



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

OFFICIEEL

OPEN BRIEF VAN HET HOOFDBESTUUR

In een brief d.d. 4 november 1971 gericht aan alle artsen in Nederland heeft een 200-tal initiatiefnemers protest aangetekend tegen de richtlijnen van het hoofdbestuur terzake van de uitvoering van abortus provocatus.

Door een Stuurgroep gevormd uit de ondertekenaars van de brief d.d. 4-11-1971 is een „Memorandum inzake de eerbiediging van het menselijk leven” (M.C. 1971/50), voorgelegd aan

de leden van het hoofdbestuur tijdens een bespreking op 4 december 1971. Daarin wordt het hoofdbestuur gevraagd:

- de Regering te adviseren de bestaande wetgeving niet te veranderen;
- de medische beroepscode — het menselijk leven onaangetast te laten — te bekrachtigen, teneinde het vertrouwen dat de Nederlandse arts geniet, te bestendigen;
- de richtlijnen in bovenstaande zin verder te ontwikkelen.

Op het eind van deze bespreking verzocht de Stuurgroep het hoofdbestuur de richtlijnen zo te veranderen, dat daarin als eerste urgentie de essentie van het „Memorandum” naar voren komt:

- binnen het medisch handelen is geen plaats voor actief beëindigen van menselijk leven;
- het vraagstuk van de ongewenste zwangerschap dient daar te worden aangepakt waar de oorzaak van de ongewenstheid is gelegen, doorgaans in het psycho-sociale vlak;
- de Regering moet worden geadviseerd de ter zake bestaande wetgeving niet te wijzigen en de sociale wetgeving zo uit te breiden dat waarachtige steun kan worden gegeven aan de hulpverlening op psycho-sociaal en op maatschappelijk terrein bij ernstige problemen door ongewenste zwangerschap.

In zijn vergadering van 11 december 1971 heeft het hoofdbestuur het standpunt dat het inneemt met betrekking tot de hulpverlening door artsen bij ongewenste zwangerschap, dat

26e JAARGANG - No. 52 - 31 DECEMBER 1971

INHOUD

Open brief van het hoofdbestuur	1371
Nederlands-Russisch onderzoekproject op het gebied van de hart- en vaatziekten .	1374
Noodzaak fundamentele positiebepaling gezondheidszorg in verband met planning van toekomstige structuur (II)	1375
Dit jaar 18.000 eerstejaars studenten	1382
<i>Van het Centraal College:</i>	
Opleiding Radiodiagnostiek	1383
Opleiding Radiotherapie	1385
Opleiding Radiologie	1388
<i>Van het Centraal Bestuur L.H.V.:</i>	
Verkiezing stichtingsbestuur pensioenfonds huisartsen	1390
Uit de afdelingen	1391
Universitaire berichten	1391
Brieven aan de redactie	1392
Varia	1393

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

Colofon op bladzijde 1394.

de basis vormt voor de uitgevaardigde richtlijnen, nog eens kritisch bezien en getoetst aan de in de brief d.d. 4-11-1971, in het „Memorandum” en tijdens de bespreking tussen hoofdbestuur en Stuurgroep gemaakte opmerkingen.

Anders dan wellicht wordt verondersteld, betreurt het hoofdbestuur de activiteit van de Stuurgroep geenszins. Juist omdat naar het oordeel van het hoofdbestuur, zoals al eerder tot uiting gebracht, de meningsvorming rond het abortusvraagstuk nog niet is uitgekristalliseerd, kan de intensieve gedachtenwisseling, welke door de Stuurgroep is bevorderd en ook is bereikt, zeker leiden tot een zo verantwoord mogelijke standpuntbepaling, zowel door de Maatschappij als door de Regering.

Wèl acht het hoofdbestuur het minder gelukkig dat door de krachtige stellingname van de Stuurgroep tegen abortus provocatus ten onrechte naar buiten de indruk wordt gevestigd, dat het hoofdbestuur ongenueanceerd vóór abortus zou zijn.

Hoewel het hoofdbestuur een aantal van de door de Stuurgroep geformuleerde uitgangspunten kan onderschrijven en enkele van de aan haar gestelde vragen positief kan beantwoorden, is het hem niet mogelijk het door hem ingenomen standpunt en de richtlijnen te veranderen op een wijze zoals door de Stuurgroep wordt verlangd. In de richtlijnen en de toelichting hierop wordt verwoord, dat tot uitvoering van abortus provocatus als uiterste maatregel alleen mag worden besloten als na zorgvuldig afwegen van alle relevante factoren het vrijwel zeker moet worden geacht dat het laten voortbestaan van de zwangerschap nog ernstiger consequenties heeft. Bij deze botsing van plichten en conflict van belangen moet de arts naar eer en geweten, rekening houdend met de door hem bij zijn artsexamen afgelegde eed of gedane belofte, op eigen verantwoordelijkheid een keus maken tussen twee kwaden.

Enkele leden van het hoofdbestuur delen de opvatting van de Stuurgroep dat alleen bij vitale indicatie tot het opwekken van een abortus zou mogen worden besloten. Zij achten het hun plicht, zowel in gesprekken met collegae als bij confrontatie met gevallen van ongewenste zwangerschap, te trachten, de ander te overtuigen van de juistheid van hun uitgangspunt, dat absolute eerbied moet worden bewaard voor het menselijk leven van de bevruchting af.

Het komt deze leden, in hun positie als lid van het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, echter onjuist voor deze opvatting over de ontoelaatbaarheid van abortus provo-

catus via door de Maatschappij uit te vaardigen besluiten, voor te schrijven aan alle Nederlandse artsen. Zij twijfelen niet aan de integriteit van die artsen, die na rijp beraad — handelend vanuit andere maar eveneens te respecteren inzichten — wèl bij een bepaald geval van ongewenste graviditeit tot de conclusie kunnen komen dat adaequate hulp alleen maar kan bestaan in het beëindigen van de zwangerschap.

Bij het opstellen van de richtlijnen heeft het hoofdbestuur niet een persoonlijke mening weergegeven; zich baserend op zoveel mogelijk gegevens heeft het een oordeel uitgesproken over de wijze waarop besluitvorming en uitvoering zo verantwoord mogelijk zouden kunnen plaats vinden.

Gezien de gebleken diversiteit van meningen, ook bij diegenen aan wie met betrekking tot deze problematiek een specifieke deskundigheid kan worden toegedacht, was een omschrijving van „geoorloofde indicaties” niet mogelijk; het grote aantal factoren dat in een individueel geval bij de overwegingen moet worden betrokken en de eigen verantwoordelijkheid van de gecon-

DOKTERSMAPJE

Onder deze benaming is nog steeds verkrijgbaar een plastic portefeuille van gele kleur. Het doel van dit doktersmapje is de behandelend arts inlichtingen te verstrekken over voorafgaande behandelingen en verstrekte medicamenten. Een boekje (groene omslag) in de portefeuille aanwezig geeft namelijk de arts de mogelijkheid voor zijn behandeling kennis te nemen van de bevindingen van zijn voorganger en na zijn behandeling hierin voor zijn collega die na hem de behandeling moet voortzetten de nodige inlichtingen te verstrekken. Op deze wijze is het, met vrijwillige medewerking van de artsen, mogelijk die inlichtingen te verschaffen, die een arts van een niet trekkende patiënt uit eigen ervaring en eigen aantekeningen kent. In de portefeuille bevindt zich achter doorzichtig plastic een witte kaart waarop de naam, het adres enz. van de eigenaar wordt vermeld. In de portefeuille zijn verder aanwezig een aantekenboekje in groene omslag en een vijftal enveloppen.

Het doktersmapje is tegen contante betaling verkrijgbaar bij het ziekenfonds „A.N.O.Z.” afd. B.S.P., Kromme Nieuwe Gracht 56 te Utrecht, tel. 030 - 25643. Verzekerden die lid zijn van het aanvullingsfonds kunnen dit mapje één keer gratis ontvangen en voorts kan het worden besteld via de diverse kantoren van het A.N.O.Z. In den lande, het Centraal Bureau voor de Rijn- en Binnenvaart, Koningin Emmaplein 6 te Rotterdam en de erkende werknemersorganisaties.

sulterde arts maken een dergelijke aanduiding ook minder gewenst.

De Algemene Vergadering heeft geen bedenkingen tegen het gevoerde beleid geuit.

Het is de plicht van de arts zich bij de zorg voor patiënten te baseren op „utmost respect for human life” en in een individueel geval te handelen naar beste weten en vermogen.

De wetgever heeft de medische indicatie reeds lang als rechtvaardigingsgrond voor de abortus provocatus erkend. In 1969 heeft de minister van Justitie medegedeeld, dat de opvattingen van professor Enschede (1966) — dat de arts die op medische indicatie een zwangerschap afbreekt, geen strafbaar feit pleegt en dat het begrip „medische indicatie” nu een andere en ruimere betekenis heeft dan bijvoorbeeld tijdens de tachtiger jaren van de vorige eeuw — het justitiële standpunt juist weergeven. Immers er moet sprake zijn van een integrale geneeskunst en een integrale benadering van de mens in nood, waarbij de psychische en maatschappelijke factoren niet buiten beschouwing kunnen blijven. Het hoofdbestuur acht het trouwens minder juist dat een stringente wetgeving blijft bestaan, welke niet in overeenstemming is met de maatschappelijke opvattingen en het maatschappelijk gebeuren.

Overigens is het een illusie te denken dat handhaving van de bestaande wetgeving het effect zal hebben dat de Stuurgroep ervan verwacht.

Voor het hoofdbestuur heeft zwaar gewogen punt 11 van het „Memorandum, inhoudende dat indien de wetgever zou besluiten tot verruiming of opheffing van de bestaande wetgeving, het niet op de weg van de medici ligt beschikbaar te zijn voor het uitvoeren van de dan gelegaliseerde vruchtafdrijving. Onder uitdrukkelijk behoud van het uitgangspunt dat geen enkele arts, die principieel afwijzend staat tegenover abortus provocatus, kan worden verplicht deze ingreep te verrichten, acht het hoofdbestuur het onaanvaardbaar en in strijd met de eisen, welke de geneeskunst stelt, indien de artsen zou worden verboden hun medewerking te verlenen, waar deze nodig zou zijn.

Het is juist dat bij de confrontatie met gevallen van ongewenste zwangerschap primair een studie moet worden gemaakt van de omstandigheden waarin deze graviditeiten ontstaan en van

de redenen waarom deze toestand als ondraaglijk wordt ervaren. Alleen op deze wijze kan worden nagegaan op welke wijze bij dit probleem door artsen en samenleving hulp moet worden geboden.

Het hoofdbestuur hoopt dat het voornaamste doel van de „Artsenactie Eerbiediging Menselijk Leven” niet is geweest, de Maatschappij te dwingen tot het formuleren van een ongenueeerd standpunt met betrekking tot (het ontbreken van) medische indicaties voor abortus provocatus.

Als de Nederlandse bevolking, mede naar aanleiding van het feit dat de brief d.d. 4-11-1971 door een groot aantal huisartsen en specialisten mede is ondertekend, concludeert dat het onjuist is de richtlijnen van de Maatschappij zo te interpreteren, dat vrijwel ieder menselijk motief als een geldige „medische” indicatie voor het opwekken van een abortus zou kunnen gelden, kan het hoofdbestuur alleen maar blij zijn met de door de initiatiefnemers ontplooiden activiteiten.

Het hoofdbestuur vraagt, juist aan de artsen die zich thans met betrekking tot dit vraagstuk actief hebben getoond, in de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst eraan te willen medewerken dat:

- het ontstaan van ongewenste zwangerschappen zoveel mogelijk wordt voorkomen;
- de ongewenste zwangere op betere wijze wordt begeleid en gesteund;
- bij het stellen van de indicatie tot abortus provocatus grote terughoudendheid en zorgvuldigheid wordt betracht;
- ieder lid van de gemeenschap gaat beseffen, dat het bewaren van eerbied voor het menselijk leven, onafhankelijk van ontwikkelingsfase of gezondheidstoestand waarin het zich bevindt, niet een opdracht is die uitsluitend voor medici zou gelden, maar voor ieder mens.

Utrecht, 23 december 1971

Het hoofdbestuur van de
Koninklijke Nederlandsche Maatschappij
tot bevordering der Geneeskunst

Nederlands-Russisch onderzoekproject op het gebied van hart- en vaatziekten

Het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en het Praeventiefonds hebben ten behoeve van een onderzoek op het gebied van de hart- en vaatziekten een startsubsidie verleend aan de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Rotterdam. Het onderzoek staat onder auspiciën van de Wereld Gezondheids Organisatie te Genève en zal niet alleen in Rotterdam, doch ook in Kaunas, in de Sovjet-republiek Litouwen, plaatsvinden.

In de beide steden Rotterdam en Kaunas zullen 4.000 mannen in de leeftijdsgroep van 45-59 jaar, die in een steekproef van de totale bevolking vallen, worden uitgenodigd vrijwillig deel te nemen aan een uitgebreide enquête en aan een onderzoek naar zgn. risicofactoren ten aanzien van hart- en vaatziekten. Degenen die bepaalde risicofactoren hebben, zullen wederom op geheel vrijwillige basis gedurende een jaar een behandeling kunnen ondergaan waarbij getracht wordt genoemde factoren te verkleinen.

Het onderzoek in Rotterdam staat onder leiding van Prof. Dr. L. Burema, directeur van de G.G. en G.D. en buitengewoon hoogleraar in de maatschappelijke gezondheidszorg aan de Medische Faculteit Rotterdam. Van de Medische Faculteit werken aan dit onderzoek voorts mede de afdelingen cardiologie, hoofd Prof. Dr. P. G. Hugenholtz, chemische pathologie, hoofd Prof. Dr. B. Leijnse, epidemiologie, hoofd Prof. Dr. H. A. Valkenburg, huisarts-geneeskunde, waarnemend hoofd Dr. M. J. van Trommel, en preventieve en sociale psychiatrie, hoofd Prof. Dr. C. J. B. J. Trimbos. Van de Nederlandse Economische Hogeschool te Rotterdam werkt aan dit onderzoek mee Dr. A. L. Hempenius van het Econometrisch Instituut van de N.E.H. Tevens wordt medewerking verleend door het gemeentelijk Reken-centrum te Rotterdam.

De huisartsen en cardiologen te Rotterdam hebben hun volledige steun en samenwerking toegezegd bij dit project.

De coördinator van het onderzoek in Rotterdam is de arts A. P. Woudenberg, leider van de afdeling Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van de G.G. en G.D. Rotterdam. De enquête en een aantal andere daarmee samenhangende werkzaamheden worden uitgevoerd door het Instituut voor Sociaal-Wetenschappelijk en Economisch Onderzoek te Bussum.

Het gehele project, waaraan een periode van enige jaren van intensieve voorbereiding door de research-teams te Rotterdam, Kaunas en Genève is voorafgegaan, zal twee jaar duren. In internationale kringen van deskundigen op het gebied van de epide-

miologie van hart- en vaatziekten wordt het beschouwd als een van de moeilijkste, maar door het multidisciplinaire karakter daarom belangrijkste projecten ter bestudering en bestrijding van hartziekten, waardoor mannen van middelbare leeftijd in steeds toenemende mate worden bedreigd.

Doelstellingen van het project

De titel van het project: „Gedragswetenschappelijke en operationele componenten die een rol spelen bij het voorkómen van het zich ontwikkelen van hart- en vaatziekten” doet uitkomen dat het gaat om een breed opgezette studie met een aantal nieuwe elementen, zoals gedragswetenschappelijk onderzoek en een doelmatigheidsanalyse.

Velerlei activiteiten op het gebied van de volksgezondheid en de maatschappelijke gezondheidszorg zijn gebaseerd op bevolkingsonderzoek, waarmee personen kunnen worden opgespoord die zonder het te weten een bepaalde ziekte hebben of bij wie de ziekte zich ontwikkelt. Om dergelijke ziekten, zoals ook hart- en vaatziekten, op grote schaal op te sporen en te behandelen, dient men te onderzoeken welke gedragsfactoren een rol spelen in het al dan niet vrijwillig deelnemen aan het bevolkingsonderzoek en het ondergaan van een eventuele behandeling voor langere duur. Het is van essentieel belang voor de doelmatigheid van een op grotere schaal georganiseerd interventieprogramma ten opzichte van een bepaalde ziekte, dat men tot op zekere hoogte kan voorspellen wie deelneemt en blijft deelnemen. Onderzoek hiernaar en de ontwikkeling van een doelmatige aanpak van het kostenaspect vormen de belangrijkste doelstellingen van het project. Voorts zal worden nagegaan welke interacties optreden tussen het research-team, de deelnemende bevolkingsgroep en het bestaande systeem van gezondheidszorg en hoe de doelmatigheid van „intensieve” behandeling door een speciaal team zich verhoudt tot de doelmatigheid van de gangbare medische behandeling.

Tenslotte is de Wereld Gezondheids Organisatie geïnteresseerd in de vergelijking van de gehele gang van zaken met betrekking tot het onderzoek-project in landen met een verschillend opgezet en functionerend systeem van georganiseerde gezondheidszorg.

De totale kosten van dit project in Nederland worden geraamd op ongeveer twee miljoen gulden.

Noodzaak fundamentele positiebepaling gezondheidszorg in verband met planning van toekomstige structuur (II*)

Door Dr. E. Dekker, socioloog

**verbonden aan de Medische Faculteit Rotterdam
afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg**

4. Beschrijving van de plannen voor de sector van de gezondheidszorg

4.1. Het voorontwerp Wet gezondheidsvoorzieningen

Bij de openbare behandeling van het ontwerp Wet ziekenhuisvoorzieningen, hetwelk een wijziging inhield van de Wet ziekenhuisbouw, deelde de toenmalige staatssecretaris mede dat de eerstgenoemde wet zou worden uitgebreid tot een Wet gezondheidsvoorzieningen. Inmiddels is het wetsontwerp Ziekenhuisvoorzieningen wet geworden. Aangezien de voornaamste wijziging zou inhouden een uitbreiding van de werking van de wet van de intramurale voorzieningen tot de extramurale voorzieningen en eventueel de zelfstandige beroepsbeoefenaars, wordt hier volstaan met een behandeling van het voorontwerp van de Wet gezondheidsvoorzieningen (verder te omschrijven als: de wet).

De wet bedoelt een planning van zowel de intramurale als de extramurale gezondheidsvoorzieningen te regelen. Met planning wordt bedoeld een doelmatige uitbouw en spreiding over het land van de gezondheidsvoorzieningen. Er zullen voorts regels komen waarbij een onderlinge afstemming van de voorzieningen is verzekerd.

De reikwijdte omvat naast de bekende intra- en extramurale voorzieningen onder meer de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en het verrichten van andere werkzaamheden ter bevordering van de gezondheid en ter voorkoming van ziekte en in bepaalde gevallen de zelfstandige beroepsbeoefenaars. Met recht kan dus worden gesproken van een regiem dat de totale gezondheidszorg zal gaan omvatten.

De procedure van de planning zal dezelfde zijn als die van Wet ziekenhuisvoorzieningen. Gedeputeerde Staten stellen een plan op voor de gezondheidsvoorzieningen in de eigen provincie. Zo nodig plegen zij hierbij overleg met andere colleges van G.S. De planning vindt plaats aan de hand van door de minister op te stellen richtlijnen. De plannen worden, eventueel vergezeld van door belanghebbenden opgestelde bezwaren, gezonden naar het College voor gezondheidsvoorzieningen. Hier wordt uit de plannen van alle provincies een landelijk plan sa-

mengesteld. Vervolgens stelt de minister, gebruikmakend van de voorstellen van het college — waarvan hij dus kan afwijken — het landelijk plan vast. Tenslotte is er gedurende 30 dagen beroep op de Kroon mogelijk.

Bestaande en nieuw op te richten voorzieningen zullen moeten voldoen aan kwaliteitseisen betreffende doelmatigheid en soberheid. Een vergunning kan worden geweigerd, indien aannemelijk kan worden gemaakt dat de kwaliteit van de werkzaamheden tekort zal schieten. Samenwerking met andere voorzieningen kan verplicht worden opgelegd. Eveneens zullen in de vergunning bepalingen worden opgenomen ten aanzien van het werkterrein, de omvang van de werkzaamheden, de ruimte, de outillage en het personeel. Verplichte informatievervalschafting is voorzien, alsmede de openbaarmaking van begroting, balans en winst- en verliesrekening.

4.2. Reacties en commentaar op de wet

Eveneens ten aanzien van het Memorandum het geval was, zijn de reacties te ordenen naar een aantal aspecten van politieke, bestuurlijke en „praktische” aard.

1. De participatie en decentralisatie. In de Memorie van Toelichting bij de wet wordt gesteld dat de plaatselijke en regionale inschakeling bij de planning en uitvoering van de dienstverlening het gevoel van plaatselijke betrokkenheid zal bevorderen. Vereisten daarbij zijn dat door een democratische opzet de inspraak van de „consument” van de diensten voldoende is gegarandeerd. Men kan hierbij opmerken dat de „plaatselijke en regionale inschakeling” in het systeem van de wet betekent, dat besturen van instellingen — dat wil zeggen zichzelf coöpterende gesloten colleges — een zekere, zij het beperkte, invloed hebben op de planning. Wat „inspraak van de consument” is en hoe deze eventueel zou kunnen worden gerealiseerd, vermeldt de wet niet. De passages in de Memorie van Toelichting

* Voor deel I zie Medisch Contact nr. 51 van 24 december 1971 bladzijde 1345.

over participatie en inspraak zijn wel een blijk van de kennis van eigentijdse termen, maar of hiermee een aanzet tot democratisering van de gezondheidszorg wordt gemaakt, moet worden afgewacht.

Ten opzichte van de decentralisatiegedachte is, lijkt mij, minder kritiek mogelijk voorzover het althans gaat om de uitwerking van een bedoeling. In de wet wordt immers vrij nauwkeurig geregeld welke de rol van de provincie is en wat precies de inspraakmogelijkheden van die kant zijn. Intussen kan wel een aantal kritische vragen worden gesteld, zoals:

— Is de wet toch niet „dirigistisch en centralistisch”? Burkens²³ voerde dit aan ten aanzien van de Wet ziekenhuisvoorzieningen; een gelijk bezwaar kan men aanvoeren ten aanzien van het voorontwerp Wet gezondheidsvoorzieningen. Immers: wat blijft er voor de provincie over, indien er landelijke richtlijnen komen en een landelijk plan — vast te stellen door de minister na advisering door een landelijk college? Had men — analoog aan de zogenaamde functionele regio's — niet moeten werken met functionele decentralisatie, namelijk de bevoegdheid tot het voeren van een eigen beleid binnen een op hoger niveau vastgesteld kader?

— Gaat de decentralisatie wel ver genoeg? Er is opgemerkt²⁴, dat met name de ambulante voorzieningen sterk lokaal en regionaal zijn gedecentraliseerd. De wet zou deze decentralisatie wel eens kunnen aantasten. Op het eerste gezicht lijkt dit niet zo'n belangrijk bezwaar. De provincie zou best een vorm kunnen vinden waarin de plaatselijke ambulante dienstverlening, welke immers meestal een onderdeel is van een provinciaal of regionaal verband, aan zijn trekken komt. Men kan immers de provincie zien als een verzamelpunt voor regionale plannen. Anders wordt het, indien wij de wet zien als een aanloop naar een systeem waarin de totale gezondheidszorg, qua planning en structuur, wordt geregeld. Ik bedoel het systeem waarin niet alleen de wijkgezondheidszorg en de huisartsengeneeskunde „an sich” geregeld zijn, maar vooral het systeem waarin de planning expliciet zijn uitgangspunt kiest bij deze eerste echelon-voorzieningen - met andere woorden: waarin, geredeneerd vanuit een idee van preventie, prioriteit wordt verleend aan multifunctionele voorzieningen in het eerste echelon met, complementair, in hogere echelons gespecialiseerde voorzieningen, welke dan voor een groot deel intramuraal zijn. Zo'n redenatie begint „aan de andere kant”, zet het systeem van de wet zoals die nu is op zijn kop en toont in feite aan dat deze wet primair een Ziekenhuiswet is.

2. De reikwijdte van de wet heeft „uiteraard” betrekking op de gezondheidszorgvoorzieningen. Hierbij kunnen twee opmerkingen worden gemaakt:

a. Het gevaar is niet denkbeeldig dat de ziekenhuizen, daartoe uitgenodigd door de Wet ziekenhuisvoorzieningen, een „gesloten circuit” van ziekenhuizen zullen maken zonder de extramurale voorzieningen daarbij voldoende te betrekken. Tijdens de studiedagen van de Stichting Studiecentrum voor Ziekenhuiswetenschappen, gehouden in het voorjaar van 1971²⁵, bleek duidelijk dat het gesloten circuit werd opgevat als een samenwerkingsverband van ziekenhuizen. Er werd gewezen op het toenemende verschijnsel van stichtingen van samenwerkende ziekenhuizen (Sträter, Vermeyden) en op verticale en horizontale taakverdeling (echelonnering) tussen ziekenhuizen (Burkens, Vermeyden). Dit alles is niet verwonderlijk. Sociologisch gesproken, hebben ziekenhuizen onderling meer structuurkenmerken gemeen dan ziekenhuizen en ambulante diensten met eenzelfde „catchment area” (medische staf, personeel, opleiding, diensten als apotheek, wasserij en dergelijke)²⁶. De ziekenhuizen zijn ook in hun organisaties nauw verbonden: verenigingen van ziekenhuizen respectievelijk de Nationale Ziekenhuisraad. Deze structureel hechtere positie wordt nu bovendien nog verstrekt door de volgorde waarin de structuurwetgeving wordt ingevoerd: eerst de ziekenhuizen (Wet ziekenhuisvoorzieningen) daarna — wanneer, weet niemand — alle gezondheidsvoorzieningen. De door de Wet ziekenhuisvoorzieningen in de eerste fase bevorderde integratie van ziekenhuizen zal dan ook een belemmering blijken te zijn voor de in de tweede fase gevraagde samenwerking van alle gezondheidsvoorzieningen. Met recht zou men kunnen zeggen: geen gesloten circuit, maar een open circuit!

b. Een stap verder dan de gezondheidszorg ligt de welzijnszorg. Dat de reikwijdte van de wet zich beperkt tot de gezondheidszorg is voor een toenemende schare deskundigen niet vanzelfsprekend²⁷. Vooral in de sector van de maatschappelijke en ambulante geestelijke gezondheidszorg wordt gepleit voor nauwe organisatorische banden van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening, soms aangevuld met „Justitie-taken” als reclassering, zorg voor psychisch gestoorde delinquenten en kinderbescherming. De huidige departementale indeling werkt bepaald frustrerend ten aanzien van zo'n samenwerking. In dit verband is het van belang er op te wijzen, dat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft gesteld dat de reikwijdte van de planning van de gezondheidszorg niet

23. Burkens, 1971.

24. N.S.O.-commentaar, 1971.

25. Regionaal beleidsplan, 1971.

26. Zie ook Phaff, 1971.

27. v. d. Bergh e.a., 1971; N.S.O.-commentaar.

moet worden bepaald door de departementale indeling²⁸. Deze indeling is een gevolg van politieke beslissingen. De taak van de raad wordt echter bepaald door de belangen van de volksgezondheid, „ongeacht de departementale indeling”. Voorts is opvallend, dat de A.W.B.Z.-financiering wel de departementale scheidslijnen overschrijdt. Indien het waar is dat van een financieringssysteem een structurerende werking uitgaat — en ik twijfel daar niet aan — dan mogen wij van de A.W.B.Z. een gunstig effect verwachten ten aanzien van een onderlinge afstemming van de verschillende systemen. Of dit „A.W.B.Z.-effect” zonder meer voldoende is, betwijfel ik evenwel.

Bezien wij bovenstaande punten op een abstracter niveau dan kunnen wij vaststellen:

- dat de keuze van de reikwijdte van een regeling wordt bepaald door: a. de historisch gegroeide institutionalisering van de diverse sectoren van de relevante dienstverlening, b. de taakverdeling van het openbaar bestuur op landelijk niveau, in casu de huidige departementale indeling, en c. de dominante opvatting over de gewenste ontwikkeling van de dienstverlening (bijvoorbeeld primaat voor intramurale, curatieve zorg of juist voor ambulante respectievelijk preventieve hulpverlening);
- dat de volgorde waarin bij de structurering van de welzijnszorg de diverse sectoren worden geregeld van invloed is op de mogelijkheid een samenhangende structuur van deze sectoren op te bouwen.

3. Over regionalisatie is de laatste jaren zeer veel geschreven. Het interim-rapport spreidingsvraagstuk in de gezondheidszorg geeft hiervan een goed overzicht. Hieruit is voor ons doel het volgende punt van belang. Men kan zonale en nodale regio's onderscheiden (H. D. de Vries Reilingh). Bij de zonale regio denken wij aan een geografisch begrensde regio, waarbinnen een aantal functies worden vervuld welke een homogene en uniforme geografische reikwijdte hebben, namelijk de regio (voorbeeld: de structuur van het openbaar bestuur). Bij de nodale regio wordt uitgegaan van de reikwijdte van iedere verzorgingskern; hierdoor ontstaat een meer flexibele, dynamische en heterogene ruimtelijke structuur (voorbeeld: de 89 economisch-geografische regio's waarin Nederland kan worden verdeeld). In het interim-rapport wordt gekozen voor de nodale regio, in feite overeenkomend met de zogenaamde functionele regio. Deze sluit het meest aan bij de status quo. De voormalige staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid was een voorstander van deze zogenaamde functionele regio's. Iedere voorziening heeft hierbij zijn eigen regio, dat is: verzorgingsgebied. De specifieke functie bepaalt de omvang van de regio. Regionalisatie zou tot „zekere” afgrenzingen moeten leiden, maar

het zou niet de bedoeling zijn om „melkwijken” te maken voor de gezondheidszorg²⁹. Gaat men uit van zonale en nodale regio, dan ligt de conclusie voor de hand dat er in de praktijk zal worden gewerkt met beide begrippen. Om redenen van bestuur en planning zijn geografisch begrensde regio's nodig (bijvoorbeeld de provincie); daarnaast moet rekening worden gehouden met de feitelijkheid van de „catchment area's” van de diverse voorzieningen.

De wet geeft weinig houvast. Enerzijds zou het toekennen van een plannende functie aan de provincie kunnen betekenen dat in ieder geval de provinciegrens structurerend op de regio(s) zal werken, anderzijds is uitdrukkelijk bepaald dat provincies zo nodig moeten samenwerken. Dit wijst weer in de richting van functionele regio's: verzorgingsgebieden waarvan de grenzen niet worden bepaald door de bestuursindeling.

De termen regio en regionalisering zijn zo langzamerhand etiketten geworden waaronder ieder de voor hem favoriete artikelen aan de man tracht te brengen. Aan de ene kant staat de meest pragmatische interpretatie; zoals bijvoorbeeld een zekere regionale concentratie van patiënten, relevant bijvoorbeeld voor psychiatrische inrichtingen, of een samenwerkingsverband van ziekenhuizen met betrekking tot hun dienstensector³⁰. Het andere uiterste wordt gevormd door de voorstellen voor een complete bestuurlijke reorganisatie, waarin op basis van geografische bestuurlijke eenheden als gemeente, gewest of streek respectievelijk provincie een bestuursstructuur voor de welzijnszorg wordt voorzien waarin de functies van planning, besturing, waaronder democratisering, evaluatie en dergelijke aandacht krijgen³¹. Welk regiobegrip in Nederland uiteindelijk bepalend zal worden, is een politieke zaak. Hierbij moet men er overigens rekening mee houden, dat het begrip dat thans wordt gekozen over enige tijd kan worden vervangen. Wat op korte termijn voor de wet bepalend zal worden hangt af van het antwoord op een aantal vragen; twee hiervan worden nu behandeld.

4. Over de wijze van bestuur van de door de wet voorziene gezondheidszorg wordt zowel in de Memorie van Toelichting als in de wettekst weinig gezegd. De provinciale raden zullen moeten plannen, het College voor gezondheidsvoorzieningen stelt een plan voor, de minister beslist. Allemaal reeds bekende instellingen; zij krijgen er alleen een of meer taken bij, hun samenstelling wordt aangepast, een naam wordt gewijzigd. Wil de regionalisatie slagen, dan moet zij aansluiten op en worden geschaagd door een continu en adequaat bestuurs-

28. Derde Interim-advies inzake planning, 1971, pp. 14-15.

29. Nota, 1970, p. 37.

30. Regionaal beleidsplan, 1971.

31. v. d. Bergh e.a., 1971.

apparaat³². Hoewel de provincie als bestuursinstrument op de tocht staat en misschien wel moet verdwijnen ten gunste van streken c.q. gewesten, zullen wij het voorlopig met de provincies moeten als adviseurs? Of moet men zeggen: de verplichting tot functionele relaties tussen de instellingen — ook tussen intra- en extramurale! —, de noodzaak tot planning, informatieverzameling en evaluatie — ook doen. Deze moeten dan wel goed worden geïnstrueerd en van mankracht en deskundigheid worden voorzien, want de know how is nog niet groot genoeg. Overigens lijkt mij de kwestie van het niveau van besturen secundair ten aanzien van de inhoud van het besturen.

Met andere woorden: moet men niet de vraag stellen of het voldoende is dat dit geheel nieuwe systeem wordt bestuurd vanuit één landelijk centrum, met de provinciale raden, Gedeputeerde Staten en het College voor gezondheidsvoorzieningen op regionaal niveau — scheppen als vanzelf een noodzaak tot nieuwe organisatievormen? Anders gezegd: de wet zal door haar werking zoveel nieuwe relaties scheppen, zozeer de interdependentie bevorderen, en ook zoveel wil tot en energie in de samenwerking vragen van de instellingen, dat een enigszins aangeklede provinciale raad hiervoor wel onvoldoende moet zijn. Deze twijfel over de adequaatheid van het bestuur leeft ook in de kringen van de gemeenten³³.

De wet maakt de indruk dat zij zal leiden tot een ondergeorganiseerd systeem. Het scheppen van nieuwe bestuurslichamen, die dan ook een rol kunnen spelen bij de democratisering, zoals voorgesteld door de Wiardi Beckmanstichting³⁴, zou wel eens een praktische noodzaak kunnen worden, al kan men betwijfelen of het W.B.S.-plan in concreto kan en moet worden gerealiseerd.

5. Ook over de normen of criteria voor de planning bestaat nog weinig zekerheid. Dit is echter, anders dan de bestuursproblematiek, geen typisch Nederlands vraagstuk. Geen enkel land heeft de vraag naar de behoeftecriteria kunnen oplossen. Een belangrijke ontwikkeling is in ieder geval, dat er een streven is het bed als maat voor de planning van intramurale voorzieningen te verlaten³⁵. De tot nu toe gevolgde methode, die om praktische redenen nog enige tijd zal moeten blijven gehandhaafd en waarbij een richtgetal van een aantal bedden per 1.000 inwoners werd aangenomen, zal worden vervangen door een functionele planning. Dit betekent, dat door middel van onderzoek wordt nagegaan hoe groot de behoefte aan dienstverlening, waaronder opnamebehoefte, is per aandoening c.q. probleem. In zijn eenvoudigste vorm houdt dit in, dat er bijvoorbeeld neurosenklinieken, revalidatiecentra, psychiatrische en kinderafdelingen van algemene ziekenhuizen etc. worden gepland, met andere woorden: specifieke voorzieningen of onderdelen van ziekenhuizen. Het zal duidelijk zijn, dat de redevatie achter deze vorm van planning veel subtieler is dan de grove methode van de bed-richtgetallen.

De functionele planning vooronderstelt echter een behoorlijk inzicht in: a. de spreiding, frequentie en ziekteduur van de aandoening c.q. het probleem; b. de behoefte aan dienstverleningsinspanningen per aandoening gespecificeerd naar type voorziening (kliniek, polikliniek, bureau, wijkcentrum en dergelijke); c. de kwantiteit, lokatie en kwaliteit van de aanwezige voorzieningen. Een grote moeilijkheid is nu, dat deze informatie voorlopig niet voorradig zal zijn. Zelfs de informatie over de aanwezige voorzieningen (ad c.) is thans nog onvolledig en niet up to date.

Daarenboven kan men betwijfelen of het juist is om het morbiditeitspatroon en de daaraan gekoppelde voorzieningenbehoefte de doorslag te laten geven. Het is inmiddels een algemeen bekend feit, dat in de welzijnszorg de behoefte voor een groot deel wordt bepaald door het aanbod. De Engelse econometrist Feldstein³⁶ concludeerde na zijn onderzoek naar de ziekenhuizen van de National Health Service: „All such „manifest demand” methods ignore the effect of available bed supply on the demand for hospital admission and on the average duration of stay per case” (...) „there is no indication of a level of supply at which demand would be satiated” (...) „Instead of trying to match the supply of hospital beds to some estimate of demand, hospital building policy should be part of a general programme for the provision of *all types of health care facilities and personnel*” (cursivering van mij).

De conclusie op basis van de opvattingen van Feldstein kan zijn, dat het naïef is om uitsluitend te vertrouwen op morbiditeitscijfers en dergelijke als richtsnoer voor de planning. Veeleer behoort de planning uit te gaan van voor-wetenschappelijke, maar wel geëxpliciteerde wenselijkheden, zoals bijvoorbeeld al of niet stimulering van transplantatie, nierdialyse, reanimatievoorzieningen, revalidatie, zorg voor psychisch gestoorde, de wijkgezondheidszorg en dergelijke. De keuze is dan primair een politieke. Wij kennen de „objectieve” behoeften aan voorzieningen voor transplantaties, voor revalidatie etc. immers nog onvoldoende en zo wij die ooit zouden kennen dan moet nog een keuze worden gemaakt waar de schaarse middelen aan mensen en geld worden ingezet. Deze doeleindenbepaling is voor-wetenschappelijk. Zij zal meer verantwoord worden gedaan indien wetenschappelijke gegevens beschikbaar zijn. Maar dat is wat anders. Wel kan door evaluatie-onderzoek uiteindelijk worden vastgesteld, of men met de gecreëerde middelen zijn doeleinden heeft bereikt.

32. Spreidingsvraagstuk, 1971, p. 7.

33. V.N.G.-commentaar hoorzitting Nota Geestelijke Volksgezondheid, 10 februari 1971.

34. v. d. Bergh e.a., 1971, pp. 35-45.

35. Tweede Kamer, 1969-1970, p. 3732.

36. Feldstein, 1967, p. 299.

5. Samenvattende vergelijking en conclusie

5.1. Samenvattende vergelijking

In het navolgende zal puntsgewijs een samenvat-

ting worden gegeven van datgene wat hiervoor werd beschreven. Teneinde een vergelijking van beide beschreven plannen en regelingen mogelijk te vergemakkelijken plaats ik de punten naast elkaar (zie ondervolgend schema).

a. staatsrechtelijke en politieke aspecten, participatie, inspraak

MAATSCHAPPELIJKE DIENSTVERLENING

het particulier initiatief wordt geïnstitutionaliseerd door middel van een raden-structuur;

dit zou kunnen betekenen:

1. uitholling van functies van politieke vertegenwoordigende lichamen;
2. belemmering van participatie.

een groot aantal raden voorzien: mogelijke „overorganisatie“;

laagste niveau: het plaatselijke.

GEZONDHEIDSZORG

geen voorzieningen voor participatie (wordt wel genoemd);

dit betekent, dat het particulier initiatief in de huidige vorm wordt gehandhaafd

geen nieuwe bestuurslichamen: mogelijke „onderorganisatie“;

laagste niveau: het provinciale

b. reikwijdte

Memorandum: gehele sector van het sociaal-cultureel welzijn, o.a. maatschappelijke dienstverlening, sport, recreatie

wetgeving maatschappelijke dienstverlening: algemeen maatschappelijk werk + psycho-sociale hulpverlening

ontwikkeling van de regeling: van brede naar beperkte reikwijdte

de reikwijdte wordt primair bepaald door de taken van het ministerie van C.R.M.

voorrang voor een bepaald onderdeel van de maatschappelijke dienstverlening

scheiding gezondheidszorg - maatschappelijke dienstverlening roept bezwaren op bij de maatschappelijk werksector en bij de Vereniging van Nederlandse Gemeenten

Wet ziekenhuisvoorzieningen: alle intramurale gezondheidszorg

Wet gezondheidsvoorzieningen: intra- en extramurale gezondheidszorg, G.V.O., preventie + eventueel vrije beroepsbeoefenaars

ontwikkeling van de regeling: van beperkte naar brede reikwijdte

de reikwijdte wordt primair bepaald door de taken van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne

voorrang voor de intramurale zorg

scheiding gezondheidszorg - maatschappelijke dienstverlening roept bezwaren op bij de ambulante geestelijke gezondheidszorg en bij de Vereniging van Nederlandse Gemeenten

c. uitvoering

mogelijke „overorganisatie“

mogelijke „onderorganisatie“

(Verstrekkingswet:)

- centrale richtlijnen
- planning door provincie of gemeente
- geen landelijk plan
- erkenning door de minister³⁷
- toezicht door aan te wijzen ambtenaren³⁸, controle op verstrekkingen door ziekenfondsen voor zover het intra- en extramurale voorzieningen betreft; voor wat betreft de extramurale voorzieningen moet nog een oplossing worden gevonden

- centrale richtlijnen
- planning door de provincie
- wel landelijk plan
- vergunning door de minister³⁷
- toezicht door het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, controle op de verstrekkingen door ziekenfondsen en C.O.Z.

37. Het verschil tussen „erkenning“ en „vergunning“ door de minister vraagt nog enige toelichting. Een erkenning houdt in dat ieder vrij is een voorziening op te richten, maar dat voor de financiering daarvan, bijvoorbeeld uit de A.W.B.Z., een erkenning door de minister is vereist. Het eisen van een vergunning gaat verder. Hierbij wordt namelijk de medewerking gevraagd van de minister voor iedere oprichting of bestemmingsverandering van een voorziening. Deze eis kan belemmerend werken ten aanzien van experimentele voorzieningen - van groot be-

lang voor de geestelijke gezondheidszorg. Zelfs kan men zich afvragen, of niet eenzelfde vrijheid als bij het onderwijs ten aanzien van het oprichten van een school een democratische eis is.

38. Het is gewenst bij het toezicht dezelfde procedure te volgen als ten aanzien van Justitie-inrichtingen: benoeming en instructie door beide betrokken ministeries, in casu C.R.M. en Volksgezondheid.

Overzien wij de vergelijking, dan blijkt het volgende:

5.2.1. De fase van invoering van de wettelijke regeling

Volksgesondheid heeft duidelijk een „voorsprong”, deze wordt echter snel ingehaald door C.R.M. Indien C.R.M. zijn A.W.B.Z.-voorzieningen heeft geregeld is het ongeveer op hetzelfde punt als Volksgesondheid thans. Beide ministeries staan dan voor de taak om hun minder geïnstitutionaliseerde extramurale en preventieve sectoren te gaan regelen. Dit zal aanzienlijke tijd vragen, bovendien verdragen bedoelde sectoren geen gedetailleerde regelingen; ook dit is een punt van overeenkomst. Volksgesondheid heeft steeds voor de keuze gestaan: of eerst wachten tot er een totaalvisie is gegroeid welke vervolgens in een wet kan worden vastgelegd, of eerst die onderdelen regelen die nú hanteerbaar zijn. Volksgesondheid heeft gekozen voor het laatste alternatief. Dit betekent dat de intramurale sector, die als het meest hanteerbaar wordt gezien, model staat voor de rest. De term „hanteerbaar” is natuurlijk niet alleen een „objectief” kenmerk van de intramurale sector, maar tevens een indicatie van een traditie en attitude die aan de medisch/curatieve benadering het primaat verleent.

Zoals hiervoor gesteld: er is sprake van twee tegengestelde processen van invoering. Bij C.R.M. is men vanuit de abstracte Memorandum-conceptie thans aangeland op een punt waarop concrete lijnen worden getrokken. Volksgesondheid staat aan het begin van een proces, tot reglementering van een sector die voor relatief veel vaagheden en dynamiek zorgt. Beide proceslijnen snijden elkaar. Aangezien beide ministeries in feite nog aan het begin staan van de reglementering van „hun” sector is combinatie nu nog goed mogelijk.

5.2.2. De politieke en bestuurlijke aspecten

De kritiek op de raden-structuur van C.R.M. is van zo'n omvang dat er zekere andere voorstellen zullen moeten worden gedaan. De geplande bestuursvoorzieningen en de reglementering van de inspraak bij Volksgesondheid is zodanig, dat hiervoor vermoedelijk nog nieuwe voorstellen zullen moeten worden gedaan. Kortom: de bestuurlijke vormgeving is bij beide regelingen nog onvolmaakt en maakt derhalve een gezamenlijke regeling nu nog mogelijk. Beide sectoren worden voorts gekenmerkt door de grote plaats welke het particulier initiatief inneemt. Dit brengt een groot aantal structurele overeenkomsten mee (verzuiling, streven naar autonomie, niet-professionele besturen, geen verantwoordingsplicht aan de samenleving etc.). De voorziene planings-, orderings-, controlerende en evaluerende activiteiten zullen het noodzakelijk maken dat een verbinding wordt gelegd met lichamen van openbaar bestuur.

Beide regelingen worden gemotiveerd door de behoefte aan een rationele, meer gecoördineerde organisatie en het versterken van de onderlinge samenhang van de voorzieningen. Zoals gesteld in 3.2. ad b., zou men indien men samenhang beoogt primair dienen te letten op de hulpverlening welke functioneel samenhangt. Welnu, de functionele samenhang van de voorziening voor welzijnszorg (gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening) is groter dan die voor het sociaal-cultureel welzijn (zie ook 2.1). Het is daarom gewenst dat C.R.M. niet, zoals in het Memorandum is gesteld, prioriteit geeft aan de reglementering van alle sectoren van wat dank zij een min of meer toevallige politieke beslissing sociaal-cultureel welzijn heet, maar aan de gezamenlijke reglementering van de welzijnszorg (maatschappelijke dienstverlening + gezondheidszorg).

Afgezien van functionele overeenstemming heeft de maatschappelijke dienstverlening structureel veel overeenkomsten met de maatschappelijke en geestelijke gezondheidszorg (zie de laatste zin onder punt 5.2.2. hierboven). Volksgesondheid zou het streven naar een uniforme regeling van de welzijnszorg in de eerste plaats kunnen bevorderen door meer aandacht te besteden aan de „eigen” extramurale voorzieningen, waaronder het inbouwen van de preventie in de georganiseerde zorg.

Het huidige wetsontwerp Gezondheidsvoorzieningen wekt de indruk dat de extramurale voorzieningen en de preventieve actie zich moeten aanpassen aan het systeem van de intramurale voorzieningen. Hiertegen verzetten zich de specifieke functie en structuur van de ambulante zorg. Deze specificiteit blijkt bijvoorbeeld uit de volgende kenmerken. Extramurale voorzieningen zijn veelal plaatselijk gevestigd, maar hebben soms organisatorische verbanden op provinciaal niveau (Kruisverenigingen, S.P.D.). Vele zijn onderdeel van een stichting waarin verschillende takken van ambulante dienstverlening zijn ondergebracht, ook die welke onder C.R.M. vallen (Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen). Ambulante voorzieningen zijn steeds meer op „de gemeenschap” gericht. Dit betekent onder meer: een grotere aandacht voor voorlichting en voor maatschappelijk werk als methodiek, in het algemeen een sterk bewustzijn van de sociale factoren, en tenslotte de preventie als expliciete doelstelling. Overigens kunnen wij op dit punt ook de gang van zaken bij de A.W.B.Z. ten voorbeeld stellen. Deze oorspronkelijke „intramurale” wet wordt nu geleidelijk uitgebreid naar de extramurale sector, wat onder meer tot gevolg heeft dat het op individuele behandeling gerichte systeem wordt uitgebreid met een mogelijkheid de op een collectiviteit gerichte activiteit (bijvoorbeeld voorlichting) te financieren.

5.2.4. Mogelijke acties om tot een all-round systeem te komen

Wanneer men de noodzaak inziet dat het systeem

van welzijnszorg, zoals dat nu reeds wordt gekenmerkt door veel functionele relaties, een uniforme structuur-in-grote-lijnen krijgt, dan zal nú een aantal acties moeten worden ondernomen. Hierbij kan men aan het volgende denken.

- a. Veel hangt af van het inzicht in de noodzaak van één systeem van welzijnszorg. Wanneer dat inzicht wordt vergroot zal dit gevolgen hebben voor de politieke en bestuurlijke wil terzake³⁹. Dit inzicht, of het bewustzijn van de noodzaak van één systeem, is niet alleen een kwestie van attitude maar eveneens van bekendheid met de relevante feiten. Hierbij kan men denken aan de onderzoeken op het gebied van samenwerking van bijvoorbeeld huisarts - maatschappelijk werker, S.P.D. - huisarts, reikwijdte, „bereikbaarheid” etc.⁴⁰. Het bevorderen van dergelijke onderzoeken past in het streven een goede infrastructuur op te bouwen.
- b. De opstelling van een gezamenlijke „intentieverklaring” (bijvoorbeeld in de vorm van een regeringsnota) van de ministers van C.R.M. en Volksgezondheid en Milieuhygiëne en Justitie en Onderwijs betreffende de structuur van de welzijnszorg op langere termijn. Zo'n verklaring zou een nog bredere „scope” moeten hebben dan het Memorandum, maar zou duidelijk „interdepartementaal” van inhoud en strekking moeten zijn. De verklaring zou de basis moeten zijn voor een macroplanning, een holistische aanpak derhalve, dat wil zeggen: een aanpak die uitgaat van het totale systeem, vervolgens de relaties tussen de onderdelen beziet en als laatste de onderdelen zelf. De concrete functie van zo'n verklaring zou zijn om aan de ene kant de grote lijnen van de structuur in de toekomst vast te leggen en anderzijds de activiteiten op korte termijn niet geheel te frustreren. Zo zou er van twee kanten uit kunnen worden gewerkt: vanuit het samenhangende systeem van de toekomst naar het verbrokkelde geheel van het heden en omgekeerd.
- c. Zou men besluiten tot een gezamenlijke intentieverklaring — of iets overeenkomends — dan heeft dit uiteraard consequenties voor de plannen en acties op korte termijn. Men zou hierbij kunnen denken aan:
 - het instellen van een interdepartementale stuurgroep Structuur Welzijnszorg, waarin tevens zijn opgenomen de relevante maatschappelijke organisaties;
 - overleg met Binnenlandse Zaken, Interprovinci-

aal Overleg (I.P.O.) en Vereniging van Nederlandse Gemeenten (V.N.G.) over de grote lijnen van de bestuursstructuur;

- de bedoelingen van de „intentie-verklaring” uit te werken in een „paraplu-wet” betreffende de welzijnszorg, waaraan dan deelwetten voor de sectoren zoals gezondheidszorg, maatschappelijke dienstverlening en dergelijke kunnen worden opgehangen. De paraplu zou betrekking moeten hebben op de bestuursstructuur (aantal niveaus en omvang), het systeem van bestuur en inspraak, de planningsprocedures, de wetenschappelijke begeleiding (registratie en evaluatie) en dergelijke;
- intussen: combinatie van de onderzoeken van Volksgezondheid en C.R.M. en de welzijnssectoren van Justitie en Onderwijs naar behoeften, regionalisatie en dergelijke; met name: het inventariseren van functies van voorzieningen, het opstellen van definities en het gezamenlijk opzetten van een registratiesysteem.

Een en ander zal veel moeite kosten. De welzijnszorg is die echter waard.

Geraadpleegde literatuur

- Beelaerts van Blokland. Het Memorandum gezien door een regionale bril. Tijdschrift voor maatschappelijk werk 24 (1970) 19 (5-11) 398-403.
- Bergh, J. v. d., E. Dekker, W. J. Sengers en J. A. Weyel. Verbeter de mensen, verander de wereld. Deventer, 1970.
- Besteman, A. C. F. Engelhard, B. G. Ris e.a. Samenwerkingsvormen sociaal-psychiatrische dienst huisartsen in Noord-Holland. Verslagen en mededelingen 1971 ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Den Haag, Staatsuitgeverij, 1971.
- Brandt, A. C. I. Maatschappelijk werk en gezondheidszorg. 2e ongewijzigde druk, Alphen aan den Rijn, z.j. (1969).
- Burkens, J. C. J. Leren leven met de Wet ziekenhuisvoorzieningen en uitgangspunten bij de regionale ziekenhuisplanning. Het Ziekenhuis, 1 (1971) 6 (juni) 262-264.
- Commentaar op het Memorandum etc. 's-Gravenhage, Nationale Raad voor het Maatschappelijk Welzijn, 1971.
- Cras, P. Zorgen in de gezondheidszorg. Ons Ziekenhuis 30 (1968) 9 september 379-388.
- Dekker, E. Overheidsvoorlichting in de verzorgingsmaatschappij. Rotterdam, 1969.
- Dekkers, J. Overheid - particulier initiatief. Maatschappelijk Welzijn 23 (1971) 5 (mei) 127-136.
- Dekkers, G. J. en H. G. Ras. Memorandum voorbereiding wetgeving maatschappelijk en cultureel welzijn. Maatschappelijk welzijn 22 (1979) 9 (september) 235-242.
- Derde Interimadvies inzake de planning van de behoeften op het terrein van de volksgezondheid, mede met het oog op de kostenproblematiek. 's-Gravenhage, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1971.
- Es, J. C. van, Probleempatiënten; beschrijving van een samenwerking van huisarts en maatschappelijk werker. Assen, 1967.
- Feldstein, M. S. Economic analysis for health service efficiency. Amsterdam, 1967.
- Frowijn, A. S. Begroting 1971 Sociale Zaken en Volksge-

39. Zie Nota (1970), p. 31, waarin sprake is van totale planning.

40. Bijvoorbeeld: Van Es (1967); Frowijn e.a. (1968); Zweens-Wiersema (1968); Gennip-Horsten (1968); Heukels (1965); Schoor en Tellegen (1968); Besteman, Engelhard e.a. (1971).

- zondheid. Maatschappelijk Welzijn 22 (1970) 11 (november) 304-306.
- Frowijn, A. S.; A. C. I. Brand; H. G. Ras e.a. De samenwerking tussen geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg en algemeen maatschappelijk werk. Utrecht, 1968.
- Gennip-Horsten, T. De relatie tussen de bevolking en voorzieningen voor psychisch gezondheidswerk. Leidschendam, 1968.
- Heukels, J. M. De reikwijdte van het maatschappelijk werk. Utrecht, 1965.
- Kok, A. C. M. de. Democratie kritisch gewogen. Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk 25 (1971) 5 (5 maart) 96-101.
- Leppink, G. B. Het memorandum bezien door een Gelderse bril. Tijdschrift voor Maatschappelijk werk 24 (1970) 19 (5 november) 385-397.
- Memorandum voorbereiding wetgeving maatschappelijk en cultureel welzijn. 's-Gravenhage, Staatsuitgeverij, 1970.
- Memorandum maatschappelijk en cultureel welzijn. De Gemeente 25 (1971) 6 (maart) 107-108.
- M.J.R.-reacties op het C.R.M.-memorandum voorbereiding wetgeving maatschappelijk en cultureel welzijn. Amsterdam, Moderne Jeugd Raad, z.j. (1971).
- Nota betreffende de geestelijke volksgezondheid. Verslagen en mededelingen 1971 ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Overdruk van de nota van 30 november 1970 aan Tweede Kamer, zitting 1970-1971, nr. 11059.
- N.S.O.-commentaar op het Voorontwerp van Wet houdende de uitbreiding van de Wet ziekenhuisvoorzieningen tot een Wet gezondheidsvoorzieningen. Nationaal Samenwerkings Orgaan voor de Geestelijke Volksgezondheid, 24 (juni) 1971.
- Ontwerp Verstrekkingenwet maatschappelijke dienstverlening. Tweede Kamer, zitting 1971, nr. 11371.
- Ontwerp van Wet houdende uitbreiding van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Staatsblad 1970) tot een Wet gezondheidsvoorzieningen.
- Over het huisartsentekort. Medisch Contact 26 (1971) 35 (3 september) 911-919.
- Peper B. Pro memorandum. Tijdschrift voor Maatschappelijk Werk 25 (1971) 5 (maart) 102-105.
- Peper, B. Welzijn en bevolking, kanttekeningen bij het memorandum. Tijdschrift voor maatschappelijk werk 24 (1970) 19 (5 november) 377-384.
- Phaff, J. M. L. Het gesloten circuit. Het Ziekenhuis, 1 (1971) 2 (februari) 70-77.
- Proeve van een Wet. Wet op de organisatie voor de maatschappelijke en sociaal-culturele ontwikkeling. Maatschappelijk Welzijn 23 (1971) 7-8 (juli-augustus).
- Ras, H. G. Begroting 1971 Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk. Maatschappelijk Welzijn 22 (1970) 11 (november) 295-304.
- Regionaal beleidsplan voor de gezondheidszorg. Verslag van de voorjaarsstudiedagen van de Stichting Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen. Het Ziekenhuis 1 (1971) 6 (juni) 270-271.
- Schoor, W. R. en E. Tellegen. De reikwijdte van de M.O.B.'s en J.P.D. in Amsterdam, 1968.
- Spreidingsvraagstuk, Het, in de gezondheidszorg. Interim-rapport werkgroep spreiding gezondheidsvoorzieningen. Leidschendam, ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 1971.
- Tijdschrift voor Maatschappelijk werk. 24 (1970) 19 (5 november).
- Veld, J. in 't. Memorandum voorbereiding wetgeving maatschappelijk en cultureel welzijn. Tijdschrift voor overheidsadministratie. 27 (1971) 1162 (18 februari) 54-58.
- Zweens-Wiersema, A. C. Huisarts en geestelijke gezondheid. Meppel, 1968.

Dit jaar 18.000 eerstejaars studenten

Uit cijfers, welke het Centraal Bureau voor de Statistiek zojuist heeft gepubliceerd blijkt dat omstreeks 25 oktober 1971 bij de gezamenlijke universiteiten en hogescholen ruim 18.000 studenten waren ingeschreven, die zich voor de eerste maal aan een Nederlandse instelling voor wetenschappelijk onderwijs lieten inschrijven. Dit is bijna 1.400 meer dan in het jaar daarvoor of wel een stijging van 8 procent. Het vorig jaar was de toeneming eveneens 8 procent. In de loop van het studiejaar zal, naar de ervaring leert, nog een beperkt aantal inschrijvingen volgen.

De belangstelling van de eerstejaars voor de wetkunde en natuurwetenschappen bleef nagenoeg gelijk, evenals voor de technische wetenschappen. Binnen deze faculteiten trad een sterke stijging op bij de natuurkunde (23 procent), farmacie (23 procent) en de elektrotechniek (15 procent), terwijl een duidelijke daling viel te constateren bij de scheikunde (15 procent) en de scheikundige technologie (19 procent). Bij de landbouwwetenschappen trad een stijging op van 26 procent. In de maatschappijwe-

tenschappen trad bij de sociaal-culturele wetenschappen een geringe stijging op van 5 procent, daarentegen trad er een sterke daling op bij de psychologie van 16 procent. De pedagogische en andragogische wetenschappen namen toe met 41 procent, terwijl de rechtsgeleerdheid en de economische wetenschappen nauwelijks enige stijging te zien gaven.

Het aantal eerstejaars bij de geneeskunde en diergeneeskunde nam toe met respectievelijk 25 procent en 30 procent. Dat van de tandheelkunde met 6 procent. Ook de belangstelling voor de letteren nam sterk toe, nl. met 27 procent. Opvallend is daarbij de zeer sterke stijging bij de geschiedenis (74 procent).

Behalve de bovengenoemde aantallen eerstejaarsstudenten lieten zich bij de instellingen nog bijna 700 eerstejaars voor een universitaire m.o.-akte-examen inschrijven tegen ruim 900 een jaar geleden. Dit betekent een daling van 27 procent. Deze daling is hoofdzakelijk een gevolg van het feit dat aan de gemeentelijke universiteit te Amsterdam geen eerstejaars tot de opleidingen voor Nederlands en Spaans werden toegelaten. Vorig jaar was er nog een stijging van 8 procent.

Opleiding Radiodiagnostiek

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het huishoudelijk reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst wordt hieronder gepubliceerd het besluit no 6 - 1971 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, inzake de opleidingseisen voor het specialisme radiotherapie, dat bij besluit no 4 - 1971, gepubliceerd in Medisch Contact van 17 september 1971, no 1971/37, bladz. 963, als afzonderlijk specialisme is erkend.

Het besluit is verbindend vanaf 1 januari 1972.

De besluiten no 2 - 1966 en no 2 - 1967, inzake de algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), zijn gepubliceerd in Medisch Contact van 3 maart 1967, no 9/1967, bladz. 200, respectievelijk van 18 augustus 1967, no 33/1967, bladz. 754.

Voor degenen die op 1 januari 1972 voor het specialisme radiologie in opleiding zijn en verder voor het specialisme radiotherapie wensen te worden opgeleid, is van toepassing het besluit no 9 - 1971, houdende overgangsbepalingen, dat nog in Medisch Contact wordt gepubliceerd.

De besluiten no 2 - 1966, no 2 - 1967, no 4 - 1971 en no 9 - 1971 zijn opgenomen in de losbladige Handleiding voor de erkenning en registratie van medische specialisten, welke tegen betaling van f 20,— verkrijgbaar is bij het bureau van de Specialisten Registratie Commissie, Lomanlaan 103,

Utrecht, 30 december 1971

Besluit van het Centraal College no. 5 - 1971 Radiodiagnostiek

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 20 september 1971;

gelet op het besluit no 4 - 1971 waarbij het specialisme radiodiagnostiek is ingesteld, welk besluit inmiddels rechtskracht heeft verkregen maar nog niet verbindend is geworden;

overwegende

dat ingevolge artikel 2 sub b van bovengenoemd besluit de opleidingseisen voor het specialisme radiodiagnostiek zullen worden vastgesteld;

dat artikel 4 bepaalt dat het besluit inzake de erkenning van het specialisme radiodiagnostiek verbindend is vanaf het tijdstip waarop het besluit in-

zake de opleidingseisen voor dit specialisme verbindend is;

gezien het voorstel van het bestuur van de Nederlandse vereniging voor radiologie tot vaststelling van de opleidingseisen voor het specialisme radiodiagnostiek;

gehoord vertegenwoordigers van het bestuur van bovengenoemde Vereniging;

gelet op de met het bestuur van de Vereniging gevoerde correspondentie en gewisselde stukken;

gehoord de Specialisten Registratie Commissie;

in aanmerking nemende dat de leden van de Nederlandse vereniging voor radiologie, gehoord in juli 1971, hun instemming hebben betuigd met de voorgestelde opleidingseisen;

gelet op artikel 1007, lid 2, en artikel 1008 van het huishoudelijk reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

heeft besloten

Artikel 1

De duur van de opleiding voor het specialisme radiodiagnostiek (opleiding tot radiodiagnost) is vier jaar.

Voor deze opleiding gelden de bij besluit no 2 - 1966, zoals gewijzigd bij besluit no 2 - 1967, vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen.

De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en nadere voorschriften is weergegeven.

Bijzondere eisen

A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A. 1 wordt het volgende toegevoegd:

De opleiding kan, met inachtneming van hetgeen in het opleidingsschema is bepaald, worden gevolgd in een erkende opleidingsinrichting, te weten in een algemeen ziekenhuis met een afdeling radiodiagnostiek en in een radiodiagnostisch instituut.

Aan de algemene eisen van A. 13 wordt toegevoegd:

f. er zorg voor dragen dat de assistent-geneeskundige tijdens diens opleiding ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp een voordracht houdt of een artikel publiceert.

B. Te stellen aan de opleiders

Ingevolge B. 12 van de algemene eisen moet in een opleidingsinrichting het aantal radiologische onderzoeken per jaar ten minste 25.000 zijn, met een voldoende gevarieerde pathologie, zowel van volwassenen als van kinderen en van beiderlei geslacht.

Het aantal en de gevarieerdheid van de verrichtingen moeten zodanig zijn dat de assistent-geneeskundige na beëindiging van zijn opleiding in staat moet worden geacht de radiodiagnostische praktijk naar behoren te kunnen uitoefenen.

C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

Ingevolge C. 2 van de algemene eisen is voor de erkenning van een algemeen ziekenhuis met een afdeling radiodiagnostiek als opleidingsinrichting bovendien vereist:

a. dat in de inrichting werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen anaesthesie, keel-neus-oorheelkunde en neurologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.

In bijzondere gevallen, ter beoordeling door de S.R.C., kan indien een of enkele van bovengenoemde specialisten niet in de inrichting werkzaam zijn, er mede worden volstaan dat deze specialisten regelmatig als consulent worden geraadpleegd, zulks met toestemming van de S.R.C., gehoord de visitatiecommissie en voor een bepaalde tijd.

b. dat regelmatig als consulent worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen cardiologie, dermatologie, gastroenterologie, kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, neurochirurgie, orthopaedie, reumatologie en urologie in het register zijn ingeschreven.

c. dat in de inrichting werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen heelkunde en inwendige geneeskunde als opleider zijn erkend.

Ingevolge C. 3 van de algemene eisen is voor de erkenning van een radiodiagnostisch instituut als opleidingsinrichting vereist:

a. dat regelmatig als consulent worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen anaesthesie, cardiologie, gastroenterologie, dermatologie, heelkunde, inwendige geneeskunde, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, neurologie, neurochirurgie, orthopaedie, pathologische anatomie, radiologie, reumatologie, urologie en verloskunde en gynaecologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.

b. dat aan het instituut ter beschikking staan een

pathologisch-anatomisch, een klinisch-chemisch en een bacteriologisch-serologisch laboratorium.

Ingevolge C. 11 van de algemene eisen is vereist dat naast de erkende opleider ten minste één specialist die thans voor het specialisme radiologie en metertijd voor het specialisme radiodiagnostiek in het register is ingeschreven, in de inrichting werkzaam is en bij de opleiding is betrokken.

De bepalingen van C. 12 sub b van de algemene eisen worden als volgt aangevuld:

De bibliotheek van de inrichting moet op ten minste acht vaktijdschriften geabonneerd zijn en in de bibliotheek behoren radiodiagnostische handboeken en handboeken over radiobiologie en radiofysica aanwezig te zijn.

Het instrumentarium en de apparaturen dienen zodanig te zijn dat een goede opleiding voor het specialisme is gewaarborgd en voldoende bescherming tegen de gevaren van ioniserende stralen uitzendende toestellen en stoffen wordt geboden.

Een en ander ter beoordeling van de visitatiecommissie.

Opleidingsschema

1. Gedurende de opleiding moet aandacht worden besteed aan:

- de bescherming tegen de gevaren van ioniserende stralen uitzendende toestellen en stoffen, zowel wat betreft de patiënten als de radiologische werkers,
- de radiobiologie en de stralen-genetica, bij voorkeur ook in de vorm van cursorisch onderwijs.

2. De assistent-geneeskundige moet kennis verkrijgen van alle radiologische diagnostiek, welke verwacht mag worden voor te komen bij de klinische specialismen.

In het bijzonder moet aandacht worden geschonken aan de moderne onderzoeksmethoden als tomografie, vaatonderzoek, bronchografie, hysterografie en lymfografie. Naast de technische vaardigheid dient ook de interpretatie te worden beheerst.

3. Tijdens de opleiding dient de assistent-geneeskundige kennis te nemen van de klinische aspecten der geneeskunde, door o.a. gemeenschappelijke besprekingen en demonstraties met andere disciplines.

4. In het eerste jaar van de opleiding moet de assistent-geneeskundige algemene kennis verkrijgen van:

- de apparatuur en de röntgentechniek,
- de donkere kamer techniek en filmeigenschappen,
- de technieken van opname en doorlichten,
- het beoordelen van röntgenfoto's.

5. Tijdens de verdere opleiding moet de assistent-

geneeskundige deze algemene kennis verdiepen en bovendien vaardigheid verkrijgen in:

- het uitvoeren van onderzoeken, aanvankelijk onder toezicht, later meer zelfstandig,
- het beoordelen van de resultaten van het radio-diagnostisch onderzoek, aanvankelijk onder toezicht, later meer zelfstandig,
- het maken van rapporten.

6 De assistent-geneeskundige moet tijdens zijn opleiding gedurende drie maanden een stage radiotherapie volgen, in een voor de radiotherapie erkende opleidingsinrichting.

7. De assistent-geneeskundige kan voorts, in overleg met zijn opleider, drie maanden besteden aan het volgen van een andere stage, b.v. in de pathologische anatomie of in de nucleaire geneeskunde.

Nadere voorschriften

De opleider dient er op toe te zien dat de assistent-geneeskundige diens opleidingsschema en eventuele wijzigingen daarin voorlegt aan de S.R.C.

Artikel 2

Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1972 met dien verstande:

- a. dat voor degenen die reeds voor het specialisme radiologie in opleiding zijn en verder voor het specialisme radiodiagnostiek wensen te worden opgeleid, bij besluit van het Centraal College overgangsbepalingen worden vastgesteld;
- b. dat het Centraal College heeft besloten de aan de opleiders en opleidingsinrichtingen te stellen eisen uiterlijk twee jaar na bovenvermelde datum in werking te doen treden, in overleg met de Specialisten Registratie Commissie, gehoord de visitatiecommissie.

Utrecht, 24 september 1971

Het Centraal College
voor de erkenning en registratie
van medische specialisten

Opleiding radiotherapie

Ingevolge Artikel 1008 lid 4 van het huishoudelijk reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst wordt hieronder gepubliceerd het besluit no 5 - 1971 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, inzake de opleidingseisen voor het specialisme radiodiagnostiek, dat bij besluit no 4 - 1971, gepubliceerd in Medisch Contact van 17 september 1971, no 1971/37, bladz. 963, als afzonderlijk specialisme is erkend.

Het besluit is verbindend vanaf 1 januari 1972.

De besluiten no 2 - 1966 en no 2 - 1967, inzake de algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), zijn gepubliceerd in Medisch Contact van 3 maart 1967, no 9/1967, bladz. 200, respectievelijk van 18 augustus 1967, no 33/1967, bladz. 754.

Voor degenen die op 1 januari 1972 voor het specialisme radiologie in opleiding zijn en verder voor het specialisme radiodiagnostiek wensen te worden opgeleid, is van toepassing het besluit no 8 - 1971, houdende overgangsbepalingen, dat nog in Medisch Contact wordt gepubliceerd.

De besluiten no 2 - 1966, no 2 - 1967, no 4 - 1971 en no 8 - 1971 zijn opgenomen in de losbladige Handleiding voor de erkenning en registratie van medische specialisten, welke tegen betaling van f 20,— verkrijgbaar is bij het bureau van de Specialisten Registratie Commissie, Lomanlaan 103,

Utrecht, 30 december 1971

Besluit van het Centraal College no 6 - 1971 Radiotherapie

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 20 september 1971;

gelet op het besluit no 4 - 1971 waarbij het specialisme radiotherapie is ingesteld, welk besluit inmiddels rechtskracht heeft verkregen maar nog niet verbindend is geworden;

overwegende

dat ingevolge artikel 2 sub b van bovengenoemd besluit de opleidingseisen voor het specialisme radiotherapie zullen worden vastgesteld;

dat artikel 4 bepaalt dat het besluit inzake de erkenning van het specialisme radiotherapie verbindend is vanaf het tijdstip waarop het besluit inzake de opleidingseisen voor dit specialisme verbindend is;

gezien het voorstel van het bestuur van de Nederlandse vereniging voor radiologie tot vaststelling van de opleidingseisen voor het specialisme radiotherapie;

gehoord vertegenwoordigers van het bestuur van bovengenoemde Vereniging;

gelet op de met het bestuur van de Vereniging gevoerde correspondentie en gewisselde stukken;

gehoord de Specialisten Registratie Commissie;

in aanmerking nemende dat de leden van de Nederlandse vereniging voor radiologie, gehoord in juli 1971, hun instemming hebben betuigd met de voorgestelde opleidingseisen;

gelet op artikel 1007, lid 2, en artikel 1008 van het huishoudelijk reglement der Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der geneeskunst;

heeft besloten

Artikel 1

De duur van de opleiding voor het specialisme radiotherapie (opleiding tot radiotherapeut) bedraagt vier jaar.

Voor deze opleiding gelden de bij besluit no 2 - 1966, zoals gewijzigd bij besluit no 2 - 1967, vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen.

De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en nadere voorschriften is weergegeven.

Bijzondere eisen

A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A. 1 wordt het volgende toegevoegd:

De opleiding kan, met inachtneming van hetgeen in het opleidingsschema is bepaald, worden gevolgd in een erkende opleidingsinrichting, te weten in een algemeen ziekenhuis met een afdeling radiotherapie en in een radiotherapeutisch instituut met een aan het instituut verbonden kliniek.

Aan de algemene eisen van A. 13 wordt toegevoegd:

f. er zorg voor dragen dat de assistent-geneeskundige tijdens diens opleiding ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp een voordracht houdt of een artikel publiceert.

B. Te stellen aan de opleiders

Ingevolge B. 12 van de algemene eisen moet in een opleidingsinrichting:

- het aantal specialistische verrichtingen per jaar ten minste 250 behandelingen van maligne aandoeningen omvatten;
- een polikliniek voor eerste en vervolgonderzoek ter beschikking van de opleider staan, waarin per jaar ten minste 500 patiënten voor een eerste beoordeling worden gezien.

C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

Ingevolge C. 2 van de algemene eisen is voor de erkenning van een algemeen ziekenhuis met een afdeling radiotherapie als opleidingsinrichting bovendien vereist:

- dat in de inrichting werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen anaesthesie, keel-neus-oorheelkunde en neurologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.

In bijzondere gevallen, ter beoordeling door de S.R.C., kan indien een of enkele van bovengenoemde specialisten niet in de inrichting werkzaam zijn, er mede worden volstaan dat deze specialisten regelmatig als consulent worden geraadpleegd, zulks met toestemming van de S.R.C., gehoord de visitatiecommissie en voor een bepaalde tijd.

- dat regelmatig als consulent worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen dermatologie, gastroenterologie, kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, neurochirurgie, orthopaedie, reumatologie en urologie in het register zijn ingeschreven;
- dat in de inrichting werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen heelkunde en inwendige geneeskunde als opleider zijn erkend;
- dat aan de inrichting is verbonden een stralenfysicus.

Ingevolge C. 3 van de algemene eisen is voor de erkenning van een radiotherapeutisch instituut als opleidingsinrichting vereist:

- dat regelmatig als consulent worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen anaesthesie, dermatologie, heelkunde, gastroenterologie, inwendige geneeskunde, keel-neus-oorheelkunde, kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, neurologie, neurochirurgie, orthopaedie, pathologische anatomie, radiologie, reumatologie, urologie en verloskunde en gynaecologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven;
- dat aan het instituut ter beschikking staan een pathologisch-anatomisch, een klinisch-chemisch en een bacteriologisch-serologisch laboratorium;
- dat aan het instituut is verbonden een stralenfysicus.

Ingevolge C. 11 van de algemene eisen is het volgende vereist:

- De inrichting moet voor de radiotherapie beschikken over ten minste 10 bedden onder verantwoordelijkheid van de radiotherapeut.
- Naast de erkende opleider moet ten minste één

specialist die thans voor het specialisme radiologie en mettertijd voor het specialisme radiotherapie in het register van erkende specialisten is ingeschreven, in de inrichting werkzaam zijn en bij de opleiding zijn betrokken.

De bepalingen van *C. 12 sub b* van de algemene eisen worden als volgt aangevuld:

De bibliotheek van de inrichting moet op ten minste acht vaktijdschriften geabonneerd zijn en in de bibliotheek behoren radiotherapeutische handboeken en handboeken over radiologie en radiofysica aanwezig te zijn.

Het instrumentarium en de apparaturen dienen zodanig te zijn dat een goede opleiding voor het specialisme is gewaarborgd en voldoende bescherming tegen de gevaren van ioniserende stralen uitzendende toestellen en stoffen wordt geboden.

Een en ander ter beoordeling van de visitatiecommissie.

Opleidingsschema

1. Gedurende de opleiding moet aandacht worden besteed aan:

- de bescherming tegen de gevaren van ioniserende stralen uitzendende toestellen en stoffen, zowel wat betreft de patiënten als de radiologische werkers,
- de radiobiologie en de stralen-genetica, bij voorkeur ook in de vorm van cursorisch onderwijs.

2. Tijdens de opleiding dient de assistent-geneeskundige kennis te nemen van de klinische aspecten der geneeskunde door o.a. gemeenschappelijke besprekingen en demonstraties met andere disciplines.

3. In het eerste jaar van de opleiding moet de assistent-geneeskundige algemene kennis verkrijgen van:

- de fysica van de ioniserende stralen met o.a. vaardigheid in dosismetingen;
- de stralenreacties (orthovolt en megavolt);
- de tijd-dosis relatie bij de fractionering van de bestraling;
- de indicaties en contra-indicaties tot een radiotherapeutische behandeling, waartoe o.a. behoort de kennis van het gedragspatroon van maligne aandoeningen (tumoren) der verschillende organen en van de stralingsgevoeligheid van maligne tumoren en het normale weefsel (localisatie, volume).

4. Tijdens de verdere opleiding moet de assistent-geneeskundige deze algemene kennis verdiepen en bovendien:

- onder verantwoordelijkheid van de opleider bestralingsplannen leren opmaken en uitvoeren, voor orthovolt en megavolt kwaliteiten, zowel bij stationaire als bij bewegende velden en combinaties daarvan,

- met ioniserende stralen uitzendende gesloten en open bronnen voor therapeutische doeleinden leren werken,
- het algemeen lichamelijk onderzoek leren beheersen en vaardigheid verkrijgen in die klinische onderzoeksmethoden die noodzakelijk zijn voor de diagnostiek van maligne tumoren en voor de beoordeling van de reacties van het tumor- en normale weefsel tijdens en na de bestralingsbehandeling,
- voldoende kennis verkrijgen van de mogelijkheden en beperkingen van radiotherapeutische, chirurgische en intern-geneeskundige behandeling van maligne aandoeningen (tumoren), teneinde met de betrokken specialisten gezamenlijk de optimale behandelingswijze te bepalen,
- patiënten die bestraald zijn vervolgen,
- enig inzicht en ervaring verwerven in een statistische verwerking van behandelingsresultaten.

5. De klinische en poliklinische werkzaamheden dienen zoveel mogelijk te worden gecombineerd.

6. De assistent-geneeskundige moet tijdens zijn opleiding gedurende drie maanden een stage radiodiagnostiek volgen in een voor de radiodiagnostiek erkende opleidingsinrichting.

7. De assistent-geneeskundige kan voorts, in overleg met zijn opleider, zes maanden besteden aan het volgen van andere stages op klinisch oncologisch gebied, in de pathologische anatomie, de radiobiologie of de nucleaire geneeskunde.

Nadere voorschriften

De opleider dient er op toe te zien dat de assistent-geneeskundige diens opleidingsschema en eventuele wijzigingen daarin voorlegt aan de S.R.C.

Artikel 2

Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1972 met dien verstande:

- a. dat voor degenen die reeds voor het specialisme radiologie in opleiding zijn en verder voor het specialisme radiotherapie wensen te worden opgeleid, bij besluit van het Centraal College overgangsbepalingen worden vastgesteld;
- b. dat het Centraal College heeft besloten de aan de opleiders en opleidingsinrichtingen te stellen eisen uiterlijk twee jaar na bovenvermelde datum in werking te doen treden, in overleg met de Specialisten Registratie Commissie gehoord de visitatiecommissie.

Utrecht, 24 september 1971

Het Centraal College
voor de erkenning en registratie
van medische specialisten

Opleiding radiologie

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het huishoudelijk reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst wordt hieronder gepubliceerd het besluit no 7 - 1971 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, inzake de opleidingseisen voor het specialisme radiologie.

Het besluit is verbindend vanaf 1 januari 1972.

De besluiten no 2 - 1966 en no 2 - 1967, inzake de algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), zijn gepubliceerd in Medisch Contact van 3 maart 1967, no 9/1967, bladz. 200, respectievelijk 18 augustus 1967, no 33/1967, bladz. 754.

Voor degenen die op 1 januari 1972, het tijdstip waarop het besluit no 7 - 1971 inzake het specialisme radiologie verbindend is, reeds voor het specialisme in opleiding zijn, is van toepassing het besluit no 1 - 1966, houdende algemene bepalingen, dat is gepubliceerd in Medisch Contact van 3 maart 1967, no 9/1967, bladz. 199.

De besluiten no 2 - 1966, no 2 - 1967 en no 1 - 1966 zijn opgenomen in de losbladige Handleiding voor de erkenning en registratie van medische specialisten, welke tegen betaling van f 20,— verkrijgbaar is bij het bureau van de Specialisten Registratie Commissie, Lomanlaan 103, Utrecht.

Utrecht, 30 december 1971

Besluit van het Centraal College no 7 - 1971 Radiologie

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 20 september 1971;

gezien het voorstel van het bestuur van de Nederlandse vereniging voor radiologie tot vaststelling van de opleidingseisen voor het specialisme radiologie;

gehoord vertegenwoordigers van het bestuur van bovengenoemde Vereniging;

gelet op de met het bestuur van de Vereniging gevoerde correspondentie en gewisselde stukken;

gehoord de Specialisten Registratie Commissie;

in aanmerking nemende dat de leden van de Nederlandse vereniging voor radiologie, *gehoord* in juli 1971, hun instemming hebben betuigd met de voorgestelde opleidingseisen;

gelet op artikel 1007, lid 2, en artikel 1008 van het huishoudelijk reglement der Koninklijke Nederland-

sche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

heeft besloten

Artikel 1

De duur van de opleiding voor het specialisme radiologie (opleiding tot radioloog) is vijf jaar.

Voor de opleiding gelden de bij besluit no 2 - 1966, zoals gewijzigd bij besluit no 2 - 1967, vastgestelde eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen.

De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en nadere voorschriften is weergegeven.

Bijzondere eisen

A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A. 1 wordt het volgende toegevoegd:

De opleiding van vijf jaar bestaat uit drie en een half jaar opleiding in de radiodiagnostiek en anderhalf jaar opleiding in de radiotherapie.

De opleiding in de radiodiagnostiek kan worden gevolgd in een voor de radiodiagnostiek erkende opleidingsinrichting, te weten in een algemeen ziekenhuis met een afdeling radiodiagnostiek en in een radiodiagnostisch instituut.

De opleiding in de radiotherapie kan worden gevolgd in een voor de radiotherapie erkende opleidingsinrichting, te weten in een algemeen ziekenhuis met een afdeling radiotherapie en in een radiotherapeutisch instituut.

Aan de algemene eisen van A. 13 wordt toegevoegd:

f. er zorg voor dragen dat de assistent-geneeskundige tijdens diens opleiding ten minste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp een voordracht houdt of een artikel publiceert.

B. Te stellen aan de opleiders

I. Wat betreft de radiodiagnostiek.

Hiervoor geldt hetgeen is bepaald in de bijzondere eis B. 12 voor het specialisme radiodiagnostiek, zoals vastgesteld bij besluit no 5 - 1971 (opleidingseisen voor het specialisme radiodiagnostiek).

II. Wat betreft de radiotherapie.

Hiervoor geldt hetgeen is bepaald in de bijzondere eis B. 12 voor het specialisme radiotherapie, zoals vastgesteld bij besluit no 6 - 1971 (opleidingseisen voor het specialisme radiotherapie).

C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

I. Wat betreft de *radiodiagnostiek*.

Hiervoor geldt hetgeen is bepaald in de bijzondere eisen C. 2, C. 3, C. 11 en C. 12 sub b voor het specialisme radiodiagnostiek, zoals vastgesteld bij besluit no 5 - 1971.

II. Wat betreft de *radiotherapie*.

Hiervoor geldt hetgeen is bepaald in de bijzondere eisen C. 2, C. 3, C. 11 en C. 12 sub b voor het specialisme radiotherapie, zoals vastgesteld bij besluit no 6 - 1971.

Opleidingsschema

1. Gedurende de opleiding moet aandacht worden besteed aan:

- de bescherming tegen de gevaren van ioniserende stralen uitzendende toestellen en stoffen, zowel wat betreft de patiënten als de radiologische werkers,
- de radiobiologie en de stralen-genetica, bij voorkeur ook in de vorm van cursorisch onderwijs.

2. Tijdens de opleiding dient de assistent-geneeskundige kennis te nemen van de klinische aspecten der geneeskunde door o.a. gemeenschappelijke besprekingen en demonstraties met andere disciplines.

3. De assistent-geneeskundige kan, in overleg met zijn opleider, tijdens zijn opleidingstijd in de radiodiagnostiek, drie maanden besteden aan het volgen van een stage nucleaire geneeskunde.

4. Wat betreft de opleiding van drie en een half jaar in de *radiodiagnostiek* moet de assistent-geneeskundige:

- a. kennis verkrijgen van alle aspecten van de radiodiagnostiek, zoals ook van de paediatrische radiologie en de neuroradiologie, zulks ter beoordeling van de visitatiecommissie;
- b. voldoende kennis verkrijgen van:
 - de apparatuur en de röntgentechniek,
 - de donkere kamer techniek en filmeigenschappen,
 - de technieken van opname en doorlichten,
 - het beoordelen van röntgenfoto's.
- c. vaardigheid verkrijgen in:
 - het uitvoeren van onderzoeken op radiologisch gebied, aanvankelijk onder toezicht, later meer zelfstandig,
 - het maken van rapporten.

5. Wat betreft de opleiding van anderhalf jaar in de *radiotherapie*.

a. De assistent-geneeskundige moet kennis verkrijgen van:

- de fysica van de ioniserende stralen met o.a. vaardigheid in dosismetingen,
- de stralenreacties, in het bijzonder bij orthovolt stralenkwaliteiten,
- de tijd dosis-relatie bij de fractionering van de bestraling,
- de indicaties en contra-indicaties tot een radiotherapeutische behandeling zowel voor orthovolt als megavolt stralenkwaliteit en met ioniserende stralen uitzendende gesloten bronnen voor therapeutische doeleinden, nodig voor verwijzing van patiënten naar een radiotherapeutisch centrum,
- het opmaken en uitvoeren van eenvoudige bestralingsplannen voor orthovolt stralenkwaliteit,
- de mogelijkheden en beperkingen van de radiotherapeutische, chirurgische en interne-geneeskundige behandeling van maligne aandoeningen (tumoren) teneinde de betrokken specialisten van advies te kunnen dienen bij het opstellen van een behandelingsplan.

b. De klinische en poliklinische werkzaamheden dienen zoveel mogelijk te worden gecombineerd.

Nadere voorschriften

De opleider dient er op toe te zien dat de assistent-geneeskundige diens opleidingsschema en eventuele wijzigingen daarin voorlegt aan de S.R.C..

Artikel 2

Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1972 met dien verstande dat het Centraal College heeft besloten de aan de opleiders en opleidingsinrichtingen te stellen eisen uiterlijk twee jaar na bovenvermelde datum in werking te doen treden, in overleg met de Specialisten Registratie Commissie, gehoord de visitatiecommissie.

Utrecht, 24 september 1971

Het Centraal College
voor de erkenning en registratie
van medische specialisten

Presidium 1972

Tot voorzitter van het College voor Sociale Geneeskunde voor de periode 1 januari 1972 tot en met 31 december 1974 is benoemd W. B. J. M. van der Meeren, Eindhoven, en tot ondervoorzitter Prof. Dr. A. Th. L. M. Mertens, Nijmegen.

Verkiezing Stichtingsbestuur pensioenfonds huisartsen

In de ledenvergadering van 3 december jl. is — naast de besluiten, gepubliceerd in M.C. no. 49 d.d. 10 december 1971 — een voorstel van het Centraal Bestuur aanvaard ter zake van de verkiezingsprocedure voor de leden van het eerste bestuur van de nog op te richten Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen. Een en ander geschiedde conform het besluit van de ledenvergadering van 11 en 17 december 1970, bij welk besluit tevens in de conceptstatuten van de stichting is opgenomen de bepaling dat binnen 6 maanden na oprichting van de Stichting (opnieuw) verkiezingen moeten worden uitgeschreven.

De in de conceptstatuten opgenomen verkiezingsprocedure luidt als volgt (artikel 5 uit de conceptstatuten van de Stichting Pensioenfonds voor huisartsen):

Artikel 5

1. Het bestuur van het pensioenfonds bestaat uit vijf leden. Tevens zijn er drie plaatsvervangende leden.

2. Eén bestuurslid en één plaatsvervangend bestuurslid worden benoemd door het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, hierna te noemen de L.H.V., uit de leden van het Centraal Bestuur.

3. Vier bestuursleden en twee plaatsvervangende bestuursleden worden gekozen uit de deelnemers door de ledenvergadering van de L.H.V.

4. De verkiezing van bestuursleden en plaatsvervangende bestuursleden door de ledenvergadering van de L.H.V. geschiedt uit een voordracht op te maken door het Centraal Bestuur van de L.H.V., gehoord de deelnemersraad, welke voor iedere te vervullen plaats twee kandidaten bevat. De voordracht zal op een door het Centraal Bestuur te bepalen wijze worden gepubliceerd ten minste dertig dagen voor de dag der ledenvergadering, waarop de ver-

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.

kiezing zal plaats vinden. Op schriftelijk, door ten minste dertig deelnemers, dan wel door of namens het bestuur van een district van de L.H.V. ondertekend verzoek zullen aan deze voordracht een of meer andere, in dat verzoek vermelde kandidaten worden toegevoegd, mits het bedoelde verzoek ten minste tien dagen voor de dag der ledenvergadering, waarop de verkiezing zal plaats vinden, bij het Centraal Bestuur der L.H.V. is ingediend. Niet verkiesbaar of herkiesbaar is een deelnemer, die de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt.

5. Bij ontstentenis of belet van een bestuurslid wordt deze door een plaatsvervangend bestuurslid vervangen; het in lid 2 genoemde bestuurslid kan door het in dat lid genoemde plaatsvervangende bestuurslid worden vervangen; de in lid 3 genoemde plaatsvervangende bestuursleden worden vervangen.

Conform het besluit der ledenvergadering van 3 december jl. is deze procedure thans ook van kracht voor de aanwijzing van het eerste stichtingsbestuur met dien verstande:

a) dat de deelnemersraad niet wordt gehoord (immers deze bestaat nog niet);

b) dat geen dubbele kandidaatstelling zal plaatsvinden doch dat het Centraal Bestuur 1 lid en 1 plv. lid uit zijn midden aanwijst en voor de overige 4 bestuursleden 5 kandidaten en de overige 2 plv. bestuursleden tenminste 4 kandidaten aanwijst;

c) dat waar sprake van deelnemers is a.s. deelnemers bedoeld wordt;

d) dat waar sprake is van districtsbestuur dit thans nog wordt vervangen door districtscommissie.

Het Centraal Bestuur benoemt conform art. 5 lid 2 tot bestuurslid:

C. van der Marel en tot plv. bestuurslid *W. A. M. Koch*;

en draagt (in alfabetische volgorde) de volgende kandidaten voor het bestuurslidmaatschap voor:

J. I. van der Leeuw, Dr. J. C. Ogterop, S. van Randen, J. F. A. van Rijn en *W. J. Waal*;

en de volgende kandidaten voor het plv. bestuurslidmaatschap:

W. J. H. von der Fuhr, G. J. Kemperman, A. Lubbers, alsmede de niet verkozen kandida(a)t(en) voor het bestuurslidmaatschap.

De ledenvergadering is akkoord gegaan met het feit dat deze procedure geacht wordt in gang te zijn gezet per heden (dit in verband met de in artikel 5 genoemde termijnen).

In een volgende ledenvergadering zal tot verkiezing kunnen worden overgegaan. De datum van deze ledenvergadering zal nog bekend worden gemaakt.

Utrecht, 23 december 1971

F. A. van Spanje, arts
secretaris

MC

UIT DE AFDELINGEN

Voordrachten

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

Alkmaar en Omstreken: *J. K. Kalma*, rheumatoloog, *Dr. H. Horninge*, orthopaedisch chirurg, *J. H. M. Schokkenbroek*, plastisch chirurg en *H. F. van Waveren*, oogarts, onderwerp: Symposion over „Behandeling van chronisch rheuma”.

Amsterdam: *Dr. N. W. de Smit*, sociaal psychiater, onderwerp: „Crisisinterventie en het aanstaande Amsterdamse Crisiscentrum”.

Deventer en Omstreken: *Dr. J. J. M. Michels*, onderwerp: „De begeleiding van patiënten met een infauste prognose”.

West-Friesland: *H. Köhne*, cardioloog, onderwerp: „Enkele aspecten van het coronariaalijden”.

Heerenveen en Omstreken: *D. H. Sipma*, onderwerp: „Ontwerp van een integrale bejaardenzorg”.

Hunsingo - Fivelingo - Westerkwartier: *Coll. Gruen-*

berg, onderwerp: „Uiteenzetting over de samenwerking G.M.D.-huisartsen”.

Oude IJssel: *Mr. W. B. van der Mijn*, onderwerp: „Ontwikkelingen in de structuur van de gezondheidszorg”.

Rotterdam en Omstreken: *Drs. P. Brandes*, onderwerp: „Het vraagstuk van de volksverzekering tegen kosten van medische hulp”. *Mr. W. B. van der Mijn*, onderwerp: „Structuur van de gezondheidszorg”.

Tilburg en Omstreken: *Drs. A. Beijssens*, apotheker, onderwerp: „Slaap- en slaapmiddelen”.

Utrecht: *Prof. Dr. F. L. Meijler*, onderwerp: „Etiologie en preventie van het coronariaalijden. *Drs. P. W. Westerhof*, onderwerp: „Diagnostiek en behandeling van een patiënt met myxoma cordis”.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties

Dr. A. J. M. Adan te Bilthoven promoveerde aan de Universiteit van Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Invloed van veranderingen in de calciumconcentratie van de cerebrale liquor op de CO₂-gevoeligheid van het centrale ademhalingsregulerende mechanisme”. Promotor was Prof. Dr. J. Swierenga.

A. J. Dunning te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Electrostimulation of the carotid sinus nerve in angina pectoris”. Promotor was Prof. Dr. J. G. G. Borst.

A. C. J. M. Erens promoveerde aan de Universiteit in Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Osteogene reuzenceltumoren. Röntgenologische kenmerken, röntgenologische gradering”. Promotor was Prof. Dr. J. R. van Ronnen.

H. Festen te Tilburg promoveerde aan de Rijksuniversiteit van Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Patrooncentrum, een electronystagmografische studie met de torsieschommel”. Promotor was Prof. J. J. Groen.

C. J. de Groot te Onderdendam promoveerde aan de Rijksuniversiteit van Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Onderzoek van de niet-ketotische hyperglycinaemie, een erfelijke stofwisselingsziekte”. Promotor was Prof. Dr. J. H. P. Jonxis. Co-promotor Dr. F. A. Hommes.

J. Korf te Vries promoveerde aan de Rijksuniversiteit van Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Amine metabolism in the human brain; evaluation of the probenecid test”. Promotores waren: Prof. Dr. H. M. van Praag en Prof. Dr. W. Lammers.

Dr. A. W. Mulder promoveerde aan de Medische Faculteit van Rotterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De inspanningsproef en roeitraining”. Promotor was Prof. Dr. J. Gerbrandy.

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.

MEDISCH CONSERVATISME

Naar aanleiding van de A.P.-verklaring van het Hoofdbestuur is een samenballing opgetreden van verontruste conservatieven onder ons. Gedeeltelijk zijn dat dezelfde die het slechte boekje „Jeugd onder drug” hebben gelanceerd eerder dit jaar, bijvoorbeeld Gunning. De recente „Stichting voor het ongeboren kind” geeft in haar folder alleen de naam van een jurist, maar uit krantenberichten blijkt Mevrouw Haitsma Mulier echter tweede secretaris te zijn en ook Prof. Plate is natuurlijk lid. Nu is het niet duidelijk, waarom deze stichting niet „Stichting voor de plichten van het embryo” heet. Immers, conservatieven werken bij voorkeur met negatieve sancties, zoals dreigementen en verboden, en zij zijn in het algemeen meer thuis in plichten dan in rechten; behalve voor hun eigen groep. Zij zijn democratisch ingesteld zolang zij zich niet verraden voelen door hun Hoofdbestuur. Gebeurt er zoiets, dan begeeft hun democratische attitude het een beetje. Ze worden fascistoid, zegt collega Van Os (M.C. nr. 49/1971, blz. 1309).

Conservatieven zijn bang voor elke verandering, behalve de technologische en economische vooruitgang. In de 19e eeuw hebben ze die moeizaam geïntegreerd in een van huis uit metafysische ideologie. Is het positivisme dan nu geïntegreerd met zijn eenzijdige evolutie, gericht op het overwinnen van de fysische natuur, integratie van een relativisme wil hun niet lukken, laat staan integratie van een meer dialectisch denken. Dat verstoort namelijk de traditionele zekerheden te veel. Collega De Kok zegt: „Bij nieuwe problemen moeten we altijd denken en wel uitgaande van de tien geboden of de staatswet” (M.C. nr. 49/1971, blz. 1310). Hij had het niet mooier kunnen zeggen voor een conservatief: uitgaan van of vasthoudende aan? Dat laatste doet de conservatief. Worden wetten nu gemaakt, vermaakt en nog eens vermaakt om de samenleving leefbaar te houden, of moeten we ons maar aanpassen aan een eenmaal geformuleerde wet? Natuurlijk zijn er wetten gemaakt voor onze groep. Neem de

W.U.G., die onze monopoliepositie beschermt.

Nu is het de vraag, of de medische conservatief eigenlijk wel in de eerste plaats de ongeboren vrucht wil beschermen: de Vietnamezen zullen hem een zorg zijn en bij het opdringen van actieve euthanatici (medici, juristen en zogenaamde ethici ondernemen de conservatieven niets maar wachten of de wet soms wordt aangepast, waarna zij zich zullen conformeren aan de nieuwe wet. Let wel: de meeste actieve euthanatici zijn overtuigde christenen. Collega Rottinghuis (M.C. nr. 49/1971, blz. 1309) en de anderen is het zeker ontgaan, dat deze euthanatici ook op moord uit zijn in de betekenis die zij zelf aan het woord toekennen.

Wij stuiten hier dus op een contradictie met betrekking tot „utmost respect” tegenover menselijk leven. Misschien is het slechts een schijn tegenstelling:

Wij kunnen ons afvragen, of het gaat om opbloeiend tegenover uitbloeiend leven alleen. Dat kan wel een rol spelen bij depressieve dwangmatigen, die bang zijn voor elk „verval”. Zij gaan dat dan wegpoetsen om tevens ruimte te maken voor iets fris, in casu meer jong leven en weg met de wrakken. Maar dat lukt helemaal niet in de praktijk, het is dus niet rationeel. Het klopt ook niet met het humanisme, noch ook met het traditionele respect voor de ouderdom. Een andere mogelijkheid is de volgende. De traditionele waarden bestaan uit: kinderen, veel kinderen, net als bij andere primitieven. Daarbij behoren ouderen traditioneel ook dood te gaan en niet in steeds groter getale steeds ouder te worden. Zoiets verstoort immers het traditionele evenwicht. Allicht zullen de conservatieven een dergelijk standpunt rationaliseren en justificeren met kreten als ontluistering en heiligheid van het leven, net naar het hun uitkomt, maar er is geen logische samenhang te ontdekken, tenzij we op het traditionalisme teruggaan. Natuurlijk blijft dit alles hypothese en voor ieder conservatief individu moet een eigen historisch-genetische constructie worden bedacht om zijn motiefstructuur te verklaren. Maar ik dacht hiermee een aardige hypothese te hebben geleverd.

Of het verzet van de 200(0) een achterhoedegevecht is, zoals Van Os meent, betwijfel ik wel. Tenslotte gaat het Westen in een verhardend conservatisme met Amerika en Frankrijk voorop de fascistische kant op, terwijl het progressieve deel van de bevol-

king zoals altijd en overal sterk verdeeld blijft en naar te vrezen valt onvoldoende tegenspel zal kunnen geven. Dat wil zeggen: de kwestie van de 200 in de Maatschappij Geneeskunst is een politieke kwestie van de eerste orde. Veel zal afhangen van de houding van het Hoofdbestuur.

Beverwijk 13 december 1971

J. H. van Meurs

DE VRUCHTVERWIJDERINGS- CONTROVERSE

Antwoord aan collega Schuurmans Stekhoven

Het is toch denkbaar nietwaar, dat collega Schuurmans Stekhoven zich vergist? Hij schrijft in M.C. nr. 49/1971, blz. 1309, over de vruchtverwijderingscontroversie, dat de irrationalisten (zoals hij de tegenstanders van vrije abortus provocatus aanduidt) de rationalisten in hun vrijheid belemmeren, als deze de vruchtafdrijving willen toestaan. Inderdaad behoort de vrijheid van meningsuiting, evenals de vrijheid te geloven en te denken wat men wil, tot de grondbeginselen van onze democratie. Deze innerlijke vrijheid mag men als ons hoogste goed beschouwen, en deze was het ook die ons in de afgelopen wereldoorlog het hoofd boven water deed houden. Maar inderdaad bezit alleen hij de ware innerlijke vrijheid, die een ander ook die vrijheid gunt. En dat houdt in de eerste plaats in vrijheid om te leven. Wie men het leven ontnemt, is van die vrijheid beroofd, ook al betreft het een ongeborene. Dat is, dunkt mij, nogal rationeel, om in de terminologie van collega Schuurmans Stekhoven te blijven. Het lijkt mij dan ook niet redelijk, wanneer de „rationele visie” uitgaat van het beschikkingsrecht van een mens over het leven van „zijn” vrucht. Het komt mij voor, dat de ene mens nooit bezit van de andere kan zijn. Men kan uitsluitend verantwoordelijkheid, in positieve zin, kennen over „zijn” vrucht. Ik ben dan ook van mening dat men bij legaliseren van abortus provocatus niet alleen een groot onrecht begaat jegens de ongeborenen, door hen hun vrijheid tot ont-plooiing te ontnemen, maar dat tevens de aborteurs hun eigen innerlijke vrijheid in wezen prijs hebben gegeven. En daarmee dreigt een uitholling van de beste grondbeginselen van onze beschaving.

Het is dan ook ontorecht wanneer Schuurmans Stekhoven een enquête van de „verontruste 200” verlangt,

waarbij zou moeten worden gevraagd naar o.a. 1. rationalist of irrationalist (voor of tegen zelfbeschikkingsrecht): mij dunkt dat ieder weldenkende landgenoot voor zelfbeschikkingsrecht is, „rationalist” of niet, maar dat zelfbeschikkingsrecht dan ook, als hij werkelijk rationeel redeneert, aan de ongeborene zal gunnen; 4. „aggressiviteit”: wie is er nu aggressief, de aborteur of hij die de vruchtafwijving wil verhinderen? Wanneer de ratio wordt gehanteerd op een wijze als Schuurmans Stekhoven doet, moet ik het ergste vrezen voor onze beschaving. Boven het gerechtsgebouw in Sneek staat: *lus suum cuique*: ieder zijn recht. Geldt dat niet ook de ongebo-rene? Meer willen de „200” niet naar voren brengen, dacht ik zo.

Sneek, 14 december 1971

W. Lofvers

GENEESMIDDELENRECLAME

Een farmaceutisch concern heeft sinds enkele jaren een stijlvolle reclame gevoerd door middel van recepten-service. Nu dit een te (?) dure reclame blijkt te zijn, deelt men zonder meer mede acceptgirokaarten te zullen sturen voor bijdrage in de kosten. Dit is toch al te dwaas! Gaat men straks van ons ook bijdragen vragen voor de zeer dure, kleurrijke, kunstdrukplaten en -boekwerken, die men ons ongevraagd toezendt? Dit is werkelijk een „Umwertung aller Werten” en men moet wel lief hebben om je reclame zo te willen verkopen. Ik heb dan ook bedankt voor de „service”.

Mook, 14 december 1971

A. Raymakers

MC VARIA

De sterftekansen voor mannen in Nederland, die over de gehele linie van 1900 tot 1950 bij voortduring beter werden, vertonen sinds 1950 voor het eerst een stijging. Hierop wordt de aandacht gevestigd in een artikel van de hand van de actuaire L. J. Leopold in „Welwezen”, periodiek van de Nederlandse Vereniging ter Bevordering van het Levensverzekeringwezen (N.V.B.L.) De heer Leopold haalt cij-

fermateriaal aan van het Centraal Bureau voor de Statistiek. Blijkens dit cijfermateriaal, aldus de heer Leopold, is er voor vrouwen een zekere stabiliteit ingetreden, voor wat de sterfte-kansen betreft, maar zijn voor mannen de sterfte-kansen groter geworden, met name voor mannen op oudere leeftijd. Ter illustratie noemt de heer Leopold het percentage mannen dat de pensioengerechtigde leeftijd (65 jaar) haalt: in de periode 1961 tot 1965 was dit percentage 74 tegen 76 in de periode 1956 tot 1960, eveneens 76 in de periode 1951 tot 1955, 74 in de periode 1947 tot 1949, 68 in de periode 1931 tot 1940 en 46 in de periode van 1900 tot 1909.

¶

Het Bestuur van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen heeft zich voor het jaar 1971 - 1972 als volgt geconstitueerd: Dr. H. de Roever-Bonnet (Amsterdam), voorzitter; J. W. v. d. Weg-den Daas (Bilthoven), vice-voorzitter; L. E. van Brok (Groningen), secretaresse I; A. L. v. Nieuwenhuisen-Kalsbeek (Zwolle), secretaresse II; E. Oosterhuis-Weisz (Voorburg), penningmeesteresse I; C. C. v.d. Wiel-de Jong (Delft), penningmeesteresse II. Secretariaatsadres: Van Lennepleaan 309, Groningen, tel. 050 - 50144.

¶

Waarom lopen al die mensen in deze maatschappij kapot en waarom komen zij met hun problemen juist bij ons? Zo luidt de nieuwe vraagstelling van de alternatieve hulpverleningsorganisatie Release na een maand bezinning. Begin november ging Release in een paar steden dicht, onder meer in Amsterdam (zie M.C. nr. 47/1971, blz. 1251). De weken daarop staken de ongeveer 500 medewerkers van alle Releases, dicht of niet, de koppen bij elkaar. De zoëven genoemde hoofdvraag die uit deze brainstorming resulteerde spitst zich toe op een tweetal concrete subvragen: wat mankeert er aan de hulp van de, meestal goed gesubsidieerde, met geschoolde krachten werkende instanties, en wat zijn de oorzaken van de moeilijkheden van Releasebezoekers? Na anderhalf jaar lang zo'n 20.000 mensen te hebben opgevangen en te hebben gefungeerd als een soort vergaarbak van afgeschreven gevallen, wil de Stichting Release zich niet langer bezighouden met het bieden van alternatieve hulp louter als aanvulling op de bestaande. Beteken-

de de tot nu toe gevolgde handelwijze een reageren op noodsituaties, nu wil men ertegen gaan ageren. Volgens Release werken de „klassieke” hulpinstanties met een verouderd maatschappijbeeld en leggen zij hun cliënt in dat beeld passende normen op, in plaats van ze keuzemogelijkheden te laten. De antwoorden op beide genoemde vragen moeten nu de basis gaan vormen voor een kritischer aanpak van de samenleving en de door die samenleving geboden hulp. Bij die voorgenomen gerichte actie zal de hulpaanvrager zelf in hoge mate worden betrokken; om dit te bereiken is een aparte sectie in het leven geroepen. Groepen waarmee de sectie zich actief wil bemoeien zijn: vreemdelingen en deserteurs, ziekenhuispatiënten inclusief psychiatrische patiënten, leerlingen en leerkrachten die op school niet worden geaccepteerd en kindbeschermingspupillen. Daarnaast heeft Release plannen om samen met andere organisaties met behulp van een grote groep vrijwilligers een nazorgproject op te zetten.

¶

Op de vrijdagen 11, 18 en 25 februari en 3, 10, 17 en 24 maart 1972 geeft het Nederlands Huisartsen Instituut zijn 15e oriëntatiecursus voor a.s. huisartsen, telkens van 15.30 - 21.00 uur. Op deze cursus wordt voorlichting gegeven over de vele vraagstukken, waarvoor een arts komt te staan wanneer hij huisarts wil worden. Zo worden er onderwerpen aan de orde gesteld als daar zijn: financiële aspecten betreffende praktijkovername, vrije vestiging en associatie, het huisartsenberoep nu en in de toekomst, verzekeringen, groepspraktijken en gezondheidscentra, praktijkorganisatie, praktijkruimte en praktijkhuis, enz. enz. Voor voorlopige aanmelding en inlichtingen kan men zich wenden tot mevrouw M. G. M. Vavrinek-Ferdinandus, Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht (tel.: 030-19946).

¶

Onder auspiciën van het International Seminar for Medical and Dental Hypnosis wordt op 11, 12 en 13 maart 1972 in De Puttenhof te Schilde (België) een intensieve weekendcursus praktische hypnose georganiseerd, onder leiding van Dr. N. Fleischer, Ph. D. De nieuwste inductiemethoden zullen kort worden behandeld en daar-

na praktisch toegepast. Het programma vermeldt: hypnose zonder hypnotische inductie, non-verbale hypnose, het hanteren van weerstand tegen hypnose, zelfhypnose en hypnose door middel van bandrecorder en telefoon. In een workshop zal aandacht worden besteed aan het toepassen van hypnose bij de systematische desensitisatie van fobische en angstreacties, het programmeren van eet-, drink- en rookgewoonten, het leren omgaan met impotentie- en frigiditeitsstoornissen, pijncontrole in genees- en tandheelkunde en het reguleren van psychosomatische symptomen. Inlichtingen over de cursus verstrekt Drs. E. D. Wassenaar, Trans 4, Utrecht, tel. 030-332114, toestel 239.

¶

Herhaalde verzoeken van de actiegroep „Rotte Kies” om de tandheelkundige verzorging van studenten te verbeteren hebben ertoe geleid, dat de Universiteit van Amsterdam heeft besloten een tandarts aan te trekken die de voorbereiding en oprichting van een experimentele tandheelkundige praktijk op zich zal nemen. Het experimentele van de op te zetten praktijk schuilt erin, dat één tandarts met behulp van speciaal opgeleide assistenten zal gaan werken. Hij kan dan veel meer patiënten behandelen, zoals in de Verenigde Staten is aangetoond. Oprichting van dergelijke praktijken zou dus een belangrijke bijdrage kunnen betekenen voor de verbetering van de slechte tandheelkundige situatie in ons land, aldus in het kort een persbericht van de G.U.

¶

De Stichting tot Bestrijding van het Stotteren zou graag op de hoogte willen komen van alle activiteiten die er in den lande op het gebied van stotteren worden ondernomen. Zij verzoekt daarom vriendelijk allen, die hetzij als therapeut hetzij als wetenschappelijke onderzoeker op dit gebied betrokken willen zijn, daarvan mededeling te doen aan Mr. F. Ph. Groeneveld, secretaris S.B.S., Mozartlaan 8 te Leidschendam. Gaarne, naast gegevens betreffende functie en werkkring, vermelden of men: a. zich in het bijzonder met behandeling van stotteraars bezighoudt; b. onderzoek doet over stotteren; c. wenst betrokken te worden in onderzoek-behandelingsprojecten; d. prijs stelt op informatie vanwege de S.B.S.

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 02159-16241* 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 50,—, plus f 2,— BTW = f 52,—, buitenland f 55,—, losse nummers f 1,56 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 16.990 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

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.

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfonds Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021