



redactioneel

In dit nummer:

- Allereerst wordt aandacht gevraagd voor het advies van de door de Gezondheidsraad benoemde commissie-Plokker: 'Maatregelen tot beperking van het roken'. De Zaandamse internist Dr. F. van Soeren gaat nader in op merkwaardige en belangrijke aspecten van de rookgewoonte, achtereenvolgens: het roken als instincthandeling, de rokershoest, het rokersgezicht, de rokersmaag en het passieve roken. Dit 'perspectief van een onheilspellend rapport' geldt als een pleidooi voor het op korte termijn nemen van sociaal-geneeskundige maatregelen ter bestrijding van de epidemie van rokersziekten. Ook de hoofdredacteur – die er al evenzeer van uit gaat dat de straffe roker de sigaar zal zijn – beveelt maatregelen aan. Een aardig opstekertje dus voor de Meinsma's!
- Opnieuw een bijdrage in de discussie over de universitaire problematiek, enige tijd geleden door K.N.M.G.-voorzitter Dr. Boelen in M.C. aan de orde gesteld. Thans kritisch commentaar van Dr. J. Moll van de Rotterdamse Erasmus Universiteit.
- Deze week het tweede van een drietal artikelen over gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van de hand(en) van het auteurstrio De Haes, Schuurman en Sturmans. Uitgaande van enkele visies op G.V.O. en de ontwikkeling daarin, wordt door het drietal een eigen visie ontwikkeld die op sommige punten overeenkomsten vertoont met de ontwikkelingen in de agologie. De auteurs leggen de nadruk op het belang van de beïnvloeding van sociale structuren als middel tot gedragsverandering. Voorts wordt de relatie van G.V.O. met epidemiologie en gedragswetenschappen beschreven, waarbij met name de gemeenschappelijke uitgangspunten worden aangegeven.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie	410
<i>Inzenders: J. C. A. Sprangers, T. Dings/P. Muijs, A. J. M. Halewijn, T. A. Vadasz, A. G. A. Meijers</i>	
Perspectief van een onheilspellend rapport. Maatregelen tot beperking van het roken, door Dr. F. van Soeren	413
Overzicht rayons G.A.K. per 1 april 1976	418
Discussie universitaire problemen: Relatie kennis-kwaliteit, door Dr. J. Moll	419
Nieuws van de commissie – Van Trier, door Dr. S. G. Th. Hulst en Dr. W. den Otter	420
Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding: Verandering van gedrag. G.V.O. als instrument voor preventieve gezondheidszorg (II), door Drs. J. H. Schuurman, Drs. W. F. M. de Haes en Dr. F. Sturmans	421
Een kanttekening bij 'arts en oorlog'	429
OFFICIEEL	431
Inhoudsopgave officieel	436



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de K.N.M.G. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

Dr. J. Degenaar, voorzitter;
B. Q. A. Enneking,
onder-voorzitter;
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M. Kemperstraat 5, Utrecht);
G. A. C. Bosch, penningmeester;
F. Moerman.

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
G. W. Valkenburg-van Straten, redactrice;
C. R. van der Goot-van der Sluijs, secretaresse;
W. G. Juffermans-Kaltoven, secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgeverij

Tijl Media B.V.,
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.

Abonnementen

Voor niet-leden van de K.N.M.G. f 69,—; buitenland f 80,—; losse nummers f 2,— (exclusief BTW). Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd. Opgaven uitsluitend bij de uitgeverij.

Adreswijziging

Leden der K.N.M.G. uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

Brieven

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

WAARNEMINGSTARIEVEN

Teruggekomen van vakantie viel mijn oog op de nieuwe waarnemingstarieven, zoals die in Medisch Contact werden gepubliceerd. Naast de redelijk te achten verhoging voor mij van 15% van de waarnemingstarieven bleek dat voor huisartsen nu ook een tarief werd 'bereikt' voor kortdurende waarnemingen dat 57½% hoger lag. Ik was tot op heden gewend mijn weekenden eens in de vier weken te laten waarnemen door een collega, meestal een militair arts in mijn omgeving woonachtig, die op deze manier wat kon bijverdienen. Ook liet ik vaak voor een Boerhaave-cursus of andere nascholing een of twee dagen waarnemen door een in de buurt wonend collega, tevens huisvrouw. Gezien de huidige tariefstelling zijn deze mogelijkheden mij nu ontnomen. Resultaat:

- a. Ik geen vrije weekenden extra meer en geen mogelijkheid meer tot nascholing.
- b. Voor de betreffende collega's is de mogelijkheid van het bijverdienen in een deel van hun vrije tijd, die zij anders toch niet economisch zouden maken, nu uitgesloten. Waarnemen voor hen voor langere tijd was toch onmogelijk wegens dienstverplichtingen of huishoudelijke plichten.

We zijn er dus allemaal weer eens op achteruit gegaan. Mijn dank geldt dan ook de collegae die dankzij naarstig denkwerk tot deze fraaie constructie zijn gekomen.

Hazerswoude-Rijndijk, 30 janurai 1976

J. C. A. Sprangers

'OUDE' EN 'NIEUWE' BUL

Naar aanleiding van het hoofdartikel in Medisch Contact nr. 9/1976, waarin collega Boelen als voorzitter van de K.N.M.G. zijn grote bezorgdheid uitspreekt over de nieuwe zesjarige artsenopleiding, is het wellicht zinvol om op deze plaats de redenen te omschrijven die ons ertoe hebben gedreven een kort geding aan te spannen tegen de Katholieke Universiteit Nijmegen.

In Nijmegen worden nog steeds artsexamens afgelegd na de oude zevenjarige opleiding. Op grond van een besluit van de

faculteitsraad Geneeskunde waarin een li-mietdatum wordt gesteld, wordt aan de één de 'oude' en aan de ander de 'nieuwe' bul uitgereikt. De exameneisen en de gevolgde co-schappen zijn volkomen identiek, evenals de gevolgde pre-doctoraal fase.

Dat het nogal frustrerend is om na meer dan zeven jaar studeren een bul te ontvangen die voor een zesjarige opleiding staat, moge voor zichzelf spreken; maar dat deze bul ook nog minder gewaardeerd wordt (zelfs door de voorzitter van de K.N.M.G. en de H.R.C.) is zonder meer onrechtvaardig.

Deze situatie bestaat alleen te Nijmegen. De toekomst zal leren welke houding de Katholieke Universiteit ten opzichte van dit probleem zal (moeten) innemen.

Nijmegen, 6 maart 1976

T. Dings
P. Muijers

ARTS EN MARTELINGEN

Met voldoening nam ik kennis van de inhoud van Medisch Contact nr. 11/1976. De Verklaring van Tokio noemt u een eerste stap tegen de martelpraktijken in de wereld. Door hierop in te gaan toont u, dat u zicht hebt op de verantwoordelijkheid van de artsenwereld voor de gezondheid van groepen van mensen.

Als er één groep is, die de taak heeft zijn stem te verheffen tegen toestanden die de gezondheid van mensen in het gedrag brengen, dan is het *ex professo* die van de artsen. Het doet er dan weinig toe, of die toestanden worden gemaakt dan wel veronachtzaamd. Zonder het morele moment er in te betrekken: er is iets fout met de voorwaarden voor gezondheid en velen blijken machteloos slachtoffer te zijn. De gemeenschap van de artsen is verantwoordelijk voor de gezondheid van de wereld. Artsen samen kunnen een sterke tegenmacht vormen.

Intussen heeft deze aanzet tegelijk de kracht van een signaal. Want de belasting overschrijdt niet alleen de menselijke belastbaarheid tijdens deze martelpraktijken of bij andere methoden tot onderdrukking, zoals economische, maar het zelfde gebeurt wanneer leiders activiteiten gaande maken ten einde hun ideeën ingang te doen vinden zonder dat er werkelijk rekening wordt gehouden met de vermogens van hen, die de ideeën moeten uitvoeren. Of wanneer er wetten of regels, hoe zinvol bedoeld ook, aanleiding worden dat menselijke ontplooiing en eigenwaarde op grote schaal worden ontkracht.

Deze dingen komen veel vaker voor dan in de artsenwereld wordt gesignaleerd. Ook in ons eigen land. Ik noem twee voorbeelden: 1. de activiteiten van het ministerie van Onderwijs; en 2. de wettelijke bepalingen die in de wereld van de ambtenaren veel

Doorlezen op pag 412

ROKEN

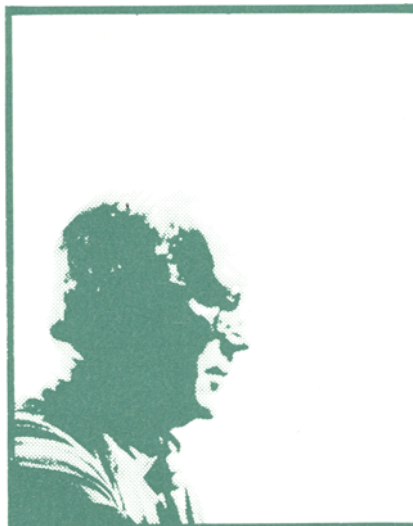
Het is ruim vijftientig jaar geleden dat in een viertal studies in de medische vakbladen de rookgewoonten van patiënten met longkanker werden vergeleken met de rookgewoonten in controlegroepen zonder longkanker. Steeds bleken er onder de mensen met longkanker méér rokers te zitten dan onder de mensen die geen longkanker hadden. Of in de termen van de onderzoekers: steeds bleek het aantal gevallen van longkanker bij rokers significant hoger te zijn dan bij niet-rokers. Die conclusie in viervoud werd aanvankelijk heftig bestreden. Sindsdien weten we meer. Zo blijkt longkanker verantwoordelijk voor slechts een achtste van alle sterfgevallen die met roken in oorzaaklijk verband worden gebracht. De rest betreft andere nieuwvormingen (larynx, mondholte, blaas, pancreas) maar ook aandoeningen als C.A.R.A., hart- en vaatziekten (in het bijzonder de ischemische hartziekten), maagzweren, cerebrovasculaire afwijkingen en aneurysmata van de aorta. Inmiddels zijn de statistische bewijzen – met statistieken kun je alles bewijzen, zeiden de rokers – al lang bevestigd door vele proefopstellingen.

Ook niet-rokers lopen gevaar. Het verblijf in sterk rokerige ruimten zoals treincoupés, vergaderzalen en cafés komt overeen met het roken van een sigaret per uur. Onder deze zogeheten passieve rokers valt ook de ongeboren vrucht. Het geboortegewicht van kinderen van moeders die tijdens de graviditeit veel rookten is 200-250 gram lager dan dat van kinderen van moeders die niet rookten. Waarschijnlijk is dit te wijten aan zuurstoftekort.

Weliswaar zijn sigaret en shag de grootste boosdoeners, maar ook de sigaar gaat niet vrijuit. Het advies dat het beter is een overstapje te nemen van sigaret op sigaar, is onjuist. Wanneer men let op het gehalte aan koolmonoxidhemoglobine in het bloed, is het inhaleren van sigarenrook funester dan het inhaleren van sigarettenrook (J.A.M.A. 30 juni 1975) en elke ex-sigaretten-

verslaafde inhaleert tijdens het roken van sigaren, zelfs als hij meent van niet.

Nog altijd overlijden in ons land ieder jaar ongeveer twaalfduizend mensen voortijdig als gevolg van het roken. Het aantal rookverslaafden onder volwassen mannen mag dan met 15 à 20% zijn gedaald, het sigarettenverbruik per hoofd van de bevolking is er niet minder om gestegen (het eerste gerekend vanaf 1958, het tweede vanaf 1970). Die stijging in de sigarettenconsumptie kon worden geboekt doordat vrouwen en tieners intensiever zijn gaan roken, vrouwelijke tieners het sterkst. Kennelijk is ons rookpatroon niet zo onveranderbaar als men vaak veronderstelt. Deze en andere feiten zijn te vinden in het Advies inzake



maatregelen tot beperking van het roken dat de Gezondheidsraad heeft uitgebracht aan de staatssecretaris van Volksgezondheid (zie voor de conclusies uit dit advies blz. 414). Het is een verontrustend gegeven, dat er ondanks al de welhaast overbekende gevaren in feite nauwelijks iets tegen het roken wordt ondernomen. We kennen alle mogelijke wettelijke maatregelen die de consument beschermen tegen het gebruik van ondeugdelijke voedings- en genotmiddelen. Kortgeleden is in de Tweede Kamer een wijziging van de Opiumwet besproken. Daarbij werd een duidelijk onderscheid gemaakt tussen het in bezit hebben van (soft) drugs voor eigen gebruik en de handel in drugs. Voor wat betreft de

handel wordt een aanzienlijk verscherpt strafrechtelijk beleid voorgesteld, terwijl ten aanzien van het gebruik naar voren wordt gebracht dat dit eigenlijk niet langer strafbaar zou moeten worden gesteld ware het niet dat de regering aan internationale verdragen vastzit. Trekken wij deze gedachte door naar de bestrijding van het roken, dan is toch wel het minste dat zou moeten gebeuren: een algeheel reclameverbod voor rookwaren en een drastische vermindering van het aantal verkooppunten – kortom het treffen van zodanige maatregelen dat het mogelijk wordt de handel in nicotinedrugs te verminderen. Bovendien lijkt een verbod op het vervaardigen van rookwaren met een nicotine- en teergehalte boven een bepaald percentage binnen het bereik van de mogelijkheden.

Het belangrijkste blijft evenwel dat mede met behulp van een goede gezondheidsvoorlichting en -opvoeding het roken een taboe wordt. Het feit dat roken volledig in onze cultuur is aanvaard maakt dat er niet gemakkelijker op. Het is nu eenmaal zo, dat de samenleving slechts moeizaam bereid is bestaande gebruiken te veranderen en zelfs geen acht schijnt te slaan op de schade die ingekankerde gewoonten als het roken veroorzaken. Het is daarbij heel gewoon een beroep te doen op de eigen soevereiniteit over lichaam en geest . . . maar het moet wel stroken met de bestaande orde. Met collega Van Soeren (blz. 413) zijn wij van mening dat het teleurstellend is dat er zo weinig reactie van regering, parlement en medici op het advies van de Gezondheidsraad is geweest. Desondanks zouden enkele aanbevelingen betrekkelijk gemakkelijk kunnen worden gerealiseerd, bijvoorbeeld die tot oprichting van een Nationaal Instituut tot Beperking van het Roken, al kan daar wellicht een andere naam voor worden bedacht (Van Soeren).

Vijftientig jaar geleden verschenen de eerste onheilspellende berichten over het roken, wellicht dat over nog eens zo'n kwart eeuw – dan zijn we weer een generatie verder – de rokers zijn uitgerookt. B.

onhygiëne onbestrijdbaar maken. Zonder diep op deze soort toestanden in te gaan, meen ik dat het oneer is voor de Nederlandse artsengemeenschap dat zij niet blijft waarschuwen en geen voorstellen doet aan de politieke leiders ten einde de overbelasting van mensen in zulke sectoren van de samenleving te bestrijden. Een bedrijf als het onderwijs kent nog geen bedrijfsarts! (Het gaat hier soms om bedrijven met meer dan 1.500 tot 2.000 mensen; we kunnen ons er niet van afmaken met vast te stellen dat het aanal werknemers – de leerkrachten – te klein is.) En de machteloosheid die vele ambtenaren in feite ondervinden dank zij een nog steeds werkzaam verticaal systeem (politieapparaat bijvoorbeeld) behoeft echt wel steun van hen, die zich professioneel verbonden hebben de menselijke gezondheid te bewaken.

Dit alles schrijf ik niet als verwijt aan hen, die mede de oorzaak zijn van de ongezondheid van hun medemens. Het probleem is daarvoor veel te complex. Ongetwijfeld wordt er in allerlei sectoren, ook in de twee genoemde, gezocht naar betere arbeidsvoorwaarden en rechtvaardiger menselijke verhoudingen. Ook invloeden van buiten spelen hun niet te miskennen rol. Maar juist omdat het in al die gevallen om maatschappelijke, dus politieke problemen gaat, is het van belang dat de artsengroep als zodanig zich er mee in laat. Wij moeten in staat zijn als groep, als Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst iets te doen aan de overbelasting van groepen, de machteloosheid en het functieverlies van de mensen daarin. Laten we dit niet afstandelijk houden, maar vuile handen durven maken!

Amersfoort, 14 maart 1976

A. J. M. Halewijn, arts

MEDICAMENTENGEBRUIK

Als internist en als medeburger pers, radio en televisiemedelingen volgend, verbaas ik mij steeds meer over het ontoelaatbaar voortbestaan van het overmatig gebruik van medicamenten, schijnbaar gecontroleerd en op voorschrift van de arts, vaak van verschillende artsen tegelijk verkregen zonder dat deze van elkaars handelwijze op de hoogte zijn. Het lijdt geen twijfel dat de volksgezondheid hierdoor groot gevaar loopt, afgezien nog van de buitensporige kosten die in de miljoenen lopen. In de reeds jaren bestaande verslaving van een gedeelte van ons volk aan pillen en tabletten dient het mes te worden gezet en wel als volgt:

1. Elk ziekenfonds zou jaarlijks een uniform genummerd zogenaamd 'Receptenpaspoort' aan haar leden toesturen. In dit paspoort moeten de naam, geboortedatum en ziekenfondsnummer van de patiënt zijn vermeld. Indeling genummerde bladen: datum, voorgeschreven medicament, dose-

ring, hoeveelheid, staakdatum en een rubriek voor de naam geneeskundige die de medicatie heeft voorgeschreven.

2. Geen medicus mag een recept afgeven zonder het receptenpaspoort te raadplegen (dus dit impliceert dat de patiënt naar welke discipline hij ook gaat verplicht is dit paspoort mee te nemen), respectievelijk het afgegeven recept in het Receptenpaspoort te hebben ingeschreven.

3. Noch apothekers, noch apotheekhoudende huisartsen mogen een recept accepteren zonder controle van het Receptenpaspoort.

4. De patiënt is verplicht om zijn (haar) receptenpaspoort bij zich te hebben als hij (zij) naar een arts toegaat.

5. Aan het eind van het kalenderjaar is de patiënt verplicht om het Receptenpaspoort naar zijn (haar) ziekenfonds te retourneren, dan pas kan hij (zij) een nieuwe ontvangen.

Op deze wijze wordt het volgende bereikt, te weten:

a. Patiënt, arts en apotheker leren een noodzakelijke discipline.

b. Doubleren van medicamenten, te lang geven van vaak zeer potentiële middelen, voorschrijven van te veel middelen, geven van middelen die farmacodynamisch niet met elkaar verenigbaar zijn, etc. kan hiermee snel worden ontdekt.

c. Ergernis van specialist en huisarts valt weg want beiden zijn direct geïnformeerd over het medicamentengebruik van hun patiënt.

d. Miljoenenbesparing op door deze wijze gecontroleerd en gecoördineerd voorschrijven van geneesmiddelen.

e. Nacontrole, researchwerk, statistiek, etc. zeer gemakkelijk (Receptenpaspoort nacontrole bij de ziekenfondsen) en kan als het ware een prospectief onderzoek garanderen (bijvoorbeeld bijwerkingen medicamenten, ontdekken van medicamentenmisbruik, etc.).

Veghel, 8 maart 1976

T. A. Vadasz

HUISARTS WAARHEEN?

Het is niet eenvoudig een vrij lijvig rapport van een Maatschappijcommissie in kort bestek te commentariëren. In het volgende wil ik proberen enkele fundamentele kritische kanttekeningen te plaatsen bij de discussienota 'De plaats van de medicus in het eerste echelon' (M.C. nr. 5/1976):

1. Pijnlijk mis ik een poging om een algemene doelstelling van de eerstelijns gezond-

heidszorg te formuleren. Hoewel dit niet gemakkelijk is – denk aan de discussies in M.C. in de afgelopen jaren – waag ik het erop de volgende omschrijving te geven:

- a. Het opsporen en behandelen van ziekteprocessen bij mensen die hulp vragen omdat zij zich in hun gezondheid bedreigd of gestoord voelen;
- b. wanneer hiervoor medisch-specialistische kennis nodig wordt geacht, daartoe naar de juiste specialist verwijzen respectievelijk deze consulteren;
- c. wanneer het zeer waarschijnlijk lijkt dat het ziektegevoel of -gedrag niet berust op een ziekteproces: het verhelderen van de hulpvraag en wijzen op de mogelijkheid van hulpzoeken bij andere, niet-medische hulpverleners; op deze wijze meewerken aan een ontmedisering van de maatschappij.

Het rapport wekt de indruk, dat de (huis)arts verantwoordelijk is voor de gezondheid (zeer breed opgevat) van een hem toevertrouwde populatie. De eigen verantwoordelijkheid van de hulpvrager moet mijns inziens een grotere nadruk krijgen.

2. Het ontbreken van een doelstelling wrekt zich in de beschrijving van het takenpakket van de huisarts. Zo mis ik een afbakening ten opzichte van de taken van:

- a. andere hulpverleners-niet-medici (welzijnswerkers, gedragswetenschappers);
- b. medische specialisten.

Nu is ook dit niet eenvoudig en in zijn algemeenheid zelfs onmogelijk. Ik ben van mening, dat dit alleen kan door het maken van afspraken in het kader van een goede samenwerking. Door samen te werken kan men kennis krijgen en kritische waardering van en voor elkaars wijze van hulpverlening.

3. Een laatste kanttekening: het is opvallend hoe weinig reacties er tot nu toe komen op het als discussiestuk gebrachte rapport. Zou het kunnen zijn, dat iedereen onderhand wat moegediscussieerd, -vergaderd, -gerapporteerd etc. is? Dat er meer behoefte bestaat aan concrete mogelijkheden om als huisarts anders te kunnen functioneren? Ik zou hierbij een lans willen breken voor de uitvoering van mijn 'praktisch toepasbaar model voor een adequate eerstelijnsgezondheidszorg' (M.C. nr. 24/1975, blz. 733). Ik meen dat dit mogelijkheden biedt voor kwaliteitsverbetering, die niet ten koste behoeft te gaan van vrije tijd of inkomen van de huisartsen met als neveneffecten: praktijkverkleining, onderlinge toetsing en nascholing.

Maastricht, 13 maart 1976

A. G. A. Meijers, huisarts

Perspectief van een onheilspellend rapport

‘Maatregelen tot beperking van het roken’

door *Dr. F. van Soeren*, internist te Zaandam

Man sieht nur was man weiss
Goethe

Inleiding

Het is al weer een aantal maanden geleden dat het advies van de commissie-Plokker uit de Gezondheidsraad: ‘Maatregelen tot beperking van het roken’ werd gepubliceerd*¹ (juli 1975). Het daarin verzamelde feitenmateriaal betreffende de morbiditeit en de mortaliteit toegeschreven aan het roken en de gevolgen daarvan voor de Nederlandse samenleving is van een dergelijke importantie, dat het voor de samenstellers van het advies ronduit verbazingwekkend en teleurstellend moet zijn dat zij zo weinig commentaar van de Nederlandse bevolking, de regering en de medici hebben gehoord. Hun uitwerking van een zeer gedetailleerd plan voor de oprichting van een Nationaal Instituut tot Beperking van het Roken, waarbij zowel aan beïnvloedingscampagnes als aan wetenschappelijk onderzoek een plaats wordt toegekend, had zeker meer aandacht verdiend en tot initiatieven moeten leiden.

Er is een aantal redenen aan te voeren die een verklaring vormen voor de onverschilligheid waarmee de commissie-Plokker wordt geconfronteerd:

1. het feit, dat ondanks alle belastende gegevens nog steeds de helft van de Nederlandse bevolking straf rookt en liever niet aan zijn verslaving wil worden herinnerd;
2. het feit dat de schadelijke gevolgen van het roken zich pas geleidelijk manifesteren en vaak mede aan andere invloeden worden toegeschreven, zoals de voeding, de bewegingsarmoede, de erfelijkheid, het klimaat, het milieu enz., enz.;

* De staatssecretaris voor Sociale Zaken en Volksgezondheid e.t., Dr. R. J. H. Kruisinga, had in 1971 om dit advies gevraagd. (Een samenvatting van het advies staat op de volgende bladzijden. Red.)

SAMENVATTING

Aandacht wordt gevraagd voor het advies van de door de Gezondheidsraad benoemde commissie-Plokker: ‘Maatregelen tot beperking van het roken’. Beschouwd worden merkwaardige en belangrijke aspecten van de rookgewoonte, in het kader van welke beschouwing worden behandeld:

- het roken als instincthandeling;
- de rokershoest;
- het rokersgezicht;
- de rokersmaag; en
- het passieve roken.

Bepleit wordt de urgentie van sociaal-geneeskundige maatregelen ter bestrijding van de epidemie van rokersziekten.

3. onvoldoende inzicht bij de medici en de volksvertegenwoordigers betreffende de ernst en de uitgebreidheid van de epidemie die thans de Nederlandse bevolking teistert en voor een enorme kostenstijging in de gezondheidszorg verantwoordelijk is.

Beschouwingen

Het zijn vooral de klinische specialisten in de interne vakken die bij voortduuring worden geconfronteerd met ernstig zieke patiënten die hun lijden te danken hebben aan hun rookgewoonten, zoals maag-, long-, hart-, vaat- en kankerpatiënten. Steeds kostbaarder voorzieningen worden voor dergelijke patiënten getroffen, zoals de inrichting van zeer gespecialiseerde coronary-care bewakingsafdelingen, chirurgische centra voor hart- en longchirurgie, waarbij vooral de investeringen voor de coronairvaatchirurgie een zeer zware belasting voor het beschikbare budget zullen gaan vormen. De frequentie van de aandoeningen die direct of onder andere aan het roken worden toegeschreven wordt zo groot, dat de klinici er al geruime tijd van overtuigd zijn dat deze ontwikkeling een halt moet worden toegevoerd.

Een epidemie moet bestreden worden door haar oorzaak in de maatschappij nauwkeurig te lokaliseren en te elimineren, waarbij als ideaal preventie door immunisatie dient te worden nage-

streefd. De geschiedenis der geneeskunde kent ettelijke voorbeelden van situaties waarin epidemische ziekten, na klinische analyse van het ziektebeeld en primair wetenschappelijk onderzoek naar de oorzaak, uitgeroeid zijn door sociaal-geneeskundige maatregelen in de ruimste zin des woords. Het is dan ook duidelijk dat het tijdstip nadert waarop een sociaal-geneeskundige ingreep nodig zal zijn ter beëindiging van de gevolgen van de epidemie van de rokersziekten.

Het is daarom des te betreurenswaardiger dat er nog steeds geen praktisch bruikbare methode bestaat om de verslaving aan het roken afdoende te bestrijden. Niemand zal de eigen betekenis van het roken als genotmiddel willen ontkennen: evenals het alcoholgebruik en de culinaire geneugten heeft het roken in elke cultuur een al of niet geritualiseerde betekenis gehad. Wat zijn de oorzakelijke feiten die tot de ontsparing van het rookgenot hebben geleid? Waarom zijn rokers niet meer in staat om zonder brandend rookgerei in hand of mond te communiceren? Feesten, bijeenkomsten, vergaderingen worden geteisterd door een verstikkende walm van tabaksrook. Het gebaar van het aansteken van het rookgerei, het uitblazen van de rookwolk en het achterlaten van de volle asbak moet wel een zeer primaire betekenis voor de roker hebben.

Het is aanlokkelijk en waarschijnlijk óók wel terecht om naar analogieën te

zoeken in de diersociologie ter verklaring van deze vrijwel instinctieve handeling.

a. Roken als instincthandeling

Er bestaat een bekend fenomeen in de diersociologie, dat optreedt in grenssituaties. Vrijwel elke diersoort kent een vorm van territorium, waarbinnen het dier leeft, paart, zich via geluiden manifesteert en creatief bezig is met nestbouw, jongen grootbrengen, voedsel zoeken enz. De grenzen van dit territorium worden bewaakt met machtsvertoon en het uitzetten van merktekens (geurvlaggen via urine en defecatie). Confrontatie met een vertegenwoordiger van dezelfde soort uit een aangrenzend territorium kan tot drie dingen leiden: aanvallen, vluchten of het aannemen van een status quo-positie (plaats-rust) welke toestand merkwaardigerwijs gekenmerkt wordt door een niet bij de situatie passende routinehandeling als krabben, verenschudden, eetbewegingen enz. Wonderlijk is dat de tegenstander in de confrontatie dan ook tot een dergelijke handelwijze geraakt. Dit fenomeen staat bekend als de overspronghandeling (Tinbergen²). Het treedt op als een stuwing van emoties of zo men wil een ambivalentie van driftimpulsen aanwezig is (aanvallen of vluchten).

Getransponeerd op de menselijke samenleving kan men stellen dat ook bij de mens vaak grenssituaties optreden waarin hij aan de grenzen van zijn territorium wordt geconfronteerd met vreemde aanvallers. Zal hij aanvallen, zal hij vluchten? In een dergelijke stuwing van emoties maakt ook de mens een eindeloze serie handelingen die als oversprongbeweging geduid kunnen worden: nagelbijten, krabben, neuspeuteren, haarkluiven, schurken, keelschrapen, kuchen enz., voor zover de etiquette hem toestaat. De etiquette staat hem zeker toe een ritueel te hanteren als het drinken van thee, koffie, wijn enz., het eten van een versnapering of het opsteken van rookgerei. En juist deze laatste handeling heeft het meest animale karakter van alle oversprongbewegingen: men manifesteert zich en markeert zijn territorium met een geurvlag in de vorm van de rookwolk of de peuk in de asbak.

Voor de opvatting dat het roken een overspronghandeling is zijn argumenten aan te voeren. In gesprekken en discussies maar ook alleen bij de stille

CONCLUSIES ADVIES GEZONDHEIDSRAAD

Maatregelen tot bestrijding van het roken

Algemene lijnen

1. Prioriteit dient te krijgen het zoeken naar benaderingsmethoden die effectief zijn ten aanzien van verandering van het rookgedrag van de jeugd.
2. Het roken-bevorderende klimaat in de samenleving zal gewijzigd moeten worden in een roken-afremmend klimaat.
3. De effectiviteit van acties en maatregelen dient voortaan systematisch geëvalueerd te worden; langs deze weg kunnen de benaderingsmethoden verbeterd worden.
4. Gegevens uit de literatuur, uitkomsten van wetenschappelijk onderzoek, evaluatiegegevens van acties, dienen op een centraal punt verzameld en gesystematiseerd te worden.
5. Vanuit dit centrale punt dient informatie verschaft, en indien gewenst, begeleiding geboden te worden aan organisaties en individuen, die zich met rookbestrijding bezig houden.
6. Zoveel mogelijk organisaties en functionarissen dienen gemotiveerd te worden om zich voor anti-rookactiviteiten in te zetten.
7. Toekomstige acties dienen zoveel mogelijk gecoördineerd te worden. Indien zij juist op elkaar afgestemd worden zal dat de effectiviteit vergroten.
8. Voorlichting over het roken zal zoveel mogelijk ingebouwd moeten worden in een breder kader.

Actieprogramma

Er dient een lange termijn-plan voor een periode van bijvoorbeeld 15 jaar te worden opgesteld, dat in etappes wordt uitgevoerd; aan het begin van elke etappe moet worden gezien welke maatregelen opportuun zijn. De volgende maatregelen en activiteiten dienen ergens in het programma een plaats te krijgen:

1. Versterking van het gezondheidsbesef; bevordering van het inzicht dat men zelf zijn gezondheidstoestand kan verbeteren of doen verslechteren. Hierdoor kan een betere voedingsbodem ontstaan voor voorlichting over het roken.
2. Het geven van voorlichting aan artsen en het geven van kadercursussen aan gezondheidsvoorlichters, leerkrachten en andere sleutelfiguren. Deze dienen geïnformeerd, getraind en gemotiveerd te worden om patiënten, cliënten, leerlingen te motiveren om niet te roken.
3. Voorlichting via zoveel mogelijk kanalen: massa-media, bovengenoemde sleutelfiguren, beroepsorganisaties, onderwijsinstellingen, belangenorganisaties, gezelligheidsverenigingen, jongerenorganisaties, vormingscentra en dergelijke.
4. Het nemen van experimenten met onderwijsprogramma's waar voorlichting over diverse aspecten van het roken is ingebouwd; hieraan dient evaluatie-onderzoek gekoppeld te worden.
5. Een verbod voor artsen om in het bijzijn van patiënten te roken moet worden voorbereid door voorlichting; eveneens het weer in praktijk brengen van het op (rijks)scholen geldende verbod voor leerkrachten om voor de klas te roken. Beroepsorganisaties kunnen reeds een positieve bijdrage leveren door hierop aan te dringen.
6. Een rookverbod in wachtkamers van instellingen voor gezondheidszorg.
7. Verplichting tot ophangen van bordjes met het verzoek om niet te roken in gebouwen voor gezondheidszorg, openbare ruimten, vergaderzalen, gemeenschappelijke werkruimten. Motief dient te zijn: men behoort anderen in de gelegenheid te stellen schone lucht in te ademen. Een rookverbod zal niet overal onmiddellijk mogelijk zijn, maar wel moeten worden nagestreefd.
8. Verboden voor diverse functionarissen die met veel publiek in aanraking komen, zoals t.v.-presentatoren, om tijdens uitoefening van hun functie te roken.
9. Een reclameverbod voor alle rookwaar, waarbij prioriteit gegeven zal worden aan de gevaarlijkste.

Vervolg op blz. 415

confrontatie in een groep mensen kan men nauwkeurig observeren, dat de roker bij voortduring zijn rookhandelingen etaleert als hij de bescherming van die handeling nodig heeft om zijn innerlijke spanning te camoufleren. Hij hoeft dan niet te vluchten of aan te vallen: 'Een tevreden roker is geen onruststoker'. Het duiden van het sociale roken als camouflage van innerlijke onzekerheid en als bescherming van het individu tegen handelingen die tot terreinverlies (maar ook terreinwinst) zouden kunnen leiden worden op perfecte manier geëxploiteerd door de reclametechniek, welke de roker juist afschildert als de zelfverzekerde sportieve gezonde agressieve persoonlijkheid.

Bij deze beschouwing zou het onjuist zijn te veel aandacht te vragen voor het roken als enige overspronghandeling met schadelijke consequenties. Elke maatschappelijke activiteit kan fungeren als een dergelijke escape: drinken (alcoholisme), eten (vetzucht), het gebruik van medicamenten (drugs), seksuele handelingen, lezen, luisteren (radio, grammofoonplaten), televisie kijken, filmbezoek, auto- of bromfietsrijden enz. en zo bij onzekere individuen tot verstarring in een oversprongpatroon en tot verslaving leiden. Ook dit weet men in de reclamewereld maar al te goed: verborgen verleiders weten voortdurend nieuwe behoeften te scheppen, die via de vorm van een overspronghandeling het individu gevangen houden in een status quo. De maatschappij accepteert en institutionaliseert al deze overspronghandelingen, daar zij een duidelijk beschermende invloed hebben en agressie en vlucht voorkomen. Dit maakt de bestrijding van een dergelijk mechanisme bijzonder moeilijk. Het moet echter mogelijk zijn om in de samenleving het roken als sociaal geaccepteerde handeling uit te bannen door van bovenstaande overwegingen gebruik te maken. De roker heeft ten onrechte een positieve image, is integendeel door zijn rookhandelingen gekenmerkt door innerlijke onzekerheid, die aanleiding geeft tot het ontwijken van probleemoplossingen.

b. Een onderschat symptoom: de rokershoest

Ook op andere wijze is de positieve image van de roker te ondermijnen. Vrijwel niemand valt het meer op dat

CONCLUSIES ADVIES GEZONDHEIDSRAAD

10. Verplichte etikettering van advertenties voor sigaretten (zolang deze nog bestaan) en verpakking van rookwaar met een daartoe geschikte tekst.
11. Beperking van de verkooppunten van tabak. Verwijderen van sigarettenautomaten.
12. Bevordering van de mogelijkheden tot invoering van lagere premies voor niet-rokers bij levensverzekeringen, weduwen- en wezenpensioen-, en ziekte- en invaliditeitsverzekeringen.
13. Het nemen van een experiment met een anti-rookpolikliniek.

Organisatie

Het creëren van een organisatie, die ervoor zorg draagt dat de algemene lijnen worden gevolgd, die doelstellingen op korte en lange termijn formuleert, ter bereiking daarvan programma's ontwerpt en de resultaten daarvan evalueert, die adviezen geeft ten aanzien van acties en programma's, die alle activiteiten coördineert en integreert en tevens in de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bevordert, en die researchprojecten entameert en begeleidt (Nationaal Instituut tot Beperking van het Roken).

Wetenschappelijk onderzoek

Het opzetten en uitvoeren van een doelmatig programma voor wetenschappelijk onderzoek.

Financieel-economische maatregelen

Mogelijke financieel-economische maatregelen dienen door een commissie van andere samenstelling te worden bestudeerd.

Normen binnenluchtverontreiniging

Met het stellen van normen voor verontreiniging van binnenlucht door tabaksrook zou de Arbeidsinspectie zich kunnen belasten.

een van de meest kenmerkende symptomen die de roker vertoont, de hoestbui, een pathologisch verschijnsel is. Terwijl bij hoestende huisdieren direct een veterinaire collega wordt geraadpleegd, realiseert men zich totaal niet bij de menselijke hoestbui dat hier van een pathologisch symptoom sprake is, dat door zijn voortdurende herhaling vérgaande consequenties heeft. Immers, de hoeststoot is een gecompliceerd gebeuren, waarbij na een diepe inademing door gelijktijdige samenrekking van intercostaalspieren, middenrif en auxiliaire ademhalingsspieren bij gesloten stemspleet een hoge druk in longen en bronchussysteem wordt opgebouwd, die na plotseling openen van de stemspleet tot een luchtstoot aanleiding geeft met de snelheid van een orkaan (120 km per uur) waarbij het hinderlijke corpus alienum uit de grote luchtwegen wordt weggeslingerd. Het herhaalde hoesten is gekenmerkt door groot energieverbruik en het verlies van alveolenwanden door de steeds

weer optredende drukverhoging in de longen.

Men realiseert zich te weinig dat het roken een van de belangrijkste oorzaken is van de hoestprikkel en dat daarentegen niet-rokers een zeer lage hoestfrequentie hebben. Veel rokers zullen ontkennen dat ze hoesten, ze zijn zich niet meer van hun hoesthandeling bewust. Indien men ze echter aan het lachen maakt of zich laat uitkleden volgt het hoestconcert. Ook bekend zijn de hoestbuien in de slaap. Het is dan ook duidelijk dat de inspanning van het hoesten bij rokers aanleiding is tot sterke vermoeidheid en dat het eindresultaat na jaren hoesten onvermijdelijk is het optreden van emphysema pulmonum.

c. Het rokersgezicht

Nog op andere wijzen is de sterke roker en dan vooral de sigarettenroker direct te herkennen. Langdurig roken laat

behalve de bekende berookte vingers diepe sporen na in het gelaat van de roker. Aan dit verschijnsel wordt bijzonder weinig aandacht besteed in de medische literatuur. Het is bij nauwkeurige observatie mogelijk een aantal componenten in het rokersgezicht te herkennen zoals:

1. de huidpigmentatie. Een opvallend gore gelaatskleur, die vooral bij roken-de vrouwen opvalt maar ook bij mannen zeer duidelijk herkenbaar is als men het gezicht van de roker met dat van een niet-roker vergelijkt;
2. de vermoeide gelaatsuitdrukking, die wordt veroorzaakt door de kringen onder de ogen;
3. de samengetrokken oogleden, gevolg van de rokersconjunctivitis;
4. de grove gelaatsstrekken, veroorzaakt door de verbreding en verdikking van de neus door chronische rhinitis en sinusitis;
5. het nogal eens optreden van teleangiectasieën zoals spiedernaevi, dat men ook bij alcoholisme aantreft;
6. dit alles gaat gepaard met het grove stemgeluid veroorzaakt door de chronische laryngitis en;
7. de prikkelhoest in al zijn vormen van het kuchje tot de hoestbui ten gevolge van de chronische tracheo-bronchitis.

Bij het opmerken van deze verschijnselen in de verschijning van de roker kan men tot een schatting van zijn sigarettenverbruik komen. Het blijkt dat men bij een dagelijks verbruik beneden de tien sigaretten nog maar weinig van deze symptomen hoeft aan te treffen. Twintig sigaretten per dag geven al een duidelijk rokersgezicht en elke roker van dertig sigaretten of meer valt alleen al door zijn gezicht direct als verslaafde door de mand.

d. De rokersmaag

Bij bestudering van de gegevens van het rapport-Plokker valt op dat er maar weinig aandacht bestaat voor de gastro-intestinale stoornissen die het gevolg zijn van het roken. Terwijl men over nauwkeurige cijfers beschikt van long-, hart- en vaatziekten toegeschreven aan het roken, zijn er weinig studies gewijd aan de chronische maag- en darmklachten die bij rokers regel zijn. Dit is des te teleurstellender omdat vooral rokende tieners dit klachtenpatroon duidelijk vertonen, terwijl hart- en longklachten bij hen op de achter-

grond blijven. De eerste sigaret, sigaar of pijp geeft aanleiding tot misselijkheid, braken en diarree en de verslaafde tiener kent het verschijnsel van het morgenbraken, de anorexie en de pijn op de lege maag, passende bij het niet voldoende geanalyseerde ziektebeeld van de rokersgastritis.

Juist de jonge rokers ontwikkelen al of niet uit dit ziektebeeld een ulcus pepticum dat hardnekkig recidiveert zolang ze blijven roken, zodat het eerste offer dat de fervente roker aan zijn verslaving moet brengen een maagsectie is. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat het mislukken van anti-rook-campagnes bij jongeren mede berust op de onvoldoende aandacht die aan de ga-

Op haar 45ste jaarvergadering heeft de Wereldgezondheidsorganisatie zich onder meer beziggehouden met het probleem van het roken. Eén weg die werd aangegeven om de schade van het roken voor de bevolking te verminderen is het aanmoedigen van jongeren om niet te gaan roken. De regeringen van de lidstaten werd aanbevolen nationale anti-rookprogramma's op stellen. In verscheidene landen is men intussen al begonnen met het nemen van maatregelen om het roken te beperken.

Het blijkt dat wat betreft het **tabaksverbruik Nederland** zeer hoog staat genoteerd (Lancet 22 november 1975):

Consumptie van tabak per volwassene per jaar, gemiddeld in lbs (1 lbs = 0,45 kg)

Canada	10,0
Nederland	9,8
Verenigde Staten	9,2
Denemarken	8,0
Australië	7,5
Japan	7,2
West-Duitsland	6,8
Engeland	6,2
Brazilië	4,5
Pakistan	3,8
Portugal	3,4
India	1,4
Sierra Leone	1,3
Kenia	0,9
Malawi	0,5

De voorkeur voor sigaren en cigarillos is stijgende, die voor zelf gedraaide sigaretten, pijp en snuif neemt langzaam af.

stro-intestinale verschijnselen van het roken worden besteed.

e Het passieve roken

Tenslotte is een van de nieuwe gezichtspunten in het rapport-Plokker het begrip van het passieve roken, dat, nu er voldoende cijfermateriaal over verschijnt, van doorslaggevende betekenis zal kunnen zijn voor het nemen van overheidsmaatregelen. De belangrijkste passieve rokers zijn:

1. de foet van de rokende zwangere;
2. de kinderen in het gezin van de rokende ouders;
3. de werkers in rokerige ruimten zoals cafés, dancings, restaurants, kantoren;
4. de deelnemers aan vergaderingen, meetings enz.

Deze vier categorieën kunnen aantoonbare schade vertonen, die kan worden toegeschreven aan het passieve contact met de bestanddelen van de tabaks-rook.

Perspectief

De bestrijding van de epidemie van de rokersziekten kan geen uitstel meer lijden, door de zware schade die aan de bevolking zowel geestelijk, lichamelijk als maatschappelijk wordt toegebracht. De regering dient met hoogste urgentie de voorstellen van de commissie-Plokker op hun merites te beoordelen en maatregelen tot uitvoering van de voorstellen te bevorderen. Zij is hiertoe niet alleen verplicht door de enorme inkomsten uit de tabaksaccijnzen (1.128 miljoen gulden in 1974³), maar zij zal hierin de belangrijkste sleutel vinden tot het terugdringen van de kosten van de gezondheidszorg (10.682 miljoen gulden in 1972³).

Het instinctieve karakter van de rookverslaving maakt een sociaal-psychologische aanpak noodzakelijk, waarbij men zich zal moeten hoeden voor het wekken van weerstanden bij de verslaafden. De commissie-Plokker wijst daar met nadruk op, maar is dan met zijn naamgeving van 'Nationaal Instituut tot Beperking van het Roken' toch een negatief getinte weg ingeslagen; de oprichting van het Nationaal Instituut 'Frisse Lucht' zal wellicht sneller leiden tot het verkrijgen van een rookvrij 'milieu interne', zowel in ruimtelijke als lichamelijke zin.

De aanpak lijkt logisch, waarbij de nadruk wordt gelegd op de persoonlijke verantwoordelijkheid van elk individu voor zijn eigen lichamelijke en geestelijke gezondheid. Het is duidelijk dat dit uitgangspunt een primair educatief karakter draagt en als zodanig een onderdeel zal moeten vormen van onderwijsprogramma's op basisscholen. Daarbij zal men het kind bewust moeten maken voor het gezonde streven naar het verkrijgen van een eigen geestelijk en materieel territorium, dat hij (zij) met onschuldige oversprongbewegingen kan en mag verdedigen.

Men zal bij het opzetten van het wetenschappelijk onderzoek dat verder nodig is om de strijd tegen het roken te ondersteunen niet meer de nadruk moeten leggen op screeningprocedures; de cijfers hiermede verkregen zijn voldoende duidelijk. Waar zeer grote behoefte aan bestaat en waar men bij zijn campagnes van jaar tot jaar gebruik van kan maken, zijn de prospectieve onderzoeken, te verrichten in de scholen, de industrieën, de overheidsinstellingen, waarbij vergelijkende cijfers kunnen worden verkregen over de morbiditeit en mortaliteit van rokers en niet-rokers. Men zal hieraan vooral op de scholen een sportief karakter kunnen geven in de vorm van lichamelijke prestatietests, zodat de jeugd direct kan zien dat de niet-roker een betere conditie, een groter uithoudingsvermogen en een lager ziekteverzuim heeft.

Slechts met een dergelijke positieve benadering, gesteund door goed gefundeerde ideële reclamecampagnes, kan men thans een hopeloos lijkende strijd winnen.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Niet roken

Korte door artsen geschreven signaleringen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

Naald- en stempelbanden

Aangepaste naaldbanden Medisch Contact

Verkrijgbaar zijn inmiddels aan het nieuwe formaat van Medisch Contact aangepaste naaldbanden, waarin 26 nummers van een lopende jaargang van Medisch Contact op simpele wijze kunnen worden gebundeld. Wil men gedurende de gehele jaargang de binnenkomende nummers samenbundelen, dan zal men over twee naaldbanden moeten beschikken.

Stempelbanden Medisch Contact 1975

Uiteraard blijft de iets kleinere vaste band (stempelband), waarin de jaargang 1975 kan worden ingebonden, gehandhaafd. Hiervoor heeft men één band per jaargang nodig, indien tevoren het advertentiegedeelte uit de losse nummers wordt genomen.

Naaldbanden en stempelbanden kunnen uitsluitend worden besteld door overmaking van respectievelijk f 18,50 en f 13,50 per band op postgiro 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103, Utrecht.

Nu vrijwel elke Nederlandse familie en elk Nederlands bedrijf dierbaren betreurt die in de kracht van hun leven ten gevolge van het roken zijn overleden, moeten de verantwoordelijke Nederlandse instanties zoals de regering, de medici, de opvoeders en de ouders thans de juiste aanpak kunnen vinden voor het uitroeien van de epidemie van de rokersziekten uit onze samenleving.

Literatuur

1. Advies van de Gezondheidsraad: Maatregelen tot beperking van het roken, Verslagen Adviezen Rapporten Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne 23, 1975.
2. Prof. Dr. N. Tinbergen (1974) Sociaal gedrag bij Dieren, Aulaboek 378.
3. Statistisch Zakboek 1975.

Enige keren las ik met voldoening het bericht in Medisch Contact dat het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst als zijn mening uitspreekt dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk.

Met bovenstaande mededeling zeer ingenomen, begaf ik mij kortgeleden naar Utrecht naar het gebouw van de K.N.M.G. om aldaar een vergadering bij te wonen. Tijdens deze vergadering werd door de voorzitter en een aantal leden onophoudelijk gerookt.

Theorie en praktijk?

Gemeenschappelijk Administratiekantoor

Hoofdkantoor – Medische Dienst

Dr. H. Doeleman	medisch adviseur	Telefoon 020-872140
D. de Pater	plv. medisch adviseur	Telefoon 020-872141
Dr. J. Th. H. Grond	adviserend chirurg	Telefoon 020-872142
K. K. Lie	ovg. speciale dienst	Telefoon 020-872139

Overzicht rayons adviserend geneeskundigen en ongevalsverzekeringsgeneeskundigen ingaaude per 1 april 1976

<u>Rayon</u>		<u>Telefoon</u>	<u>Adv.geneeskundige</u>	<u>O.V.G.</u>
<i>Leeuwarden,</i> <i>Zwolle,</i>	Tesselschadestraat 5 Zamenhofsingel 25	05100- 47123 05200- 30955	A. Berghuis	M. J. Kamermans
<i>Groningen,</i> <i>Assen,</i> <i>Winschoten,</i>	Dierenriemstraat 100 Stationsstraat 30-32 Scheldestraat 40	050 -720720 05920- 22222 05970- 6822	H. L. Balk K. Sants, adj.ag.	Dr. Th. R. de Bruin
<i>Hengelo,</i>	Pr. Beatrixstraat 15	05400- 57575	J. v.d. Liet	Dr. J. B. Mullers
<i>Nijmegen,</i> <i>Arnhem,</i>	Koninginnelaan 164 Utrechtsestraat 46	080 -778400 085 -712712	D. Schotanus	M. Menschaar
<i>Hilversum,</i> <i>Apeldoorn,</i>	's-Gravenlandseweg 76 Sophiaplein 15	02150- 42761 055 -215056	A. H. v.d. Werff	Dr. W. v. Schie Dr. J. B. Mullers
<i>Amsterdam,</i> <i>Amsterdamse Haven,</i> <i>en vervoerbedrijven</i>	Bos en Lommerplantsoen 1 De Ruyterkade 7	020 -879111 020 - 63543	H. F. Croes H. A. J. Kuiper Mw. J. M. v.d. Heuvell	D. Willebrand
<i>Alkmaar,</i>	Oude Hoeverweg 10	072 - 42550	D. B. Kagenaar	H. Kollis
<i>Haarlem,</i> <i>Leiden,</i>	Surinameweg 8 Stationsplein 212	023 -339050 071 -145555	Mw. C. J. Staal- Engelkamp	H. Kollis Vacature
<i>'s-Gravenhage,</i>	Scheveningseweg 255	070 -572001	Vacature	G. A. M. Hunfeld
<i>Utrecht,</i>	Rachmaninoffplantsoen 61	030 -912114	R. K. Beems	K. S. Oey
<i>Rotterdam,</i>	Statenweg 206-214	010 -653333	W. Vos	J. J. Spierenburg
<i>Dordrecht,</i> <i>Vlaardingen,</i>	van Godewijkstraat 17 Nijverheidstraat 28	078 - 38844 010 -348800	E. Stapper	A. J. C. M. Brandenburg
<i>Eindhoven,</i>	P. C. Hooftlaan 8	040 -116944	H. S. Zwarensstein	B. v. 't Hullenaar
<i>Venlo,</i> <i>Tilburg,</i>	Kaldenkerkerweg 20 Reitseplein 15	077 - 91888 013 -678522	A. C. Wetters	H. S. D. Bartlema
<i>Breda,</i> <i>Goes,</i>	Markendaalseweg 78a L. P. v.d. Spiegelstraat 6	076 -122461 01100- 27571	I. de Jongh	J. Veen tot 30/4 H. L. W. v. Noort v.a. 1/5
<i>Maastricht,</i> <i>Heerlen,</i>	Artsenijstraat 5 Heldevierlaan 11	043 - 41555 045 -735555	J. J. H. Lammerts v. Bueren	W. Lammerts v. Bueren
T. W. J. Derksen W. P. J. Woittiez Dr. R. Vermeer		ag algemene dienst ag algemene dienst ag algemene dienst		

Relatie kennis-kwaliteit

door *Dr. J. Moll*, arts, Erasmus Universiteit Rotterdam

Bij het artikel van collega Boelen* maak ik graag enkele kanttekeningen:

Studieduur

Er is in het algemeen natuurlijk enig verband tussen studieduur en het resultaat van een opleiding. Boelen ziet hier echter mijns inziens ten onrechte een zeer direct rechtlijnig verband: bij bekorting daalt de kwaliteit van de opleiding. Hiervoor ontbreekt elk bewijs, en wel om de eenvoudige reden dat we het effect van de opleiding tot arts c.q. basis-arts onvoldoende kennen. Dat dit laatste een ernstig tekort is, dat niet mag voortduren, spreekt vanzelf. Terzijde zij opgemerkt, dat Boelens vrees voor een verkorting van de medische studie tot minder dan zes jaar mijns inziens ongegrond is. Voorstellen tot verdere bekorting zijn niet gedaan. Dat vermeerdering van medisch-technische kennis tegen studieverkorting pleit, is onderwijskundig aanvechtbaar. Moet men een bepaald percentage van de totale beschikbare kennis beheersen? En stijgt de kwaliteit van de arts als hij meer weet? Een algemeen 'ja' lijkt hier misplaatst. Het gaat om meer dan kennis (onder andere het gebruik van kennis) bij de kwaliteit van de arts en het gaat meer om *wat* men weet dan om de *hoeveelheid* kennis als zodanig.

Ontoereikende vooropleiding?

Is er bewijsmateriaal dat aantoonde wat aan voorkennis noodzakelijk is voor de medische studie? Het is natuurlijk vanzelfsprekend, dat men bij de propedeuse eisen kan stellen, waaraan vele V.W.O.-abituriënten niet zullen kunnen voldoen. Maar weten we wat in het

licht van de verdere studie en de beroepsuitoefening de juiste propedeuse-eisen zijn en wat de daarbij passende voorkennis omvat? Zolang dit niet het geval is, zijn uitspraken over ontoereikende vooropleiding prematuur.

Docenten

De docenten in de academische ziekenhuizen zouden het volgens Boelen moeilijker hebben gekregen door de Wet Universitaire Bestuurshervorming: meer onderwijs, meer beheer, meer bestuur en gecompliceerdere patiëntenzorg. Een gecompliceerde diagnose. Ik zou een andere diagnose ter discussie willen stellen. De staven van de klinische afdelingen zijn gegroeid en men heeft zich aan deze schaalvergroting onvoldoende aangepast door onderwijs, onderzoek, patiëntenzorg, bestuur en beheer onvoldoende als te onderscheiden taken aan afzonderlijke mensen toe te delen. Dit houdt niet in, dat iedereen slechts op één gebied werkzaam moet zijn en dat men niet eens van taak zou dienen te verwisselen.

Werfkracht

Klinici die een academische positie te gecompliceerd of (onder meer financieel) onaantrekkelijk vinden, waren er

altijd. Een bewijs dat hun aantal is toegenomen ken ik niet. En als dat bewijs er wel was, dan is het zeer de vraag of hieruit op ondubbelzinnige wijze beleidsconclusies zouden kunnen voortvloeien. De doorstroming van academische naar niet-academische ziekenhuizen en omgekeerd is stellig ook beïnvloed door de omstandigheid dat de academische ziekenhuizen in de periode van sterke groei hun opgeleiden 'in huis' konden houden.

Bestaansonzekerheid

Zolang men in academische posities salarissen ontvangt die ten opzichte van andere Nederlandse inkomens redelijk zijn en zolang men in de academische ziekenhuizen niet op onvoorspelbare wijze risico's van ontslag loopt, valt het mijns inziens met de bestaansonzekerheid wel mee. De mogelijkheid om grotendeels naar eigen inzicht onderwijs te geven, onderzoek te doen en patiëntenzorg te verrichten steekt bovendien gunstig af bij de mogelijkheden voor bijvoorbeeld leraren bij het V.W.O. om het beroep naar eigen inzicht uit te oefenen. Ook krijgt men de indruk, dat momenteel talrijke afgestudeerden en specialisten het dienstverband bij een academisch ziekenhuis prefereren boven het vrije beroep, waarin financiële aspecten de beroepsuitoefening kunnen beïnvloeden.

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

* Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter K.N.M.G., 'Universitaire problemen', M.C. nr. 9/1976, blz. 259.

Nieuws van de commissie-Van Trier

door Dr. S. G. Th. Hulst en Dr. W. den Otter*

Eind 1971 werd de Stuurgroep Structuur Wetenschappelijk Corps ingesteld onder voorzitterschap van Prof. Dr. Ir. A. A. Th. M. van Trier, nadien kortheidshalve aangeduid als de commissie-Van Trier. Op 28 september 1972 bracht de stuurgroep een interimrapport uit (kenmerk S.S.W.C. 72/42); belangstellenden werd verzocht op de in dit rapport voorgestelde structuur te reageren. Ook de Vereniging van Medisch Wetenschappelijke Onderzoekers (V.M.W.O.) reageerde hierop (zie onder meer M.C. nr. 3/1973, blz. 71). In oktober 1974 heeft de stuurgroep een samenvatting van de reacties op het interimrapport gepubliceerd onder de titel *'Samenvatting van de reacties op de voorlopige inzichten van de stuurgroep'* (kenmerk S.S.W.C. 74/60). Alhoewel het sinds de publikatie van deze samenvatting beangstigend stil is geworden rond de stuurgroep en zijn voorstellen, is dit geenszins een bewijs van niet-voortgaande interne verwikkelingen. Het lijkt met name thans, nu de totale structurering van de universiteiten en hogescholen meer dan ooit aan 'hervormingen' wordt onderworpen, zinvol nader in te gaan op enkele facetten uit genoemde samenvatting.

Voorlopige inzichten

Het geheel is opgebouwd uit twee delen. In het eerste deel worden de verschillende onderdelen van het interimrapport aan de orde gesteld, waarbij per onderdeel achtereenvolgens de revue passeren: de voorlopige inzichten van de stuurgroep, de reacties op de voorlopige inzichten en opmerkingen van de zijde van de stuurgroep. In dit eerste deel zijn de reacties anoniem gehouden. In het tweede deel wordt een poging gedaan de reacties per onderdeel te geven, waarbij de auteur(s) c.q. de organisaties wel worden vermeld.

De 'opmerkingen van de stuurgroep'

geven soms belangrijk meer inzicht dan het interimrapport zelf. Dit geldt onder meer voor de volgende punten:

a. De stuurgroep heeft zich tot nu toe beperkt tot de vaste kern van het wetenschappelijk corps; dat geldt ook voor deze samenvatting. Wel meent de stuurgroep met betrekking tot het wetenschappelijk personeel in tijdelijke dienst thans reeds te kunnen stellen, dat vele vakgroepen op grond van overwegingen van doelmatigheid en kwaliteit ten aanzien van zowel onderwijs als wetenschapsbeoefening behoefte hebben aan flexibiliteit; daartoe dienen zij de beschikking te hebben over een adequaat aantal 'doorstromersplaatsen'. Tussen deze flexibiliteit enerzijds en de rechtspositionele zekerheid van de vaste aanstelling en het carrièrebeginsel anderzijds kan echter een spanningsveld optreden. Ter geruststelling deelt de stuurgroep mede, dat zij deze problematiek in studie heeft.

b. In het interimrapport kwam de volgende passage voor: 'Indien een lid van het wetenschappelijk corps een onderwijs- en/of onderzoekaak heeft in een ander verband dan dat van de (deel)discipline van zijn opleiding, verdient het de voorkeur hem in te delen in de vakgroep waar hij werkzaamheden verricht, waarbij er door het bestuur van deze vakgroep op moet worden toegezien dat de betrokkene op enigerlei wijze in de relatie blijft met de vakgroep van de (deel)discipline van zijn studie'. Deze nogal duistere passage blijkt volgens de 'Samenvatting' vooral te gaan over uitbreiding en inperking van leeropdrachten, met eventueel ontslag voor hoogleraren en lectoren die zich een dergelijke verandering van hun leeropdracht niet willen laten welgevallen. Er wordt in de samenvatting zelfs voorgerekend hoe deze problemen juridisch kunnen worden 'opgelost' bij aanstelling van de betreffende docent vóór de Wet op de universitaire bestuursvorming (W.U.B.) en tijdens de in werking zijnde W.U.B.

Mutatis mutandis geldt het bovenstaande overigens ook voor de andere leden van het wetenschappelijk corps.

c. Schaal 148 van het B.B.R.A. werd als eindniveau beschouwd voor een deel van de vaste kern van het wetenschappelijk corps. Dit punt is 'door vrijwel alle respondenten bekritiseerd'.

De stuurgroep blijft echter van mening dat binnen het wetenschappelijk corps in vaste dienst momenteel taken voorkomen die naar aard en gewicht overeenkomen met die van leraren bij het H.B.O. en het V.W.O. en die van andere academici met een gelijk salarisniveau. Ten aanzien van de frequentie van het voorkomen van deze taken en de mogelijkheid deze tot zinvolle functies voor leden van de vaste kern te combineren, spreekt de stuurgroep thans geen oordeel uit. Wel is de stuurgroep van mening dat de honorering van dergelijke functies – in de thans bestaande salarisverhoudingen van de Rijksoverheid – hoort te liggen op of omstreeks het eindbedrag van schaal 148.

Conclusies

1. Dit stuk is verspreid onder de naam 'Samenvatting van de reacties op de voorlopige inzichten van de stuurgroep'. Deze titel dekt de inhoud slechts gedeeltelijk, aangezien de stuurgroep heeft gemeend in haar reacties op de voorlopige inzichten belangrijke nieuwe punten naar voren te moeten brengen, die – op zijn zachtst gezegd – oproepen tot verdere niet zeer positief gerichte reacties.

2. Veel belangrijker dan het interimrapport en de samenvatting van de reacties lijkt ons echter het eindrapport van de stuurgroep. De opzienbarende ideeën in de beide voorafgaande stukken wettigen onze levendige belangstelling. Wij kunnen slechts hopen, dat de stuurgroep op korte termijn gereed zal zijn met haar eindrapport en ons zal informeren over al haar ideeën met betrekking tot de structuur van het wetenschappelijk corps. Daarbij kunnen wij slechts de wens uitspreken, dat het nadien nog mogelijk zal zijn om leden van het wetenschappelijk corps aan te trekken die bereid zijn in die structuur te werken.

* Het artikel weerspiegelt de visie van het bestuur van de Vereniging van Medisch Wetenschappelijke Onderzoekers, de V.M.W.O.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding: Verandering van gedrag

G.V.O. als instrument voor preventieve gezondheidszorg (II)

door Drs. J. H. Schuurman¹, Drs. W. F. M. de Haes² en Dr. F. Sturmans³

1. Inleiding

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (G.V.O.) is een term die allerlei associaties oproept. Het is een beeldende term: voorlichting doet denken aan films, folders die huis aan huis worden verspreid, dia-series, slagzinnen op de T.V. om volwassenen bijvoorbeeld ervan proberen te overtuigen dat zij moeten ophouden met roken; opvoeding doet denken aan informatie-avonden door de wijkverpleegster voor (aanstaande) moeders, een discussie met leerlingen over bijvoorbeeld de gevaren van drugs, geslachtsziekten, etc. G.V.O. in deze zin doet denken aan een soort onderwijs-activiteit.

De term G.V.O. werd en wordt gebruikt ter aanduiding van bijna iedere poging om informatie en kennis over te brengen die in verband staat met gedrag ter handhaving en bevordering van gezondheid. Toch is G.V.O. meer dan alleen maar overdracht van kennis en informatie. Sinds onheugelijke tijden heeft er één of andere vorm van G.V.O. bestaan die niet meer expliciet als G.V.O. ervaren wordt, omdat het onderdeel is geworden van het opvoedingspatroon c.q. verhuuld is geraakt in het sociale en culturele milieu.

2. Enkele visies op G.V.O.

In het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid betreffende de G.V.O. in Nederland (1962) – welk advies in uitgangspunten en in de definitie van G.V.O. nogal sterk steunt op de W.H.O.-definitie van 1954 – wordt

Samenvatting

Uitgaande van enkele visies op G.V.O. en de ontwikkeling daarin, wordt een eigen visie ontwikkeld die op sommige punten overeenkomsten laat zien met ontwikkelingen in de agologie. De nadruk wordt gelegd op het belang van de beïnvloeding van sociale structuren als middel tot gedragsverandering.

De relatie van G.V.O. met epidemiologie en gedragswetenschappen wordt beschreven, waarbij met name de gemeenschappelijke uitgangspunten worden aangegeven. G.V.O. wordt als onderdeel van de gezondheidszorg gezien, waarbij enkele benaderingswijzen voor G.V.O. worden beschreven: gericht op het individu (kennisoverdracht), gericht op het individu als groepslid (agogische benadering) of gericht op macrostructurele veranderingen (zowel binnen als buiten de gezondheidszorg).

gezegd dat G.V.O. erop is gericht de mensen ertoe te brengen zich zodanig te gedragen, dat ze de gezondheid van zichzelf, van hun gezinsleden en van anderen zoveel mogelijk bevorderen.

En even verderop wordt gezegd: 'Om tot een verantwoord gedrag in staat te zijn is het in het algemeen nodig dat men over een bepaalde hoeveelheid kennis beschikt, dat men zich bepaalde vaardigheden en gewoonten eigen maakt heeft en dat tenslotte een bepaalde houding of instelling (attitude) het mogelijk maakt, dat men het geleerde onbewust als iets vanzelfsprekends toepast (gedrag).

Na dit wat uitvoeriger met voorbeelden te hebben uitgewerkt, komt de Commissie tenslotte tot de volgende omschrijving van G.V.O.: 'Onder gezondheidsvoorlichting en -opvoeding ('health education') is te verstaan: het volgens verantwoorde methoden geven van voorlichting, bijbrengen van vaardigheden en aankweken van houdingen (attitudes), met de bedoeling bij te dragen tot het verbreiden van die gedragspatronen en levenswijzen die geacht worden rechtstreeks de (lichamelijke en psychische) gezondheid van de mensen, de veiligheid en het juiste gebruik van de beschikbare medische en sociaal-geneeskundige voorzieningen te bevorderen'.

Hoewel uit deze omschrijving zou kunnen worden afgeleid dat G.V.O. meer omvat dan enkel kennisoverdracht en informatieverstrekking, blijkt uit verdere citaten uit dit rapport van de centrale Raad dat G.V.O. hier toch primair wordt gezien als een leerproces, waarbij kennis- en informatie-overdracht centraal staan: 'Voor de methodiek is het kardinale vraagstuk gelegen in het psychische proces dat zich afspeelt in de persoon die de voorlichting ontvangt en verwerkt. Welke omstandigheden maken uit of iemand bepaalde invloeden al of niet op zich laat inwerken en of deze inwerking enig effect op zijn gedrag heeft? Het antwoord op deze vraag is de spil waar de methodiek van de G.V.O. om draait.'

De definitie van G.V.O. uit het rapport van de Centrale Raad blijkt tot op heden nog geen wijziging te hebben ondergaan. In het rapport van de Werkgroep Nationaal Plan voor G.V.O. 'Een structuur voor G.V.O.', dat in augustus 1974 werd uitgebracht en dat de structuur voor de G.V.O. in Nederland voor de toekomst suggereert, wordt nog steeds van de oude definitie (1962) uitgegaan. Men formuleert als doelstelling voor G.V.O.:

'G.V.O. doet mensen helpen bij het ontwikkelen en handhaven van een zo gezond mogelijke manier van leven'.

1. socioloog;

2. sociaal-psycholoog;

3. hoofd van de afdeling Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Rotterdam (directeur Prof. Dr. L. Burema).

En even verder: 'Daarbij gaat het om het geven van een stuk vorming en begeleiding, de overdracht van informatie of een combinatie van beide'. In de formulering zit de verouderde drie-traps hypothese opgesloten, namelijk dat men van kennis via attitude naar gedrag toe werkt, met de implicatie dat het bijbrengen van kennis waarschijnlijk ook zal leiden tot attitudeverandering, en dat deze attitudeverandering zal leiden tot gedragsverandering.

Met Van Beugen (1968) zijn wij van mening dat: '... een modificatie aangebracht binnen één dimensie niet wetmatig leidt tot wijzigingen in de beide andere dimensies. Inzicht in intellectuele zin (cognitief) kunnen door bijvoorbeeld voorlichtingsactiviteiten worden gewijzigd zonder dat met de nieuwe inzichten ook de gevoelsmatige instelling tegenover het betrokken aspect van de werkelijkheid verandert (evaluatief) en zonder dat dit in het gedrag in de dagelijkse situatie is terug te vinden (actie)'. Men kan zich deze situatie bijvoorbeeld indenken ten aanzien van rassendiscriminatie.

In het geheel leidt de visie op G.V.O., zoals verwoord in bovengenoemde rapporten, tot een eenzijdige benadering van het individu, de cliënt of patiënt, waarbij onder meer de organisatie van de gezondheidszorg en de bredere maatschappelijke context buiten beschouwing worden gelaten.

3. Nieuwe visie op G.V.O.

In de definities van G.V.O. zoals die door de Wereld Gezondheids Organisatie zijn opgesteld is *wél* een duidelijke evolutie te onderkennen. Werd in 1954 in de eerste definitie het doel van G.V.O. nog omschreven als: 'to help people achieve health by their own actions and efforts' (W.H.O. 1954), in 1969 werd in de definitie het doel van G.V.O. wat uitvoeriger bescheven als:

'To encourage people to adopt and sustain healthful life practices, to use judiciously and wisely the health services available to them, and to make their own decisions, both individually and collectively, to improve their health status and environment'. (W.H.O. 1969).

Deze definitie vertoont veel overeenkomst met de definitie in het rapport van de Centrale Raad (1962), waar eveneens naast een gezond leven het

Verklarend woordenlijstje	
<i>Cliëntsysteem:</i>	persoon, groep of organisatie die om hulpverlening of vorming vraagt en ten behoeve van wie men als deskundige hulpverlener werkt.
<i>Agogie:</i>	deskundige hulpverlening aan en vorming van mensen.
<i>Agologie:</i>	de wetenschap van de hulpverlening aan en vorming van mensen.
<i>Andragogie:</i>	deskundige hulpverlening aan en vorming van volwassenen; uitvoerende andragogische arbeid.
<i>Andragologie:</i>	de wetenschap van de hulpverlening aan een vorming van volwassenen.

juiste gebruik van de 'health services' wordt vermeld. In het W.H.O.-rapport wordt echter tevens vermeld dat 'health education' een kwestie is van omgang van de werkers in de gezondheidszorg met de consumenten van de gezondheidszorg: 'It is a way of working with people that should be employed by every health worker'. Op die manier wordt niet alleen naar de consument verwezen, maar wordt ook duidelijk aangegeven dat de producent van gezondheidszorg een rol heeft in de G.V.O.-activiteiten.

In het rapport van de W.H.O. Executive Board in zijn 51e zitting in 1973 komen nieuwe aspecten aan bod. Er wordt gesproken over 'consumer preferences' en over 'consumer approval'. Men wijst er nogmaals op, dat de structuren van de gezondheidszorg aangepast moeten zijn aan de wensen en noden van de bevolking, waarvoor ze zijn bedoeld. Meer nog dan in 1969 wordt gewezen op de taak van de gezondheidszorg zichzelf tot gezondheidszorg-voor-de-bevolking te maken en de gezondheidszorg naar de bevolking toe te brengen. In een van de resoluties werd het als volgt geformuleerd: 'Each member-state should develop a health service that is both accessible and acceptable to the total population, suited to its needs and to the socio-economic conditions of the country'. (W.H.O. 1973).

Deze aanbevelingen en overwegingen kunnen worden gezien als een poging het aandachtsveld of het werkerterrein van G.V.O. te verruimen met het oog op de noodzaak van een werkelijke

gedragsverandering, gericht op de bevordering van gezondheid c.q. de preventie van ziekte.

De laatste jaren wordt het immers steeds duidelijker dat informatie en kennis op zich niet tot de aanbevolen acties leiden, vooral niet waar deze in conflict zijn met bestaande motieven en waarden en niet overeenkomen met sociale normen en groepsnormen. In het rapport van de W.H.O. (1969) wordt dan ook gezegd dat G.V.O. in de ruimste betekenis van het woord te maken heeft met:

a. al die ervaringen van een individu, groep of gemeenschap die de overtuiging, de attitude en het gedrag in relatie tot de gezondheid beïnvloeden;

b. alle methodieken en beïnvloedingspogingen, gericht op het teweegbrengen van gedragsveranderingen voorzover die noodzakelijk zijn voor de bevordering van de gezondheid.

In deze opvatting probeert G.V.O. dus niet alleen de individuen, groepen en gemeenschappen te voorzien van de middelen om beslissingen ten gunste van de gezondheid te kunnen nemen, maar tracht ze ook de beslissingen in de gewenste richting te doen uitvallen. G.V.O. blijft dan niet staan bij het overdragen van informatie, maar is vooral geïnteresseerd in één of andere vorm van wijziging of bestendiging van gedrag in de zin van een gezonde(re) leefwijze. De G.V.O.-specialist moet dan ook meer gezien worden als een 'change agent in society', hetgeen inhoudt dat hij de structuren en de

krachten in deze samenleving die verandering belemmeren goed moet kennen. Op dit punt aangekomen kan men zich afvragen waar G.V.O. eindigt en de politiek de zaak overneemt, (Richards, 1975).

Wij zijn van mening dat vele G.V.O.-activiteiten die bewust gericht worden op wijziging van het menselijk gedrag politieke implicaties hebben. Afhankelijk van het type beïnvloedingspoging dat wordt gebruikt om gedragsverandering met het oog op bevordering van gezondheid teweeg te brengen, zal men in meerdere of mindere mate de politiek op zijn weg vinden. Daarbij kunnen zich dilemma's voordoen, waar men noodgedwongen een keuze moet maken.

4. Ontwikkelingen in de ago(lo)gie

Een analoge situatie doet zich voor bij de ago(lo)gie. Volgens Van Beugen kan men het doel van agogische actie omschrijven als het planmatig induceren van veranderingen, i.c. het verbeteren van de psycho-sociale structuur en/of functioneren van een cliëntsysteem (individueel, groep, organisatie of gemeenschap) (Van Beugen 1968). Er zijn verschillende werkvelden, o.a. maatschappelijk werk, geestelijke gezondheidszorg, kinderscherming, cultureel werk voor volwassenen en jeugdigen, waarin verschillende technieken van agogische actie worden toegepast. Afhankelijk van het doel dat men zich stelt en van de uitslag van de analyse van de Ausgangssituation van het cliëntsysteem wordt bepaald op welke manier de Ausgangssituation in de gewenste richting zal worden gewijzigd. Daar ook hier de aandacht voor de maatschappelijke context en de invloed van sociale structuren op het individueel, sociaal, maatschappelijk en cultureel welzijn, steeds groter worden, ligt het voor de hand dat soms de neiging bestaat om structurele veranderingen in de samenleving tot stand te brengen in de verwachting dat dan de problemen van het cliëntsysteem beter kunnen worden opgelost.

Van Gent is van mening dat een actie die rechtstreeks gericht is op het totstandbrengen van structurele veranderingen in de samenleving eerder een politieke of economische actie moet worden genoemd dan een (andr)agogische actie (Van Gent 1973). Hij treedt hier in het voetspoor van Ten Have. Volgens Ten Have is bij agogische arbeid de mens 'aangrijpingspunt en

ook doelwit van het handelen'; het gaat steeds om mensen, 'om wat in en tussen mensen gebeurt'. (Ten Have 1968). Volgens Van Gent gaat Ten Have akkoord met de opvatting van Van Beugen dat 'inzicht in de dialectische samenhang van mens en samenleving' van fundamenteel belang is voor agogisch en agoloog (Van Beugen 1970a). Ten Have pleit alleen voor een taakverdeling, waarbij de (andr)agogie zich in de eerste plaats zou moeten bezighouden met het beïnvloeden van mensen; hij gaat hierbij uiteraard van de premisse uit, dat de mens overwegend als subject benaderd kan worden.

Hoewel Van Gent in navolging van Ten Have een *rechtstreekse* bemoeienis van de andragogie met het totstandbrengen van structurele veranderingen in de samenleving afwijst, wil hij hiermee natuurlijk geenszins zeggen, dat er bij andragogische actie geen politieke of economische aspecten in het spel zijn. Bovendien houdt een dergelijke benadering ook niet in, dat aan structuurveranderingen niet kan worden gewerkt. Dit zou dan echter niet rechtstreeks geschieden, doch via de mens, bijvoorbeeld door middel van mentaliteitsbeïnvloeding.

Rechtstreekse structurele verandering wordt door Van Gent niet als onbelangrijk terzijde geschoven. Integendeel mentaliteitsbeïnvloeding zal waarschijnlijk tot geringe resultaten leiden, indien niet tegelijkertijd ernaar wordt gestreefd de wenselijke en/of noodzakelijke geachte veranderingen in de structurele condities aan te brengen. Deze gedachte speelt bijvoorbeeld zeer sterk in het rapport over milieuvoorlichting van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1976).

Het gaat er volgens Van Gent alleen om dat de andragogie niet zodanig wordt opgeblazen met de nog onvervulde wensen van andere disciplines, dat zij ontploft. Indien men van de andrag(ol)ogisch alles verwacht, is hij juist daardoor tot niets in staat (Van Gent 1973).

Het komt ons voor dat hier op min of meer kunstmatige wijze het terrein van de (andr)agogie wordt ingeperkt, doordat niet duidelijk wordt aangegeven wat men onder structuurveranderingen verstaat. De aanduiding dat een actie, die rechtstreeks gericht is op het totstandbrengen van structurele veranderingen in de samenleving, eigenlijk een politieke of economische actie genoemd moet worden, is te vaag om te kunnen achterhalen welk structuurbeïnvloeding wordt gehanteerd.

5. Verandering van sociale structuren

Als wij spreken over verandering van sociale structuren, dan bedoelen we het sociologische begrip structuur. Onder sociale structuur wordt dan verstaan een min of meer duurzaam patroon van tussenmenselijke relaties en gedragingen, waarbij het min of meer duurzame karakter ervan als het ware in stand wordt gehouden door de (in een groep of in de samenleving) aanwezige waarden, normen, opvattingen, verwachtingen en doelstellingen. (Zie paragraaf 2.1 van deel I: 'Gedragsdeterminanten', M.C. 13, blz. 385).

Uitgaande van deze definitie is het duidelijk dat waarschijnlijk veel zogenaamde structurele veranderingen pas echt zullen slagen als de aanwezige waarden, normen, opvattingen, verwachtingen en doelstellingen als aangrijpingspunt voor verandering worden gekozen. Dit is naar onze mening ook de opvatting van Van Beugen als hij het onderwijssysteem tot een terrein van agogische actie verklaart (Van Beugen 1970b). Daarmee wordt de agogische actie niet beperkt tot het microniveau (waarbij men zich richt op de innerlijke ontplooiing van het individu) en het mesoniveau (waarbij men zich richt op het sociale gedrag, de menselijke verhoudingen, het groepsleven, e.d.), maar wordt ook het macroniveau (waarbij men zich richt op de samenleving als geheel en op de maatschappelijke en culturele instituties als neerslag van het samenleven) tot werkkerrein van de agogische actie beschouwd.

Uit het voorgaande zal duidelijk zijn geworden dat G.V.O. door ons in de ruimste betekenis wordt opgevat, waarbij wij ten aanzien van de relatie G.V.O.-politiek duidelijke parallellen zien met de opvattingen die op dit punt door sommige agologen worden gehuldigd.

Er is een groot aantal culturele, sociale en psychologische factoren dat de gedragspatronen van (groepen van) mensen helpen vormen en die dus ook als middel kunnen worden gebruikt een bepaalde verandering van het gedrag te vergemakkelijken of te bemoeilijken. In wezen gaat G.V.O., evenals agogische arbeid, over mensen, hun gedrag en veranderingsprocessen en als zodanig kan G.V.O. worden beschouwd als een toepassingsgebied voor de vertaling van sociaal en gedragswetenschappelijk onderzoek in actieprogramma's ter verbetering van kennis en praktijken ten aanzien van gezondheid. Het doel is dus een gedragsbeïnvloeding.

een gedragsverandering bij hen die zich 'ongezond' gedragen of een gedragsbevestiging bij hen die zich reeds gedragen zoals men vanuit de gezondheidszorg denkt dat dit het beste is.

Die verandering of bevestiging van gedrag of in het algemeen gedragsbeïnvloeding is een niet eenvoudige zaak. Er is nog weinig bekend uit de gedragswetenschappen over hoe men zo iets het beste kan doen. Er is een gebrek aan wetenschappelijke theorie omtrent het opzettelijk induceren van gedragsverandering. Weliswaar zijn er vele gedragsveranderingstheorieën, doch dikwijls bevatten deze theorieën geen beïnvloedbare variabelen (Van Beugen 1968). Behalve aan een 'theory of change' is er volgens Van Beugen behoefte aan een 'theory of changing', waar aandacht wordt geschonken aan deze beïnvloedbare variabelen.

Deze auteur maakt in dit verband een scherp onderscheid tussen gedragsverandering en gedragsmodificatie. Onder gedragsverandering verstaat hij het optreden van veranderingen in structuur en/of functioneren van een psycho-sociaal systeem als gevolg van ontwikkelingsprocessen, toevallige situationele beïnvloeding en niet-institutionele, interactionele of tussenmenselijke beïnvloeding. Het begrip gedragsmodificatie beperkt hij daarentegen tot een aanduiding van 'het intentioneel induceren van veranderingen in structuur en/of functioneren van een psycho-sociaal systeem'.

De theorievorming nu met betrekking tot gedragsmodificatie is volgens deze auteur nog slechts fragmentarisch. Wat we weten is met veel restricties omgeven; er zijn geen 'algemene regels' (McGuire 1974). Als G.V.O. actief wil zijn op het terrein van de gedragsbeïnvloeding, zal zij zich dus ook moeten bezighouden met het bestuderen van de vraag op welke wijze dit het beste kan. Dit wil zeggen toegepast onderzoek naar de weerstanden tegen gedragsveranderingen, naar de condities die bevorderend kunnen werken bij het begeleiden van nieuwe gedragspatronen en naar de mogelijkheden om 'gezond gedrag' sociaal te belonen.

G.V.O.-activiteiten moeten gericht zijn op:

- a. personen of groepen die onvoldoende kennis omtrent gezondheid hebben;
- b. personen of groepen die voldoende kennis bezitten maar om vele redenen het aanbevolen gedrag niet uitvoeren;
- c. personen of groepen die het gewenste gedrag uitvoeren en daarvoor sociale beloning moeten ontvangen.

6. Op gezondheid gericht en met gezondheid in verband staand gedrag

Onder de term 'gedrag' moet in dit verband worden verstaan zowel bewust gesteld gedrag als minder bewust tot geheel onbewust gestelde gedragingen, zoals gewoontehandelingen. Beide vormen van gedrag zijn van belang voor de arts en de gezondheidsvoorlichter en -opvoeder. Verder moet in navolging van Steuart (1965) onderscheid worden gemaakt tussen 'op gezondheid gericht' en 'met gezondheid in verband staand' gedrag.

Van alle dagelijkse menselijke gedragingen is er, aldus Steuart, slechts een klein gedeelte op gezondheid gericht, in die zin dat het bewust wordt gesteld door de 'actor' met het oog op duidelijk onderkende gezondheidsdoeleinden. Dit soort gedragingen zal ook nooit meer zijn dan een klein deel van het totale aantal gedragingen.

Vooralsnog is het niet gerechtvaardigd aan te nemen dat alle gedrag op de een of andere manier in verband staat met de gezondheid.

Het meeste van dit gedrag geschiedt terwijl de actor zich nauwelijks of niet bewust is van de relatie met gezondheid. Als dit niet het geval was, zouden er alleen maar hypochonders rondlopen, bij wie het gehele bestaan zou worden beheerst door 'health decisions'. Als G.V.O. zich interesseert voor al het menselijk gedrag, zij het voorzover het met gezondheid in verband staat (health-related behaviour), dan is het nodig dat de aard van het gedrag wordt verklaard, evenals de determinanten tot verandering van een aanzienlijke hoeveelheid gedrag. Deze verklaring dient ook de 'diepte' van het gedrag te verklaren, van het meest intellectuele en overwogene tot het meest emotionele en instinctieve, van het volledig 'geplande' tot het volledig spontane.

7. Relatie G.V.O. met epidemiologie en gedragswetenschappen

Het wezenlijke van G.V.O. is volgens Steuart (1965):

a. wetenschappelijk onderzoek naar de *rol van menselijk gedrag*, zowel individueel als groepsgedrag, met betrekking tot het ontstaan van *ziekte*, het natuurlijke beloop van *ziekte*, het genezingsproces en het behoud van *gezondheid*;

b. welk onderzoek zich speciaal bezig-

houdt met de *determinanten* van verandering in dit gedrag;

c. om op grond van onderzoeksbevindingen *systematische gedragsbeïnvloedingspogingen* te kunnen uitvoeren, die zijn gericht op behoud c.q. versterking van 'gezond gedrag' of wijziging van 'ongezond gedrag';

d. deze gedragsbeïnvloeding moet een *aantoonbaar effect* op het behoud c.q. herstel van de gezondheid hebben.

Deze definitie kan men hanteren op alle terreinen waar gedrag in verband kan worden gebracht met gezondheid en ziekte, verbetering van de gezondheidstoestand van een bevolking, curatieve zorg, revalidatie, organisatie van de gezondheidszorg, etc. De eerste twee punten van de door Steuart gebruikte definitie van G.V.O. leggen de nadruk op theoretisch wetenschappelijk onderzoek. Men kan ze beschouwen als de activiteit van de epidemioloog, van de (medisch-)socioloog, van de (medisch-)psycholoog. Het is duidelijk een multi-disciplinair veld dat door minstens deze drie basiswetenschappen wordt bestreken.

Het onder punt c. vermelde is de actie in de praktijk: het testen van een bepaalde vorm van gedragsbeïnvloeding.

Het onder punt d. vermelde, de evaluatie, is bijzonder belangrijk in het proefstadium van een verandering. Men zal moeten aantonen dat de verandering die men voorstelt, het gewenste effect heeft. Men zal moeten bewijzen, dat er een betere situatie tot stand is gekomen. Deze evaluatie kan een kosten/baten-analyse zijn; het zal in vele gevallen ook een kost/effect-analyse zijn, die een kwaliteitsverbetering aantoonst.

Naast de evaluatie van de effecten is hier ook plaats voor een proces-evaluatie. Vooral dit laatste kan inzicht geven op welk tijdstip en op welke punten tijdens de proefperiode moet worden bijgestuurd om de doelstelling te bereiken.

Deze opvatting over G.V.O. vertoont veel overeenkomst met moderne visies op epidemiologie. Onder epidemiologie wordt hier verstaan de leer van:

a. hetgeen er aan ziekte in een bepaalde bevolking voorkomt en hoe dit ziektebestand verandert door toename of afname;

b. de oorzakelijke factoren of, met

andere woorden: de determinanten van gezondheid en ziekte.

Bij vergelijking van de definitie van G.V.O. met deze definitie van epidemiologie ziet men dat het eerste stuk van de definitie van G.V.O. (het onder *a.* en *b.* genoemde) analoog is aan het tweede deel van de definitie van epidemiologie en dat gezondheidsvoorlichting en -opvoeding actie onderneemt op basis van o.a. de gegevens van de epidemiologische research. Het laatste stuk van de definitie van G.V.O. onder punt *c.* en *d.* vertoont veel overeenkomst met wat in de epidemiologie interventieonderzoek wordt genoemd (Sturmans 1975).

Volgens Cassel (1965) is epidemiologie: one of the sciences concerned with the study of the processes which determine or influence the physical, mental and social health of people. It is with their health in relation to their behaviour in social groups that epidemiology is primarily concerned'. Deze definitie legt een duidelijke relatie tussen epidemiologie en medische sociologie en wijkt opvallend af van vroegere opvattingen over epidemiologie, die in zekere zin een tegenstelling tussen epidemiologie en sociologie suggereerden.

'Traditionally, the epidemiologist thinks in terms of a specific disease or disabling condition in whose etiology he is interested and seeks to determine all the relevant 'causes' of it. The sociologist would be more likely to reverse this view and seeks all of the relevant disease consequences of a social condition' (Syme 1974).

Bestudering van sociale situaties en gedragspatronen, dat wil zeggen onderzoek naar de sociologische variabelen die verantwoordelijk kunnen zijn voor diverse ziekten, is niet alleen nuttig voor de epidemiologie van de individuele ziekten, maar geeft ook indicaties voor het praktisch preventief optreden (Graham 1974).

Voorzover de medische sociologie zich ten doel stelt de bestudering van de invloed van structuren en processen van tussenmenselijke beïnvloeding op het ontstaan en verloop van ziekte, is zij identiek te achten aan de in de definitie van Cassel bedoelde epidemiologie. Tellegen (1970) noemt dit onderdeel van de medische sociologie dan ook sociale epidemiologie. Men spreekt ook wel van 'sociologie in de gezondheidszorg' tegenover de 'sociologie van de gezondheidszorg' (Persoon 1975).

Vooraf op het terrein van de epidemiologie van het individuele gedrag en de hieraan gekoppelde gezondheidsvoor-

lichting en -opvoeding kunnen epidemiologie en medische sociologie duidelijk complementaire taken vervullen. Graham (1974) merkt in dit verband op: 'Sociologists working in the epidemiological field are uniquely equipped to study ways of altering behaviour in more healthful directions because of their heritage of research in social change, acceptance of innovations, and behaviour change'. Hij voegt er echter onmiddellijk aan toe, dat het sociologische onderzoek op dit terrein nog niet zo succesvol is geweest.

Door de nauwe relatie tussen (sociale) epidemiologie en medische sociologie worden beide begrippen vaak met elkaar verwisseld; wat door de een medische sociologie wordt genoemd, wordt door een ander epidemiologie genoemd en vice versa. Vaak komt men ook helemaal op het terrein van de psychologie terecht. Zo zegt Burton (1969) dat de epidemiologie zich ook moet gaan bezighouden met het effect van de kennis, attitudes en gewoonten van de bevolking op de incidentie van ziekte.

Het lijkt ons niet zo zinvol om veel aandacht te besteden aan het exacte onderscheid tussen deze wetenschappen, die blijkbaar zeer dicht bij elkaar liggen. Waar het om gaat is dat ze op dezelfde problemen zijn gericht en daardoor nuttige bijdragen kunnen leveren aan het oplossen van G.V.O.-vraagstukken.

8. G.V.O. onderdeel van gezondheidszorg

In principe is het mogelijk om G.V.O. los van het gezondheidszorgsysteem te bedrijven. Men kan zich bijvoorbeeld helemaal op het onderwijssysteem richten, waarbij het niet beslist noodzakelijk is de gezondheidszorg daarbij direct te betrekken. Een argument om buiten de gezondheidszorg om G.V.O. te bedrijven kan zijn dat men het kader waarin de gezondheidszorg werkt (te veel vanuit het medisch model en te weinig vanuit een sociaal model) niet geschikt of te beperkt acht om van daaruit G.V.O.-activiteiten te ontwikkelen.

Naar onze opvatting hoort G.V.O. echter thuis in de gezondheidszorg, waaronder we dan zowel de lichamelijke als geestelijke gezondheidszorg verstaan. Er is een belangrijke, praktische reden voor deze keuze: G.V.O. heeft een belangrijke taak bij het meer toegankelijk maken van de gezondheids-

zorg voor de mensen die haar hulp echt nodig hebben. In die zin kan men zeggen dat G.V.O. erop is gericht de brug te leggen tussen de 'producenten van gezondheidszorg' enerzijds en de 'consumenten van gezondheidszorg' anderzijds.

Een veranderingsproces in de gezondheidszorg dat gaat in de richting van een sociaal model kan naar onze mening met meer succes op gang worden gebracht van binnen uit dan van buiten af. Daarbij blijft ook steeds de mogelijkheid bestaan om vanuit de gezondheidszorg te participeren in de pogingen om G.V.O. te integreren in kaders die buiten de directe gezondheidszorg staan (bijvoorbeeld onderwijs, bouwwerk, maatschappelijk werk en vormingswerk).

In concreto wordt G.V.O. door ons gezien als dat onderdeel van de gezondheidszorg dat is gericht op of zich bezighoudt met het menselijk gedrag in verband met gezondheid en ziekte, dat wil zeggen het gedrag dat tot ziekte leidt, het gedrag bij het opzoeken van de voorzieningen van de gezondheidszorg, het gedrag dat ziekte voorkomt door iets te doen of door iets te laten, het gedrag dat genezing bevordert: dit alles zijn gedragingen van de patiënt/cliënt.

Er zijn evenwel ook vormen van 'gedrag' in de gezondheidszorg, die niet van de patiënt afkomstig zijn, en die toch ook een invloed hebben op het gezondheids- of ziektegedrag van de patiënt. Wij denken hier aan de relatie van werkers in de gezondheidszorg met de patiënt, het bereikbaar maken van de diensten voor de cliënt en het beschikbaar stellen van voldoende voorzieningen.

Met Griffiths (1972) zijn wij van mening dat het dan ook een taak van de G.V.O. is te proberen de kloof te overbruggen tussen 'health services' en 'health practices', dat wil zeggen tussen enerzijds de kennis die er bij de gezondheidszorg aanwezig is over bepaalde ziekten en de voorzieningen die daarvoor zijn georganiseerd en anderzijds de bekendheid die er bij de bevolking is met die diensten en de wijze waarop de bevolking van die diensten gebruik maakt of niet. De verantwoordelijke personen en instanties zodanig bewerken dat de voorzieningen van gezondheidszorg enerzijds en de behoeften van het publiek anderzijds beter op elkaar worden afgestemd, wordt door ons mede beschouwd als één van de centrale taken van G.V.O. Tot de voorzieningen van de gezond-

heidszorg moet men dan ook rekenen de mogelijkheden om ziekte te voorkomen. Tevens dient de bevolking duidelijk te worden gemaakt hoe zij kan voorkomen dat van de gezondheidszorg gebruik moet worden gemaakt door geëigende preventieve gedragingen.

9. Twee benaderingswijzen voor G.V.O.

In de epidemiologie is lange tijd als denkmodel gebruik gemaakt van de triade agens-gastheer-omgeving, zoals weergegeven in figuur 1. De laatste tijd wordt deze vervangen door het zogenaamde ecologische of wielmodel, zoals afgebeeld in figuur 2.

Gemeenschappelijk voor deze modellen is, dat zij ter oplossing van een 'volksziekte' twee benaderingswijzen 'mogelijk' maakten: een benadering gericht op het individuele organisme en een benadering gericht op beïnvloeding van het milieu waarin dit organisme vertoeft. Mausner en Bahn (1974) zeggen in dit verband dat de toekomstige pogingen tot primaire preventie van de chronische ziekten van onze tijd zich waarschijnlijk zullen concentreren zowel rond pogingen tot beïnvloeding van het gedrag als rond maatregelen die omgevingsfactoren reglementeren (= 'environmental control') zoals veranderde samenstelling van vetten in voeding. Dit laatste zal gedeeltelijk de beslissingen over gedrag dat in relatie tot de gezondheid staat ('health related behaviour') van het individu naar sociale instituties doen verschuiven.

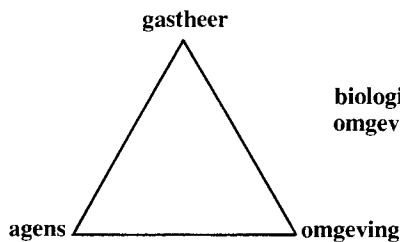
Analoog hieraan kan men de kloof tussen feitelijk gedrag en gewenst gedrag in principe op twee manieren trachten te overbruggen.

9.1. Informatie-overdracht

De eerste benadering die uitgaat van een beperkte taak van G.V.O. is: individuen informeren c.q. motiveren over hoe het moet, hoe ze zich moeten gedragen om ziekte te voorkomen, hoe ze zich moeten gedragen als ze een bepaalde ziekte hebben, hoe ze zich moeten gedragen als ze van een bepaalde ziekte zijn genezen.

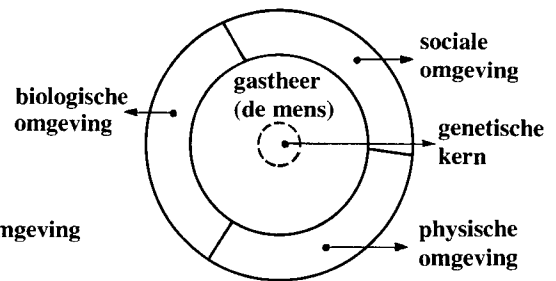
Het menselijk gedrag en de veranderingen in het menselijk gedrag worden namelijk voor een deel bepaald door de kennis en houding (= attitude) van de persoon ten aanzien van een bepaald probleem. Gedragsverandering wordt daarom nagestreefd door te proberen de persoon meer kennis of inzicht bij te

Figuur 1



Epidemiologische triade

Figuur 2



Wielmodel van mens-omgeving interacties

brengen en door te trachten zijn attitude ten aanzien van een bepaald probleem te wijzigen. Voor sommige G.V.O.-functionarissen is deze benadering de kern van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

De onderliggende visie is dan meestal dat het bijbrengen van kennis – als men het 'overtuigend' en 'indringend' doet – leidt tot attitudeverandering hetwelk uiteindelijk leidt tot een zich anders gaan gedragen. In deel I, gedragsdeterminanten (De Haes e.a. 1976), hebben wij geprobeerd aan te tonen dat de situatie veel complexer is.

9.2. Beïnvloeding van structuren

De tweede benadering, met een bredere visie op de taak van G.V.O. legt veel meer de nadruk op het beïnvloeden van het geheel van waarden, normen, verwachtingen en doelstellingen (= cultuur) die in belangrijke mate bepalen hoe wij ons gedragen o.a. in verband met onze gezondheid, zonder dat wij ons daarvan direct bewust zijn.

9.2.1. Mesostructuren

In deel I, gedragsdeterminanten (De Haes e.a. 1976), is uitvoerig aandacht besteed aan deze sociale determinanten van gedrag, die maken dat ons gedrag in hoge mate wordt gestructureerd door de sociale omgeving via o.a. de mechanismen van socialisering en sociale controle. Het hele opvoedingsproces wordt gekenmerkt door een verinnerlijking van waarden, normen en verwachtingen die in het interactieproces door de sociale omgeving worden aangebracht. Hierdoor wordt het individuele gedrag dus in hoge mate gestructureerd, hetgeen overigens niet betekent dat de persoon hierop zelf geen invloed zou kunnen uitoefenen. Vooral in de kleinere eenheden of groepen, zoals gezin, vriendenkring, werkploeg, vere-

niging wordt duidelijk dat zowel het gedrag van de groep door de persoon wordt beïnvloed als het gedrag van de personen door de groep.

Hier ligt een belangrijk aanknopingspunt voor de *agogische werkwijze* als een middel om tot een gewenste gedragsverandering te komen. Deze methode die werkt met bewustwording o.a. via discussies met groepen, kan er in belangrijke mate toe bijdragen dat mensen zich meer bewust worden van hun eigen situatie en van de normen en waarden die ze zelf onderschrijven dan wel die hen worden voorgehouden.

Dit bewustwordingsproces is een essentiële voorwaarde om tot een eventuele verandering van waarden en normen te komen. Nieuwe waarden en normen, nieuwe referentiepunten voor het gedrag kunnen alleen ontstaan daar waar tussenmenselijke communicatie bestaat. De agogische methode kan een geschikt middel zijn om door middel van bewustwording tot verandering van waarden en normen en daardoor tot gedragsverandering te komen: als doelgroep kan hierbij worden gedacht aan een lokale samenleving of aan groepen in een lokale samenleving.

9.2.2. Macrostructuren

Daarnaast moet in de G.V.O. op een ander niveau meer aandacht worden besteed aan de gevolgen voor de gezondheid van de wijze waarop onze samenleving is ingericht en functioneert. Het *economische systeem* vervult een wezenlijke functie voor de samenleving, maar men zal zich voortdurend moeten afvragen waar en wanneer de concretisering van de economische waarden in conflict komt met andere centrale waarden van de samenleving, zoals het behoud van een goede gezondheid. Het beïnvloeden van sociale structuren houdt ook in dat vanuit

de G.V.O. via politieke kanalen aandrang wordt uitgeoefend om bijvoorbeeld de reclame voor ongezonde levensgewoonten tegen te gaan. Het gaat hier dus om het beïnvloeden van maatschappelijke structuren op zodanige wijze, dat het voor de bevolking eenvoudiger wordt zich gezond te gedragen en daardoor geen beroep hoeft te doen op de voorzieningen van de gezondheidszorg. Het werken aan structuren op nationaal niveau zal pas werkelijk succes hebben als dit wordt gesteund door de bevolking, die eventueel als gevolg van agogische actie op lokaal niveau tot een herziening van waarden, normen en doelstellingen is gekomen.

9.2.3. *Gezondheidszorg als een speciale vorm van macrostructuur*

Ook het gezondheidszorgsysteem moet in dit verband gezien worden als een systeem dat in sommige gevallen gezond gedrag stimuleert of gezond gedrag belemmert.

Het hele systeem van de *gezondheidszorg* is opgezet met het doel ziekte te voorkomen (bijvoorbeeld door immunisatie) of als ziekte toch optreedt, de zieke mens gezond te maken, zodat hij weer normaal kan functioneren of als genezing niet meer mogelijk is de patiënt te helpen om er het beste van te maken. Hiermee vervult de gezondheidszorg een belangrijke functie voor de samenleving en voor de persoon zelf. Het optreden van ziekte maakt inbreuk op het functioneren van de mens in de samenleving en veroorzaakt spanningen zowel bij het individu als voor de samenleving. Een belangrijke functie van de gezondheidszorg is juist het beheersen van deze spanningen.

Nu is er een groot aantal personen, organisaties en instellingen dat zich richt op de zieke mens. Hoe verschillend deze organisaties ook zijn, ze hebben één ding gemeenschappelijk: de arts-patiënt relatie en in het algemeen de relatie tussen de werkers in de gezondheidszorg en de patiënt wordt beheerst door een geheel van verwachtingen, normen en waarden waardoor men de patiënt veelal onbewust op een bepaalde manier tegemoet treedt. Met andere woorden de wijze waarop de producent van de gezondheidszorg de consument benadert is in hoge mate gestructureerd.

De opvattingen, waarden en normen van de producenten van de gezondheidszorg vinden o.a. hun neerslag in de wijze waarop de voorzieningen al

dan niet toegankelijk zijn voor degenen die er gebruik van moeten maken. De mate van toegankelijkheid van de gezondheidszorg is afhankelijk van organisatorische aspecten en van de culturele aspecten die bepalend zijn voor de wijze waarop de gezondheidszorg c.q. de werkers in de gezondheidszorg de patiënt/cliënt benaderen. Vooral als men denkt aan het zoeken van medische hulp, het zich houden aan controle-afspraken – men denke bijvoorbeeld aan de situatie van iemand die meent een geslachtsziekte te hebben – zal men inzien dat het organisatorische aspect belangrijk kan zijn als determinant van verandering van gedrag en dat er een sterke gedragsbeïnvloeding kan uitgaan in positieve of negatieve zin van een goede respectievelijk slechte organisatie.

Maar ook de wijze waarop de gezondheidswerker tegen een bepaalde ziekte aankijkt of iemand met een bepaalde ziekte onbewust tegemoet treedt, heeft invloed op het gedrag van de patiënt/cliënt. Hier ligt naar onze mening ook een belangrijk werkterrein voor de agoog om de werkers in de gezondheidszorg bewust te maken van de waarden en normen die zij tegenover de patiënt hanteren en de gevolgen daarvan voor het gedrag van de patiënt.

Al deze organisatorische aspecten vormen tezamen met de culturele setting van de gezondheidszorg de zogenaamde 'drempels' in het systeem van de gezondheidszorg. Hoe meer drempels en hoe hoger de drempels, des te meer kans dat heel wat mensen die zorg behoeven er niet toe komen die zorg te vragen of er veel te laat om komen vragen.

10. *Gewenste strategie*

In de G.V.O. heeft de nadruk meestal gelegen op de individuele benaderingswijzen. Van evenveel belang voor de G.V.O. zijn de externe krachten en omstandigheden die het individu kunnen helpen bij het in praktijk brengen van gezond gedrag. G.V.O.-pogingen, gericht op de formulering van gezonde sociale maatregelen die een voor de gezondheid bevorderlijke omgeving creëren moeten een hoge prioriteit krijgen. Educatieve campagnes, gericht op het helpen van het individu, zoals anti-rook klinieken, zouden effectief kunnen zijn, maar mogelijk is het effectiever een beleid te voeren dat het stimuleren van rookgedrag tegengaat, bijvoorbeeld door reclame voor sigaretten niet meer toe te laten en door andere structurele maatregelen (zie Dekker, 1975).

Daarnaast moet ook de nodige aandacht worden besteed aan de bijdrage die door de agogische benadering kan worden geleverd aan de bewustwording van waarden en normen zowel bij de bevolking als bij de werkers in de gezondheidszorg. De agogische benadering kan hierbij worden gezien als een methode voor de beïnvloeding van sociale structuren (in de sociologische betekenis van het woord) en valt dan evenals de werkwijze gericht op organisatorische veranderingen in de gezondheidszorg en de werkwijze gericht op beïnvloeding van het beleid en de wetgeving onder de structurele benaderingswijze.

In een volgend artikel gaan wij nader in op de achtergronden van de hierboven geschetste twee benaderingswijzen voor G.V.O. en de verwachtingen die wij op grond van onderzoeksgegevens uit de literatuur van beide benaderingen hebben.

Literatuur

Beugen, M., van. Sociale technologie en het instrumentele aspect van agogische actie. Assen 2/1968.

Beugen, M., van. Andragologie is geen vrolijke wetenschap. Assen 1970 (a) p28. Cit. in van Gent 1973, p.21.

Beugen, M., van. Sociale technologie en onderwijsvernieuwing. Intermediair, jrg. 6, nr 14, 10 april 1970 (b).

Burton, J. Health Education in behavioural medicine. In: W. Hobson (ed.), The theory and practice of public health, Londen Oxford University Press, 1969.

Cassell, J. M. Potentialities and limitations of epidemiology, in A. H. Katz, J. S. Felton (eds), Health and the Community. Readings in the philosophy and sciences of public health, New York, 1965.

Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Advies betreffende de gezondheidsvoorziening en-opvoeding in Nederland, Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid no. 10, okt. 1962.

Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Advies inzake: Milieubewust gedrag, milieubewust beleid, uitgangspunten voor milieuvoorziening, 1976.

Dekker, E. Jeugdkultuur en de beïnvloeding van het rookgedrag van jongeren, T. soc. Geneesk. 53 (1975), 815-822.

Gent, B. van. Andragologie en voorlichting. Boom Meppel 1973.

Graham, Saxon. The sociological approach to epidemiology. A. J. P. H. nov. 1974, vol. 64, no. 11, 1046-1049.

Griffiths, W. Health Education definitions, problems and philosophies, Health Education Monographs no. 31, 1972.

Mc. Guire, W. J. Communication-Persuasion Models for Drug Education, in M. S. Goodstadt (Ed.) Research on methods and programs of drug education. Addiction Research Foundation, Toronto, 1974.

Haes, W. F. M., de, J. H. Schuurman en F. Sturmans, G.V.O. als instrument voor preventieve gezondheidszorg. I. Gedragdeterminanten. Med. Cont. nr. 13/1976.

Have, T. T., ten. Klein bestek van de agologie, Groningen 1968. Cit. in van Gent 1973, p20.

Mausner, J. S. en A. K. Bahn. 'Epidemiology', an introductory text. W. B. Saunders Co., Philadelphia, London Toronto.

Persoon, J. M. G. Medische Sociologie en Sociale Geneeskunde, Metamedica '54 (1975) 46.

Richards, N. D. Methods and effectiveness of health education, Soc. Sci. and Med. 9 (1975) 141.

Steuart, G. W. Health, behaviour and planned change, Health Education Monographs 20 (1965), Society of Public Health Education Inc., New York.

Sturmans, F. m.m.v. P. Das en H. A. Valkenburg. Epidemiologie en Medische Statistiek. Dekker en van de Vegt, Nijmegen, 1975.

Syme, S. Leonard. Behavioral factors associated with the etiology of physical disease: a social epidemiological approach A. J. P. H., nov 1974, vol. 64, no. 11, 1043-1045.

Tellegen, E. Medische Sociologie, een literatuurverkenning, Samson N.V., 1970.

Werkgroep Nationaal Plan voor G.V.O. Een structuur voor G.V.O., aug. 1974.

W.H.O. Technical Report Series no. 89, 1954, Expert Committee on health education of the public, W.H.O. Geneva, 1954.

W.H.O. Research in Health Education. Report of a W.H.O. Scientific group,

W.H.O. Technical Report Series no. 432, Geneva, 1969.

W.H.O. Off. Rec. Wld. Health Organization, 1973, no. 206, p104.

Overdrukken 'Huisarts waarheen'

Wegens gebleken grote belangstelling is van de discussienota van de Commissie Eerste Echelon over de plaats van de medicus in het eerste echelon, zoals eerder afgedrukt in Medisch Contact nr. 5 van 30 januari 1976, een extra oplage overdrukken aangemaakt.

Geïnteresseerden kunnen exemplaren hiervan tegemoet zien na overmaking van f 5,— per exemplaar (bij bestellingen van 20 of meer exemplaren f 2,50 per stuk) onder het motto 'Huisarts waarheen?' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in Amsterdam geïnventariseerd

In de 'Inventarisatie G.V.O.-Amsterdam' wordt in ongeveer 80 bladzijden een uitgebreid overzicht gegeven van de activiteiten die op het terrein van de voorlichting over maatschappelijke gezondheidszorg vooral in 's lands hoofdstad plaatsvinden. Vooral, want de inventarisatie noemt ook veel landelijke adressen. De inventarisatie is het werk van het Buro G.V.O., dat dienst doet als coördinatiecentrum van het Samenwerkingsorgaan voor Gezondheids Voorlichting en -Opvoeding te Amsterdam.

Wat wil het Buro G.V.O.? Een citaat uit de inleiding op de inventarisatie, geschreven door projectcoördinator J. H. Moerkerk: 'G.V.O. staat momenteel sterk in de aandacht. Op beleidsniveau zoekt men naar middelen en mogelijkheden om op het preventieve vlak tot intensivering van activiteiten te komen. Dat gaat samen met meer aandacht voor ambulante en poliklinische zorg. De grote aandacht in Nederland voor de intramurale, curatieve zorg geeft daar alle aanleiding toe. Naar ons gevoel is G.V.O. evenwel meer dan alleen maar preventief bezig zijn. Vooral in het kader van de voorlichting liggen momenteel nog een aantal velden braak waarop een G.V.O.-project ook zijn aandacht dient te richten. Men kan hier denken aan de informatieverstrekking aan werkers in de gezondheidszorg, welzijnszorg en dergelijke, die naar onze ervaring veelal een grote behoefte hebben aan actuele kennis over hun werk. Het overbruggen van een dergelijke kenniskloof is een van de bedoelingen van dit inventariserend overzicht.'

De inventarisatie behandelt ruim veertig onderwerpen. Ze worden in alfabetische volgorde gepresenteerd: alleenstaande ouders, bejaarden, buitenlandse werknemers, dode huisdieren, eerste hulp bij ongelukken, geestelijke gezondheidszorg, gezinsverzorging, gehandicapten, hart- en vaatziekten, huishoudelijke voorlichting, hygiëne, inenting, informatiecentra, jeugdgezondheidszorg, kanker, kindermishandeling, Keuringsdienst van Waren, kleuters/peuters, onderwijs, ongewenste zwangerschap, ontsmetting/ongedierte, ouderverenigingen, patiëntenorganisaties, preventief somatisch onderzoek, psoriasis, revalidatie, roken, seksualiteit, sociale dienstverlening, studenten (universitair), Surinamers en Antillianen, tandheelkundige gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (T.G.V.O.), telefonische informatie en hulpdiensten, tuberculose, veiligheid, verslaving, voeding, vrijwilligerswerk, woonwagenbewoners, werkende jongeren, zwangerschap; samenwerkingsverbanden, naslagwerken, register.

Het ligt in de bedoeling, regelmatig aanvullingen en/of wijzigingen te laten verschijnen. De inbreng van lezers en gebruikers is de samenstellers daarbij zeer welkom.

'Inventarisatie G.V.O.-Amsterdam' is een uitgave van het Buro G.V.O., Prins Hendriklaan 8, Amsterdam, tel. 020-738754. Het kost f 7,50 (verzendkosten meegerekend). Bestellingen kunnen worden gedaan door dit bedrag over te maken op (postgironummer 13500 ten name van) Gemeentegironummer G 6675.

Een kanttekening bij 'arts en oorlog'

In 1972 is van de hand van Dr. J. A. Verdoorn bij uitgeverij Lynx te Amsterdam verschenen het boekwerk 'Arts en oorlog', dat als ondertitels meekreeg: 'Medische en sociale zorg voor oorlogsslachtoffers in de geschiedenis van Europa' en 'Inleiding in de medische polemologie'. Het kan bevreemdend worden genoemd, dat aan deze uitgaven in de kolommen van Medisch Contact tot nu toe geen aandacht werd besteed. Opmerkelijk is ook, dat Medisch Contact in dit opzicht niet afwijkt van vele andere periodieken, om het even of deze nu een algemene, een juridische of een militaire signatuur hebben. Toch is het onderwerp van het werk, de geschiedenis en de plaats van de militaire geneeskunde van een zo groot belang, dat dit een beschouwing in deze kolommen niet alleen rechtvaardigt maar ook noodzakelijk maakt.

Als aanleiding voor deze bijdrage mag gelden de televisieuitzending d.d. 30 januari 1976, waarin Hans Fels en Rolf Orthel een beeld schetsen van de auteur en diens leven, de reportage in N.R.C.-Handelsblad d.d. 3 februari 1976, waarin Marc Chavannes vooral aan het boek en de ontstaansgeschiedenis een beschouwing wijdt, en het verzoek van enkele lezers van Medisch Contact om nu eindelijk het werk te signaleren.

Polemologie een wetenschap?

Het werk wordt vooraf gegaan door een ten geleide van Prof. B. V. A. Röling en een voorwoord van de auteur. De woorden van Prof. Röling vormen een uiterst waarderende beschouwing van het werk, dat zijns inziens in belangrijke mate zal kunnen bijdragen aan het behoud van de vrede. Dit ten geleide lijkt niet steeds met waardering te zijn ontvangen: in het Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift spreekt de majoor der Geneeskundige Troepen H. A. Oosterhof van 'een ontsierende inleiding van Prof. Röling, wiens woorden eerder blijk geven van politiek engagement dan wetenschappelijke verantwoording'*.

Daargelaten de vraag of het op de weg

van een schrijver van een ten geleide ligt om een wetenschappelijke verantwoording te geven, kan men stellen, dat in deze kritische opmerking een essentie van het werk wordt blootgelegd: gaat het om 'wetenschap' of 'engagement', is polemologie een 'wetenschap' of een 'instelling'? De geëngageerdheid die Oosterhof kennelijk verwijtbaar acht, mag degene die (nog) onbevangen staat ten opzichte van de oorlog in het algemeen of van de militaire geneeskunde in het bijzonder, mijns inziens er niet van weerhouden om 'Arts en oorlog' ter hand te nemen. Dat weerhouden zou betreurd moeten worden niet alleen vanwege de kwaliteit van het werk, maar ook vanwege het belang van de zaak. Het is aan de lezer om op grond van de geweldige arbeid van Verdoorn tot conclusies te komen.

Opkomst militaire geneeskunde

'Arts en oorlog' beslaat twee delen. Het eerste deel handelt over de ontwikkeling van de relatie tussen oorlogsbedrijf en medische zorg van de antieke wereld tot de twintigste eeuw. In dit deel wordt op zeer inzichtelijke wijze weergegeven hoe de aard van een oorlog veranderde van een strijd die tot een slagveld werd beperkt tot een in wezen onbeperkte, totale oorlog, waarin een onderscheid naar gevechtsterrein en naar militairen en burgers niet meer tot de mogelijkheden behoren. Met deze ontwikkeling wordt de opkomst van de militaire geneeskunde geschilderd en wordt aangegeven op welke wijze de zorg voor oorlogsslachtoffers en nabestaanden werd georganiseerd. (Een van de opmerkelijkste punten: de legioenarts in het Romeinse leger stond in rang gelijk aan, of direct onder de onderofficier, militaire promotie was voor deze arts niet mogelijk. De soldij van deze arts was het dubbele van zijn niet-medisch erkende ranggenoten.) In dit deel worden de antieke wereld, de middeleeuwen, de periode vanaf het einde van de middeleeuwen tot aan het begin van de 19e eeuw en de 19e eeuw behandeld.

Met name de beschouwing over de 19e eeuw is belangwekkend, niet het minst vanwege de aandacht die is gegeven aan de chef van de Franse militair-geneeskundige dienst Pierre François

Percy (1754-1825) en de citaten uit het 'Journal de Percy'. Percy ontwierp een nieuwe organisatie voor een militair-geneeskundige dienst waarvan de kern werd gevormd door een 'administration indépendante'. Deze kern werd door Percy beschouwd als een absolute voorwaarde voor een efficiënte werkzaamheid van deze dienst. Dat Verdoorn meldt dat Percy zulks 'terecht' beschouwde mag worden gezien als exponent van zijn engagement. Voorts is in het bijzonder te vermelden de beschrijving van het tot stand komen van het Rode Kruis en van het verdrag van Genève in 1864, waarbij werd overeengekomen dat gewonde en zieke militairen zonder aanzien van hun nationaliteit zouden worden beschermd en verzorgd.

Totale oorlog

In het tweede deel van 'Arts en oorlog' wordt de totale oorlog, zoals deze in de twintigste eeuw kan worden waargenomen, geanalyseerd en wordt de plaats van de militaire geneeskundige dienst in dat kader nader bestudeerd. Dit deel wordt, veel meer dan het eerste deel, beheerst door de persoonlijke stellingname van de arts ten opzichte van het oorlogsgebeuren in de huidige tijd: 'De onontkoombare conclusie, die uit het inzicht aangaande het wezen van de totale oorlog kan worden getrokken is deze, dat niet het beëindigen of beperken van bepaalde, als bijzonder onmenselijk beschouwde oorlogsmethoden en -middelen de oplossing kan zijn van een probleem dat in zijn ontwikkeling een levensbedreiging voor de gehele mensheid is gaan vormen. Alleen de totale uitbanning van de oorlog als zodanig zal tevens het einde betekenen van alle methoden, waarmee mensen en volkeren elkaar tot nu toe trachten te vernietigen'.

Dubbelfunctie

De plaats van de militaire arts, gehouden aan enerzijds de belofte of eed van de arts, anderzijds aan de belofte of eed van de officier, kent principieel onverengbare aspecten volgens de artsen, althans voor hen 'die zich van de hier voorkomende problemen ten volle bewust zijn'. De militaire arts is naar zijn

* N.M.G.T. nr. 27, blz. 222, september/oktober 1974.

mening als geïntegreerd onderdeel van het militaire apparaat, verplicht bereid te zijn om te participeren in de vernietiging van menselijk leven; het doel van het militair-geneeskundig apparaat is gelegen in verhoging van de gevechtswaardigheid van het leger, aldus Verdoorn. (Dit lijkt intussen niet te worden weersproken door het devies van de Nederlandse Militair Geneeskundige dienst: 'Eripiendo Victoriae Prosum', waar hij ongetwijfeld 'Medicando Sanitati Prosum' zou willen zien.) De dubbelfunctie van de militaire arts wordt niet door iedere militaire arts erkend, Verdoorn komt tot een driedeling in de gelederen van de militaire artsen.

Ten eerste is daar de groep die zich van het bestaan van de dubbelfunctie in het geheel niet bewust is. Degenen die tot deze groep behoren hebben geen enkele onzekerheid over hun geïntegreerd zijn in het oorlogsapparaat en van de daarin door hen te vervullen taak. Dit is vanuit militair standpunt bezien de meest te waarderen groep. Ten tweede is er de groep die het conflict tussen militaire en medische verantwoordelijkheid ontwijkt. Degenen die tot deze groep gerekend worden vluchten in een 'geestelijke

break-down' dan wel wijzen militaire verantwoordelijkheid bewust af. De derde groep tenslotte wordt gevormd door diegenen die de realiteit van het probleem inzien, maar die de hun opgelegde taak uiteindelijk toch aanvaarden omdat zij menen zich niet te kunnen of mogen onttrekken aan hun laatste verantwoordelijkheid als arts voor de lijdende medemens, die – ook in de concrete situatie van de totale oorlog – op hun weg komt. Wat er ook zij van de waarde van deze driedeling, de motivering ervan en de uitvoerige verwijzingen, onder meer naar recente jurisprudentie, maken dit gedeelte van het boek mijns inziens bijzonder waardevol, omdat zij de lezer tot bezinning dwingen.

Oorlogspreventie

De laatste beschouwingen van het werk zijn vooral gewijd aan oorlogspreventie en de toekomst van de militaire geneeskunde. De schrijver stelt dat de moderne 'totalitaire oorlogsvoering', waarbij het onderscheid tussen combattanten en non-combattanten geheel verloren is gegaan, het historische einde van de militair-geneeskundige dienst betekent, omdat deze oorlogsvoering te-

vens het einde van de maatschappij betekent.

De schrijver ziet de oorlog niet als een biologisch-onaantastbaar en onuitroeibaar fenomeen, maar als een door mensen veroorzaakt sociaal-pathologisch verschijnsel, dat dus ook door menselijke wil en menselijke inspanning kan verdwijnen. Heeft het werk al een duidelijk pacifistisch karakter, het ontbreekt de schrijver niet aan besef van realiteit. Verdoorn stelt in het genoemde artikel in N.R.C.-Handelsblad ook niet dat de Nederlandse arts dienst moet weigeren: 'in praktijk zal het bijna altijd een compromis zijn'. 'Alle gegevens dwingen je ertoe om politiek geëngageerd te zijn.'

In het werk wordt duidelijk naar voren gebracht dat, ook al is medische polemologie wellicht een in zekere zin afgebakend gebied, de noodzaak om zich te bezinnen op vragen de krijgsmacht en de oorlog betreffende voor iedereen aanwezig is. Omdat 'Arts en oorlog' die bezinning in sterke mate zal kunnen bevorderen zij het werk van harte aanbevelen. Het is (nog) te verkrijgen bij Van Gennep's modern antiquariaat te Amsterdam.

Abcoude, Mr. J. J. Witteveen



M.C.-artikelenreeks gebundeld

Gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen

Voorradig is een – beperkte – oplage bundels van de artikelenreeks zoals die over de gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen in een reeks afleveringen van Medisch Contact in 1975 is gepubliceerd.

Al gaat het hier om een kwantitatief nogal beperkte bevolkingsgroep en een beroepsgroep van slechts een 150 artsen, de relatief wat grotere aandacht die in Medisch Contact werd gevraagd voor dat stukje koninkrijk in de West leek alleszins gerechtvaardigd vanwege de specifieke problematiek daar, voortvloeiend uit het koloniale verleden, de geografische situering en de bijzondere relatie met Nederland (Groningen) met betrekking tot het medisch onderwijs. Op veelvuldig verzoek uit met name deze onderwijskringen is overgegaan tot bundeling van de betreffende artikelenreeks.

Geïnteresseerden kunnen deze bundels tegemoet zien na overmaking van f 12,50 per exemplaar onder het motto 'Nederlandse Antillen' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen).

Dagelijks Bestuur	Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter, Dr. H. W. A. Sanders, ondervoorzitter, C. F. A. Heyen, L. Th. G. Rozeman, Mevr. E. Smit, leden; S. van Randen (voorzitter L.H.V.), Z. S. Stadt (voorzitter L.A.D.) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter L.S.V.), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.
Bureau voor waarneming en vestiging	Van 08.00 tot 16.30 uur: Mej. J. de Graaf, tel. 030-885411.
Afdeling comptabiliteit	J. A. Alst; Postgironummer der K.N.M.G.: 58083; AMRO-bank nummer; 45 64 48 969.
Ledenregister	N. W. G. Pastoor (ook voor alle mutaties).
Afdeling buitenland	Mr. B. Schultsz; Mej. M. Th. van der Meulen, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (O.F.)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mevr. M. J. Blok, chef de bureau.
Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)	Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mevr. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.)	W. J. de Jager, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)	Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; Mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.
College voor Sociale Geneeskunde (C.S.G.)	Mr. B. Schultsz, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)	Mr. W. G. van der Putten, secretaris; Mevr. H. Ciuráns y Lledo-Heetebrij, secretaresse.
College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.)	Dr. H. Roelink, secretaris; Mej. L. Beljaars, secretaresse.
Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.)	J. I. van der Leeuw, secretaris; Mevr. M. M. van Hilten-Severijn, secretaresse.
Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)	Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (S.B.A.)	J. M. G. Hoes, directeur; Mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecr. tel. 030-887021 en 885411.



van het hoofdbestuur

Wijzigingen c.q. aanvullingen in de *samenstelling districtsraden* (stand per 14 november 1975) gepubliceerd in Medisch Contact no. 1975/48 dd. 28 november 1975.

Publikatie op grond van artikel 607 H.R.

Districtsraad voor district V

In de bestaande vacature is gekozen: B. Mesander, Gouda, *lid*.

Districtsraad voor district VI

In de bestaande vacature is gekozen: F. C. H. A. Kothe, Rotterdam, *lid*.

Districtsraad voor district VII

In de vacatures ontstaan door het reglementair aftreden van F. H. W. van der Wal, Sliedrecht, en C. D. Duyvendak, Oud-Beijerland, zijn gekozen: C. Bouman, Ridderkerk, *lid*, en E. W. Heerema, Dordrecht, *lid*. Tot *voorzitter* is gekozen: A. Lubbers, Giessendam/Hardinxveld, thans vice-voorzitter, en tot *vice-voorzitter* Dr. G. J. Sas, Dordrecht, thans lid.

Districtsraad voor district XII

In de vacatures ontstaan door het reglementair aftreden van Dr. W. den Boer, Leersum, en Dr. D. Wolvius, Utrecht, zijn gekozen: R. M. Boone, Utrecht, *lid*, en J. Laarman, Utrecht, *lid*. Tot *voorzitter* is gekozen: E. Th. Rebholz, Zeist, thans lid.

Districtsraad voor district XIX

Door overlijden van Dr. E. H. Hijmersma, Leeuwarden, is een vacature ontstaan.
Utrecht, 17 maart 1976.



nascholing huisartsen

Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts t/m juli 1976

Kopij voor deze rubriek dient twee weken vóór de laatste vrijdag van de maand te worden ingestuurd aan mejuffrouw I. Koers, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, Utrecht; tel. 030-88 54 11.

22 maart-2 april

Boerhaavecursus 'Medische Statistiek' Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.

29 maart t/m 2 april

Warffum-cursus, te houden in het Kraanven te Loon op Zand. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Artsencentrum, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

5 t/m 9 april

Nascholingscursus voor huisartsen uit de regio Groningen, Hoogezand-Sappemeer en Haren-Glimmen, te houden in hotel 'De Breedenburg' te Warffum. Inlichtingen bij het secretariaat: W. H. Bos, Radesingel 15, Groningen.

5 t/m 9 april

Cursus 'Relatietraining'. Plaats: Het Kraanven, Loon op Zand. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Artsencentrum, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

7 en 8 april

Cursus 'Sportgeneeskunde', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytemastichting, Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.

8 en 9 april

Cursus 'Hypertensie . . . wat doen we ermee? 2 identieke cursusdagen, georganiseerd door de Commissie Nascholing Limburg. Plaats: Stadsschouwburg te Sittard. Inlichtingen: G. A. M. Bak, arts, Wilmenweg 19, Merkelbeek (L). Tel. 04492-1565.

9 april

Praktische Orthopedie, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Artsencentrum, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

22 en 23 april

Blok cursus 'Kindergeneeskunde', Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Artsencentrum, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.

28 april	Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.
28 april-1 mei	Congres Societas Internationalis Medicinæ Generalis, Stradford-upon-Avon. Congresthema: 'The family unit at risk'. Inlichtingen: Dr. Peter Frank, M.D., M.R.C.G.P., Congress Secretariat, Gable End, Well Lane, Butley Town, Prestbury, Cheshire, England.
6 en 7 mei	Blok cursus Neurologie, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Artsencentrum, Mathenesserlaan 333, Rotterdam. Tel. 010-772200.
7 mei	Sexuologische hulpverlening in de eerste lijn. De Dr. Rutgers Stichting organiseert voor de tweede maal een symposium over dit onderwerp. Plaats: Huize Bergen te Vught. Kosten per deelnemer f 50,—. Inlichtingen: Mr. H. Heijs, Rutgers Stichting, Groot Hertoginnelaan 201, Den Haag. Tel. 070-32 38 90.
14 en 15 mei	Boerhaavecursus 'Congenitale misvormingen', Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.
14 mei	Cursus 'Cardiologie', Enschede. Inlichtingen, Dr. G. J. van Hoytemastichting Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.
26 mei	Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Leiden. Tel. 071-147222, toestel 2797.
28-30 mei	3ème congrès international Balint, Paris. Inlichtingen: 3e Congrès International Balint, 124 rue de Courcelles — 75017 Paris-France.
5 t/m 9 juli	IXth World Conference European Microcirculation Society te Antwerpen. Inlichtingen: Conference Secretariat, Vice-President's Office, Universiteitsplein 1, 2610 Wilrijk (Belgium). Ph. 031/28.25.28-Ext. 121.
15 juli	Transactionele Analyse in de gezondheidszorg en de randgebieden daarvan, Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytemastichting Postbus 89, Enschede. Tel. 053-892922.



van het centraal bestuur L.A.D.

Arbeidsovereenkomsten en arbeidsbemiddeling

*Het bureau der L.A.D. adviseert met betrekking tot (concept) **arbeidsovereenkomsten voor artsen** (en dus ook voor medische specialisten). Het centraal bestuur raadt artsen die een dienstverband overwegen en artsen die met arbeidsrechtelijke problemen worden geconfronteerd aan, zich in een zo vroeg mogelijk stadium tot het bureau der L.A.D. te wenden.*

*Het bureau der L.A.D. maakt een aanvang met **arbeidsbemiddeling** tussen werkgevers en (potentiële) artsen in dienstverband. Werkgevers die vacatures voor artsen in dienstverband kennen en artsen die belangstelling voor vacatures hebben, kunnen zich derhalve met het bureau der L.A.D. in verbinding stellen.*

De aangeduide dienstverlening beperkt zich niet tot leden der K.N.M.G. c.q. L.A.D.

L.A.D.-beraad over c.a.o.

Bijeenkomst voor L.A.D.-leden, werkzaam in particuliere ziekenhuizen en verpleegtehuizen, in het Jaarbeurs-congrescentrum te Utrecht op

WOENSDAG 21 APRIL 1976 TE 19.00 UUR

over de (concept-)c.a.o. voor het ziekenhuiswezen.



personalia K.N.M.G.

Nieuwe leden

- B. Abma, Karekiet 11, Dokkum
Mej. J. van Andel, Koninginneweg 218 IV, Amsterdam.
E. G. van Ankum, Dr. Kruijtsstraat 21, Rijswijk.
E. M. Bais, Da Costastraat 88 III, Amsterdam.
C. G. M. M. Bakker, Willem de Zwijgerstraat 9, Weert.
Mevr. M. Bakker-Winnubst, Fraunhoferstraat 22 I, Amsterdam.
E. Ch. van Balen, Het Wencum 8, Woudenberg.
H. E. M. van Beek, Anton van Duinkerkenlaan 6, Berkel-Enschot.
R. Bieger, Berkenhorstlaan 6, Wassenaar.
Mej. G. G. J. Biermasz, 't Noord 10, Wommels.
Mevr. H. E. Biermasz-v. d. Haas, Middelstumerweg 3, Onderdendam.
M. C. Bins, Morsweg 180, Leiden.
J. G. M. v. d. Bosch, Beukelsdijk 26 C, Rotterdam.
Mevr. J. J. C. Braak, Couwenhoven 86-19, Zeist.
A. Breekland, Hoge Rijndijk 308, Leiden.
J. W. G. v. d. Broek, Elderom 311-34, Boxmeer.
W. K. Brouwer, Bovenover 210, Amsterdam.
J. W. Brouwers, Octant 188, Dordrecht.
F. J. A. M. Buytendijk, Saffierstraat 196, Groningen.
Mevr. M. W. Carolus-Puite, Meppelerstraatweg 150, Zwolle.
H. T. J. Chabot, Gaffelstraat 107a, Rotterdam.
R. M. M. Cornelissen, Keizersgracht 723, Amsterdam.
C. J. G. C. A. Cornil, Molenlaan 173, Rotterdam.
J. P. W. Dietz, 1e Helmersstraat 145, Amsterdam.
I. M. I. Dony, Weezenhof 23-13, Nijmegen.
R. P. Droog, Jan Voormanstraat 54 II, Amsterdam.
A. M. J. Th. van Dun, Kromme Haagdijk 60, Helmond.
W. G. M. Engbers, Zernikestraat 47, Hengelo.
Mevr. S. F. Faber-Woud, Keizersdijk 36, Maasdam.
T. H. M. Falke, p/a G. Bruningstraat 5, Eindhoven.
Mevr. A. P. A. E. Feuth-Knols, Soestdijkseweg 261, Bilthoven.
P. A. van Gelder, Engelsmanplaat 39, Zwolle.
W. X. M. Geraets, Mercuriusstraat 41, Groningen.
A. Godkewitsch, Margrietlaan 7, Sittard.
F. Goos, Jan Ligthartstraat 20, Voorburg.
R. de Groot, Jacobusstraat 9, Breda.
C. van Gulik, Leidsestraatweg 11, Oegstgeest.
F. M. A. Harms, Van Eynattenstraat 31, Margraten.
Mevr. V. Hartstra-Hartland, Graverstraat 21, Voorst.
B. A. R. Heinze, Soetendaalseweg 39B, Rotterdam.
Mevr. B. Helbing-Zwanenburg, Vijverlaan 70, Rotterdam.
I. Heij, Roer 132, Groningen.
P. P. G. Hodiamont, Prof. Huybersstraat 137, Nijmegen.
J. J. M. Hoes, Leemptstraat 10, Nijmegen.
K. Th. Holwerda, Nic. Maesstraat 137, Amsterdam.
J. Huiges, Prinsesseweg 52, Groningen.
J. W. M. Hutten, Wijnbesstraat 87, Nijmegen.
J. van Itersen, Stadhouderskade 87, Amsterdam.
C. A. J. de Jong, Eisenhowerstraat 353, Sittard.
E. A. J. M. de Jong, Weesperzijde 127 IV, Amsterdam.
P. J. C. Jongsma, Zijdesingel 39, Leidschendam.
H. G. Jonker, Vlietenburgstraat 5, Voorburg.
Mevr. M. J. W. Kalkman-v. d. Lint, Deliplein 27a, Groningen.
J. H. L. M. van Kasteren, Zwanenveld 23-28, Nijmegen.
G. Th. M. te Kloese, p/a Cuneraweg 425, Veenendaal.
W. H. Knooihuizen, Koterstraat 22, Oosterend.
H. J. V. Kolstee, Aert v. Neslaan 311, Oegstgeest.
M. G. Kooiman, Gooioord 289, Amsterdam.
A. W. H. Koopman, Aquamarijnstraat 841, Groningen.
Mej. C. Koppenaal, Koninginnelaan 12, Leiden.
C. P. A. Kortekaas, Ettenseweg 34, Rijsbergen.
J. W. Kruijthof, Langedijkstraat 23 a, Rotterdam.
Mej. M. Kuipers, Krooneend 18, Leusden.
B. P. Kuis, Komeet 30, Hoogezand.
N. Kwakernaak, Liendenlaan 31, Tiel.
B. P. M. Lamers, Vossenlaan 345, Nijmegen.
M. de Lange, Bezettingslaan 28, Groningen.
Mevr. L. L. Lankhorst-Hulshoff, Frankenslag 95, Den Haag.
C. H. van Lavieren, Engelandlaan 294, Haarlem.
J. A. Lawson, Joh. Verhulststraat 210 II, Amsterdam.
W. M. v. Leeuwen, Marktsteeg 12, Leiden.
H. J. B. M. Leliefeld, Adm. v. Gentstraat 73, Utrecht.
H. Lok, Volkerakstraat 5 I, Amsterdam.
J. S. Luttjeboer, Sterrenburgplein 38, Dordrecht.
J. A. Lijftogt, p/a Christchurch Hospital Christchurch, Nieuw-Zeeland.
Mevr. A. Meester-Delver, Reinwardtstraat 4 II, Amsterdam.
Mevr. C. J. M. van Melsen-Bernsen, Adrianaweg 7, Nijmegen.
Mevr. Ch. L. M. Mettes-Kroese, Händelstraat 35, Bostel.
J. Miedema, Hofwijkstraat 73, Breda.
M. Moens, Laan van Ouderzorg 80, Leiderdorp.
L. J. G. C. van Montfoort, Van Gentstraat 16 III, Amsterdam.
C. Mooij, Levendaal 131, Leiden.

H. H. E. Morré, Aert van Neslaan 301, Oegstgeest.
 Mevr. A. M. Muysken-du Saar, Helperbrink 9, Groningen.
 D. A. Nassy, Aert van Neslaan 322, Oegstgeest.
 Mevr. M. R. Nassy-Tseng, Aert van Neslaan 322, Oegstgeest.
 A. A. M. van Nies, Willemsweg 20, Nijmegen.
 F. G. Nijman, 't Noord 10, Wommels.
 Dr. J. A. Onsea, Parklaan 106, Turnhout (België).
 L. P. Ooms, Reyersstraat 22, Elst.
 A. C. van Oort, Spui 273, Zwolle.
 N. Osinga, De Visserlaan 94, Nunspeet.
 F. W. Peuscher, Bilderdijkkade 616, Amsterdam.
 R. Pickard, Groen v. Prinstererstraat 5, Papendrecht.
 M. van der Ploeg, Monnikensteeg 10, Arnhem.
 R. M. L. Poulon, Van Beethovenlaan 81, Voorschoten.
 F. R. Pruijboom, Voorhaven 38 b, Rotterdam.
 P. M. Ram, Hemonylaan 15, Amsterdam.
 H. Th. H. Ramaekers, Old Hickoryplein 45 c, Maastricht.
 B. Remmelts, De Schammelte 6, Ommen.
 P. J. Rutten, Beekstraat 4, Beek.
 R. Schaafstra, Van Schurmansingel 6, Franeker.
 G. Schreij, Middenweg 2, Vinkenburg.
 B. P. M. Schweitzer, Beukenhorst 122, Diemen.
 Ch. P. Th. Schijf, Weezenhof 34-10, Nijmegen.
 G. van der Sluis, Oldenzaalsestraat 129, Enschede.
 A. C. van der Sluijs, Kraijenhoffstraat 9 II, Amsterdam.
 B. Ch. Smit, Trekvogelweg 163, Amersfoort.
 Mevr. A. Snippe-Groenewold, Radijsstraat 3 a, Groningen.
 E. R. Soudijn, Gaikingahof 7, Zuidhorn.
 G. Staats, U. v. Houtenstraat 24, Giekerk.
 B. Stapel, Buitenrustlaan 27, Haarlem.
 M. J. J. M. v. d. Steenhoven, Van der Hagenstraat 139, Ede.
 I. H. K. L. Stryckers, Schuureikenweg 60, Hoensbroek (België).
 D. J. Swank, Pupillenstraat 75 c, Rotterdam.
 G. W. J. M. Tangelder, Rapenburg 52, Leiden.
 G. M. H. Tanke, Guldenstraat 4 a, Groningen.
 G. P. Verburg, Haag en Veld 283, Amsterdam.
 G. Verhoeff, Ger. Doustraat 84 II, Amsterdam.
 E. H. Verstraaten, Rozentuin 242, Voorburg.
 H. W. Visser, Sperwerstraat 57, Sliedrecht.
 Mevr. I. M. G. Visser-Vos, Karekiet 7, Dokkum.
 A. Wallinga, Wiecherinckstraat 128, Zwolle.
 G. J. Wichers, De Anjen 99, Leeuwarden.
 J. H. L. Wijers, Lange Mare 58, Leiden.
 M. van Wijhe, Ortstraat 19, Oss.

Overleden

W. Feikema, H. Dunantlaan 212, Middelburg.
 A. P. J. Rahier, Venloseweg 5, Tegelen.
 C. W. L. Rogge, Kromme Elleboog 16, Haren.
 P. J. Meijst, Dumaron Dalmally, Argyll, Schotland.



van de S.P.H.

Kort verslag bestuursvergadering d.d. 15 januari 1976

De voorzitter deelt mee dat de Deelnemersraad aan het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging als kandidaten voor de opengevallen bestuursfunctie na het aftreden van collega J. I. van der Leeuw zal voordragen collega C. van der Marel en collega Dr. J. C. Ogterop.

Het beleggingsadvies van de directeur waarmee door de Financieel Economische Raad werd ingestemd wordt door het bestuur goedgekeurd.

De actuaris geeft een toelichting op de nota die betrekking heeft op de ontwikkeling van het fonds in 1974. Er wordt met name aandacht besteed aan de invloed van de verschillende mutaties.

Het bestuur besluit om de standaardwinstdeling per 1 januari 1975 vast te stellen op 3½ %.

Een hiertoe aangestelde commissie bestudeert de mogelijkheid om te komen tot premievrijstelling bij gedeeltelijke invaliditeit. Er wordt verslag uitgebracht van een aantal gesprekken die inmiddels gevoerd zijn met de Artsen Onderlinge. Vast staat dat een dergelijke regeling op zeer grote moeilijkheden stuit.

Op het bureau van de Stichting wordt gewerkt aan de vervaardiging van een beknopte brochure, bestemd voor medische studenten, waarin de voornaamste punten van de collectieve pensioenregeling zullen worden vermeld.



van de S.P.M.S.

**Puntenverslag
60ste vergadering
d.d. 22 januari 1976**

Puntenverslag van de zestigste vergadering van het bestuur van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, gehouden op donderdag 22 januari 1976 in de vergaderkamer van de Stichting in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht. Aanvang: 19.30 uur.

De actuaaris geeft een toelichting op een door hem vervaardigde nota over de ontwikkeling van het fonds gedurende 1974 en van de aanspraken der deelnemers.

In verband met zijn uittreden uit de maatschap v/h Smit & Bunschoten zal Drs. Bunschoten geleidelijk zijn adviseurschap bij de Stichting beëindigen.

Het beleggingsadvies komt neer op voortzetting van het huidige beleid. Het voorstel wordt door het bestuur goedgekeurd.

De standaardwinstdeling voor 1975 wordt door het bestuur vastgesteld op 3½%.

Uitvoerig wordt van gedachten gewisseld over de mogelijkheid van premievrijstelling bij gedeeltelijke invaliditeit. Na gesprekken met de Artsen Onderlinge moest worden vastgesteld dat vastlegging hiervan in het pensioenreglement op vrijwel onoverkomelijke moeilijkheden stuit. Er wordt een voorstel tot een oplossing van de problemen voorgelegd waarmee het bestuur instemt.

In verband met mutaties volgt hieronder de samenstelling van het bestuur:

Dr. P. J. A. van Voorst Vader, voorzitter; Dr. D. W. Swijgman, secretaris; J. Th. Groenewegen, penningmeester; C. J. van der Kamp, plaatsvervangend voorzitter; Dr. F. G. C. Buyse, plaatsvervangend secretaris-penningmeester; Mevrouw M. de Vroom, plaatsvervangend lid; H. van Giffen, plaatsvervangend lid; L. E. M. Valk, plaatsvervangend lid.

Door een lid van de Deelnemersraad is aan het bestuur een brief geschreven waarin enkele suggesties zijn gedaan over de werkwijze van de Deelnemersraad. Het bestuur besteedt ruim aandacht aan de gedane voorstellen.



van de O.L.M.A.

Medewerkers buitendienst

Indien u contact wenst te hebben met een buitendienstmedewerker van de O.L.M.A. kunt u hem, hetzij rechtstreeks, hetzij via het bureau van de O.L.M.A. bereiken:

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij, voor Artsen (O.L.M.A.), tel. 030-88 54 11.

Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse. Stafmedewerkers: J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur, Keizersgracht 259, Amsterdam, tel. 020-22 92 25; R. Th. van der Garden, Klembergerweg 9, Epse-Gorssel, tel. 05759-18 25; E. J. M. Ghering, Burg. Vissersstraat 13, Tilburg, tel. 013-68 21 34; M. Rebergen, Roggeveld 6, Veenendaal, tel. 08385-1 52 77.



inhoud officieel

Van het Hoofdbestuur:	
Publikatie op grond van artikel 607 H.R.	432
Van de Stichting Nascholing Huisartsen:	
Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts t/m juli 1976	432
Van het Centraal Bestuur der L.A.D.:	
Arbeidsovereenkomsten en arbeidsbemiddeling	433
L.A.D.-beraad over c.a.o.	433
Personalia K.N.M.G.	434
Van de S.P.H.:	
Kort verslag bestuursvergadering d.d. 15 januari 1976	435
Van de S.P.M.S.:	
Puntenverslag 60ste vergadering d.d. 22 januari 1976	436

Nr. 14 — 2 april 1976