



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

WET OP DE PARAMEDISCHE BEROEPEN

De Wet op de paramedische beroepen dateert van 21 maart 1963. Op 20 november 1963 traden de eerste vier artikelen van deze wet in werking. Bij Koninklijk Besluit van 11 februari 1965 werd de inwerkingtreding van de overige

artikelen bepaald op 15 februari 1965. Het is wellicht nuttig na te gaan, welk effect de wet tot nu toe heeft gehad. Maar eerst doen wij er misschien goed aan, nog even enkele artikelen uit de wet te memoreren.

In artikel 1 wordt het begrip „paramedisch beroep” als volgt omschreven: „Onder „uitoefening van een paramedisch beroep” wordt voor de toepassing van deze wet verstaan het al dan niet in samenhang met aanverwante werkzaamheden als beroep verrichten van handelingen of verstrekken van adviezen, liggende op het terrein van de uitoefening van de geneeskunst, onder leiding van of op aanwijzing en onder controle van, dan wel ingevolge verwijzing door een geneeskundige of tandarts, door andere personen dan degenen, aan wie ingevolge de wet de bevoegdheid tot zelfstandige uitoefening van de geneeskunst in volle omvang of gedeeltelijk is toegekend. Deze wet is niet van toepassing op de ziekenverpleging en voor het overige slechts op die paramedische beroepen voor welke op grond van artikel 2 bij algemene Maatregel van Bestuur regelen zijn gesteld”.

In artikel 42 wordt gesteld, dat het verstrekken van brillen en brilleglazen, hetzij op recept, hetzij met behulp van letterproeven en brillendoos, niet tot de uitoefening der geneeskunst behoort. De bevoegdheid tot uitoefening van een paramedisch beroep wordt dus verleend krachtens deze wet via een Algemene Maatregel van Bestuur.

Over de inhoud van een dergelijke Algemene Maatregel van Bestuur adviseert volgens artikel 4 een commissie, die wordt ingesteld op voor-

25e JAARGANG - NO. 15 - 10 APRIL 1970

INHOUD

Wet op de paramedische beroepen	345
Dr. R. J. H. Kruisinga verwacht verbetering in ontwikkeling artsendichtheid	347
Conferenties Stichting Onderwijs Ziekenhuisbeleid	350
Discussie over abortus provocatus	351
Enkele gedachten over revalidatie; omschrijving en locatie	353
Boerhaavecursus over „Het atopie syndroom”	357
Dr. J. A. van Dongen besluit artikelenreeks over de incunabelen en postincunabelen in de bibliotheek van de Maatschappij	358
De Incunabelen en Postincunabelen in de bibliotheek van de Maatschappij (LII - slot)	359
Evaluatie t.v.-lessen	361
Tripod-experiment te Leiden	362
Van het hoofdbestuur:	
Kort verslag 154ste Algemene Vergadering (I)	363
Uitslagen verkiezingen districtsraden ..	368
Van het Centraal Bestuur L.S.V.: Kandidaatstelling	369
Van het Centraal Bestuur L.A.D.: Samenstelling C.B. per 1-1-'70	369
Van de S.V.B.P.H.: Kort verslag bestuursvergadering	369
Bedragen „Interne Richtlijn” voor 1970 verhoogd	369
Brieven aan de redactie	371
Varia	371

Hoofdredacteur: F. A. Bol

Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens

Colofoon op bladzijde 372

dracht van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Bij een Algemene Maatregel van Bestuur wordt de aard van de werkzaamheden bepaald en tevens de verhouding tot de geneeskundige c.q. tandarts. Zij regelt onder meer de examens en de tekst van de belofte van geheimhouding. Alvorens een Algemene Maatregel van Bestuur wordt vastgesteld, dient de Centrale Raad voor de Volksgezondheid te worden gehoord. Deze hoort de belanghebbenden en deskundigen, en bepaalt of er behoefte bestaat aan een regeling als bedoeld in art. 1 en 2. Pas daarna vindt de instelling plaats van de commissie, die over de inhoud van de Algemene Maatregel van Bestuur advies uitbrengt.

Een belangrijk deel van de wet is gewijd aan de tuchtrechtspraak en de strafbepalingen. Als gebruikelijk zijn er tenslotte een aantal overgangsbepalingen, met name met betrekking tot het behoud van de bevoegdheid van heilgymnast-masseur, welke bevoegdheid bij een uitvoeringsbesluit d.d. 31 augustus 1942 was geregeld.

Tot zover de Wet op de paramedische beroepen. Welk effect heeft deze wet tot dusverre gehad? Op 11 februari 1965 volgde het zogenaamde Fysiotherapeutenbesluit, met een wijziging op 6 april 1967. In dit besluit wordt de verhouding tot de geneeskundige in artikel 5 omschreven. Gesteld wordt, dat de geneeskundige een schriftelijke opdracht aan de fysiotherapeut dient te verstrekken. In die opdracht moeten in elk geval de naam en woonplaats van de opdrachtgever worden vermeld, en verder naam, geboortedatum en woonplaats van de patiënt en de diagnose, al dan niet in code. Ook kan de geneeskundige voorschriften geven over de toe te passen behandeling. Van het verloop van die behandeling dient de fysiotherapeut de opdrachtgever op de hoogte te houden.

Behalve het beroep van fysiotherapeut zijn tot nu toe geen paramedische beroepen geregeld. Wel heeft de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een aantal beroepen aangewezen, die volgens de Raad in het belang van de volksgezondheid als paramedisch beroep moeten worden aangemerkt. De Raad kwam tot haar aanbeveling op grond van de overweging, of de uitoefening van de in studie genomen beroepen handelingen of adviezen betreft die lig-

Maatschappij-agenda 1970

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

gen op het terrein van de uitoefeningen van de geneeskunde, en of deze handelingen en adviezen zelfstandig worden verricht dan wel gegeven. Het beroep van analist werd als niet-paramedisch beoordeeld, omdat hier de handelingen meer worden gezien als verricht door „de verlengde arm” van de geneeskundige, en niet op eigen initiatief en verantwoordelijkheid van de analist. Beroepen als logopedist, orthoptist en diëtist daarentegen dienen naar de mening van de Centrale Raad wel als paramedisch te worden aangemerkt.

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid stelt dus niet vast welke bevoegdheden de paramedicus heeft. Daarvoor is de bovengenoemde adviescommissie de aangewezen instantie. Wel zal de Raad stellen, dat het in het belang van de volksgezondheid is, een beroep onder de werking van de wet te brengen. Dan immers kunnen er eisen worden gesteld aan de beroepsopleiding, terwijl tevens de titel kan worden beschermd. Beunhazerij kan zo worden voorkomen. Met betrekking tot het beroep van diëtist wordt momenteel door een commissie van advies een Algemene Maatregel van Bestuur voorbereid. Allengs zal zo een toenemend aantal beroepen onder de werking vallen van de wet op de paramedische beroepen, met als gevolg een betere hulp aan de patiënt.

F. A. Bol

ABORTUS PROVOCATUS

Realiteit

Het verheugt mij, dat de discussie in M.C. weer is geopend. Ik ben er ook zeer benieuwd naar, of in een periode van één jaar een zodanige evolutie van inzichten heeft plaatsgevonden, dat nu de discussie aanzienlijk zal verschillen van de vorige. Ik ben bang van niet. Tot nu toe heb ik maar zijdelings de realiteit waar we mee te maken hebben, in de discussie opgenomen gezien. Deze realiteit is, dat naar schatting per jaar 20.000 - 60.000 Nederlandse vrouwen zich laten aborteren op illegale wijze door ondeskundige charlatans, met alle nare gevolgen van dien.

Nu kan men lang of kort praten over de vraag of het op ethische gronden is toegestaan om een potentieel menselijk leven te vernietigen en ieder heeft het recht daar zijn eigen mening over te hebben. Persoonlijk vraag ik mij af, of een potentieel leven, dat reeds voor de geboorte met gevoelens van afkeer of zelfs haat wordt bejegend door de ongewenst zwanger geworden moeder en eventueel door de vader, na de eventuele geboorte wel in zodanige omstandigheden komt te verkeren, dat het predicaat menselijk nog op zijn plaats is, en zijn wij ook hiervoor dan niet verantwoordelijk als abortus provocatus wordt afgewezen? Dit soort overwegingen doet dan ook niets af aan het feit, dat nu 20.000 - 60.000 vrouwen jaarlijks verstoken blijven van een medisch-technisch verantwoord uitgevoerde ingreep. Is dat misschien wel medisch-ethisch acceptabel? Daarbij komt nog, dat de vrouwen, die het kunnen betalen, gemakkelijk de buitenlandse adressen kunnen krijgen, zodat er ook nog een door het persoonlijke welstandsniveau bepaalde discriminatie plaatsvindt.

Als er gesproken wordt over schuldgevoelens bij vrouwen die zich hebben laten aborteren, zijn het dan niet vaak de schuldgevoelens, die wij hun aanpraten? En hoe zit het met de schuldgevoelens, die ongetwijfeld ook wel voorkomen bij vrouwen, die zich illegaal hebben laten aborteren? Zijn wij daar niet verantwoordelijk voor? Kunnen wij tegen die vrouwen zeggen: „Je hebt iets gedaan wat niet mag; red je nu ook maar met je schuldgevoelens”? Adoptie van kinderen is als oplossing aangegeven. Maar is, objectief gezien, adoptie niet vaak meer een vervullen van de behoeften en wensen van een kinderloos gezin, dan dat primair naar de belangen van de kinderen wordt gekeken (hoewel de laatste beslist niet verwaarloosd worden)?

De medisch geïndiceerde abortus provocatus wordt algemeen geaccepteerd. Ik zie niet duidelijk het verschil tussen een abortus, uitgevoerd omdat het leven van de moeder in direct gevaar is en een abortus, uitgevoerd om te voorkomen, dat het leven

van de moeder zowel als van het kind mogelijk een hel wordt. Ik ben het dan ook met mijn naamgenoot uit de Tweede Kamer, wiens politieke overtuiging ik overigens niet deel, eens, dat, gezien de realiteit waarmee we te maken hebben, de enige oplossing is: het legaliseren van abortus provocatus lege artis op verzoek van de moeder. Het feit, dat ik als niet klinisch arts nooit direct met dit probleem ben of zal worden geconfronteerd, verzwakt misschien mijn betoog, maar ontzegt me mijns inziens niet het recht hier een mening over te hebben.

Prof. Dr. H. B. Lamberts

Overbodig

Het is niet mijn bedoeling in discussie te treden met collega Dr. M. A. van Dongen over de strekking van zijn artikel op pagina 200 in Medisch Contact no. 9, 1970. Ik wil alleen even ingaan op zijn opmerking, dat hij zich:

„niet kan voorstellen dat de „toenmalige minister van Justitie” moet worden geblameerd met de opmerking op blz. 145 van Medisch Contact, dat een en ander zo „vanzelfsprekend leek, dat hij een uitzonderingsartikel volmaakt overbodig vond”. Het zou mij benieuwen, waarop commissieleden een dergelijke opvatting baseren, immers zij lijkt in strijd met de latere nadere omschrijving van de bedoeling van de wetgever in het Wetboek van Strafrecht.”

Het verbaast mij, dat iemand die medesamensteller is van het discussiestuk betreffende het abortusvraagstuk van de Katholieke Artsenvereniging, van de recente literatuur óf onvoldoende kennis heeft genomen, óf de inhoud daarvan zó snel heeft verdrongen. De opvatting van de commissie, dat de toenmalige minister van Justitie (1881 minister Modderman) een uitzonderingsbepaling voor de medicus overbodig vond, berust namelijk op uitspraken van de minister zelf, die uitvoerig zijn geciteerd, zowel in het artikel van Prof. Enschede in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 23.7.1966 110 nr. 30 pag. 1352, als in mijn eigen artikel over abortus provocatus (Belgisch) Tijdschrift voor Geneeskunde, 15.2.1967 nr. 4, tekst van een voordracht gehouden in maart 1966 in Gent. Uit mijn eigen artikel citeer ik:

„De argumenten die hij (= minister Modderman) nu 85 jaar geleden, aanvoerde, zijn nog onverminderd van kracht. Letterlijk zegt hij: „in het algemeen is de genees-, heel- en verloskundige volko-

men gedekt zo dikwerf hij handelt naar de regelen zijner kunst". Daarbij mag men „van een medicus niet vorderen dat hij wete wat de eerste specialiteit in het vak zou hebben geweten". En: „... als conflict bestaat (op goede gronden vermoed wordt) tussen 't belang van de moeder en van de vrucht, dan gaat 't belang van de moeder voor en weet de medicus wat hem te doen staat."

Uit een en ander blijkt, dat de Nederlandse wetgever bij de invoering van de bepalingen betreffende de strafbaarheid van de abortus duidelijk heeft bedoeld, de abortus op medische indicatie straffeloos te achten. Het is typerend voor de ontwikkeling in onze wetenschap, dat dit liberale standpunt na meer dan driekwart eeuw als het ware opnieuw moest worden ontdekt. Decennia lang hebben degenen, die de geneeskundige en meer speciaal de verloskundige ethiek doceerden, ons in de waan gelaten dat iedere medicus die — zij het op nog zulke goede gronden — een abortus uitvoerde, feitelijk een strafbare handeling beging waarvoor hij te allen tijde zou kunnen worden vervolgd, evenals zijn collega's die de indicatie hadden gesteld."

Dr. C. van Emde Boas, zenuwarts

Compromis

Naar aanleiding van het artikel van collega Pannekoek (M.C. no. 12/1970, blz. 281) heb ik mij gerealiseerd, hoever mensen van elkaar af kunnen staan wanneer zij spreken vanuit verschillende disciplines, en toch beiden — naar ik mag aannemen — even serieus naar een oplossing van een levensgroot probleem zoeken. Terecht gewaagt collega Kruyver (M.C. no. 12/1970, blz. 283) van de grote moeilijkheden, die zich in het abortusteam zullen voordoen bij zo uiteenlopende standpunten. Nooit heb ik mij duidelijker gerealiseerd hoe lijnrecht de α -richting staat tegenover de β -richting, dat wil zeggen de richting die denkt (min of meer onafhankelijk van de vigerende normen) tegenover de richting die haar hersenen gebruikt (min of meer afhankelijk van de actuele norm).

Het is duidelijk, dat vooral de laatste richting evenveel variaties kan vertonen als er mensen zijn op aarde. Het gebruik van de hersenen is voornamelijk een subjectief bepaalde zaak. Toch zullen wij het ooit over iets eens moeten kunnen worden, hoe gebrekkig dan ook. Het eerlijk denken van de psychiater (diens aanduiding van depressief en suïcidaal als „verpakking" acht ik eerder getuigen van helder inzicht dan een testimonium paupertatis) is noodzakelijk om inkapseling in het vigerende cultuurpatroon te voorkomen. Het pragmatisch denken is echter even noodzakelijk om de continuïteit te waarborgen. In dit verband merk ik echter op, dat het voorbeeld van de chirurg, die veel negatieve appendices opereert, niet opgaat. Het zou wel eens kunnen zijn, dat diens percentage complicaties veel

groter is, zij het dat deze gewoonlijk buiten zijn gezichtsveld vallen. Het is dus een slecht voorbeeld van pragmatisch denken. Ook de verandering in de waardering voor de ongeboren vrucht (wat iets anders is dan dat men minder waarde hecht aan het leven van de ongeboren vrucht) sluit een intensievere prenatale paediatric niet uit. Dat moet zelfs een β -mens duidelijk zijn.

Het is duidelijk dat om beide attitudes tot hun recht te laten komen, een compromis moet worden gezocht. Om een probleem als de abortus provocatus voor wetenschappelijk onderzoek toegankelijk te maken, is primair openheid en de mogelijkheid daartoe noodzakelijk. Ik meen, dat het rapport van het Medisch Genootschap voor Sexuologie (M.C. nr. 12 van 20 maart 1970, bladzijde 279) hiervoor bruikbare wegen aangeeft. Het nog langer tolereren van de huidige abortuspraktijken (in het geheim en/of ondeskundig zonder enige registratie) moet voor ieder wetenschappelijk denkend mens (α of β) onaanvaardbaar zijn. Het „nee, tenzij" van de gynaecoloog is een moraal-gebonden (iets anders dan ethisch-gebonden) uitgangspunt, en als zodanig onjuist als het gaat om objectief wetenschappelijk onderzoek. Het „ja, tenzij" van de psychiater benadert de vraagstelling positief, doch is er zich van bewust de waarheid niet in pacht te hebben; als zodanig een juister uitgangspunt.

Th. J. Hanrath, huisarts

24th World Medical Assembly 16-22 augustus te Oslo

Van 16 tot en met 22 augustus 1970 vindt te Oslo de 24th World Medical Assembly plaats. In die week heeft de organiserende World Medical Association (W.M.A.) een tweedaags congres gepland, dat als thema zal meekrijgen: „The general practitioner and his future".

Tijdens het congres zullen referaten zijn te beluisteren over het werk van de huisarts, de organisatie van de primaire gezondheidszorg, de mate waarin bij de medische opleiding de huisartsgeneeskunde wordt gestimuleerd en het onderzoek op het terrein van de huisartsgeneeskunde.

Maatschappij-afgevaardigden zullen zijn: haar voorzitter, Dr. L. van der Drift, Dr. J. A. Dalmeijer, secretaris-generaal J. Diepersloot en collega G. Dekker, tot 1 april 1970 secretarissenpenningmeester van de Maatschappij. Als waarnemer namens het Nederlands Huisartsen Genootschap zal Dr. H. J. Dokter in de Maatschappij-delegatie worden opgenomen.

Het ligt in de bedoeling de uitkomsten van het congres over de toekomst van de huisarts in boekvorm te bundelen. Naast de W.M.A.-bijeenkomsten staat een internationaal medisch filmfestival op het program; aan de Nederlandse Stichting Film en Wetenschap is gevraagd hieraan te willen deelnemen.

Enkele gedachten over revalidatie; omschrijving en localisatie

Door A. P. M. van Gestel, revalidatiearts

Inleiding

Revalidatie lijkt soms een modewoord geworden, zodat Verkade de woorden van een directeur-geneesheer van een ziekenhuis aanhaalt: „Revalidatie is in, maar wat moet ik er mee”. Terrecht echter draagt zijn uiteenzetting als titel: „Revalideren is duur, niet revalideren is duurder”¹.

Wij zien bij het snel ontwikkelen van de revalidatieconceptie twee tegengestelde problemen, die de activiteit beperken. Enerzijds staat er een toename van het aantal patiënten door een reeks van oorzaken zoals: het in leven blijven van patiënten met congenitale aandoeningen, het verkeer, de veroudering van de mens, de levensreddende maar vaak invaliderende operaties. Anderzijds is er een nog onvoldoende gelegenheid tot revalidatie, onder meer door het ontbreken van onderwijs in enige vorm op dit gebied bij de medische opleiding. Toch is er geleidelijk een aantal publikaties verschenen over deze problematiek met oplossingen en suggesties die voor Nederland bruikbaar zijn. Ik wil mij echter beperken tot de Nederlandse literatuur, aangezien deze ruim aanwezig is en voor ieder toegankelijk.

Indeling. Na het omschrijven van enkele veel gebruikte termen en begrippen op dit gebied, zal geprobeerd worden het verloop van de revalidatie en de localisatie ervan nader te bezien.

Begripsomschrijving. Er bestaat een grote verwarring over het begrip revalidatie en de terminologie hieromheen. De eerste beschrijving van revalidatie in de Nederlandse literatuur is die van Kits van Waveren die eronder verstaat: „De bijscholing of herscholing van militaire artsen om hun werk verantwoord te kunnen doen”².

Alvorens tot een goed hanteerbare omschrijving te komen, zou ik eerst twee vaak voorkomende wanbegrippen naar voren willen halen:

1. revalidatie is arbeidsgeschikt maken;
2. revalidatie is fysiotherapie.

ad 1: revalidatie is arbeidsgeschikt maken. Al te vaak wordt revalidatie in eerste instantie teruggebracht tot arbeid en als gevolg daarvan ten onrechte een aan het arbeidsbestel gebonden specialisme genoemd (Leering³). Wij gaan dan echter voorbij aan de grote groep van patiënten die nooit of

slechts in geringe mate tot arbeid zullen komen. Ik denk hierbij aan de kinderen, de ernstige gehandicapten, de ouderen, de huisvrouwen met aandoeningen waardoor zij hun taak niet meer kunnen verrichten. Dit zien van revalidatie als het opheffen van de somatische gevolgen van trauma, zou dan het grote verschil zijn met de doelstellingen van reactivering. Een deel van dit wanbegrip is wellicht terug te brengen tot het onjuist interpreteren van het woord „arbeidstherapie”. Dit heeft bij de revalidatie niets te maken met arbeidstraining en vaktraining. Het betekent in dit verband het automatiseren en functioneel leren gebruiken van geoefende bewegingen. Vooral Stoop⁴ heeft in zijn dissertatie hierover uitgebreid geschreven. Wel kan men stellen dat de vraag naar arbeidskrachten in de oorlog catalyserend heeft gewerkt bij de verspreiding van de revalidatiegedachte. Indien de revalidatie zich echter zou beperken tot de arbeidsgebondenheid, zou zij geen bestaansrecht hebben in tijden van overschot op de arbeidsmarkt en voor personen die nooit in het arbeidsproces terecht zullen komen.

ad 2: revalidatie is fysiotherapie. De andere grote fout is het synoniem stellen van fysische therapie (of fysiotherapie) met revalidatie. Wij vinden deze fout terug in het geven van de naam „revalidatie-afdeling” aan een afdeling die alleen fysiotherapie geeft en ook het geven van de naam „revalidatie” aan iets wat eigenlijk gewoon primair medisch behandelen is. Ik geloof dan ook dat een omschrijving van het begrip *primair medisch behandelen* ter onderscheiding van revalidatie noodzakelijk is. Ik wil hieronder verstaan een reeks van maatregelen met als doel een volledig anatomisch en fysiologisch herstel (Bangma⁵). Het woord revalidatie gebruiken als men medisch behandelen of nabehandelen bedoelt, werkt verwarrend. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid stelt in zijn rapport „De medische facetten van de revalidatie”⁶ de begrippen enkelvoudige en meervoudige revalidatie tegenover elkaar. Hierbij wordt onder de *enkelvoudige* revalidatie verstaan: „het uitsluitend medisch behandelen door de arts, zo nodig met behulp van paramedici, verpleegsters en maatschappelijk werkers.”

Na deze twee correcties zou ik willen komen tot een omschrijving van de revalidatie, zoals die vorig jaar werd opgesteld door een werkgroep van de WHO: „Het gecoördineerd en gecombineerd gebruik van maatregelen op medisch, sociaal, arbeidstech-

nisch en onderwijskundig terrein, die de gehandicapte op de voor hem optimale plaats moeten helpen brengen⁷. Wij moeten dus niet gaan spreken van medische revalidatie, sociale revalidatie, etc. Wij verliezen dan de eenheid van de mens volledig uit het oog. In plaats van verschillende revalidatiegebieden kan men dan ook beter spreken van de verschillende facetten van een revalidatieprogramma bij één persoon. Het geheel is meer dan de som der delen.⁸

De vier facetten zijn dus te onderscheiden, niet te scheiden, in:

1. activiteiten van medici en onder hun leiding werkende krachten die zich richten op het bereiken van een zo goed mogelijke lichamelijke en psychische situatie; hierbij kunnen dan ook alle hulpmiddelen gerekend worden zoals protheses, schoenen, vervoersmiddelen;
2. activiteiten op sociaal-maatschappelijk terrein om de gevolgen en de invloed van de handicap voor betrokkene en zijn omgeving voor zover mogelijk te verwerken;
3. activiteiten op het gebied van arbeid, variërend van huisarbeid tot plaatsing in het vrije bedrijf; hierbij kunnen verschillende vormen van arbeidstraining noodzakelijk zijn;
4. activiteiten op het gebied van onderwijs zich spitsend op het Mytyl-onderwijs met al zijn aspecten, betreffende kleuterschool, lagere school en voortgezet onderwijs; ook het vakonderwijs op speciale scholen.

De term „revalidatie” wordt hierbij gedekt door de „meervoudige revalidatiebehandeling” van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Essentieel zijn bij deze revalidatie twee zaken. In de eerste plaats de coördinatie en de combinatie van bovengenoemde maatregelen. Hieruit volgt het optreden van meer sectoren naast de medische, dus een multidisciplinaire benadering in teamvorm. In de tweede plaats is revalidatie een actief proces gericht op en gebaseerd op de medewerking van de patiënt. Zonder deze medewerking is revalidatie een vaak zinloos geheel. Dit onder meer in tegenstelling tot vele facetten van medisch behandelen waar de bewuste medewerking van de patiënt niet steeds vereist is, soms zelfs ongewenst, bijvoorbeeld bij operaties. In de revalidatie, waarin het activeren van de gehandicapte individuen een zo belangrijke rol speelt, past het ook de revalidant als belangrijke medewerker in het revalidatie-team op te nemen. (Venema⁹)

Persoonlijk geloof ik dat Breslau de begrippen behandeling en revalidatie goed tegenover elkaar heeft gesteld, wanneer hij schrijft¹⁰: „Revalidatie is er niet om de fouten in de behandeling te herstellen. Revalidatie dient deze behandeling waar nodig slechts te ondersteunen en aan te vullen”.

De talloze instanties die zich op het terrein van de revalidatie bewegen, en de verwarring die hieruit volgt voor de patiënt, kunnen voor hem aanlei-

ding zijn tot een kreet, zoals die geslaakt is door Cajal: „I want a doctor who will specialize in me”.

Als wij, zoals Stolte¹¹ in een van zijn artikelen, een indeling willen maken voor de verschillende specialismen - bijvoorbeeld die met speciale technieken zoals röntgen, bepaalde aandoeningen zoals reumatologie, bepaalde organen bijvoorbeeld urologie - zouden we de revalidatie het patiënt-gebonden specialisme moeten noemen. Bij dit alles komt duidelijk naar voren dat revalidatie een *medisch* specialisme is, omdat de aandoening bepalend is voor de functionele restcapaciteit. De arts zal dus met zijn inzichten leiding kunnen en moeten geven aan het gehele revalidatieverloop.

Verloop van de revalidatie.

Het begin van de revalidatie wordt bepaald door de orgaanspecialist, zodra de genezing een conditie-defect heeft achtergelaten¹². Beter is het, te beginnen als in de toekomst dit defect verwacht kan worden. Deze inschakeling zou vroeg moeten geschieden en aangezien de orgaanspecialist in eerste instantie in het ziekenhuis werkt zal de start van deze revalidatie dus in het ziekenhuis moeten plaatsvinden. De revalidatiearts zal dus als specialist in het ziekenhuis een taak moeten hebben.

Als ideale toestand beschrijft de Centrale Raad dan ook die toestand, waarbij alle voor revalidatie in aanmerking komende patiënten worden gezien door de revalidatiearts, zonder dat dit een opname in een centrum hoeft in te houden. Deze kan dan bepalen of revalidatie - al dan niet meervoudig - nodig is, in welke vorm en waar. Bij eerste contact zal de belangrijkste taak van de revalidatiearts zijn, de anatomische diagnose te vertalen in een functionele, bijvoorbeeld een trombose van de eindtak van de arteria cerebri media zal moeten worden vertaald in: „Een 49-jarige man, van beroep fietsenmaker, met een rechtszijdige verlamming van zijn lichaam, waarbij lopen mogelijk is, zo nodig met aanpassingen, en de rechterarm voor het gebruik volledig ongeschikt is door het verlies van lichaamschema enerzijds en de ernstige motore uitval anderzijds”. Hiervoor zal een aanvullende diagnostiek, die niet parallel loopt met die diagnostiek van de orgaanspecialist vaak nodig zijn. Na deze inventarisatie zal een evaluatie volgen met een planopstelling. De twee uitgangspunten bij Van der Pas zijn dan ook dat revalidatie voor dient te gaan en dat invaliditeit een voorafgaande revalidatie veronderstelt¹³. Indien het medisch therapeutisch mogelijk is het tekort op te heffen tot een redelijk stabiele evenwichtstoestand bij de vervulling van de maatschappelijke taak, is er maatschappelijk gezien geen handicap meer, ook al bestaat er nog een defect in vorm of functie.

De hierboven vermelde diagnostiek is niet alleen medisch maar bestrijkt alle facetten. Het beroepsbeeld zal moeten worden bepaald om na te gaan of een gehandhaafd blijven in het oude beroep mogelijk is bij mensen die reeds hebben gewerkt. Anders

zal het niveau van de capaciteiten moeten worden nagegaan. Naast het beroepskeuze-advies zal vaak een psychologisch onderzoek noodzakelijk zijn. De sociale achtergronden moeten worden bekeken, waarbij ook de houding van de omgeving in engere zin, dus de familie, een belangrijke bepalende factor is voor het slagen van de revalidatie.

De taak van het maatschappelijk werk is hierbij onder meer het beeld van de patiënt te plaatsen tegen zijn achtergrond. De problemen van de financiële gevolgen van de gehandicapte en het oplossen hiervan is, met name in het begin, een belangrijke component. De goedwillende patiënt zou anders geremd kunnen worden in zijn coöperatie. Zodoende is op het ogenblik van de diagnostiek de multidisciplinaire benadering al duidelijk, waarbij de planopstelling volgt. Hierbij zal aan ieder der disciplines een duidelijk omschreven opdracht volgen met wat en wanneer er iets moet worden gedaan. Het juist op elkaar afstemmen van deze onderdelen is een belangrijke taak van de revalidatiearts. Bij het kind is dit vaak nog duidelijker, omdat het kind met aangeboren gebreken in zijn totale ontwikkeling gestoord is.

Revalidabiliteit is een belangrijk begrip bij de evaluatie en de planopstelling. Deze wordt onder meer bepaald door de aard en de ernst van de aandoening, de instelling van de patiënt en van zijn milieu, de leeftijd en het beroep. Ook de mogelijkheid geestelijk voldoende energie en begrip op te brengen is belangrijk. Vooral de aard van de ziekte is van belang, namelijk of het een definitieve eindtoestand is, zoals na een amputatie door ongeval, of een ziekte waaraan de betrokkene lijdende is. Van Heusden¹⁴ spreekt over deze laatste groep van aandoeningen, met name het reuma, als over een schijnbare eindtoestand, terwijl het in feite een smeulende vulkaan is. Hier zal men dus nooit kunnen spreken van een volledig gerevalideerd zijn, maar van een patiënt die steeds weer opnieuw aangepast zal moeten worden aan het wisselen van of de progressie in zijn aandoening.

Localisatie van de revalidatie.

Zeer globaal genomen kunnen wij vijf mogelijkheden onderscheiden, waarbij ik in eerste instantie geen onderscheid wil maken tussen „enkelvoudige” of „meervoudige” revalidatie. Bij de bespreking van de vijf localisaties komt dit onderscheid dan terug.

1. Instituut voor fysische therapie of fysiotherapie.
2. Afdeling fysische therapie in ziekenhuizen.
3. Afdeling revalidatie in algemene ziekenhuizen.
4. Regionale centra, poliklinisch of klinisch.
5. Landelijke of speciale centra.

Om begripsverwarring te voorkomen wil ik hier de termen fysiotherapie en fysische therapie nog eens omschrijven: fysiotherapie is het totaal van massage, oefen therapie en fysische therapie; fysi-

sche therapie is het gebruik van diathermie, hydrotherapie, electrotherapie, etc.

ad 1 Het instituut voor fysiotherapie is een zelfstandige inrichting al dan niet onder medische begeleiding of leiding, waar de verschillende facetten van de fysiotherapie worden beoefend. Deze behandelingen dienen dan te geschieden door wetenschappelijk daartoe bevoegde krachten, namelijk fysiotherapeuten of heilgymnasten, onder toezicht van of op verwijzing van een arts.

ad 2 De afdeling fysiotherapie is een afdeling met de hierboven vermelde mogelijkheden, die ingebouwd is in een ziekenhuis en dient voor het zowel klinisch als poliklinisch verzorgen van de patiënten. Voor een goed werken van deze afdeling is een geconcentreerd zijn van de apparatuur op dit gebied, zoals diathermie, electrotherapie en oefen- en massagemogelijkheden noodzakelijk. Deze beide mogelijkheden zijn in eerste instantie hulpmiddelen voor iedere arts om te komen tot medisch behandelen. Wel zal bij de start van de opbouw van de revalidatie in een bepaald ziekenhuis of stichting deze afdeling voor fysiotherapie een belangrijk vertrekpunt zijn voor de revalidatiearts. Wanneer echter deze afdeling niet verder wordt uitgebouwd, is het onjuist dit een afdeling voor revalidatie te noemen.

ad 3 De afdeling revalidatie van een algemeen ziekenhuis, soms ten onrechte genoemd revalidatiedienst, omvat naast deze fysische therapie en oefen therapie ook de mogelijkheden voor arbeidstherapie met arbeidsbeoordeling en medisch maatschappelijk werk. Vanuit deze revalidatieafdeling bestaat dan de mogelijkheid van consultering, medebehandeling en behandeling door de revalidatiearts, als specialist aan dat ziekenhuis verbonden.

ad 4 Het regionale centrum zal vanuit een combinatie van ziekenhuizen een grotere opzet mogelijk maken met een beter gebruik van de mogelijkheden, die anders zouden moeten zijn gespreid. Vaak ontstaat hierdoor de mogelijkheid de afdelingen in de ziekenhuizen de primaire medische behandeling te laten verrichten in de zin van fysiotherapie, waarbij de revalidatiearts als verbindingspersoon en coördinator na kan gaan of bepaalde patiënten aan deze fysiotherapie voldoende hebben en dus in het ziekenhuis behandeld kunnen worden, of dat zij voor een meer complexe fysiotherapeutische benadering of een multidisciplinaire aanpak in de zin van revalidatie naar het regionale centrum moeten worden verwezen.

In twee artikelen van dit tijdschrift zijn de beschouwingen verschenen, die Prof. Stolte en Dr. Kortbeek aan dit onderwerp hebben gewijd^{15,16}. De noodzaak van deze regionalisatie enerzijds en de daarbij naar voren komende problematiek anderzijds zijn hier duidelijk naast elkaar geplaatst. Als voordelen werden onder meer genoemd:

1. de vereiste kennis wordt bij een beperkt aantal deskundigen aangetroffen, al dan niet in teamverband;

2. de medisch-technische voorzieningen - inclusief hulpkrachten - zijn gespecialiseerd en vereisen investering;

3. de geoefendheid van de deskundigen blijft alleen op peil bij voldoende gevarieerd werk;

4. concentratie van deskundigheid geeft verdere specialisatie.

Indien dit regionale centrum temidden van de samenwerkende ziekenhuizen ligt, zal de patiënt snel gebruik kunnen maken van de daarin aanwezige voorzieningen en zal een goed contact met de primair behandelend arts blijven bestaan.

Door het concentreren van de voor revalidatie in aanmerking komende patiënten in een regionaal centrum, zal het mogelijk moeten worden deze niet slechts poliklinisch maar ook klinisch op te vangen. In grote delen van Nederland bestaat geen of onvoldoende mogelijkheden tot klinische revalidatie en moeten patiënten worden verwezen naar ver gelegen centra. Door hun te grote rayon hebben deze dan weer lange wachttijden. Per regio moet dan ook de mogelijkheid van een beperkte klinische opvang bestaan, bij voorkeur niet geheel ingebouwd in een algemeen ziekenhuis gezien de andere sfeer en doelstelling.

In dit regionale centrum zal uiteraard afhankelijk van het poliklinisch of klinisch zijn een outillage moeten bestaan voor al deze aspecten. Naast de fysiotherapie, arbeidstherapie, arbeidsbeoordeling en maatschappelijk werk, vinden wij hier de mogelijkheden voor uitgebreidere diagnostiek via alle mogelijke metingen, het vastleggen van gegevens op foto, film en dergelijke, alsmede prothesiologie, fysiologie, onderwijs, recreatie, sport, etc. Het team van een regionaal of landelijk centrum wordt weliswaar voor een deel bepaald door de lokale situatie en de aandoeningen die de patiënten hebben, maar toch zullen wij steeds een bepaald grondpatroon terugvinden. Wel is er een onderscheid tussen de centra voor volwassenen en die voor kinderen. Ten onrechte is de revalidatie voor kinderen gezien als een revalidatie voor volwassenen op verkleinde schaal.

In de centra zal dus naast de primair medische benadering de multidisciplinaire problematiek moeten worden beoordeeld en behandeld. Het naar binnen halen van technici, arbeidsdeskundigen en anderen is moeilijk in een ziekenhuis en dit is onder meer voor mij reden het regionaal centrum te pro-

Ringband voor Statuten en Huishoudelijk Reglement

In voorbereiding is een nieuwe, aan alle leden toe te zenden, uitgave van de Statuten en het Huishoudelijk Reglement der Maatschappij, waarin, uiteraard, wijzigingen en aanvullingen op de voorgaande, van 1961 daterende uitgave, zullen zijn verwerkt.

De frequentie waarin wijzigingen en/of aanvullingen van Statuten en Huishoudelijk Reglement zich voordoen, rechtvaardigt naar de mening van het hoofdbestuur niet de zeer hoge kosten van een losbladige uitgave. Leden, die niettemin prijs stellen op een losbladig exemplaar van Statuten en Huishoudelijk Reglement, kunnen dat kenbaar maken door storting van een bedrag van f 5,— op het postgironummer der Maatschappij no. 58083 onder vermelding „Ringband”. Aan leden, die de ringband bestellen, worden dan in den vervolge aanvullingen en wijzigingen losbladig toegezonden.

Ter voorkoming van onnodige administratie en ten dienste van het zorgvuldig aanleggen van een register dergenen, aan wie in de toekomst wijzigingen en aanvullingen losbladig moeten worden toegezonden, zal levering van de ringband kunnen geschieden uitsluitend na storting van genoemd bedrag, waarin de verzendkosten zijn begrepen.

pageren boven de revalidatieafdeling van een ziekenhuis. Bovendien moet, zoals eens typerend is gezegd, tegenover de moederlijke verpleging van het ziekenhuis de loederlijke verpleging van de revalidatie staan. Een vermenging van deze twee sferen is niet mogelijk, zodat bij het wisselen van de diensten en dergelijke in het ziekenhuis deze twee in conflict komen.

ad 5 Het landelijk centrum zal vaak voor meer gespecialiseerd werk nodig zijn zoals bijvoorbeeld dwarslesies, maar meestal kan beter worden volstaan met een voldoende spreiding van regionale centra met volledige inrichting. Een streven ook gestimuleerd door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Specifiek landelijke centra, zoals bijvoorbeeld Muiderpoort van de Gemeenschappelijke Medische Dienst, kunnen een grote rol spelen, met name op het gebied van research en gecompliceerde problematiek.

Aantal. De omvang van het probleem van de revalidatie is onbekend, omdat het nog nooit op uitgebreide schaal als research-object is genomen. Banens¹⁷ geeft hierover een berekening. Hij stelt, dat op basis van gegevens uit Denemarken en het Zuiderziekenhuis in Rotterdam 3 tot 5% van de opgenomen patiënten een meervoudige revalidatie nodig hebben, 50% een enkelvoudige. Dit leidt tot schattingen van 500.000 gevallen van enkelvoudige

Een abonnement op

Medisch Contact

kost f 30,— per jaar + f 1,20 B.T.W. = f 31,20

revalidatie en 40.000 gevallen van meervoudige revalidatie per jaar.

Wanneer wij in een revalidatiecentrum poliklinisch en klinisch een bezetting nemen van 1 revalidatiearts per 40 volwassenen, vinden wij voor 40.000 patiënten met een gemiddelde opnameduur van 6 maanden een noodzaak van 20.000 bedden. Dit houdt in zich 500 revalidatieartsen. Wanneer wij 1 fysiotherapeut per 8 patiënten nemen zouden deze revalidatiecentra 2500 fysiotherapeuten nodig hebben, en met een verhouding van 1 op 16 wat betreft de arbeidstherapeuten, 1250 arbeidstherapeuten. Wanneer men dan weet dat er in totaal 70 revalidatieartsen zijn en 2500 fysiotherapeuten, die ook beschikbaar moeten zijn voor het enkelvoudig behandelen, constateert men de tekorten.

Weliswaar geven deze getallen een optimale situatie aan, waarnaar zal moeten worden gestreefd, maar de huidige praktijk ligt daarop zoveel achter, dat ernstig moet worden overwogen hoe het quotiënt van momentele en optimale situatie het getal 1 enigzins kan benaderen. Enkele suggesties hierbij kunnen zijn:

1. onderwijs op het gebied van de revalidatie tijdens de algemene opleiding tot arts;
2. research naar de behoefte tot enkelvoudige en meervoudige revalidatie bij patiënten opgenomen in ziekenhuizen en dergelijke;
3. kritische beoordeling van de opleidingseisen voor alle personen werkzaam op dit terrein om een zo hoog mogelijke efficiëntie te bereiken;
4. regionale concentratie van poliklinische en klinische centra temidden van een groepering van ziekenhuizen.

Literatuur

1. Verkade, W. J., Revalideren is duur, niet revalideren is duurder, Arts en Soc. Ver. 1967 nr.5 74-77.
2. Kits van Waveren, E., Rehabilitatie, Medisch Contact 3:8 1948 173-180.
3. Leering, Dr. C., Het wetenschappelijk model van de geriatrie als specialisme, M.C. 23:44 1968 887-890
4. Stoop, J. W. F. M., Revalidatie in Nederland, diss. 1959.
5. Bangma, B. D., Unfallmedizin und Rehabilitation, Rehabilitation 16:6 1963 121-128
6. Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Medische facetten der revalidatie, Verslagen en mededelingen betreffende de volksgezondheid 7 1968
7. W.H.O., Expert Committee on medical rehabilitation, Techn. Report Series 419 1969.
8. Hoeven, J. A. v.d., Het geheel is meer dan de som der delen, Leiden 1965.
9. Venema, F. B., Revalidatie, Stichting Centrum Overijssel (brochure).
10. Breslau, W. J., Ervaringen van de Sociale Verzekeringsbank op het gebied van de revalidatie, Ons Ziekenhuis 29:4 1967 105-110.
11. Stolte, J. B., De problemen van de medische specialisatie, Ons Ziekenhuis 1956:5 1-4.
12. Jongbloed, J. C., De plaats van de revalidatiearts in het algemeen ziekenhuis, Het Ziekenhuiswezen 1968: 42 412-419
13. Pas, J. H. R. v.d., Validiteits-schattingen, van Gorcum 1964
14. v. Heusden, Revalidatie van reumapatiënten, Tijdschr. Heilg. en Mass. 1951 (sept.) 61.
15. Kortbeek, dr. L. H. Th. S., Wat verwacht de specialist van regionalisatie?, M.C. 24:33 1969 653-658.
16. Stolte, Prof. dr. J. B., Regionalisatie en intramurale gezondheidszorg, M.C. 24:22 1969 615-620.
17. Banens, J. H. M., De revalidatie in ziekeninrichtingen, Ons Ziekenhuis 49:4 1967 114-117.

Boerhaavecursus over „Het atopie syndroom”

Op 28, 29 en 30 mei 1970 organiseert de Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs een cursus met als thema „Het atopie syndroom”. De cursus vindt plaats in het Fysiologisch Laboratorium, Wassenaarseweg 62 te Leiden. Cursusleiders zijn: Dr. R. Voorhorst, Dr. W. Hijmans en Dr. H. Varekamp. De lezingen zijn vooral bestemd voor internisten, kinderartsen, longartsen, k.n.o.-artsen en allergologen; overigens is ieder belangstellende arts welkom. Tijdens de cursus zullen de volgende onderwerpen aan de orde komen: klinische aspecten van het atopie syndroom, testtechnieken, het immunoglobine E, immunopathologie. Voorts zal uitvoerige aandacht worden besteed aan enige ubiquitaire atopische allergenen, met name graspollen en huisstofmijten, alsmede aan de behandeling van de atopische allergie.

Een programma-overzicht, met tussen haakjes de

onderscheidene referenten: de chronische aspecifieke respiratoire aandoeningen en het atopie syndroom (N. G. M. Orie, R. Voorhorst); klinische aspecten van het atopie syndroom (P. H. Schmidt, R. Voorhorst, J. W. H. Mali, J. A. Oosterhuis; uit de geschiedenis van de allergologie (H. Schadewaldt, H. Varekamp); testtechnieken voor de atopische allergie (R. Voorhorst, S. Sparreboom, C. Cohen, K. de Vries, M. Werner); immunopathologie van het atopie syndroom (N. A. J. Mul, E. E. Reerink-Brongers, K. W. Pondman, I. L. Bonta, P. A. J. J. M. de Cock); algemene discussie (voorzitter: W. R. O. Goslings).

Verdere inlichtingen over de cursus zijn te verkrijgen bij het Secretariaat van de Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Academisch Ziekenhuis, Leiden, tel. 01710-47222, toestel 2797. Aanmeldingen (cursusgeld f 50,—) vóór 16 mei 1970 op hetzelfde bureau.

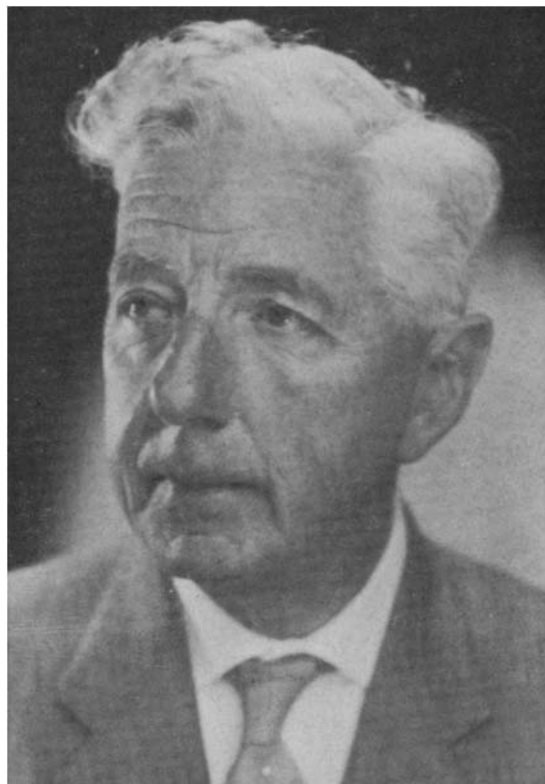
Dr. J. A. van Dongen besluit artikelenreeks over de incunabelen en postincunabelen in de bibliotheek van de Maatschappij

Hiernaast verschijnt de laatste bijdrage van Dr. J. A. van Dongen in de reeks publikaties over de incunabelen en postincunabelen in de bibliotheek der Maatschappij. Verspreid over ruim vijf jaar heeft de beheerder van de Maatschappijbibliotheek 52 afleveringen verzorgd van deze serie boekbesprekingen in Medisch Contact, welke vanaf het begin (M.C. nr. 50 van 11 december 1964) een eigen gezicht heeft gehad en voor menig lezer stilaan het karakter kreeg van een vertrouwde vaste rubriek.

Nu deze rubriek wordt besloten past het op bescheiden wijze te getuigen van de gevoelens van dankbaarheid en bewondering welke de redactie van Medisch Contact en — zoals herhaaldelijk is gebleken — vele lezers koesteren jegens Dr. Van Dongen vanwege diens bibliografische talenten en zijn nimmer aflatende enthousiasme om op zijn manier mede een bijdrage te leveren op het brede terrein van de beschrijvende geschiedenis der geneeskunde.

Redactie en lezers van Medisch Contact zijn overigens niet de eersten die Dr. Van Dongen hun dank betuigen. Al ruim 2½ jaar geleden immers werd hem bij de aanvang van het negentiende Ledencongres der Maatschappij, in oktober 1967 te Apeldoorn, door de toenmalige Maatschappijvoorzitter, Prof. Dr. W. H. Struben, de zilveren legpenning van de K.N.M.G. uitgereikt. Bij die gelegenheid werd uitvoerig ingegaan op de verdiensten die Dr. Van Dongen heeft gehad voor de Maatschappij, in het bijzonder in zijn functie van beheerder der boekerij, een functie welke hij sedert november 1949 met grote nauwgezetheid uitoefent.

Een greep uit de ruim twintigjarige staat van dienst als Maatschappij-bibliothecaris brengt onder meer in herinnering, dat gedurende zijn bibliothecariaat Dr. Van Dongen de boekerij der Maatschappij heeft uitgebreid met een schat aan medische studies, een uitbreiding die intussen het zeer respectabele aantal van achtduizend delen tenminste zal benaderen. Voor vele Maatschappijleden is Dr. Van Dongen voorts een bekende figuur door de exposities welke hij bij gelegenheid van de jaarlijks terugkerende Maatschappij-Ledencongressen de laatste tijd regelmatig heeft ingericht. Op dit gebied had hij overigens al een internationale reputatie opgebouwd. Zo richtte hij bij het wereldcongres van medische bibliothecarissen te Londen in 1953 een tentoonstelling in, terwijl hij in datzelfde jaar ook meewerkte aan de totstandkoming van twee exposities in eigen land. In 1954 exposeerde hij de oude edities op de tentoonstelling van het Franse wetenschappelijke boek. Hij droeg dat jaar ook bij tot de historische tentoonstelling, welke was opgezet ter



gelegenheid van de viering van het twaalfhonderd-jarig jubileum van de stad Dokkum. In 1958 bouwde hij in samenwerking met mej. Dr. Maria Rooseboom de Nederlandse afdeling op in de Hall of Fame, gesticht door het International College of Surgeons te Chicago. In datzelfde jaar leverde hij zijn bijdrage aan de tentoonstelling te Lissabon ter gelegenheid van het zesde internationale congres voor tropische ziekten dat toen daar werd gehouden.

Voor de lezers van Medisch Contact genoot Dr. Van Dongen vermaardheid uiteraard op de eerste plaats als publicist. Een ongekend aantal artikelen van zijn hand verscheen in de loop der jaren in deze kolommen; voorts werden op zijn naam en onder zijn leiding ook elders medisch historische werken, waaronder enkele in boekvorm, uitgegeven. Het is dan ook niet wel denkbaar, dat met het besluit van de artikelenserie over de incunabelen en postincunabelen uit „zijn” boekerij de auteur Van Dongen definitief zal verdwijnen van dit podium, waarop deze vitale tachtiger een groot deel van zijn faam verwierf en waarop hij vanzelfsprekend van harte welkom blijft.

Redactie M.C.

De Incunabelen en Postincunabelen in de Bibliotheek van de Maatschappij (LII-slot)

[Epistola] Andreae Thurini Pisciensis, medici apostolici, ad Matthaeum Curtium Ticinen de vena in curatione pleuritidos incidenda. Secunda impressio.

Ook Andreas Thurinus en Matthaeus Curtius hebben zich gemengd in de strijd over de vraag waar de aderlating bij pleuritis moet geschieden, aan de zieke of aan de gezonde zijde. Wat verwachtte men van een aderlating? In de eerste plaats zag men daarin een algemene werking, een bloedonttrekking, waardoor de vloed van humores in andere banen werd geleid, genaamd revulsio en ten tweede een plaatselijke werking, waardoor de ziektestof die zich had vastgezet in het zieke deel werd verwijderd, genaamd derivatio of ook evacuatio.

Het probleem van de plaats der venaesectio bij dolor lateralis, zijdepijn, was reeds oud. Volgens de Hippocratische leer moest deze verricht worden aan de zieke kant, volgens de Arabische geneeskunde aan de gezonde zijde. De Franse geneesheer Brissot (1478-1522) was een voorstander van de venesectie bij pleuritis en peripneumonie aan de zieke kant, uitgaande van de opvatting dat een aderlating zo dicht mogelijk bij de zieke plaats dient te geschieden. Een historisch voorval werd aanleiding tot een grote strijd over het onderhavige onderwerp. Brissot was werkzaam in Evora in Portugal toen de Portugese koning pleuritis kreeg. Brissot werd aan zijn ziekbed geroepen en schreef een aderlating aan de zieke kant voor. De koning genas, doch de lijfarts Denis, die een andere opvatting was toegedaan, publiceerde een hekelschrift tegen Brissot, waarin hij verkondigde dat de koning was genezen tegen de regelen van een goede geneeskunst, dat hij eigenlijk niet had moeten genezen.

Dit gaf aanleiding tot een groot conflict, het bleef niet beperkt tot de geneeskundige stand, doch half Europa bemoeide zich ermee, er waren twee kampen: pro en contra Brissot. Deze prepareerde een verdedigingsschrift, doch hiermee bezig stierf hij aan dysenterie in 1522. Het geschrift werd in 1525 toch gepubliceerd te Parijs.

Een der aanhangers van Brissot was de Zwitserse geneesheer Leonard Fuchs (1501-1566). Een tegenstander was onze Hieremias Thriverus Brachelius (Jeremias Drivere uit Brakel), die in 1532 in Leuven publiceerde: „Hieremiae Thriveri Brachelii medici Lovaniensis de missione sanguinis in pleuritide, ac aliis phlegmonis tam externis quam internis omnibus, cum Petro Brissoto et Leonardo Fuchsio disceptatio ad medicos Parisienses” (Dis-

cussie van Hieremias Thriverus Brachelius, geneesheer te Leuven, met Petrus Brissotus en Leonardus Fuchsius over de bloedlating bij pleuritis en alle andere zowel uitwendige als inwendige ontstekingen, gericht aan de Parijse geneesheren). Leonard Fuchs schreef toen een apologie ter verdediging van Brissot en daartegen kwam Thriverus in 1535 weer in het geweer met: „Elenchus apologiae Leonardi Fuchsii nuper emissae de missione sanguinis in pleuritide” (De inhoud van het onlangs uitgegeven verdedigingsschrift van Leonard Fuchs over de aderlating bij pleuritis).

Ook de grote Vesalius (1515-1564) nam aan, dat de venesectie zo dicht mogelijk bij de zieke plaats moest geschieden en hij kwam daarom op grond van zijn anatomische onderzoeken van menselijke cadavers tot de conclusie dat de aderlating bij pleuritis, zowel bij aandoeningen van de rechter als van de linker zijde, moest verricht worden in de vena axillaris van de rechter elleboog (met uitzondering van de zeldzame localisatie van de pleuritis boven in de linker thoraxhelft). Vesalius vond namelijk bij zijn onderzoek van de loop en de vertakkingen van de V. Cava dat de takken die de beide wanden van de borstkas verzorgen, met uitzondering van de bovenste, alle rechts van de wervelkolom in de V. Azygos uitmonden. Ook vond hij dat de V. Azygos inmondt in de V. Cava superior en niet, zoals Galenus verkondigde, in de V. Cava inferior. Dit was misschien de eerste ervaring die Vesalius deed twifelen aan de juistheid van de mededelingen van Galenus, die voordien voor onfeilbaar werd gehouden. Ook Monardo (1462-1536), Jean Fernel (1485-1558), de Nederlander Pieter van Foreest (1522-1597) en vele anderen waren de opvatting van Brissot toegedaan.

Een tegenstander was de bekende hoogleraar Mattheus Curtius (1475-1542) en tegen hem nam Andreas Thurinus het op in de hier aangekondigde postincunabel uit de Bibliotheek van de Maatschappij. In het werk van Thurinus worden uitvoerig, omslachtig en ingewikkeld allerlei bezwaren te berde gebracht tegen de opvatting van Curtius. Ook Vesalius verdedigde zijn mening over de aderlating bij pleuritis tegen Curtius. Een anekdote over Curtius vertelt dat hij zelf een pleuritis had en dat de docatoren die hem behandelden hem vroegen of hij een aderlating wenste volgens de gewone voorschriften of volgens die van hemzelf. Hij zou geantwoord hebben: „Thans ben ik geen medicus doch patiënt”. Hij kreeg toen een aderlating volgens de gebruikelijke voorschriften en genas.

In alle werken uit die tijd kan men veel vreemde,

ANDREAS THVRINVS PISCIEN. PHYSICVS
MATTHAEO CVRTIO HIPPOCRATI
CAE FACVLTATIS PRIMARIO
SE COMMENDAT ET S.D.



Vaſtionem de loco inañſionis uenæ in Pleuritico morbo, quam, te diſtante. Auditores (ut ſcribis) ad amuſſim, diligētīſſimeq; exæperunt, ſepe cum maxima incunditate plegi, erat enim & ſapientiæ, & claritatis abundās. Et, licet ualidiſſimis tum authoritatibus, tū rationibus ſit opinio tua ualida, quod primum eſt ſapiētis opus, non mentiri, non tamen eo caret opere ſapientis, quod eſt, mētientem poſſe ſe manifeſtare. Firmiſſima enim fundamenta ponis, quibus Medicorum cohors, & practicanſium phalanx opinionem tuæ oppoſitam erigit. Quæ tamen inualida, & corruentia demonſtras. Non potui tamen calamum continere, & contrariam opinionem iandiu erectam, & uſu confirmatam non defendere, nō ut tibi phyſicorum fulgentiſſimo, & eminentiſſimo, & amicorum optimo contradicere, do enim tibi in hac facultate libentiſſime manus, & herbam. Non etiam ad ſcribēdum me impulit mundi gloria, & ut noſtri temporis medici a fonte meo nouam aquam hauriant. Iandiu enim nō ſolum iuniores, & recentiores Medici, ſed uetuiſſimi ſapientes etiam hāc, quam ſcribemus opinionem, copioſiſſime agnouerunt. Sed ob hāc cauſam calamum ſumpſi, ut hac mea oppoſitione ueritas eluceſcat magis, & tu ad altiora ſcribenda accēdaris, ut tua præclara uirtus iam omnibus manifeſta indies clarior euadat. Et, ne (cum lōgam ſim diſputationē facturū) longiſſimo utar procēmio, iam in certamen deſcēdo. ¶ Nulli dubium eſſe debet mi Curti in operibus medicanæ Galeni inuentam eſſe illam iandiu uulgatam diuiſionem, uidelicet in Apoſtemate per modum fluxus generando, de hoc enim Apoſtematum genere ſemper noſter habendus eſt ſermo, duplicem eſſe humorē, alterum, qui fluens eſt, alterū quoque, qui fluxit. Galenus enim i compluribus locis id teſtamento reliquit. Secūdo enim de arte curatiua libro dixit. Fluē-

A ij

zinloze dingen lezen en pas met de ontdekking van de bloedsomloop door William Harvey was het probleem van de plaats der aderlating bij pleuritis voorgoed uit de wereld. Hoewel Harvey reeds eerder uitlatingen had gedaan over de circulatie van het bloed werd het 1628 voor zijn beroemde boek „Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus” verscheen.

Andreas Thurinus (Turini) is geboren in Pescia. Van 1515 tot 1521 was hij professor in de geneeskunde aan de universiteit van Pisa, daarna lijfarts

der pausen Clemens VII en Paulus III en van de Franse koningen Lodewijk XII en Frans I. Hij was vooral bekend door zijn strijd over de plaats van de aderlating bij pleuritis. Behalve het hier aan de orde zijnde werk uit 1526 schreef hij: „De curatione pleuritidis per venaesectionem, Lyon 1537”, „Responsiones contra Matthaeum Curtium de vena in pleuritide secanda” Parijs 1538 en Bologna 1543 en ook „Defensio contra M. A. Montisianum quod non in omni febris putrida conveniat sanguinis missio, Roma 1549”.

Matthaeus Curtius (Matteo Corti) is in 1475 te Pavia geboren. Op zijn 22ste jaar werd hij hoogle-
raar in Pavia, waar hij bleef tot 1515. Toen ging hij
naar Pisa en in 1524 naar Padua. Hij was dus in de-
zelfde jaren als Thurinus hoogleraar in Pisa. Hij
was lijfarts van paus Clemens VII. Later keerde hij
terug naar de universiteit van Pisa en hij is in 1542
overleden. Hij schreef twee werken over de aderla-
ting, verschenen te Venetië in 1534 en te Lyon in
1538. Ook schreef hij nog: „De curandis febribus
ars medica”, „Dosandi methodus” en „De prandii
ac coenae modo libellus”.

De titel van ons boekje luidt in vertaling: [Open
brief van] Andreas Thurinius uit Pescia, apostolisch
medicus, aan Matthaeus Curtius uit Pavia, over de
ader die ingesneden moet worden bij de behande-
ling van pleuritis. Tweede druk.

Het boek eindigt aldus: „Me ames et doctoribus
auditoribusque Patavinis me plurimum commendes,
vale. Ex urbe, VI Idus Maii MDXXVI Clemente VII
sapientissimo optimoque dominante” (Wil mijn
vriend zijn en wil mij ten zeerste aanbevelen bij de
doctoren en toehoorders in Padua, vaarwel. Uit
Rome, 9 mei 1526, tijdens het bestuur van de zeer
wijze en zeer goede Clemens VII).

Het colofon luidt: „Impressum Bononiae per
Haeredes Hieronymi de Benedictis, Die primo
mense Februarii. MDXXXIII” (Gedrukt te Bologna
door de Erven van Hieronymus de Benedictis, op de
eerste februari 1533).

Het boek heeft 24 folio's (48 bladzijden), gefoli-
eerd I - XXIII en ook A-F 1-4. Het is gezet met
cursieve letters. Afgebeeld is de eerste bladzijde na
de titel.

Dr. J. A. van Dongen

Voordracht Dr. C. P. Sporken 155ste Algemene Vergadering

Tijdens het tweede — openbare — ge-
deelte van de 155ste Algemene Vergade-
ring van de Koninklijke Nederlandsche
Maatschappij tot bevordering der Genees-
kunst gehouden op zaterdag 18 april 1970
in „Esplanade”, Lucas Bolwerk 5, Utrecht
(telefoon 030-16088), aanvang 14.45 uur zal
Dr. C. P. Sporken uit Nijmegen, zoals eer-
der werd aangekondigd in de beschrij-
vingsbrief voor deze vergadering (zie Me-
disch Contact no 7/1970, bladzijde 164)
een bijdrage leveren aan de bespreking
van het vraagstuk van de medische ethiek.
Dr. Sporken zal dan een voordracht hou-
den, getiteld: „*Stervensbegeleiding: me-
disch ethische plicht?*”

Evaluatie t.v.-lessen

Van de zijde van Teleac werd ons verzocht het
onderstaande in M.C. bekend te maken:

Intomart N.V., en het Instituut voor Toegepast
Marktonderzoek, onder meer belast met het
continue luister- en kijkonderzoek, heeft opdracht
gekregen de evaluatie van de komende serie t.v.-
lessen gewijd aan de aritmieën ter hand te nemen.
Het onderzoek zal vooral zijn gericht op het verkrij-
gen van inzicht in het effect van de openbare lessen
op de arts - patiënt relatie. Hiertoe zullen, tijdens en
na de uitzendingen, schriftelijke en mondelinge
enquêtes worden gehouden onder artsen en niet-
artsen. Van de zijde van de K.N.M.G. en L.H.V. is
een goede evaluatie van deze serie t.v.-lessen als
een eerste voorwaarde gesteld. Voor zover u bij de-
ze enquêtes wordt betrokken, rekenen wij gaarne op
uw medewerking.

Medisch specialistische hulp in poliklinieken Academische ziekenhuizen niet langer kosteloos

Met ingang van 1 april 1970 zal voor het verlenen
van medisch specialistische hulp in poliklinieken
van academische ziekenhuizen, evenals bij andere
ziekenhuizen, een vergoeding worden gevraagd. De-
ze vergoeding zal in principe voor alle patiënten ge-
lijk zijn. Hiertoe heeft minister Veringa van Onder-
wijs en Wetenschappen besloten.

De tarieven voor poliklinische hulp zullen voor de
particuliere patiënten, door de minister van Onder-
wijs en Wetenschappen worden vastgesteld en door
de academische ziekenhuizen worden bekendge-
maakt. De bedoelde tarieven gelden echter niet voor
privé-patiënten van de hoogleraar of het afdelings-
hoofd. Dit zijn patiënten die de uitdrukkelijke wens
te kennen geven een hoogleraar of afdelingshoofd
persoonlijk te willen consulteren of door hen te wor-
den behandeld.

De bestaande regelingen inzake poliklinische,
medisch specialistische hulp voor ziekenfondsver-
zekerden zullen — naar behoefte aangepast —
thans ook gaan gelden indien deze hulp wordt ver-
leend in poliklinieken van academische ziekenh-
uizen, en wel van 1 april 1970 af. De betalingen voor
ziekenfondsverzekerden zullen worden geregeld in
overeenkomsten tussen de ziekenfondsen en de aca-
demische ziekenhuizen. Over deze overeenkomsten
is nog overleg gaande, terwijl ze bovendien moeten
worden goedgekeurd door de Ziekenfondsraad.

In de praktijk zal de nieuwe regeling voor de zie-
kenfondsverzekerden betekenen, dat zij een verwij-
zing van een huisarts of specialist ook nodig heb-
ben indien zij voor fondsrekening medisch specia-
listische hulp willen ontvangen in de polikliniek van
een academisch ziekenhuis. De academische zie-
kenhuizen zullen ieder afzonderlijk bekend maken
vanaf welke datum deze verwijzingen door betrok-
kenen bij een bezoek aan de polikliniek moeten wor-
den overgelegd.

Tripod-experiment te Leiden

In de week van 16 tot en met 20 maart vond te Leiden het eerste Tripod-experiment in ons land plaats. Met dit experiment wil men de kennis van afgestudeerde artsen, semi-artsen, doctorandi en kandidaten in de geneeskunde meten. Dat gebeurt met een aantal multiple-choice vragen. Doel is, zegt de Dienst Onderwijsontwikkeling van de Medische Faculteit in een informatiefolder, een antwoord te geven op vragen als: „Wat is het resultaat van de medische studie”? en „Leidt deze studie in voldoende mate en op doelmatige wijze tot kennis in de medische wetenschappen”?

Het experiment ontleent zijn naam aan het feit, dat het allereerst in drie landen werd uitgevoerd, te weten de Verenigde Staten, West-Duitsland en Frankrijk. De thans voor het Nederlandse taalgebied geschikt gemaakte test werd in een reeks internationale onderzoeken ontwikkeld. Zij bestaat uit vragen die door een groot aantal deskundigen als relevant voor het medisch onderwijs worden beschouwd en die redelijk tot goed aan test-technische eisen voldoen. De vragen bestrijken de terreinen van de algemene geneeskunde, de pediatrie, de pathologie, de chirurgie en de obstetrie/gynaecologie. Aan de orde komen microbiële ziekten, gastro-intestale aandoeningen, longziekten, hart- en vaatziekten, bloedziekten, ziekten van het urogenitale apparaat, endocrinologie en stofwisselingsziekten, spierziekten, ziekten van het centrale, perifere en autonome zenuwstelsel en andere aandoeningen. Voor het afnemen van de Tripod-test wordt gebruik gemaakt van twee vragenseries. Deze hebben een correlatie-coëfficiënt van 0,82-0,89 (max. 1,00); het resultaat van versie A is derhalve vergelijkbaar met dat van de parallel-versie B. Beide series bestaan uit 180 vragen met voorgedrukte antwoorden; de antwoordtijd is ongeveer 3 uur. De meetbetrouwbaarheid ligt op 0,91 (A) tot 0,92 (B), met een maximum van 1,00. De samenhang met officiële examens bedroeg in Tübingen 0,67, in Chicago 0,80 op 1,00. Deze eigenschappen wijzen erop, dat de test geschikt is voor het onderwijs binnen de medische faculteiten.

De test is afgestemd op studenten tegen het einde van de artsenopleiding. In Leiden heeft men echter tevens studenten in het 4e, 5e en 6e jaar van de studie laten meedoen. Uitgenodigd werden alle Leidse medische studenten, die in 1969 of eerder voor het tweede gedeelte van het kandidaatsexamen zijn geslaagd, evenals in 1970 afgestudeerde artsen. De deelnemers werden volgens een toevalsprocedure in twee even grote groepen ingedeeld; naargelang die indeling kregen zij versie A dan wel versie B voorgelegd. Bij een herhaling van het onderzoek, volgend jaar, zullen de versies worden omgewisseld. Deze opzet maakt het mogelijk voor diverse vragen-

categorieën zowel de vooruitgang per jaargroep te meten als de verschillende jaargroepen met elkaar te vergelijken. Een overzicht van de behaalde resultaten wordt de betrokkenen na afloop rechtstreeks toegestuurd, de bijna-artsen over een paar weken, de anderen begin 1971. Het resultatenoverzicht vermeldt het aantal vragen dat op een bepaald onderwerp of vak betrekking had, de totaalscore van de student voor dat vak of onderwerp, en de plaats die hij daarmee in zijn jaargroep inneemt. De data-verwerking geschiedt in het Institut für Ausbildungsforschung te München. De uitkomsten van een dergelijk onderzoek kunnen, aldus de toelichting, een waardevolle „feed-back” geven op de directe en indirecte onderwijsactiviteiten van vele personen binnen de faculteit. Overigens: de test dient vertrouwelijk te worden behandeld en mag door de faculteit niet worden gebruikt om een judicium van de student vast te stellen. Daarom krijgen noch de faculteit noch de afzonderlijke docenten de individuele resultaten te zien. Naast het belang, dat het onderzoek kan hebben voor de Leidse medische faculteit zelf, kan het ook een bijdrage betekenen aan het internationale onderzoek naar medische opleidingen. In publikaties hierover worden de betreffende faculteiten overigens niet met name genoemd.

Niettegenstaande de faculteitskrant er melding van had gemaakt, was de belangstelling voor het experiment niet overmatig groot. De organisatoren hadden op een opkomst van 50% gehoopt. In dat geval zouden 500 van de circa 1.000 voor deelneming in aanmerking komende medische studenten en artsen zich over de vragenserie hebben gebogen. Mogelijk heeft de niet al te schielijke berichtgeving de Dienst Onderwijsontwikkeling parten gespeeld, terwijl verder de tentamenkoorts sommige geesten aan huis en haard zal hebben gekluisterd. Wat ook de redenen mogen zijn, het deelnemertal bleek uiteindelijk niet boven de 292 te zijn gekomen, een score van 30% dus, verdeeld over 5 middagen. Uitgedrukt in het aantal aanmeldingen bedroeg de reële opkomst in Leiden tijdens de eerste testmiddag 84% (21 op 25), tijdens de tweede middag 109% (24 op 22). Om de rij vol te maken: in een aparte zitting vooraf werden 4 personen getest; gedurende de laatste drie dagen beantwoordden respectievelijk 117, 72 en 54 deelnemers de testvragen, een deelname die met het aantal opgaven overeenkwam. Uit de eerstgenoemde cijfers zou kunnen worden afgelezen, dat de bevindingen van de deelnemers gunstig zijn geweest. Leiden zou dan zeer wel aansluiten bij Bern, Tübingen, München en Lübeck. Daar vond 77% van de studenten het afleggen van de Tripod-test plezierig, 76% nam deel uit belangstelling voor de vragen, en 87% zei dadelijk weer aan een soortgelijk experiment deel te nemen.

Kort verslag 154ste Algemene Vergaderingen (I)

Kort verslag van het verhandelde in de 154ste Algemene Vergadering van de Maatschappij, gehouden op zaterdag 20 december 1969 te Utrecht.

1. *Opening van de Algemene Vergadering te 13.30 uur precies.*

De voorzitter opent de vergadering en heet alle welkom.

Dekker (secretaris-penningmeester) vermeldt vervolgens de namen dergenen die door overlijden aan de Maatschappij na 12 september 1969 zijn overleden.

De voorzitter zegt hierna ter nagedachtenis van het door een noodlottig ongeval om het leven gekomen hoofdbestuurlid Fluitman:

Bij onderscheidene gelegenheden hebben wij collega Fluitman herdacht en hebben wij hem geschilderd als een zeer gewaardeerd lid van het hoofdbestuur. Hij gaf zich, zoals ook in het „In memoriam” in M.C. is geschreven, aan het hoofdbestuurlijke werk en aan het werk op het gebied van de volksgezondheid met de gehele inzet van zijn geest en hart.

Vooraf voor zijn vrouw en voor zijn 6 nog jonge kinderen is het een zeer zware slag. Vanzelfsprekend heeft het hoofdbestuur het zich tot taak geacht, alles te doen, wat mogelijk was, hier meer en daadwerkelijk steun te verlenen.

Onze collega Fluitman ruste in vrede.

II. *Opnemen van de namen der districtsafgevaardigden en der afdelingsvertegenwoordigers.*

De opname geschiedt door de secretaris-penningmeester.

III. *Benaming van een commissie van redactie van het verhandelde ter algemene vergadering.*

Tot lid dezer commissie, waarvan de voorzitter en de secretaris-penningmeester q.q. deel uitmaken, wordt benoemd L. Sloos (VI).

De voorzitter deelt mede, dat de oud-voorzitter van de Maatschappij de heer Nauta, overeenkomstig het huishoudelijk reglement door het hoofdbestuur is aangewezen als lid van het hoofdbestuur in de vacature-Fluitman tot de Algemene Vergadering in september en dat de heer Steinz om gezondheidsredenen zijn hoofdbestuur-lidmaatschap ter beschikking heeft gesteld. Overeenkomstig het huishoudelijk reglement zal het hoofdbestuur ook in deze vacature een oud-hoofdbestuur-lid aanwijzen.

IV. *Inleiding van de voorzitter.*

(zie voor deze inleiding Medisch Contact no. 1/1970, blz. 5).

Vervolgens deelt de voorzitter mede, dat de agendapunten V, VI, VIIa en VIII niet ten minste twee maanden vóór

de Algemene Vergadering konden worden gepubliceerd, weshalve het hoofdbestuur voorstelt, deze punten in behandeling te nemen onder toepassing van artikel 405c, lid 2 van het huishoudelijk reglement.

Daartoe wordt besloten.

V. *Behandeling van het rapport uitgebracht door de commissie „Scheiding van behandeling en controle”*

(zie MC no. 1969/43).

De voorzitter heet de commissie, voorgezeten door collega De Konink, van harte welkom. Spreker, die ook voorzitter van deze commissie is geweest en daardoor bijzondere verbanden met haar leden en met dit rapport heeft, vestigt er nadrukkelijk de aandacht op, dat ook leden van de Maatschappij, behorende tot de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde, in deze commissie aan de samenstelling van het rapport hebben medegewerkt. Hij is zeer verheugd over de vruchtbare samenwerking in dezen.

De Konink (voorzitter commissie Scheiding behandeling en controle) zegt, dat dit rapport een uitvloeisel is van de vraagstelling, gedaan in het preadvies van het hoofdbestuur inzake het rapport van de commissie Coördinatie gemeenschappelijke medische dienst. Daarin werd, aangezien de raakvlakken met de verzekeringsgeneeskunde, de behandelend geneesheer en de patiënt zo duidelijk naar voren kwamen, de vraag gesteld of de optimale benadering en begeleiding van de patiënt een feit was en zo niet, of daarin verbetering kon worden gebracht. De Algemene Vergadering heeft op 3 juni 1967 hierop positief gereageerd, waarna door het hoofdbestuur de commissie Scheiding behandeling en controle werd ingesteld. Gelet op de samenstelling van de commissie, waarin het hoofdbestuur, de A.N.V.S.G., de L.H.V., de L.S.V. en de L.A.D. zijn vertegenwoordigd, kan men aannemen, dat deze materie vanuit alle gezichtshoeken is bekeken. Haar opzet was, centraal te stellen de vraag, of de benadering en de begeleiding van de patiënt door de medische disciplines optimaal konden geschieden.

De schijnbaar parallel lopende problematiek, die de commissie-De Boer van 1958 tot en met 1960 aan de orde stelde, heeft vele emoties losgemaakt. Toen was de problematiek echter, of het beroepsgeheim een bepaalde omkering kon ondergaan ten behoeve van het functioneren van de sociale wetgeving. De Algemene Vergadering heeft dit afgewezen; de benadering was goed bedoeld, maar de onderwerpelijke problematiek staat hier volkomen naast. Deze houdt uiteindelijk slechts in, dat men een voorwaarde wil stellen voor het goed functioneren van alle medische disciplines ten opzichte en ten bate van de patiënt.

In het rapport zijn de volgende uitgangspunten genomen: de integrale benadering van de b.g., het in sociaal-geneeskundig opzicht goed functioneren van de v.g. en het, zo nodig, aanknopen van verantwoordelijkheidsgevoel van de patiënt ten opzichte van zichzelf en het maatschappelijk gebeuren. Het rapport mondt duidelijk

uit in de opstelling van twee artsengroeperingen in het belang van een goede samenwerking en tot heil van de patiënt.

Rijpperda Wierdsma (VII) vindt dit rapport bijzonder goed doordacht en geformuleerd. Het heeft hem gerustgesteld, daar hij aanvankelijk vreesde, dat veel ingrijpende voorstellen zouden worden gedaan. De scheiding van behandeling en controle, die men als uitzondering in Nederland kent, is een groot goed en is zeer waardevol met het oog op het zuiver houden van de relatie arts-patiënt.

De b.g. heeft ongetwijfeld een belangrijke taak bij het vaststellen van het moment van werkhervatting. Het geheel staat of valt met het contact tussen de behandelende en de controlerende sectie en in het rapport worden duidelijke wegen aangegeven, waarlangs dit contact kan worden verbeterd.

De Konink is verheugd over de woorden van *Rijpperda Wierdsma*, wiens geruststelling voor een deel ook de zijne is. De signaleerde zin zal worden verbeterd.

Bosch (I) is blij met de slotconclusie van de commissie, dat er geen aanleiding is, de opheffing van de scheiding van behandeling en controle voor te staan. Deze conclusie wordt blijkaar zo vanzelfsprekend geacht, dat zij niet meer in de samenvatting wordt herhaald. Zij staat later evenwel weer in het preadvies van het hoofdbestuur. De samenvatting spreekt voornamelijk over een betere mogelijkheid van contact tussen b.g. en v.g.

In tegenstelling tot de voorzitter van de commissie is spreker van mening, dat een en ander sterk is gezien vanuit het standpunt van de v.g. en minder uit de hoek van de behandelende sector, die dag in dag uit - 10 tot 15 per week - wordt belast met aanvragen om inlichtingen, waarbij men zich moet afvragen, of dit allemaal wel zin heeft.

Wat de stimulering van de persoonlijke verantwoordelijkheid van de patiënt betreft, deze is in de meeste gevallen nauwelijks nodig, daar het gros van de patiënten niets liever wil dan direct weer aan het werk gaan.

Iedereen ervaart echter wel eens, dat, wanneer een moeilijke patiënt weer aan het werk is gepraat, deze een volgende keer op het spreekuur triomfantelijk mededeelt, dat de v.g. (vroeger de c.g.) hem nog niet aan het werk wil laten gaan. In het rapport is geen aanduiding gegeven, hoe de arts hiertegenover moet staan. Overigens is dit niet altijd de schuld van de v.g., daar de patiënt dikwijls niet zegt aan de v.g., dat hij weer mag werken - de b.g. deelt dit de v.g. ook niet mede - en omdat de v.g. vaak ook beter op de hoogte is van de werksituatie van de patiënt. Herhaaldelijk waardeert een v.g. een symptoom ernstiger dan de b.g. In zulk een geval zou het beter zijn, wanneer de v.g. de b.g. hierover opbelde in plaats van aan de patiënt mede te delen, dat het onzinnig zou zijn, wanneer deze weer aan het werk ging.

Spreker is gelukkig met de in het „groene boekje” gedane uitspraak, dat collegiale inlichtingen geen conclusie behelzen. De betreffende zinsnede is echter in de laatste uitgave veranderd en luidt: „of en, zo ja, in hoeverre de b.g. er nog conclusies aan wil toevoegen, blijft geheel te zijner beoordeling”. Die wijziging is buiten voorkennis van de Algemene Vergadering aangebracht, in het kader van de machtiging, die de Commissie geneeskundige verklaringen heeft verkregen om redactionele wijzigingen aan te brengen. Het is niet prettig, dat juist deze zinsnede, die niet de Algemene Vergadering is gepasseerd, in het rapport wordt gebruikt om meer druk op de behandelende sector te oefenen om conclu-

sies te geven. Telkens wordt er in de richting van de b.g. naar getendeerd aan de te verstrekken gegevens ook conclusies te verbinden. Te meer maakt spreker zich hierover bezorgd, daar de verzoeken om inlichtingen vergezeld gaan van de mogelijkheid tot vergoeding. Zolang het reële kosten betreft, is daartegen geen bezwaar, maar bij vele aanbiedingen gaat het minimumbedrag de kosten ver te boven. Indertijd werd zelfs van „honorering” gesproken.

Vele aanvragen om inlichtingen gaan vergezeld van een formulier, dat moet worden ingevuld en opgestuurd. Een normaal briefje is te prefereren, maar moet het een formulier zijn, dan dient de b.g. de vrijheid te hebben, dit te behouden, daar hij, als er eens bepaalde moeilijkheden rijzen en het medisch tuchtrecht eraan te pas komt - men zit aan zijn geheimhouding vast, doch men klappt toch maar uit zijn spreekkamer -, dan in ieder geval een bewijsstuk heeft. Men weet dan immers, dat inlichtingen zijn gevraagd en dat de patiënt te voren door de c.g. is gezien. Hij heeft zich dan voldoende in de positie van de patiënt ingewerkt om het recht te hebben, inlichtingen te verstrekken.

Denekamp (XII) merkt op, dat ook de Commissie geneeskundige verklaringen met enige angst het onderhavige rapport heeft afgewacht, waartoe enige aanleiding bestond, gezien de tendens in de opdracht van het hoofdbestuur, dat de huidige opvatting en de wijze van toepassing van de scheiding van behandeling en controle niet meer in deze tijd zouden passen. In het rapport is echter het principe van de scheiding van behandeling en controle gehandhaafd. Als de Algemene Vergadering het rapport aanvaardt, zal de Commissie geneeskundige verklaringen proberen de regels van het rapport inzake geneeskundige verklaringen aan te passen aan de lichte verruiming van de toepassing van de scheiding van behandeling en controle, in het rapport neergelegd. Er zal een poging worden gewaagd, een en ander in het „groene boekje” te codificeren, waarbij de commissie echter vooraf duidelijk antwoord wil hebben op de vraag, of het juist is, dat het rapport uitsluitend betrekking heeft op de uitvoering van de sociale verzekeringswetten. Dit is nergens expliciet vermeld. Spreker legt hierop enige nadruk, daar de commissie geneeskundige verklaringen in de afgelopen tijd door particuliere verzekeringsinstellingen is benaderd met het verzoek mede te werken aan de opheffing van wat zij noemen „de discriminatie van het particuliere verzekeringswezen tegenover de uitvoeringsorganen van de sociale verzekeringswetten”. De commissie heeft zich in principe bereid verklaard, dit in overweging te nemen, mits door de andere zijde voldoende garantie kon worden gegeven, dat eventueel te verruimen mogelijkheden voor hun maatschappijen en hun medische adviseurs goed zouden verlopen en dat er gelegenheid zou zijn om, wanneer naar de mening van de commissie dit niet goed verliep, daaraan iets te doen. Daar de commissie deze garantie niet heeft verkregen, wenst zij ten opzichte van de particuliere verzekeraars de toepassing van deze regels nog niet te verruimen.

Spreker meent dat *Bosch* in de Algemene Vergadering, waarin de vijfde uitgave van het „groene boekje” werd behandeld, iets anders heeft gezegd dan nu en dat zijn betoog tendeerde in de richting van uitbreiding van de mogelijkheid om wel een oordeel te geven. De L.S.V. had deze wens ook naar voren gebracht en aangezien de commissie het gevoel had, dat het strikte verbod om als b.g. een oordeel uit te spreken tegenover de v.g. niet geheel meer paste in de huidige werkmethoden, heeft zij als

een soort van compromis de nieuwe formulering ingevoerd. Blijkt bij herlezing van het verslag van de betreffende Algemene Vergadering, dat Bosch dit niet heeft bevestigd, dan zal de commissie hem gaarne haar excuses aanbieden. Toch heeft de commissie er geen spijt van, dat een en ander aldus is geformuleerd, daar men anders te dogmatisch blijft hangen aan een vroeger ingenomen standpunt. Het gaat hierbij niet om principes, maar om praktische uitvoeringsmethoden, die geen dogmatisch karakter hebben.

Als afgevaardigde merkt spreker op, dat hij het geheel eens is met de eis, die aan het overleg tussen b.g. en v.g. wordt gesteld, luidend:

„Hetgeen de b.g. in het overleg naar voren brengt, blijft geheel binnen de intercollegiale sfeer”.

Het is echter te betreuren, dat deze kwestie in het rapport niet nader is uitgewerkt, daar zij in enkele situaties aan de orde komt. In het contact tussen de v.g. en de patiënt mag de v.g. wel zeggen, dat hij met de b.g. heeft gesproken, maar niet wat hij hem heeft verteld. Voorts is er het contact met de opdrachtgever, zowel de bedrijfsvereniging als de werkgever. Verder valt te denken aan de rechter in beroepszaken. Het is niet zo vanzelfsprekend, dat gegevens, die de b.g. aan de v.g. ter beschikking heeft gesteld, ook tegenover de rechter geheim moeten blijven, hetgeen blijkt uit het feit, dat de uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege een volledige herziening inhield van de daaraan voorafgaande uitspraak van het college in eerste aanleg. Het sprak destijds de v.g., die de stukken in zijn dossier had gedeponneerd, vrij. Spreker hoopt, dat het rapport gedurende een aantal jaren een normatieve betekenis zal hebben voor het contact tussen b.g. en v.g. Expliciet dient erop te worden gewezen, dat de eis nr. 3 inzake de vertrouwelijkheid met name geldt tegenover de patiënt, de opdrachtgever en de rechter in beroepszaken.

In het rapport wordt in overweging gegeven van de patiënt te verlangen, dat hij bepaalde basisgegevens aan de v.g. verstrekt, zodra het ziekteverzuim optreedt. Gezegd wordt, dat hierbij wellicht een formulier ware te gebruiken, dat het uitvoeringsorgaan aan de verzekerde doet toekomen en dat door deze ingevuld aan de medische dienst wordt teruggezonden. Het ter illustratie bijgevoegde formulier vermeldt aan het slot:

„Ontvangen op meldingspost.... d.d.....;
Ontvangen op uitkeringsafdeling.. d.d.....”

Dit wekt bij de patiënt niet de indruk, dat het formulier alleen in handen komt en blijft van de medische dienst. Dit is wel wenselijk, gelet op de vraag op het formulier: Welke klachten hebt u? Dit is een enigszins intiemere vraag en het is te begrijpen, dat de patiënt de wens koestert, dat een willekeurige anonieme leek op een administratieve afdeling geen kennis van zijn ziekte neemt. Wanneer het formulier werkelijk uitsluitend bij de medische dienst blijft, dient dit op het formulier te worden vermeld. Kan dit niet worden vermeld, omdat het niet het geval is, dan zou voor de invulling van de klachten een aparte, af te scheuren strook kunnen worden gebruikt met daarop de vermelding, dat die strook bij de medische dienst blijft. Een andere, zij het minder elegante oplossing is, dat de verzekerde eventueel zijn formulier direct aan de v.g. zou kunnen sturen, hetgeen de garantie zou zijn, dat het formulier niet verder kwam.

De Konink antwoordt collega Bosch, dat in de samenvatting over de opheffing van de scheiding van behandeling en controle niet opnieuw is gesproken, daar deze in

feite niet het uitgangspunt van de commissie was. Dit was een vrij theoretische vraag. De beschouwing van de manier, waarop de scheiding van behandeling en controle moest worden herzien, althans aan een beschouwing moest worden onderworpen, was eerder nodig.

Wat de opmerking, dat deze materie te veel uit het oogpunt van de v.g. is bekeken, betreft, wijst spreker erop, dat het uitgangspunt van de commissie veel meer is geweest het goed begeleiden - dit staat centraal - van de patiënt door twee verschillende artsengroeperingen.

Slechts in een klein aantal gevallen is het nodig, de patiënten tot werkhervatting te activeren. Het beste milieu hiervoor ligt in de sfeer van de b.g. en de patiënt, daar de patiënt de b.g. zelf heeft gekozen; van hem zal hij het het eerst aanvaarden, als hij tot werkhervatting moet worden gebracht.

Inderdaad kan het advies van de v.g. afwijken van dat van de b.g., hetgeen eens te meer een aanwijzing ervoor is, dat het open overleg tussen beide groeperingen noodzakelijk is en het uitgangspunt moet zijn, daar de optimale begeleiding en behandeling van de patiënt de opzet van beide artsengroeperingen is.

In het rapport is het punt, dat de vergoeding voor het verstrekken van inlichtingen te laag zou zijn, niet als een zaak van belang beschouwd.

Het verstrekken van inlichtingen via een formulier kan bepaalde gevaren opleveren ten aanzien van het beroepsgeheim en daarom wordt van betrokkenen, onder wie de v.g., een zeer prudente houding gevraagd. Zij dienen ervoor te zorgen, dat het formulier niet in verkeerde handen komt. In het rapport had hierop wellicht iets nadrukkelijker kunnen worden gewezen.

Aangaande de derde voorwaarde, waaraan het overleg tussen b.g. en v.g. dient te voldoen, acht spreker het vanzelfsprekend, dat wat de b.g. in het overleg naar voren brengt geheel binnen de collegiale sfeer blijft. Waar het hier de erecode van alle artsen betreft, achtte de commissie het niet nodig, hierop dieper in te gaan.

Het als bijlage toegevoegde voorbeeld van een in gebruik zijnd formulier dient ter bepaling van de gedachten. Spreker geeft toe, dat het zeer ongelukkig is gesteld en dat de vrijheid van de patiënt er wel degelijk door wordt beknut. Getracht zal worden te bereiken, dat dergelijke formulieren juist worden gesteld.

Bosch (I) heeft de indruk, dat zijn opmerkingen niet goed zijn begrepen. Z.i. is het honorarium juist veel te hoog. Er is sprake van een vergoeding van f 7,50 tot f 15,—, terwijl de reële kosten f 0,25 bedragen, daar meestal geen gefrankeerde enveloppe is bijgevoegd. Hij heeft hierover een uitvoerige brief aan het hoofdbestuur geschreven, waarop hij twee jaar geleden „binnenkort” een antwoord zou ontvangen.

De Konink vindt dit honorarium ook aan de hoge kant. De L.S.V. heeft hierover echter een akkoord bereikt en deze tarieven zijn vastgesteld.

Men is in het rapport van de sociale verzekeringswetten uitgegaan en de varia-verzekeringen zijn niet in de beschouwingen betrokken. Deze zullen zich op de duur moeten vergelijken aan wat in Nederland gaande is.

Kaiser (IV) brengt de commissie ook hulde voor haar rapport. Bij de praktische uitvoering van het nauwe contact tussen b.g. en v.g. is het voor de v.g. geen probleem te weten wie de b.g. is, maar voor de b.g. is het wel moeilijk te weten wie de v.g. is. Er zijn meer bedrijfsverenigingen en dus meer v.g.'s en er vinden mutaties plaats, waarvan de b.g. in de regel niet op de hoogte wordt ge-

steld. Het verdient derhalve aanbeveling, dat de b.g.'s een lijst krijgen met daarop de namen van de v.g.'s, die in hun praktijkresort werken en dat hun de mutaties worden medegedeeld.

Lammerts van Bueren deelt mede, dat district III niet zo enthousiast is over dit rapport en dat het zich enigszins teleurgesteld voelt. De commissie is, de scheiding o.a. toetsende aan de in de omliggende landen vigerende systemen, tot de conclusie gekomen, dat er geen aanleiding is, een van die systemen in Nederland in te voeren. Hiervan is spreker niet overtuigd, kennelijk evenmin als het hoofdbestuur, gelet op de zinsnede in het preadvies, dat speciaal dit probleem over enige jaren nog eens nader zal moeten worden onderzocht. Spreker acht het niet ondenkbaar de ziektecontrole geheel achterwege te laten; vanzelf zal de huisarts zich dan meer gaan bezighouden met de werkhervatting door de patiënt, hetgeen een onderdeel van zijn taak is. Het valt te betwijfelen, of daardoor de verhouding huisarts-patiënt in het gedrang zou komen. Mocht de huisarts in sommige gevallen niet voldoende op de hoogte zijn van de werkomstandigheden van de patiënt, dan is het niet zo bezwaarlijk aan de bedrijfsarts inlichtingen daarover te vragen.

De commissie wil de scheiding tussen behandeling en controle niet laten vallen en zij heeft het bestaande systeem onder de loep genomen. Het rapport geeft echter geen nieuwe richtlijnen aan en laat alles, zoals het is. Een uitzondering is, dat men de eis, dat de v.g. de patiënt eerst moet hebben gezien, alvorens inlichtingen bij de b.g. in te winnen, heeft laten vervallen op grond van het argument, dat het een hinderpaal voor nader overleg is. Welke is die hinderpaal? Met het vervallen van deze eis wordt het de v.g. alleen gemakkelijker gemaakt. Er is weinig reden tegen het rapport te zijn, maar ook weinig reden ervoor te zijn, daar het dermate behoudend is en zo weinig nieuwe richtlijnen geeft, dat er weinig behoefte aan is.

Langelier (X) is van mening, dat het rapport blijk geeft van onzorgvuldig woordgebruik. Er wordt gesproken van een „onlosmakelijke samenhang”. Wil men de betekenis hiervan handhaven, dan kan men beter spreken van: onverbreeklijk, of van: niet los te denken van. Men gebruikt ook de term: „zich vooralsnog te enen male niet verdraagt met”; dit is een germanisme en men kan beter zeggen: niet te verenigen met, of: onverenigbaar. In plaats van „sequel” - in het Engels sequel = vervolg kan men heel goed van „vervolg” spreken.

Voorts wordt gesproken over „de wijze van functioneren van de c.g.”. Een orgaan, een fiets enz. functioneert, een bezielde wezen, dus ook de c.g., denkt, handelt enz. Spreker acht het van groot belang, dat een rapport, waaraan zoveel zorg is besteed, in een voor ieder aanvaardbaar Nederlands is gesteld. Wellicht kan bij herdruk van het rapport met deze opmerkingen rekening worden gehouden.

De Konink wijst erop, dat in het vervolgrapport van de Commissie coördinatie G.M.D. het advies aan het hoofdbestuur is gegeven erop toe te zien, dat bij de eerste lekencontrole de lekencontroleur adres en telefoonnummer van de v.g. zou achterlaten. Het is hem niet bekend, of dit is gebeurd.

Met Lammerts van Bueren is spreker het eens, dat dit rapport de constatering van een bestaande toestand is. Lammerts van Bueren zegt zelf alle „tools” voor een goede praktijkvoering in dezen in handen te hebben, maar dit geldt wellicht niet voor iedereen; velen verlangen een

leidraad, hoe zij zich in deze kwestie hebben op te stellen.

De commissie beschouwt het wel als een hinderpaal, dat de v.g. de patiënt eerst moet hebben gezien en dan vaak alleen een aanwezigheidsinbreng heeft, zonder dat hij iets van een medische inbreng heeft. In vele gevallen komt hij met alleen kijken naar de patiënt niets van diens medische situatie te weten en werkt hij slechts storend in de drang van de b.g. naar een integrale behandeling, hetgeen vooral geldt bij psycho-somatische afwijkingen en medisch-technisch zeer bijzondere afwijkingen. Het is zeer wel denkbaar, dat de v.g. op een gegeven moment enige schroom zal moeten hebben om, de gehele situatie, waarin de patiënt zich bevindt, overziende, zonder meer zijn inbreng te geven.

Met de door Langelier gemaakte opmerkingen inzake het algemeen beschaafd Nederlands zal bij herdruk van het rapport terdege rekening worden gehouden.

Doeleman (L.S.V.) wenst een kritische beschouwing te leveren, in de eerste plaats omdat hij lid was van de Commissie coördinatie G.M.D., die in 1967 heeft geadviseerd het vraagstuk van de scheiding van behandeling en controle nader te bestuderen. Dit hield mede verband met mogelijke wijzigingen in de aanpak van de medische controle. Deze wijzigingen hebben zich voltrokken op grond van veranderde opvattingen over de achtergronden van het ziekteverzuim en van het beraad in medische kring over de waarde van de medische controle. Hierover is men ingelicht door middel van een exemplaar van de voordracht „Ziekteverzuim en Ziektecontrole”. Een tweede reden voor zijn kritische beschouwing van het rapport is, dat spreker lang genoeg huisarts is geweest om te beseffen, dat het advies tot werkhervatting een onderdeel van de therapie is. Voor huisarts en specialist is het vaak bijzonder moeilijk, een juist beeld te verkrijgen van het werk van de patiënt en van diens werkomstandigheden. De b.g., de bedrijfsarts en de v.g. hebben dan ook een gemeenschappelijke taak ten aanzien van het verzuim. De derde reden voor een kritische beschouwing is, dat spreker als medisch adviseur van het G.A.K. de leiding over de grootste medische dienst, die op dit terrein werkzaam is, heeft. Alle 250 artsen van het G.A.K. hebben dagelijks met de problemen rond de scheiding van behandeling en controle te maken. Daar 14 van de 26 bedrijfsverenigingen de administratie aan het G.A.K. hebben opgedragen, valt 60% van de verzekerden bij ziekmelding onder de beoordeling door de medische dienst van het G.A.K. De artsen, die patiënten behandelen, die in loondienst zijn, hebben dan ook voor zover het problemen, samenhangend met de loondervingswetten betreft, meestal met de artsen van het G.A.K. te maken.

Het thans in behandeling zijnde rapport is een uitstekend rapport dat zeer waardevolle elementen bevat, die spreker aangeeft door enkele zinnen, welke de kern raken, eruit te citeren. Het is zeer de moeite waard, dat dit rapport door iedere arts grondig wordt bestudeerd.

Het belang van het rapport is, dat belangstellende niet-medici kunnen ervaren, dat de scheiding als zodanig niet kan worden opgeheven; verder dat erin op gewezen wordt, dat bij het opsporen van de oorzaken van het toegenomen verzuim niet alleen medische, maar ook psychologische, sociale en economische factoren moeten worden bestudeerd. Voorts blijkt eruit, dat de vroege medische „controle” in het algemeen zinloos is. Als vierde punt kan worden gesteld: de b.g. adviseer zoveel mogelijk tot werkhervatting en zeker bij de kortdurende gevallen. In de vijfde plaats is wederzijdse informatie van v.g. en b.g. in het belang van de patiënt. In het algemeen

mag geen machtiging van de patiënt worden verlangd; b.g. en v.g. moeten hem zeggen, dat er overleg is, daar geheimzinnigheid in dit verband uit den boze is. In de zesde plaats: de v.g. mag inlichtingen aan de b.g. vragen, voordat hij de patiënt heeft gezien, voornamelijk voor het bepalen van het moment van beoordeling. Bij G.A.K. worden alle ziekgemelden door de z.g. rapporteur Ziek-tewet bezocht, die de v.g. op de hoogte stelt van zijn be-vindingen. De v.g., die inlichtingen aan de b.g. vraagt, ook voordat hij de patiënt zelf heeft gezien, is dus steeds over het ziektegeval georiënteerd. Als zevende punt kan worden genoemd, dat het verantwoordelijkheidsbesef en het verantwoordelijkheidsgevoel van de werknemers die-nen te worden bevorderd.

Aannemen en publiceren van het rapport alleen is niet voldoende. Wat nog meer nodig is, is het volgende.

1. Goede voorlichting aan de behandelende artsen, waarbij steeds dient te worden gewezen op de gemeen-schappelijke taak van de b.g., de bedrijfsarts en de v.g.
2. De universitaire opleiding dient mede te zijn gericht op de medische aspecten van de sociale verzekerings-wetten.
3. Bij het personeelsbeleid dient men zich bewust te worden van het belang van een goed personeelsbeleid ten aanzien van het verzuim.
4. De verantwoordelijkheid van de werknemer moet wor-den vergroot.
5. De v.g. moet meer contact zoeken, om de achtergron-den te bespreken, met de b.g.

De Maatschappij moet op deze punten zeer actief wor-den, daar aan goed begrip, goede communicatie en we-derzijdse waardering nog veel kan worden verbeterd.

Het formulier, waarover is gesproken, is opgesteld in samenwerking met de L.S.V., die ook het geluid heeft la-ten horen, dat de specialisten zich met de werkhervatting eveneens moesten bezighouden.

Collega Bosch, die de onkostenvergoeding te hoog vindt, zij erop gewezen, dat destijds is afgesproken, dat in het geheel geen onkostenvergoeding behoefte te wor-den gevraagd. Overigens sluit het G.A.K. altijd een ge-frankeerde antwoortenveloppe in.

Het gevaar, dat inlichtingen van de b.g. aan de v.g. ter kennis komen van andere instanties, bestaat. Dit geldt ook voor de bedrijfsverenigingen. Is er een apart secre-tariaat voor de medische dienst, dan behoeft de uitke-ringsafdeling er niet van op de hoogte te komen. Alle functionarissen van de bedrijfsverenigingen zijn echter aan de geheimhoudingsplicht gebonden. De v.g. handelt fout, als hij de werkgever inlicht. Bij het G.A.K. en de be-drijfsverenigingen bestaat de goede gewoonte, alle inlich-tingen te verwijderen uit de stukken, die naar de beroeps-rechter gaan.

Wat de vraag betreft, hoe de b.g. kan weten wie de v.g. is en waar deze is te bereiken, wijst spreker erop, dat bij het G.A.K. de methode is ingevoerd, dat op de oproep-kaart de naam, het adres en het telefoonnummer van de v.g. worden vermeld.

Aan het geheel achterwege laten van de controle is men nog niet toe; in dezen is echter wel een bepaalde ont-wikkeling gaande, zoals blijkt uit het nieuwe controlesys-teem, dat sinds juli 1967 wordt gehanteerd en op grond waarvan veel minder medische controles plaatsvinden.

Tot slot brengt spreker als zijn mening naar voren, dat een ieder zich ervan bewust moet worden, dat door

onnodig, te frequent en te langdurig verzuim miljoenen guldens verloren gaan, waarbij hij niet alleen denkt aan de uitkeringen, doch ook aan het verminderen van de produktie.

De voorzitter zegt, dat het hoofdbestuur aan de Fede-ratie van Bedrijfsverenigingen een brief heeft gezonden met betrekking tot de kwestie van de vermelding van naam en adres van de v.g. Het antwoord is nog niet bin-nen en daarom acht spreker het dienstig via collega Doeleman op spoed aan te dringen. Het hoofdbestuur zal zich met de commissie beraden over de door collega Doeleman gedane suggesties.

Lansberg (X) betwijfelt, of er, zoals de voorzitter van de commissie stelde, zoveel verschil is tussen de nu aan de orde zijnde problematiek en die, welke de commissie-De Boer 10 jaar geleden behandelde. In de nu gegeven be-nadering bespeurt men een verder gaan in de richting van vrije communicatie tussen b.g. en v.g., waarover Polak indertijd zeer waarschuwend woorden heeft laten horen.

Een goede sociale wetgeving en een goed functione-ren daarvan zijn natuurlijk van zeer groot belang en daar-mede zijn vele tientallen miljoenen guldens gemoeid. Hier ligt echter niet primair een taak voor de b.g., gezien de functie, welke deze nu eenmaal heeft, als de door de patiënt gekozen vertrouwensarts. Daarom vraagt spreker zich met enige verontrusting af, of men zonder meer kan stellen, dat vanzelfsprekend door de patiënt geen machti-ging behoeft te worden gegeven aan de b.g. Hij betwijfelt de juistheid hiervan zeer.

In het algemeen is het aankweken van het verantwoor-delijkheidsgevoel van de patiënt juist, maar niet primair de taak van de medicus, die onder die vlag niet de func-tie, die hij in het oog van de patiënt en op grond van zijn essentiële taak heeft, mag verloochenen. Denekamp acht het ook vanzelfsprekend, dat de v.g. nooit aan de patiënt vertelt, wat hij van de b.g. heeft gehoord. Spreker meent, dat de patiënt er in principe recht op heeft te weten, wat de inhoud van het gesprek tussen v.g. en b.g. is geweest. Spreker is geneigd in de richting te gaan, dat op de duur de v.g. niet meer nodig zal zijn of slechts zal op-treden als adviseur van de b.g. en dat dan de b.g. be-paalt, zoals hij alles voorschrijft, wanneer de taakher-vatting moet plaatsvinden. In principe is dit een elegan-tere, eerlijkere en zinnvollere oplossing dan de nu voor-gestelde interimoplossing. Het heeft spreker enigszins verbaasd, dat in de commissie geen jurist zitting heeft ge-had, daar het frappant is hoe snel medici conclusies op juridisch terrein trekken, die achteraf kennelijk onjuist blijken te zijn.

Boerlijst (I) zegt, dat de opmerkingen van Lansberg in vele opzichten met zijn gevoelens overeenkomen. Z.i. dient de behandelende sector een minder patriarchale in-stelling t.a.v. de patiënt te krijgen.

In het rapport staat:

„De b.g. en de v.g. vormen toch geen antipoden in hun onderscheiden positie t.a.v. de patiënt. Het komt de commissie echter voor dat hoewel deze laatste tegenwerping op zichzelf juist is, bovengenoemde ge-clausuleerde overlegprocedure onontkoombaar is, ... enz.”

Deze tegenwerping is beslist onjuist. De patiënt ervaart, dat de verhouding tussen hem en de b.g. in eerste in-stantie een vrijwillige en democratische is, terwijl die prin-cipieel verschilt met de verhouding ten opzichte van de

v.g., welke onvrijwillig en autoritair is, daar de patiënt de v.g. krijgt toegewezen. Een van de voorwaarden voor het overleg tussen b.g. en v.g. is:

„Stimulering van de persoonlijke verantwoordelijkheid van de patiënt”.

Spreker acht de formulering: Respecteren van de persoonlijke verantwoordelijkheid van de patiënt, meer in overeenstemming met het in het rapport vermelde gezichtspunt, dat „de arbeids(on)geschiktheidsbeoordeling” primair en in eerste instantie een aangelegenheid tussen de patiënt en degene die hij eigener beweging consulteert, is. Vele factoren, die van invloed zijn op de beslissing van de patiënt, zijn werk te staken of te hervatten, liggen buiten de medische sfeer en deze factoren zullen in de loop der jaren waarschijnlijk belangrijker worden dan men thans kan voorzien.

De voorzitter merkt op, dat de woorden „stimuleren” en „respecteren” niet dezelfde betekenis hebben. Met opzet is in het rapport van „stimuleren” gesproken.

De Konink is van mening, dat het zonder meer duidelijk is, dat v.g. en b.g. geen antipoden zijn. De v.g. en de b.g. hebben vanuit hun disciplines een eigen taak t.a.v.

en een eigen zienswijze op het ziektegeval, te weten in de micro-, de meso- en de macrosfeer. Men kan er, gezien de beperktheid ook van de b.g., dankbaar voor zijn, dat de v.g. hem terzijde staat.

Wat het gebruik van de woorden stimuleren en respecteren betreft, wijst spreker erop, dat de arts de patiënt ervan moet overtuigen wat goed voor hem is. Dit geldt ook voor het advies, of hij zijn werk al of niet zal hervatten, daar dit wel degelijk in zijn voordeel kan zijn en b.v. de revalidatie aanmerkelijk kan bevorderen.

De voorzitter onderstreept het door de commissie in de eerste alinea van hoofdstuk IV gestelde, dat de v.g. nooit een eindadvies aan het uitvoeringsorgaan der sociale wetgeving kan uitbrengen, uitsluitend op grond van stukken en informaties. Daarvoor is een onderzoek van de patiënt door de b.g. nodig.

Het rapport wordt vervolgens aangenomen met 34 stemmen voor, 3 stemmen tegen en 4 stemmen blanco.

De voorzitter dankt de commissie en in het bijzonder haar voorzitter voor dit zeer goed geformuleerde rapport. Met de gemaakte opmerkingen en met de gesignaleerde schoonheidsfoutjes zal de commissie rekening houden.

(Slot volgt) Einde deel I

MC

VAN HET HOOFDBESTUUR

Uitslagen verkiezingen districtsraden

Op grond van het bepaalde in artikel 607 lid 3 H.R., worden de uitslagen van de verkiezingen voor de districtsraden in MC gepubliceerd. Deze publicatie vindt nu nog plaats in alfabetische volgorde. Wanneer alle 20 districtsraden zullen zijn verkozen en zij tevens elk hun bureau (bestaande uit voorzitter, plv. voorzitter(s) en secretaris) hebben samengesteld, zal een overzichtspublicatie plaatsvinden.

Tot lid van de districtsraad voor district I zijn gekozen:

Dr. B. J. J. Ansink;
W. Arntzen;
Mej. S. M. Bron;
K. G. Brühl;
Dr. G. van Dolder;
C. J. Rübsaam;
E. F. L. Schoenmaeckers;
M. Schoorl;
J. F. Schutte;
Dr. E. A. van Slooten;
Arn. Weijel;
Dr. H. W. Whitton, allen te Amsterdam.

Tot lid van de districtsraad voor district III zijn gekozen:

F. Th. van Gelderen, Wognum;
H. L. Hoekstra, Alkmaar;

J. E. A. Huurdeman, Alkmaar;
J. Jansen, Zaandam;
A. J. M. Kuyper, Bovenkarspel;
J. F. Nijman, Alkmaar;
E. C. Reilingh, Edam;
P. Schoorl, Den Helder;
F. van Soeren, Zaandam.

Tot lid van de districtsraad voor district IX zijn gekozen:

P. J. Bruynzeel, Bergen op Zoom;
Dr. Th. C. G. Castelein, Tilburg;
Dr. I. A. van Goor, Tilburg;
J. M. Hagemeyer, Oirschot;
H. J. Kars, Breda;
P. W. Koch, Zundert;
A. H. H. van Liebergen, St. Willebrord;
Dr. J. M. Soeters, Bosschenhoofd;
Dr. F. Vaas, Bergen op Zoom.

Tot lid van de districtsraad voor district XIII zijn gekozen:

W. H. de Beaufort, Amersfoort;
W. F. Bijvoet, Bussum;
C. J. Emmer, Bussum;
T. A. H. Höweler, Amersfoort;
Mej. E. Lofvers, Hilversum;
L. Luderhoff, Blaricum;
J. A. I. van Prooye, Amersfoort;
E. W. K. Rövekamp, Bussum;
H. J. Strobband, Soest;
Dr. G. J. N. Vleugels Schutter, Amersfoort.

Kandidaatstelling

Voor één der te vervullen vacatures als genoemd onder punt 9 van de agenda voor de ledenvergadering d.d. 25 april a.s. (zie M.C. nr. 13 van 27 maart j.l., bladzijde 308), wordt door district XII (Utrecht e.O.) kandidaat gesteld:

Dr. D. Wolvius, internist, Ovidiuslaan 10, Utrecht.

De secretaris der
Landelijke Specialisten Vereniging
G. A. M. Hunfeld

Samenstelling C.B. per 1-1-'70

Het Centraal Bestuur is met ingang van 1 januari 1970 als volgt samengesteld:

H. Voorzanger, voorzitter, ziekenhuis directeur, Van den Berghlaan 213, Hoofddorp.

W. C. de Boer, onder-voorzitter, longarts, Tooropstraat 44, Arnhem.

J. H. van Dalen, penningmeester, med. adv. en contr. arts ziekenfondsen, Cort v. d. Lindenlaan 4, Enschede.

Dr. C. K. J. Kaaijk, secretaris, jeugdarts, Meeuwenlaan 36, Vries.

J. J. R. Buirma, directeur G.G. en G.D., Hoofdstraat 171, Apeldoorn.

Dr. B. van Dijk, dir. geneesh. B.G.D., Colenso 126, Soest.

J. J. H. Lammerts van Bueren, adv. geneesh. G.A.K., Dirk Heziuslaan 24, Heeze.

E. van Leer, internist, Ouddorppweg 44, Rotterdam.

E. van Luyt, hoofd B.G.D. van de G.G. en G.D., Groen v. Prinstererlaan 99, 's-Gravenhage.

Dr. F. A. Nelemans, arts-farmacoloog, Leyweg 291, 's-Gravenhage.

Prof. Dr. W. Storm van Leeuwen, Academisch Ziekenhuis Utrecht, Nic. Beetsstraat 24, Utrecht.

Prof. Dr. A. Kemp, plv. Prof. Dr. W. Storm van Leeuwen, Wilhelminapark 10, Utrecht.

K. Visser, geneesh.-dir. psych. ziekenhuis, Beilerstraat 123, Assen.

E. van de Weg, directeur Seminarium v. Praktisch Gezondheidszorg, Leidseweg 83, Utrecht.

Mr. J. J. Witteveen, directeur Bureau L.A.D., Lomanlaan 103, Utrecht.

Dr. S. G. van der Meulen, med. adviseur van het Centraal Bestuur, Hacquartstraat 5, Amsterdam.

Mr. J. C. Weisz, jur. adviseur van het Centraal Bestuur, Rokin 9-15, Amsterdam.

Kort verslag bestuursvergadering

Kort verslag van de bestuursvergadering, gehouden op donderdag 22 januari 1970 in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht.

1. De te vormen beleggingsadviesraad is onderwerp van gesprek. Er zal een onderhoud plaatsvinden met enkele personen, die bereid zijn zitting te nemen in deze raad en de besturen van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen en de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten.

2. Vanuit de FOIB is een nota verzonden aan de Bijzondere Commissie uit de Tweede Kamer, belast met de voorbereiding van de openbare behandeling van het wetsontwerp inzake verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling. Bovendien is een fiscale nota van Prof. Nouwen meegezonden. In verband hiermede wordt de aandacht gevestigd op het feit, dat blijkens een overzicht, in vele gevallen niet ten volle gebruik wordt gemaakt van de fiscale aftrek voor de lijfrentepremie.

3. Aan het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging zal verzocht worden om na te gaan of de ziekenfondsen bereid zijn, de pensioengelden, naar analogie van de betalingen der honoraria, maandelijks per voorlopige betaling te voldoen en direct na de peildatum definitief af te dragen.

4. De Stichting Dienstverlening aan Pensioenfondsen heeft een aanbod op administratief gebied gezonden aan de Landelijke Huisartsen Vereniging. Deze heeft het stuk ter beoordeling en advies aan de Stichting Voorlopig Beheer doorgegeven.

Bedragen „Interne Richtlijn” voor 1970 verhoogd

Het bestuur van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen heeft in haar vergadering van 19 maart 1970 besloten om de bedragen van de voor de jaren 1967 t/m 1969 geldende „Interne Richtlijn” voor het jaar 1970 te verhogen. Het desbetreffende besluit luidt als volgt:

Het bestuur van de „Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen”,

overwegende,

dat voor het jaar 1967 door het bestuur een interne richtlijn werd vastgesteld ter zake van het — geheel onverplicht — verrichten van uitkeringen aan weduwen en wezen van huisartsen, die op of na 1 januari 1967 doch voor de eerste van de maand na

de 70ste verjaardag zijn overleden (gepubliceerd in Medisch Contact van 18 augustus 1967),

dat het bestuur besloten heeft de interne richtlijn zoals deze werd gewijzigd voor de jaren 1968 en 1969 ook voor het jaar 1970 te continueren, met inachtneming van de hierna onder punt d. vermelde wijzigingen,

dat ter zake van deze continuering blijft gelden, dat het bestuur weliswaar voornemens is zich bij het verstrekken van uitkeringen naar de — gewijzigde — interne richtlijn te gedragen, doch dat daar aan door niemand enige aanspraak op uitkeringen ontleend kan worden,

stelt de inhoud van de interne richtlijn voor het jaar 1970 als volgt vast:

a. Het bestuur van de Stichting Voorlopig Beheer is voornemens uitkeringen te doen aan de weduwe respectievelijk de kinderen van een huisarts, die overlijdt op of na 1 januari 1967 doch vóór de eerste van de maand, volgend op zijn zeventigste verjaardag en tevens vóór de datum, waarop de definitieve pensioenregeling voor huisartsen in werking treedt.

b. Voor een weduwenuitkering kan in aanmerking komen de vrouw, met wie de huisarts ten tijde van zijn overlijden was gehuwd.

c. Voor een wezenuitkering kunnen in aanmerking komen kinderen van de overleden huisarts als mede stief- en pleegkinderen, die in zijn gezin en op zijn kosten werden onderhouden en opgevoed, beneden de leeftijd van 18 jaar, dan wel — ten aanzien van studerende en invalide kinderen — beneden de leeftijd van 27 jaar.

d. De norm voor de weduwenuitkering bedraagt:

1. voor weduwen van huisartsen, die in 1967 zijn overleden: f 5.000,— per jaar, te verminderen met f 133,33 voor ieder vol jaar, dat de huisarts op 1 januari 1967 ouder was dan 40 jaar, met een minimum van f 1.000,— per jaar,

2. voor weduwen van huisartsen, die in 1968 zijn overleden: f 5.400,— per jaar, te verminderen met f 144,— voor ieder vol jaar, dat de huisarts op 1 januari 1968 ouder was dan 40 jaar, met een minimum van f 1.080,— per jaar,

3. voor weduwen van huisartsen, die in 1969 zijn overleden: f 5.700,— per jaar, te verminderen met f 152,— voor ieder vol jaar, dat de huisarts op 1 januari 1969 ouder was dan 40 jaar, met een minimum van f 1.140,— per jaar,

4. voor weduwen van huisartsen, die in 1970 overlijden, f 6.144,— per jaar, te verminderen met f 164,— voor ieder vol jaar, dat de huisarts op 1 januari 1970 ouder was, dan 40 jaar, met een minimum van f 1.224,— per jaar,

e. Uitgangspunt is een wezenpensioen per kind ad. een vijfde van het weduwenpensioen, met verdubbeling indien en zolang niet tevens weduwenpensioen wordt uitgekeerd.

f. Deze richtlijn is van toepassing op iedere huisarts als gevolg van wiens overeenkomst met een ziekenfonds pensioengelden in de stichting worden gestort, ongeacht het aantal bij hem ingeschreven ziekenfondspatiënten. Geen weduwen- en wezenpensioen wordt uitgekeerd, indien de huisarts vóór zijn overlijden zijn huisartsenpraktijk heeft neergelegd, tenzij het voor het bestuur aannemelijk is, dat het neerleggen van de huisartsenpraktijk na 1 januari 1967 heeft plaatsgevonden wegens ouderdom of algehele invaliditeit. Indien een gewezen huisarts, die zijn huisartsenpraktijk anders dan wegens ouderdom of algehele invaliditeit heeft neergelegd, zich na 1 januari 1964 opnieuw als huisarts heeft gevestigd of vestigt, zal eveneens geen weduwen- en wezenpensioen worden toegekend, tenzij het bestuur de overtuiging heeft, dat de nieuwe vestiging geen verband heeft gehouden met enige verwachting omtrent de uitkeringen als hier bedoeld.

g. Voor de arts, wiens beroepsinkomen voor minder dan 60% bestaat uit inkomsten uit de behandelingen van zijn in het kader van zijn huisartsenpraktijk behandelde patiënten worden de bedragen van het weduwen- en wezenpensioen verminderd in evenredigheid met de mate waarin deze inkomsten minder dan 60% van zijn beroepsinkomen bedragen. Voorts besloot het bestuur van de Stichting om, gezien de financieel technische resultaten, de uitkeringen aan weduwen en wezen van in de jaren 1967 t/m 1969 overleden huisartsen, die een onverplichte uitkering op grond van de „Interne Richtlijn” ontvangen, voor het jaar 1970 te verhogen tot de bedragen die volgens deze „Interne Richtlijn” gelden voor weduwen en wezen van in 1970 overlijdende huisartsen.

Utrecht, 19 maart 1970

Het bestuur van de Stichting Voorlopig
Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen,

J. F. A. van Rijn, voorzitter,

J. I. van der Leeuw, secretaris,

C. van der Marel, penningmeester

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

VOORLICHTING INZAKE „PIL”

„Pil vormt bedreiging voor volksgezondheid”, vormt de headline voor een verslag van een voordracht door Prof. Dr. J. C. Defares („verbonden aan de Boerhaavekliniek in Leiden”) in De Nieuwe Limburger van 20 maart j.l. Deze bijeenkomst was georganiseerd door een dame, die een opleidingsinstituut voor schoonheidsspecialiste leidt (sic!).

Prof. Defares heeft blijkens het verslag weer eens zijn, ons sinds 1967 bekende stokpaardje bereiden (N.T.V.G. III blz. 1115), zich kennelijk niets aantrekkend van de kritiek door naar mijn mening meer deskundigen (zie bijvoorbeeld N.T.V.G. III blz. 1264 en 1286). Veel erger is dat deze hoogleraar, van zijn gezag misbruik makend, het vertrouwen van de pil-verbruiksters in de hen behandelende artsen ernstig ondermijnt. Dat zo een vaak moeizaam opgebouwde verbetering in gezinsrelaties door middel van deze vorm van anticonceptie bij psychisch labiele vrouwen in gevaar komt, valt waarschijnlijk buiten het gezichtsveld van de hooggeleerde.

Met klem wil ik protesteren tegen deze (valse) voorlichting, waarmee geen enkel belang gediend is.

Maastricht, 22 maart 1970

J. A. G. Meijers

HOE IS HET MOGELIJK?

Ja, hoe is het mogelijk, dat hoofdartikel in M.C. nr. 12 van dit jaar van 27 maart, bladzijde 297. Lijkt het aanvankelijk dat de schrijver een lans breekt voor de huisartsen en de nog vaak negatieve publiciteit aan de kaak stelt, al ras blijkt het venijn in de staart te zitten. Ontstellend is het wanbegrip voor goede public relations dat uit dit artikel spreekt. Het is duidelijk dat de schrijver nog steeds niet weet hoe makkelijk dit soort artikelen, gekleurd en wel, in de grote pers verschijnt.

Weér moeten wij de hand in eigen boezem steken. En waarom, vanwege klachten van patiënten of hun assuranceurs? Welnee! Ook F.A.B. weet immers dat de gehele tarieven-affaire stoelt op politieke basis. De redelijkheid van tariefsverhoging wordt wel-

haast door niemand aangevochten. De stelling dat de huisartsen het voorbeeld van de specialisten zouden moeten volgen, kunnen wij maar beter niet van kritiek voorzien, om niet in dezelfde fout te vervallen als F.A.B. Het artikel is een ondoordachte, onverstandige aanval in de rug van de huisartsen, die daar niet dankbaar voor zullen zijn.

's-Gravenhage, 1 april 1970

Namens het bestuur van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging voor 's-Gravenhage en Omstreken: J. L. D. van der Roest, secretaris.

Naschrift

Redactionele artikelen zijn niet bedoeld om er p.r.-belangen — van wie dan ook — mee te behartigen (ref.: „Open venster - Open deur”, M.C. nr. 2/1970, bladzijde 28).

In het gewraakte hoofdredactionele artikel wordt de redelijkheid van tariefsverhoging niet aangevochten, integendeel, er wordt in betoogd dat de huidige consult- en visitatarieven hoger dienen te liggen dan volgens de nu geldende prijsvoorschriften toelaatbaar zou zijn.

Ondergetekende heeft betoogd, dat de tarievenaffaire, in plaats van te zijn gestoeld op een politieke basis, dient te worden afgestemd op het maatschappelijk verkeer (ref.: „Het vrije beroep”, van Prof. Dr. F. J. H. M. van der Ven, Leiden 1956). In dit licht moet dan ook de suggestie, de ziektekostenverzekeraars in het overleg te betrekken, worden gezien.

Utrecht, 3 april 1970

F. A. Bol

MC VARIA

Door de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de provincie Drenthe zal op 14 mei aanstaande een provinciale gezondheidsdag worden gehouden, waarop het onderwerp „Hartinfarct: preventie en revalidatie” in bespreking zal worden genomen. Het programma voor deze studiebijeenkomst, die zal worden gehouden in het Wilco-centrum te Assen, vermeldt de volgende sprekers:

Prof. Dr. F. L. Meijler, hoogleraar in de cardiologie, verbonden aan het Academisch Ziekenhuis te Utrecht: „De vroege herkenning en opsporing van hart-vaatziekten en de mogelijkheden van een „deltaplan” in dit verband”; Prof. Dr. F. S. P. van Buchem,

supervisor van het epidemiologisch onderzoek betreffende hart-vaatziekten te Zutphen: „Factoren van betekenis voor het ontstaan van atherosclerose en atherosclerotische complicaties”; Prof. Dr. J. Nieveen, hoogleraar in de cardiologie, verbonden aan het Academisch Ziekenhuis te Groningen: „Risicofactoren voor hartziekten bij jonge managers in Nederland”; H. W. H. Weeda, hoofd van het Bureau voor Arbeidsgeschiktheid te Leiden: „Algemene beschouwingen, in het bijzonder fysieke aspecten, bij de revalidatie van hartpatiënten”; J. Ringelberg, psychiater, verbonden aan de afdeling psychosomatiek van het Academisch Ziekenhuis te Leiden: „De taak van de psychiater bij de revalidatie van hartinfarctpatiënten”; Dr. J. H. R. van der Pas, verzekeringsgeneeskundige, medisch adviseur van de Bedrijfsvereniging voor Detailhandel en Ambachten te Utrecht: „Mag, kan, wil, moet de hartpatiënt werken”? Een forumdiscussie zal deze gezondheidsdag besluiten. Schriftelijke vragen zullen worden behandeld door het forum, bestaande uit de inleiders onder voorzitterschap van Dr. C. J. Jonkman, directeur-arts Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Drenthe.



De Regionale Raad Limburg van de Nederlandse Katholieke Invalidenbond dringt er, blijkens een bericht van het A.N.P., in een brief aan de Commissie Voorbereiding Medische Faculteit Maastricht op aan, de mogelijkheden te onderzoeken voor samenwerking tussen revalidatie-instituten in Zuid-Limburg en de medische faculteit. De Raad schrijft, dat de medische revalidatie aan de Nederlandse universiteiten nauwelijks als specialisme voorkomt en er dan ook een tekort aan revalidatie-artsen in ons land is. Wij zijn er van overtuigd dat de revalidatiemogelijkheden — en kwalitatief en kwantitatief — flink zouden toenemen, wanneer onze universiteiten in de gelegenheid waren hier meer aandacht aan te besteden, aldus de Raad, die meent dat in dit opzicht Maastricht meer mogelijkheden heeft. Het moet nog helemaal beginnen en er zijn in Zuid-Limburg enkele revalidatie-instituten waarmee eventueel de medische faculteit zou kunnen samenwerken.



Ter bevordering van een gelijkmatige spreiding over de universiteiten van eerstejaarsstudenten in de geneeskunde, tandheelkunde en biologie zijn voor het studiejaar 1970-1971

plaatsingscommissies ingesteld. Ook indien men dit jaar nog moet deelnemen aan een eindexamen of staats-examen, dient men zich daartoe zo spoedig mogelijk, doch in ieder geval vóór 1 mei 1970, schriftelijk aan te melden bij een van de volgende commissies: Commissie plaatsing eerstejaarsstudenten geneeskunde, Kromme Nieuwe Gracht 29, Utrecht; Commissie plaatsing eerstejaarsstudenten tandheelkunde, Jutfaseweg 7, Utrecht; Commissie plaatsing eerstejaarsstudenten biologie, Kromme Nieuwe Gracht 29, Utrecht. Wie zich tijdig heeft aangemeld ontvangt ter invulling een inlichtingenkaart. Hierop dient te worden vermeld aan welke instelling van wetenschappelijk onderwijs men bij voorkeur wenst te studeren en welke universiteit men als tweede en volgende keuze wil stellen, en verdere gegevens, welke voor een gelijkmatige verdeling van de beschikbare plaatsen van belang zijn. In de plaatsingscommissies hebben zitting vertegenwoordigers van de instellingen van wetenschappelijk onderwijs, aan welke de betreffende studie mogelijk is.



Op 14 maart 1970 is te Leiden opgericht de Vereniging voor Theoretische Biologie. Het doel dezer vereniging is onder meer het bevorderen van contact tussen theoretisch werkzame biologen (en medici, landbouwkundigen e.d.) en het uitwisselen van informatie betreffende onderzoek op het gebied van en onderwijs in theoretische biologie, methodologie der biologie en biomathematica. Het bestuur bestaat uit Prof. Dr. M. Jeuken, voorzitter, Dr. J. Reddingius, secretaris en Dr. W. J. van der Steen, penningmeester. Men kan zich als lid opgeven of anderszins van zijn belangstelling doen blijken bij de secretaris, adres: Zoölogisch Laboratorium van Rijksuniversiteit te Groningen, Kerklaan 30, Haren (Gr.), tel. 050-116079.



Het Centre International de l'Enfance in Parijs organiseert van 24 september tot 25 november 1970 in de Franse hoofdstad een cursus, welke de bescherming van moeder en kind centraal stelt. De cursus staat open voor sociaal werksters, voor verpleegsters en voor administratief stafpersoneel dat op sociaal terrein of op dat van de volksgezondheid (niet-medisch) werkzaam is. De leerstof met betrekking tot de bescherming van moeder en kind omvat onder meer de formatie en de rol van ver-

plegings- en sociaal personeel, de problemen, die zich voordoen in de verschillende leeftijdsgroepen van de kinderen, de invloed van het sociale en de rol van het school-milieu, de belangrijkste medisch-sociale problemen als gevolg van ziekte en de voedingsmoeilijkheden van het kind. Een eerste voorwaarde voor de cursisten is, dat zij de Franse taal volledig machtig zijn. Gegadigden die voor een beurs voor deelneming aan de cursus in aanmerking wensen te komen dienen zich vóór 1 mei a.s. schriftelijk te wenden tot: het Directoraat-Generaal voor Internationale Zaken, ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Zeestraat 73, 's-Gravenhage.



Van 18 tot en met 21 augustus 1970 wordt te Washington de Second World Meeting on Medical Law gehouden. Dit congres zal zich onder meer bezighouden met de medisch-juridische aspecten van geneesmiddelen, hun gebruik en misbruik; gezondheidszorg; psychiatrie; geboortebeperving; reanimatie en orgaantransplantatie. Ook over de plaats van het recht in het medisch curriculum, het beroepsgeheim van de arts en de plaats van de medicus binnen de jurisdictie zal worden gesproken. Gegadigden kunnen zich voor nadere inlichtingen wenden tot Dr. J. F. Rang, juridisch medewerker aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam, Van der Boechorststraat 7, tel. 020-483362.



De Nederlandse biologen maken zich blijkens een A.N.P. bericht ernstig zorgen om de continuïteit van de biosfeer, de omgeving waarin het leven van de mens mogelijk wordt gemaakt: de lucht, het water en het land. De techniek is volgens hen op weg om zo hard tegen de biosfeer aan te schoppen, dat de mens zich daardoor zelf om zeep helpt. Daarom heeft de biologische raad van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen in Amsterdam een brief gestuurd aan de ministerraad, vergezeld van een verslag over een in september vorig jaar in Londen gehouden symposium over de veranderingen in het milieu door toedoen van de mens. Daarom heeft de biologische raad op 31 maart en 1 april in het RAI-congrescentrum in Amsterdam zelf een symposium georganiseerd waarop de problemen van lucht-, water- en landverontreiniging opnieuw aan de orde werden gesteld.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

Uitgever: Uitgeverij. Kruyt n.v., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259*, postgiro 142554.

Advertenties: In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgave van redenen worden geweigerd.

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland & 35,—, losse nummers 78 cent (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 16.250 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Adres der Maatschappij en haar organen: Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411, postgiro 58083; hoofdbestuur, dagelijks bestuur, boekhouding, bureau voor waarneming en vestiging van 8.30 tot 17 uur, (na 18 uur en ook 's zondags telefoon 020-798984), — Landelijke Huisartsen Vereniging — Landelijke Specialisten Vereniging — Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband — Specialisten Registratie Commissie — Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, O.L.M.A.

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen: secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-2184; postgiro 111950 t.n.v. de penningmeester der Stichting Ondersteuningsfonds te Utrecht.

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