



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

ZIEKENFONDSTARIEVEN

„Over de ziekenfondstarieven ben ik niet ontevreden; ze zijn wel bescheiden, maar bepaald niet onvoldoende”, aldus de voorzitter van de L.S.V. (Medisch Contact nr. 7/1971, blz. 182). „Het ziekenfondshonorarium is niet redelijk”, betoogt collega Horikx in dit nummer (zie blz. 883). De kwalificatie „charitatief” voor het zie-

kenfondshonorarium is onjuist, het artikel van Horikx in Medisch Contact nr. 8/1971, blz. 219 is „rondweg onwetenschappelijk en belachelijk”: ziedaar tenslotte de mening van de voorzitter van de Federatie van Ziekenfondsen, collega H. Speleers, afgedrukt in de Ziekenfondsgids van april 1971.

Wij citeerden enkele uitspraken uit de vele reacties die men gewoonlijk tegenkomt, indien men de hoogte van de ziekenfondstarieven ter sprake brengt. Uitspraken die, zowel naar inhoud als naar vorm nogal eens plegen uiteen te lopen. Nauw samenhangend met de hoogte van de tarieven immers is de vraag, hoeveel iemand — in het vrije beroep — mag of tenminste moet verdienen bij een volledige dagtaak. Het antwoord daarop zal altijd arbitrair blijven.

Wel heeft men reeds lang de methode gevolgd het gewenste inkomen van de vrije beroeper te relateren aan dat van een arts in dienstverband. De L.H.V. heeft bij haar onderhandelingen met het Gemeenschappelijk Overleg Ziekenfondsen (G.O.Z.) in 1953 gezocht naar een met de huisarts vergelijkbare figuur onder de dienstverbanders en vond de bedrijfsarts. Met het inkomen van de gemiddelde bedrijfsarts als theoretisch vergelijkingsobject bleek het toen evenwel, wegens gebrek aan gegevens uit het bedrijfsleven, een moeilijke zaak te zijn om dit gemiddelde inkomen te bepalen. Tijdens het conflict tussen L.H.V. en G.O.Z. in 1966 bepaalde de commissie-Van der Ven, dat het nettohonorarium van de huisarts bij een volledige ziekenfondspraktijk overeen diende te komen met het salaris van een ambtenaar ingedeeld in schaal 151 van het Bezoldigingsbesluit Burger-

26e JAARGANG - No. 34 - 27 AUGUSTUS 1971

INHOUD

Ziekenfondstarieven	881
Het ziekenfondshonorarium is niet redelijk	883
Dr. Meindert J. W. de Groot en de „geestelijke verzekering” van het Nederlandse volk	887
„Geestelijke verzekering”, slogan, realiteit, of ... ?	889
Nascholingscentra	891
Twaalfde Apeldoornse Artsendag	892
Uit het jaarverslag 1970 N.I.P.G.	893
Uit het jaarverslag 1970 G.A.K.	894
Kamervragen over de toekomstige huisartsopleiding	895
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Vervolg Beschrijvingsbrief voor de 158ste Algemene Vergadering	896
<i>Van het Centraal Bestuur L.H.V.:</i>	
L.H.V.-N.H.G.-werkplan organisatiestructuur nascholing voor huisartsen	899
Brieven aan de redactie	901
Varia	902

Hoofredacteur: F. A. Bol, arts.

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

Colofon op bladzijde 904

lijk en Rijksambtenarenbesluit (B.B.R.A.) - ervan uitgaande, dat verschillen in hoogte tussen het ziekenfondshonorarium en het honorarium berekend aan particuliere patiënten niet meer voorkomen, bij gelijke behandeling in gelijke omstandigheden.

Sinds geruime tijd geeft de L.A.D. richtlijnen uit voor de bepaling van het salaris van een arts in dienstverband. Het is dus begrijpelijk, dat collega Horikx in zijn artikel het inkomen dat hij zou ontvangen indien hij uitsluitend een ziekenfondspraktijk zou hebben vergeleekt met in deze richtlijnen genoemde bedragen. Dat collega Horikx kiest voor categorie II, groep B, is zijn keuze. Hij motiveert deze keuze door het aantal min of meer verplichte nevenfuncties aan zijn beroepsuitoefening verbonden. Toch ware het juist geweest, indien hij een vergelijking zou hebben getrokken met categorie I, groep B; immers de hierin geklassificeerde artsen in dienstverband werken hetzij onder leiding, hetzij in zelfstandige positie, terwijl de categorieën II en III die artsen omvatten die leiding geven aan andere artsen dan wel een belangrijke of bijzonder verantwoordelijke functie bekleden.

Collega Horikx beschouwt zijn gegevens als min of meer representatief voor de normaal samengestelde internistenpraktijk in een middelgroot algemeen ziekenhuis. Echter, juist deze „gemiddelde arts” uit het vrije beroep zou indien hij een dienstverband zou aangaan, niet in categorie II of III maar in categorie I thuishoren. Welnu, ook een vergelijking van de inkomsten uit een volledige ziekenfondspraktijk met de honoraria van categorie I zou ten nadele van het ziekenfondshonorarium uitvallen.

Van de zijde van het bureau van de L.A.D. bereikte ons de vraag, of het juist is om de hypothetische inkomsten van een specialist te vergelijken met de reële inkomsten van een arts in dienstverband. Er zal immers nauwelijks een specialist zijn die uitsluitend inkomsten verwerft uit de ziekenfondspraktijk; ook de honoraria uit

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

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

de particuliere praktijk vormen een deel van zijn inkomen. Alleen een vergelijking tussen het totale inkomen van de gemiddelde specialist met de arts in dienstverband is zinvol om te beoordelen of het gemiddelde honorarium voldoende is. In het artikel van collega Horikx is niet het totale inkomen van de specialist in het geding. Wat hij wel aantoonst, is dat in zijn praktijk duidelijk naar voren komt dat de structurele opbouw van het honorarium van de internist onjuist is. Om dit aan te tonen is de vergelijking die hij maakt noodzakelijk.

De structurele opbouw van het specialisteninkomen wordt ten dele bepaald door het draagkrachtprincipe. Deze structurele opbouw houdt ook de L.S.V. bezig, zoals blijkt uit de woorden van zijn voorzitter in het eerder aangehaalde interview dat wij met hem hadden (M.C. nr. 7/1971, blz. 182): „Het blijft onbevredigend dat de ene patiënt (I.Z.A.-verzekerde) op de afdeling voor dezelfde behandeling ongeveer driemaal zoveel betaalt als zijn buurman (ziekenfondsverzekerde). Hieraan moet worden gesleuteld”. Men kan misschien beginnen met in meerdere specialistenpraktijken de ziekenfondshonoraria door te lichten. Dan zal vanzelf blijken, of voor een aantal specialismen het ziekenfondshonorarium nog steeds in de charitatieve sfeer ligt.

B.

Het ziekenfondshonorarium is niet redelijk

Door Dr. M. J. Horikx, internist te Geldrop

In het vorige artikel „Is het ziekenfondshonorarium redelijk?” (Medisch Contact 1971 nr. 8 d.d. 26 februari, blz. 219 e.v.) werd aan de hand van berekeningen aangetoond dat de ziekenfondspatiënt poliklinisch nagenoeg om niet dient te worden behandeld. De gemiddelde netto-vergoeding voor een bezoek van een ziekenfondspatiënt aan de polikliniek bleek f 1,65 te bedragen. Deze opvallend lage vergoeding is enerzijds het resultaat van de lage ziekenfondstarieven, anderzijds het gevolg van de hoge onkosten die de specialist moet maken om zijn patiënten poliklinisch te kunnen behandelen. Zoals uiteengezet vraagt het C.O.Z. (Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven) een veel te hoge huur voor het gebruik van de ziekenhuispolikliniek. Daarnaast komen de salarissen (inclusief sociale lasten en pensioenen) van het personeel dat op de polikliniek werkzaam is en de secretaresses die in de praktijk werkzaam zijn geheel ten laste van de specialist.

Uit een van de reacties op mijn artikel bleek dat de gehele medische staf van een ziekenhuis de inhoud van het betoog onderschreef (Medisch Contact 1971 nr. 14 d.d. 9 april, blz. 402). De reactie van collega Wennen (Medisch Contact 1971 nr. 11 d.d. 9 maart, blz. 419) is niet goed te volgen. Uit de in het vorige artikel genoemde percentages 56 en 88% meent hij te kunnen concluderen dat „men op deze willekeurige wijze doorredenerend ook wel tot een percentage van 100 of meer zou kunnen komen”. Het is collega Wennen kennelijk niet duidelijk dat het om verschillende benaderingen gaat, namelijk de onkosten berekend ten opzichte van de totale ziekenfondspraktijk (56%) en de onkosten die moeten worden gemaakt voor de poliklinische ziekenfondspraktijk (88%). Mogelijk dat collega Wennen tijd vindt om mijn artikel te herlezen.

De voorzitter van de Federatie van Ziekenfondsen H. Speleers wijdde op de eerste bladzijde van de Ziekenfondsgids van april 1971 een beschouwing, verlucht met een foto van de schrijver, aan mijn artikel onder een met vette letters gedrukte kop „belachelijk”. Collega Speleers betitelt mijn verhandeling als „rondweg onwetenschappelijk en belachelijk”. Tevens verwijt hij Medisch Contact gebrek aan kritiek door het opnemen van mijn artikel. Deze manier van reageren van de zijde van de ziekenfondsen is wel erg eenvoudig en weinig diepgaand. Het is zeer goed te begrijpen dat mijn uiteenzetting de voorzitter van de Federatie van Ziekenfondsen niet erg gelegen komt. Immers in het januarinumnummer van de Ziekenfondsgids van 1970 schrijft Speleers: „Wij willen deze bespiegeling niet besluiten zonder tot

Samenvatting: In bijgaande beschouwing wordt berekend dat het netto honorarium voor een internist bij een volledige ziekenfondspraktijk f 388,— per week zou bedragen. Er wordt gewezen op de wanverhouding tussen de ziekenfondstarieven en het honorarium dat aan particuliere patiënten in rekening wordt gebracht.

uitdrukking te brengen, dat de huidige honorering — en dit geldt voor alle groepen van medewerkers aan de ziekenfondsen — niet meer verdraagt, dat zij — zoals nog dikwijls geschiedt — als „charitatief” wordt bestempeld ter rechtvaardiging van het feit, dat aan particuliere patiënten in vele gevallen aanzienlijk hogere tarieven in rekening worden gebracht. De publieke opinie, in pers, radio en televisie tot uiting komend, moge in deze een waarschuwing zijn dat men op den duur het meedoen aan een herverdeling van de inkomens beter aan de belastinggaarder kan overlaten”. Een berekening op grond van feiten waaruit blijkt dat een internist zijn poliklinische ziekenfondspatiënten nagenoeg voor niets moet behandelen past niet in de reeds jaren aan de gang zijnde voorlichting van het publiek omtrent het inkomen van de specialist en het aandeel van de ziekenfondsen hierin.

Om aan te tonen dat het ziekenfondstarief inderdaad niet redelijk is en het inkomen van de specialist overwegend moet worden opgebracht door het naar verhouding kleine aantal particuliere patiënten, werd uitgerekend wat het inkomen zou zijn indien de praktijk voor 100% uit ziekenfondspatiënten bestond. Deze omrekening is eenvoudig te verkrijgen zoals uit het aan het einde van dit artikel weergegeven accountantsrapport blijkt. Het besteedbare inkomen zou in het geval van een volledige ziekenfondspraktijk uitkomen op f 20.212,— per jaar ofwel f 388,— per week „schoon”. Gezien de duur van de opleiding (6 jaar l.o., 6 jaar v.w.o., 7 jaar artsopleiding, 5 jaar specialisatie) en de daarna te vervullen militaire dienstplicht kan men op zijn vroegst op 32-jarige leeftijd specialist zijn. Het is duidelijk dat een „honorering” van f 388,— netto per week niet als redelijk voor een internist kan worden aangemerkt. Bij vergelijking met een specialist in dienstverband, gesalarieerd volgens de normen van de L.A.D. (Landelijke vereniging van Artsen in Dienst-

verband), blijkt dat het besteedbare inkomen in dienstverband bijna 2 x zo hoog is. (Voor de L.A.D.-richtlijnen zij verwezen naar Medisch Contact 1970 nr. 14 d.d. 3 april.) Bij de berekening van het besteedbare inkomen is men er van uitgegaan dat het pensioen gelijk diende te zijn aan het pensioen dat zou worden genoten indien men in dienstverband werkte. Zowel voor de berekening van de ziekenfondsinkomsten als voor het salaris volgens de richtlijnen van de L.A.D. is uitgegaan van de tarieven respectievelijk richtlijnen voor het jaar 1970. Het besteedbare inkomen van de specialist in dienstverband blijkt f 35.914,— te bedragen (zie verantwoording van dit bedrag aan het einde van dit artikel). Bij de berekening van het besteedbare inkomen van de specialist in dienstverband is men er van uitgegaan dat de gesalarieerde zelf een aanvullende verzekering moet sluiten wegens invaliditeit, de A.O.W.-premie niet door de werkgever wordt betaald, geen vergoeding wordt ontvangen voor beroepshalve gemaakte autokosten en de kosten voor het bijwonen van wetenschappelijke congressen niet geheel of ten dele door de werkgever worden vergoed. Gewoonlijk worden echter wel een of meer van bovenstaande lasten door de werkgever gedragen. Al jaren is men bezig een pensioenvoorziening voor artsen te creëren. Naar wij hopen zal het nieuwe kabinet eindelijk de betreffende raamwet goedkeuren.

Essentieel is echter dat dan tevens de fiscale achterstelling van de vrije beroepen ten aanzien van de pensioenvoorzieningen wordt opgeheven. Een verplichte pensioenverzekering zonder fiscale gelijkstelling voor wat betreft de reservering van de pensioenpremie geeft geen enkele verbetering, in tegen-

Medische informatiekaart

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

De medische informatiekaart van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst — een herziene uitgave van de vroegere „Medicamentenkaart voor noodgevallen” — is bij het Bureau der Maatschappij verkrijgbaar tegen kostprijs. De prijs is vastgesteld op f 0,20 per stuk bij aflevering in plastic hoesje; de verzendkosten zijn hierbij niet inbegrepen. Grotere hoeveelheden van deze medische informatiekaarten kunnen ook worden afgenomen zonder plastic hoesje à f 0,10 per stuk.

deel, alleen maar verslechtering van de situatie. De pas afgetreden regering heeft zich omtrent toekenning van de fiscale vrijstelling van de pensioenpremie nimmer uitgesproken. Dat de nieuwe regering dit wel zal doen kunnen wij alleen maar hopen. Zoals uit het huidige regeerakkoord van AR - CHU - KVP - VVD en DS'70 blijkt, heeft het inkomen van de vrije beroepsbeoefenaren wel de aandacht van deze partijen, hetgeen volgt uit de vermelding „matiging hogere inkomens met name in de vrije beroepen -” (De Tijd 26-6-1971 blz. 5). Wij hopen daarom eveneens dat de nieuwe bewindslieden een juistere voorlichting omtrent de verhouding bruto-inkomen en besteedbaar inkomen van artsen zullen ontvangen dan het publiek nogal eens via de publiciteitsmedia de laatste jaren heeft gekregen. Mocht de wet op de pensioenvoorziening voor de vrije beroepen, inclusief de fiscale aftrekbaarheid van de premie, een feit worden, dan zal het hiervoor genoemde besteedbare inkomen voor de internist met volledige ziekenfondspraktijk misschien hoger worden dan mogelijk de vrijwillige ouderdomsvoorzieningen dan kunnen worden gewijzigd. In hoeverre dit werkelijk zal leiden tot een verbetering van het besteedbare inkomen is thans nog niet te overzien.

Behoudens een laag besteedbaar inkomen bij een volledige ziekenfondspraktijk, hetwelk slechts bijna de helft bedraagt van dat in dienstverband, zijn er nog andere factoren die de situatie voor de specialist in vrij beroep met een volledige ziekenfondspraktijk nog ongunstiger maken. Bij een volledige ziekenfondspraktijk zullen de administratiekosten stijgen. De administratieve werkzaamheden, welke moeten worden verricht ter bekoming van het honorarium van de ziekenfondsen, bedragen namelijk per patiënt een veelvoud van de administratie die nodig is voor

Buitendienstmedewerkers van de O.L.M.A.

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

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

de particuliere patiënten. Ook dient men rekening te houden met een natuurlijk verloop van de praktijk boven het vijftigste levensjaar, als gevolg van het ouder worden en een verminderde vitaliteit. Het is een bekend verschijnsel dat de grootte van de praktijk afneemt in de laatste 10 jaren dat men zijn werkzaamheden kan uitoefenen. In dienstverband heeft deze toch vaak optredende vermindering van de prestaties geen enkele invloed op de hoogte van het inkomen. Verminderde arbeidskracht ten gevolge van een ziekte is eveneens een risico dat een specialist als vrije ondernemer zelf heeft te dragen. Ook de mogelijkheid van het teruglopen van de praktijk om andere redenen, die niet altijd aanwijsbaar zijn, behoort tot de door de specialist zelf te dragen risico's; voorbeelden hiervan zijn ons bekend.

Gedwongen verkleining van de praktijk door maatregelen van overheidswege of andere bestuurlijke organen is reeds aangekondigd. Prof. Hattinga-Verschure wees er op (Elseviers Weekblad 24 april 1971) dat over enige jaren de praktijkgrootte ongeveer een derde deel kleiner zal (moeten) worden. Mochten de artsen hiertoe niet vrijwillig overgaan, dan zijn maatregelen om hen hiertoe te dwingen aangewezen, aldus Prof. Hattinga-Verschure.

Een schatting van het aantal te verwachten afstuderenden in de geneeskunde geeft een toename tot 150% in 5 jaren tijd; in 1971 1.070 nieuwe artsen en in 1976 1.500 nieuwe artsen (Kruisinga in Medisch Contact nr. 3 d.d. 22 januari 1971, blz. 81). De huidige specialisten moeten, gezien de duur van hun specialisatie en de daarna te vervullen militaire dienstplicht, allen voor 1965 als arts zijn afgestudeerd. Het aantal artsen, dat tussen 1960 en 1965 afstudeerde, was steeds beneden 500 per jaar. In de periode 1965 - 1976 moet dus op een verdrievoudiging van het aantal afstuderende artsen worden gerekend, namelijk een toename van kleiner dan 500 naar ± 1.500 per jaar.

De voorspelling van Prof. Hattinga-Verschure omtrent verkleining van de gemiddelde praktijk binnen een aantal jaren is dus geenszins onaannemelijk. Daar de honorering voor specialisten ook voor de ziekenfondsen per verrichting gaat zal een verkleining van de praktijk rechtstreeks tot een daling van het inkomen leiden. Het is van belang dat de huidige specialisten zich realiseren dat een afnemende praktijkgrootte in de verwachting ligt, een afnemende die zoals hierboven vermeld eventueel zal worden afgedwongen.

De specialist als vrije ondernemer kan alleen bereid worden gevonden bovenstaande risico's te dragen, indien de beloning voor zijn arbeid hem hiertoe in staat stelt. Het ziekenfondshonorarium is dermate laag dat op deze basis de specialist nimmer bereid en in staat zal zijn om de hem te wachten staande risico's zelf te dragen. Alleen doordat aan de particuliere patiënten een honorarium in rekening wordt gebracht dat het veelvoud bedraagt van het ziekenfondstarief kunnen de ziekenfondspatiënten voor de thans geldende tarieven worden behandeld. De huidige structurele opbouw van het specialisten-

honorarium is onjuist, hetgeen overigens ook volgens de Federatievoorzitter van de Ziekenfondsen „kan worden verdedigd zonder de waarheid geweld aan te doen” (De Ziekenfondsgids april 1971).

De tarieven voor de behandeling van ziekenfondspatiënten dienen drastisch te worden verhoogd, waarna naar evenredigheid de tarieven voor particuliere patiënten kunnen worden verlaagd. Bij de omrekening dient men echter de juiste verhouding tussen particuliere tarieven en ziekenfondstarieven in het oog te houden. Ook moet rekening worden gehouden met het feit dat vele poliklinische verrichtingen voor ziekenfondspatiënten in het geheel niet worden gehonoreerd (bijvoorbeeld rectoscopie, beenmergpunctie, gewrichtspunctie, röntgendorlichting, tweede en volgende onderzoek van de patiënt binnen 1 maand enz.).

Voor degenen die de door ons in deze uiteenzetting gebezigde gegevens nauwkeurig willen narekenen is aan het einde van dit artikel het accountantsrapport afgedrukt. Het volledige accountantsrapport hebben wij toegezonden aan de redactie van dit tijdschrift, de Landelijke Specialisten Vereniging, de Nederlandse Internisten Vereniging en het secretariaat van het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties.

Bovenstaande gegevens en overwegingen tonen duidelijk aan dat het huidige ziekenfondstarief niet redelijk kan worden genoemd. Doordat bij bovenstaande berekeningen is uitgegaan van een volledige ziekenfondspraktijk wordt het bezwaar onderhouden dat men slechts over een deel van het inkomen van de specialist zou spreken. De tegenwerping kan nog worden gemaakt dat bovenstaande gegevens zijn verkregen uit slechts één praktijk. Daar tegenover dient men echter te stellen dat deze gegevens afkomstig zijn uit een normaal samengestelde drukke internistenpraktijk, uitgeoefend onder normale omstandigheden in een middelgroot algemeen ziekenhuis. Het is zodoende aannemelijk dat de gegevens uit de onderhavige praktijk als representatief kunnen worden beschouwd. Gegevens uit andere specialistenpraktijken zijn, voor zover mij bekend, nog nimmer gepubliceerd. Misschien zijn ook anderen bereid dit, weliswaar tijdrovende, onderzoek betreffende hun praktijkinkomsten te verrichten. Het ware nuttig als zij deze gegevens aan de beroepsbelangencommissie van hun vereniging en aan de Landelijke Specialisten Vereniging zouden doen toekomen.

De structurele opbouw van het inkomen van de specialist is onjuist. Drastische verhoging van de ziekenfondstarieven is aangewezen, hetgeen dan gepaard kan gaan met een overeenkomstige verlaging van de tarieven voor particuliere patiënten.

Bijlage: Uittreksel uit accountantsrapport; berekening besteedbaar inkomen: zie volgende bladzijde..

Bijlage: Uittreksel uit Accountantsrapport

BEREKENING BESTEEDBAAR INKOMEN

I. Honorering voor alle patiënten volgens ziekenfondstarief

Opbrengst 1970 (108,1% van 1969) ziekenfondsen f 130.650,—

Bij een praktijk met alleen ziekenfondsverzekerden zijn deze opbrengsten te ramen op 3/2 x f 130.650,— f 196.000,—

Af: De navolgende kosten:

Polikliniekhuur (15 u x 5,5E x 48 weken x 5,50).. f 21.780,—
 Personeelskosten polikliniek f 26.100,—*
 2 secretaressen f 27.000,—*
 Overige kosten f 32.000,—*
 f 106.880,—

Netto resultaat voor twee specialisten (maatschap) f 89.120,—

Het aandeel in dit resultaat voor een specialist bedraagt dus f 44.560,—

Dit bedrag moet nog worden verminderd met:

Premieheffingen (A.O.W., A.W.W.) f 2.499,—
 Premie invaliditeitsverzekering .. f 2.300,—
 Premie lijfrenteverzekering f 5.000,—
 f 9.799,—

Af: Inkomstenbelasting (tabel 1970 groep III aftrek voor twee kinderen; privé gebruik auto f 1.000,—) f 9.549,—

Af: Premie aanvullende oudedagsvoorzieningen f 5.000,—

Resteert als besteedbaar inkomen f 20.212,—

II Salaris in dienstverband (L.A.D.-norm)

Salaris (volgens L.A.D.-norm 1970 categorie II, Groep B + 12,5% toeslag) * f 74.000,—

Bij: Kinderbijslag voor twee kinderen f 1.097,—
 f 75.097,—

Af: Eigen pensioenbijdrage, stel f 5.000,—
 Premieheffing f 1.919,—
 Werknemersaandeel in premies sociale verzekeringswetten f 492,—
 Aanvullende invaliditeitsverzekering, stel f 1.400,—
 f 8.811,—

Af: Door werkgever niet vergoede kosten van verwerving getaxeerd op f 4.800,—

Af: Inkomstenbelasting (tabel 1970 tariefgroep III, 2 kinderen aftrek) f 23.572,—

f 37.914,—

Af: Zelf te dragen niet aftrekbare kosten (o.m. kosten auto in verband met privé gebruik), stel f 2.000,—

Resteert als besteedbaar inkomen f 35.914,—

L.A.D.-richtlijnen, Medisch Contact 1970, nr. 14 d.d. 3 april; plaatsing in categorie II geschiedde op grond van de volgende combinatie van functies:

- hoofd eigen interne afdeling
- mede-hoofd interne functie-afdeling
- hoofd hematologisch laboratorium
- medisch leider Bloedtransfusiedienst Geldrop
- medisch leider Trombosedienst

De hieruit voortvloeiende ziekenfondsrevenue zijn opgenomen in het bruto ziekenfondsinkomen.

* Specificatie van deze bedragen is gegeven in het vorige artikel in Medisch Contact 1971 nr. 8, 26 februari blz. 221.

De totale premie voor de lijfrenteverzekering en de aanvullende oudedagsverzekering is gebaseerd op een premieopgave van een verzekeringsmaatschappij.

Het te verzekeren pensioen (op risico basis) is berekend naar een pensioengrondslag vastgesteld volgens de L.A.D.-norm 1970 bij een salaris van f 74.000,— (zie hiernaast).

Dr. Meindert J. W. de Groot en de „geestelijke verzieking” van het Nederlandse volk

*Door Prof. Dr. C. J. B. J. Trimbos,
hoogleraar in de preventieve en sociale psychiatrie
aan de Medische Faculteit te Rotterdam*

In Medisch Contact van 6 augustus jl. (M.C. nr. 31/1971, blz. 815) heeft Dr. M. de Groot, epidemiologisch adviseur (van wie of wat?) onder de spreken-de titel „De geestelijke „verzieking” van het Nederlandse volk: slogan of realiteit?” de strijd aangeboden tegen het zaaien van paniek over de slechte toestand van onze geestelijke volksgezondheid. Hij is op zoek gegaan, waar toch wel de bron van die paniek moest zijn en is toen gestuit op mijn oratie van mei 1969. De zondebok was gevonden, hij werd in zijn nek gegrepen en vervolgens werd onverbloemd en op onheuse en grove wijze de vloer met hem aangeveegd. En passant kregen ook de Nota over de geestelijke volksgezondheid van staatssecretaris Kruisinga, kamerleden als Lamberts, Tilanus, en mevrouw Veder-Smit, het rapport van Van den Berg, Dekker, Sengers en Weyel (Wiardi Beckman Stichting) vegen uit de pan. Nu is dit grove en onheuse iets, dat meer de aanvaller dan zijn slachtoffers kenmerkt, geen directe reden tot reactie, integendeel. Maar als deze zogenaamde aanval gebaseerd blijkt te zijn op een reeks aperte onjuistheden, neergeschreven door een autoriteit als Dr. De Groot in het officiële orgaan van onze K.N.M.G., en nu de landelijke pers dit artikel kritiekloos gaat overnemen (Algemeen Handelsblad - N.R.C. van 13 augustus), voel ik mij wel gedwongen enig verweer te geven. Overigens verwacht ik, dat ook anderen wel zullen reageren op zijn artikel, dat — als men de inhoud ervan serieus zou nemen — niet zonder gevaar is voor het komend beleid op het gebied van het psychosociale welzijn.

Zelden of nooit ben ik met zoveel tegenzin aan een artikel begonnen als thans het geval is. Een artikel, dat mij opgedrongen wordt en mij verplicht de rol te accepteren van de onderwijzer, die met een rood potlood een slecht opstel corrigeert. Er zijn aangenamer en nuttiger bezigheden te bedenken. Laat ik, alvorens meer zakelijk op de inhoud van Dr. De Groots aanval in te gaan, duidelijk stellen dat ik mij gegriefd voel door een aantal van zijn uitlatingen, waarin hij mij beschuldigt van „krasse uitspraken”, „wilde beweringen”, „drogredeneringen”, „misleidende redeneringen”, „onzindelijke argumenten”, „onheilsprofetie”, „paniekzaaien” etc. Naar aanleiding van mijn opmerking, dat vele buitenlandse onderzoeken aangeven dat er hoge percentages psychopathologische symptomen bij de onderzochte populaties voorkwamen, meent Dr. De Groot de maligne, mijn integriteit betwifelende, uitspraak te moeten doen „hoewel men de indruk krijgt, dat Prof. Trim-

bos ze geen van alle gezien heeft”. Dat is nogal wat.

Ik heb mij afgevraagd, waar toch wel de oorzaak zou kunnen liggen van die grote emotionaliteit van Dr. De Groot (zijn artikel staat vol uitroepetekens). Een emotionaliteit die hem kennelijk parten speelt bij het goed lezen van een publikatie, waaruit hij een paar kleine citaten, uit hun verband en kontekst gelicht, overneemt en die hij dan honend wegschrijft. Ik ken Dr. De Groot niet, zodat ik aanneem dat het hier geen persoonlijke zaak betreft. Wat dan wel? Bezorgdheid voor de wetenschap? De traditionele beduchtheid voor een te grote invloed van de psychiatrie („Laten wij ons bewust zijn van het feit, dat het vóór alles de psychiaters zelf zijn, die dit drogbeeld van een toenemende geestelijke verzieking hebben geschapen”)? Bezorgdheid, dat 's Rijks financiën in de bodemloze put der geestelijke gezondheidszorg zullen vloeien („Laat ons eindelijk eens ophouden met te doen alsof er wel een beleidsbasis is”)? Behoeft om paniek te bezweren (in de trant van Colijn): ga maar rustig slapen, het valt heus wel mee met onze geestelijke ongezondheid? Misschien dragen al deze motieven wel bij tot Dr. De Groots uiterst selectieve werkelijkheidsperceptie, die hem verleidt tot een gevecht met windmolens, tot een donquichotterie.

Want — nu ter zake komend — wat is het geval? De grondgedachte van Dr. De Groots betoog is, dat hier in Nederland paniek bestaat over een onrustbarende toename van wat hij de „geestelijke verzieking” noemt. Paniek en alarm, die worden gevoeld door volksvertegenwoordigers, kranten en vakbladen, die „schermen” met onbegrepen, nietszeggende cijfers en drogredeneringen. Die hebben zij dan uiteindelijk uit mijn oratie opgediept en praten zij nu klakkeloos na. Tegen deze windmolens trekt hij met groot misbaar ten strijde. Want, waar heeft Dr. De Groot dan die paniek en dat alarm in ons land opgemerkt? In een tijd waarin de materiële milieuverontreiniging aller aandacht opeist, ligt geen enkele beleidsfiguur wakker met paniekgevoelens over psychische milieubescherming of over de geestelijke volksgezondheid. Integendeel, al zou ik hierover best wel eens wat meer onrust willen zien. Met de beste wil van de wereld bespeur ik echter bij niemand in ons land de paniek of het alarm, die Dr. De Groot als uitgangspunt van zijn betoog neemt en die hij wil bestrijden. Dat is dan windmolen nummer één.

Vervolgens wordt telkens en telkens de indruk gewekt, dat ik (en alle napraters) er voortdurend op uit

zijn een onrustbarende *toename* van het aantal psychisch gestoorden in ons land te suggereren („een onechte, kunstmatig gecreëerde frequentiestijging”). Bij mijn weten heeft niemand van de door Dr. De Groot genoemde sprekers en schrijvers het gehad over een toename van de omvang maar over de omvang alleen.

Doch laat ik mij beperken tot mijn eigen bijdrage: „Sociale Evolutie en Psychiatrie”, een oratie die niet — zoals Dr. De Groot verlangt — een vak-specialistische geloofsbelijdenis is, maar een pleidooi bevat voor sociaalwetenschappelijk, met name ook epidemiologisch-psychiatrisch onderzoek tegen de achtergrond van de huidige grote sociaal-culturele verschuivingen en tegen de achtergrond van de sterk dominerende medisch-biologische research aan onze faculteit. In deze oratie worden 2 bladzijden (van de 26) besteed om enige illustraties te geven over de omvang van de psychische ongezondheid. Zij hadden slechts ten doel om de maatschappelijke relevantie van het sociaal-psychiatrisch onderzoek, dat mijn nieuwe afdeling zou gaan opzetten, aan te tonen. Welnu, op deze twee bladzijden laat Dr. De Groot de fiolen van zijn toorn los, daarbij over het hoofd ziende mijn voorafgaande (en later nog eens herhaalde) vaststelling, die ik maar letterlijk overneem om Dr. De Groots windmolen nummer twee te kunnen aanwijzen: „Het is geen wonder, dat velen dan ook menen, dat tengevolge van de sociale evolutie de omvang van de psychische gestoordheid toeneemt. Een mening overigens, die ook in de vorige eeuwen telkens weer verkondigd is en veelal herleidbaar is tot een romantisch heimwee naar „les neiges d'antan”, naar het verloren paradijs. *Dergelijke opvattingen missen echter elke grond, omdat ieder gegeven ervoor ontbreekt*”. Tot deze conclusie komt ook Dr. De Groot in een lang betoog. Inderdaad is er geen „zweem van bewijs voor een zodanige toeneming”.

a. Maar waarom worden de getallen, die ik heb genoemd dan toch door hem geduid als verkapte pogingen mijnerzijds om op slinkse manier die toename en de ongerustheid daarover aan te tonen en er onrust mee te zaaien? Enige voorbeelden van zijn vooringenomenheid. Een uitvoerig citaat uit 1733 van de Engelse arts Cheyne werd met een citaat uit 1966 van de socioloog J. Clausen als motto voorin opgenomen; voor de goede lezer blijkt eruit, dat eigentijdse sociale veranderingen (toen al en nu nog) verantwoordelijk worden gesteld voor een toename van het psychisch dysfunctioneren. Conclusie: er is niets nieuws onder de zon en het is absurd, dat iedere tijd meent een slechtere geestelijke volksgezondheid te hebben dan voorheen. In mijn proefschrift (1959) en in verschillende latere publikaties ben ik daarop reeds uitvoerig ingegaan. Hoe is het dan mogelijk, dat Dr. De Groot — ook al kent hij deze publikaties mogelijk niet — dit motto opvat als een soort bewijsvoering en het onvoldoende acht om de „redenen van (mijn) ongerustheid waar te maken”. Hoe kan men ongerust zijn over iets (de toename van psychische stoornissen), waar-

van men het bestaan expliciet ontkent? De psychische „verzieking”, wat Dr. De Groot daaronder dan ook moge verstaan, is een hersenschim die al vele eeuwen mensen bij tijd en wijle bezighoudt, zelfs Dr. De Groot: „Men begrijpe mij goed: ik beweer niet, dat de frequentie van wat voorheen onder psychische stoornis, neurotische reactie of andere destijds in zwang zijnde diagnostische benaming niet zou zijn toegenomen”. Waarop is dat dan gebaseerd?

b. Ik schreef over het aantal bedden in psychiatrische inrichtingen: „Thans zijn dat er ruim 26.000: een groei van 1,7 pro mille van de bevolking in 1900 naar 2,1 pro mille thans”. Een vaststelling zonder conclusie. Dr. De Groot meent er echter een redenering in te zien en wel een „drogredenering, waardoor men zich niet voor de gek moet laten houden”. Die redenering zal dan wel zijn, dat ik deze twee cijfers gebruik om te laten zien, dat er toch maar een *toename* van psychiatrische patiënten is geweest. Als hij wat verder had gelezen dan deze twee bladzijden, dan had hij kunnen zien dat ik „het gebruik van opnamestatistiek een dubieuze procedure” vind en het geheel onjuist acht te generaliseren over „de psychische morbiditeit, die voortkomt uit het patiëntenbestand, dat binnen het officiële psychiatrische systeem wordt aangetroffen”.

c. Een „ontoelaatbare want misleidende redenatie” is mijn vaststelling (geen redenatie maar een officieel gegeven van de Hoofdingspectie), dat meer dan de helft van het totale aantal ziekenbedden in ons land door psychisch zieke mensen wordt bezet. Dat is gewoon een feit, waarbij het er niets toe doet, dat „somatische” bedden sneller van eigenaar wisselen. Het zou wel een redenatie (zij het ook een zeer naïeve) worden, als hieruit zou worden geconcludeerd dat er meer psychiatrische dan somatische patiënten zijn. Maar deze „ontoelaatbare want misleidende redenatie” bestaat niet. Over windmolens gesproken...

d. Ik citeerde uit het jaarverslag van de Stichting Gezondheidszorg voor Delftse Studenten (waarmee mijn afdeling een uitvoerig researchproject uitvoert), dat 40 tot 50% van de medische staf tijd aan curatie van psychische klachten wordt besteed. „Niet iedereen zal terstond beseffen hier met een misleidende redenering (sic) te maken te hebben”. Gelukkig Dr. De Groot wel: „Toch is dat hier het geval: psychische behandelingen kosten in doorsnee veel meer tijd en bovendien wordt het totale bezoek wegens lichamelijke en geestelijke klachten niet genoemd”. Ook hier heeft zijn selectieve perceptie hem parten gespeeld, want een regel hoger staat dat 16% de studentenarts consulteert wegens psychische klachten, dat wil zeggen 84% wegens somatische klachten.

e. „Het geeft te denken”, schreef ik, „dat 46% van de afgekeurde 18-jarige jongemannen een I 5 of S 5 heeft en dat vervolgens van degenen, die alsnog tijdens de diensttijd om gezondheidsredenen ontslagen worden, nogmaals bijna de helft wegens psychiatrische stoornissen wordt afgekeurd”. Het leken

mij opvallende cijfers om te illustreren, dat sociale psychiatrie geen overbodige luxe is. Wat zegt Dr. De Groot van deze cijfers? „Het is inderdaad juist. Alleen zijn wij er niet van overtuigd, dat militair geneeskundigen en medici-statistici daarbij hetzelfde zullen denken als collega Trimbos”. De teneur van deze zin ontgaat mij geheel.

f. Dr. De Groot gaat niet in op de Nederlandse onderzoeken uit huisartsenpraktijken die ik noemde en waaruit niet onbelangrijke percentages psychisch gestoorden naar voren komen (Buma, Zweens-Wiersema, Oliemans). Hij zou ook kennis kunnen hebben genomen van het recente onderzoek van Giel en Le Nobel „Psychische stoornissen in een Nederlands dorp” (Ned. T. Geneesk. 115:22, 949, 1971), waaruit blijkt dat minstens 13% van de betrokken dorpsbewoners boven de 15 jaar „aan een psychische stoornis” lijdt. Dergelijke gegevens passen niet in zijn betoog.

g. Een laatste detail: „Gebleken is”, zegt de schrijver, „dat de onder meer door de heer Tilanus, op gezag van een „bekend psychiater” genoemde 20 tot 25% ernstig gestoorden — een uitspraak, waarvan iedere insider dacht, dat zij werd gedekt door het gezag van Trimbos — in werkelijkheid niet op hem steunt maar op de schrijver Diethelm, die op zijn beurt — in 1958! — weer verwees naar bepaalde 15 tot 25 jaar oude buitenlandse studies. Een nare ervaring voor onze onheilsprofeten en hun volgelingen!”. Ofwel de schrijver heeft een nieuwe bril nodig, ofwel hij laat maar weg wat hem niet van pas komt. Ik beroep mij niet op Diethelm (1958!) maar noemde buitenlandse literatuuroverzichten, waarin uitspraken konden worden gevonden over percentages psychische stoornissen: 1. O. Diethelm, die — Dr. De Groot zou dat kunnen weten, als hij de moeite had genomen Diethelms overzicht te lezen — het echter niet heeft over 15 tot 25 jaar oude studies; 2. A. Taylor and S. Chave (1964) en 3. D. Leighton (1967), terwijl verderop nog naar een aantal van deze onderzoeken zelf wordt verwezen. Mijn conclusie, die analoog is aan die van genoemde auteurs (en van Dr. De Groot) vermeldt hij echter niet in zijn artikel, namelijk dat die hoge percentages psychopathologie niet veel meer zeggen dan dat ieder van ons wel eens verkouden is. Elders in zijn artikel gaat de schrijver wel uitvoerig in op de „even deskundige als grondige” evaluatie van Taylor en Chave, die wijzen op de onvergelykbaarheid van diverse percentages, terwijl hij ook Leighton citeert. Ik vermoed dat het toch niet zijn slechte bril is geweest, die deze onvolledige citering en de daaraan verbonden honende opmerking veroorzaakt heeft. Tot zover deze details.

Dr. De Groot is verontrust over de inflatie van het ziektebegrip in de geestelijke gezondheidszorg. Werden vroeger slechts de keien geteld, thans telt men er alle kleine kiezen bij op. „De interesse voor de menselijke psyche met zijn licht verstoorbare balans is zozeer in het centrum komen te staan dat... het met de dag moeilijker wordt een normale gezonde Nederlander te vinden”. Hij behoort tot de

niet weinigen, die het psychosociaal dysfunctioneren, dat in een welvaartstijd nu eenmaal duidelijker naar voren komt, moeilijk als ziekte (en de daarbij behorende privileges) kunnen accepteren. Hij deelt mee daarvoor in 1958 de term „sociosen” te hebben geïntroduceerd, hetgeen niet juist is omdat dit woord al door vele anderen vóór hem werd gebruikt, zoals door Van den Berg in zijn oratie en in zijn *Metabologica* (1956). Het is vooral de materiële satisfactie, die het toenemend ziekteverzuim op grond van psychosociale deficiënties (sociosen) oplevert, waartegen hij bezwaar heeft. Gezien zijn belangstelling voor deze materie moge ik Dr. De Groot aanbevelen kennis te nemen van de huidige (internationale) discussie over de waarde en onwaarde van het medische model in de psychiatrie en ook van Weyels boek: „De mensen hebben geen leven”.

Hoewel wij het dan blijkbaar eens zijn over het ontbreken van gegevens over een toenemende psychische „verzieking”, zeer oneens ben ik het met zijn opmerking dat er „dus” geen beleidsbasis zou zijn. Het zo nodige nieuwe beleid op het terrein der geestelijke volksgezondheid is niet afhankelijk van frequentietabellen of morbiditeitsstatistieken, maar kan zich baseren op vele, vele nu reeds aanwezige bouwstenen, die een uitstekend beleid mogelijk zouden maken. Geen bouwstenen voor „een serieus gesprek over toekomstige voorzieningen” maar voor structurele hervormingen en een politiek program, gericht op preventie. Ik hoop dan ook, dat minister Stuyt, de heren Lamberts en Tilanus en mevrouw Veder-Smit en vele anderen zich niet door ontbrekende cijfers zullen laten verleiden het verwaarloosde gebied van de geestelijke gezondheidszorg als hoge prioriteit te laten vallen.

Wij als onderzoeksinstituten zullen dan wel voor de cijfers zorgen, als men ons tenminste daartoe nog de gelegenheid geeft in de huidige bezuinigingswoede. Geestelijke ongezondheid is er voorlopig nog in zulk een grote omvang, dat de onderzoeksobjecten helaas voor het grijpen liggen.

„Geestelijke verzieking” Slogan, realiteit, of...?

**Door J. H. van Meurs,
zenuwarts te Beverwijk**

Collega De Groot kapittelt in M.C. nr. 31/1971, blz. 315, de sociale psychiaters Trimbos en Speijer, omdat ze spreken van 25% „psychosociale ongezondheid” op ondeugdelijke gronden. Hij trekt zijn verwijt door naar de psychiaters en de psychiatrie in het algemeen. Hij overtuigt ons wel, dat wij niet weten, wat wij onder psychosociale ongezondheid moeten verstaan. De uitkomsten van diverse onder-

zoekers zijn immers te ongelijk: alleen daarom al kunnen ze niet hetzelfde bedoelen.

Nu is er een goed opgezet onderzoek, waarover Hollingshead en Redlich van 1952 tot 1958 hebben gerapporteerd. Hun laatste verslag draagt de titel „Social class and mental illness”. In de door hem geciteerde tabel geeft De Groot hun percentage: 8. Dat betekent dan, dat 8% van een bevolking onder psychiatrische behandeling was. Nader gespecificeerd: 5% van de twee Upper Classes en 16% van de vijfde en laagste klasse. Dit percentage 8 wordt vermeld in de samenvattende studie van 1958. Of de schrijvers in 1950 ook al een studie met dit cijfer hebben geproduceerd is mij niet bekend. Waarschijnlijk lijkt het, dat „1950” in de door De Groot geproduceerde tabel eigenlijk „1958” moet zijn.

Hogere percentages vinden wij, behalve in de door De Groot gerefereerde literatuur, ook bij Kornhauser, geciteerd door de organisatiesdeskundige Argyris. Kornhauser ontwierp een psychische gezondheidslijst, met indices voor angst en spanning, vijandigheid, sociaal contact, zelfrespect en goed persoonlijk moreel. Hij vond positieve correlaties tussen werkbevredegiging en „psychische gezondheid”. Vooral het hogere personeel vond bevrediging in zijn werk; dit personeel was dan ook het meest gezond: 56% tegenover 16% bij de laagste klasse arbeiders. Nu wordt deze gezondheid wel gemeten aan ziekteverzuim, ongevallenpercentage, diefstal, arbeidsproductiviteit etc. Ook wordt door Argyris en andere schrijvers zoals Pearlin verband gelegd met „vervreemding”. Deze zou niet optreden, wanneer er een grote mate van overeenstemming is tussen de behoefte van het individu en van de organisatie naar Argyris. Ook vervreemding correleert met ongezondheid. Het is nu duidelijk, dat wij hier met een ander begrip gezondheid, dus ook met een ander begrip ziekte te maken hebben dan bij Hollingshead en Redlich. Samengevat kunnen wij zeggen, dat Hollingshead en Redlich grofweg zeggen: „Wie niet onder psychiatrische behandeling is, is gezond”. Kornhauser en Argyris zeggen ongeveer: „Wie het meest aangepast is aan een goede organisatie is het meest gezond”. Deze begrippen gezondheid zijn dan geen klinische maar statistische begrippen.

Het is niet duidelijk, in welke zin Trimbos en Speijer hun begrip psychische ongezondheid opvatten. Enerzijds lijkt het statistisch, anderzijds lijkt het klinisch. Verder is het ook niet duidelijk, welk extreem van de twee zij bedoelden (Hollingshead of Kornhauser). Bij Trimbos ligt verwarring voor de hand, omdat hij geen scherp onderscheid wenst te maken tussen psychische hygiëne en psychiatrie. Hij wil ook de psychiatrie een sleutelpositie laten innemen bij de bestrijding van „de psychische ongezondheid”. Dat lijkt dus inderdaad wel annexionistisch gedacht.

Nu is het morele ondernemerschap (Eliot Freidson, Howard Becker) artsen evenzeer eigen als bijvoorbeeld theologen, juristen, psychologen, sociale werkers en onderwijzers. Sociale devianten

Maatschappij-agenda 1971

- | | |
|-------------------|--|
| 23 september | — Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters |
| 7, 8 en 9 oktober | — Ledencongres Maatschappij |
| 23 oktober | — Ledenvergadering L.S.V. |
| 30 oktober | — Alg. Vergadering Maatschappij |
| 13 november | — N.H.G.-congres |
| 19 november | — Ledenvergadering L.H.V. |
| 27 november | — Ledenvergadering L.A.D. |

worden door de bovengenoemde reeks werkers bij voorkeur telkens in hun eigen schema en in hun eigen werkgebied ingepast. Nu hebben psychiaters niet alleen de megalomanie gehad, om „de hele wereld als hun patiënt” te zien, maar zij hebben via de erkenning van méér gedragsdeviantie als ziekte in de vijftiger en zestiger jaren hun erkende werkgebied kunnen vergroten. Hun ondernemerschap sloot aan bij dat van de bedrijven: wie te deficiënt functioneert in het bedrijf, kan nu verder worden betaald volgens een wettelijke regeling, namelijk ziekteverzuim mede door de in de bedoelde wetten structureel ingebouwde escapistische mogelijkheden inderdaad toe. Zeker is, dat men door de correlatie van zogenaamd ziekteverzuim met ongezondheid het ziektebegrip „inflaat”. Dat doen dus de psychiaters niet alleen.

Nu is er geen bezwaar tegen, dat huisartsen en zenuwartsen voorlopig het hele scala van zich als ziek presenterenden blijven behandelen, al kan een groot deel van deze groep in principe ook worden opgevangen door daartoe gekwalificeerde psychologen, sociale werkers en agogen.

Tenslotte bestaat er bij velen in Nederland de indruk, dat er een sociaal onbehagen groeiende is; een onbehagen, dat ook al weer abusievelijk verzieking kan worden genoemd, maar dat zeker een andere inhoud heeft dan het (industriële) ongezondheidsbegrip.

Het is te hopen, dat medische sociologen op al deze hierboven aangeduide problemen nog eens dieper zullen willen ingaan.

Beverwijk, 11 augustus 1971

J. H. van Meurs, zenuwarts

Literatuur

- Argyris C. Het individu geïntegreerd in de organisatie. Marka, 1961.
Freidson E. Profession of medicine. Dodd, Mead & Co. 1971.
Hollingshead A. B. & Redlich F. C. Social class and mental illness. Wiley, New York. 1958.
Trimbos C. J. B. J. Sociale evolutie en psychiatrie. Brand. 1969.

Enkele aantekeningen bij een ontwerpplan

**Reactie op een artikel van Dr. M. Saan
door E. van der Does, arts te Rotterdam**

Het plan van collega Saan, zoals beschreven in Medisch Contact nr. 32/1971, blz. 845, verdient de nodige aandacht en het werk dat eraan ten grondslag ligt verdient onze erkentelijkheid. Tevens is een woord van respect op zijn plaats voor de wijze waarop collega Saan al langer actief is, wanneer het erom gaat de zaak van de nascholing van de huisarts te behartigen. Onderstaande regelen zijn niet in de eerste plaats als kritiek bedoeld, maar zijn eerder een poging een bijdrage te leveren aan de discussie. Een persoonlijke poging van iemand, die dit een moeilijk terrein vindt, maar die de zaak van de huisartsgeneeskunde met al haar aspecten zeer ter harte gaat.

Vooropgezet zij, dat het nuttig rendement van alle activiteiten die op het gebied van de nascholing worden ondernomen afhankelijk is van het gemotiveerd zijn — de wil om de nascholing te volgen — van de groep waarvoor wordt georganiseerd. De niet-gemotiveerden worden kennelijk niet bereikt, dat wil zeggen zij komen niet opdagen. Wij weten eigenlijk bijzonder weinig van de beweegredenen, waarom een aantal van ons niet aan de nascholing deelneemt. Nascholingsactiviteiten moeten direct worden ingebouwd in het levens- en werkpatroon van de arts, zodra hij zijn beroep begint uit te oefenen. De arts, die niet reeds tijdens zijn studietijd leert in te zien dat het huisartsenberoep een levenslange nascholing inhoudt, zal later niet of moeilijk te bewegen zijn om zich een week lang met andere vakgenoten in een hotelachtig gebouw terug te trekken, zelfs al kan men in de omgeving daarvan paardrijden. Laat men de niet-gemotiveerden toch in de kosten delen, dan gaan deze kosten nu eens niet voor de baat uit; maar zij worden toch van de inkomstenstop afgetrokken en zullen dus minder zwaar drukken.

Indien men van een bepaalde groep mensen meer leden van de groep wil motiveren, dan is een attitudewijziging in die groep noodzakelijk. De ervaring leert, dat dit in een later stadium bijzonder moeilijk is: des te eerder men hiermee begint, des te groter is de kans op succes. Wil men nu in onze vakgroep het aantal gemotiveerden voor nascholingsactiviteiten vergroten, dan haalt het waarschijnlijk het meest uit, indien men erin slaagt de toekomstige deelhebbers aan dit vak te motiveren: met andere woorden, indien men erin slaagt studenten die huisarts worden te doordringen van het feit, dat het beoefenen van de huisartsgeneeskunde de verplichting tot een levenslange nascholing inhoudt. Dit is een zaak van

de afdelingen Huisartsgeneeskunde aan de faculteiten en van de huisartsopleiders die met de faculteit samenwerken.

Met dat al lijkt de bereidheid tot nascholing in Nederland niet zo gering te zijn. Het is toch bemoedigend om te zien hoe sommige Boerhaavecursussen, georganiseerd voor huisartsen, bijna duizend deelnemers weten te trekken. Natuurlijk is een dergelijke cursus niet te vergelijken met een nascholingscursus die wordt gehouden in een oord, zoals collega Saan dat beschrijft. Ik meen echter, dat de toeloop zonder tennis, zwemmen, of paardrijden, even groot zal zijn, want daar kan men toch iemand niet mee motiveren? En zijn deze voorzieningen nodig voor die vijf dagen cursusduur? Ik geef toe: zet zo'n gebouw met de beschreven inwendige accommodatie — waarmee ik het in principe eens kan zijn — neer in een rustige, natuurrijke streek. Een parkachtige tuin er omheen, waarin men kan wandelen of een eenvoudig balspel kan bedrijven, is uitermate nuttig, maar het lijkt mij overdreven om tevens faciliteiten te gaan scheppen voor de genoemde sporten: niet terzake doende, zeer kostbaar (onderhoud!) en onredelijk, terwijl deze voorzieningen (bijvoorbeeld zwembaden) voor andere bevolkingsgroepen nog zo onvoldoende zijn.

Cursussen, zoals collega Saan die beschrijft en die voldoen aan het eerste en het tweede principe, bestaan reeds in Nederland. Het is echter de vraag, of deze cursussen voldoende zijn qua inhoud. Moeten wij doorgaan met deze cursussen binnen onze eigen discipline te blijven organiseren? Zijn dit wel echte volledige nascholingscursussen, zolang er niet een grotere inbreng is van de gedragswetenschappen? In ieder geval, cursussen zoals door Saan beschreven draaien al wel in Nederland. Het belang van deze cursussen is, dat er wel een specialist (deskundige) aanwezig is, die vanuit zijn standpunt het ziektegeval belicht, maar nog belangrijker is, dat de huisarts die, deelnemend aan de nascholingsgroep, zijn oplossing van een bepaald geval brengt, zijn beleid temidden van een groep vakgenoten discutabel stelt. En dat zonder enige reserve! Dát is de sfeer, die op zo'n cursus dient te heersen en zo die er niet is, dient een andragoog de cursus te begeleiden. Op de Haamstede-cursus, die ik bezocht, was deze sfeer er wel. Een bijkomend voordeel is, dat de specialist-deskundige een betere kijk krijgt op de werkwijze van de huisarts, hetgeen de communicatie bevordert. Wij weten, dat dit bevorderen van de communicatie niet overbodig is en

dat de uitroep van de specialist: „Pakken jullie een dergelijk geval zó aan!”, waarschijnlijk een uitspraak is, die niet alleen door ondergetekende van tijd tot tijd wordt gehoord.

Het behoeft nauwelijks betoog, dat de cursusleider van een dergelijke nascholingscursus hiertoe enige opleiding van node heeft; deze kan hem in korte tijd worden verschaft door deskundigen, wederom uit de hoek van de gedragswetenschappen. Waarvoor ik dus duidelijk pleit, is een grotere inbreng van de gedragswetenschappen, zowel om ons te helpen bij onze bestuurlijke taken als om ons te helpen bij onze taken ten behoeve van onze patiënten.

Het punt van de verplichte nascholing is een moeilijke zaak, maar daarom geen reden om deze kwestie te ontwijken. Collega Saan doet dit dan ook niet, maar denkt met het verplichten tot financiële bijdragen iets te bereiken. Veel andere mogelijkheden zijn er niet. Wel zullen wij gezamenlijk moeten streven naar een register, waarin alleen dié huisartsen worden ingeschreven, die de specifieke opleiding hebben gevolgd. Alleen zij worden als specialist-huisarts erkend. Verlenging van inschrijving volgt alleen na deelname aan nascholing. Helaas is

door politieke ontwikkelingen dit ideaal weer een eind achteropgeraakt.

Collega Saan vat zijn artikel samen in een aantal stellingen. Op punt 4 zou ik nog even willen ingaan. De video-cassette kan inderdaad een prachtig hulpmiddel zijn en de tijd is niet ver meer, dat de nascholingsprogramma's door de arts zelf in zijn eigen huiskamer op een door hem te bepalen tijdstip, zittend in zijn eigen gemakkelijke stoel, worden bekeken. Dit zou een rem kunnen betekenen op het bezoek aan het nascholingscentrum en daarmee op het onderling contact, hetgeen een wezenlijk element is van het verblijf in het centrum. Over de punten 6 en 7 — het samensmelten van L.H.V. en N.H.G., het coördineren van thans her en der verspreide nascholingsactiviteiten — kunnen wij kort zijn. Ik ben het ermee eens. Alleen nog dit: slechts zijdelings worden de universiteiten genoemd. Ik mag toch wel veronderstellen, dat de afdelingen Huisartsgeneeskunde graag op actieve wijze en ook als deelnemer willen participeren in deze belangrijke aangelegenheid, die een dwingende noodzaak is. Want ook voor de huisartsgeneeskunde en zijn beoefenaren geldt datgene, wat Rabbi Akiba zijn favoriete leerling toevoegde: „My son, more than the calf wishes to suck does the cow yearn to suckle”.

Twaalfde Apeldoornse Artsendag

Onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Centrum Apeldoorn, en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Afdeling Apeldoorn en Omstreken, wordt op zaterdag 18 september a.s. de twaalfde Apeldoornse Artsendag gehouden.

Deze Twaalfde Apeldoornse Artsendag is de vorm gegeven van een symposium, dat zal zijn gewijd aan het thema „Ongezien lijden”. De commissie ter voorbereiding van artsencursussen te Apeldoorn licht dit thema als volgt toe: „Bij hulpverlening aan een patiënt in lichamelijke, geestelijke of maatschappelijke nood blijven bepaalde aspecten onopgemerkt. Dit is niet zelden reden tot nieuw, ongezien lijden. Op enkele belangrijke oorzaken van ongezien lijden zal op dit symposium van medische, sociologische en pastorale zijde worden ingegaan”.

Het symposium, dat wordt gehouden in de Churchillzaal van schouwburg Orpheus, Churchillplein 1 (tel. 05760-11444), vangt om 10 uur v.m. aan met een openingswoord van de N.H.G.-voorzitter, Centrum Apeldoorn. Onder leiding van Prof. Dr. J. C. van Es zullen discussies kunnen worden gevoerd na en naar aanleiding van de volgende referaten: G. van der Most, arts, voorheen directeur-geneesheer Huize „Maria Roepaan” in Ottersum, inrichting voor geestelijk gehandicapte kinderen: „Piet Hein is een Mongooltje”; A. Verkuyl, revalida-

tie-arts, directeur-geneesheer revalidatiecentrum „De Hoogstraat” in Leersum; „De stuntelige dokter”; Dr. P. O. J. van der Klei o.f.m., theoloog, pastor voor klinisch pastorale vorming in het St. Radboud-ziekenhuis te Nijmegen; „Presbyterogeen lijden”; Dr. H. P. Milikowski, socioloog, wetenschappelijk hoofdmedewerker Instituut voor Huisartsgeneeskunde aan de Gemeente-Universiteit van Amsterdam: „De patiënt als dokter”.

De kosten voor deelname aan deze Artsendag bedragen f 25,— (lunch inbegrepen); inschrijving door storting van dit bedrag op girorekening nr. 837570 van de Amrobank te Apeldoorn, onder vermelding van „12e Apeldoornse Artsendag”.

Mededeling van het C.B. der L.A.D.

Artsen die overwegen een functie in dienstverband aan te gaan, dan wel van functie wensen te veranderen wordt met klem aangeraden vooraf advies aan het bureau van de L.A.D. te vragen inzake de regeling van hun rechtspositie, salaris en pensioen. Dit geldt ook voor artsen die een verbintenis als assistent-geneeskundige willen aangaan.

UIT HET JAARVERSLAG 1970 VAN HET N.I.P.G.

Verschenen is het jaarverslag 1970 van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde/T.N.O. Over de wetenschappelijke activiteiten van zijn instituut schrijft de directeur, Prof. Dr. J. A. C. de Cock van Leeuwen, onder meer:

Insufficiënties

Het onderzoek op het gebied van *ontwikkelings- en gedragsstoornissen bij kinderen* bestrijkt een wijd terrein. De studie naar de lengtegroei van kinderen die sneller verloopt dan vroeger — de zogenaamde seculaire groeiverschuiving — wordt afgerond. Het blijkt dat deze groeiverschuiving nog niet is afgelopen. Er zijn sterke aanwijzingen dat exogene factoren, zoals betere voeding en sport, hierop meer invloed hebben dan endogene factoren.

Een proefonderzoek is ingezet om de *psychomotorische ontwikkeling* van zuigelingen op een consultatiebureau te kunnen volgen en afwijkingen in die ontwikkeling tijdig te signaleren. Het onderzoek geschiedt in samenwerking met klinische medewerkers van de rijksuniversiteit te Utrecht en medewerkers van de kruisverenigingen.

Het vroegtijdig opsporen van *gehoorstoornissen* bij zuigelingen ondervindt toenemende belangstelling uit kringen van consultatiebureauleiders. In samenwerking met de Nederlandse Stichting voor het dove en slechthorende kind wordt voorlichting gegeven en het resultaat bij opgespoorde kinderen geëvalueerd.

Het gedrag van ouders van *geestelijk gehandicapte kinderen*, aangemeld bij het Academisch Ziekenhuis te Leiden was een studieobject, dat aantoonde dat bij 27 procent van de kinderen de afwijking reeds bij de geboorte is op te merken. Slechts de helft van de betrokken ouders deed die ontdekking zelf. In de loop van het eerste levensjaar werd het duidelijk dat er iets haperde aan de ontwikkeling van hun kind. Zij vroegen primair advies aan huisarts, kinderarts of arts van een consultatiebureau. Nadat de afwijking door klinische observatie definitief was vastgesteld, accepteerde 95 procent van de ouders het aanbod van verdere begeleiding. Een aantal van hen, namelijk 30 procent, is niet tevreden met de geboden hulp, terwijl deze slechts in een gering percentage van de gevallen realiseerbaar bleek.

Een volgende verzamelgroep van onderzoek wordt gevormd door het ontwikkelen van meetmethoden voor en de studie van *insufficiënties bij volwassenen*. Het verminderen van lichamelijke belasting en het voortschrijden van automatisering en mechanisering in de industrie doen de behoefte groeien mentale belasting van werknemers te kunnen meten. In dit kader is een werkgroep bezig psychofysiologische meetmethoden te ontwikkelen.

Hartslag, perifere bloedvulling, bloeddruk, ademhaling en bijnierfunctie worden gerelateerd aan mentale belasting in het laboratorium. Bij dit onder-

zoek wordt onderscheid gemaakt tussen informatielast, moeilijkheidsgraad, tijdsdruk en nog andere variabelen. Het is onder meer gebleken dat men onder tijdsdruk in staat is om moeilijke beslissingen, die veel tijd vergen, te laten volgen door snel handelen, hetgeen bij snelverkeer en sport van belang is.

Bij een groep roeiers werd een onderzoek verricht naar de *voorspelbaarheid van hun maximum prestatie*, op grond van lengte en gewicht enerzijds en hun eigen prestatieverwachting anderzijds. Het bleek dat de voorspelling voor 40 procent opging, indien men lengte en gewicht mee liet tellen, voor 75 procent indien men bovendien de eigen prestatieverwachting in de calculatie betrok.

Bij een enquête onder bedrijfsartsen naar het *probleem van de oudere werknemer* bleek dat 25 procent van deze artsen bij hun oudere patiënten moeilijkheden constateert. Bij hoofdarbeiders betreft dit het verminderde sociale aanpassingsvermogen, bij handarbeiders de daling van het prestatievermogen en het grotere ziekteverzuim.

De aanpassing van *gehandicapte werknemers* in de sociale werkvoorziening werd aan een analyse onderworpen. De leeftijd is een factor van geringe betekenis bij deze aanpassing, persoonlijke problemen zijn van veel betekenis voor de arbeidsbevrediging. De omschrijving van de handicap — naar aard en ernst — is pas van betekenis indien zij ontleend wordt aan de situatie waarin de gehandicapte zich bevindt, in dit geval van de arbeidssituatie. Daarnaast zijn handicap, persoonlijke problematiek en sociale relaties aspecten van een samenhangend patroon. Het verschil tussen lichamelijk en geestelijk gehandicapten is zó groot, dat beide categorieën afzonderlijk bestudeerd moeten worden. De categorie zwakbegaafden is niet bij dit onderzoek betrokken.

De mogelijkheden van *revalidatie van hartpatiënten* worden bestudeerd in een onderzoek, opgezet tezamen met de Gemeenschappelijke Medische Dienst. Het blijkt dat persoonlijke omstandigheden en karaktereigenschappen voor een vroegtijdige werkhervatting tenminste even zwaar wegen als de objectieve definitie van de aandoening en de functiebeperking.

Ziekteverzuim

Sedert 1949 is van een groot aantal werknemers een ziekteverzuimstatistiek bijgehouden. Enkele overwegingen betreffende onderzoek op het gebied van *ziekteverzuim* zijn in een rapport neergelegd. Doelstelling van zulk onderzoek is om wetenschappelijke gegevens te kunnen leveren, die aanwijzingen voor het beleid kunnen geven. Het rapport is geordend rondom enkele thema's, namelijk de stijging van het ziekteverzuim, de verschillen tussen maatschappelijke groeperingen, de controle op ziekteverzuim en het iatrogene ziekteverzuim. Het blijkt dat het ziekteverzuim als geheel zich niet leent voor wetenschappelijk onderzoek, maar dat deelonder-

zoekingen en experimenten in nauwe samenwerking met allen die bij dit gebied betrokken zijn, moeten worden opgezet. Hierbij denkt men aan beleidsinstanties, controle-artsen, behandelende artsen, personeelfunctionarissen. Over de wijze van controle op ziekteverzuim zijn enkele studies verschenen en experimenten verricht, maar een studie naar iatrogeen ziekteverzuim (lange wachttijden, dubbel onderzoek, scheiding tussen behandeling en controle) is nog niet verricht. Verschillen in ziektefrequentie en ziekteduur hangen ten nauwste samen met de aard van het werk en de binding aan het werk. De huidige statistische verwerking biedt onvoldoende basis voor verder onderzoek. Nieuwe gegevens zullen verzameld moeten worden in samenwerking met alle betrokkenen.

Door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid werd verzocht een onderzoek te doen naar het ziekteverzuim, daarbij werknemers boven en onder 35 jaar onderscheidend. De eerste fase van dit onderzoek is thans afgesloten en beschreven in een rapport: *Generatie en ziekteverzuim*. Het betreft de analyse van 40.000 ziektegevallen bij een kleine 400 werknemers gedurende elf jaren. Voor het ziekteverzuim als geheel geldt, dat het 't hoogste is rond het dertigste jaar. De gemiddelde ziekteduur stijgt in toenemende mate met het ouder worden. Analyse naar diagnostisch patroon laat

twee afwezigheidspieken zien. De eerste piek ligt rond het dertigste jaar en wordt veroorzaakt door acute stoornissen van ademhalings- en spijsverteringsorganen. De tweede piek ligt tussen het 40e en 45e jaar, hij wordt veroorzaakt door stoornissen in het bewegingsapparaat (rugpijn, reumatische klachten) en in het zenuwstelsel (onder andere hoofdpijn). Ook bij deze twee pieken is de generatie waartoe men behoort, niet van invloed. Met het stijgen van de leeftijd nemen ernstige objectieve aandoeningen toe.

Overziet men een aantal onderzoeken naar de beleving van ziekte en handicap, dan blijkt hetzelfde resultaat. Het is veelal niet de ernst van de handicap of van de ziekte zelf, gemeten naar medisch-biologische maatstaven, maar de mate van persoonlijke en sociale aanpassing, die hierbij een belangrijke rol speelt. De vraag mag gesteld worden of de behandelende artsen wel voldoende rekening houden met deze conclusie, of zij zich niet teveel blind staren op het medisch-biologische gedeelte, waarvoor zij zijn opgeleid. Reeds eerder is de vraag gesteld of artsen zich in diagnose, behandeling en begeleiding niet meer moeten laten bijstaan door deskundigen op het gebied van de gedragswetenschappen, aldus besluit Prof. De Cock van Leeuwen dit gedeelte van het jaarverslag 1970 van het NIPG/TNO.

Uit het jaarverslag 1970 van het G.A.K.

Verschenen is het Jaarverslag 1970 van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor (G.A.K.). Aan de samenvatting wordt het volgende ontleend:

Het complex van werkzaamheden dat het G.A.K. verricht voor de Gemeenschappelijke Medische Dienst (G.M.D.) is ook in het verslagjaar weer in omvang toegenomen. Als hoofdoorzaken worden genoemd de uitbreiding van het aantal adviesaanvragen in het kader van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en de verdere uitwerking van de wetstechnische richtlijnen.

In het verslagjaar werden ruim 1,9 miljoen ziekmeldingen geregistreerd van werknemers die direct bij de bedrijfsverenigingen zijn verzekerd. Dit betekende een stijging van slechts 1% ten opzichte van 1969. De omvang van het ziekteverzuim is nog steeds zorgwekkend. Ook de Sociale Verzekeringsraad houdt zich met de problematiek van de stijging van dit verzuim bezig; voor dit doel heeft de Raad, mede naar aanleiding van een verzoek van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, een speciale commissie ingesteld. In deze commissie is ook de Federatie van Bedrijfsverenigingen vertegenwoordigd. Het is inmiddels wel duidelijk geworden dat het hier een complex verschijnsel betreft en dat zeker niet uitsluitend controle, door de uitvoeringsorganen of door de bedrijven zelf in staat is deze ontwikkeling een halt toe te roepen.

Het aantal medische controles voor de Ziektewet bedroeg in het verslagjaar bijna 2 miljoen, 2% meer dan in 1969. Het aantal niet-medische controles, verricht door rapporteurs Ziektewet, bedroeg bijna 4 miljoen, een stijging van 7% ten opzichte van het jaar daarvoor. De naar verhouding grote stijging van de niet-medische controles vloeit voort uit de aanpassing van het controlesysteem, waarbij de rapporteurs Ziektewet op uitgebreider schaal worden ingeschakeld. Hierdoor konden de gevolgen van het artsentekort althans enigermate worden opgevangen.

Was de omvang van de werkzaamheden ten behoeve van de G.M.D. in 1969 reeds groter dan verwacht, in 1970 bleek deze nog verder te zijn toegenomen. Het aantal adviesaanvragen voor personen die de maximum-uitkeringstermijn van de Ziektewet hadden bereikt, steeg van 45.000 tot 50.500. Het totale aantal adviesaanvragen betrekking hebbend op de WAO bedroeg 95.000 in 1970, tegen 71.400 in 1969. In het verslagjaar werden in totaal 104.800 adviezen uitgebracht, tegen 94.500 in 1969. Voorts werden 90.700 her-onderzoeken verricht in 1970; in het jaar daarvoor 66.100. Het aantal adviezen dat werd uitgebracht op het terrein van voorzieningen (voor revalidatie en verbetering van levensomstandigheden) bedroeg in 1970 27.000 en het jaar daarvoor 20.000.

Kamervragen over de toekomstige huisartsopleiding

Het Tweede Kamerlid Dr. Lamberts heeft de volgende schriftelijke vragen gesteld:

1. Hebben de bewindslieden kennis genomen van het verslag in „Medisch Contact” 1971/25 over de plenaire zitting van het Permanent Comité der Artsen der E.E.G. te Rome?

2. Hebben de bewindslieden kennis genomen van de mening van deze hoge ambtenaren van de E.E.G. dat de Richtlijnen voor de uitwisseling van artsen in de E.E.G. voor de artsen in ongunstige zin zouden zijn gewijzigd en dat de onderscheidene voorstellen voor Richtlijnen nog voor het einde van dit jaar in de Raad van Ministers tot definitieve regelingen zullen worden verheven?

3. Hebben de bewindslieden kennis genomen van de volgende verklaring van de artsen:

„Die in Rome versammelten Delegierten der Aerzte der E.W.G. haben mit tiefer Sorge davon Kenntnis erhalten, dass bei der Beschlussfassung über die Richtlinien für die freie Niederlassung der Aerzte, wichtige Arbeitsergebnisse des Comité Permanent ausser Acht gelassen werden. Die Aerzte der E.W.G. erblicken hierin eine grosse Gefahr, da ihre Vorschläge das Ergebnis von einer 12-jährigen Arbeit darstellen, die unter Berücksichtigung aller Fachleute gefasst wurden. Eine Nichtbeachtung wichtiger Principien in den Vorschlägen des Comité Permanent kann das koordinierte Gefüge der Richtlinien gefährden und es den Aerzten unmöglich machen, die in Brüssel beschlossenen Richtlinien anzuerkennen und mit Leben zu erfüllen. Daher bietet das Comité Permanent weiterhin seinen Sachverstand und seine positive Einstellung an und hofft, dass es nicht zu einer Gefährdung der Kooperation zwischen Behörden des Gemeinsamen Marktes und dem Comité Permanent kommen wird.”

4. Kunnen de bewindslieden mededelen waarover de conflictstof in wezen handelt en of hierbij de huisartsenopleiding in ons land ook een rol speelt?

5. Hebben de bewindslieden reeds een beslissing genomen over de toekomstige huisartsopleiding en met name over de vraag of deze volgens systeem 1 of 2 zal geschieden?

6. Willen de bewindslieden in het belang van de Nederlandse gezondheidszorg, en nu geheel medisch Nederland inclusief de vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer uit de vorige parlementaire periode, het er over eens waren dat systeem 1 gevolgd diende te worden, in de Raad van Ministers voor systeem 1 strijden?

7. Zijn de bewindslieden met vele anderen ook ervan overtuigd dat het hier gaat om het „to be or not to be” van de Nederlandse huisartsengenees-

kunde en zijn zij bereid, gezien dit grote belang, eventueel in Brussel een veto uit te spreken?

8. Zijn de bewindslieden, die nu beiden, niet gehinderd door politieke status of prestige, hun belangrijke arbeid aanvangen, bereid, ten opzichte van het medisch wetenschappelijk werk en de medische opleiding tot grotere samenwerking te komen dan in het verleden en aan de minister van Volksgezondheid meer invloed te geven?

9. Menen de bewindslieden ook niet dat de academische ziekenhuizen van zó groot belang voor onze gezondheidszorg zijn, dat deze net als b.v. in Engeland onder het beleid van de minister van Volksgezondheid dienen te vallen of dat althans naar een beleid wordt gestreefd waarbij de invloed van de minister van Volksgezondheid zo optimaal mogelijk is?

Minister De Brauw, minister zonder portefeuille (wetenschapsbeleid en wetenschappelijk onderwijs) heeft mede namens de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne medegedeeld dat het tot hun spijt niet mogelijk is gebleken deze vragen binnen de gestelde termijn te beantwoorden.



**LEDENCONGRES
ROTTERDAM-1971**

7-8-9 OKTOBER

Uitvoerig programma en inschrijfformulier heeft men kunnen aantreffen in Medisch Contact nr. 24 van 18 juli i.l.

Vervolg BESCHRIJVINGSBRIEF

Voor de 158ste Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, te houden op zaterdag 30 oktober 1971, aanvang 13.30 uur precies in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, Croeselaan, Utrecht. (telefoon 030-914914).

Ad punt VIIIa

Voorstel tot wijziging van de artikelen in het Huishoudelijk Reglement met betrekking tot de verkiezing van afgevaardigden en plv. afgevaardigden en leden van de distriktsraden — Algemene Vergadering 30 oktober 1971

De volgende artikelen worden gewijzigd of ingetrokken: 226, 231 t/m 241, 400, 604 t/m 607.

Art. 226: lid a vervalt, leden b en c worden resp. a en b.

De artikelen 231 t/m 241 worden gewijzigd als hieronder bepaald en, met vernummering, geplaatst aan het begin van hoofdstuk VI betreffende de Algemene Vergadering.

Art. 231: vervalt.

Art. 400 lid 1 wordt Art. 400: Iedere afdeling heeft voor elke 200 van zijn leden recht op één afgevaardigde en één plv. afgevaardigde, met dien verstande dat iedere afdeling tenminste recht heeft op één afgevaardigde en één plv. afgevaardigde. Elk ledental boven de 200 of boven een veelvoud van 200 geeft recht op nog een afgevaardigde en plv. afgevaardigde.

Art. 232 wordt Art. 400a; lid 1: De verkiezing van afgevaardigden en van plv. afgevaardigden vindt plaats in het laatste jaar van de zittingsperiode van de afgevaardigden en plv. afgevaardigden die aan de beurt van aftreden zijn.

lid 2: De secretaris-generaal van de Maatschappij doet aan het bestuur van iedere afdeling waar nieuwe afgevaardigden moeten worden verkozen, vóór 1 mei van het betreffende kalenderjaar een opgave toekomen van het aantal leden van de afdeling per 31 december van het voorafgaande jaar en van het aantal afgevaardigden en plv. afgevaardigden waarop de afdeling recht heeft.

Art. 233 en 234 worden Art. 400b; lid 1: Het afdelingsbestuur stelt kandidaten voor de functie van af-

gevaardigde resp. plv. afgevaardigde en wel evenveel als het aantal vakatures bedraagt.

lid 2: Het afdelingsbestuur maakt voor 1 september van het jaar waarin de verkiezing moet plaatsvinden, de namen van de door het bestuur gestelde kandidaten aan de leden bekend, met vermelding van het in lid 3 aan de leden toegekende recht.

lid 3: Ook de leden van de afdeling hebben het recht kandidaten te stellen. Voor deze kandidaatstelling zijn vereist de handtekeningen van tenminste vijf leden. De namen van deze kandidaten moeten binnen één maand na de bekendmaking van de door het bestuur gestelde kandidaten schriftelijk aan de afdelingssecretaris worden medegedeeld.

lid 4: Alle kandidaten moeten lid van de afdeling zijn en zich bereid hebben verklaard een kandidatuur te aanvaarden.

Art. 235 wordt Art. 400c; lid 1: Wordt door de leden van de afdeling geen gebruik gemaakt van het in art. 400b lid 3 vermelde recht, dan zijn de door het afdelingsbestuur gestelde kandidaten gekozen.

Art. 236 wordt lid 2: Wordt door de leden van de afdeling wel gebruik gemaakt van het in art. 400b lid 3 vermelde recht, dan worden de namen van alle gestelde kandidaten op de convocatie voor de eerstvolgende afdelingsvergadering geplaatst en worden op deze vergadering uit de gestelde kandidaten door de aanwezige leden bij schriftelijke stemming de afgevaardigden resp. plv. afgevaardigden gekozen. De kandidaten op wie de meeste stemmen zijn uitgebracht zijn gekozen; bij een gelijk aantal stemmen beslist het lot.

Art. 237 wordt lid 3: De uitslag van de verkiezing volgens lid 1 of 2, wordt binnen twee weken ter kennis gebracht van de secretaris-generaal, de secretaris van het bestuur van het distrikt waartoe de afdeling behoort en van de leden van de afdeling.

Art. 400 (leden 2 t/m 5) wordt- Art. 400d; lid 1: Afgevaardigden en plv. afgevaardigden worden gekozen voor een periode van vier jaar ingaande op 1 januari van het jaar volgend op het jaar van hun verkiezing. Zij zijn terstond herkiesbaar.

lid 2: Ieder jaar treedt $\frac{1}{4}$ van het aantal afgevaardigden en plv. afgevaardigden af. Hiertoe voegt het hoofdbestuur de afdelingen samen tot vier groepen, rekening houdend met het aantal afgevaardigden waarop deze afdelingen recht hebben en met een zekere regionale spreiding. Volgens een door het hoofdbestuur vastgesteld rooster treden ieder jaar van één dezer vier groepen alle afgevaardigden en plv. afgevaardigden af.

Art. 238 wordt Art. 400e: Indien een afgevaardigde verhinderd is een Algemene Vergadering bij te wonen, zorgt hij, indien enigszins mogelijk, dat in zijn plaats een plv. afgevaardigde uit zijn afdeling die Algemene Vergadering zal bijwonen.

Art. 239: vervalt.

Art. 240 wordt Art. 400f; lid 1: Indien een afgevaardigde door blijvende ontstentenis, door bedanken voor zijn functie, door beëindiging van het lidmaatschap van de afdeling of door aanvaarding van een van de functies, genoemd in art. 400g zijn taak niet langer kan vervullen, treedt de plv. afgevaardigde, die het langst afgevaardigde of plv. afgevaardigde is geweest, in al zijn rechten en plichten. Indien hiervoor meer personen in aanmerking komen, wordt van hen de oudste in jaren aangewezen.

lid 2: Indien een plv. afgevaardigde om redenen, zoals in het eerste lid van dit art. voor afgevaardigden zijn omschreven, zijn taak niet langer kan vervullen of indien een plv. afgevaardigde de plaats van een afgevaardigde heeft ingenomen, heeft het afdelingsbestuur het recht een tussentijdse verkiezing uit te schrijven.

lid 3: Bij de verkiezing genoemd in het tweede lid van dit artikel, is het bepaalde in de artt. 400b en c van overeenkomstige toepassing.

Art. 241 wordt Art. 400g: De status van afgevaardigde en van plv. afgevaardigde ter Algemene Vergadering is onverenigbaar met het lidmaatschap van het hoofdbestuur, van de Raad van Beroep en van de centrale besturen van LHV, LSV en LAD.

Art. 604 lid 1: Het bestuur van het distrikt stelt, gehoord de distriktsraad, het aantal leden van de raad vast. (ongewijzigd)

lid 2: Wanneer in de distriktsraad een vakature is ontstaan, dan wel als gevolg van aftreden aan het eind van het jaar zal ontstaan, maakt de raad, gehoord de voorzitters van de besturen van de afdelingen die deel uitmaken van het district, een voordracht op waarbij het aantal gestelde kandidaten het aantal te vervullen plaatsen met tenminste één overtreft. De distriktsraad houdt bij het opmaken van de voordracht ermee rekening dat het gewenst is dat van iedere afdeling binnen het distrikt tenminste één lid deel uitmaakt van de raad.

Art. 604 lid 3: De voordracht wordt, te zamen met de namen van de zittende leden van de distriktsraad, ter kennis gebracht van alle leden van het distrikt met vermelding van het in lid 4 aan de leden toegekende recht. De secretaris van de distriktsraad zendt hiertoe de betreffende gegevens aan de secretarissen van de afdelingsbesturen die binnen één maand voor bekendmaking aan de leden zorgdragen.

lid 4: De leden van het distrikt hebben eveneens het recht kandidaten te stellen. Voor deze kandidaatstelling zijn de handtekeningen vereist van tenminste tien leden. Namen en adressen van deze kandidaten moeten binnen één maand nadat de voordracht aan de leden bekend is gemaakt, aan de secretaris van de distriktsraad worden toegezonden.

lid 5: Alle kandidaten moeten lid zijn van het distrikt; zij moeten zich schriftelijk bereid hebben verklaard een eventuele benoeming te zullen aanvaarden.

Art. 605 lid 1: De secretaris van de distriktsraad zendt uiterlijk drie weken na sluiting van de termijn voor kandidaatstelling, stembiljetten aan de leden van de betrokken afdelingsbesturen.

lid 2: De leden van de afdelingsbesturen zenden binnen 14 dagen de stembiljetten ingevuld en ondertekend aan de secretaris van de distriktsraad terug.

Art. 606: Het bureau van de distriktsraad telt de ingekomen stembiljetten en het op iedere kandidaat uitgebrachte aantal stemmen. De kandidaten op wie de meeste stemmen zijn uitgebracht zijn gekozen. Bij een gelijk aantal stemmen beslist het lot.

Art. 607: Het bureau van de distriktsraad stelt de uitslag van de verkiezing vast en deelt de namen van de gekozenen mede aan de secretaris-generaal die voor publikatie in Medisch Contact zorgdraagt, aan de secretaris van het distriktsbestuur en aan de secretarissen van de tot het distrikt behorende afdelingsbesturen, die zorgdragen voor bekendmaking aan de leden van hun afdelingen.

Ad punt VIIIb

Voorstel tot wijziging van de artikelen in het Huishoudelijk Reglement met betrekking tot de contributie

De volgende artikelen worden gewijzigd of ingetrokken: 103 lid 2, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112 en 221.

Art. 103 lid 2: Elk lid is aan de afdeling, waarvan hij op 1 januari lid is, over het dan aanvangende jaar de door de afdeling vastgestelde of nog vast te stellen contributie verschuldigd. Verhuist het lid bin-

nen dat jaar naar een andere afdeling, dan is hij in de nieuwe afdeling van de afdelingscontributie vrijgesteld.

Art. 104 lid 1: De leden der Maatschappij zijn gehouden de contributies aan de Maatschappij en aan de maatschappelijke verenigingen als bedoeld in art. 500 en, behoudens het bepaalde in art. 107, de bijdrage aan de Stichting Ondersteuningsfonds bedoeld in Hoofdstuk XII H.R. te voldoen.

lid 2: Ten behoeve van de contributie aan de Maatschappij stelt de A.V. jaarlijks vast:

- a. de standaard-contributie;
- b. een aantal klassen naar maatstaf van het inkomen uit geneeskundige arbeid;
- c. voor elke klasse het percentage van de standaard-contributie.

lid 3: Onder inkomen uit geneeskundige arbeid, bedoeld in lid 2.b., wordt verstaan het met de beroepskosten verminderde inkomen uit arbeid, welke men als geneeskundige verricht, hetzij in de uitoefening van de geneeskunst als zelfstandig beroep, hetzij in de uitoefening van een functie, waartoe men is benoemd in verband met het feit dat men geneeskundige is.

lid 4: De contributie aan de maatschappelijke verenigingen wordt vastgesteld met inachtneming van art. 506.

lid 5: De vaststelling van de bijdrage aan de Stichting Ondersteuningsfonds geschiedt op overeenkomstige wijze als in lid 2 bepaald.

Art. 105 lid 1: Door het invullen van een classificatieformulier doet elk lid opgave van de klasse waartoe zijn inkomen uit geneeskundige arbeid over het afgelopen kalenderjaar behoort.

lid 2: Indien echtgenoten beiden lid zijn, zal de som van hun contributies aan de Maatschappij en hun bijdragen aan de Stichting Ondersteuningsfonds niet meer belopen dan 150% van de standaardbedragen.

lid 3: De secretaris-generaal zendt de penningmeester van elke afdeling een lijst van de leden van die afdeling, die een andere dan de hoogste klasse hebben opgegeven. Indien de penningmeester ener afdeling gegronde redenen heeft om aan te nemen dat de invulling van het classificatieformulier niet juist is geschied, doet hij hiervan mededeling aan de secretaris-generaal. Deze kan het betrokken lid verzoeken zodanige bescheiden over te leggen, dat daaruit de juistheid van zijn opgave kan blijken.

lid 4: In gevallen waarin een lid, ordanks herhaald schriftelijk verzoek, niet voldoet aan zijn verplichting een ingevuld classificatieformulier in te zenden, dan wel in gebreke blijft bescheiden over te leggen, waaruit de juistheid van zijn opgave blijkt, stelt de secretaris-generaal zelf de classificatie vast.

lid 5: De secretaris-generaal kan een lid, dat daartoe op grond van zijn financiële omstandigheden een schriftelijk verzoek heeft ingediend, tijdelijk

in een lagere klasse plaatsen dan waartoe zijn inkomen uit geneeskundige arbeid behoort.

lid 6: In de gevallen als bedoeld in de leden 4 of 5, waarin de secretaris-generaal zelf de classificatie heeft vastgesteld, is beroep mogelijk op het D.B.

Art. 106: De gegevens betreffende het inkomen mogen uitsluitend voor de vaststelling van de classificatie worden gebruikt. Alle betrokkenen zijn terzake tot geheimhouding verplicht.

Art. 107: Een lid, dat vóór 1 februari aan de secretaris-generaal de wens daartoe te kennen heeft gegeven, wordt voor dat jaar vrijgesteld van de bijdrage aan de Stichting Ondersteuningsfonds.

Art. 108 lid 1: Een lid, dat in een kalenderjaar zes maanden of langer buitenslands vertoeft of wiens lidmaatschap gedurende een kalenderjaar korter dan een half jaar duurt, is van de helft van zijn contributies en bijdrage vrijgesteld.

lid 2: Een lid, wiens lidmaatschap begint in het laatste kwartaal of eindigt in het eerste kwartaal, is over het betrokken jaar geen contributies en bijdrage verschuldigd.

Art. 109 lid 1: Een lid, wiens lidmaatschap aanvangt binnen een half jaar na zijn artsexamen, is gerechtigd zich voor het lopende kalenderjaar en de twee daarop aansluitende kalenderjaren, te plaatsen in de laagste klasse.

lid 2: Rustende artsen, algemene en bijzondere leden en zij die gedurende vijftig jaar of langer lid zijn van de Maatschappij, worden in de laagste klasse geplaatst en zijn geen bijdrage aan de Stichting Ondersteuningsfonds verschuldigd.

lid 3: In de contributie welke rustende artsen op grond van het voorafgaande lid verschuldigd zijn, is de afdelingscontributie begrepen.

Art. 110: De secretaris-generaal draagt zorg voor de inning van de contributies en bijdragen, met dien verstande dat het bestuur van een afdeling de inning van de afdelingscontributie aan zich kan houden.

Art. 111: De secretaris-generaal doet zo spoedig mogelijk na afloop van ieder kalenderjaar aan de maatschappelijke verenigingen, aan het bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds en aan de afdelingen voor welke bijdragen zijn geïnd, nominale afrekening toekomen van de geïnde bedragen zonder aftrek van inningskosten.

Art. 221: De penningmeester verstrekt vóór 1 februari aan de secretaris-generaal de voor de inning vermeld in art. 110 noodzakelijke gegevens.

Art. 753 lid 1: Jaarlijks wordt door de Algemene Vergadering op voorstel van het bestuur van de Stichting de bijdrage van de leden der Maatschappij aan de Stichting vastgesteld.

L.H.V.-N.H.G.-werkplan organisatiestructuur nascholing voor huisartsen

De voorzitters van de Landelijke Huisartsen Vereniging en van het Nederlands Huisartsen Genootschap hebben zich met ondervolgend schrijven gericht tot de besturen van de N.H.G.-centra en de Plaatselijke Huisartsen Verenigingen:

„Hierbij treft u aan het *LHV/NHG-werkplan organisatie-structuur nascholing voor huisartsen*. Dit plan is goedgekeurd door de besturen van beide verenigingen en met algemene stemmen door de Ledenvergadering der LHV d.d. 25 juni 1971 aanvaard. Verwijzend naar het punt Uitvoering van dat werkplan raden wij u thans aan per K.N.M.G.-afdeling, liefst in overleg met K.N.M.G.-afdelingsbesturen, gezamenlijk kandidaten aan te wijzen voor de op te richten werkgroepen.

„Wij hebben het Hoofdbestuur van de K.N.M.G. verzocht, de afdelingsbesturen te informeren over een en ander en bij deze besturen een beroep te doen op hun medewerking ten deze. Inmiddels heeft het Hoofdbestuur aan dit verzoek voldaan.

„Het is ons bekend dat op sommige plaatsen in den lande reeds werkgroepen als boven omschreven zijn opgericht. Het zal u duidelijk zijn, dat het niet onze bedoeling is te interfereren in het werk van deze groepen. Voorzover deze nog geen contacten hadden met de afdelingsbesturen heeft het in dit stadium zin, deze thans te leggen. Het belang van deze zaak wettigt naar onze mening ons verzoek om deze opzet, om te komen tot een goed gecoördineerd beleid voor de huisartsen-nascholing, met kracht te steunen.

„Wij zijn ervan overtuigd, dat dit plan moet slagen en dat dit slechts kan dankzij uw inzet en enthousiasme”.

*
**

Bij het opstellen van dit werkplan hebben onderstaande uitgangspunten als richtlijnen gediend:

1. Voor een adequate beroepsuitoefening is het noodzakelijk, dat een huisarts zich naschoolt.
2. Dit vereist een persoonlijke activiteit, ook al kan deze in groepsverband plaatsvinden.
3. Men mag aannemen, dat de effectiviteit van dit actief, educatief bezig zijn wordt bevorderd, wanneer een huisarts zijn manier van nascholing kan afstemmen op zijn eigen werk- en leefsituatie.
4. Dit betekent, dat men een organisatiestructuur vanuit de „periferie”, dat wil zeggen vanuit de huisartssituatie dient op te bouwen; met een opbouw „van bovenaf” zou men het gevaar lopen, dat meerdere huisartsen een organisatiestruc-

tuur opgelegd krijgen, die onvoldoende recht doet aan hun mogelijkheden.

5. Een organisatiestructuur als hier bedoeld dient erop te zijn gericht, dat zowel een huisartsengroep als één huisarts voor zijn nascholing de didactische, organisatorische en financiële steun kan krijgen, die nodig is.

In dit werkplan zijn twee projecten te onderscheiden, die echter niet los van elkaar kunnen worden gedacht.

1. *Het oprichten van één nascholingswerkgroep (van 3 à 5 huisartsen) per maatschappij-afdeling.*

Deze werkgroepen zouden onder meer als *taken* op zich kunnen nemen:

- 1) de huisartsen in hun afdelingen stimuleren tot „doen aan nascholing”;
- 2) eventuele belemmeringen opsporen en trachten op te ruimen;
- 3) bemiddelen bij het verkrijgen van hulp voor nascholingsdoeleinden, wanneer daarom gevraagd wordt;
- 4) initiatieven nemen respectievelijk stimuleren tot initiatieven op nascholingsgebied;
- 5) zich zo goed mogelijk op de hoogte stellen en houden van wat er op nascholingsgebied voor huisartsen gaande is in de eigen afdeling;
- 6) informatie uit de eigen afdeling verschaffen, ten einde landelijk een overzicht over en uitwisseling van gegevens over de in gang zijnde nascholingsactiviteiten mogelijk te maken;
- 7) te zijner tijd desgewenst meewerken aan regionale nascholingsactiviteiten van een universitair huisartseninstituut.

Enkele notities met betrekking tot het functioneren van deze nascholingswerkgroepen:

- a) Het C.B. der L.H.V. en het N.H.G.-bestuur zijn van mening, dat een nascholingswerkgroep niet alle nascholing in haar afdeling zelf behoeft te organiseren. Het heeft echter voordelen als de werkgroep-leden op een of andere wijze bij de uitvoering betrokken zijn; de mogelijkheden tot inspraak zijn dan groter.
- b) De organisatiestructuur zoals hier bedoeld en het functioneren in die structuur vallen onder verantwoordelijkheid van L.H.V. en N.H.G. Het C.B. der L.H.V. en het N.H.G.-bestuur menen, dat de werkgroep-leden niet noodzakelijkerwijs

bestuurslid van de P.H.V. of het N.H.G.-centrum ter plaatse behoeven te zijn. Het heeft echter wel bepaalde voordelen als één P.H.V.-bestuurslid en één N.H.G.-centrum-bestuurslid tevens zitting in de nascholingswerkgroep hebben. Essentieel is immers, dat de werkgroep namens L.H.V. en N.H.G. contact met anderen kan opnemen; dit gaat gemakkelijker wanneer de beide besturen reeds in de werkgroep zijn vertegenwoordigd.

- c) Het is van belang, dat in eerste instantie de overwegingen, leidende tot deze organisatie-structuur en in tweede instantie de vorming van de werkgroep met de namen van de werkgroep-leden worden bekendgemaakt aan de Maatschappij-afdelingsbesturen, de ziekenhuisdirecties en de ziekenhuisstaven. Men moet alles doen om te vermijden, dat besturen, commissies en dergelijke zich door deze nieuwe werkgroep bedreigd gaan voelen. Het is daarom wellicht te overwegen aan de K.N.M.G. een verzoek te richten tot het schrijven van een brief aan de Maatschappij-afdelingsbesturen, de ziekenhuisdirecties en de ziekenhuisstaven.

II. *Het oprichten van een centrale instantie, die:*

1. informatie verzamelt en doorgeeft ten aanzien van de activiteiten van de nascholingswerkgroepen;
2. ten aanzien van de nascholingswerkgroepen coördinerend en stimulerend werkzaam is;
3. desgevraagd financieel en organisatorisch advies geeft aan de werkgroepen.

Enkele notities met betrekking tot het functioneren van een centrale instantie:

Elk bestuur, commissie of werkgroep, die geen taken van buitenaf krijgt opgelegd en bovendien niet of nauwelijks bloot staat aan controle van buitenaf, loopt gevaar af te zakken naar een min of meer sluimerend bestaan. Men dient ervoor te waken, dat de nascholingswerkgroepen dit lot niet ten deel valt. Daarom kan in deze organisatiestructuur van over het land gespreide werkgroepen een centrale instantie niet gemist worden. Door het onderhouden van een regelmatig contact met deze werkgroepen kan een dergelijke instantie deze namelijk niet alleen steunen en stimuleren, maar tot op zekere hoogte ook de voortgang van de werkzaamheden bewaken.

De vraag rijst echter welke organisatievorm de voorkeur verdient voor zo'n centrale instantie. Voorzover het C.B. der L.H.V. en het N.H.G.-bestuur de diverse mogelijkheden op hun merites kunnen beoordelen, menen zij voorkeur uit te moeten spreken voor het in leven roepen van een *L.H.V./N.H.G.-stuurgroep*, waarbij de stichtingsvorm achterwege wordt gelaten. Daarbij zal het N.H.I. zeker als tweede hulpverlenende centrale instantie fungeren, onder meer door didactisch materiaal te vervaardigen en ter beschikking te stellen. Ten aanzien van het N.H.I. gaan de gedachten dus meer uit naar dienstverlening van

meer technische aard. De stuurgroep zal voorlopig uit 5 leden bestaan, te weten:

- 1 lid van het Centraal Bestuur L.H.V.,
- 1 lid van het N.H.G.-bestuur,
- 1 namens de L.H.V. aangewezen bestuurslid van de Stichting Financiering Nascholing van Huisartsen,
- 1 namens het N.H.G. aangewezen bestuurslid van de Stichting Financiering Nascholing van Huisartsen,
- 1 lid namens het Nederlands Huisartsen Instituut.

Uitvoering

De volgende werkzaamheden zullen moeten worden verricht:

1. De N.H.G.-centrum-besturen en de P.H.V.-besturen dienen het goedgekeurde werkplan te ontvangen als vervolg op de reeds in 1970 verstrekte informatie. Deze brief dient dan tevens het verzoek te bevatten gezamenlijk en liefst in overleg met het Maatschappij-afdelingsbestuur kandidaten voor de werkgroep aan te wijzen en eventueel hun bereidheid te polsen.
2. Tegelijkertijd dienen de Maatschappij-afdelingsbesturen een brief te ontvangen, liefst van het K.N.M.G.-hoofdbestuur, waarin de bedoeling van deze structuur wordt uiteengezet en waarin hun medewerking wordt gevraagd bij de vorming van en samenwerking met de nascholingswerkgroep in hun afdeling.
3. Het is aan beide besturen te beslissen hoe deze nieuwe structuur het best kan worden ingepast in de reeds bestaande verenigingsstructuur, op een wijze die tegemoet komt aan de noodzaak de werkgroepen enige „status” te geven.
4. Zodra de werkgroepen zijn gevormd, is het organiseren van een ontmoetingsvergadering van alle werkgroepen met vertegenwoordigers van L.H.V.- en N.H.G.-bestuur noodzakelijk.



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

ZIEKENHUIS EN POLITIE

Collega Cremers schreef twee zeer juiste zinnen: „Samen denkend komt er duidelijkheid” en: „Het is een vereiste voor de politie-arts dat hij medisch-ethisch goed gevormd moet zijn”. In zijn laatste brief (M.C. 6 augustus '71) ontstaat duidelijkheid over zijn medische ethiek: „Moeten wij ons als medici druk maken over gezondheid en goed van een misdadiger, die niet de minste waarde hecht aan leven en goed van een ander?” Hij onderscheidt belangrijke en minder belangrijke partijen (of te wel mensen). Hij laat maatschappelijke belangen zwaarder wegen dan die van de misdadiger.

Dat is nu wat ik misdadig zou willen noemen. Dat is aantasting van medische en algemene ethiek, aantasting van een primair rechtsbeginsel: de gelijkheid van alle mensen, de waarde van het individu.

Heeft deze politiearts nog zulke primitieve opvattingen over „de misdadiger”? Snapt hij niet dat hij grote schade doet door het vertrouwen in de arts te ondermijnen met zijn tip, de politie te tippen? Dat hij ons hiermee in feite aanzet tot misdrijf, nl. schending van geheim? Dat de veiligheid meer gebaat is wanneer een mens in nood zich altijd tot een arts kan wenden? En dat wij ons als medici wel moeten druk maken over de gezondheid van onze patiënten, zonder onderscheid, zonder recht op afweging van hun belangrijkheid of beoordeling van hun levensopvattingen? De tegenstellingen die hij schept zijn vals. De keus gaat niet tussen een vingercontractuur bij de dader en een aanranding. Een geperforeerde appendix bij een misdadiger is even erg als bij een politiearts, zelfs al staat de mentaliteit van de patiënt ons tegen.

's-Gravenhage, 10 augustus 1971

Dr. M. Zeegers

OORDELEN OP GROND VAN ONVOLDENDE INFORMATIE

In het artikel van Dr. Meindert J. W. de Groot in M.C. nr. 31/1971, blz. 815, „De „geestelijke verzieking” van het Nederlandse volk: slogan of reali-

teit?”, worden velen die op grond van onvoldoende, eenzijdige, verouderde informaties oordelen en te hoge percentages psychische stoornissen citeren aan de kaak gesteld. Het oordeel van Dr. De Groot berust op literatuuronderzoek. Nu is het verwonderlijk dat wel wordt gerefereerd aan het onderzoek van Tailor van 1954, maar niet aan dat van Oliemans van 1969 en evenmin het recente onderzoek van Dr. R. Giel, sociaal psychiater, in Abessinië en in een Nederlands dorp.

Oliemans komt in zijn onderzoek, waaraan 52 huisartsen meewerkten tot de conclusie, dat tenminste 20% van de aandoeningen die de huisarts krijgt te behandelen tot de zogenaamde psychosomatische en psychiatrische stoornissen behoort. Giel en Le Nobel vonden in Stolwijk, waar zij een steekproef 1 op 10 van de gehele bevolking vanaf 15 jaar psychiatrisch interviewden, 13% met een psychische stoornis, hetgeen niet significant verschilde van de uitkomsten van het bevolkingsonderzoek van Giel en Van Luyk in Ethiopië. Indien Dr. De Groot van deze publikaties kennis had genomen, was er waarschijnlijk minder reden voor zijn nogal bitter pessimisme ten aanzien van relevant onderzoek in Nederland geweest.

Stolwijk, 10 augustus 1971

Dr. C. W. A. van den Dool

Literatuur:

- Oliemans, P. Morbiditeit in de huisartspraktijk. Acad. proefschrift, Utrecht 1969.
Giel, R. en J. N. van Luyk. 1969. Psychiatric morbidity in a small Ethiopian town. British Journal of Psychiatry 115, 149, 1970.
Giel, R. en C. P. J. le Nobel. 1971. Psychische stoornissen in een Nederlands dorp. Ned. Tijdschrift v. Geneesk. 115, no. 22, 949 (1971).

DE MONDIGE STERVELING

Het sterven boeit een ieder op geheel eigen wijze. Na lezing van het artikel „De mondige sterveling” door Mr. J. Ekkelmans in Medisch Contact nr. 30/1971, blz. 791, wilde ik gaarne enkele opmerkingen maken. De drie gevallen waarmede Ekkelmans als inleiding begint zijn meer schrill en afwijkend dan dat zij, geloof ik, bijdragen tot een zuiver antwoord op de vraag: Mag, op uitdrukkelijk verzoek van de mondige patiënt, de arts het leven van de patiënt beëindigen? Ekkelmans tracht ook een representatieve waardering te geven van het menselijk leven. De zin/waarde van het leven van de stervende kan zowel door de patiënt als door de familie, als door de arts geheel verschillend worden aanvoeld. Men moet willen leven, doch weten te sterven (Napoleon).

Leven is — schrijft Ekkelmans — biologisch niet meer dan op zekere wijze functioneren van de materie en het lijkt hem niet zinvol aan het leven metafysische beschouwingen te wijden. Dit is niet iedereen met hem eens. Voor mij is het leven van de medemens niet alleen natuurkundig of chemisch of psychologisch te benaderen. Het leven is nog steeds meer dan de som der waarneembare en onderzoekbare samenstellende delen. Daarbij komt, dat het eigen bestaan slechts gedeeltelijk kan worden verstaan door toetsing aan het eigen zelf of door toetsing aan de ander. Zo is het begrip van de zin van het eigen bestaan een zeer gedeeltelijk begrip. Natuurlijk wordt de zin van het menselijk leven voor een belangrijk deel bepaald door de richting die het individu zelf eraan geeft. Ieder gist en zet bewust of onbewust zijn koers uit op grond van de ervaringswereld.

Dat de arts soms een inconsequente houding aanneemt ten aanzien van het sterven komt voort uit het feit dat zijn handelwijze dualistisch is. 1. Hij wil, kan en mag de patiënt mede op grond van de eed van Hippocrates geen dodelijk geneesmiddel toedienen. Zodoende onderschrijft hij de zin van het menselijk bestaan. Logischerwijs hangt hij het leven aan. 2. Het lijden dient aanvaardbaar te worden gemaakt. Er kan van tevoren op indicatie worden overeengekomen een dodelijk zieke patiënt bijvoorbeeld niet meer te resusciteren. Ook moeten soms om hevige angst, pijn of onrust te beteugelen geneesmiddelen worden toegepast die de corticale of subcorticale activiteit sterk verminderen. Logischerwijs kan dit tot gevolg hebben, dat hiermede het leven wordt bekort; de waarde van het menselijk leven wordt dan niet bepaald door de duur. Een juiste en waarachtige houding is die, welke beide punten in overweging neemt.

Ekkelmans stelt, dat in geen cultuurfase de welbewuste beëindiging van het menselijk leven verboden is geweest. Paul Eldridge (1888) stelde dat de mens bereid is voor een idee te sterven, vooropgesteld dat het idee hem niet helemaal duidelijk is.

Vaak schiet de hulp aan de stervende tekort, het menselijk contact wordt moeilijker, de vermoeide familie is ten einde raad. De contactmogelijkheid thuis is veelal nog het beste, vandaar dat de meeste mensen er de voorkeur aan geven thuis te sterven. De contactmogelijkheid in het ziekenhuis is veelal iets minder, omdat diverse verpleegsters en ook doktoren in het kader van de dienstregeling de patiënt komen bezoeken en behandelen. Medisch kunnen de mogelijkheden in

de kliniek groter zijn om het lijden te verzachten, wat sommigen ten onrechte de indruk geeft dat het stervensuur juist wordt uitgesteld. De verzuchting van de patiënt: „Ik wilde maar dat het afgelopen was”, met daarop volgend de vraag: „Kunt u me nu echt niet hiervan afhelpen?”, kan men beluisteren bij patiënten die medisch gezien nog heel goed te helpen zijn doch die in een depressieve fase verkeren en bij patiënten die het echt niet lang meer zullen maken. Velen stellen deze vraag om te laten blijken hoe slecht zij er aan toe zijn. Er is evenwel nog een hemelsbreed verschil tussen de dood verwachten, de dood afsmecken en het bewust beëindigen van het leven. Ik dacht, dat bijna iedereen ondanks alle leed veelal toch verkiest het einde af te wachten. De dood, als toppunt van isolatie, is en blijft een onbegrepen aanslag op het leven.

Bij mensen die niet verder willen leven overheerst naar men aanneemt de doodsdrijf over de levensdrijf. Uitingen van de doodsdrijf bestaan uit het weigeren van voedsel, drinken en geneesmiddelen. In de huidige cultuur waar inspraak, efficiency, grotere communicatiemogelijkheden en een zucht naar direct gripbaar genot op de voorgrond treden, is de afstand tussen leven en dood er niet kleiner op geworden. Het „over”-lijden lijkt niet alleen een onneembare barrière doch de zin van het lijden is de mens met het geloof uit de handen aan het glippen. In het licht van de huidige consumptie-maatschappij ontmoet men de dood als grote spelbreker in de verkrijgings-slag.

Zoals vanouds staat de dood afgebeeld met zeis en zandloper. De zandloper staat niet alleen als symbool voor de tijdelijkheid van het menselijk bestaan, doch zelfs deze tijdelijkheid is relatief. De toegemeten tijd kan lang en kort duren. Een dag van smart lijkt veelal langer dan een jaar van vreugde. De dokter kan soms de zeis van de dood afweren, doch hij heeft geen macht over het zand in de zandloper

(Henry Thrale, 1741-1821). De onnatuurlijke dood wordt door de publiciteitsmedia te sensationeel uitgebeeld. Een deel van de jeugd krijgt in de huidige cultuur onvoldoende de kans deze doodsproblematiek adequaat te verwerken. Het is begrijpelijk, dat men naar uitwegen zoekt. Waar de doodsdrijf op jonge leeftijd op ziekelijke wijze wordt geprikkeld, daar hebben de hallucinatoire middelen een kans.

Geboorte en dood geven aan het leven de spankracht en voorzien het van zijn éénmalig en onvervreemdbaar karakter. Op de juridisch belangwekkende vraag: Heeft de mens het leven in vruchtgebruik of in eigendom, daarop gaat Ekelmans niet in. Doch als het eigendomsrecht van het eigen leven van de patiënt niet bij voorbaat vaststaat, dan mag de arts de mondige sterveling ook op diens uitdrukkelijk verzoek hem het leven niet ontnemen. De levens- en doodsdrijf welke naar men aanneemt bij ons handelen een belangrijke plaats vervullen, komen gedurende het stervensproces meer naar voren. In perioden van wanhoop, angst, pijn en onzekerheid aangaande de ziekte duur kan de doodsdrijf gaan overheersen. Door al of niet religieuze berusting en aanvaarding, liefdevolle steun van de medemens en door geneeskundige hulp zijn velen toch in staat deze doodsdrijf te beteugelen, zodat zij de gestelde taak in het leven kunnen afronden.

Eindhoven, 16 augustus 1971

P. Eddes

MC | VARIA

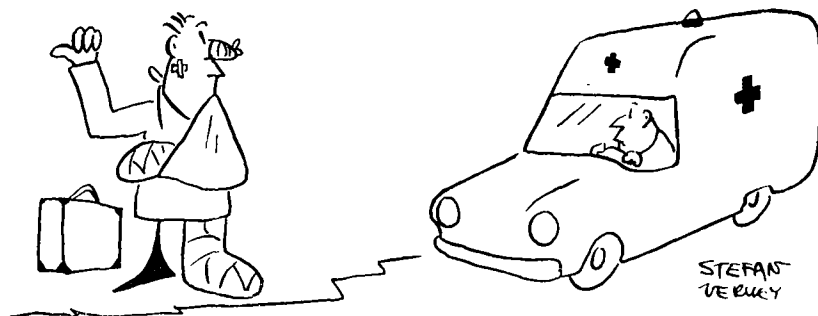
Nederland staat momenteel nummer 6 op de wereldranglijst van geneesmiddelenexporteurs. De in ons land producerende farmaceutische bedrijven hebben in 1969 een omzet behaald van circa 800 miljoen gulden, waarvan

500 miljoen gulden buitenlandse omzet. In 1970 vertegenwoordigde de export van de Nederlandse farmaceutische industrie, uitgedrukt in producentenprijzen, ongeveer 555 miljoen gulden. Onderwijl wordt het aandeel van de geïmporteerde geneesmiddelen in het Nederlandse verbruik steeds groter; in guldens uitgedrukt neemt het buitenlandse geneesmiddel meer dan de helft van de binnenlandse consumptie voor zijn rekening. Deze toename van de invoer van buitenlandse farmaceutica in ons land is, aldus „farmaceutische industrie” 1971/26, een weerspiegeling van het sterk internationale karakter van de betreffende branche. Als geheel domineert West-Europa de wereldhandel in geneesmiddelen. Bij de 15 belangrijkste exportlanden van geneesmiddelen in 1969 vindt men in volgorde van belangrijkheid: West-Duitsland, Zwitserland, Engeland, Frankrijk, Nederland, Italië, België en Luxemburg, Zweden, Oostenrijk, Portugal, Noorwegen. De Verenigde Staten, Japan en Canada staan wat de geneesmiddelen-uitvoer betreft 2e, 9e en 12e; als producenten nemen met name de Verenigde Staten en Japan evenwel een veel sterkere positie in.

¶

De firma Genap uit 's-Heerenberg gaat blijkens persberichten aan het Perzische Rode Kruis een compleet noodhospitaal leveren, dat bestaat uit vier eenheden van ieder vijf blaashallen. Elke eenheid bestaat uit een grote hal met door middel van gangen daaraan verbonden kleinere hallen. Door de speciale constructie zijn er aparte ruimten voor patiënten, die geïsoleerd moeten liggen voor operaties, laboratoria, onderzoek- en verblijfruimten voor doktoren en verpleegsters. Dit noodhospitaal zal worden gebruikt door het Perzische Rode Kruis bij natuurrampen in Perzië. Eerst echter zal het hospitaal dienst doen bij de feesten in Perzepolis ter gelegenheid van het 2500-jarig bestaan van het Perzische keizerrijk.

¶



Bijkens het verslag over 1970 van de Stichting Nederlandse Sanatorium-verzekering „N.S.V.” liep het aantal sanatoriumpatiënten, voor wie in 1970 uitkering werd verleend, weer sterk terug. Per 1 januari 1970 was dit aantal 602, per einde van dat jaar was het teruggelopen tot 430, een vermindering met ruim 28 procent. Ook het aantal opgenomen patiënten vertoonde een sterke teruggang. In 1969 werden nog 1158

patiënten opgenomen, in 1970 was dit teruggelopen tot 907. Onder de opgenomen patiënten waren 128 buitenlandse werknemers of wel 14 procent van het totaal aantal opgenomen patiënten.

De stijging van de verpleegprijzen, aldus het verslag, heeft zich in 1970 als nimmer tevoren voortgezet. De gemiddelde verpleegprijs was op 31 december 1969 f 46,64 en op 31 december 1970 gestegen tot f 57,74, een verhoging van de gemiddelde dagverpleegprijs met f 11,10 tegen een verhoging met f 4,95 in 1969, welke verhoging toen reeds als zeer aanzienlijk werd aangemerkt.

Hoewel door de daling van het aantal gevallen van sanatoriumverpleging mocht worden verwacht dat de premies zouden kunnen worden verlaagd, was naast de sterke stijging van de verpleegprijzen voornamelijk de eveneens onder deze verzekering vallende dekking van het risico van poliklinische en thuisdialyse er aan de bet dat zij moesten worden gehandhaafd.

¶

Het aantal ziekmeldingen in de bouw is vorig jaar voor het eerst sinds 1963 iets gedaald, namelijk van 366.000 in 1969 naar 360.000 in 1970. Ook de onder de ziekmeldingen begrepen bedrijfsongevallen vertoonden een daling van 26.000 naar 25.000. Dit blijkt, aldus een verslaggever van dagblad Trouw, uit het jaarverslag van het Sociaal Fonds Bouwnijverheid. In het jaarverslag wordt aan deze gegevens direct toegevoegd dat het aantal uitkeringsdagen, het totaal aantal dagen dat de bouwvakkers ziek waren, steeg van 6,6 miljoen dagen tot 6,9 miljoen dagen.

¶

De Commissie Medische Psychologie van het Nederlands Huisartsen Genootschap is benaderd door de sectie Kinder- en Jeugdpsychologie van het Nederlands Instituut van Psychologen, hetgeen er toe heeft geleid dat er een contactdag psychologen — huisartsen zal worden gehouden op zaterdag 25 september a.s. te 10.30 uur in hotel Terminus, Stationsplein te Utrecht. Op deze contactdag is iedere huisarts welkom. Aanmelding tevoren is niet nodig.

In de ochtendzitting zullen voordrachten worden gehouden door G. J. Schiethart, huisarts, over „Wat verwacht de huisarts van de psycholoog bij de dagelijkse praktijkvoering?“, door mej. B. van der Zijl, psychologe: „Wat kan de huisarts bij zijn dagelijkse praktijkvoering van de psycholoog verwachten?“, door V. E. Dubois, huisarts:

„Andere vraagstellingen van de huisarts aan de psycholoog“ en door J. Bergsma, psycholoog: „Ervaringen betreffende de samenwerking tussen klinische psycholoog en huisarts“. De middagzitting is gereserveerd voor beschouwing over de ontwikkelingen op financieel-organisatorisch gebied voor wat betreft de inschakeling van psychologen bij de hulpverlening aan patiënten.

Na elke voordracht 's morgens zal er gelegenheid zijn tot gedachtenwisseling, in de middagbijeenkomst volgen na de genoemde beschouwingen groepsdiscussies en een panel en conclusies. De contactdag zal te 16.00 uur worden gesloten.

¶

Het medicijnkastje van Apollo 15 bevatte: antineuralgica per os en per injectie, zelf met een antibioticum, wekaminen, laxerende en stoppende tabletten, aspirine, oordruppels, neusdruppels, slaaptabletten, tabletten en ampullen tegen luchtziekte, E.H.B.O.-materiaal, twee soorten antibiotica per os, anti-emeticatabletten, thermometers en dergelijke, alsmede reserveonderdelen voor het medisch instrumentarium. Het meeste daarvan zat ook in de medicijntrommel van de maanlander. De medische voorraadlijst voor ruimtevaarten werd gepubliceerd in het Journal of the American Medical Association van 26 juli 1971, de dag waarop Scott, Irwin en Worden maanwaarts vertrokken. In dezelfde aflevering ook een interview met Charles A. Berry, hoofd van het medisch vluchtteam van de National Aeronautics and Space Administration (N.A.S.A.) over de mogelijkheden tot aanpassing van het menselijk lichaam aan een langdurige toestand van gewichtloosheid. Berry zelf gelooft heilig in die mogelijkheden. De ervaring met Sojoez 9, vorig jaar, heeft geleerd dat ruimtevluchten een veel groter beslag leggen op de lichamelijke reserves van de astronauten dan zij en het controlecentrum beseffen. Na hun landing hadden de Sojoez-reizigers de grootste moeite tot normale prestaties te komen. Het verkeren in het luchtledige speelt de bemanning kennelijk grotere parten na afloop dan tijdens de vlucht. Onoverkomelijke bezwaren levert dit volgens de N.A.S.A.-arts niet op. Blijken recente persberichten bevestigen de ervaringen met Apollo 15 dit beeld, zij het dat zij het wat donkerder kleuren. Ook nu bleken de ruimtevaarders veel vermoeider te zijn geraakt dan zij zelf ooit hadden beseft. De herstelperiodes is zelfs de langste die men tot

duisver in het Amerikaanse ruimtevaartprogramma heeft meegemaakt, reden waarom men er over denkt de eerste maanwandeling van de Apollo 16-bemanning, maart volgend jaar, enigszins te bekorten; ook zullen mogelijk wijzigingen worden aangebracht in de plannen voor de laatste maanexpeditie (november 1972) en voor de 28- en 56-daagse vluchten in het Skylab-ruimtestation (1973 en later).

¶

„De computer in de geneeskunde en gezondheidszorg“ is het onderwerp van het nationaal symposium medische informatica, dat 22 en 23 oktober in de Jaarbeurs te Utrecht zal worden gehouden. Het symposium zal bestaan uit plenaire en parallelzittingen. In het Beatrixgebouw zal tegelijkertijd een informatieve tentoonstelling van computers, geautomatiseerde apparatuur ter verwerking van informatie en randapparatuur zijn ingericht. Nadere inlichtingen worden verstrekt door het secretariaat van de werkcommissie: Jaarbeurs Congresbureau, Utrecht, tel. 030-914914.

¶

Van 5-10 april 1972 vindt in Davos en Clavadel, Zwitserland, de 4e diagnostiekcursus plaats. Thema is: de viscerale abdominale angiografie. Inlichtingen: D.D.K.4, Postfach 159, CH-8033 Zürich.

¶

Nieuws van het vakbeurzenfront: van 29 september tot 7 oktober van dit jaar vindt in de R.A.I. de tentoonstelling „Het Instrument“ plaats. Tijdens de tentoonstelling wordt een aantal gespecialiseerde voordrachten gehouden, waaronder voor artsen interessante.

¶

Een waterdichte, brandvrije capsule die aan een pols- of horlogebandje kan worden gedragen en waarin een strookje papier met gegevens van de drager zit. Zo kan men de „talisman“ omschrijven die door de Zwitserse horloge-industrie op de markt wordt gebracht. De leiding van de Algemene Verkeersdienst van de Rijkspolitie heeft zich er blijkens persberichten nogal ingenomen mee betoond, vooral omdat het nieuwe hulpmiddel een snelle identificatie van verkeersslachtoffers vergemakkelijkt. Op de informatiestrook in de capsule kan de drager onder meer zijn naam, adres en leeftijd vermelden,

alsmede de adressen van familie en (huis)arts, zijn kerkelijke gezindte en bloedgroep; overige medische gegevens kunnen door de arts worden ingevuld, terwijl voor algemene aantekeningen ruimte is opengelaten. Verdere inlichtingen over de talisman geeft International Alarm Methods, postbus 15, Santpoort, tel. 023-377431.

¶

Op 15 en 16 oktober 1971 organiseert de Vereniging voor Medische en Biologische Informatieverwerking, sectie van het Nederlands Rekenmachine Genootschap, een conferentie over het onderwerp: „Automatische E.C.G.-analyse en de betekenis daarvan voor de gezondheidszorg”. Plaats: R.A.I., Amsterdam. Verdere inlichtingen over dit congres, dat wordt georganiseerd in samenwerking met de Nederlandse Hartstichting, geeft het Studiecentrum Informatica, Stadhouderskade 6, Amsterdam, tel. 020-165666, toestel 138.

¶

De 15e anaesthesie-cursus van de British Council vindt van 6-19 februari 1972 plaats in Londen en Cardiff. Zowel de klinische als de onderzoekaspecten van de anaesthesie zullen aan de orde komen. In het programma is een grote plaats ingeruimd voor het afleggen van studiebezoeken. De mogelijkheid bestaat de cursusduur met dat doel met een week te verlengen. Verdere inlichtingen geeft de British Council, Nederlands adres: Keizersgracht 343, Amsterdam, tel. 020-239333.

¶

Twee Engelse levensverzekeringsmaatschappijen hebben lagere premies voor niet-rokers ingevoerd, zo blijkt uit persberichten. De maatschappijen, de Scottish Mutual Assurance Society en de Annuity Assurance Society, reageren daarmee op de boodschap van het Royal College of Physicians, begin dit jaar, waarin het roken van sigaretten werd omschreven als het meespele in een loterij des doods (zie ook M.C. nr. 4/1971, blz. 106).

¶

Op 11 en 12 november 1971 worden de Nascholingsdagen voor Limburgse Huisartsen gehouden. Motto: „Meer armslag voor de huisarts anno 1971. Huidige mogelijkheden door gebruikmaking van röntgendiagnostiek en laboratorium”. Plaats: foyer Stadschouwburg, Sittard.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

Bestuur: Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice-voorzitter; Dr. J. A. Stoop, J. M. Kemperstraat 5, Utrecht, secretaris; G. A. C. Bosch, Amsterdam, penningmeester; J. H. van Meurs, Beverwijk.

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 opgaaf van redenen worden geweigerd.

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

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

Opplage: 17.020 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Bureau voor waarneming en vestiging:

van 9 tot 16.30 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411:

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

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021