



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

DISCUSSIES OVER DRUGS

De gedachtenwisseling over het actuele thema van het druggebruik in al zijn aspecten — toelaatbaarheid al dan niet van soft-drugs, jeugd en drugs, enz. — wordt soms niet zonder felheid gevoerd. Het onderwerp schijnt zelfs min of meer een politieke zaak te zijn geworden sinds de staatssecretaris van Sociale Zaken en

Volksgezondheid Dr. Kruisinga zich tegen toelaatbaarheid ook van soft-drugs heeft uitgesproken. De positie, welke Dr. Kruisinga in politicus bekleedt, maakt het uiteraard verklaarbaar dat zijn uitspraak naar het politieke vlak wordt getrokken, maar men mag toch wel aannemen dat zijn uitspraak het element van een apolitieke overtuiging, welke hij als medicus dienaangaande huldigt, geenszins ontbeert. Men zou daarbij kunnen aantekenen dat zes politiek onbekende Rotterdamse medici deze uitspraak ten volle hebben onderschreven en daarvan in het openbaar mededeling hebben gedaan. En, om niet mis te worden verstaan, zij dan ook aangetekend dat weer andere medici en representanten van andere disciplines zich, althans wat het gebruik van soft-drugs betreft, daar diametraal tegenover hebben opgesteld.

Over deze zaak heeft Dr. H. M. van Praag, lector in de biologische psychiatrie te Groningen, in de N.R.C.-Handelsblad (editie van 5 november I.I.) een goeddeels wetenschappelijke beschouwing geschreven. Daarvan is de inleiding het memoreren waard te achten, omdat daarin toch wel een pleit schijnt door te klinken om de discussie over dit onderwerp, ook over „drug-beleid”, er voor te behoeden emotioneel te worden en blijven benaderd. Dr. Van Praag constateert dat de toelaatbaarheid van het gebruik van genotmiddelen afhangt van de risico's die het gebruik daarvan meebrengt voor het individu en voor de gemeenschap. Men kan zich op het standpunt stellen dat voorlichting over voor- en nadelen van een bepaald preparaat voldoende moet zijn en de beslissing over het gebruik aan het individu overlaten. Niet aan

25e JAARGANG - No. 49 - 4 DECEMBER 1970

INHOUD

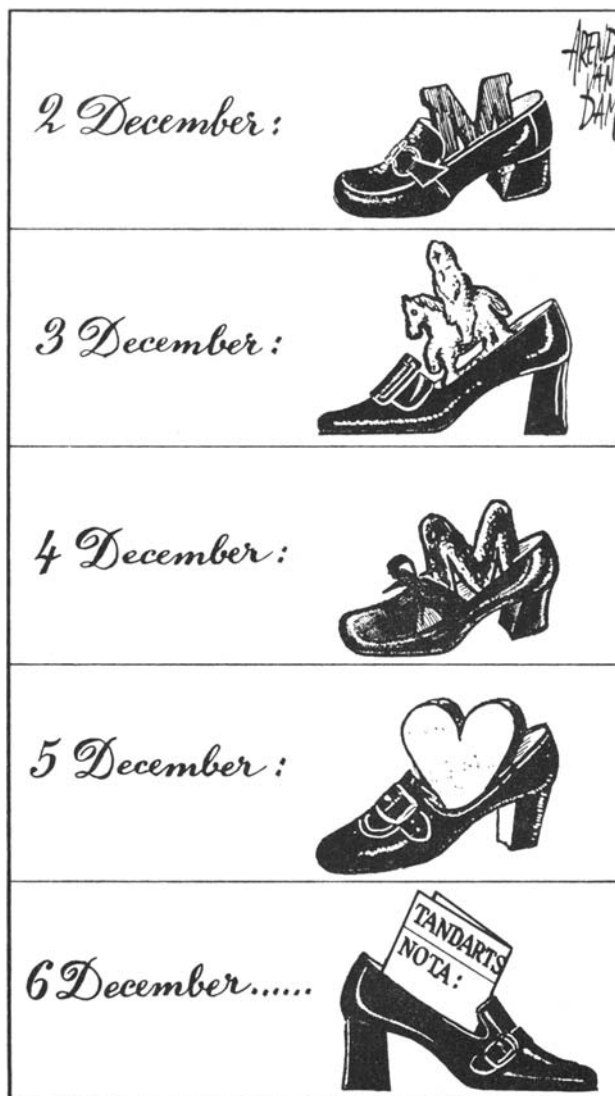
Discussies over drugs	1317
Ledenvergadering der L.H.V.	1319
Fluoridering van drinkwater	1319
Saneringscommissie Rijnmond geïnstal- leerd	1320
In memoriam L. van Moppes	1320
Rede voorzitter J. F. A. van Rijn ter inlei- ding van de Ledenvergadering der L.H.V.	1321
Discussie over „De gang van zaken bij de moderne ziekenhuizen”	1327
Universitaire berichten	1332
De huisarts op slag van twaalfen	1333
Friese Groene Kruis op weg in het land- schap van de welzijnszorg	1336
Van het Centraal Bestuur L.A.D.: Kort verslag C.B.-vergadering	1337
Van het Centraal College: Vergaderdata in 1971	1337
Personalia	1338
Uit de afdelingen:	
Wat willen de „kritiese artsen” eigenlijk	1339
Voordrachten	1340
Brieven aan de redactie	1341
Varia	1343

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

Colofon op bladzijde 1344.

twijfel onderhevig acht hij, dat de overheid een taak heeft waar het de bescherming van de gemeenschap betreft tegen eventuele gevaren, die haar bedreigen van de zijde van het genotmiddelen gebruikende individu (verminderde rijvaardigheid tijdens acute intoxicatie, vergrote kans op criminaliteit, blijvende en invaliderende persoonlijkheidsveranderingen). Het bijvoorbeeld zeer emotioneel besproken gebruik van marihuana noemt hij een „gepolitiseerd“ vraagstuk, waarbij hij met enige overdrijving zou willen stellen dat wie er „voor“ is geacht wordt radicaal te zijn en wie zich tegenover liberalisering opstelt in het kamp van het paternalistische establishment wordt ondergebracht. In het algemeen, zo stelt hij vast, wordt de discussie gevoerd met een stelligheid, die het vermoeden oproept dat beide partijen — voor- en tegenstanders van liberalisering — vrijwel alle kaarten op tafel hebben en slechts in de interpretatie van de gegevens verschillen. Maar het enige, waarover zijns inziens zekerheid bestaat, is dat het gebruik van marihuana niet leidt tot ernstige lichamelijke afhankelijkheid en dat voor het overige eigenlijk veel folkloristische, weinig wetenschappelijke gegevens voorhanden zijn.

In deze inleiding tot zijn artikel, waarin Dr. Van Praag dan verder de stand van het onderzoek naar psychotoxische substantia in drugs inventariseert, spreekt ons toch wel iets aan. Het kan de zindelijkheid van elke gedachtenwisseling bevorderen wanneer de deelnemers daaraan trachten om, vooral bij het ontstaan van tegengestelde conclusies, de emotie zoveel mogelijk op afstand te houden. Dat voorkomt tevens dat men zich laat verleiden niet zozeer de overtuiging als wel de drager van die overtuiging in persoon te attaqueren. Betichtingen van weinig subtiel denken van degenen, wiens inzicht men niet deelt of hem indelen bij de zwart-wit denkers, wier inzichten en opvattingen dan nog in hoge mate zouden zijn gebonden aan een denkpatroon, dat men een bepaalde groepering aanwrijft, passen toch weinig in een discussie, waarbij geldt — en hier citeren wij Dr. Van Praag — dat de wetenschappelijke kennis over de inwerking van deze stoffen op geest en lichaam nog veel te ontoereikend is om tot wel-



ke krasse uitspraak dan ook te komen. Ook — zou derzijds kunnen worden aangevuld — tot krasse uitspraken tussen de discussianten over elkaar. Dan wordt, voor men het zich realiseert, de grens naar diskwalificatie van de deelnemers aan het gesprek overschreden, hetgeen toch wel het laatste is waartoe men zich in een in wezen wetenschappelijke discussie mag laten verleiden.

v.M.

Ledenvergadering der L.H.V.

De ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging, donderdag 26 november j.l. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht heeft bij acclamatie de heer *F. N. M. Bierens*, apotheekhoudend huisarts te Wehl (Gld.), gekozen tot L.H.V.-voorzitter, in welke functie hij met ingang van 1 januari 1971 de heer *J. F. A. van Rijn* zal opvolgen.

Het met ingang van die datum periodiek aftredende bestuurslid *F. A. van Spanje* werd met algemene stemmen herkozen, terwijl in een van de drie resterende vacatures die ontstaan bij het aanstaande aftreden van de heren *J. F. A. van Rijn*, *J. I. van der Leeuw* en *J. P. M. Trouw* met algemene stemmen de door District XIX gestelde kandidaat, de heer *W. Vegelin*, uit Tzummarum (Fr.) werd gekozen. Getracht zal worden, voor de twee met ingang van 1 januari 1971 nog steeds bestaande vacatures in het Centraal Bestuur alsnog kandidaten te stellen, die dan in de ledenvergadering van 11 december aanstaande zouden kunnen worden gekozen.

Naar aanleiding van hetgeen de voorzitter in zijn inleidende rede (welke verderop integraal wordt afgedrukt) stelde over de opleiding in de huisarts-geneeskunde werd een door district XX ingediende motie met algemene stemmen aanvaard. Deze motie luidde aldus:

De ledenvergadering der Landelijke Huisartsen Vereniging in vergadering bijeen op 26 november 1970 te Utrecht,

gehoord de mededelingen van het Centraal Bestuur inzake de problematiek rondom de ontwikkelingen van de specifieke beroepsopleiding tot huisarts en de daarover gevoerde discussie,

gezien de desbetreffende deskundige adviezen en rapporten,

in aanmerking genomen de voorlopige keuze van de betrokken bewindslieden voor een opleiding tot huisarts vóór het artsexamen en de mededelingen dienaangaande van regeringszijde,

onderschrijft het standpunt van het Centraal Bestuur en van het Hoofdbestuur der K.N.M.G., dat deze beroepsopleiding het best kan worden gerealiseerd na het artsexamen, gevolgd door registratie en toekenning van de titel van huisarts onder de gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid, medische faculteiten en beroepsorganisaties (K.N.M.G., L.H.V. en N.H.G.),

is van oordeel, dat een oplossing in deze geest en langs deze weg:

- de beste waarborgen biedt voor de noodzakelijke medewerking en medeverantwoordelijkheid van de huisartsen,
- de beste mogelijkheden biedt om de opleiding te ontwikkelen en aan te passen aan de daaraan nationaal en internationaal te stellen eisen,

c. in overeenstemming is met de bovenbedoelde adviezen en rapporten,

dringt er bij het Centraal Bestuur op aan zijn standpunt in deze te handhaven en bij de betrokken instanties met kracht naar voren te brengen.

Het voorstel, inhoudende reglementswijzigingen, werd op verzoek van de ledenvergadering teruggedenomen. Bovendien werd het Centraal Bestuur verzocht het voorstel te wijzigen in de geest van een daartoe ingediende en aanvaarde motie.

Conform de desbetreffende publikatie in Medisch Contact nr. 40 van 30 oktober 1970 werd vervolgens een financiële commissie ingesteld. De door het Centraal Bestuur als lid van deze commissie voorgedragen kandidaten *W. A. M. Koch* te Geldrop, *W. P. J. M. Pierrot* te Vinkeveen en *K. Vaandrager* te Deventer werden daarop met algemene stemmen gekozen.

Het jaarverslag van de penningmeester over het verenigingsjaar 1969 (inclusief het accountantsrapport), de begroting voor 1971 (inclusief het voorstel terzake van de bijdrage voor dat jaar) en de begroting 1971 van de Apotheekcommissie werden na enige discussie goedgekeurd.

De voorzitter deelde tenslotte nog mede, dat de Regeling en Klapper geen onderdeel van de overeenkomst 1971 zal uitmaken, zowel wat het medisch als het farmaceutisch deel betreft. Overleg zal nog plaats vinden omtrent de te kiezen uitgangspunten voor een regeling, welke kan bijdragen tot een receptuur die zowel in medisch als in economisch opzicht verantwoord is.

A.I.

Fluoridering van drinkwater

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft met betrekking tot fluoridering van drinkwater in 1966 het standpunt ingenomen dat daartegen geen bezwaar bestaat. De Maatschappij heeft het gewenst geacht haar standpunt aan te passen op de onderzoekingen en publikaties, die nadien hebben plaats gevonden. Zij is van oordeel dat fluoridering van drinkwater een medisch verantwoorde maatregel is en dat het derhalve ook verantwoord is dat voor een zo optimaal mogelijke cariespreventie gekozen is voor het drinkwater als medium. De Maatschappij acht verdere uitbreiding van fluoridering van drinkwater noodzakelijk en betuigt haar adhesie met de op de 20 en 21 november l.l. gehouden Algemene Vergadering van de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde met algemene stemmen aangenomen resolutie, waarin wordt geconcludeerd dat snelle invoering van de drinkwaterfluoridering een volksgezondheidsbelang van de eerste orde wordt geacht.

Saneringscommissie Rijnmond geïnstalleerd

Donderdag 26 november jl. installeerde staatssecretaris Kruisinga van Sociale Zaken en Volksgezondheid de Saneringscommissie voor het Rijnmondgebied. Deze bijzondere commissie heeft tot taak te adviseren over maatregelen die de concentratie van verontreinigende stoffen zouden kunnen doen verminderen. Twee dagen tevoren had de Eerste Kamer zonder hoofdelijke stemming de Wet inzake de luchtverontreiniging aangenomen, een wet die de staatsrechtelijke gronden voor het instellen van een dergelijke bijzondere commissie zal fourneren. Vooraleer de wet als zodanig zal kunnen fungeren, moeten echter nog uitvoeringsbesluiten tot stand worden gebracht. Het vervroegd verklaren tot saneringsgebied van de Rijnmond, en daarmee gepaard gaand de vervroegde instelling van de saneringscommissie, vond zijn oorzaak in de ernstige vervuiling van het Rijnmondgebied in midden oktober. Sprekende over de activiteiten die het nieuwe college zou kunnen gaan ontplooiën, zei de bewindsman:

„Het is aan uw commissie om te bepalen, op welke wijze zij haar taak wil uitvoeren. Het ligt voor de hand, dat daartoe eerst zal worden getracht een overzicht van de huidige situatie te verkrijgen. Daartoe zou kunnen worden nagegaan: welke emissies thans in de atmosfeer worden gebracht; wat er bekend is van de tot dusverre optredende concentraties van verontreinigende stoffen; of deze gegevens voldoende zijn; en voorts, hoe groot de kans is op door bijzondere meteorologische omstandigheden of door bedrijfsstoringen veroorzaakte perioden met onaanvaardbaar hoge concentraties. Daarna zou u kunnen overwegen, welke maatregelen ter vermindering van de onder normale en onder buitengewone omstandigheden optredende luchtverontreiniging kunnen worden genomen, of welke maatregelen de kansen op ernstige luchtverontreiniging kunnen verminderen. Tenslotte zou u wellicht kunnen overwegen: of maatregelen dienen te worden getroffen; en zo ja, welke, teneinde het toezicht en de controle op de verschillende oorzaken van luchtvervuiling te verbeteren en te intensiveren. Wellicht zal het uw commissie blijken, dat het nog niet mogelijk is thans reeds alle gewenste maatregelen aan te geven, maar dat vooreerst wegen moeten worden aangegeven langs welke men tot het concretiseren van de gewenste maatregelen kan komen”.

De staatssecretaris vermeldde verder, dat op het ogenblik een landelijk meetnet wordt opgezet, voorlopig op 100 à 150 plaatsen; in bepaalde gebieden zal dit meetnet worden verdicht, waardoor per oppervlakte-eenheid meer gegevens te verkrijgen zijn. Gemeten wordt nu alleen het zwaveldioxyde-gehalte, later zullen daar nog bij komen stikstofdioxyde, ozon en mogelijk nog enige andere luchtverontreinigende bestanddelen. De Rijnmond is één van de gebieden met een verdicht meetnet, aldaar bestaande uit 31 volledig geautomatiseerde opnemers plus centrale post.

IN MEMORIAM

L. van Moppes



In de nacht van maandag 23 op dinsdag 24 november is plotseling overleden de heer L. van Moppes, sinds vele jaren notulist van het hoofdbestuur en het dagelijks bestuur onze Maatschappij en die veelal in die functie ook de Centrale Besturen van de maatschappelijke verenigingen zijn diensten bewees.

Dit schokkende bericht betekende voor ons het verlies van een ons zeer vertrouwd geworden man, die in onze kring grote waardering genoot, zowel in het persoonlijke vlak als om de onvolprezen wijze, waarop hij zijn functie uitoefende. Zijn taakvervulling, waarbij hij bij het volgen van onze gedachtenwisselingen steunde op een helder geheugen, dat ons menigmaal zeer te stade is gekomen, was boven alle lof verheven. Dat hij een bijzondere persoonlijkheid was kan niemand zijn ontgaan die heeft kunnen waarnemen met hoeveel blijmoedigheid en volharding hij, een ernstige lichamelijke handicap ten spijt, zijn werk verrichte. Dat getuigde van een uitzonderlijke geestkracht.

Dit onverwachte heengaan van een in onze Maatschappij-kring zo hoog gewaardeerde en gerespecteerde figuur doet ons beseffen wat dit verlies moet betekenen voor mevrouw Van Moppes. Ons oprecht diep medeleven gaat uit naar haar en de haren.

Dr. L. van der Drift,

Voorzitter Koninklijke Nederlandsche
Maatschappij t.b.d. Geneeskunst

Rede van voorzitter J. F. A. van Rijn ter inleiding van de Ledenvergadering der L.H.V.

Wanneer wij het terrein overzien, waarop de Landelijke Huisartsen Vereniging zich sinds de laatste vijf jaar heeft bewogen, valt het direct op, dat het aantal zaken dat aan de zorgen van onze vereniging is toevertrouwd, een aanzienlijke uitbreiding heeft ondergaan. In onze doelstelling staat dat de maatschappelijke belangen in de ruimste zin voor onze leden voorwerp dienen te zijn van onze activiteiten. Tengevolge van de ontwikkelingen op het gebied van de gezondheidszorg is het steeds duidelijker geworden dat de aandacht voor de belangen van diegenen, aan wier zorgen het uitoefenen van de geneeskunst in het eerste échelon is toevertrouwd, de huisartsen dus, ons vanzelfsprekend noodzaakt de bevordering van de uitoefening van de huisartsgeneeskunst tot uitgangspunt en doel van ons handelen te maken. Vele taken zijn ons in dit opzicht in de loop van de jaren, gedurende welke ik voorzitter van het Centraal Bestuur van de L.H.V. heb mogen zijn, opgedragen.

Men spreekt tegenwoordig op vele niveaus over de crisis van de huisartsgeneeskunst. Niet alleen op Europees vlak wordt — op de allereerste plaats door de huisartsen zelf — de inhoud, het heden en de toekomst van hun beroep aan de orde gesteld maar ook op de laatste vergadering van de World Medical Association deze zomer in Oslo was dit onderwerp hoofdthema van de besprekingen. Ik wil in vogelvlucht een aantal facetten van onze beroepsuitoefening in deze inleiding behandelen.

In alle rapporten en verhandelingen welke in het afgelopen decennium nationaal zowel als internationaal over de beroepsuitoefening van de huisarts zijn verschenen, vindt men de stelling geponeerd dat de huisarts de centrale plaats in de gezondheidszorg dient in te nemen. Een treffende typering van het wezen van het beroep van huisarts geeft Richard Scott, hoogleraar in de huisartsgeneeskunst te Edinburgh, hij stelt:

„Huisartsgeneeskunst is op de eerste plaats het gebied van de ongedifferentieerde geneeskunst. Het is het gebied waar maatschappij en geneeskunde elkaar ontmoeten. De bijzonder beroepsmatige eisen welke in deze situatie van de medicus worden gevraagd hebben betrekking op de vroegst mogelijke diagnose van beginnend organisch of psychisch ziek zijn in dit vroege stadium.

„De problemen van de therapie zijn niet geringer dan die van de diagnose. Het is aan de huisarts er voor te zorgen dat alle beschikbare klinische vaardigheden, zowel die van zichzelf, als die van zijn collega's op andere gebieden van de geneeskunde zo effectief mogelijk worden gebruikt ten behoeve van de patiënten. In deze situatie zijn gezond oor-

deel, bereidheid om verantwoordelijkheid op zich te nemen en te handelen van hoge waarde. Weten wat beschikbaar is en wanneer en hoe het te gebruiken is essentieel.

„Er zijn twee karakteristieken van de algemene praktijk die de huisarts van ieder ander gekwalificeerde medicus onderscheiden: 1e de patiënt heeft een „direct and unqualified access” tot de huisarts; 2e de huisarts verstrekt continue zorg. Wanneer aan deze twee voorwaarden is voldaan ten opzichte van een medicus en een groep van patiënten hebben wij te maken met de huisartssituatie.

„Directe toegang betekent dat de huisarts niet van te voren de soort van ziekte kan bepalen waarvoor zijn patiënt hem mag consulteren. De specialist moet wel een zodanige barrière tussen zichzelf en de patiënt oprichten, de huisarts niet: de patiënt mag iedere soort van ziekte hebben. Directe toegang betekent dat er geen van tevoren bepaalde grens is voor de omvang van de klinische of sociale pathologie. De alledaagse klinische of zelfs preklinische syndromen verdringen zich tussen de grote acute ziektebeelden en de chronische irreversibele, progressieve en ongeneeslijke aandoeningen. Directe toegang betekent niet alleen dat de patiënt iedere soort van ziekte mag hebben, maar ook dat hij in het geheel geen ziekte kan hebben.

„De uitdaging aan de huisarts kan onder deze omstandigheden eenvoudigweg zo worden geformuleerd: er moet iets aan de hand zijn met de patiënt die de medicus consulteert zonder dat hij ziek is. Dit leidt tot een vervaging van de scheidslijn tussen datgene wat kan worden beschouwd als te vallen binnen het bereik van de kennis en de bevoegdheid van de arts en datgene wat behoort tot het gebied van de sociologie of de socioloog.” Tot zover Richard Scott.

Het is duidelijk dat om aan deze zo helder geformuleerde taak te kunnen voldoen de huisarts goed moet zijn toegerust. Hij moet beschikken over een gedegen kennis op de diverse gebieden der geneeskunde en aanverwante gebieden. Tengevolge van de snelle technische ontwikkelingen op het gehele gebied der geneeskunst staat de huisarts een uitgebreid register van diagnostische en therapeutische middelen ter beschikking, die een luttel aantal jaren geleden slechts schaars en praktisch alleen klinisch waren toe te passen. Basisapparatuur wordt steeds meer vereenvoudigd en voor velen bereikbaar en toegankelijk. Dientengevolge kan een groot aantal aandoeningen door de huisartsen worden behandeld, mits hij over een gedegen kennis beschikt, mits hem daartoe de tijd ter beschikking staat en mits het hem financieel mogelijk is zich van de nodige hulpmiddelen te voorzien.

Zoals ik van deze plaats reeds vaker heb gesteld,

zal het goed en adequaat functioneren van de huisarts er toe leiden dat een aantal basisonderzoekingen en therapieën door hem kunnen worden verricht, zodat daardoor de specialist en ook de sociaal-geneeskundige beter zullen kunnen functioneren, meer op hun specialistische kennis toegepitste werkzaamheden zullen kunnen verrichten. Noodgedwongen moeten te vaak vele routine-onderzoekingen en voor goed opgeleide huisartsen toegankelijke therapieën door specialisten worden verricht, met als nevenverschijnselen een overbelasting van het ons ter beschikking staande ziekenhuisapparaat. Het is mijn overtuiging, dat een belangrijk aantal onderzoekingen en therapieën, die nu — ondanks alle goede wil en bereidheid het anders te doen — ziekenhuisbedden in beslag nemen, extramuraal zouden kunnen geschieden, hetzij door adequaat opgeleide huisartsen hetzij in ambulatoria, waar specialist en huisarts samenwerken. Zodoende zou er een belangrijke vergroting van de efficiency kunnen plaatsvinden op het gebied van de gezondheidszorg. Andere maatregelen die op dit gebied in voorbereiding zijn wil ik hier niet bespreken, mede omdat zij typisch tot het gebied van de organisatie van de intramurale geneeskunde behoren. Wel wil ik van deze plaats pleiten voor het weer inschakelen van de huisarts in de klinische behandeling van zijn patiënten. De centrale plaats van de huisarts in de gezondheidszorg is een moderne conceptie, die — aldus opgevat — belangrijke perspectieven biedt voor de huisartsgeneeskunst en de gezondheidszorg van morgen. Zoals ik in het voorgaande reeds aanduidde zal er aan een drietal voorwaarden voldaan moeten worden, wil dit ideaal gerealiseerd worden:

1. De huisarts zal, wil hij aan bovengenoemde taak en functieomschrijving kunnen voldoen, adequaat moeten worden opgeleid.
2. De huisartsenpraktijk zal op een efficiënte en doelmatige wijze moeten worden georganiseerd.
3. De huisartsen zullen in de gelegenheid moeten worden gesteld zich van technische middelen te voorzien, die voor een juiste praktijkvoering onontbeerlijk zijn.

ad 1. De opleiding zoals deze thans, zowel in Nederland als in de meeste Europese landen geschiedt, is naar het oordeel van de beroepsgenoten niet voldoende berekend op de eisen die de beroepsuitoefening in deze snel evoluerende tijd aan hen stelt. Er wordt onvoldoende kennis bijgebracht van de typische problematiek waarvoor de huisarts zich in toenemende mate in de praktijk ziet gesteld. Er is onvoldoende ervaring in de ziektebeelden en onvoldoende scholing in de praktische technieken welke de huisartsen dienen te beheersen. Er is onvoldoende „feed back” tussen opleiders en „field-workers”. Kortom, het onderwijs zowel in de „cure” als de „care” door huisartsen te verrichten schiet tekort.

Een belangrijke mijlpaal in de geschiedenis van, ik mag wel zeggen „de ontwikkeling” van de spe-

cifieke beroepsopleiding tot huisarts in Nederland, is het „Raamplan huisartsen opleiding”, dat medio 1966, dus kort nadat het nieuwe C.B. van de L.H.V. zijn functie had aanvaard, aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen op een eerder gedaan verzoek zijnerzijds door het Interfacultair Overlegorgaan der Medische Faculteiten (verder te noemen I.O.G.) kon worden aangeboden. In dit raamplan sprak het I.O.G. zijn ondubbelzinnige voorkeur uit voor modificatie 1 van het plan, waarin wordt geadviseerd te komen tot een specifieke beroepsopleiding van huisarts na het artsexamen. Volgens de faculteiten biedt een dergelijke verplichte opleiding na het artsexamen het grote voordeel, dat artsen hun opleiding voltooiën door te werken met eigen bevoegdheden en verantwoordelijkheden onder supervisie en is zij daarom uit opleidingsoogpunt bijzonder vruchtbaar. Ik zou daaraan onzerzijds nog willen toevoegen, dat door een opleiding na het artsexamen het strakke keurslijf van de universitaire vorming wordt vermeden en de nodige souplesse wat inhoud en tijdsduur van de opleiding betreft beter kan worden bereikt. Voor het realiseren van modificatie 1 van het raamplan van het I.O.G. is geen wetwijziging nodig. Ook in het verband van de Europese Gemeenschap, waarin Nederland participeert, zijn er onzes inziens geen bezwaren.

Op 6 januari 1968 kwam het hoofdbestuur van de K.N.M.G. tot een aantal besluiten en conclusies over de opleiding tot arts en tot huisarts, welke op 10 januari daaropvolgend ter kennis van de minister van Onderwijs en Wetenschappen werden gebracht. Zij luiden als volgt:

1. De opleiding tot arts dient te omvatten kennisneming van alle facetten van de uitoefening der geneeskunde, met inbegrip van de huisartsgeneeskunde.
2. Met inachtneming van moderne inzichten en onderwijsmethoden dient te worden gestreefd naar een verkorting van de huidige opleiding tot arts.
3. Het artsexamen moet geven de bevoegdheid tot uitoefening der geneeskunst in volle omvang.
4. Een specifieke scholing tot het beroep van huisarts na het artsexamen is noodzakelijk en de mogelijkheid dient zo spoedig mogelijk te worden geopend.
5. De instelling en uitvoering van een specifieke opleiding tot huisarts na het artsexamen dient te geschieden in onderling overleg tussen de medische faculteiten, de K.N.M.G. en het Nederlands Huisartsen Genootschap.
6. Het hoofdbestuur dringt er bij de minister van Onderwijs en Wetenschappen op aan de faculteiten middelen ter beschikking te stellen, teneinde de wijziging en de aanvulling van de universitaire opleiding tot arts zo spoedig mogelijk tot stand te kunnen brengen.
7. Het hoofdbestuur van de K.N.M.G. zal het initiatief nemen tot een regeling inzake een registratie en

erkenning van huisartsen, evenals is geschied voor specialisten en sociaal-geneeskundigen.

Het hoofdbestuur ontving op 30 januari 1968 hierop een antwoord van de minister. Hieruit bleek, dat de minister, om onnodige vertraging van de opleiding tot arts en tot huisarts te voorkomen, voorlopig zou streven naar invoering van alternatief 2 van het door de faculteiten der geneeskunde (I.O.G.) opgestelde „Raamplan huisartsen opleiding”. Dit alternatief, dat thans voorlopig zal worden gerealiseerd, heeft duidelijk niet de voorkeur van de faculteiten. De redenen, waarom de minister voor dit alternatief heeft gekozen, zijn van zuiver technisch-financiële aard. Wij, de L.H.V., de huisartsen van Nederland, zijn van mening dat voor de financiering van alternatief 1 een oplossing moet en kan worden gevonden.

In hetzelfde antwoordschrijven verklaarde de minister er goede nota van genomen te hebben, dat naar de mening van het hoofdbestuur een specifieke scholing tot het beroep van huisarts na het arts-examen noodzakelijk is, en dat de mogelijkheid hiertoe zo spoedig mogelijk dient te worden geopend (alternatief 1 van het raamplan). De minister verklaarde zich bereid, onmiddellijk te gaan onderzoeken in hoeverre een regeling was te treffen in overeenstemming met het standpunt van het hoofdbestuur en of een dergelijke regeling zou kunnen worden uitgevoerd op zo kort mogelijke termijn, in ieder geval voordat de eerste arts, opgeleid volgens alternatief 2 van het raamplan zijn studie zou hebben voltooid. De minister zegde in hetzelfde schrijven toe, ook op Europees niveau bij invoering van de zogenaamde richtlijnen volgens het E.G.-verdrag de mogelijkheid van verwezenlijking van alternatief 1 van het raamplan voor de toekomst open te houden. Bovendien verzekerde hij dat, voor wat betreft de interne regeling in Nederland, voor de nadere bestudering van alternatief 1 van het raamplan huisartsenopleiding in overleg te zullen treden met het I.O.G. en met de K.N.M.G. De besprekingen zouden, aldus de minister, zijnerzijds in volstrekte openheid worden tegemoetgetreden, met als uitgangspunt dat verdere differentiëring van de medische studie in de richting van alternatief 1 van het raamplan, mede in aanmerking genomen het belang van optimale gezondheidszorg, in hoge mate wenselijk wordt geacht. Naar verluidt gaat het interim-advies van de staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, inzake de wijziging van de artsopleiding en de daarmee verbandhoudende wettelijke regelingen, in de richting van alternatief 1 van het raamplan.

Het open overleg tussen minister, I.O.G. en K.N.M.G. heeft tot dusverre nog niet plaatsgevonden. Het hoofdbestuur van de K.N.M.G. heeft inmiddels in zijn vergadering van zaterdag 7 november 1970 besloten tot het instellen van een huisartsenregistratie en heeft zich daartoe op korte termijn laten adviseren door een adviesgroep. De L.H.V. heeft in samenwerking met het N.H.G. reeds de eerste stap gezet op het gebied van de organisatie

van de nascholing, die een onontbeerlijk sluitstuk dient te zijn van de opleiding en registratie. Het is u bekend dat de Stichting Financiering Nascholing reeds met haar werkzaamheden is begonnen. De L.H.V. en de N.H.G. werken hierin nauw samen om tot een adequate organisatie van de nascholing te komen. Het is voor de toekomst van de huisarts-geneeskunst van essentieel belang, dat zo spoedig mogelijk een specifieke beroepsopleiding na het artsexamen wordt gerealiseerd. In de studie „Arts- en huisarts-opleiding nieuwe stijl”, door het I.O.G. in mei 1970 uitgebracht, wordt de vraag, in hoeverre in het thans tot uitvoering komende alternatief 2 van het raamplan optimale huisartsen opleiding mogelijk is, niet besproken. Uit het verslag van het mondeling overleg tussen de vaste Kamercommissies van Onderwijs en Wetenschappen en die van Volksgezondheid met de betrokken bewindslieden blijkt dat de minister geen verschil ziet tussen de kosten welke alternatief 1 of 2 van het raamplan zullen meebrengen.

Op Europees niveau is het Comité Permanent der artsen van de E.G. tot de conclusie gekomen, dat er in het Europa van de zes landen een specifieke beroepsopleiding tot huisarts moet komen met een minimumduur van 2 jaar. Op verzoek van de Union Européenne des Médecins Omnipraticiens (UEMO) stelde de Nederlandse delegatie richtlijnen voor een minimum-programma van een beroepsopleiding tot huisarts op, dat, aanvaard door de U.E.M.O. en de werkgroep huisartsen van het Comité Permanent, met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid, in het komende weekend door het C.P. zal worden aangenomen. Tot verbazing van de Europese huisartsen stelde het Europees Parlement in Straatsburg deze zomer een advies op, waarvan de punten 12-13 en 14 luiden:

„Het Europees Parlement . . .

12. toont zich bezorgd over de moeilijke positie der huisartsen in het heden en in de toekomst;
13. is van mening, dat deze niet door een aanvullende speciale opleiding of door een na de studie te volbrengen stage in een ziekenhuis, maar alleen door een hervorming van de opleiding en bijscholing kan worden verholpen;
14. verzoekt de commissie de huidige werkzaamheden en positie van de huisarts nauwkeurig te onderzoeken en zo spoedig mogelijk voorstellen in te dienen, teneinde het aanzien van de huisarts binnen de artsenstand te verhogen en daarmee zijn positie te versterken; . . .”

De werkgroep huisartsen van het Comité Permanent stelde daarop in de vergadering van 21 en 22 november j.l. te Parijs de volgende motie op:

„Het Comité Permanent der Artsen van de Europese Gemeenschap neemt er nota van, dat het Europees Parlement zich bewust is van de moeilijkheden, waarmee de uitoefening van de algemene geneeskunde in de zes landen van de Gemeenschap te kampen heeft. Het betreurt echter ten zeerste, dat de door dit orgaan aanbevolen oplossingen op geen enkele wijze rekening

houden met de voorstellen, welke het C.P. heeft geformuleerd. Het C.P. is van mening, dat het in Straatsburg opgestelde advies in feite de werkelijke belangen van de volksgezondheid in de lidstaten negeert. Bovendien dreigt een dergelijk advies de inspanningen ongedaan te maken van de artsen der zes landen van de Europese Gemeenschap, welke tot een nu reeds sedert jaren bestaand eensgezind standpunt hebben geleid betreffende de noodzaak van een aanvullende opleiding voor de huisartsen. Andere landen buiten de Europese Gemeenschap hebben reeds uitstekende resultaten bereikt met een dergelijke specifieke opleiding, zoals bijvoorbeeld Zwitserland en Oostenrijk.

Het C.P. legt er de nadruk op, dat de verklaring van het Europees Parlement elke ontwikkeling verlamt van de evolutie van de huisartsgeneeskunst, strekkende tot een werkelijke bevrediging van de essentiële behoeften van de bevolking, over een steeds betere en aan de vooruitgang aangepaste verzorging te kunnen beschikken. Het C.P. is van mening, dat een eerste schrede in de richting van een aanvullende opleiding tot huisarts (...) van het allergrootste belang zou zijn."

Deze motie zal het komende week-end eveneens aan het Comité Permanent der Europese artsen worden voorgelegd, en — gezien het voorafgaande — naar alle waarschijnlijkheid door de gezamenlijke Europese artsen worden aangenomen. Deze motie zal met de bijbehorende documenten worden gezonden aan de raad van ministers van de Europese Gemeenschap, het Europese Parlement en de regeringen van de zes landen.

Als tweede voorwaarde van het goed functioneren van de huisarts heb ik genoemd een moderne adequate praktijkorganisatie. Naast de solopraktijken zullen in de naaste toekomst groepspraktijken, praktijkgroepen en andere samenwerkingsvormen tot stand komen. Ik denk hier aan de home-teams en de gezondheidscentra. Wat betreft de groepspraktijk bestaat reeds een zekere ervaring. Belangrijk is, in hoeverre deze vormen van praktijkvoering de gezondheidszorg en dus de belangen van onze patiënten zullen kunnen dienen. Belangrijk is ook, in hoeverre de efficiency van de praktijkvoering hierdoor kan worden verbeterd. Ook (of misschien juist) in de solopraktijk kan door een adequate organisatie en met benutting van moderne hulpmiddelen veel gedaan worden om de efficiency op te voeren, het belang van de patiënten te dienen en last but not least de medicus een draaglijker leven te geven. Zowel patiënten als artsen zullen zich hiertoe een grote mate van zelfdiscipline dienen op te leggen. De L.H.V. is bereid haar volle medewerking te geven aan experimenten op het gebied van de praktijkorganisaties. Met het oog daarop is een gemeenschappelijke commissie Groepspraktijken L.H.V.-N.H.G. in het leven geroepen, terwijl de financieringsproblematiek in studie is.

De derde voorwaarde die moet worden vervuld om de toekomst van de huisartsgeneeskunst veilig te stellen is een juiste honorering. De verhouding met de ziekenfondsorganisaties is verbeterd na de moeilijkheden die wij hebben gehad. Er zijn nog meningsverschillen over een aantal zaken, zoals de inhoud van het pakket en de wijze waarop een bijdrage geleverd kan worden door de medewerkers aan een zo economisch mogelijke receptuur zonder

dat er aan de vrijheid van recept wordt getornd en zonder dat er discriminatie van groepen van patiënten plaatsvindt. De L.H.V. is van mening, dat de kostenvergoeding welke naar aanleiding van het aanvullend advies van de commissie-Van der Ven voor de ziekenfondsverzekering tot stand is gekomen, onjuist is. Voor circa een kwart van de ziekenfondsverzekerden worden er geen gemiddelde vaste kosten vergoed. Tengevolge daarvan betalen de ziekenfondsorganisaties circa 55% in plaats van 70% van de vaste kosten voorkomend in het rekenbudget. Wij hopen voor al deze problemen een voor beide zijden bevredigende oplossing te vinden.

Met betrekking tot het beleid van ons Centraal Bestuur op het gebied van de particuliere tarieven wil ik het navolgende opmerken. Het beleid is er, na de aanvankelijke schermutselingen met de prijsbeheersing, in de eerste plaats op gericht geweest, dat wij zo spoedig mogelijk zekerheid zouden verkrijgen omtrent de prijzenrechtelijke positie van de huisarts. Hiervoor stond geen andere weg open dan het uitvechten van een aantal door de Economische Controle Dienst via de Officier van Justitie aan de economische rechter voorgelegde zaken, waarin een aantal leden van onze vereniging overtreding ten laste werd gelegd van de Prijsbeschikking goederen en diensten 1969-II en (later) de Prijsbeschikking medische hulp aan particulieren-1970. Wij zullen de daarvoor in aanmerking komende zaken op dit ogenblik en op deze plaats niet aan een nadere analyse of beschouwing onderwerpen. Dit zou te ver voeren en te veel tijd in beslag nemen. Desalniettemin moeten wij wel er van gewagen, dat in al deze strafzaken zowel een feitelijk als ook een principieel verweer wordt gevoerd. Nu kan men zich echter afvragen, of het veel zin heeft om zich op de feiten te verweren, indien men een principiële uitspraak nastreeft. Dit laatste wil dus zeggen: een uitspraak over de vraag, of de prijzenwet als zodanig op beoefenaren van een vrij beroep als dat van huisarts toepasselijk is, en zo ja, of de eerdergenoemde prijzenbesluiten met betrekking tot de huisartsen wel van toepassing zouden zijn krachtens de vereisten voor vorm en inhoud. Veel meer kan men in dit opzicht van de prijzenrechter niet verlangen, met name niet een uitspraak over de vraag of de hoogte van de vastgestelde maxima voor de particuliere tarieven al dan niet op het juiste niveau is vastgesteld. Dit laatste is namelijk een beleidskwestie van de regering, waarop de prijzenrechter in het algemeen zich niet zal begeven.

Nu is het echter zo, dat ook in de feiten, zoals deze aan onze bovenbedoelde leden ten laste zijn gelegd, wel degelijk een principieel element heeft gezeten, hetwelk dus evenzeer ten principale zal moeten worden uitgevochten. Het betreft de belangrijke vraag, op welke wijze de artsennota's in het verleden plachten te worden samengesteld en in het heden plegen te worden dan wel moeten worden samengesteld. Het betreft hier met andere woorden niet de „prijs" (zo men het honorarium van de arts al met dit woord kan aangeven), maar de

prijzsvorming (zo men de wijze waarop de arts zijn declaratie pleegt op te stellen al met dit woord kan aanduiden). Reeds thans, in het eerste stadium van de onderzoekingen, is overduidelijk gebleken, dat deze „prijzsvorming” per nota, per patiënt en per arts onderling aanzienlijke verschillen vertoont. Deze verschillen betreffen niet alleen het aantal contacten van de arts met de patiënt en met anderen (specialisten, ziekenhuizen en anderen) in verband met het geval van de patiënt, maar ook de waardering van de inhoud van de door de arts aan de patiënt verleende diensten, als totaal. Het is een uitzonderlijk principiële vraag of de huisarts in de toekomst zijn huidige vrijheid van zelfstandige beoordeeling van de feiten, dat is de kwantiteit en de kwaliteit van zijn diensten aan de patiënt (in voorkomende gevallen de draagkracht van het gezin over de declaratieperiode mede in acht genomen) nog wel zal kunnen behouden, of dat hij deze vrijheid zal moeten inruilen voor een door de wetgever in te voeren knipkaart, waarvan iedere coupon tevens door de overheid is geprijsd. Wij vragen ons overigens af, of dit laatste wel mogelijk is zonder dat de overheid daarbij tevens aard, inhoud, tijdsbeslag en tijdstip van de dienst vaststelt. Wij willen bij dit alles nog daarlatoen of een dergelijk knipkaartsysteem voor de patiënt, en in voorkomende gevallen diens verzekeraar, wel zo veel economisch gunstiger zou uitvallen dan het in het verleden en ook thans nog veelal gevolgde systeem van door de arts „gewogen” declaraties.

Hoe dan ook, wij zullen het verloop van deze strafzaken moeten afwachten, waarbij wij tenslotte nog uitdrukkelijk willen herhalen, dat het ons er om gaat zekerheid te verkrijgen over onze prijzenrechtelijke positie. Zelfs indien wij deze zaak zouden verliezen, kan dit dus winst betekenen uit het oogpunt van verkregen zekerheid en voorts, naar wij stellig hopen, ook winst in politiek opzicht. Wij hopen namelijk althans te kunnen aantonen, hetgeen zelfs bij een verloren proces mogelijk is, dat zo men al iets aan de honorering van de huisarts wil doen, de prijzenwet zoals die thans bestaat noch enige op grond daarvan te nemen prijzenbeschikking een juiste en rechtvaardige regeling van het niveau van de artsenhonorering vermag tot stand te brengen, zijnde de huidige wet dusdanig op het bedrijfsleven en zijn materiële produkties en produktiemethoden ingesteld, dat zij voor een vrij beroep als het onze — dat op intermenselijke diensten is afgestemd — onaanvaardbaar en onverdragelijk is. Met inachtneming van het voorgaande mag het u duidelijk zijn, dat onze hoop meer dan op de prijzenrechter is gevestigd op het College van Broep voor het Bedrijfsleven, waaraan onze zaak thans door het Centraal Bestuur is voorgelegd. Dit college immers vermag niet alleen te oordelen over prijzenwet en prijzenbeschikking, zoals de strafrechter dat evenzeer kan doen, maar ook over de juistheid van het door de minister uit beleidsoogpunt aangegeven niveau, de hoogte en de aanpassing van de particuliere tarieven derhalve. Wij hebben in verband met de lopende

prijzenstrafzaken met aandrang en bij herhaling om een spoedige uitspraak van dit college gevraagd en zien met de grootst mogelijke belangstelling deze uitspraak tegemoet.

Wie uit al het voorgaande de indruk mocht hebben verkregen, dat ons Centraal Bestuur bij al zijn activiteiten uitsluitend het oorlogspad heeft gekozen, vergist zich overigens deerlijk. Het is natuurlijk niet zo (hetgeen uit het oogpunt van bestuursbeleid trouwens niet anders mag worden verwacht) dat wij bij ons streven naar verkrijging van zekerheid omtrent onze prijzenrechtelijke positie als vrij beroepsuitoefenaar, daarnevens blind zouden zijn voor mogelijkheden om dit vrije beroep te kunnen uitoefenen in vrede met de overheid. Het is bekend, dat wij ons bereid hebben verklaard tot een open en vrijblijvend gesprek tot verbetering van de verhouding overheid-huisartsen. Een oriënterend contact hierover verkeert in een beginstadium. Het C.B. is bereid hieraan te blijven medewerken, tenzij dit jonge plantje mocht worden uitgeroeid door een verscherping in de verhouding van de huisartsen en het opsporingsorgaan van de huidige prijzenwet, in dier voege, dat opsporingsambtenaren van de E.C.D. zich zouden gaan mengen in de vertrouwenshouding tussen bepaalde huisartsen en bepaalde patiënten, daarmede schade toebrengende aan deze vertrouwensverhouding. Wij als Centraal Bestuur zouden deze gang van zaken zeer betreuren vooral in die gevallen, waarin de patiënt zelf niet heeft geklaagd bij de Economische Controle Dienst, en voorts in die gevallen waarin de patiënt wel heeft geklaagd, maar de arts zich jegens de opsporingsambtenaar bereid heeft verklaard over deze klacht de opsporingsambtenaar zo goed mogelijk in te lichten, uit de aard van de zaak voor zover het beroepsgeheim dit toelaat.

Het is wezenlijk aan de grens van het beroepsgeheim, dat het onderzoek naar de aard en de inhoud van elke klacht moet ophouden, bij elke opsporing onder welke wet dan ook. Het zij onze leden op hun hart gedrukt, ingeval zij met de opsporingsambtenaren van de prijzenwet in aanraking komen, mitsdien uitsluitend zakelijke inlichtingen te verschaffen in die gevallen waarin door, door de opsporingsambtenaar met name te noemen, patiënten is geklaagd. Indien bij de opsporing ook van overheidszijde begrip bestaat voor een beperking tot klachtgevallen, respect voor het beroepsgeheim en ontzien van de vertrouwensverhouding arts-patiënt, meent ons C.B. dat de bovengenoemde contacten geen ontijdig einde zullen vinden.

De huisartsen zijn niet bereid, via een van overheidswege opgelegde uniforme honoreringsdwang, alle nadelen van een soort National Health Service te accepteren maar via een schijnbare economische onafhankelijkheid alle voordelen van een dergelijke dienst te moeten ontberen!

De huisartsen hebben in 1966 als eerste en tot dusverre enige groep van onafhankelijke beroepsbeoefenaars een doorzichtige honoreringsstructuur op tafel gelegd waarbij een duidelijk niveau werd

aangegeven, terwijl in Nederland nauwelijks van een loonpolitiek, laat staan van een prijsbeheersing en inkomenspolitiek sprake was. Dit is voor de regering aanleiding geweest om na het advies van de commissie-Van der Ven op 10 maart 1967 richtlijnen uit te vaardigen, waarbij onder andere werd bepaald dat bij de herziening van de honorering van de huisartsen voor de jaren 1968, 1969 en 1970 naast een trendmatige aanpassing een structurele verbetering van de materiële positie van de huisartsen kon worden betrokken tot een omvang als in het advies van de commissie ex. artikel 49 tweede lid van de Ziekenfondswet was aangegeven. Dit betekent een verhoging van de huisartsenhonoraria met omstreeks 50%! Wel een teken dat er een enorme achterstand in de honoraria van huisartsen was ontstaan. Terwijl onze ziekenfondshonoraria ieder jaar trendmatig worden aangepast met per jaar een na-calculatie vaardigt de regering over de honoraria voor de geneeskundige hulp aan een beperkte groep van patiënten (de zogenaamde particuliere patiënten) een prijsbeschikking uit, die een ons inziens normale trendmatige aanpassing van deze honoraria onmogelijk maakt en aldus tot een duidelijke discriminatie van honoraria van een bepaalde groep van patiënten aanleiding geeft.

Geconstateerd zij nogmaals, dat huisartsenhulp in Nederland relatief goedkoop is, goedkoper dan in de omringende E.E.G.-landen. 86% van de ziektegevallen wordt door huisartsen, mede dankzij hun bereidheid een dagtaak te vervullen die door zeer velen zou worden afgewezen, geheel zelfstandig behandeld. Daartegenover bedragen de kosten van de huisartsenhulp voor ziekenfondsverzekerden slechts circa 10% van het totale ziekenfondsbudget per verzekerde. Illustratief is de ontwikkeling van de kosten in guldens per wettelijke verzekerde; een ziekenfondsziel kost per jaar:

1961 - f 90,46; 1970 - f 348,91;
raming 1971 - f 408,33

Hiervan werd onder meer besteed aan de hieronder volgende posten:

	1961	1970	raming 1971
huisartsenhulp	f 12,30	f 36,99	f 36,99?
farmaceutische hulp ..	f 13,71	f 53,32	f 60,01
specialistenhulp	f 14,48	f 48,27	f 51,62
ziekenhuisverpleging ..	f 30,32	f 153,16	f 183,92

De huisartsenhulp, zo kan hieruit worden geconcludeerd, beslaat ten naaste bij niet meer dan 10% van het gehele ziekenfondsbudget.

Als sluitstuk van het tot stand komen van een adequate honorering is, door het C.B. dat op 6 mei 1966 aan het bewind is gekomen het initiatief genomen tot een zelfstandige, onafhankelijke en collectieve verplichte pensioenvoorziening voor huisartsen. Een dezer dagen hebben u onze pensioenvoorstellen bereikt. Deze voorziening zal kunnen worden gere-

aliseerd dank zij de belofte van de regering-Zijlstra aan de L.H.V., overeenkomstig het advies van de commissie-Van der Ven, een wettelijke regeling tot stand te brengen en fiscale faciliteiten te verlenen conform aan die welke worden toegekend aan regelingen die krachtens de Bedrijfspensioenfondsenwet tot stand zijn gekomen. De huidige regering heeft ons verzekerd, zich aan deze belofte gebonden te voelen. Het is u allen bekend, dat het C.B. met zijn deskundigen een belangrijke bijdrage heeft geleverd aan het tot stand komen van het wetsontwerp inzake beroepspensioenfondsen, dat nu bij de Staten Generaal is ingediend.

Er is thans in Nederland sprake van plannen om tot een herstructurering van de ziektekostenverzekering te komen. Voor de huisartsen is het essentieel, dat — in welk systeem dan ook — het beroepsgeheim, de vrijheid van diagnostiek, de vrijheid van therapie en de vrijheid van receptuur worden gehandhaafd. De huisartsen zien voorts nog niet de noodzaak in om het huidige, in Nederland redelijk goed functionerende systeem radicaal te wijzigen. Met name zien wij in een systeem van volksverzekering, zoals dat thans aan ons is voorgelegd, nog geen verbetering voor de volksgezondheidszorg. Integendeel, wij verwachten hierdoor een stijging van de kosten, een toename van de administratieve rompslomp en een consumptietoename, waartegen wij niet zijn opgewassen. Hoe de honorering van de huisartsenhulp in een dergelijk systeem zou dienen te worden geregeld, is een netelig probleem.

*
*
*

Toen ik op 6 mei 1966 het voorzitterschap van de L.H.V. aanvaardde heb ik, naar aanleiding van het Quo Vadis-rapport van een groep Arnhemse specialisten en huisartsen, de vraag aan u gesteld: „Waar gaan wij heen?” Het Centraal Bestuur heeft in de afgelopen 4½ jaar, daarbij gesteund door de ledenvergadering, de weg en het doel gewezen. Het doel: handhaving en versterking van de centrale plaats van de huisartsgeneeskunst in de gezondheidszorg. De weg: een specifieke beroepsopleiding tot huisarts na het artsexamen met een minimumduur van 2 jaar, harmonisch verbonden met goed georganiseerde nascholingsmogelijkheden; een adequaat gemiddelde praktijkomvang en mogelijkheden om de praktijk efficiënt te organiseren en uit te oefenen; een juiste honorering met als sluitstuk een adequate en zelfstandige onafhankelijke pensioenvorming. Ik heb in uw vergadering als karakteristiek van het beleid gesteld, dat het zou zijn „fortiter in re suaviter in modo”: krachtig wat betreft het wezen van de zaak, voorzichtig in de wijze waarop het doel moet worden behaald. Wij zijn niet altijd optimaal in onze pogingen geslaagd. Van de weg zijn wij niet afgeweken en het doel hebben wij immer voor ogen gehouden. De bemanning van het C.B. wisselt. De modus quo kan mogelijkterwijls veranderen, weg en doel blijven dezelfde.

De gang van zaken bij de bouw van moderne ziekenhuizen

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

„La pire ignorance est celle qui vient d'un peu de science.”

Lucien Arriat (Refl. et max. p. 50)

„De ergste onwetendheid is die welke voortkomt uit een beetje wetenschap.”

De kritiek van Dr. A. J. M. Karthaus op de gang van zaken bij de bouw van moderne ziekenhuizen heeft de zogenaamde lekenpers bereikt, zoals hij gezien zijn aanhaling van de uittaling van zijn collega Bender uit Rotterdam kennelijk verwachtte. Kritische artikelen van het gehalte van dat van Dr. Karthaus trekken meestal de aandacht door hun sensationeel getinte kretologie. De schrijver heeft van het nieuwe Leyenburg in Den Haag een plattegrond van het beddenhuis gezien (hij noemt het verpleeghuis) en weet er niet meer van te zeggen dan dat het gaat om een fraai rechthoekig bouwwerk, geheel van deze tijd, doch waarvan het iedereen bij het binnentreden duidelijk zal worden dat het gaat om het zoveelste conventionele ziekenhuis. Sic! Vervolgens deelt hij mee, dat zo'n nieuw ziekenhuisbed rond een ton vergt en dat er zelfs al ziekenhuizen zijn van 1½ ton per bed. Dr. Karthaus deelt mee, dat er in de ziekenhuisbouw in de jaren 1965 - 1967 f 400 miljoen is geïnvesteerd en nog eens f 400 miljoen voor de inrichting. Hij vertelt niet hoeveel ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen, zwakzinnigeninrichtingen en verpleegtehuizen daarvoor zijn gebouwd. Hij stelt alleen maar, dat hij tot de overtuiging is geraakt dat een niet onaanzienlijk gedeelte van dit geld wordt verspild. „Verantwoordelijk voor de besteding van deze schier astronomische bedragen zijn de ziekenhuisbesturen, die worden gevormd door respectabele dames en heren die ongehinderd door kennis van medische zaken hun beslissing nemen.” De directeuren-geneesheer zijn, zo wordt gesuggereerd, gesjeesde huisartsen of specialisten, die worden bijgestaan door eenzijdig opgeleide economen en adjunct-directrices. Als er een nieuw ziekenhuis moet worden gebouwd gaat iedereen zich oriënteren, soms zelfs helemaal in Amerika en het nuttig effect hiervan is „uiteraard nihil tot minimaal”. Voorts maakt men volgens Dr. Karthaus gebruik van tenminste één en liefst meer adviesbureaus, die met oude gegevens werken en zonder reële argumenten tot beddenuitbreiding adviseren. Tenslotte krijgen de architecten nog een veeg uit de pan alsmede de technische adviesbureaus. Een aantal voorbeelden uit de praktijk adstrueren het

Hierbij een drietal reacties op het artikel „De gang van zaken bij de bouw van moderne ziekenhuizen” door Dr. A. J. M. Karthaus, chirurg te Breda.

De beschouwing van Dr. Karthaus werd opgenomen in Medisch Contact nr. 46/1970, blz. 1227.

Wellicht ten overvloede zij hier vermeld, dat Karthaus' opmerkingen uiteraard voor (meer) discussie vatbaar zijn. M.C. is daarvoor het aangewezen podium. Red.

betoog: een slecht werkende airconditioning, een te kleine operatie-afdeling, een ziekenhuis waar voor f 5 miljoen één verdieping wordt bijgebouwd, een polikliniekkamer waarin het bureau verkeerdt staat en tenslotte het nieuwe ziekenhuis met de psychiatrische afdeling op de 7de verdieping. Dr. Karthaus laat de specialist ook de hand in eigen boezem steken, en maant zijn collega's met goed gefundeerde gegevens ter tafel te komen.

Hoe verloopt nu de bouw van moderne ziekenhuizen in Nederland in de werkelijkheid? Kan iedereen zomaar een ziekenhuis bouwen, ongelimiteerd daarvan de grootte bepalen en daaraan zoveel geld uitgeven als hij wil? Toen na de Tweede Wereldoorlog de prijsbeheersing werd opgeheven bleef deze gehandhaafd voor de ziekenhuizen. Om een ziekenhuis te mogen bouwen behoeft men de principiële medewerking van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, doch ten aanzien van de behoefte wordt deze geadviseerd door een daartoe door hemzelf ingestelde Ziekenhuiscommissie. Deze Ziekenhuiscommissie beoordeelt eveneens het ontwerp van het nieuwe ziekenhuis, waarbij efficiency en soberheid een belangrijke rol spelen. Op basis van deze werkwijze zijn in de jaren 1950 - 1970 talrijke moderne ziekenhuizen in Nederland gebouwd. Tijdens de in september j.l. gehouden studietour van de International Hospital Federation door Nederland bezochten 200 buitenlandse gasten van over de gehele wereld een groot aantal van onze nieuwe ziekenhuizen; zij uitten zich in lovende termen over het hoge peil van deze inrichtingen.

De behoefte aan ziekenhuisruimte in Nederland wordt nog altijd uitgedrukt in bedden. Ook de specialisten plegen hun ziekenhuispraktijk in bedden uit te drukken. Veel belangrijker is echter de functie van het ziekenhuis; bij de beoordeling van nieuw-

bouwprojecten wordt daaraan bijzondere aandacht besteed. De bouw van ziekenhuizen vereist veel geld en ziekenhuisbesturen lenen dit geld. Soms verleent de overheid hulp door het geven van een garantie, soms ook leent het ziekenhuis op de vrije markt. Nu de rente hoog is, is deze een belangrijke kostenfactor in de verpleegprijs, maar de personeelskosten zijn in het ziekenhuis het belangrijkste en vormen meer dan 60% van het budget. Een ziekenhuis mag niet alleen niet zo maar bouwen of uitbreiden. Het mag ook niet zijn eigen verpleegprijs vaststellen. Ziekenhuizen hebben een monopoliepositie, zij hoeven geen reclame voor zichzelf te maken. Als iemand zo ziek is dat hij een ziekenhuis nodig heeft, dan wordt hij naar het ziekenhuis gebracht. Het systeem van sociale zekerheid in Nederland maakt dat veel patiënten niet eens weten wat het allemaal kost. Het ziekenfonds is er immers, of de polis van de verzekering. Om nu te helpen zorgen dat de verpleegprijs reëel is, dat wil zeggen gebaseerd op de werkelijke kosten, hebben de ziekenhuisorganisaties, de ziekenfondsorganisaties en de ziektekostenverzekeraars het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven opgericht, dat op basis van de Wet ziekenhuistarieven fungeert als het bureau dat de verpleegprijs vaststelt. Hierdoor is een goed werkend systeem ontstaan, dat het mogelijk maakt om de ziekenhuizen te exploiteren op non profit basis, maar wel met een sluitende exploitatie, hetgeen bovendien het ziekenhuis aantrekkelijk maakt als beleggingsobject, zodat ook zonder garanties van de overheid investeringsbedragen kunnen worden aangetrokken. De heer Karthaus doet het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven af met een kreet over „uitpersen als een citroen“.

De Nederlandse ziekenhuiswereld volgt in zijn organisaties de schaalvergroting die door de ontwikkeling wordt vereist. Sedert 1967 bestaat de Nationale Ziekenhuisraad, die het gehele Nederlandse ziekenhuiswezen overkoepelt. De Nationale Ziekenhuisraad heeft per 1 september 1968 het Nationaal Ziekenhuisinstituut opgericht, dat zich bezighoudt met wetenschappelijk onderzoekwerk. Er zijn onder meer secties „ziekenhuisbouw“, „automatisering“ en „economie“. In Utrecht is een kantoorgebouw in aanbouw, dat in juli 1971 onderdak zal bieden aan de Nationale Ziekenhuisraad en het Nationaal Ziekenhuisinstituut. In dit gebouw zal een computer-ruimte komen ten behoeve van het wetenschappelijk onderzoek. Deze ontwikkelingen zijn de heer Karthaus blijkbaar geheel onbekend.

Dat reeds een groot aantal ziekenhuizen gebruik maakt van diepvriesmaaltijden en „disposable“ materialen is hem blijkbaar ontgaan. Meent de heer Karthaus werkelijk, dat bij de ziekenhuisbouw niet wordt gedacht aan parkeerterreinen en aan de bereikbaarheid? Zou men in de ziekenhuiswereld van centrale inkoop geen weet hebben? Veel wordt gebruik gemaakt van het Rijksinkoopbureau, terwijl ook een groep kleinere ziekenhuizen samen een centrale inkooporganisatie heeft opgericht. De heer Karthaus wil de ziekenhuizen verplichten tot samen-

bundeling. Weet hij niet, dat de schaalvergroting ook op dit gebied in de 60er jaren heeft geleid tot een groot aantal fusies, waardoor de bouw van vele nieuwe te kleine ziekenhuizen is voorkomen? De „Lievensberg“ te Bergen op Zoom is een fusie van een rooms-katholiek en een protestants initiatief. Daardoor heeft Bergen op Zoom één goed ziekenhuis van 350 bedden in plaats van twee ziekenhuizen. Ooit gehoord van het Antonius Ziekenhuis in IJmuiden? Resultaat van samenwerking waardoor IJmuiden één goed ziekenhuis heeft in plaats van drie. Mag ik noemen Zutphen, Harlingen, Culemborg, Apeldoorn, Tiel, Middelburg — Vlissingen, Goes, Heerlen? En zijn niet in Breda de twee rooms-katholieke ziekenhuizen bezig aan fusiesprekingen, als gevolg waarvan dit rayon twee in plaats van drie ziekenhuizen kan krijgen?

Dr. Karthaus beschuldigt de ziekenhuiswereld ten onrechte van verspilling. De door hem gesmade ziekenhuisbesturen en directies, de architecten en de adviesbureaus hebben in de periode tussen 1950 - 1970 de Nederlandse gemeenschap een groot aantal moderne, goed geoutilleerde ziekenhuizen gegeven, die efficiënt en sober zijn gebouwd en daardoor betaalbaar zijn gebleven. Ik beschouw de schrijver niet als een utopist (was hij dat maar), maar als iemand die, onder het slaken van kreten, open deuren nog eens open probeert te doen en in zijn ijver om misstanden te constateren zichzelf voorbijholt. Hij noemt f 800 miljoen een schier astronomisch bedrag en weet blijkbaar niet, dat ondanks alles wat al de laatste twintig jaar is gebouwd en gesaneerd, de ziekenhuiswereld in de komende 10 jaar f 5 miljard (f 5000 miljoen) zal moeten investeren om „bij de tijd“ te blijven, en laat Dr. Karthaus niet suggereren dat wij dat niet kunnen betalen. Hij neme de rijksbegroting en ga eens na wat de gemeenschap betaalt aan onderwijs en aan wegen en woningbouw. Het Nederlandse ziekenhuiswezen is bereid en in staat zijn verantwoordelijkheid te dragen bij de investering van de miljarden die nodig zijn. Het hoeft daarom niet te worden geprezen, maar een artikel als dat van Dr. Karthaus, die als wetenschappelijk gevormd man blijkt geeft van ernstige onwetendheid, hoeft nu ook weer niet. Nationale Ziekenhuisraad en Nationaal Ziekenhuisinstituut zijn gaarne bereid door voorlichting aan zijn onwetendheid een einde te maken.

Utrecht, 15 november 1970

Mr. L. C. Wesseldijk,
directeur Nationale Ziekenhuisraad

*
**

Collega Karthaus heeft doelbewust ook de zogenaamde lekenpers willen bereiken en dat is hem dan ook wel gelukt. Rivaliteit, ondeskundigheid en conservatisme leiden volgens hem tot ongekende geldverspilling; de lezer kan geen andere conclusie trekken, dan dat een stel oudbakken malloten van

departement tot waar dan ook niet beter weten te doen dan met of zonder hulp van adviesbureaus van twijfelachtige kwaliteit met een niet te beschrijven spijlucht fossiele ziekenhuizen goed te keuren en te doen bouwen. Hij vermoedt dan verder, dat men hem een ongeloofwaardige utopist zal noemen en wijst dan op een aantal gereedgekomen inrichtingen, die geen van allen de verwezenlijking zijn van revolutionaire ideeën.

Me dunkt, daar kan men het mee doen. Nu moet men altijd proberen bij het lezen van zo'n artikel het goede te zoeken en te vinden en dat is dan ook volop voorhanden. Want als men Karthaus oordeel leest over besturen, directies, adviesbureaus en nog veel meer, dan is het niet te ontkennen, dat hij de vinger op de pols der geschiedenis legt waarvan de polsslag ook in het heden nog voelbaar is. Dat kan ook niet anders bij een man die voor honderd procent belangstellend is in de zaak waar het om gaat, belezen op dat gebied en als ziekenhuismedewerker ook ter zake kundig. Ik wil nu mijn zegje erover zeggen, omdat ik enige erkenning mis van het feit, dat deze zelfde geschiedenis leert, dat men deze kritiek bezig is te verwerken van Zijne Excellentie de Staatssecretaris af tot alle genoemde instanties toe en het is daarom dat ik een ander geluid wil laten horen.

Het ziekenhuisbed van ongeveer f 150.000,— is een maatstaf, die bijna niet is te hanteren, omdat de vuistregel 4,5 of 5 per duizend inwoners niet meer opgaat en iedere insider weet, dat de geneeskunde zich verplaatst naar het behandelhuis met een steeds grotere stroom van patiënten, waarvan er veel niet in een bed terechtkomen. Het behandelhuis wordt het waterhoofd in gunstige zin van het ziekenhuis en wanneer men vraagt om flexibiliteit in het moderne ziekenhuis, dan geldt dit vooral voor dit waterhoofd. Hier gaat het vooral om kostbare voorzieningen, afgestemd op de regio en regionale coördinatie, een geldverslindende business, waarbij snelle veroudering en overleving schering en inslag zal zijn. Het zal daar de kunst zijn, wel het nieuwe na te streven maar zich niet te veel te laten overdonderen door nog niet voldoende gecontroleerde methoden.

Over het besturen van ziekenhuizen heeft Karthaus het een en ander gezegd en het is dan ook een koud kunstje om een aantal voorbeelden van verkeerd beleid en beheer door volslagen onkunde en soms onwil aan te dragen. Citaten als van Van Woelderen c.s. zijn dan ook juist. Helaas is de overgang van een oude tijd, waarin de functie van een ziekenhuis een geheel andere was, naar het ziekenhuis van nu als gezondheidszorg-bedrijf niet zonder beschamende voorbeelden verlopen en die tijd is nog niet voorbij. Men mag hier niet generaliseren; besturen is een verantwoordelijk vak, dat moet worden bedreven door ervaren bestuurders. Ik acht het bovendien onjuist om de duidelijke ongeschiktheid van medici om in het bedrijfsleven als commissaris op te treden — er zijn gelukkig goede uitzonderingen — nu maar domweg om te draaien. Ik

ben van mening, dat medici door een zeer eenzijdige opleiding over het algemeen ongeschikt zijn als bestuurder op te treden, ook in een bedrijf van gezondheidszorg. Men onderkent dit allerwege en men doet er wat aan. Onze Maatschappij Geneeskunst is er zich van bewust en de kadercursussen zijn opgericht om daar verbetering in te brengen. In dit verband noem ik het ook gelukkig, dat L.S.V. en ziekenhuisorganisaties hun best doen deze geestesgesteldheid in de medische staven ten goede om te buigen. Ook voor bestuurders zijn er opleidingscursussen. Er is wellicht veel kwaad geschied, maar het is ook zo dat goede besturen meerdere ziekenhuizen hebben gered. Het beste is de open bestuursvorm met verantwoordingsplicht in het openbaar en dan wil ik hier niet nalaten te zeggen, dat er wel eens een tijd kan komen waarin ook medici in een dergelijk bestuur een goed figuur zullen slaan.

Wat de directie betreft, vind ik het betoog van Karthaus wellicht begrijpelijk maar wel ongenueeerd. Het zou allemaal beter te slikken zijn, als hij zich meer bewust was van de correcties die zich ook daar aan het ontwikkelen zijn. Er zijn voorbeelden van zelf medewerkende medische directeuren, die kunnen worden geacht midden in het bedrijf te staan en die er een puinhoop van hebben gemaakt door de magische kracht die ze uitoefenden op het bestuur; er zijn er van dezelfde categorie, die het ziekenhuiswezen grote diensten hebben bewezen. Zo zijn er niet-medewerkende directeuren die tekort schieten en anderen, gelukkig velen, die de moderne ontwikkeling hebben gestimuleerd. De organisaties op dit gebied hebben dit al lang onderkend en deze zelfkritiek acht ik hoger dan een eenzijdige kritiek van buitenaf. Er zijn dan de uitspraken van Burkens, van Van Mansvelt en van vele anderen, die voldoende afstand namen om deze zaken meer objectief te benaderen. In dit verband wijs ik op de diepgaande besprekingen in de onderscheiden disciplines van medische-economische en verpleegkundige directie, die de meest doelmatige inrichting en werkwijze van de directie ten doel hebben. Er zijn de leergangen ziekenhuisbeleid, die een uitstekende naam hebben verworven en zich in een grote belangstelling verheugen. Er is dan het ontwerp voor een opleiding tot medisch directeur, een ontwerp, dat nu wordt uitgewerkt. Het kan zijn dat Karthaus vervellende ervaringen heeft met economische directie in de zin zoals hij dat meent te moeten kwalificeren, maar de werkelijkheid is gelukkig anders en het is mij onbegrijpelijk, dat hij niet weet welk een uitstekend corps van op het ziekenhuiswezen afgestemde lieden dit is, dat het gezamenlijk overleg niet schuwt, open oog heeft voor alle facetten in het ziekenhuis en onmisbaar is in het overleg in de directie.

Kritiek is best, maar men mag deze goede ontwikkeling niet verzwijgen. In dit verband is het vreemd dat het grootste probleem in het ziekenhuis door Karthaus niet wordt aangeroerd, laat staan bekritiseerd, namelijk de belangrijkste groep van me-

dewerkenden, de medische staf. Deze groep laat veelal verstek gaan in het ziekenhuisgebeuren en door de zojuist gesignaleerde manco's in de medische opleiding vertoont deze groep nogal eens ongeschiktheid om het gevraagde mee- en tegenspel te leveren. Collega Karthaus weet toch zelf wel, dat hier een moeizame ontwikkeling aan de gang is, die maar erg traag van de grond komt, traag omdat het juist in deze groep zo moeilijk blijkt te zijn de hand in eigen boezem te steken. Weet hij ook niet, dat zijn eigen L.S.V. alles in het werk stelt om hierin de zo onontbeerlijke verbetering te bewerkstelligen? Collega Karthaus had er nu juist zo goed aan gedaan eens te stellen, dat er tien jaar geleden in stafreglementen te lezen was „gehoord de medische staf” of „na overleg met de medische staf” en dat het geïntegreerd zijn in het ziekenhuisbestel van deze staf zover is, dat er nu staat „in overleg met de medische staf”? Het ware juist geweest, wanneer hij iets meer aandacht had besteed aan deze ongrijpbare wolk in het ziekenhuis, die zichzelf maar ook besturen en directies tot wanhoop bracht, met helaas zo nu en dan catastrofale kortsluitingen en communicatiestoornissen die de gehele ontwikkeling lam leggen. Laat ons toch blij zijn, dat aan dit probleem aandacht wordt besteed en dat er een tijd zal komen waarin de staf bedrijfsbewust zal zijn en beter geïntegreerd in het geheel.

De Wet ziekenhuisvoorzieningen heeft de verdienste te zijn gestoeld op alle kritiek en verwijten die Karthaus de wereld in slingert. De wet wil een beter gecoördineerde ziekenhuisplanning met een gecoördineerde spreiding van diagnostische therapeutische voorzieningen en afschaffing van het nastreven van ongewenste statussymbolen. Zijne Excellentie de Staatssecretaris slaapt echt niet en hier mag ook wel eens gezegd worden, dat de Ziekenhuiscommissie — uiteindelijk in een nieuwe samenstelling als de wet van kracht wordt — een goede steun in de rug zal krijgen om aanvragende besturen de weg te wijzen naar oplossingen die in de toekomst mee kunnen en flexibiliteit zullen vertonen. Natuurlijk heeft deze commissie niet kunnen voorkomen, dat er teveel en verkeerd wordt geïnvesteerd, dat er elders te veel werd geknepen en er vergunningen zijn afgegeven van thans gerealiseerde projecten, die men met de inzichten van nu niet meer zou geven. Ook deze commissie is op de hoogte van de enigszins chaotische ontwikkeling die ons te wachten staat door de fabelachtige groei van de medische wetenschap met alles wat erom en erbij behoort. Een ziekenhuis van nu ziet er al totaal anders uit dan een van 10 jaar geleden en is beter bestand tegen toekomstige wijzigingen. Het is mij ook te zwart-wit om de adviesbureaus maar op een hoop te gooien en af te kraken. Het gaat me te ver deze hulp zonder meer af te wijzen als nutteloos en geldverslindend, waar deze kosten soms leiden tot besparing van onnodige en ongewenste voorzieningen. Natuurlijk is oppassen geboden ten aanzien van het dragen van verantwoordelijkheid bij falen en ten aanzien van het verhalen van kosten bij mislukkin-

gen en bij geconstateerde fouten. Natuurlijk niet domweg doen.

Ik kan met Karthaus meegaan, wanneer hij zou willen streven naar een standaard-ziekenhuis, dat tegelijk op verschillende plaatsen van de grond kan komen, uiteraard met open laten van alternatieve mogelijkheden afhankelijk van de gevraagde functies. Nog enige aandacht voor de toekomst, waar de nog grillig verborgen klippen van morgen liggen, de visie van mensen vragend met de gave vooruit te zien en met de toewijding met het schietlood vooruit te gaan om deze klippen af te tasten. Ik vraag me af, of daar een werkcorridor met sta-hoogte tussen de bouwlagen bijhoort; ik dacht, dat wel meer zinvolle en minder kostbare oplossingen zijn te bedenken, die een goede bewerking door technici mogelijk maken. Binnen tien jaar zitten we met automatie-machines en computerverwerking met terminals in alle afdelingen en wellicht ook bij de specialist thuis. De ontwikkeling gaat zo stormachtig snel, dat men goed moet oppassen geen kat in de zak te kopen. Deze ontwikkeling zal het medische werk volslagen wijzigen en wellicht vereenvoudigen. De specialist zal de uitslagen van bewakings-apparatuur, laboratoria en archiefgegevens direct voorhanden hebben. Taboe's van nu zullen worden doorbroken. Ook de operatieafdeling is nu al, maar zal zeker taboe zijn voor belangstellenden; ook hier zullen tv-circuits en video-recorders uitkomst geven, ook voor het onderwijs. Wat gaat er gebeuren met de laboratoria, de olievlek in elke planning? Men praat al over geautomatiseerde streeklaboratoria per miljoen inwoners. Ruimte verslindende archieven worden micro-archieven. Een floor-clark in elke afdeling zal de specialist veel administratief werk uit handen nemen.

Wellicht zullen controlerende en commanderende computers verpleegkundigen en artsen dwingen tot een dialoog en heilzaam werk gaan verrichten, en dan komt de vraag van Karthaus: „Waar blijft de privacy van de patiënt?”. Akkoord, collega Karthaus, dat is het grote probleem. Er zullen daghospitelen zijn, er zullen „zotels” zijn om met de prognostici te spreken, en daarbij zal de persoonlijke benadering van de patiënt door artsen en verpleegkundigen moeten worden uitgebreid. Tegen die tijd zal elke mens in de maatschappij een nummer zijn, maar als zo'n nummer in de kliniek wordt opgenomen zal hij of zij juist de volle identiteit terug moeten krijgen, ondanks het feit dat alle gegevens per nummer worden verwerkt. Meer isoleerkamers voor ernstige patiënten, sterven in privacy, klassekamers per afdeling en tweepersoons-kamers. Maar neem ons de 4- en 6-persoonskamers niet af, deze kostelijke eenheden, deze heilzame mogelijkheid tot communicatie juist in het ziek zijn, en voor herstellenden als een gelukkig bijverschijnsel in een maatschappij waar men steeds meer anoniem langs elkaar heen loopt en heen leeft. Vergeten we toch niet de hartverwarmende getuigenissen van ontslagen patiënten, die eindelijk weer eens met anderen contact hebben gehad en voor elkaar wat hebben betekend. Wij ne-

men dan op de koop toe de enkeling, die daar niet in past en die we z'n privacy gunnen. Daar moet de televisielens dan wel op, want alleen liggenden lopen een groter risico en waar blijft dan die privacy? Zitten ze nou te kijken of niet?

Met dat al zal het statische ziekenhuis van het verleden een dynamisch geheel moeten zijn, flexibel, in staat om alle toekomststormen te doorstaan. Het zal wellicht tien jaar na de opening onherkenbaar zijn, geschikt voor de behoeften van dat moment. Laat dan iedere deelhebber in dit geheel: bestuurder, directielid, ziekenhuiswerker en medisch staflid, bedrijfsbewust zijn en eensgezind in het nastreven van een ideale werkgemeenschap in het bewustzijn dat regionaal belang gaat vóór eigen doel. Dan bestaat er de kans dat het vele geld daarvoor nodig goed wordt besteed. Ik heb nu betoogd, dat men in het ziekenhuiswezen al jaren lang de eigen feilen kent en tracht te kennen en dat is iets, dat in het leven van mensen en organisaties niet zo bijster veel voorkomt. Belangrijker nog is, dat men op alle niveaus bezig is daarin nog verbetering te brengen. Het is dan ook verheugend om te zien, dat én wetgever én ziekenhuis en specialistenorganisaties, de Nationale Ziekenhuisraad, het Nationaal Ziekenhuisinstituut, de thans vigerende Ziekenhuiscommissie, het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, enz. daarvoor openstaan en daaraan arbeiden, elkaar consulterend en samenwerkend. De vuile was die collega Karthaus bezig is buiten te hangen, blijkt gelukkig schoner dan hij zich bewust is.

Gorinchem, 19 november 1970

Dr. C. de Groot,
medisch directeur Streekziekenhuis Gorinchem

*
**

Collega Karthaus wijst op inefficiency bij ziekenhuisbouw en hij laat bij zijn analyse diverse instanties de revue passeren: staf, directie, leden, bestuur, architect en adviesbureaus. Verder wijst hij op onvoldoende coördinatie bij planning, bouw en werkverdeling van ziekenhuizen. Dat is alles zeer gedegen gepresenteerd. Er zijn alleen nog meer aspecten relevant. Enkele daarvan volgen hieronder:

Als voorbeeld geeft collega Karthaus de scheepvaart: het transportsysteem had vele eeuwen voldaan en „moest” nu in korte tijd worden gewijzigd om het vervoer rendabel te maken. Nu moet dit „rendabel” zo worden opgevat, dat het slaat op de scheepvaartmaatschappij: het moet rendabel zijn

voor de ondernemer. Dat is dan een normatief axioma. De winst moet gegarandeerd zijn, liefst overwinst, maar altijd toch zo, dat de scheepvaartmaatschappij niet failliet gaat en dat zij een concurrerende positie kan bewaren. Want subsidiabel is een scheepvaartmaatschappij niet. Het is geen dienstverleningsinstituut. Een ziekenhuis heeft een dubbele positie: het is een dienstverleningsinstituut, zowel als een onderneming.

Ook de bouw van een ziekenhuis is een onderneming en deze moet rendabel zijn. Dit geldt dan voor de leveranciers van meubilair, elektrische en elektronische apparatuur, ja eigenlijk voor alle leveranciers die een bijdrage aan de bouw leveren, ook voor de architect en voor de bouwer als het kan. Een van de moeilijkheden is, dat niet alleen Philips gloeilampen maakt met beperkte levensduur. Zo worden kostuums niet meer gekeerd, omdat het niet loont en schoenreparatie loont vaak helemaal niet meer. Er wordt niet meer geproduceerd op duurzaamheid, noch ook op gemak van onderhoud. Wanneer dit weggooi-principe bij de produktie inzake ziekenhuisartikelen doorwerkt, en dat doet het toch onvermijdelijk, dan komt er een inefficiency-factor bij de door collega Karthaus genoemde. De vraag is zelfs, in hoeverre het duurzaamheidsprincipe al verlaten is bij de produktie van industriële machines. Als dat zo is, dan zou dat alweer een factor zijn, die alles duurder maakt. Dan is er verder de research. Deze ontwikkelt steeds nieuwe ingewikkelde en dure apparatuur. Een ziekenhuis moet voor zijn status meedoen en voor zijn concurrerende positie als onderneming. Daarom hebben kleine ziekenhuizen vaak meer apparatuur dan rendabel te exploiteren is, vooral als ze te klein zijn opgezet en dat is vanwege zuilen en ondernemersvrijheid nogal eens het geval.

Wij moeten goed beseffen, dat ziekenhuisbouw met alles er omheen een winstobject moet zijn, zij het dan niet voor patiënt, directie, bestuur of ziektekostenverzekering. De overheid heeft hier een andere positie. Overheid is vaak gelieerd met industrie, en dit kan een factor zijn die een ziekenhuis weer duurder maakt in de bouw. Vergelijk het artikel van S. J. Teuns over het medisch-industriële complex (stencil, uitgereikt op het Ledencongres 1970). Zogenaamde ondernemersvrijheid en winstmotief zijn nu eenmaal grondprincipes van de kapitalistische maatschappij waarin wij leven en daar moeten wij kennelijk wel wat voor over hebben.

Beverwijk, 18 november 1970

J. H. van Meurs, zenuwarts

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

R. E. Abraham promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Analyse van de geneesmiddelenreclame”. Promotor was Prof. Dr. A. Querido.

O. P. van Bijsterveld te Houten promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Moraxella en pyridoxine tekort”. Promotor was Prof. Dr. K. C. Winkler.

P. E. van Collier promoveerde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Emotionele angst en spanning in essentiële hypertensieve blankes, kleurlinge en Bantoes”, een klinies eksperimentele onderzoek. Promotor was Prof. Dr. G. A. Lindeboom.

K. W. Jager promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Aldrin, Dieldrin, Endrin and Telodrin, an epidemiological and toxicological study of long-term V exposure”. Promotor was Prof. Dr. R. L. Zielhuis.

A. S. Muller promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Population studies on the prevalence of rheumatic diseases in Liberia en Nigeria”. Promotor was Prof. Dr. H. A. Valkenburg.

J. W. M. van de Wall te Leusden promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De theorie van de gastrogene cholecystopathie”. Promotor was Prof. Dr. M. Vink.

C. A. ter Weeme te Haren promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Experimenteel hersenoedeem ten gevolge van koude-laesies”. Een vergelijkend onderzoek over de medicamenteuze behandeling van de intracraniele drukverhoging. Promotores waren Prof. Dr. W. G. Walter en Prof. Dr. J. W. F. Beks.

J. A. M. J. Wils te Roermond promoveerde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De behandeling van hyperthyreoïdie tengevolge van de ziekte van Graves, in het bijzonder met gefractioneerde lage doses radioactief jodium”. Promotor was Prof. Dr. C. L. H. Majoor.

Benoemingen:

Dr. J. Arends is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de materia technica.

Dr. G. W. Barendsen is benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de radiobiologie.

Dr. D. Bootsma is benoemd tot gewoon lector aan de Medische Faculteit in Rotterdam om onderwijs te geven in de cytogenetica.

Dr. G. J. Bremer is benoemd tot buitengewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden om onderwijs te geven in de huisartsgeneeskunde.

Dr. G. Galavazi is benoemd tot gewoon lector aan de Medische Faculteit in Rotterdam om onderwijs te geven in de celbiologie, histologie en microscopische anatomie.

Dr. J. K. van der Korst is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de reumatologie binnen de inwendige geneeskunde.

Dr. E. H. M. A. Marres is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de keel-, neus- en oorheelkunde, in het bijzonder de oorheelkunde.

Dr. H. J. van der Molen is benoemd tot gewoon hoogleraar aan de Medische Faculteit in Rotterdam om onderwijs te geven in de chemische endocrinologie.

Prof. Dr. J. W. Tesch is benoemd tot gewoon hoogleraar aan de Landbouwhogeschool te Wageningen om onderwijs te geven in de gezondheidsleer.

Prof. Dr. O. Vos is benoemd tot gewoon hoogleraar aan de Medische Faculteit in Rotterdam om onderwijs te geven in de celbiologie, histologie en microscopische anatomie.

Dr. A. J. M. van der Werf is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de neurochirurgie.

Dr. J. B. Wilterdink, thans wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de Rijksuniversiteit te Leiden, is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de medische microbiologie, in het bijzonder de virologie.

ADRESWIJZIGINGEN

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

DE HUISARTS OP SLAG VAN TWAALVEN

Rede van Dr. M. J. van Trommel bij de aanvaarding van het ambt van gewoon lector in de huisartsgeneeskunde aan de Medische Faculteit te Rotterdam

Allen die hebben getracht te onderkennen, waarin de huisartsgeneeskunde zich onderscheidt van andere takken aan de geneeskundige boom, zijn het erover eens, dat een belangrijk kenmerk is gelegen in het integrale karakter van de zorg die de huisarts verleent. De huisarts is in het algemeen beter dan de ziekenhuisspecialist in staat, de patiënt als een totaliteit te overzien. Aangezien de huisarts te maken heeft met een min of meer omschreven bevolkingsgroep, die gedurende zijn loopbaan weinig verandert, is hij bij uitstek in staat het medisch verleden van zijn patiënt te betrekken in zijn oordeelsvorming. Hierdoor kan hij tevens beter het verloop van de ziekte in de toekomst schatten; immers, waar het leven van de mens is uitgespannen tussen verleden en toekomst, zijn ook de pathogenetische krachten van het verleden van invloed op het verloop van een ziekte in de toekomst. Met deze opvatting is de omschrijving van de functie van de huisarts, opgesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap, in overeenstemming: het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor een continue, integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid van individuen en gezinnen, die zich aan de huisarts toevertrouwen.

Men mag zich echter wel afvragen, of de huisarts in staat is en vooral ook in de toekomst in staat zal zijn, overeenkomstig deze omschrijving de hem toebedachte plaats in het gehele bestel van de gezondheidszorg te blijven innemen. Hoewel veelvuldig wordt gesteld, dat tussen de 80 en 90 procent van de ziektegevallen die de huisarts worden aangeboden, door de huisarts zelfstandig, dat wil zeggen zonder verwijzing naar een ziekenhuisspecialist, wordt afgehandeld, wordt van vele zijden twijfel uitgesproken of hiermee ook mag worden gesteld, dat hij op adequate wijze in staat is zijn functie uit te oefenen. Ook binnen het kader van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de beroepsorganisaties hebben de huisartsen zelf zich met hun toekomstverwachting bezig gehouden, helaas tot op heden met onvoldoende concrete voorstellen voor ogen.

In dit raam bezien is het niet verwonderlijk, dat de huisarts zich van alle zijden zag aangevallen en dat hij duidelijk terreinverlies heeft gesignaleerd, zowel wat zijn vertrouwensrelatie met de patiënt als wat zijn plaats in het geheel van de gezondheidszorg betreft. Het is echter niet alleen in de wereld van de huisartsgeneeskunde, doch op ieder terrein van het maatschappelijk leven, dat bestaande structuren, normen en gedragsregels op de hel-

Woensdag 18 november 1970 aanvaardde Dr. M. J. van Trommel het ambt van gewoon lector in de huisartsgeneeskunde aan de Medische Faculteit Rotterdam. De rede die hij ter gelegenheid daarvan hield, wordt hier in een door de redactie bekorte versie gepresenteerd.

Zal de huisarts zijn centrale plaats in de organisatie van de gezondheidszorg blijven innemen? Dr. van Trommel zou dat een goede zaak vinden, zij het dat er een verschuiving zal moeten optreden. De huisarts van de toekomst zal coördinator moeten zijn in een team van gespecialiseerde krachten, dat in toenemende mate aan medisch-sociale in plaats van medisch-technische problemen het hoofd zal moeten bieden. Dit stelt eisen met betrekking tot scholing, nascholing en praktijkvoering. Permanent voortgezet onderwijs zou verplicht moeten zijn, overigens niet alleen voor huisartsen. In de huisartspraktijk zou tot groepsvorming moeten worden overgegaan.

ling worden gezet. Zonder deze herwaardering ontbreekt ook de mogelijkheid tot het scheppen van ruimte voor nieuwe organisatievormen.

Een aantal omstandigheden die hebben bijgedragen tot een veranderde plaatsbepaling ten aanzien van het functioneren van de huisarts, wil ik gaarne de revue laten passeren. De betrekkelijk gebrekkelijke mogelijkheden tot waarneming die de mens van nature ten dienste staan, waren vroeger de enige hulpmiddelen om een ziekte te diagnosticeren. Thans zijn grote vorderingen geboekt en binnen de bereikbaarheid van de huisarts gekomen, onder andere op het gebied van de bacteriologie, de röntgenologie en de biochemie. Door het gebruik van moderne geneesmiddelen zoals antibiotica zijn vele infectieziekten zeer sterk teruggedrongen. Hierdoor is meer de nadruk komen te liggen op bijvoorbeeld degeneratieve afwijkingen, hormonale stoornissen en kwaadaardig verlopende ziekten, dat wil zeggen: de stoornissen die niet geneeslijk zijn komen meer naar voren. In de patiëntenzorg treedt dientengevolge een accentverschuiving op van het trachten te genezen naar het trachten te voorkómen, te ondersteunen en te begeleiden. Soms is hierbij zelfs levenslange begeleiding nodig. In de eerste

linie van de gezondheidszorg dient niet meer alleen medisch-technische hulp, doch ook sociaal-medische hulp te worden gegeven. Dat dit slechts optimaal kan worden gegeven in nauwe samenwerking tussen praktiserende medici en werkers op het gebied van de sociaal-medische dienstverlening is duidelijk. Helaas blijkt dit in de praktijk in onvoldoende mate mogelijk te zijn, wegens het bestaan van communicatiestoornissen tussen de functionarissen in de frontlinie van de geneeskundige zorg, te weten de wijkverpleegster, de maatschappelijk werker en de huisarts. Ook zijn communicatieproblemen ontstaan, doordat een ieder die leemten in de gezondheidszorg meent te onderkennen zijn eigen problemen is gaan oplossen door het tot stand brengen van consultatiebureaus voor zuigelingen­zorg, moederschap­zorg, bestrijding van tuberculose, alcoholisme, reuma enz. Behalve het oproepen van communicatieproblemen heeft het instellen van dergelijke diensten de taak van de huisarts uitgehold.

Men kan zich afvragen, hoe het toch mogelijk is dat in een land dat zijn organisatie­vorm van gezondheidszorg zodanig heeft opgebouwd, dat de huisarts daarin, beschermd door een verwijzings­stelsel, een centrale positie inneemt, het deze huisarts steeds moeilijker wordt de hem toebedachte plaats waar te maken. Hiervoor zijn enerzijds structurele en maatschappelijke factoren verantwoordelijk, anderzijds en wellicht zelfs in de eerste plaats de wijze van praktijkvoering van de huisarts zelf. Ik acht dit des te waarschijnlijker, aangezien structurele invloeden van land tot land wisselen, werkwijze en problematiek van de huisarts van land tot land vrijwel gelijk zijn.

De organisatie­vorm van een huisartspraktijk en de werkwijze van de huisarts zijn in een tijdsbestek van een eeuw niet essentieel gewijzigd. De huisarts in Nederland werkt over het algemeen in een eenmanspraktijk, en het is juist deze organisatie­vorm die in toenemende mate niet meer aan de gestelde eisen zal voldoen. De snelheid en de uitgebreidheid van medische en wetenschappelijke vorderingen in de laatste decennia zijn zeer indrukwekkend en zodanig dat ook menig ziekenhuisspecialist, die zijn aandacht kan beperken tot een omschreven deel van de medische wetenschap, het eigen vakgebied niet meer in zijn geheel kan overzien en kan hanteren. Het is ook voor de huisarts niet weggelegd, dat hij als eenling het gehele gebied van de medische wetenschap, met zijn toenemende specialisatie en divergentie van deelgebieden, kan overzien.

Het werken in een eenmans huisartspraktijk heeft echter nog een implicatie. Deze werkwijze houdt in, dat onvoldoende controle op de kwaliteit van zijn medische prestaties mogelijk is. Immers, de patiënt is tot het uitoefenen van controle niet in staat — hij kan veelal slechts de houding van de arts ten opzichte van de patiënt beoordelen, dat wil zeggen de verpakking waarin de medische prestatie wordt geleverd — en de ziekenhuisspecialist is hiertoe veelal niet in staat, aangezien hij niet nauwkeurig op de hoogte is van de werkwijze en

mogelijkheden van de huisarts. In ons gehele samenlevingspatroon, zowel in industrieel als ook in bestuurlijk verband, wordt als juist aanvaard dat een intern controlesysteem onontbeerlijk is. De huisarts nu, werkend in een solopraktijk, mist de zo nodige „interne controle”, waarmee ik bedoel, dat de ene huisarts de andere huisarts in voldoende mate kan corrigeren. Het gevolg hiervan is, dat hij onvoldoende de gelegenheid krijgt te ervaren, welke lacunes in zijn medische kennis aanvulling behoeven, waardoor hij het gevaar loopt dat de kwaliteit van zijn medische prestaties niet meer aangepast blijft aan de eisen die een snel veranderende samenleving nu eenmaal stelt. Gelukkig is ook in kringen van de huisartsen zelf deze discrepantie tussen eisen van de samenleving en mogelijkheden van de huisarts onderkend.

Alvorens zich te kunnen bezighouden met het voorstellen van veranderingen, moet men zich afvragen, of die bewuste aanpassing wel nodig is. En aangezien passief afwachten het wezen van de huisarts nog verder en zelfs in versneld tempo zal afbrokkelen, kan men zich afvragen wat er gebeurt wanneer de huisarts zou verdwijnen. De patiënt moet het dan stellen zonder een persoonlijke dokter, van wie de patiënt weet dat hij er in tijden van nood terecht kan. Iedere ziekenhuisspecialist zal dan een stukje van de patiëntenzorg overnemen, terwijl niemand verantwoordelijkheid op zich kan nemen voor het integrale karakter van de patiëntenzorg. Iedere behandelende arts zal dan slechts een gebrekkig overzicht hebben van wat zich medisch gezien met een patiënt afspeelt of heeft afgespeeld. Hiervan zal in de eerste plaats de patiënt zelf de dupe worden. Doch niet alleen de patiënt zal hiervan de gevolgen ondervinden, zelfs de gehele samenleving. Wanneer namelijk de geneeskunde van het eerste echelon niet meer in staat zal zijn een beschermend kordon om de ziekenhuizen te leggen, zal de patiënt zich rechtstreeks wenden tot het ziekenhuis. Hierdoor zouden de voorzieningen van de ziekenhuizen in belangrijke mate moeten worden uitgebreid. De patiëntenzorg zal tengevolge van een dergelijke ontwikkeling aanmerkelijk duurder worden dan wanneer de voorzieningen ten behoeve van de huisartsgeneeskunde zouden worden uitgebreid. Derhalve zou een dergelijke ontwikkeling niet alleen ten nadele van de patiënt doch ook ten nadele van de gehele samenleving zijn.

Ik ben van mening, dat door het bevorderen van een aantal maatregelen een centrale plaats voor de huisarts behouden kan blijven.

In de eerste plaats zal het instellen van leerstoelen in de huisartsgeneeskunde een goede voedingsbodem zijn voor het uitvoeren van wetenschappelijke arbeid. Wetenschappelijke arbeid, die nodig is zowel voor het verkrijgen van beter inzicht in het wezen van het specialisme huisartsgeneeskunde als om de beoefenaars van dit specialisme de gelegenheid te bieden dezelfde taal te spreken als hun vakbroeders die zich voelen aangetrokken tot andere richtingen binnen het geneeskundige veld. Dit bete-

re inzicht zal bijdragen tot een meer doelgericht onderwijs, dat de toekomstige huisarts een grotere deskundigheid zal kunnen verschaffen, terwijl door dit onderwijs ook die studenten die zich in andere richtingen zullen specialiseren zich in zodanige mate op de hoogte hebben kunnen stellen van de aard en de functie van de huisarts, dat zij tijdens de uitoefening van hun beroep in staat zullen zijn een nauwere samenwerking met de huisarts op te bouwen dan thans veelal mogelijk is. Naast de natuurwetenschappelijke en medisch-psychologische facetten die thans reeds in het onderwijsprogramma zijn opgenomen, zal de toekomstige huisarts ook kennis moeten vergaren omtrent mogelijkheden en onmogelijkheden van samenwerking met anderen, aangezien op het gemeenschappelijk oplossen van problemen steeds meer de nadruk zal komen te liggen.

Behalve dit onderwijs dat gericht is op de medische student, zal in ruime mate voortgezet onderwijs moeten worden gegeven aan de reeds gevestigde huisartsen, waardoor een bijdrage kan worden geleverd om de kennis van de huisarts en de kwaliteit van zijn werk op peil te houden. Waar aan de ene zijde de eis wordt gesteld, dat de student moet kunnen aantonen dat hij de stages in verschillende takken van de geneeskunde heeft doorlopen, moet aan de andere zijde ook de garantie bestaan dat zijn kennis aangepast blijft. Voortgezet onderwijs dient verplicht te zijn, mijns inziens niet alleen voor de huisarts doch voor een ieder die als praktiserend arts werkzaam is.

Tevens is het van het allergrootste belang, dat de thans overbelaste huisarts maatregelen treft die resulteren in een efficiëntere wijze van praktijkvoering, bijvoorbeeld door het verminderen van het maken van bezoeken ten huize van de patiënt en door een soepel opgezet systeem van wijksgewijze indeling van de huisartspraktijken met behoud van een zekere mate van vrijheid van artsenkeuze. Werkzaamheden die kunnen worden gedelegeerd, moeten ook daadwerkelijk aan daartoe opgeleide hulpkrachten kunnen worden overgedragen. Zoals in de ziekenhuizen de verpleegster naast de arts functioneert, dient ook de hulpkracht van de huisarts een verpleegster of iemand met een gelijkwaardige opleiding te zijn.

Voorts lijkt het mij niet meer reëel te veronderstellen, dat een arts zich vierentwintig uur achter elkaar beschikbaar kan stellen ten behoeve van patiëntenzorg, terwijl in de hem omringende samenleving reeds stemmen opgaan die een achturige werkdag te lang achten. De oplossing die thans veelvuldig wordt toegepast, waarbij een groep artsen gezamenlijk avond- en weekenddiensten regelt ieder vanuit zijn *eigen* praktijkhuis, is weliswaar te beschouwen als een gunstige ontwikkeling, doch mijns inziens stellig niet als een ideale oplossing. Een organisatievorm, waarbij enige huisartsen in groepsverband vanuit een *gezamenlijk* praktijkhuis hun patiënten behandelen, zal als een veel betere oplossing kunnen worden beschouwd.

De tot nu toe geschetste mogelijkheden om tot een betere werkwijze van de huisarts te komen, zullen in staat zijn een aantal hiervoor onderkende tekortkomingen op te heffen. In het bijzonder zullen groepsvorming en verplichte nascholing als gunstig neveneffect hebben, dat huisartsen onderling een veelvuldiger contact onderhouden, waardoor zeer waarschijnlijk tevens een in voldoende mate werkzaam intern controlesysteem zal zijn ontstaan.

Het karakter van de gezondheidszorg in de eerste linie verandert in die zin dat naast een medisch-technische ook plaats moet zijn voor een sociaal-medische hulpverlening. Hoe gaarne de huisarts die zelf zal willen bieden, hij zal moeten inzien dat deze hulpverlening slechts kan worden gegeven in onderlinge gelijkwaardige samenwerking met anderen. De structuur van de gezondheidszorg dient zodanig te zijn dat teamwork wordt bevorderd. Helaas moet ik vaststellen, dat de huidige structuur van de gezondheidszorg teamwork in de weg staat. In vele gemeenten in Nederland bijvoorbeeld werken naast elkaar kruisverenigingen en instellingen voor maatschappelijk werk, gestoeld op verschillende levensbeschouwelijke opvattingen, doch met dezelfde goede bedoelingen. Ook wanneer deze kruisverenigingen behoren tot eenzelfde overkoepelende organisatie, blijkt het niet mogelijk het welhaast tot in het extreme doorgevoerde particuliere initiatief te overreden tot rationalisering over te gaan. Het wordt de huisarts ook daardoor vaak onmogelijk gemaakt samen te werken met bijvoorbeeld één wijkverpleegster.

Het komt mij voor, dat ook de honorering van de huisartsen door de ziekenfondsen enigszins moet worden gewijzigd. Het abonnementssysteem dat op het ogenblik wordt toegepast, biedt mijns inziens het grote voordeel, dat het in overeenstemming is met het continue karakter van de patiëntenzorg die de huisarts verleent. Wanneer eveneens preventieve werkzaamheden tot het terrein van de huisarts worden gerekend, past dit geheel in dit systeem van honorering. Wel dient echter een zodanige differentiatie te worden aangebracht dat voldoende prikkels tot behoud van de kwaliteit van zijn medische prestatie aanwezig blijven. Ik denk hierbij aan de mogelijkheid tot het verlenen van verhogingen op het honorarium voor het gevolgd hebben van een vastgesteld aantal uren voortgezet medisch onderwijs, voor het werken in groepsverband, voor het in dienst hebben van personeel ten behoeve van de patiëntenzorg, voor het uitgevoerd hebben van irregulaire verrichtingen zoals avond-, nacht- en weekenddiensten, enzovoorts.

Dr. Van Trommel besloot: Ik vroeg mij reeds af of de huisarts in de toekomst zal kunnen voldoen aan de huidige opvatting omtrent zijn plaats in de gezondheidszorg, namelijk het verlenen van een persoonlijke, integrale en continue zorg. Ik acht het niet onmogelijk, dat deze hulp in de toekomst aan persoonlijkheid enigermate zal inboeten. Naar mijn mening zal de huisarts van de toekomst ervoor moeten waken dat, ondanks schaalvergroting van

de praktijkvoering, de persoonlijkheid en de continuïteit van zijn dienstverlening zoveel mogelijk blijft bestaan. Dit houdt tevens in, dat een uniforme organisatiestructuur voor alle huisartsen in Nederland niet mogelijk doch ook niet wenselijk zal zijn.

Door het invoeren van de door mij voorgestelde veranderingen zie ik de plaats en de functie van de huisarts in belangrijke mate aangepast aan de normen die thans door de samenleving worden gesteld. Toch betwijfel ik, of hiermede in voldoende mate rekening is gehouden met toekomstige ontwikkelingen. Ik kan mij zeer goed voorstellen dat de huisarts de enige arts wordt, die de gehele patiënt overziend, als coördinator optreedt in een team van specialisten. Dit team kan dan bestaan uit huisartsen, ziekenhuisspecialisten, maatschappelijk werkers en wijkverpleegsters. Het voordeel van een dergelijke opstelling is, behalve het feit dat de medische diensten optimaal kunnen worden toegepast, dat een samenwerkingsverband wordt opgebouwd, waarbij de betrokken partners volgens hetzelfde honoreringssysteem werkende, dezelfde doelstellingen kunnen nastreven zoals het verlenen van optimale gezondheidszorg, preventie van ziekten en gezondheidsvoorlichting. De arts kan alle noodzakelijke zorg verlenen zonder dat hiervoor voor de patiënt financiële gevolgen aan zijn verbonden en de patiënt wordt niet door financiële belemmeringen geremd om tijdig medische hulp in te roepen. Ook ten aanzien van het ziekenhuisbeleid is het systeem van honorering per abonnement het over-

wegen alleszins waard. Het ziekenhuis zal, op deze wijze gehonoreerd, gebaat zijn met een zo laag mogelijke bezettingsgraad van de beschikbare bedden, terwijl in het huidige systeem moet worden getracht een zo intensief mogelijke bezetting van de ziekenhuisbedden na te streven, waardoor minder bedden beschikbaar zijn voor patiënten die dringend zouden moeten worden opgenomen. Aangezien de kosten voor de patiëntenzorg door de gehele samenleving worden gedragen, zal de door mij geschetste ontwikkeling uiteindelijk niet alleen de medicus of het ziekenhuis doch ons allen aangaan.

De sectie Gezondheidszorg van de Medische Faculteit Rotterdam, waarin samenwerken de afdelingen Epidemiologie, Maatschappelijke Gezondheidszorg, Sociale en Preventieve Psychiatrie en Huisartsgeneeskunde, heeft zich reeds bereid verklaard haar medewerking te verlenen bij het opstellen van een model voor een gezondheidsbestel. Ik acht het echter van wezenlijk belang, dat allen die met organisatie en uitvoering van gezondheidszorg hebben te maken, hun krachten inzetten voor het ontwerpen van het toekomstig gewaad van de huisarts. Dit gewaad zal uiteraard zodanig dienen te zijn dat de huisarts van de toekomst — of wel de huisarts na twaalfen — zich niet in zijn hemd voelt staan. Mogelijk dat het voorgaande kan dienen als een aantal bouwstenen voor dat toekomstbeeld. Ik wil er echter met nadruk op wijzen dat de tijd dringt. Het uur van twaalfen is reeds dicht genaderd.

Friese Groene Kruis op weg in het landschap van de welzijnzorg

Uit het Jaarverslag 1969 van de Provinciale Friese Vereniging Het Groene Kruis: „Als een auto, rijdend over een rechte weg met een redelijke snelheid, onverwacht van richting moet veranderen, brengt dat risico's mee voor de passagiers, de medeweggebruikers en de auto. De kruisorganisaties en dus ook het Friese Groene Kruis verkeren in een vergelijkbare situatie. Onze weg in het landschap van de welzijnzorg verandert in het bijzonder door de ontwikkelingen op het terrein van de medische wetenschap en de verpleegkunde. De noodzaak tot koerswijziging is in het recente verleden in een steeds sneller tempo duidelijk geworden en veranderingen zijn in gang gezet.

Het ligt voor de hand dat dit ook in het afgelopen jaar spanningen in de

organisatorische verhoudingen en in de structuur van onze vereniging heeft gegeven. Overigens hebben deze, in het algemeen gesproken, geen aanleiding tot breuken gegeven. De twee belangrijkste aspecten in deze veranderingen zijn geweest de methodiek-bij-scholing van de wijkverpleegsters en het inzicht dat de instellingen, die zich bezighouden met het lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden van de bevolking in Friesland, nauw zullen moeten samenwerken. Autotochten verlopen in het algemeen prettiger als men op de kaart de route uitstippelt, zich enigszins verdiept in de werking van de auto en afspraken over de verkeersregels maakt met de andere weggebruikers. Op dezelfde wijze is het voor de besturen en voor de functionarissen van de kruisverenigingen

nodig, dat zij zich gezamenlijk bezighouden met planning, de organisatiestructuur en het samenwerken met andere organisaties". Als belangrijkste elementen in de planning op langere termijn worden genoemd: a. regionale samenwerking van de maatschappelijke gezondheidszorg, het maatschappelijk werk, de schoolgezondheidszorg en de ziekenhuizen; b. het nemen van maatregelen om het te verwachten tekort aan wijkverpleegsters te voorkomen, althans zo goed mogelijk op te vangen; c. het besteden van aandacht aan het feit, dat de gezondheidszorg en de gezondheidsvoorlichting steeds minder worden het voorschrijven van leefregels en het overdragen van feitenkennis, maar steeds meer het beïnvloeden van het gedrag van personen en groepen.

Kort verslag C.B.-vergadering

Kort verslag van de vergadering van het Centraal Bestuur der Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, gehouden op 11 september 1970 in het gebouw der K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht, te 17.45 uur.

Aanwezig: H. Voorzanger, voorzitter; W. C. de Boer, onder-voorzitter; Dr. C. K. J. Kaaijk, secretaris; J. H. van Dalen, penningmeester; J. J. R. Buirma; Dr. B. van Dijk; J. J. H. Lammerts van Bueren; E. van Leer; E. van Luyt; Dr. F. A. Nelemans; K. Visser; E. van de Weg; de adviserende leden: Dr. J. A. Dallmeijer namens het Hoofdbestuur; J. C. Mann namens de L. S. V.; Dr. C. F. Brenkman namens de A.N.V.S.G.; Th. N. J. Weterman namens de L.H.V.; W. G. M. Teunissen namens de L.V.A.G.; Dr. S. G. van der Meulen, medisch adviseur; Mr. J. J. Witteveen, directeur bureau; alsmede B. Meier, notulist.

Afwezig met kennisgeving: Prof. Dr. W. Storm van Leeuwen; Prof. Dr. L. Burema; Prof. Dr. A. Kemp.

In het begin der vergadering neemt het Centraal Bestuur, onder dankzegging voor al hetgeen hij voor de L.A.D. heeft willen verrichten, node afscheid van J. J. H. Lammerts van Bueren. Als nieuwe vertegenwoordiger namens de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen wordt W. G. M. Teunissen welkom geheten.

Het Centraal Bestuur besluit tot verzending van een in samenwerking met de C.H.A. tot stand gekomen verzoek aan het bestuur van het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen om een inspraak van de L.A.D. in het bestuur van dit fonds te realiseren.

Het concept voor wijziging van het huishoudelijk reglement der vereniging, voorgesteld door de reorganisatiecommissie, wordt met enige wijzigingen overgenomen; als tweede vervolgrapport van de reorganisatiecommissie zal het worden voorgelegd aan de ledenvergadering, die op 21 november 1970 zal worden gehouden.

Vervolgens komen het accountantsrapport 1969, de jaarstukken en de begroting 1971 aan de orde. Daar de boekhouding van de K.N.M.G., die de noodzakelijke stukken moet fourneren, over de feitelijkheid van 1970 nog nauwelijks gegevens kan verstrekken, wordt de begroting 1971 voorzien van meer ramingen dan wenselijk lijkt. Vast staat, dat over 1969 een tekort van ruim f 25.000,— bestaat en dat de ramingen ter zake van de kosten van het in gebruik nemen van het nieuwe pand nog aanmerkelijk beneden de realiteit blijken te zijn gebleven.

Het Centraal Bestuur aanvaardt de begroting 1970 en stelt zich op het standpunt, dat, gezien de tekorten en de wenselijkheid deze verliezen te kunnen inlopen, de grondslag voor de L.A.D.-contributie op f 65,- dient te worden gesteld.

De concept-agenda voor de ledenvergadering wordt vastgesteld. Op deze agenda zal voorkomen het punt: wijzigingen in het huishoudelijk reglement, zoals nader toegelicht in het tweede vervolgrapport van de reorganisatiecommissie.

Ter zake van het rapport Huisarts in universitair dienstverband besluit het Centraal Bestuur aan het hoofdbestuur der Maatschappij mede te delen, dat het rapport zijns inziens voornamelijk voorlopige conclusies bevat, die nader dienen te worden uitgewerkt; bij deze uitwerking zal het Centraal Bestuur gaarne medewerking verlenen.

De vergadering wordt te ruim 23.00 uur gesloten.

MC | VAN HET CENTRAAL COLLEGE

Vergaderdata in 1971

	<i>Datum:</i>	<i>Uur:</i>
maandag	18 januari 1971	19.00 uur
maandag	15 februari	19.00 uur
zaterdag	27 februari <i>studiedag</i>	10.00 uur
maandag	15 maart	19.00 uur
maandag	19 april	19.00 uur
maandag	17 mei	19.00 uur
zaterdag	12 juni <i>studiedag</i>	10.00 uur
maandag	21 juni	19.00 uur
maandag	5 juli, <i>reserve</i>	19.00 uur
<i>in augustus geen vergadering</i>		
maandag	6 september	19.00 uur
maandag	20 september	19.00 uur
zaterdag	2 oktober <i>studiedag</i>	10.00 uur
maandag	18 oktober	19.00 uur
maandag	15 november	19.00 uur
maandag	20 december	19.00 uur

De vergaderingen worden gehouden in het gebouw der Maatschappij voor Geneeskunst, Lomanlaan 103, Utrecht (tel. 030-885411).

Utrecht, 2 november 1970

W. J. de Jager

Nieuwe leden:

J. Bavinck, Stresemannplaats 297, Rotterdam.
 H. M. F. J. van Beek, Burg. Donnersstraat 27 A, Munstergeleen.
 J. J. E. Berendsen, Oldenzaalsestraat 228, Enschede.
 J. C. M. van den Berg, Papengracht 5, Leiden.
 F. L. Berghauser Pont, Dolderseweg 160 c, Den Dolder.
 L. Berkhof, Beemsterhoek 260, Capelle a/d IJssel.
 D. G. Blik, Dr. Berlagelaan 29, Eindhoven.
 Mej. R. M. Boer, Fruinplantsoen 101, Utrecht.
 G. Booij, Huslystraat 182, Rotterdam.
 J. A. Brienens, Korfoedreef 93, Utrecht.
 G. J. Brouwer, Rijksstraatweg 167, Warnsveld.
 J. J. van Bruggen, Persoonshaven 197 a, Rotterdam.
 Mevr. P. C. van der Burg-Beyk, Busken Huetstraat 83 B, Rotterdam.
 Ch. J. M. Cockx, Wilgensingel 49, Rozenburg.
 W. Craandijk, Pr. Margrietlaan 6, Houten.
 J. W. Dekkers, Coehoornstraat 31, Nijmegen.
 J. J. van Doninck, Kwendelhof 251, Tilburg.
 H. A. C. van den Dries, Croesestraat 55, Utrecht.
 P. D. van Drooge, Harderburen 56, Warga.
 W. J. D. Elfferich, Nigerdreef 47, Utrecht.
 B. H. M. van Elk, Faustdreef 35, Utrecht.
 P. H. C. Engels, Verhulstlaan 8, Bilthoven.
 P. M. Evers, F. v.d. Clementlaan 34, Poortugaal.
 Dr. J. A. Flendrig, Okapistraat 43, Nijmegen.
 A. P. G. Franken, van Peltlaan 189, Nijmegen.
 S. Geluk, Livingstonelaan 1184, Utrecht.
 L. J. Gerards, Livingstonelaan 1212, Utrecht.
 W. H. A. M. de Groot, Okapistraat 38, Nijmegen.
 P. W. de Haas, Anatole Franceplaats 728, Rotterdam-Ommoord.
 C. W. van der Have, Pr. Julianalaan 68, Rotterdam.
 F. W. J. Hazebroek, Wilddreef 56, Leiderdorp.
 R. J. G. S. Heydendaal, A.B.C.-straat 20, Utrecht.
 J. A. Hoekstra, Polluxstraat 140, Groningen.
 J. Th. M. Hol, Bleulandweg 294, Gouda.
 G. Th. Hornstra, Straatweg 176 B, R'dam-Hillegersberg.
 J. P. W. Jiskoot, Amalia van Solmslaan 38, Zeist.
 Mej. M. J. Kalsbeek, Veenestraat 3, Zwolle.
 K. Kan, Stratumsewijk 53, Eindhoven.
 O. Karagözoglu, Livingstonelaan 1136, Utrecht.
 G. de Keizer, Dokter Welferweg 102, Westbroek.
 H. W. van Kerkwijk, Schiekade 44 c, Rotterdam.
 Dr. P. Kooy, Kortgenestraat 217, Rotterdam-23.
 Dr. J. Koudstaal, Juliana van Stolberglaan 7, Vlaardingen.

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.

Buitendienstmedewerkers van de O.L.M.A.

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

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

E. G. E. Lambers, Mereveldlaan 125, De Meern.
 J. A. Leusink, Kerkstraat 19 bis A, Utrecht.
 A. G. M. van der Ligt, Nassaulaan 38, Berg en Dal.
 H. Loen, Hobbemastraat 12, Utrecht.
 G. W. Manschot, Bergsingel 200 A, Rotterdam.
 J. J. M. Marx, Van Vollenhovenlaan 297, Utrecht.
 F. J. Menting, Meerndijk 46, De Meern.
 G. J. H. Neomagus, Gouwe 98, Gouda.
 W. A. H. Nugteren, Blondeelstraat 110, Rotterdam-14.
 Dr. H. Ottens, Gerbrandylaan 1, Delft.
 H. P. A. Pols, Koningsweg 54, Utrecht.
 F. J. A. van der Pot, Kerkplein 22, Dalfsen.
 R. J. H. van Raalten, Karel Doormanlaan 173, Utrecht.
 W. ter Riet, Valkreek 26, Rotterdam-26.
 R. E. Roemer, Vierde Jagershof 167, Helmond.
 J. F. van Royen, Wallerstraat 1, Delft.
 Dr. C. J. van Saane, 's-Gravenweg 45, Rotterdam 3016.
 J. C. van der Sar, Briandplaats 202, Rotterdam.
 G. J. Schedler, Burg. Wichersstraat 8, Winschoten.
 Th. A. C. Spoor, p/a Boreelstraat 84, Rotterdam.
 T. B. Tan, Vondellaan 132, Ridderkerk.
 B. J. C. J. Terstegge, Hugo Molenaarstraat 29 D, Rotterdam-6.
 C. W. F. M. van Veenendaal, Van Vollenhovenlaan 207, Utrecht.
 A. J. W. Vrijlandt, v. Vollenhovenstr. 28 A, Rotterdam-3002.
 J. H. A. Wiezer, Ibisdreef 80, Utrecht.
 R. H. H. Wilms, Neptunusstraat 20, Nijmegen.
 Mej. F. R. Wolfis, Den Borgweg 18, Rekken (Gld.)

Overleden:

M. S. Gerbrandy, Abersonplein 6, Warnsveld.
 Dr. R. A. Hoekstra, Mr. P. J. Troelstraweg 1, Leeuwarden.
 C. P. van Leersum, De la Sablonièrekade 30, Kampen.
 Dr. B. L. Sie, v. Boshuizenstraat 257, Amsterdam.
 P. J. Veenenbos, Zocherstraat 35, Alkmaar.
 A. Vonk, Kabeljauwallée 2, Doorwerth.

Rotterdam en Omstreken

Wat willen de „Kritiese artsen” eigenlijk

Een eenvoudige convocatie voor een ledenvergadering van de K.N.M.G., afdeling Rotterdam en Omstreken, heeft zelden zoveel belangstellenden bijeen gebracht als de oproep voor de bijeenkomst van woensdag 25 november j.l. voor een vergadering tijdens welke de Rotterdamse artsen *W. G. J. Iemhoff* en *J. H. Mulder* blijkens de aankondiging antwoord zouden gaan geven op de vraag: „Wat willen de kritiese artsen eigenlijk?” De gehoorzaal „De Doelen” waar de Rotterdamse afdelingsvergaderingen doorgaans worden gehouden bleek te klein om alle belangstellenden te herbergen, zodat nog tijdens de opening van deze bijeenkomst moest worden uitgezien naar een grotere zaal, welke inderdaad werd gevonden op de hoogste verdieping van het Groothandelsgebouw. Tegen half negen trok men dan ook in processie het Kruisplein over om zich „vol verwachting” (zoals later de stemming van het auditorium werd vertolkt) min of meer improviserenderwijs aan de overkant opnieuw in vergadering te begeven. Daar bleek dat nauwelijks de helft van de aanwezigen uit K.N.M.G.-leden bestond, de andere groep werd volgens de voorzitter gevormd door „potentiële patiënten”.

In zijn openingswoord bracht voorzitter *H. G. van Balen* in herinnering dat het thema van de avond voor Rotterdam eigenlijk iets vanzelfsprekends was. In deze afdeling van de Maatschappij immers zijn al jarenlang kritische geluiden waarneembaar, al lange tijd beraadt men zich hier over de vraag hoe de K.N.M.G. tot een slagvaardiger beleid zou kunnen komen. De voorzitter refereerde daarbij aan een enkele jaren geleden onder auspiciën van de afdeling Rotterdam en Omstreken verrichte studie over de ledenproblematiek van de K.N.M.G. Hij citeerde in dit verband uit het in 1968 over deze studie door het Instituut voor Psychologisch Markt- en Motievenonderzoek uitgebrachte rapport en onderstreepte uit de samenvatting met name deze conclusie:

„De zorg voor de volksgezondheid is voor de meeste ondervraagden een zo algemeen en vaag begrip, dat het praktisch geen aanspreekwaarde heeft. Artsen met politieke belangstelling en ervaring betreuren dit. Zij constateerden zowel een geringe animo bij artsen om in de politieke organen zitting te nemen als bij de overheid een geringe bereidheid de medici als adequate deskundigen te raadplegen bij volksgezondheidsproblemen. Zij voorzien een toenemende invloed van niet-medici in gezondheidsorganisaties.”

Bij de convocatie voor deze vergadering was men uitgegaan van de volgende stellingen:

1. Kritiese artsen wil zeggen: maatschappij-kritiese artsen.
2. Als medicus a-politiek willen zijn, is extreem politiek, namelijk: geen prioriteiten durven stellen.
3. Gezondheid, als sociaal recht, te moeten verkrijgen van privé-eigendomsbezitters is obsoleet.
4. De enkelen, die profiteren van de welvaart, doen dit ten koste van het welzijn van velen. Daar aan doet in tweede instantie welvaart voor velen niets af.
5. De patiënt bewust maken van zijn maatschappelijke positie en de eventuele relatie daarvan met zijn ziekte, heeft zowel voor de patiënt en zijn omgeving als voor de arts verregaande consequenties.

In de voordrachten van de inleiders en tijdens de daarop volgende discussie kwamen deze stellingen als zodanig niet meer aan de orde. Kon de strekking van de vertogen van de heren Iemhoff en Mulder nog wel worden begrepen als zijnde afgestemd op deze stellingen, zij werden in het verdere verloop van de avond door niemand expliciet betwist.

De heer Iemhoff had zijn voordracht de titel „Dubieuze adaptatie” meegegeven. Op buitengewoon boeiende wijze gaf hij zijn visie hoe volgens hem en zijn kritische collegae de artsen zich zouden moeten aanpassen in hun beroepsuitoefening aan de zich steeds sneller evoluerende wetenschap der geneeskunde, terwijl zij zich daarbij steeds meer rekenschap moeten geven van de menselijke mogelijkheden en onmogelijkheden. Zich aan te passen aan voortdurend veranderende milieu-omstandigheden. Ofschoon hetgeen de heer Iemhoff aan argumenten naar voren bracht met name sociaalgeneeskundigen niet zal hebben verrast, plaatste hij zijn overwegingen in een dergelijk origineel verband, dat zelfs *Dr. Th. F. Berkvens*, die door de voorzitter was uitgenodigd eventuele kritiek op de overwegingen van de kritiese artsen te polariseren, deze voordracht als magistraal kwalificeerde. De heer Iemhoff beperkte zich in zijn analyse van het medisch handelen niet tot vage filosofieën of theoretische beschouwingen, hij had zich ook verdiept in concrete vraagstukken waarmee artsen kunnen worden geconfronteerd, zoals bijvoorbeeld het onderzoek van bestaande arbeidsvoorwaarden waaronder werknemers moeten functioneren. Ter illustratie trad daartoe een havenarbeider naar voren, de heer Heesen, lid van de Rotterdamse havencommissie, die in een spontaan betoog zijn inzichten kenbaar maakte terzake van de feiten, die de gezondheids-

bescherming en sociaalgeneeskundige begeleiding van de Rotterdamse havenarbeiders aankleven.

De heer J. H. Mulder schetste vervolgens in het kort hoe de kritiese arts zich strategisch en tactisch zou moeten opstellen binnen de organisatie van de gezondheidszorg en in zijn individuele of intercollegiale beroepsuitoefening. Hij maakte onderscheid tussen doeleinden op lange termijn (maatschappelijke integratie, maatschappij-bewustwording en de vestiging van een rechtvaardige — socialistische — samenleving) en doeleinden op korte termijn. Tot die laatste behoren concrete projecten waarmee de kritiese artsen zich in werkgroepen belasten. In dit verband noemde de heer Mulder de werkgroep die zich het gezondheidslot van de havenarbeiders heeft aangetrokken en daaraan wat tracht te doen door middel van directe voorlichting van de betrokkenen en gedachtenvorming van respectievelijk via havenbedrijfsgeneeskundige diensten.

De heer Mulder noemde dit project als een voorbeeld van directe actie, dat model zou kunnen staan voor meerdere toekomstige projecten. „Wij moeten klein beginnen om straks grote resultaten te kunnen boeken”, zo zei de heer Mulder, er later desgevraagd aan toevoegend dat de kritiese artsen hebben gekozen voor directe acties in het „veld” en voor „buiten-parlementaire oppositie” omdat operaties via de bestaande organisatiestructuur van de K.N.M.G. huns inziens te langzaam verlopen en omdat vanuit het veld van de actie de meeste en meest relevante informatie komt waarmee de kritiese artsen menen te moeten werken.

Zoals zo vaak konden ook nu de discussies niet veel meer toe- of afdoen aan hetgeen de referenten naar voren hadden gebracht, al ontstond er een uitermate levendige gedachtenwisseling, waaraan ook havenfunctionarissen het hunne bijdroegen. Bovendien bleek uit de samenspraak met de zaal dat de overgrote meerderheid (bij handopsteken bepaald) van de aanwezigen de vergadering als een zeer geslaagde bijeenkomst had beleefd.

Js.

Voordrachten

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

Alkmaar en Omstreken: Symposion over „Tandheelkunde in ziekenhuizen”. Sprekers zijn: P. Bok, kaakchirurg; H. W. Jonge Poerink-van Beek, tandarts; S. E. W. Engels, tandarts; J. Donker, orthodontist; J. Schoen, kaakchirurg.

Amsterdam: Prof. Dr. J. G. G. Borst, Prof. Dr. A. M. van Leeuwen en stafleden van de Interne Kliniek Binnengasthuis, onderwerp: „Klinische demonstraties”.

Apeldoorn en Omstreken: Prof. Dr. J. Th. R. Schreuder, onderwerp: „Afasie”.

Arnhem en Omstreken: H. J. Busch, kindercardio-

loog, onderwerp: „Spoedeisende gevallen in de kindercardiologie”.

Assen en Omstreken: U. J. Voerman, revalidatiearts, onderwerp: „Revalidatie van patiënten met meningo-myelocèle”.

Deventer en Omstreken: W. G. Mulder, onderwerp: „Psycho-hygiënische aspecten van het druggebruik”.

„Gooi- en Eemland”: Prof. Dr. D. J. de Levita, onderwerp: „Problemen der adolescentie”.

Gorinchem en Omstreken: Dr. D. Mulder, psychiater, onderwerp: „Aspecten van de epidemiologie en therapie van het druggebruik in Nederland”.

Heerenveen en Omstreken: Prof. Dr. H. Doorenbos, hoogleraar in de endocrinologie, onderwerp: „Spot-diagnosis in de endocrinologie”.

Den Helder en Omstreken: T. M. Tjoa, plastisch chirurg, onderwerp: „Algemene plastische chirurgie”.

Helmond en Omstreken: Dr. H. van Praag, lector biologische psychiatrie, onderwerp: „Therapeutische mogelijkheden met psychofarmaca”.

Hunsingo-Fivelingo-Westerkwartier: Discussie rondom de vele problemen die de nieuwe opleiding tot huisarts in de toekomst met zich mee zal brengen. Inleiders zijn Prof. Dr. K. J. van Deen en W. Verdenius.

Meppel en Omstreken: Dr. J. L. Terpstra, onderwerp: „Transplantaties”.

„Oldambt”: Dr. H. M. van Praag, onderwerp: „Recente ontwikkelingen ten aanzien van het biologisch psychiatrisch onderzoek van de depressie”.

„Oude IJssel”: M. R. Straat, KNO-arts, onderwerp: „Microchirurgie van het oor”.

Rotterdam en Omstreken: Wat willen de „kritiese artsen” eigenlijk, inleiders W. G. J. Iemhoff en J. H. Mulder.

Sittard-Geleen: Prof. Dr. A. Poslavsky, onderwerp: „Ziekte, zieke, gedrag, toegelicht aan psychiatrische inrichtingspraktijk”.

Tiel en Omstreken: Dr. R. A. Janknegt, onderwerp: „Kinderurologie”.

Utrecht: Prof. Dr. H. J. Ham, onderwerp: „Radiation risks in the nuclear age - the present position”.

Wageningen en Omstreken: Discussie over medische macht en medische ethiek, inleider Prof. Dr. J. H. van den Berg.

Walcheren: Dr. I. S. Meerscham, onderwerp: „Fysische diagnostiek van het coronaralijden”.

Westland: A. H. Mulder, internist, onderwerp: „Circulatoire aspecten van de Valsalva-proef en het belang daarvan voor de huisarts”.

Zuid-Limburg: Prof. Dr. J. C. M. Hattinga Verschure, hoogleraar in de ziekenhuiswetenschappen, onderwerp: „Arts, ziekenhuis, gezondheidszorg in het jaar 2000”.

Zwolle en Omstreken: J. J. M. Hermans, chirurg, onderwerp: „Chirurgische behandeling van ischaemisch hartlijden”.

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

SALARIS DOKTERSASSISTENTEN

In M.C. worden door de P.C.D. de richtlijnen voor de salarissen van doktersassistenten met het „Maatschappij-diploma” gepubliceerd. Uit de tabellen ontleen ik de onderstaande cijfers voor deze bruto-maandsalarissen voor het derde dienstjaar:

- salaris per 1-1-1970 f 550.— ¹⁾
- salaris per 1-8-1970 f 685.— ²⁾

De doktersassistenten krijgen dus over een periode van 7 maanden een salarisverhoging van bijna 25%. In de laatstgenoemde publikatie van de P.C.D. wordt vermeld, dat dit verband houdt met de wetswijziging van augustus 1970, waarbij het minimumloon van een 23-jarige op f 682,50 wordt gesteld. Men vraagt zich af of de per 1 januari 1970 door de P.C.D. gegeven richtlijnen voor de salarissen voor doktersassistenten niet veel te laag zijn geweest, waardoor een salarisverhoging van 25% nodig werd om deze salarissen tot een voor deze tijd redelijk geachte hoogte op te trekken. Graag zal ik van de P.C.D. vernemen, hoe het is gekomen dat de salarissen voor de doktersassistenten zo ver konden achter lopen op huidige norm. Nu zijn wij zover dat de doktersassistenten van 23 jaar die, volgens dezelfde publikatie, reeds 2½ dienstjaar achter de rug heeft, een salaris ontvangt dat f 2,50 boven het minimumloon ligt. De carrière, gevormd door: a) diploma middelbare school; b) diploma door de K.N.M.G. erkende opleiding tot doktersassistente; c) 2½ jaar praktijkervaring in onze eigen praktijk of elders, wordt gewaardeerd met een honorering van f 2,50 per maand boven het loon van de juist aangestelde van 23 jaar zonder enige opleiding.

Ik weet, dat de huidige hoge salarissen, ook van doktersassistenten, vooral voor jongere collega's bezwaarlijk kunnen zijn. Het lijkt mij echter onjuist, de prestaties van de doktersassistente derhalve te belonen naar de minimummaatstaven! Ik verzoek dan ook de P.C.D. in overweging te nemen op korte termijn, met terugwerkende kracht tot 1 augustus 1970, de richtlijnen betref-

fende de arbeidsvoorwaarden voor doktersassistenten te herzien, zodat een redelijke financiële waardering van de goed functionerende doktersassistenten ontstaat.

Den Haag, 5 november 1970

G. S. van Dorp, arts

ETHISCHE VRAGEN IN DE GEZONDHEIDSZORG

Collega Timmer geeft in M.C. nr. 45/1970, blz. 1205 een heldere, sociologisch getinte behandeling van het onderwerp „Ethische vragen in de gezondheidszorg”. Hij stelt een aantal zeer belangrijke vragen aan de orde, zoals (geparafraseerd): „Wanneer houden bij chronische toestanden de artsen op met hun polypragmasie?” En: „Hoe zit het met het zich verschansen achter de zwijgplicht van de medici voor andere doeleinden of waarden?”. Maar daarover gaat het hiervolgende niet.

„Waarde” en „norm” worden door Timmer wel als objecten behandeld. Dit is in de sociologie gebruikelijk. Waarde is volgens Van Doorn en Lammers „een centrale maatstaf voor gedrags-beoordeling”, maar het proces van waarden, het waarde toekennen, is primair een subjectief individueel psychisch proces, dat door sociale processen wordt beïnvloed. „Waarde” is een begrip uit de omgangstaal, met alle moeilijkheden van dien als het in de wetenschap wordt gebruikt. Van Doorn en Lammers geven aan, dat ze hun bijzondere omschrijving van het begrip ontleen aan de structuralistisch-functionalistische socioloog Parsons. Vergelijk hun Moderne Sociologie. Een andere socioloog E. Chinoy (An Introduction to Sociology, 1961) blijft dichter bij het algemene spraakgebruik: „Values, as things to which men assign desirability or importance, may be beliefs or institutions, as well as . . . material objects” (op. cit. blz. 25). In het sociologische spraakgebruik zijn normen: eisen of verwachtingen met betrekking tot zichzelf, anderen of instellingen. Het hanteren van geabstraheerde waardebegrippen, zoals vrijheid, democratie etc. leidt tot willekeur in de keuze van de bijbehorende normen en zo tot ongemerkte corrumpering van die eigenste waarden, die moeten worden beoordeeld en onderhouden door de normhantering (vergelijk Orwell: 1984).

Keren wij terug naar Timmer: Bij besluitvorming wordt dan de relatieve waarde van diverse alternatieven geschat. De daarvoor gebruikte criteria en normen zijn als regel niet duidelijk expliciet. De laatste zijn verder per de-

finitie niet waarden-vrij. Zelf besluit de schrijver, de diversiteit van historisch gegroeide opvattingen van ethici in hun waarden te laten. De laatste jaren heeft de ethicus meer status gekregen, zowel in zijn rol van moralist alsook in die van morele filosoof. Dit zijn bij ons niet zo scherp onderscheiden rollen. Op zich zelf is dit een belangwekkend sociologisch verschijnsel, maar het pleit wel voor een anti-science houding in de zin van Kuypers (ingezonden brief, M.C. nr. 45/1970, blz. 1222). Volgens Timmer zal de ethicus komen tot een normatieve uitspraak, ontleend aan zijn privé levensbeschouwing of ideologie. Maar welke criteria en normen hebben we nu om het waardeoordeel van een ethicus mee te toetsen? In tegenstelling tot het subjectieve oordeel van de ethicus geeft een sociologisch onderzoek zijns-oordelen. Wetenschap streeft naar objectiviteit en zij levert descriptieve uitspraken, geen normatieve, tenminste geen primair normatieve. Nu is de relatie van descriptieve met normatieve uitspraken van oudsher een groot filosofisch probleem geweest. De positivisten trachten dit probleem op te lossen door het te ontkennen: de positivistische socioloog beperkt zich tot het doen van descriptieve uitspraken en hierop gebaseerde theorievorming. De beoordeling van de waarde van die uitspraken laat hij aan anderen over, die dan voor onwetenschappelijk mogen worden gehouden. De dialectici onder de sociologen ontkennen waarde-vrijheid van wetenschap; zij ontkennen het principiële verschil tussen een normatieve en een descriptieve uitspraak. Zij noemen dit onderscheid een methodische kunstgreep. Schoolvorming betekent per definitie vóór-wetenschappelijke status van het desbetreffende gebied. Medici kennen dit zeer goed, wij denken maar aan de verloskundige of de psychoanalytische scholen.

Zo zijn er vragen te formuleren, fundamenteeler dan ken-theoretische, zoals:

- In hoeverre wordt de wetenschap bedreven ten koste van de mensheid, in hoeverre ten bate daarvan of ook als art pour l'art?
- Wat zijn normen voor de toelaatbaarheid voor het uitvoeren van researchprojecten op kosten van de gemeenschap?
- In hoeverre is het verantwoord om hoogbegaafde mensen in te zetten voor de produktie van overbodige objecten en hen te onttrekken aan sociaal belangrijke research zowel als aan uitvoerend werk?
- Welke groepen stellen de prioriteiten van de besteding van het natio-

¹⁾ M.C. nr. 7/1970, blz. 167

²⁾ M.C. nr. 38/1970, blz. 1014

nale inkomen, met welk recht en met welke norm?

Om op deze laatste vraag nog even in te gaan: Timmer noemt bij de opsomming van andere groepen die aan de besluitvorming inzake gezondheidszorg bijdragen, naast de beroepsbeoefenaren, verplegenden en bevolking. Het is vriendelijk van hem om de praktische werkers zoveel eer te geven. Maar bij de werkelijke besluitvorming inzake gezondheidszorg of pseudo-gezondheidszorg is tegenwoordig de stem van „de industrie” van toenemend belang. Zo krijgt de medische ethiek het stempel van de industriële ideologie van kapitalistische huize (vergelijk J. Habermas: *Technik und Wissenschaft als Ideologie*, Suhrkamp). Wanneer Timmer bij zijn globale definitie als beperkende factoren voor curatieve zorg stelt de beschikbare wetenschappelijke kennis en economische en personele voorzieningen, dan vereist dat een nadere precisering. We kunnen ons in dit verband het volgende bijvoorbeeld afvragen:

— Het primaat van het economisme is een onwetenschappelijk postulaat, een onbewezen hypothese. Waarom wordt de vraag naar de houdbaarheid daarvan niet méér gesteld (vergelijking Kruisinga, M.C. nr. 41/1970, blz. 1085)?

Wij beleven een zo aanzienlijke verslechtering van ons leefmilieu, dat dit zelfs tot sociaal activisme leidt. En nog wordt door Timmer gesteld, dat er een consensus bestaat over de globale inhoud van de beide gezondheidsdoelstellingen. Zeker, hoe vager deze zijn, hoe eerder iedereen er ja op kan zeggen. Maar zoals er mensen zijn die zeggen liever dood te zijn dan slaaf, zo staan er nu mensen op die zeggen: liever geen welvaart dan geen leefmilieu. Dat is dan hun besluit, op grond van een waardenkeuze, maar een besluit zonder de macht om het tot uitvoering te brengen: de aanvaarding en naleving van de sociale norm moet eerst nog groeien door attitudewijziging in de bevolking.

Wij mogen ons tenslotte afvragen, in hoeverre de medici de vragen die door Timmer zijn gesteld en de andere, hierboven gesteld, kunnen en willen beantwoorden en wat daarvan dan de sociale invloed zou mogen zijn. De verwachtingen mogen niet te hoog gespannen zijn. De persoonlijke stellingname van de individuele medicus is voor de besluitvorming van weinig belang meer. Als groep hebben de medici zich in meerderheid conservatief en economistisch opgesteld. De pro-

blemen zoals de zogenaamde kritische artsen die aan de orde stellen worden als regel niet begrepen of genegeerd (vergelijk Kuypers en Landheer, M.C. nr. 45/1970, blz. 1222 en 1223). De denktechniek ook van de enkelen, die op dit gebied aan actieve meningsvorming deel hebben, doet veelal antiek aan. Misschien voelen de medici dat wel aan: de meesten zullen hun vakbondsproblemen interessanter vinden, of zullen zeggen dat ze geen tijd hebben (hoe staat het met de efficiency van hun praktijkvoering?). Maar een feit blijft, dat de besluitvorming ook op het gebied van de gezondheidszorg, of wat daarvoor moet doorgaan, gewoon door gaat over hun hoofden heen.

Beverwijk, 11 november 1970

J. H. van Meurs, zenuwarts

ABORTUS PROVOCATUS

Een belangrijke ontwikkeling in de geschiedenis van de mens en zijn samenleving is het individualisatieproces. Een mens in wording is mondig geworden, is mondiaal geworden, de problemen van de hele mensheid zijn binnen het bereik gekomen van de enkele individu.

Daarmee zijn wij allen denkers geworden. Ik denk dus ben ik. De vraag doet zich echter tegenwoordig voor: als ik niet denk ben ik dan niet? Wat ben ik als ik slaap, wat ben ik als ik bewusteloos ben, wat ben ik als ik ongeboren ben, wat ben ik als ik al geboren nog niet denk? Deze vragen zouden ons niet hebben bezighouden, als ons calvinistische verleden zich niet gesteld had gezien tegenover een mentaliteitsverandering op de gebieden van seksualiteit, anticonceptie en abortus provocatus. De doorbraak in de waardeoordelen op deze drie gebieden doet ons realiseren, te doen te hebben met een geheel nieuw terrein in de mensbepaling, waar wij ons niet dan met de grootste bescheidenheid op mogen wagen. Laten wij rustig stellen, dat wij het allemaal niet zo precies weten. Wat weet de rechter, wat weet de medicus? Tegenover de grote nood waarin zich tegenwoordig vele ongewenst zwangere vrouwen bevinden, blijken de door dogmatiek ingegeven oordelen die op dit gebied richting moeten geven onvoldoende. De oordelen uit deze hoek vinden geen begrip. De enige conclusie die wij hieruit kunnen trekken, is dat wij slechts uitspraak mogen doen vanuit een zich nieuw te vormen denken dat zich baseert op feitelijke gegevens. Een dergelijk oordeel biedt de enige garantie op begrip bij de in nood verkerende medemens.

1. Als afgrenzing van de abortus provocatus-problematiek tegenover de anticonceptie zou ik op het volgende verschil willen wijzen: de anticonceptie vond zijn rechtvaardiging vanuit planningsoverwegingen, als zodanig heeft zij bewustzijnsverruimend gewerkt en bijgedragen aan het verantwoordelijkheidsgevoel voor de samenleving (al zijn wij met de verantwoording van de wijze van plannen nog ver van huis). De abortus provocatus komt aan de orde in het geval dat de planning faalde of ontbrak. Vanaf dit ogenblik kan er van planning geen sprake meer zijn. Een ongeboren individu heeft zich niet aangekondigd, maar is er al. Een verantwoorde planning laat zich nu alléén nog maar denken met inbegrip van deze individu. De mens die nu nog of nu pas wil gaan plannen, moet zich realiseren dat hij moeilijkheden niet voorkomt maar uit de weg ruimt, wat op zijn minst vergelijkbaar is met contractbreuk.

2. In een poging tot een plaatsbepaling van de abortus provocatus zou ik willen stellen, dat het niet louter een medisch probleem is, en ook niet alleen een persoonlijk probleem van de vrouw in kwestie, maar dat het een sociaal probleem is, aangezien het tenminste drie betrokkenen kent: de verwekker, de vrouw en het kind. Als deze gedachte juist is, dan hoort dit sociale probleem voor zover het een probleem is „behoorlijk” te worden behandeld, dat wil zeggen de beslissing hierover moet zijn verantwoording vinden tegenover de samenleving. Hiermee zinspeel ik o.a. op de in mijn ogen onjuiste bewering van medische zijde, dat de te verrichten ingreep legitiem zou zijn wanneer zij maar berust op een epiciete overeenkomst tussen de verwijzende huisarts en de behandelende gynaecoloog, eventueel na consultering van een derde arts.

3. De vraag of er een abortuskliniek moet komen, kan niet los worden gezien van de vraag of de beslissing over het lot van de ongeborene wel voldoende verantwoording vond tegenover de samenleving (het horen van vertegenwoordigers-deskundigen uit de samenleving is gedacht met inbegrip van de gynaecoloog die eventueel de ingreep zal verrichten). Wáár de ingreep zou moeten plaatsvinden, is maar zijdelings belangrijk. Of abortus provocatus moet plaatsvinden, daarover kan niet een enkele individu zich op het moment uitspreken, wij zullen hier niet anders dan na gezamenlijk overleg en na rijp beraad toe kunnen overgaan.

4. Er wordt op de wereld op grote schaal geaborteerd. Laat u echter geen zand in de ogen strooien: dit is

niets nieuws, het is in feite een ouderwets probleem. Het enige nieuwe en dan ook volstrekt moderne hieraan is de bijdrage die het kan leveren aan de bewustzijnsvorming wat betreft de vraag: wat is de mens? Wanneer begint een mens een medemens te zijn?

Begon ik dit schrijven met de vaststelling: een mens in wording is mondig geworden, ik zou er tot besluit aan toe willen voegen: een mens in wording heeft recht gehoord te worden.

Rotterdam, 15 november 1970

J. Zee, arts

HET KWANTITATIEVE PROBLEEM VAN DE PSYCHOTHERAPIE

De opmerkingen over het kwantitatieve probleem van de psychotherapie in M.C. nr. 46/1970, blz. 1237, hebben mijn volledige instemming. Graag zou ik het nuchtere karakter ervan willen onderstrepen: zo ligt eenvoudig de realiteit. Een realiteit, die echter onder andere van sociaal-psychiatrische zijde reeds lang wordt benaderd, en die recent op nieuwe wijze door collega Terruwe onder de aandacht van de „massa” wordt gebracht via haar lp „Zolang er mensen zijn”. Sociale psychiatrie heeft iets van kinderpsychiatrie voor volwassenen: niet eenvoudig, wel boeiend. Speciale instemming betuig ik met de belichting van een doorsnee-ongehuwde moeder. Juist daarom een vraagje: Wat heeft een in paniek gevraagde abortus hier voor zin? Wie is hiermee gebaat?

Oosterbeek, 16 november 1970

P. A. Gribling, zenuwarts

MC | VARIA

De regering heeft uit de zogenaamde „beleidsruimte” voor wetenschappelijk onderzoek één miljoen gulden beschikbaar gesteld ten behoeve van een geïntegreerd onderzoek op het gebied van hart- en vaatziekten. Het betreft een onderzoek naar de bijdrage die de geautomatiseerde electrocardiografie kan leveren aan de diagnostiek van hartaandoeningen.

Thans zijn computerprogramma's beschikbaar voor de automatische analyse van zowel afleidingscardiogrammen als voor vectorcardiografie. Het is gewenst, dat hiermede ervaring wordt opgedaan, alvorens kan worden overwogen of deze methode als routine-werkwijze bij grote aantallen patiënten in Nederland zou kunnen worden toe-

gepast. Daarnaast zullen de Nederlandse ervaringen met geautomatiseerde analyse van electrocardiogrammen kunnen worden gebruikt om te komen tot een verdere verfijning van de onderzoeksmogelijkheden. Hiertoe zullen ook nieuwe analyseprogramma's worden ontwikkeld.

Bij de uitvoering van het project zijn betrokken: de automatiseringscommissie van de interne kliniek van het Academisch Ziekenhuis te Groningen, het centraal reken-instituut der Rijksuniversiteit Leiden, de cardiologische afdeling van het Academisch Ziekenhuis te Leiden, het Medisch Psychisch Instituut TNO te Utrecht, de cardiologische afdeling van het St. Antonius-ziekenhuis te Utrecht en de P.T.T.

Het project is tot stand gekomen door samenwerking van de ministeries van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Onderwijs en Wetenschappen, en Verkeer en Waterstaat. Voor de coördinatie bij de uitvoering is een interdepartementale begeleidingscommissie ingesteld, onder verantwoordelijkheid van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga.



Voor een experiment van psychiatrisch-sociale consultatie aan een polikliniek voor zwangere vrouwen en een consultatiebureau voor zuigelingen is steun toegezegd door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga. Het project gaat uit van de afdeling Kinderpsychiatrie van het Wilhelmina Gasthuis van de Universiteit van Amsterdam; als projectleider treedt op de zenuwarts H. Kits van Heijningen. In de hoofdstad vindt sociaal-psychiatrisch onderzoek plaats aan de consultatiebureaus voor kleuters; dit houdt in, dat de kinderpsychiatrische behandeling pas in de kleuterperiode kan beginnen. Het doel van het experiment is, tot een vroegtijdiger onderkenning en behandeling te komen van sociaal-psychiatrische afwijkingen bij kinderen. Hiertoe wordt een sociaal-psychiatrisch werkster verbonden aan een polikliniek voor zwangere, terwijl in de zuigelingenperiode de relatie moeder-kind op afwijkingen zal worden gescreend.



Als centraal lichaam voor het onderzoek ten behoeve van de verkeersveiligheid heeft de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid (SWOV) voor 1970 een rijksbijdrage van f 550.000,— toegezegd gekregen. Als tegenprestatie dient de

stichting voor het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid onderzoek te (doen) verrichten naar: 1. de constructie en het gebruik van valhelmen; 2. het gebruik van alcohol bij wegverkeer; 3. de frequentie en het gevaar van bepaalde ziekten en afwijkingen, alsmede het gebruik hierbij van geneesmiddelen in het verkeer; 4. de meest doelmatige inrichting van ambulances. Een aantal van deze onderzoeken is al eerder van start gegaan. Tijdens het weekeinde van 14-15 november jl. werd in het kader van het onder 2. genoemde onderzoek het eerste deel afgesloten van een voor Europa unieke enquête naar de rij- en drinkgewoonten van automobilisten. De resultaten van deze steekproef, waaraan ruim drieduizend autobestuurders medewerking verleenden, komen over enige maanden vrij. Overigens kreeg de stichting reeds in 1966 van minister Bakker van Verkeer en Waterstaat opdracht, een proefonderzoek in te stellen dat zou moeten dienen als basis voor een integrale ongevalregistratie. Dit nadat bekend was geworden, dat de registratie van lichte ongevallen door de politie zou worden gestaakt. Genoemd onderzoek werd kortgeleden beëindigd; het wees uit, dat het verkeer in Nederland per dag een tol eist van 9 doden en 210 licht- of zwaargewonden. SWOV en de Stichting Medische Registratie, die ook bij het proefonderzoek was betrokken, denken vier tot vijf jaar nodig te hebben om alle verzekeraars, ziekenhuizen en G.G. en G.D.'s te laten overschakelen op een uniforme wijze van registreren.



De Medische Faculteit Rotterdam heeft voor het eerst aan een kandidaat geneeskunde toestemming vleende doctoraal vrije studierichting te doen in de gezondheidswetenschappen. Dit lijkt de eerste maal te zijn — aldus Medische Folia, mededelingenblad van de medische faculteit van de Universiteit van Amsterdam, d.d. 15 oktober 1970, waaraan wij dit berichtje ontleenden — dat werd gekozen voor het hoofdvak „gezondheidswetenschappen”, in dit geval de medische sociologie en de psychiatrische epidemiologie. Het studiepakket, samengesteld door Prof. Dr. C. J. B. J. Trimbos, omvat voor het eerste jaar colleges en cursussen in de interne geneeskunde, de kindergeneeskunde, de neurologie, de epidemiologie, de gezondheidszorg en de psychiatrie. Tijdens het tweede jaar worden junior co-schappen gelopen in de neurologie, de interne geneeskunde, de kindergeneeskunde en de gezondheidszorg. In dezelfde pe-

riode valt een co-assistentenschap van drie maanden op de afdeling klinische psychiatrie. Het doctoraal-examen „gezondheidszorg” telt als onderdelen: a. psychiatrie, neurologie, kindergeneeskunde, gezondheidszorg, epidemiologie en interne geneeskunde; b. statistiek; c. methodologie van de psychologische en sociaal-wetenschappelijke research.

¶

„Zelfmoord met mes en vork”. Zo luidt het niet bijster vrolijke motto van een actie van artsen in West-Duitsland, die het vermageren willen propagieren. Zij vinden, dat mensen die zich gevaarlijk dik eten hogere premies voor ziekenfonds- en levensverzekering zouden moeten betalen. In de eerste plaats willen zij proberen goede voorlichting te geven over voeding- en leefgewoonten om zo de mensen slanker en dus gezonder te krijgen. Voor een „buikbelasting”, waarover in de DDR schijnt te worden gedacht, voelen zij niet zoveel. Een en ander blijkt uit een bericht in Het Vrije Volk van de 13e van de 11e van dit jaar.

¶

Het is gerechtvaardigd om van iedere Nederlander een offer te vragen voor een betere leefbaarheid van ons land en betere gemeenschapsvoorzieningen. Aldus het beleidsplan 1971-1975 van D'66, waarin beide topics centraal staan. De partij heeft becijferd, dat met het doorvoeren van de voorgestane verbeteringen een extra-bedrag van 7 miljard gulden zou zijn gemoeid, een bedrag dat met een verhoging van de belastingdruk met 0,6% jaarlijks is goed te maken. Omzetbelasting, successie- en schenkingsrechten zouden daarbij moeten worden verhoogd, de laatste zelfs aanzienlijk. De reële inkomensvermeerdering, voor de komende jaren gepland op circa 3%, zou tot ongeveer 2% beperkt moeten blijven. D'66 stelt verder voor, een vervuilingssaccijns van 5 cent per liter te heffen op benzine met een hoog loodgehalte, terwijl op wasmiddelen een „fosfaatheffing” van f 1,20 per kg zou moeten worden toegepast. Vervuiling door huisbrand wil men bestrijden door in de nieuwbouw aardgas als verwarmingsbron verplicht te stellen. Overigens zou de nieuwbouwproductie jaarlijks met 5000 huizen moeten worden opgevoerd. Tenslotte zou de helft van de voor het wegenbouwprogramma bestemde fondsen naar het openbaar vervoer dienen te worden overgeheveld.

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

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

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland f 35,—, losse nummers f 1,04 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 16.570 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.

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021