td: *Treub-van Rooy*, Leerboek der verloskunde.

*Tromp (S[olco] W[alle])*, De invloed van weer en klimaat op de gezonde en zieke mens. Baarn: Het Wereldvenster 1964. - 8°. 148 p. Met ill. en krt.

Met ingeplakt portret.

*Tuuk (Titia van der)*, De vrouw in haar seksuele leven. Een physiologisch-maatschappelijke studie met geneeskundige en hygiënische wenken. Onder toezicht voor het medisch gedeelte van J[ac.] H[erm.] O[lympius] Reys. Almelo: Hilarius 1915. - 8°. 213 p.

*Use — The — of penicillin in treating war wounds*. (Instructions prep. by the Penicillin Clinical Trials Committee. [Chairman: H. R. Dean.]) Repr. London: His Majesty's Stationery Office 1945. - 8°. 16 p.

Medical Research Council. War memorandum, no. 12.

*Ussel (J[ozef Maria Willem] van)*, Opvoeding tot harmonische sexualiteit. Een boek voor ouders en opvoeders. Antwerpen: De Sikkel 1957. - 8°. 243 p.

*Varekamp (P.)*, Beschouwingen en ervaringen over thalasso-therapie. 2e [herz.] dr. [Zandvoort: Saaf 1908.] - 8°. 67 p.

Omslagtitel: *Varekamp (P.)*, Genezing door zeelucht en zeebaden.

1e dr. 1907.

Oorspr. voordracht.

*Varekamp (P.)*, Veilig baden en zwemmen in zee. Met een voorw. van F. L. Ortt. Zandvoort [1923]. - 8°. 56 p. Met ill.

*Varices — Over — en Varitex elastieken kousen*. [Haarlem: Varitex c.1956.] - 8°. 113 p. Met ill.

1. Algemeen medisch overzicht. 2. Varitex elastieken kousen.

*Veertiental — Een — opstellen over tijdige herkenning van kwaadaardige groei*. [Door Herman Reinier Bax, Ite Boerema e.a. Haarlem 1950.] - 8°. 93 p. Met ill.

Omslagtitel.

Voortitel: Tijdige herkenning van kwaadaardige groei. Artikelen eerder verschenen i.h. Ned. tijdschrift voor geneeskunde, 1949, 50.

*Velde (Th[eodoor] H[endrik] van de)*, Die Abneigung in der Ehe. Eine Studie über ihre Entstehung und Bekämpfung. 9. Aufl. Rüschklikon usw.: Albert Müller [1948]. - 8°. 263 p. Met ill.

1e uitg. 1928.

*Veldkamp (B.)*, Bijdragen tot het houdingsonderzoek. [2 dln] Z. pl. en j. - 4°.

[I. Tekst. II.] Tabellen, berekeningen en illustraties.

Proefschrift Gent.

Gestencild.

*Veranderingen — De — in het Nederlandse voedingspatroon*. Rapport van de Commissie ter oriëntering omtrent de voeding en voedingstoestand in Nederland

(Oriënteringscommissie). Rapporteur: *J[an] F[red.] de Wijn*. 's-Gravenhage: Staatsuitgeverij 1968. - 8°. 20 p. Met ill.

Ministerie van Sociale zaken en volksgezondheid.

*Verslagen en meded. betreffende de volksgezondheid*, 1968 : 26.

*Verbeek (Reinier D.)*, Nog eens de Amsterdamsche drinkwatervoorziening. 's-Gravenhage 1913. - 8°. 45 p. Met ill.

*Verschure (J[ohannes] C[hristiaan] M[ari]) en P[ieter] Muller*, Het laboratoriumonderzoek in de algemene practijk. 2e herz. dr. Utrecht. Bijleveld 1956. - 8°. 119 p. Met ill.

1e dr. 1952 (Klinische methoden scheikunde en microscopie, no. 1.)

*Verslag* — Stenografisch — van de besprekingen over het algemeen bindend besluit, gehouden in de drie-en-zestigste algemeene vergadering van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der geneeskunst, op Dinsdag 9 en Woensdag 10 Juli 1912, te 's-Gravenhage. [Amsterdam 1912.] - 8°. 76 p.

Overdr. uit de Handelingen. Ned. tijdschrift voor geneeskunde (1912), II, 7, bijblad.

*Verslag der Commissie inzake de lichamelijke ontwikkeling in het leger*, ingesteld bij beschikking van den Minister van Oorlog van 17 dec. 1917, kabinet Litt. M. 165. [Uitgebracht Mei 1919. 's-Gravenhage 1919. - 4°. 94 p.

*Verslag van den criminologendag*, gehouden op Zaterdag 26 November 1938 in het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam [door de] Nederlandsche Vereeniging voor geestelijke volksgezondheid (Vereeniging voor psychische hygiëne) [en het] Psychiatrisch-juridisch gezelschap. [Amsterdam: Van Rossen c. 1939.] - 8°. 214 p.

Algemeen voorz.: *K[laas] H[erman] Bouman*.

*Verslag van de forumdiscussie met de consultatiebureau-artsen*, gehouden op 9 januari 1960 in het Jaarbeursrestaurant te Utrecht, voorbereid door de Commissie voor praktische tuberculosebestrijding der K.N.C.V. 's-Gravenhage: Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose. [c.1960]. - 8°. 15 p.

*Verslag der buitengewone vergadering* [van de] Geneeskundige kring te Amsterdam op 18 October 1901. Gehouden ter bespreking van de voordracht van burgemeester en wethouders van Amsterdam betreffende de regeling van den Gemeentelijken Geneeskundigen Dienst. [Amsterdam 1901.] - 8°. 46 p.

*Voedingstoestand van schoolkinderen*. Onderzoek te 's-Gravenhage in 1934 en 1937. 's-Gravenhage 1939. - 4°. 57 p. Met ill.

Gemeente 's-Gravenhage.

*Voordrachten over gezwellen* gehouden in het laboratorium van het Nederlandsch-Indisch kankerinstituut te Bandoeng, den 25en September 1931, ter gelegenheid van het 6de N.-I. Natuurwetenschappelijk congres aldaar. [Batavia 1932.] - 8°. 48 p. Met ill.

Overdr.: Geneeskundig tijdschrift voor Ned-Indië, LXXII, 7.

*Voordrachten over tuberculosebestrijding*, ten dienste van huisbezoeksters van vereenigingen tot bestrijding der tuberculose. Door *W. J. van Gorkom*, *L. C. Kersbergen* e.a. 2 stn. 's-Gravenhage 1910, 12. - 8°. Met ill.

Nederlandsche Centrale Vereeniging tot bestrijding der tuberculose.

Het 2e ex. in één band.

*Voorthuijsen (A[dr.] van)*, Het Koningin Emma jubileumfonds, 1932-1946. Z. pl. 1947. - 8°. 28 p. Met ill.

Omslagtitel.

*Vuyk (Rita)*, Plaatjes als hulpmiddel bij het kinderpsychologisch onderzoek. Leiden: Stenfert Kroese 1954. - 8°. 117 p. Met ill.

Kinderpsychologische onderzoekingsmethoden [dl 2]. Met samenv. i.h. Eng.

*Waerden (Herman van der)*, Beschouwing van de regeling der melkvoorziening in verschillende landen. Z. pl. [1913]. - 8°. 215 p.

De Nederlandsche melkhygiënische vereeniging.

*Wanke (Georg)*, Psychiatrie en paedagogie. Naar het Duitsch. Baarn (1923). - 8°. 36 p.

Uit zenuw- en zieleleven, VII, 4.

*Wat de arts kan doen bij de behandeling van de alcoholist*. [Brochure, verz. door *Arie Pieter Ketel*.] Met een woord vooraf van P. Muntendam [Assen 1954.]. - 8°. 28 p. Artsen Geheel Onthouders Vereniging.

*Wat wordt inzake tuberculosebestrijding gedaan in het buitenland? Wat wordt in dezen verricht in Nederland? Kan in het belang van de bestrijding der tuberculose als volksziekte in ons land meer en anders worden gedaan? Rapport, samengest. en met machtiging van den Minister van Binnenlandsche Zaken uitgeg. door den Centralen Gezondheidsraad*. [Utrecht: Van Druten] 1917. - 8°. 135 p. Met ill.

*Wertenbroek (M.)*, De mens als man en vrouw. Hilversum enz.: Paul Brand 1965. - 8°. 90 p.

„Tweelicht”.

*West (D[onald] James)*, Homoseksualiteit. Vert. [uit het Eng.] en bew.: *F. E. Frenkel*. Arnhem: Van Loghum Slaterus 1961. - 8°. 215 p.

Oorspr. titel: Homosexuality. (1955.)

*Wester (D[irk] H[endrik])*, Oud en nieuw. Keuze uit vroegere en uit nog niet gepubliceerde artikelen. Amsterdam: Buijten en Schipperheijn 1960. - 8°. 223 p. Met ill. Met ingeplakt portret.

*Weijerman (J. W. Jenny)*, De verontreiniging der openbare wateren. Eene studie over zelfreiniging en biologische zuivering. Haarlem: De Erven Bohn 1902. - 8°. 104 p. Met ill.

*Wielen (P[ieter] van der)*, De pharmacie in Nederland gedurende de Middeleeuwen. Lezing. Z. pl. [1900]. - 4°. 17 p.

Overdr.: Pharmaceutisch weekblad, jrg. 37. (1900.)

Zonder titelbl. Bandtitel.

*Wiersma (D[irk])*, Alcohol en criminaliteit. Haarlem: Tjeenk Willink 1957. - 8°. 154 p.

*Wildenskov (H. O.)*, Zwakzinnigenzorg in Denemarken. Rede. Met discussie. [Utrecht 1947.] - 8°. 23 p.

Uitg. van het Antonia Wilhelmina Fonds.

*Winkler (C[orn.]*), The central course of the nervus octavus and its influence on motility. Amsterdam: Johannes Müller 1907. - 4°. 202 p. Met ill.

Verhandelingen der Kon. Akad. v. Wetensch., 2e sect. XIV, 1.

*Woelderens (C[arel] A[lbert] van)*, Gedenkschrift ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de Provinciale Zeeuwsche Vereeniging tot bestrijding der tuberculose 1913 - 7 Mei - 1938. Z. pl. 1938. - 8°. 57 p. Met ill.

*Wolff (Étienne)*, Les chemins de la vie. Préf. de Jean Rostand. Paris: Hermann 1963. - 8°. 237 p. Met ill.

Wolff (J.), Hoeveel kinderen en wanneer? Methoden voor geboorteregeling volgens de nieuwste inzichten der geneeskunde. 2e, herz. dr. Amsterdam enz.: Kosmos [1953]. - 8°. 96 p. Met ill.  
1e dr. 1952.

Woord — Een — van repliek aan het hoofdbestuur der Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der geneeskunst van de Koninklijke weefgoederenfabriek voorheen C. T. Stork en Co. te Hengelo. [Hengelo 1914] - 8°. 15 p.  
Zonder titelbl. Omslagtitel.

Wuite (J/an), De Hirsauer behandelingsmethode van het postencephalitisches parkinsonisme. Een klinisch en experimenteel psychologisch onderzoek. [Met Duitse, Eng. en Franse samenv.] Assen: Van Gorcum 1934. - 8°. 135 p.  
Met ill.

Van Gorcum's Medische bibliotheek, dl 24.  
Ook verschenen als proefschrift Groningen.

Wijnand (M.), Handleiding voor wijkverpleegsters. Gouda: Van Goor 1917. - 8°. 85 p.

Zellforschung und Zellulärtherapie. Hrsg. von F[rantz] Schmid [\* 1920] und J[oachim] Stein. Bern usw.: Hans Huber 1963. - 8°. 579 p. Met ill.

Ziekenfondsen — De — in Nederland. Rapport uitgebracht door W[illem] Stoeder, C. J. Snijders e.a. Amsterdam [1895]. - 8°. 135 p.

Maatsch. tot Nut van 't Algemeen.

Dr. C. J. Snijders heeft zich met hoofdst. 6 van dit rapport niet kunnen verenigen. Zijn minderheidsstandpunt uitgeg. o.d.t.: De ziekenfondsen in Nederland. Hunne gebreken. Hunne verbetering.

Ziekenfondswezen — Het — in Nederland. Ontwikkeling en perspectieven. [Door Louis Simon Godefroi.] 's-Gravenhage: Martinus Nijhoff 1963. - 8°. 264 p.

Geschriften van de Prof. Mr. B. M. Teldersstichting, no. 10.

Rapport, samengest. in opdracht v.h. curatorium der stichting, die „verantwoordelijk is voor de inhoud“. (Zie voorw.) Voorz.: H[endrikus] J[ohannes] Witteveen.

Ook verschenen als proefschrift. Rotterdam

Ziekenhuisorganisatie. Verslagen der symposia [v.d.] universitaire leergang 1963. [Samengest. door O. D. J. Roemeling.] Groningen [1964]. - 8°. 96 p. Met ill.

Ziekenverpleging — Algemene —. 6e dr., opnieuw bew. door A[rie] Bierhorst. Groningen enz.: Wolters 1951. - 8°. 715 p. Met ill.

De vorige drukken op naam van G. F. Gezelle Meenburg. 1e dr. 1929.

td: Bierhorst (Arie), Algemene ziekenverpleging.

Ziekenvervoer — Het moderne zieken- en gewondenvervoer van het Nederlandsche Rode Kruis. 's-Gravenhage [c.1927]. - 8°. 60 p. Met ill.

Ziekteverzekering in verband met de drankzucht. Rapport uitgebracht aan het Hoofdbestuur van den Volksbond tegen drankmisbruik door eene Commissie bestaande uit E. Fokker e.a. Amersfoort: Slothouwer 1907. - 8°. 8 p.

Uitgeg. voor den Volksbond tegen drankmisbruik.

Zielhuis (R[einier] L[amb.]), Vergiftigingen in en door het beroep. Leiden: Stafleu 1969. - 8°. 136 p. Met ill.

De Nederlandse bibliotheek der geneeskunde, dl 44.

Zonneboek — Het — 1938. Uitgeg. in het vijfentwintigste jaar van Herwonnen levenskracht. Z. pl. [1938]. - 4°. 120 p. Met ill.

Zonneveld (R[ob.] J[acq.] van), The helath of the aged. An investigation into the health and a number of social and psychological factors concerning 3149 aged persons in the Netherlands, carried out by 374 general practitioners under the direction of the Organization for health research T.N.O. [Met voorw. en samenv. i.h. Nederl.] Assen: Van Gorcum enz. 1961. - 8°. 439 p. Met ill.

Publ. van de Gezondheidsorganisatie T.N.O.-Proceedings of the Organization for health research T.N.O. Ser. A, no. 8.

Zorg — De — voor de kleuter. Voordrachten over psychisch hygiënische, sociaal hygiënische en pastorale kleuterzorg. [Door] B. J. G. Bremer, B. Hengeveld e.a. Utrecht enz.: Het Spectrum 1964. - 8°. 69 p.

Serie Geestelijke volksgezondheid. Uitgeg. in opdracht v.d. Kath. Centrale Vereniging voor geestelijke volksgezondheid. Brochure no. 26.

Zuidweg (J. J. A.), J. Zuidweg en W[illem] Schuurmans Stekhoven - Bekroonde antwoorden op de prijsvraag, uitgeschreven door het Comité ter bevordering van geneeskundig onderzoek voor het huwelijk te 's-Gravenhage. Door -. Met een voorrede van H. C. Dresselhuys en een inl. van R. Bromberg. Leiden: Sijthoff 1919. - 8°. 48 p.

1. Is het geneeskundig onderzoek voor het huwelijk gewenscht? Door R. Bromberg. (Inleiding). 2. Wat zou van overheidswege kunnen worden gedaan, opdat geneeskundige raadpleging vóór het huwelijk zoo spoedig mogelijk in de praktijk toepassing vinde? Door J. J. A. Zuidweg en J. Zuidweg. 3. De overheid en het geneeskundig onderzoek voor het huwelijk. Door W. Schuurmans Stekhoven.

Zweig-Winternitz (F[riderike] M[aria]), Louis Pasteur. Het leven van een menschenvriend. Nederl. bew. [naar het Duitsch] van Constant van Wessem. Den Haag: Leopold 1948. - 8°. 220 p. Met ill., portr. en autogr.

Oorspr. titel: Louis Pasteur. Bild des Lebens und des Werkes. (1939.)

(Wordt vervolgd)



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

#### ABORTUS EN ATTITUDE

Jonge katjes worden nog wel verdronken, met jonge mensjes kan men dat niet doen. Die worden bijtijds uit baarmoeders gekrabbeld en verdwijnen in de afvallemmer van de kliniek. Dit is de abortus provocatus, maar dan zonder versiering. De opruiming van jonge katjes is weinig elegant, die van ongewenste kinderen zonder meer luguber. Hoeveel vraag er ook is naar het artikel „abortus”, zó is het niet te verkopen. Het wordt ook zo niet verkocht.

In alle discussies van „ja-tenzij” en „nee-tenzij” wordt met een grote boog om dit barbarisme heen gelopen. Het lijkt, of de grote marktwaaide van het produkt ons ertoe brengt alle bedenkingen met een grote kolenschop in een hoek te schuiven. Dat moet wel om te komen waar men wil. Zo wordt het begrijpelijk dat in de argumentaties de meest acrobatische capriolen voorkomen. Zo moet men, met één been in de mystiek, jongleren om de goegemeente wijs te maken dat een menselijke vrucht pas met 3 maanden een menselijk wezen wordt. Niemand gelooft het, ook de spreker niet, want het is absurd. Maar het behoort bij de versiering.

Als men fervent strijdt voor het behoud van de natuur en daarnaast een brute verkrachting daarvan pleegt — zoals de abortus ongetwijfeld is —, dan zouden we tot de conclusie moeten komen, dat een denneboom belangrijker is dan een mens. Als wij in onze afkeer van oorlog en dood met spandoeken lopen, leuzen schreeuwen en in oprechte verontwaardiging medemens tot „moordenaars” verklaren, mag dan niet met evenveel recht en verontwaardiging worden betoogd dat er moordenaars onder ons zijn? De slachtoffers kunnen geen protesttochten houden om de droom van sociale bewogenheid te verstoren.

De abortus is een onherroepelijke daad. Voor het ongewenste kind zijn er alternatieven. Maar dit vraagt een verantwoordelijkheid voor eigen handelen, die aanmerkelijk meer moeite kost. En dat schijnt niet mogelijk.

Nu heb ik de gedachte, dat alles wat ik schrijf grotendeels voor niets is. Vrouwen vragen niet naar discussies, maar alleen naar de kortste en gemakkelijkste weg om hun kind kwijt te ra-

ken. En zeer vele voorstanders van de abortus hebben een dergelijk brede visie, dat zij zich niet met deze futiliteiten kunnen bezighouden. Onder het motto „het volk wil het” stappen zij in hun bootje en laten zich gezapig meedobberen met de stroom, zeer tevreden over hun diep begrip van wat in de mensen leeft, zeer gelukkig met hun eigen menslievendheid, en God weet nog met de gedachte dat zij pionieren naar een nieuwe maatschappij. Dit zelfbedrog heeft geen grenzen.

Den Haag, 24 november 1970

J. J. A. Lindner, arts

*Naschrift: In een begeleidend schrijven laat collega Lindner uitkomen, te vrezen dat de tegenstanders van de abortus provocatus te weinig aan het woord komen. Het ware wenselijk, dat hij nog eens de gehele discussie in dit blad doorleest. Overigens gaan apodictische uitspraken als: „Niemand gelooft het, ook de spreker niet, want het is absurd” ons bepaald te ver. Red. M.C.*

#### WAAROM IK MIJ AANSLOOT BIJ DE KRITIESE ARTSEN

Hoewel het bericht over de verwijdering van enkele kritiese artsen uit het ledencongres van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst de aanleiding is geweest mij als lid van de Bond voor Wetenschappelijke Arbeiders en de daarbij aangesloten Kritiese Artsen op te geven, vormde die gebeurtenis uiteraard niet de eigenlijke reden. Het lijkt mij nuttig onder woorden te brengen waarom ik het deed, ook om daarmee anderen op de hoogte te stellen, temeer omdat ik het idee heb dat deelname aan deze groepering vergaande gevolgen kan hebben.

Zo zou het voor mezelf een fase kunnen worden van een met het vroegere duidelijk contrasterende denk- en werkwijze, een vormgeving aan wat tot voor kort nog slechts een behoefte was. Want het geheel van waarden waarin ik ben opgevoed en gevormd, heeft intussen plaats gemaakt voor een levensinstelling die van de eerste diepgaand verschilt door haar onkerkelijkheid, een kritische opstelling ten opzichte van alles wat als norm wordt voorgesteld, het grote belang dat ik hecht aan openheid, een empathie met de socialistische gedachten en een naventente antipathie voor conservatisme waar en in welke vorm zich dat ook voordoet. In hoeverre de doorwerking van mijn persoonlijke problematiek, dan wel mijn werk als sociaal-psychiater, dan wel überhaupt onze „tijd-

geest” daar debet aan zijn, kan ik moeilijk onderscheiden. Maar een feit is dat er pas sinds kort iets nieuws tevoorschijn kwam dat zodanig duidelijk was dat ik op grond daarvan tot bepaalde besluiten kwam. Zo werd ik lid van het C.O.C., later van de P.v.d.A. en de N.V.S.H. En dan nu, op mijn 43ste, van de Kritiese Artsen. Onmiddellijk aan dit laatste vooraf verdiepte ik me in de mensopvatting van de jonge Marx en trachtte ook van nabij te volgen, wat er bij de onlangs na een driejarig bestaan weer opgeheven Federatie van Studenten Werkgroepen Homoseksualiteit werd gedacht en gedaan. Auteurs als Reich, Reiche, Fromm, Schaff, Milikowski, Scheff, Laing, Van Ussel, J. Rogier, Galtung en Kees de Boer en Guus Kempe hebben mij daarbij veel verduidelijkt.

Deze weg, die een jaar of tien geleden begon en die ik nu heel beknopt heb aangegeven, resulteerde in een gevoel mijzelf te worden op een andere wijze dan ik had voorvoeld. Maar hiermee zou ik natuurlijk ook iets anders kunnen doen dan me bijvoorbeeld aansluiten bij de Kritiese Artsen. Ik bedoel, dat wat ik zojuist aangaf nog niet een doorslaggevende reden hoeft te zijn. Misschien komt daar dichterbij mijn ondervinding, welk een voor het welbevinden fatale werking de gangbare christelijke moraal blijkt te kunnen hebben voor wie zichzelf aantreft als niet goed passende in de bij die moraal behorende modellen. Een werking waarvoor men zich pas kan vrijwaren als men ze is gaan herkennen in heel het eigen doen en laten. Als dat eenmaal duidelijk is liggen de consequenties voor de hand. Voor mij is dat nu onder andere het deelnemen aan de acties van de Kritiese Artsen. Maar waarom?

Het werk in de klinische en sociale psychiatrie (trouwens ook elke andere vorm van individuele hulpverlening) is altijd eenzijdig, hoe noodzakelijk het ook blijkt te zijn. Hoewel ik het zeker niet eens ben met hen die menen dat dit steeds „lapwerk” is, een symptoombehandelen dat neerkomt op het de hulpzoekende tot aanpassing helpen brengen aan de hem omringende verwachtings- en normpatronen, meen ik toch wel dat het als zodanig een verschijnsel is, noem het eveneens symptoom, van de samenleving zoals zij is gestructureerd. Thans wordt het nog niet onomwonden tot de taak van de arts en dus ook de psychiater gerekend om de omstandigheden die debet blijken te zijn aan iemands decompenseren, aan te wijzen en te attackeren. Voor zover dit decompenseren psychisch en sociaal tot uiting komt, is het onderzoek daarnaar object van

onder meer de preventieve psychiatrie, terwijl het verhelpen of beter nog voorkómen van de het welbevinden verstorende dynamismen tot het werkterrein van de sociaal-psychiater wordt gerekend. Maar in feite komt de sociale psychiatrie thans hooguit tot een interventie binnen het directe leefmilieu (gezin, school, werk), terwijl de verenigingen voor de geestelijke volksgezondheid zich nog te zeer beperken tot de probleem-verheldering van bepaalde groepen of categorieën uit onze bevolking vanuit een optiek die slechts een verbreed model is van de individuele benadering. Dat de in het gezin, school, werk, enz. bestaande bedreigende dynamismen veelal de kristallisaties zijn van de in onze samenleving bestaande normen- en waardensystemen, weet de beweging van de geestelijke gezondheidszorg zeer goed. Maar het lijkt soms wel of zij binnen haar werkomstandigheden nog niet de gelegenheid heeft zich in feite te richten op wat basaler is. Zelfs vraag ik mij af, of het de werkers mogelijk zal zijn dat ze doen zolang zij via hun organisaties deel uitmaken van de erkende structuren.

Vooralsnog aannemende dat dit laatste juist is, betekent het dat alleen de zich onafhankelijk opstellende en dus van eigen middelen gebruik makende groeperingen in staat kunnen zijn veranderingen aan te brengen in die basale normen- en waardensystemen, zodra zij afgaan op signalen die hen vanuit het veld bereiken. Zij voeren dan actie, waarvan het belangrijkste doel mijns inziens is het tot herkenning en daarmee tot bewustwording brengen bij zoveel mogelijk van de in dat veld betrokkenen van wat er aldaar gaande is. Want ik ga van de veronderstelling uit, dat de feitelijke veranderingen daarmee gegeven zijn omdat er een proces op gang is gebracht. Onder het voeren van actie versta ik dan ook elke vorm van zich bezighouden met de in het macro- en meso-milieu bestaande omstandigheden die door of voor bepaalde groepen als een bedreiging van hun welzijn worden ervaren of beschouwd, met het doel die omstandigheden zodanig discutabel te stellen dat er een bewustwording uit resulteert. Hierbij wil ik voor mezelf twee beperkingen aanhouden. De actie zal niet mogen worden gevoerd met middelen die in strijd zijn met onze wetgeving (wat niet betekent dat niet ook die wetten tot voorwerp van actie kunnen worden, noch dat er voor anderen geen ruimte zou zijn voor onwettige acties), terwijl mijn bijdragen alleen betrekking kunnen hebben op wat ik vanuit mijn vak kan beoordelen.

Met dit laatste is mijn keuze voor de Kritiese Artsen gegeven. Voor het overige stel ik mij voor, dat elke actie zal zijn gekenmerkt door een voortdurende openheid ten opzichte van alle betrokkenen, een zo breed mogelijke oriëntatie binnen elk als problematisch beschouwd terrein en een samenwerking met ieder die daartoe bereid is of die mij daarom vraagt. Goed beschouwd komt dit er op neer dat mijn werkterrein zich uitbreidt in een richting waar de sociale psychiatrie van haar aanvang af een bijdrage toe had willen leveren. Dat dit tot nu toe slechts incidenteel gebeurde door collegae die dan als „kritisch” of „progressief” werden bestempeld, wijst er op dat hun bezigheid weerstanden oproept die moeten worden doorbroken. Hoe dit in feite ook gaat, degenen die het doen, zullen er misschien evenals ik behoefte aan hebben zich geruggesteund te voelen binnen het gezamenlijke overleg. En dat is dan de laatste reden die ik kan noemen voor het besluit mij bij de Kritiese Artsen aan te sluiten.

Vlaardingen, 24 november 1970

Dr. W. J. Sengers, zenuwarts

#### OVERDAAD SCHAADT

Het ingezonden stukje van collega Muller (M.C. nr. 47/1970, blz. 1278) geeft mij aanleiding tot een wat verdergaande ontboezeming ten aanzien van de massale toezending van poststukken der farmaceutische industrie. Ik weet niet hoe andere huisartsen deze massale toezending ontvangen en „verwerken”. Ik zelf heb al jaren het „verwerken” opgegeven en pleeg tweemaal daags de nogal frustrerende handeling van het ongeopend deponeren in de prullenmand van grote enveloppen met ongetwijfeld vaak zeer fraai en duur drukwerk. Frustrerend in de eerste plaats omdat het steeds weer de machteloosheid benadrukt om alle informatie die binnenkomt te verwerken. In de tweede plaats werkt het frustrerend, zonet demoraliserend, om kostbaar drukwerk geen andere functie te geven dan het vullen van een toch al overvolle vuilnisemmer (welaarsemmer). Zo ergens overdaad schaadt, dan is dat hier het geval, dacht ik.

Enkele getallen ter adstructie: in de week van 23 tot 28 november ontving ik 80 verschillende poststukken afkomstig van diverse farmaceutische industrieën en importeurs. Het gewicht van deze 80 stukken bedroeg ruim 2 kg. Deze week is bepaald geen uitzondering en is waarschijnlijk een gemiddelde van wat er iedere week aan farma-

ceutische informatie in mijn brievenbus komt. Wat zijn hiervan bij benadering de kosten, opgebracht door de gezamenlijke farmaceutische industrieën? Ik wil mij daar niet al te veel in verdiepen. Maar zou ik er ver naast zijn te veronderstellen, mij zelf beperkend tot de 4000 huisartsen, dat de totale kosten per week aan papier, ontwerp, druk- en verzendkosten, zeker de ton overschrijden? Nu is het mogelijk, dat farmaceutische industrieën in tonnen denken, waar ik nog in guldens denk, maar toch meen ik getuige te zijn van een zinloze, niet verantwoorde verkwisting. Ik vrees, dat de 8000 kg poststukken de meest kostbare bijdrage leveren aan de algehele milieuverontreiniging.

Ik ben mij bewust, dat ook de farmaceutische industrieën zoeken naar betere vormen van informatie van de huisarts, getuige hun belangstelling voor en hun bijdrage aan de nascholingsactiviteiten. Zo wil ik ook noemen het gelukkige initiatief, dat ons halfjaarlijks het „Repertorium verpakte geneesmiddelen” bezorgt, waarin de specialités van alle (?) farmaceutische industrieën zijn ondergebracht en onderverdeeld naar indicatie-gebied en niet naar producent. Verder zijn er de op zichzelf prijzenswaardige initiatieven van verschillende farmaceutische fabrieken om hun informatie te „verpakken” in een stukje nascholing: „klinische visite”, „diamed”, „collectio dermatologica” e.a. Maar wanneer elke farmaceutische industrie op eigen houtje haar bijdrage wil leveren aan onze nascholing, vrees ik dat door de ongecoördineerde veelheid het beoogde effect tot een minimum wordt gereduceerd. Het is nu toch zó: wanneer men niet op de dag van ontvangst het gebodene bekijkt, dan is de kans groot, dat het de volgende dag al weer is verdwenen onder nieuw ontvangen poststukken, die eigenlijk het bekijken ook waard zijn. Hetzelfde geldt dan ook nog voor de zeer fraai verzorgde periodieken (Organorama, Image, N+M, etc.), waarbij de informatie „verpakt” zit tussen de niet-medische artikelen over onderwerpen, aangepast aan de veronderstelde interessesfeer van de medicus. Ook hier geldt, dacht ik, dat de overmaat het beoogde effect, namelijk dat het gelezen wordt, teniet doet. Tenslotte zijn wij toch aan ons vak verplicht op de eerste plaats onze eigen vakbladen te lezen. Wie daar serieus werk van wil maken en alleen al het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en Huisarts en Wetenschap redelijk wil bijhouden, zal reeds een belangrijk deel van zijn vrije tijd daaraan moeten besteden, een buitenlands tijdschrift (bijvoor-

beeld Practitioner) blijft helaas maar al te vaak als statussymbool op ons leestafeltje liggen.

Maar wat mij het meest intrigeert, is de wanverhouding tussen de enorme kosten die aan deze dagelijkse stroom van informatie worden besteed en het mijns inziens noodlottig geringe nuttige rendement aan informatie. Op grond daarvan meen ik, dat hier sprake is van een niet verantwoorde, zinloze verkwisting. Aan deze verkwisting zijn naar mijn mening de huisartsen zelf medeverantwoordelijk, namelijk zolang zij bereid zijn deze kennelijk eenzijdig bepaalde informatiestroom kritiekloos via hun brievenbus te laten binnenkomen. Medeverantwoordelijk zijn mijns inziens de huisartsen eveneens voor de, naast pogingen tot objectieve informatie, nog altijd voorkomende reclame-achtige introductie en begeleiding van bepaalde farmaceutische producten. Dat daarbij de huisartsen als indirecte consument het belangrijkste doelwit van deze geen geld sparende reclametechnieken moeten zijn, spreekt vanzelf, dat wil zeggen zolang zij deze poging tot beïnvloeding van hun receptuur kritiekloos aanvaarden. Juist vanuit een gevoel van respect voor de farmaceutische industrieën, meen ik dat hun producten, indien zij in een behoefte voorzien, ook door middel van eenvoudige, nuchtere, zakelijke informatie de weg naar de patiënt zullen weten te vinden.

Maar wat zouden wij, als huisartsen dan kunnen doen? Zou het geen aanbeveling verdienen, dat een de huisartsen vertegenwoordigend orgaan, ik denk in de eerste plaats aan de Landelijke Commissie Nascholing Huisartsen, het initiatief neemt tot overleg met een de farmaceutische industrieën en importeurs vertegenwoordigend orgaan, zoals „Neprofarm” en B.I.P.A.? In dit overleg zou dan onder meer aan de orde kunnen komen:

- drastische matiging aan informatie van de zijde der farmaceutische industrie;
- het nog verder terugdringen van reclame-achtige effecten bij de introductie en begeleiding van nieuwe farmaceutische producten;
- een gezamenlijk zoeken naar initiatieven om te komen tot een voor huisartsen verteerbare vorm van informatie, eventueel in het kader van de nascholing.
- Tenslotte, nauwelijks als grap bedoeld, moet het voor de gezamenlijke farmaceutische industrieën financieel een koud kunstje zijn om alle Nederlandse huisartsen van een videotape te voorzien, waarin

dan o.a. programma's kunnen worden gebracht die door samenwerking van huisartsen en de farmaceutische industrieën tot stand zijn gekomen.

Arnhem, 30 november 1970

W. Becking, huisarts

## MC | VARIA

Dr. J. Th. C. Vonk, lector in de cardiologie aan de Rooms-Katholieke Universiteit te Nijmegen, heeft zich bereid verklaard om in 1971 opnieuw een cursus electrocardiografie voor de huisarts te geven. De cursus zal worden gehouden te Nijmegen, twee maal per maand op zaterdagmorgen van 11.00 tot 12.45 uur, te beginnen op zaterdag 9 januari en vervolgens op zaterdag 23 januari, 6 februari, 20 februari, 6 maart, en 20 maart 1971, in het Radiologisch Instituut (grote collegezaal) van het St. Radboud-Ziekenhuis, Geert Grooteplein 16 te Nijmegen.

De kosten aan deze cursus verbonden zijn f 60,—. De aanmeldingen zullen in volgorde van binnenkomst worden behandeld; het maximum-aantal deelnemers is 100. Voor inlichtingen en aanmeldingen kan men zich wenden tot Mevr. M. G. M. Vavrinek-Ferdinandus, secretaresse afdeling nascholing van het Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4 te Utrecht (tel.: 030 — 19946).



„Ziekenfondsvragen”, maandblad van de Bond van R.K. Ziekenfondsen in Nederland, oktober 1970, is geheel gewijd aan het „gesloten circuit” in de bejaardenzorg. Het bevat artikelen van Drs. Fons van de Sande („Zijn bejaarden maatschappelijk hulpbehoevend?”), Dr. A. Fuldauer („De medische verzorging en verpleging in het gesloten circuit”), Drs. A. M. A. J. Janssen („Voorzieningen structureel afstemmen”), J. van Leeuwen („Een gesloten circuit: Wie zal dat betalen?”) en C. de Grauw („Home-care, bezien vanuit de maatschappelijke gezondheidszorg”). In een slotbeschouwing („Het beleid en de realiteit”) haakt Drs. Janssen in op de Nota Bejaardenbeleid 1970, die eind september het parlement bereikte (zie M.C. nr. 43/1970, blz. 1153). Hij concludeert:

„De aard van de Nota Bejaardenbeleid laat niet toe dat deze erg gedetailleerd is. Volledig — dat wil zeggen alle velden bestrijkend en genuanceerd

— dient ze echter wel te zijn. Op grond van een zekere toetsing aan de in dit tijdschrift opgenomen artikelen over deze aangelegenheid is het wel duidelijk geworden, dat de beleidsnota als onvoldoende moet worden aangemerkt. Er heeft kennelijk te weinig inventariserende arbeid aan ten grondslag gelegen, terwijl aan kwesties als fundering van het beleid, en structurering van de organisatorische kaders en van de wetgeving, geheel voorbij is gegaan. Uit de bijdragen van de onderscheiden auteurs komt duidelijk naar voren, dat systematische inventarisatie nodig is om de problematiek in zijn complexiteit te onderkennen. Gebleken is, dat onderscheiden deelproblemen nog onderbelicht zijn en dat het van grote betekenis is dat bijzondere aandacht wordt geschonken aan structurering en wetgeving op dit terrein. Dat het parlement de tekortkomingen van deze nota in het kader van de beleidsbepaling zal onderkennen, mag worden verwacht. In de particuliere organisaties, betrokken bij de beleidsbepaling en op het uitvoerend vlak werkzaam, mag zij zich verzekerd weten van hulptroepen, die uitstekend geïnformeerd over het grondvlak, hun bijdragen willen leveren om het bejaard zijn positief te kunnen doen beleven door vele bejaarden van nu en de toekomst”.



Oppericht is een Vereniging tegen Kindermishandeling. De vereniging stelt zich tot doel, weerloze kinderen te beschermen tegen lichamelijke en psychische verwaarlozing en mishandeling. Zij wil een vertrouwensinstantie en vraagbaak zijn voor ieder die met kindermishandeling te maken heeft. Van het bestuur van de nieuwe vereniging maken onder meer deel uit: mevrouw B. Ras-Heerema, voorzitter; mevrouw Mr. Dr. B. L. F. Clemens Schröner en de heer E. W. Cornelius, zenuwarts. Het bureau van de vereniging is gevestigd Koningsplein 27, Den Haag, tel. 070-647767.



Minister Veringa (O & W) heeft op 26 november jl. op het departement van Onderwijs en Wetenschappen in Den Haag de Commissie Ontwikkeling Wetenschappelijk Onderwijs geïnstalleerd. Deze commissie heeft tot taak de minister voorstellen te doen — ook eventuele alternatieve voorstellen — over de ontwikkeling van het wetenschappelijk onderwijs op lange termijn, zo nodig in relatie tot andere vormen van

onderwijs. Verder zal de commissie de minister moeten adviseren over beslissingen die op korte termijn moeten worden genomen ten aanzien van de uitbreiding en spreiding van het wetenschappelijk onderwijs. Dit in afwachting van de eventuele totstandkoming van een planning-structuur, zoals wordt voorbereid door het bureau McKinsey & Company. De commissie staat onder voorzitterschap van de Tilburgse hoogleraar, Prof. Dr. R. A. de Moor.



De Vereniging van Homoeopathische Geneesheren in Nederland heeft in een te Utrecht gehouden jaarvergadering haar verontrusting uitgesproken dat én de Maatschappij voor Tandheelkunde én de Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, waarvan de homoeopathische geneesheren eveneens lid zijn, de fluoridering van het drinkwater medisch absoluut noodzakelijk, ongevaarlijk en in het belang van de Volksgezondheid verplicht achten. De vereniging acht een dergelijke medische maatregel, die niet afgestemd is op de individuele patiënt, in dit geval ongewenst. Gezien in de praktijk blijkt, dat de fluorverbindingen haars inziens vergiftigingsverschijnselen kunnen geven, moet de vereniging het voortdurend gebruik van deze stoffen in het drinkwater ten stelligste afwijzen. De artsen uit de Bond voor Natuurgeneeswijze en de Anthroposophische artsen hebben hun adhesie betuigd met deze verklaring.



Uit het jaarverslag over 1969 van de Stichting Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht: „Een welzijnsbeleid dat is toegespitst op de gezondheidszorg kent noodzakelijk een tweetal hoofdlijnen. De eerste daarvan is de burger te doen delen in de steeds groeiende mogelijkheid van de medische wetenschap en de techniek. ( ) De tweede hoofdlijn spitst zich toe op het opheffen van de negatieve effecten van de welvaartsstaat. ( ) Het beklemmende van het vraagstuk is, dat het ziekenhuis enerzijds profiteert van de technische en economische vooruitgang, maar anderzijds deze weer goeddeels verbruikt om het negatieve van deze welvaartsstaat op te vangen. Tijd wordt het, dat constructiever wordt gewerkt aan de welzijnsstaat. Wanneer de nadruk dan wordt verlegd naar de preventie en een goede psychosociale begeleiding van het welvaartsslachtoffer, dan zal het ziekenhuis daarin zijn juiste plaats moeten bepalen”.

## MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

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

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

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

**Oplage:** 16.630 exemplaren.

**Druk:** Verweij Mijdsrecht.

## KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

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

**Bureau voor waarneming en vestiging:**

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

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

**Ondersteuningfonds 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 Ondersteuningfonds te Utrecht.

**Raad van Beroep:**

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

\* \* \*

**Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:**

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-887021