



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

## REDACTIONEEL

### VIER KANDIDATEN VOOR DRIE VACATURES IN HET HOOFDBESTUUR VAN DE K.N.M.G.

26e JAARGANG - No. 38 - 24 SEPTEMBER 1971

#### INHOUD

Vier kandidaten voor drie vacatures in het hoofdbestuur van de K.N.M.G. ....	971
Mevr. M. C. J. van Reekum-van Waasbergen, studentenarts te Delft .....	973
Collega A. J. Zwartendijk, schoolarts in Alphen a/d Rijn .....	975
Diagnose .....	977
Twaalfde Apeldoornse Artsendag .....	980
Utrechtse medische faculteit ongerust over (on)bevoegdheid aanstaande assistent-artsen .....	980
De „geestelijke verzieking" van het Nederlandse volk .....	981
Academische Raad over de doeleinden van het wetenschappelijk onderwijs .....	983
Russische artseneed .....	984
Seksuologie .....	985
Wettelijke instemming nodig voor bouw ziekenhuizen .....	987
Beperking toelating eerstejaars wettelijk ontoelaatbaar volgens minister De Brauw ..	987
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Jaarverslag 1970 van het Centraal College .....	988
Jaarverslag 1970 van de Specialisten Registratie Commissie .....	991
Jaarverslag 1970 van het College voor Sociale Geneeskunde .....	994
<i>Van de S.V.B.P.H.:</i>	
Kort verslag bestuursvergadering .....	995
Uit de afdelingen .....	995
Brieven aan de redactie .....	996
Varia .....	996

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

Colofon op bladzijde 998.

Tijdens de 156ste Algemene Vergadering van de Maatschappij op 12 september 1970 sprak collega F. A. C. M. Mol uit Etten-Leur er zijn verontrusting over uit dat het grootste recht dat de K.N.M.G.-democratie kent, namelijk te mogen stemmen bij de verkiezing van leden van het hoofdbestuur, in het gedrang dreigt te komen. (ref.: Kort verslag van de betreffende vergadering, M.C. nr. 5, d.d. 5 februari 1971, bladzijde 138). Om zijn stem op de kandidaten gemotiveerd te kunnen uitbrengen dient men te weten welke opvattingen de desbetreffende kandidaten hebben over diverse problemen binnen de gezondheidszorg. Immers zij zullen het zijn, die namens de Maatschappij over belangrijke zaken tot in de hoogste regionen hun meningen zullen verkondigen, aldus luidde ongeveer de conclusie van het betoog van bovengenoemde afgevaardigde.

Tot nu toe was het gebruikelijk er mee te volstaan dat na verkiezing een kort curriculum vitae van de nieuwe hoofdbestuursleden in Medisch Contact werd gepubliceerd. Om enigszins tegemoet te komen aan de wensen van collega Mol, die deze ongetwijfeld niet uitsluitend namens zichzelf naar voren zal hebben gebracht en wiens woorden door de toenmalige voorzitter als „positieve betrokkenheid bij de gang van zaken" werden gekarakteriseerd, geven wij in dit en een volgend nummer van Medisch Contact een samenvatting weer van uitvoerige interviews welke wij hadden met de vier kandidaten van wie er straks op de 158ste Algemene Vergadering van de K.N.M.G. drie zullen worden ge-

kozen om de m.i.v. 1 januari 1972 door het aftreden van de collegae Hage, Kortenhorst en Vosenaar openkomende hoofdbestuursetels te bezetten. De vier kandidaten zijn: Mevrouw M. C. J. van Reekum-van Waasbergen, studentarts de Delft; A. J. Zwartendijk, schoolarts in Alphen a/d Rijn; C. F. A. Heijen, bacterioloog te Tilburg en Dr. E. H. M. A. Marres, lector/speci-  
list te Nijmegen.

Naar aanleiding van de woorden van collega Mol stelde de toenmalige Maatschappij-voorzitter voorts, dat het ook voor het hoofdbestuur een telkens terugkerend probleem is om een werkelijke verkiezing te kunnen realiseren. Niettemin heeft het hoofdbestuur steeds de in het huishoudelijk reglement voorgeschreven weg bewandeld en op de daartoe geëigende wijze opgeroepen tot het stellen van kandidaten. De wijze waarop iemand kandidaat voor het hoofdbestuur wordt gesteld is omschreven in artikel 304 van het Huishoudelijk Reglement, dat luidt:

„1. Ieder lid heeft het recht vóór 1 februari één of meer personen schriftelijk aan te bevelen bij het bestuur zijner afdeling.

„2. Elke afdeling heeft het recht vóór 15 maart aan de secretaris-penningmeester der Mij voor elke open plaats de naam op te geven van een kandidaat, die bereid is de kandidatuur aan te nemen.

„3. Indien na 15 maart blijkt, dat het aantal gestelde kandidaten kleiner is dan of gelijk is aan het aantal vacatures, geeft het H.B. hiervan vóór 1 april kennis aan de afdelingen, met verzoek deze kandidatenlijst vóór 1 mei aan te vullen. Indien op 1 mei het aantal kandidaten nog niet dat der vacatures met ten minste één overschrijdt, vult het H.B. de kandidatenlijst aan.”

In de afgelopen jaren is gebleken dat het uitermate moeilijk is voldoende kandidaten voor het hoofdbestuur te vinden. Wij moeten dan ook dankbaar zijn dat er uiteindelijk toch nog altijd weer collegae bereid zijn deze verantwoordelijke taak op zich te willen nemen. Overigens is het tot dusverre een zeldzaamheid geweest dat



Uitvoerig programma en inschrijfformulier heeft men kunnen aantreffen in Medisch Contact nr. 24 van 18 juli i.l. Inschrijfformulieren kunnen ook worden aangevraagd bij het Secretariaat van het Ledencongres: Bureau Congreszaken der gemeente Rotterdam, Kruisplein 30, Rotterdam, telefoon 010-142911.

het aantal beschikbare kandidaten het aantal vacatures met meer dan één overschreed.

Indien wij met het publiceren van de interviews met de vier kandidaten al enigszins tegemoet komen aan de wensen van de Algemene Vergadering om het stemmen meer tot een kiezen te maken, dan dienen wij daarbij tevens de relatieve betekenis ervan te erkennen: een echte keuze wordt het immers pas indien de leden van de K.N.M.G. zich op afdelingsniveau wat meer zouden laten gelden en meer blijken zouden geven van engagement met het te voeren beleid van onze artsenorganisatie. Dat zou mede tot gevolg kunnen hebben dat er meer dan het voorgeschreven minimum-aantal kandidaten worden gesteld voor bestuursfuncties.

B.

# Mevrouw M. C. J. van Reekum-van Waasbergen

## studentenarts te Delft

***„Jammer dat maar zo'n klein percentage van de academische functies door vrouwen wordt vervuld”***



In de ontvangkamer van collega mevrouw M. C. J. van Reekum-van Waasbergen: een fraaie Oudhollandse schouw, waarin een prachtige tegelwand van Delfts blauw. Blikvangers zijn voorts een zeldzame antieke Overijsselse dekenkist en een uit 1725 daterende porseleinkast. Gezeten om de haard vertelt een charmante gastvrouw over haar werk en de verwachtingen die zij heeft van het lidmaatschap van het hoofdbestuur. Opmerkelijk daarbij is, dat zij bij haar uitspraken bereid is vergaand rekening te houden met andersluidende opvattingen.

Zo bijvoorbeeld over drugs: „Ik ben er een voorstander van dat marihuana, mits streng gecontroleerd, via de warenwet en onder bepaalde voorwaarden zou worden vrijgegeven. Het zal dan zijn eigen plaats vinden, zoals bij andere genotmiddelen ook het geval is. Met des te meer kracht zou men dan kunnen optreden tegen handelaren in hard drugs. Ik ben mij ervan bewust dat velen het daarmee niet eens zijn en dat het in internationaal verband moeilijk te realiseren valt. Het al dan niet overgaan van „soft” op „hard” drugs hangt mijns inziens af van de persoonlijkheidsstructuur van de gebruiker en niet van het al dan niet vrijgeven. Overigens is het jammer dat het woord „drugs” zo „in” is, terwijl wij in verhouding veel meer alcoholisten hebben dan druggebruikers”.

Mevrouw Van Reekum, die het betreurt dat maar zo'n klein percentage (4%) van de academische functies door vrouwen wordt vervuld (volgens haar is dat overigens niet alleen de schuld van de maatschappij als geheel maar ligt dat tevens aan de

attitude van de vrouwen in diezelfde maatschappij in het algemeen), is studentenarts, verbonden aan de Technische Hogeschool te Delft. Zij acht het van groot belang in haar dagelijks werk met studenten, met jonge mensen, om te gaan. Zij vormt met twee collegae een team van drie studentenartsen. Een lid van dat team is haar man, zij zelf werkt part-time (60%, drie volle dagen). Binnen dit team heeft men de taken uiteraard zo efficiënt mogelijk verdeeld. Mevrouw van Reekum heeft zich toegelegd op de gesprekken, een soort psychotherapie. Het samenwerkingsverband gaat overigens verder, de Delftse studentenartsen werken nauw samen met het hogeschooldecaanaat: juristen, een socioloog en een psycholoog.

Mevrouw Van Reekum: „Ik vind het erg belangrijk, dat je multidisciplinair leert denken; soms voel ik mij in mijn werk zelfs geen arts meer. Ik draag dan ook nooit een witte jas, daar ben ik — behalve als het functioneel is — principieel tegen”.

Mevrouw Van Reekum-van Waasbergen, geboren 15 december 1928 („Dat vind ik het enige erge in mijn leven, dat ik ouder word”) heeft in Utrecht gestudeerd en is in 1954 afgestudeerd. Als studente heeft zij enige tijd als assistente étrangère gewerkt bij de kleinzoon van Pasteur in Parijs. Toen haar man in dienst was en zij enige tijd als resident in Morden (U.S.A.) werkzaam was geweest heeft zij met haar vader, huisarts in de Alblasserwaard, samengewerkt. Daar heeft zij ook een eigen ziekenfondspraktijk gehad. Later trok haar man daar bij in: „Wij hebben altijd alles samen gedaan. Wij hebben samen de praktijk overgenomen. Ik hield mijn eigen

spreekuur, maar deed ook consultatie-kleuterbureaus. Ik heb toen ook nog een tijdje in het ziekenfondsbestuur van Sliedrecht en omstreken gezeten. Ik vond het leuk om achter de schermen te kijken en te zien hoe die financiering en zo ging. Alles bij elkaar ben ik tien jaar huisarts geweest. In 1966 is mijn man studentenarts geworden. Ik ging natuurlijk mee naar Delft. Na een jaar als controle-arts voor het G.A.K. te Rotterdam te hebben gewerkt, schaarde ik mij bij mijn man — weliswaar maar drie dagen in de week — als studentenarts". (Op de huisdeur in Delft het naamplaatje: „De Van Reekums").

Een van collega Van Reekums beroepsactiviteiten buiten het dienstverband om wordt bepaald door haar lidmaatschap van een plaatselijke abortuscommissie, die zij zelf mede heeft opgericht. Zij is thans secretaris van die commissie. Een zeer genuanceerd betoog over het vraagstuk van de abortus provocatus rondt zij aldus af: „Ik ben voor ja-tenzij. In dat opzicht vind ik, dat wij geen zedenmeesters moeten zijn en niet onze eigen mening moeten opdringen aan de patiënten, die ik toch wel zo veel mogelijk zelf zou willen laten beslissen".

Over een aangelegenheid die weliswaar op geheel ander niveau maar wellicht even controversieel ligt, de volksverzekering, heeft collega Van Reekum een uitgesproken mening: „Ik ben er in principe wel voor, al ben ik mij bewust met deze uitspraak op nogal wat zere tenen te trappen. Daarbij zou er een heel goede pensioenregeling voor alle artsen moeten komen. Vanuit mijn eigen positie is het namelijk zo fijn gewoon een vast salaris te hebben. Ik geloof dat de relatie patiënt-arts veel opener zou kunnen zijn als de financiële positie van de arts daarbij niet in het geding zou hoeven te komen. Neem nu de studenten: ik zou het erg fijn vinden als alle studenten gewoon in het ziekenfonds konden zitten. Zij hebben nu vaak problemen met tandheelkundige hulp, evenals met de psychiatrische hulp. Overigens wil ik deze dingen graag genuanceerd blijven zien. Persoonlijk ben ik dus voor een volksverzekering en — als consequentie daarvan — voor een dienstverband van artsen, omdat ik geloof dat je als medicus ook goed kunt functioneren als arts-ambtenaar. Dat wil niet zeggen, dat ik er van uitga dat je niet goed zou kunnen functioneren als arts als je economisch niet vrij zou staan ten opzichte van je patiënten. Ik bedoel, dat je als ambtenaar wel degelijk je beroep in vrijheid kunt uitoefenen, waarbij ik het dienstverband zelf meer ervaar als een voordeel dan als een belemmering".

Over de K.N.M.G.: „Ik ben misschien nog wel idealistisch, ik zie een heleboel functies voor de K.N.M.G.: het abortusvraagstuk, de opleiding van medische studenten, de onderlinge samenwerking van huisartsen en specialisten, bijscholing enz. Ik vind het jammer dat er artsen zijn die het vertrouwen in het Maatschappijbestuur hebben verloren. Misschien is er toch te weinig contact tussen bestuursinstanties en de doorsnee-artsen, van wie er menig een zich geen Maatschappijlid meer voelt, alsof dat

uit de tijd zou zijn, alsof het een soort establishment betreft, vastgeroest in het verleden. Persoonlijk vind ik het belangrijk dat er een studentenarts in het Maatschappijbestuur zit, want de studentenmaatschappij beslaat een heel grote groep van onze samenleving. Als ik die studentenarts zou zijn, zou ik graag wat inspraak hebben ook bij de bepaling van het algemene beleid, maar ik heb gehoord dat de K.N.M.G.-traditie eerste-, tweede- en zoveelstejaars bestuurders kent en dat de jongerejaars nog niet zoveel hebben in te brengen. Dat zou ik dan wel graag willen veranderen, al erken ik dat je eerst ingewerkt moet raken. Het commissiewerk zal mij ook wel liggen; mijn belangstelling gaat vooral uit naar bijvoorbeeld milieuhygiëne en de relatie met de medische studenten".

Wat de T.H.-studenten betreft: „Het is reuze leuk om met jonge, intelligente mensen te werken. Je moet je waar maken, je moet kunnen staan achter wat je zegt. Ik vind, dat ik zowel met linkse als met rechtse studenten moet kunnen omgaan; ik voel erg veel voor het idealisme, het engagement van de meer linksen onder hen, omdat ik de activiteiten die zij ontplooiën bewonder evenals hun ideeën en hun maatschappijbewustzijn, iets wat ik in mijn eigen studententijd niet heb meegemaakt. Ofschoon ik niet ben aangesloten bij een politieke partij en afkomstig ben uit een V.V.D.-milieu, neig ik dus meer naar links dan naar rechts".

Tenslotte weer terug naar de K.N.M.G.: „Ik kan mij wel voorstellen dat artsen die nogal wat met tarieven hebben te maken, de verwachting hebben dat het hoofdbestuur zich vooral zal bezighouden met zaken vergelijkbaar met die waar vakbondsbesturen voor staan: het behartigen van de materiële belangen dus. Al erken ik, dat deze belangenbehartiging primair tot het takenpakket behoort van L.A.D., L.S.V. en L.H.V., het heeft mij steeds een beetje geërgerd als op kringvergaderingen de meeste tijd werd besteed aan de gedachtenwisseling over tarieven en dergelijke. Opvallend was ook, dat als deze en dergelijke zaken als agendapunten werden geconvoceerd er veel belangstelling voor de betreffende vergaderingen bestond".

„Het wordt de Maatschappij vaak verweten, dat zij niet voldoende naar buiten treedt. Ik geloof, dat dat ook een van de tegenwerpingen is van de artsen die geen lid meer zijn. Zij zeggen, dat er te weinig uitgaat van de K.N.M.G., dat zij een te gesloten clan vormt. Aan de ene kant heeft het hoofdbestuur toch wel de functie om te proberen de leden in ieder geval niet tegen zich in het harnas te jagen door een standpunt te verkondigen waar het grootste deel van de ledengemeenschap nog niet helemaal vóór is. Het hoofdbestuur moet er dus voor zorgen, dat het niet een heleboel mensen van zich vervreemdt, dat vind ik het ene punt, aan de andere kant is het toch ook wel zinvol in belangrijke zaken voor een mening uit te durven komen. Van het hoofdbestuur moet een stimulerende functie uitgaan, wij moeten allen meedenken".

## Collega A. J. Zwartendijk, schoolarts in Alphen a/d Rijn

***„Vrijheid van praktijkbeoefening  
blijft ook gewaarborgd  
in het dienstverband”***



„Ik ben geen compromisfiguur, ik ben zelfs wel eens geneigd tot wit-zwart denken. Toch laat ik mij graag overtuigen wanneer de argumenten van de ander reëel zijn”. Wij tekenden deze woorden van collega A. J. Zwartendijk op, terwijl zijn echtgenote opletend meeluisterde.

Collega Zwartendijk, door de Afdeling Alphen en Omstreken voor het hoofdbestuurslidmaatschap kandidaat gesteld, is voor velen binnen onze beroepsorganisatie geen onbekende: hij maakte onder meer deel uit van de K.N.M.G.-commissies medische ethiek, scheiding behandeling en controle en consultatiebureauwezen, was lid van de bouwcommissie die in 1969 de „Domus Medica” kon „opleveren” en laatstelijk — in de bewogen L.H.V.-tijd van 1966-'67 — Centraal Bestuurslid van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Hij heeft overigens nog heel wat meer bestuurlijke ervaring: 20 jaar bestuurslid van het Ziekenfonds Alphen en Omstreken, waarvan 14 jaar voorzitter; jarenlang belast met het afdelingssecretariaat van de Maatschappij; voorzitter Afdelingsraad; districtsvoorzitter; lid Districtsraad en lid van de Provinciale Raad van Zuid-Holland.

Met dat al is collega Zwartendijk nog slechts 57 jaar (24-6-1914). Hij volgde zijn medische opleiding in Leiden, deed er in 1940 zijn artsexamen, was onmiddellijk na zijn afstuderen nog even in militaire dienst, waarna hij (vanaf juni 1910) inwonend assistent werd, verbonden aan het Anthonie van Leeu-

wenhoeckhuis. Vanaf 1941 heeft hij vier jaar waargenomen in Boskoop. Daarna, op 1 oktober 1945, vestigde hij zich in Alphen aan de Rijn als huisarts. Omdat hij de praktijk aan jongeren wilde overlaten ging hij in 1970 een dienstverband aan en werd schoolarts in zijn woonplaats.

Collega Zwartendijk: „De vrijheid van praktijkbeoefening blijft ook in het dienstverband gewaarborgd.” Dit brengt het gesprek op de theorie van de volksverzekering, waarvan collega Zwartendijk zegt „er gladweg vóór te zijn”. Volgens hem zou de verhouding van de artsen onderling een verbetering kunnen ondergaan wanneer de artsenstand zou functioneren vanuit een ambtenarenstatus, al was het alleen maar vanwege een goed geregelde oudedagsvoorziening. Een goed opgezette volksverzekering zou zijns inziens alle patiënten gelijke rechten bieden. Overigens erkent collega Zwartendijk dat er aan dit vraagstuk vele kanten zitten. Voorshands zou hij willen pleiten voor een getrapte premie, afhankelijk van het inkomen van de verzekerde. Afschaffing van het klassensysteem in ziekenhuizen ziet hij voorlopig nog niet zitten, maar excessen zoals in Engeland waar particuliere patiënten intussen weer de beste kansen schijnen te gaan krijgen acht hij hier wel te voorkomen.

Ten aanzien van enkele actuele controversiële kwesties, zoals het vraagstuk van de abortus provocatus en het overheidsbeleid inzake het druggebruik, neemt collega Zwartendijk een mild standpunt

in: „De abortuswetgeving moet worden veranderd in de zin van „Ja-tenzij”, waarbij de sociale indicatie wordt geaccepteerd. Abortus moet dan geoorloofd zijn gedurende de eerste drie maanden van de zwangerschap”. Over drugs: „Ik ben niet zo bang voor marihuana, wel oppassen voor hard drugs”. In het algemeen in dit verband: „Wij hebben tot taak de wereld leefbaar te houden, daarvoor zouden wij eigen gemakken moeten kunnen prijsgeven”.

Dit voert naar de politiek: „Ik ben niet aangesloten bij een politieke partij, neig naar links in mijn politieke opvattingen, maar zit in een sociale positie dat ik mijzelf materieel moet beschermen. Stemde daarom op de V.V.D., voel mij tussen V.V.D. en P.v.d.A. staan, zie in de beweging van de sociaal-democraten van Drees jr. iets goeds, al was het alleen maar omdat ik tegen verkwesting ben, vooral met het oog op de generatie na mij”.

Volgens collega Zwartendijk, die een eventueel lidmaatschap van het hoofdbestuur allerm minst ziet als een hobby, is de zin van de K.N.M.G. er vooral in gelegen dat zij de onderlinge band tussen de artsen bevordert. „Deze band is momenteel niet zo sterk. Dat kan liggen aan de wijze waarop de K.N.M.G. haar zaken aanpakt, die aapak spreekt de leden tot dusver onvoldoende aan, er drukt te zeer een establishmentimago op, hetgeen maar moeilijk zal zijn te veranderen. De artsen hebben zo veel tijd nodig voor eigen praktijkproblemen, dat zij zich niet of nauwelijks kunnen inzetten voor de typische Maatschappijproblematiek”.

Niettemin heeft collega Zwartendijk er alle vertrouwen in dat de K.N.M.G. het zal redden ondanks zijn gevoelens dat te vaak achter de feiten wordt aangelopen: „Wij zouden niet moeten wachten tot ons oordeel wordt gevraagd. In plaats van telkens de vinger direct op de wonde te leggen is de Maatschappij te passief bij haar standpuntbepaling en te voorzichtig in haar oordeelsvorming. Er kunnen situaties zijn dat stellingname belangrijker is dan de zorg om de eenheid. Zo hadden wij al lang moeten wijzen op de woningnood en de manier van bouwen; zo hadden wij ook al veel eerder een duidelijk standpunt moeten innemen terzake van de abortus provocatus. Al erken ik dat besturen betekent, dat je persoonlijke standpunt niet altijd haalbaar is, niettemin moeten wij er voor waken achter de ontwikkelingen aan te lopen, de tijd gaat daarvoor te snel!”

Overigens heeft collega Zwartendijk nog geen duidelijk inzicht in een feitelijke taakopvatting: „Ik zou een benoeming tot lid van het hoofdbestuur wel kunnen zien als een zekere afsluiting van mijn maatschappelijke belangstelling. Als ik het zou kunnen bijbenen, een dergelijke functie zou kunnen waarmaken, indien mijn huiselijke en werkomstandigheden het zouden toelaten, dan zou ik een eventuele herverkiezing na afloop van de ervoor staande bestuursperiode wel kunnen aanvaarden!”

Over zijn ambities: „Bevordering van een volksverzekering, daarbij ingebouwd een waardevast pensioen voor de artsen, die een voorshands te bepa-

len maximum-inkomen zouden moeten willen aanvaarden; de medische ethiek dus ook van toepassing verklaren op de pecunia”. Voorts: „De problematiek van de bijscholing, de nascholing is iets waar de K.N.M.G. zich met grote aandacht over moet buigen”. De praktijkvoering: „Persoonlijk ben ik een voorstander van groepspraktijken, waarbij door de artsen in multidisciplinair verband zou dienen te worden gewerkt, daarbij geen statusonderscheid tussen de verschillende medewerkers, die moeten worden geacht een gelijkwaardige inbreng in de praktijkvoering te leveren”.

Volgens collega Zwartendijk onderhoudt de K.N.M.G. voldoende contact met andere instanties op het brede terrein van de gezondheidszorg. Daarbij tekent hij aan, dat veel leden van de Maatschappij niet in de gelegenheid zijn zich een oordeel te vormen over hetgeen op bestuursniveau plaats vindt: „Het geheim houden van wat er in bestuursvergaderingen omgaat is uit de tijd, de leden zouden als toehoorder toegang moeten hebben, ten opzichte van de pers is enige restrictie op dit punt wel aanvaardbaar”.

Collega Zwartendijk zou als hoofdbestuur lid veel taken willen delegeren: „Zo zou moeten worden bevorderd dat afdelingsbesturen, meer dan tot dusver gebruikelijk is, corrigerend optreden ten opzichte van falende collegae, of ten opzichte van een vaak veeleisend publiek, in geval van onjuiste beschuldigingen, artsen in bescherming nemen. De K.N.M.G. zou zich in dergelijke gevallen wat meer tegen het publiek kunnen uitspreken. Dat publiek heeft toch ook zijn eigen verantwoordelijkheid. Bijvoorbeeld bij kwesties rondom de zondagsdienst is de huisarts meestal bij voorbaat de schuldige volgens de publieke opinie. Dit is een van de kanten, welke het huisartsvak wat minder aantrekkelijk maken. Wellicht dat psychologische begeleiding op dit punt tot enige verbetering van de situatie zou kunnen leiden”. Al bij al blijft collega Zwartendijk wat pessimistisch gestemd over de toekomstige mogelijkheden van de huisartsgeneeskunde.

Ondanks zijn in het algemeen nogal milde stellingname gaat collega Zwartendijk er van uit, dat men het individu niet te veel moet sparen indien blijkt dat het bewust fouten maakt. Hij vindt dat de K.N.M.G. te veel geneigd is haar leden in bescherming te nemen: „Liefde als dekmantel is geen remedie, dat wordt in tegenstelling tot de K.N.M.G. ook niet toegepast door de „kritische artsen”, die als beweging een gunstig verschijnsel vormen, zij maken hopelijk wat wakker, wat wij al lang sluimerend hebben gehouden”, aldus collega Zwartendijk, die blijkens de Beschrijvingsbrief voor de 158ste Algemene Vergadering de wens te kennen heeft gegeven alleen in aanmerking te willen komen voor de vacature in het hoofdbestuur welke ontstaat door het tussentijds aftreden op 31 december a.s. van de huidige voorzitter Prof. Dr. Th. Vossenaar, hetgeen betekent, dat een eventueel bestuurslidmaatschap voor deze kandidaat voorlopig slechts geldt voor twee jaar.

# DIAGNOSE

**Door Dr. F. Grewel**

Het redactionele artikel „Diagnose” van de hand van de hoofdredacteur van Medisch Contact, in M.C. nr. 30/1971, blz. 789, geeft mij aanleiding tot de volgende opmerkingen.

De geneeskunde is een exact feitenvak; feiten, verschijnselen, medische technieken hebben hun termen, die zo scherp mogelijk zijn omschreven. Elke vakterminologie moet „exact” zijn, dat wil zeggen exact voor die tak van wetenschap: „... das Unexakte erreicht sein Ziel nicht so vollkommen wie das Exakte” (Wittgenstein, Philosophische Untersuchungen, 88). Het is daartegenover tegenwoordig mode, essayistisch over wetenschappelijke onderwerpen te causeren. De wetenschap echter, ook de medische, heeft scherpe begripsvorming, scherpe formuleringen, duidelijke terminologie nodig, geen vage beschouwingen. Dat geldt ook voor de term „diagnose”.

Over diagnose en diagnostiek kan men allerlei bespiegelingen houden, maar die moeten van wetenschappelijke aard zijn, wetenschapstheoretisch, eventueel linguïstisch. Men moet er van uitgaan dat het stellen van een medische diagnose betekent: uit de verschijnselen de aard van de ziekte, dat *is* de ziekte, vast te stellen — eventueel met haar oorzaken, maar desnoods zonder die te kennen; eventueel met haar pathologische anatomie etc., maar zo nodig ook daarzonder. Dat eerste geldt bijvoorbeeld voor carcinoom, waarvan wij veelal de reeks van oorzaken niet overzien. Dat doet ons op onze hoede zijn: al kent men de pathologie niet, dan sluit dit organische oorzaken niet uit (de diagnose hysterie, weet men al lang, wordt niet gesteld bij gebrek aan beter).

Bij diagnostiek te spreken van een „gewenste” en een „ongewenste” gang van zaken is volkomen overbodig. Ziekte betekent namelijk een biologische toestand, die niet normaal-fysiologisch is. In zoverre als bij de reactie van het lichaam afweermechanismen optreden, kan men deze als de „gewenste” gang van zaken beschouwen; de arts vindt het dan een veeg teken als de patiënt niet de nodige ziekteverschijnselen opbrengt. Om kort te gaan, in dit verband van gewenste en ongewenste gang van zaken te spreken werkt slechts vertroebelend. Bovendien, ook wat de symptomen betreft is men er niet met „gewenst” of „ongewenst”. De patiënt die een lichaamsdeel niet kan bewegen door een fractuur, heeft geen gewenst, door hem gewenst, verschijnsel, maar zijn arts kan die immobiliteit gedurende zekere tijd nuttig of nodig vinden. De diagnose fractuur, scarlatina, ulcus ventriculi heeft niets te maken met

een al dan niet gewenste gang van zaken; het is telkens de vaststelling van een feit, of van een reeks biologische feiten.

De werkelijke medische opgave is dan ook wel degelijk, vast te stellen wat Weyel in leken termen aanduidt als „wat de patiënt heeft”, wetenschappelijk gesproken: welk ziekteproces, welke ziekelijke toestand in het spel is. Waarover de patiënt klaagt dat is een geheel andere of gedeeltelijk andere kwestie. Een goede arts zal zich zeker vergewissen van de klachten van de patiënt. Voor de diagnostiek is het even belangrijk voor de arts te weten, waarom en waarover de patiënt klaagt (een natuurlijke biologische reactie) als waarom sommige patiënten niet klagen, waarom sommige ziekten zonder klachten verlopen en zelfs met een bedriegelijke euforie gepaard kunnen gaan. De werkelijke probleemstelling bij een artsenoordeel is dus: „lijdt” de patiënt aan een ziekte — zelfs al lijdt hij niet — en zo ja, welke. Dit zijn de grondbeginselen van de medische diagnostiek. Zou de preventieve geneeskunde met haar regelmatige controle op tbc, hypertensie enz., zou de controle van zwangeren tijdens de graviditeit, zou dat alles zin hebben, als de verantwoordelijke, de deskundige medici niet wisten dat er zo veel ziekte bestaat vóór er klachten zijn?

Als Pflanz poneert, dat de diagnose een beraadslaging van arts en patiënt is over de *oorzaak* van de ziekte, is dat een wereldvreemde constructie. Diagnose is geen beraadslaging van de arts met een leek, die veelal van toeten noch blazen weet, op medisch gebied. De oorzaak behoeft, als gezegd, niet bekend te zijn (daar gelaten dat het begrip „oorzaak” hier ook al ouderwets is). Dat de diagnose een middel zou zijn tot elkaar begrijpen is een gemeenplaats, maar een platte. Moet de patiënt de arts „begrijpen”, zo ja, in welk opzicht? Zeer ontwikkelde niet-artsen staan vaak geheel onbegrijpend tegenover onze diagnose, die hun menigmaal niets zegt. Dat is begrijpelijk; immers de studie der geneeskunde, van de basisvakken, de symptomatologie en de wetenschappelijke diagnostiek, vereist vele jaren stage studie onder deskundige leiding van vele leermeesters. De niet-geschoolde psycholoog, maatschappelijke „instelling” (?) of de niet-medische staf van een inrichting kan de diagnosen dan ook niet volledig „begrijpen”. De communicatie (ook een modern essay-woord) van de behandelende (diagnosticerende) arts heeft dan ook niet plaats met ziekenfonds of bedrijf (wat hem verboden is!), die door de schrijver als „maatschappelijke instellingen” worden beschouwd, maar met de artsen die daaraan zijn

verbonden, die de diagnose en haar draagwijdte wel kunnen begripen.

Een werkelijke diagnose dient om een ziekte te rubriceren. Ze is niet afhankelijk van een niet-medisch doel, waarvoor ze kan worden gebruikt. Primitieve aanduidingen als „verkoudheid” of ziekte der ademhalingswegen, reumatische aandoening, overspanning of overwerktheid en zenuwen, worden wel opgegeven en ze verschijnen dan ook in statistieken, sociologische studies etc. Het zijn echter geen diagnoses, neen, ze camoufleren de wezenlijke diagnoses. Daarom zijn ze medisch-wetenschappelijk van weinig waarde en de studies die daarop berusten kunnen belangwekkend zijn voor wat maatschappelijke verhoudingen betreft, eventueel iets vertellen over de artsen die zulke grondslagen voor ziekteverzuim laten gelden of moeten laten gelden, maar ze berusten niet op diagnoses, hoogstens op pseudo-diagnosen. Dat maatschappelijke situaties in het medisch handelen tegenover de patiënt een rol spelen, is bekend genoeg, maar het heeft niets met diagnostiek te maken, wat de beoordeling door de arts van die en die patiënt betreft. Natuurlijk zijn er honderden factoren, maatschappelijke factoren, die pathogeen zijn; chemische, mechanische, infectieuze, nutritieve, anti-fysiologische (werken aan een te snelle band bijvoorbeeld; monotoon werk), maar zij zijn op zichzelf niet „de” diagnose. Omgekeerd zijn er vele licht neurotische (aangenomen dat men weet wat dat is) en pseudo-neurotische klachten, reacties van individuen die men *niet* als ziekten kan beschouwen, zodat de klager geen patiënt is. Met tautologieën komt men hier niet verder. Als in een redactioneel openingsartikel in Medisch Contact wordt geformuleerd, dat de „ware” (sic; what is truth?) klacht van de zware roker is dat hij het roken niet kan laten, is dat een onbegrijpelijke uitspraak. Hij *laät* het roken niet; dat is hetzelfde als „het niet kunnen laten”. Maar afgezien hiervan en van andere overwegingen: „zware roker” is geen diagnose: „roken” is geen diagnose, „zwaar roken” evenmin.

Er is veel, óók een mode, dat als nieuwe inzichten in de geneeskunde wordt aangeboden en dat vanouds bekend is. Dat geldt voor de samenhang tussen ziekte (en dus diagnose) en sociale „structuur”. De schepeling die scheurbuik kreeg tijdens de zeereis, was ook het slachtoffer van de o.a. sociale aspecten van de maatschappijvorm die die scheepvaart had. Rachitis bij kinderen, vormen van vetzucht, levercirrhose, lood-, kwik- en mangaanvergiftiging, potatorium, keteldooftheid, bepaalde vormen van carcinoom — in de medische diagnostiek heeft men aan sociale, sociogene beroepsfactoren van oudsher betekenis toegekend. De gevolgen van sociale verhoudingen op allerlei biologische verschijnselen kent men al zolang; wie heeft het verhaal verzonnen dat dit nieuwe inzichten zouden zijn? Integendeel; door daarbij te psychologiseren verdoezelt men juist nu de wezenlijke grove pathogene factoren. Dat geldt ook voor de bewering, dat de geneeskunde zich eenzijdig ontwikkeld heeft; dat is toch werkelijk moeilijk vol te houden. In deze tijd nog te beweren

dat de artsen psychologische factoren miskennen, is een paradox. Dat daarbij een goede arts altijd vreest somatische afwijkingen over het hoofd te zien, kan hem slechts als deugd worden toegerekend. In het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde heb ik voor jaren eens een opsomming gegeven van wat mij als psychiater aan somatische ziekten was toegestuurd onder de verdenking van een psychiatrisch lijden. Praktisch de gehele geneeskundige diagnostiek kwam daarin voor. Elke arts moet allereerst een goede dokter, een goed somaticus vooral ook, blijven.

Een gevaar is het ook, van het psycho-sociale vlak (wat betekent dat nu wezenlijk?) te spreken. Waren de problematiek van de 16-urige arbeidsdag, van het niet-fysiologische tempo van de machine welks aanhangsel de arbeider kan zijn, van huisarbeid, van kinderarbeid, geen „psycho-sociale” problemen? De huidige tijd kent er ook vele, die vaak duidelijk onderkend zijn. Het is oud nieuws. Het gaat bij de diagnose om feitelijkheden. Wat men echter aan feitelijkheid kan bedoelen door te spreken van de psychische „werkelijkheid”, is mij onduidelijk. Daarin spreekt een verouderde metafysica mee, waarbij de „psyche” als iets even „werkelijks” wordt beschouwd als het soma. „Decompensatie” is daarbij ook een allegorie; psychische „overbelasting” vraagt nauwkeurig toetsen van wat men zegt, wat men bedoelt. Een moderne medische (en psychologische) linguïstiek zou geen overdaad zijn en ons kunnen vrijwaren van vage „begrippen”.

Als de auteur tenslotte zover komt te beweren, dat ziek worden een nieuwe „vluchtweg” is, naast kunst (?; de scheppende kunsten bijvoorbeeld?),

### **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.



mystiek(?) en misdaad (sic; heeft de schrijver wel eens kennis genomen van sociale en economische factoren in wat in een bepaalde maatschappij crimineel wordt genoemd, van het probleem van misdaad als sociale rubricering, van de economische factoren die iemand mede tot misdadiger in onze maatschappij maken; heeft hij wel eens van Bonger gehoord, weet hij wat criminologie inhoudt?), als de auteur zover gaat, wordt de lezer huiverig. Ten eerste om wat er bedoeld wordt; in werkelijkheid leert de geschiedenis der geneeskunde dat „vlucht in de ziekte” al heel oud is; de hysterie kent er een uitgebreide scala van, sinds oude tijden. Hoe ver staat men af van de werkelijkheid als men meent dat er na de klachten van degenen die de arts bezoeken een „medische diagnose” uit de bus komt rollen. Evenmin als elke klacht is iedere reactie van een mens „ziekelijk”, ook al is ze sterk. Hevige rouw, hevige woede, machteloosheidsgevoel, walging, vallen binnen de normale menselijke reacties. Zo zijn ook klagen en niet-aanpassen (een belangrijk menselijk vermogen n'en déplaie adaptatie-aanhangers), niet-willen, lijdelijk verzet, zich onttrekken aan onverdragelijke omstandigheden, *normale* biologische verschijnselen, ook in onze maatschappij. De arts die dit alles gauw als ziekelijk bestempelt, als neurotisch etiketteert, is gevaarlijk omdat hij niet de mensen maar de eisen van de huidige maatschappij laat prevaleren; even gevaarlijk is degene die dit alles bagatelliseert en als „vluchtwegen” bestempelt.

In elk geval: het is niet de klager die beslist of en dat hij patiënt is, maar de arts stelt dat vast. Gelukkig maar, dat er zovele klagers door hun arts(en) kunnen worden overtuigd dat ze géén patiënt zijn, dat er géén ziekte in het spel is, dat er geen medische (let wel: medische) diagnose is. En hebben wij de patiënten niet opgevoed intijds met hun klachten te komen? Was dat soms fout; is de arts dan niet de vertrouwensman die de klagende, de onzekere, de angstige of bezorgde ook kan geruststellen en de zekerheid geeft dat er géén „diagnose” in het spel is? Het is juist van belang dat dit zo blijft, dat de arts steeds beseft dat niet ieder die hem komt consulteren dáárom patiënt is. Hij moet het ziek zijn van de raadvragende beamen of uitsluiten. Een diagnose eerst maakt de klager tot patiënt (of bijvoorbeeld tot de moeder van een patiëntje). Patiënt is men eerst na de vaststelling van vondsten door een arts. Als in een studie van een aantal jaren geleden („From Person to Patient”) werd gesteld dat men patiënt is zodra men de drempel van de polikliniek of van de wachtkamer van de arts overschrijdt en eventueel door de sociale werkster wordt geregistreerd en ondervraagd (wie laat de medische ondervraging aan

een leek over?), is dit onjuist. Patiënt is men eerst als de dokter dat vindt. Het is de arts die de diagnose moet stellen. Psycholoog, socioloog, biochemicus leveren bijdragen die wij niet meer kunnen missen. Maar niet elke positieve reactie van Wassermann betekent lues; de thermometer die bij een kind dat zo juist buiten gespeeld heeft „verhoogde temperatuur” aangeeft kan de arts niet vervangen. Psychologisch onderzoek kan de deskundige arts niet uitsluiten. Een „traumatische” jeugdanamnese, door leken geconstrueerd, kan de arts niet nopen een psychische abnormaliteit aan te nemen. Teamwork mag nodig zijn, neen: is nodig; de diagnostiek, de diagnose in *dit* geval bij *die* mens op *dat* bepaalde ogenblik, dat blijft de taak, de opgave van de arts, die haar niet kan delegeren.

De arts kent feiten, die leken niet kennen. De arts kent samenhangen en voorwaardereeksen, die anderen niet kunnen overzien. De arts heeft geleerd diagnostisch en differentiaal-diagnostisch te denken. Hij weet het voor en het tegen van een bepaalde diagnose af te wegen. Hij weet dat als deze ziekte in het spel zou zijn, dat symptoom obligaats zou moeten worden vastgesteld; een bepaalde combinatie van verschijnselen kan hierbij en daarbij voorkomen. Dat heeft men hem geleerd in zijn opleiding en dat wordt hij verwacht te hebben bijgehouden en aangevuld. Pseudo-diagnosen bevredigen de patiënt of niet-patiënt die ze „begrijpt”: kou, griep, reumatiek, overwerkt. Het zijn zoethoudertjes voor de leek, rubriceringen voor statistici en „maatschappelijke instellingen”, maar geen diagnosen. Ze bevredigen de arts niet. Hij is eerst tevreden als er een echte diagnose is. Vaak is dat niet te realiseren; de arts weet dat. Hij kijkt uit, hij volgt het verloop; hij is op zijn hoede, omdat er sprake zou kunnen zijn van ontwikkelingen die wel een wezenlijke diagnose doen stellen. Een medische diagnose dan, als wetenschappelijke conclusie van de vakman op grond van zijn waarnemingen. Pseudo-diepzinnigheid over gewenst of ongewenst, over klagen van de lijder of over raadslaging met deze, voeren op een dwaalspoor.

Dat de praktizerende arts een goede dokter moet wezen voor zijn patiënten en geen computer, is dat nieuws? Zijn de artsen niet ook daarin opgevoed door hun leermeesters aan „het” ziekbed, dat wil zeggen bij honderden zieken? Moeten zij, zij die in het praktische werk bezig zijn, dat sinds jaar en dag horen van buitenstaanders, vaak papieren dokters? Maar dit zijn alles andere zaken dan de diagnostiek. Diagnosen is wat de medicus-vakman nastreeft. De medische diagnose, als wetenschappelijke conclusie van de deskundige. Daarop baseert hij zijn verder handelen. Op zijn diagnose — sans phrases.

# Twaalfde Apeldoornse Artsendag

Traditiegetrouw is vorige week zaterdag onder auspiciën van het Nederlands Huisartsen Genootschap, Centrum Apeldoorn, en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, afdeling Apeldoorn en Omstreken weer de jaarlijkse Apeldoornse Artsendag gehouden. Deze Twaalfde Apeldoornse Artsendag, waarvoor de belangstelling ( $\pm$  250 deelnemers) enorm was, had de vorm van een symposium, gewijd aan het thema „Ongezien lijden”. Zoals eerder in Medisch Contact werd gemeld was bij deze probleemstelling de commissie ter voorbereiding van artsencursussen te Apeldoorn uitgegaan van de overweging dat bij hulpverlening aan een patiënt in lichamelijke, geestelijke of maatschappelijke nood bepaalde aspecten onopgemerkt blijven, hetgeen niet zelden reden tot nieuw, ongezien lijden is.

Op enkele belangrijke oorzaken van ongezien lijden is op de Twaalfde Apeldoornse Artsendag van medische, sociologische en pastorale zijde nader ingegaan. Zo hield een viertal inleiders referaten waarbij werd uitgegaan vanuit voorshands betrokken „stellingen”. De eerste spreker, G. van der Most, arts, voorheen directeur-geneesheer van Huis „Maria-Roepaan” in Ottersum, een inrichting voor geestelijk gehandicapte kinderen stelde de problematiek van en rondom het mongooltje centraal. Hij behandelde onder meer de verhouding van het mongooltje en het gezin en de psychopathologie welke zich daarbij zoal pleegt voor te doen. Hij ging nader in op de alternatieve overwegingen: men moet een meer ernstig zwakzinnig kind direct na de geboorte al in een inrichting opnemen, of zo lang mogelijk thuis houden; en voorts: zwakzinnigheid is veelal erfelijk of bijna nooit erfelijk. Bovendien stelde de heer Van der Most: Aetiologie en pathogenese van met chromosoom-afwijkingen gepaard gaande vormen van zwakzinnigheid moeten streng worden gescheiden; en: Overrijping van zygoten kan aanleiding zijn tot het ontstaan van zwakzinnigheid.

De revalidatie-arts A. Verkuyl, directeur-geneesheer van het revalidatiecentrum „De Hoogstraat” te Leersum, schetste „De stuntelige dokter” en stelde achtereenvolgens: Er zijn vele factoren, die een echt menselijk contact tussen arts en patiënt belemmeren; het verwijzingsproces is een ingewikkeld intrapsychisch gebeuren bij de arts; en: vele patiënten moeten tot de categorie van de ongewenst geachten worden gerekend.

De theoloog Dr. P. O. J. van der Klei, o.f.m., pastor voor klinisch pastorale vorming in het St. Radboud-ziekenhuis te Nijmegen, sprak over „Presbyterogeen lijden”. Deze spreker ging uit van de volgende stellingen: 1. In vele pastores (zoals in vele artsen) zijn de consequenties van een niet meer te hanteren dualistische mensbeschouwing allerm minst verdwenen; 2. Uit de tijd van een autoritair pastoraat, dat o.a. was gekenmerkt door grote uni-

formiteit, hebben sommige pastores overgehouden, dat ze vaak generaliseren en dus een mens onvoldoende als unieke persoon beluisteren; 3. Een dogmatische houding, die doorgaans uit angst voortkomt, staat in flagrante tegenstelling tot de „empathie”, die nodig is om een communicatierelatie tot stand te brengen.

Tenslotte was daar nog de socioloog Dr. H. P. Millikowski, wetenschappelijk hoofdmedewerker aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Amsterdamse Gemeente-Universiteit, die — sprekend over „de patiënt als dokter” — tot de conclusie kwam dat: 1. De arts zijn patiënt nog te weinig ziet als zijn bondgenoot; 2. De samenleving de arts min of meer aanvaardt als een onaantastbare magische grootheid, de arts op zijn beurt hetzelfde doet met de samenleving, waardoor arts en samenleving door een zinsbegoocheling elkaar helpen bij het in stand houden van hun status quo; 3. Veel lijden verborgen blijft, doordat de arts de dynamiek van de samenleving niet kent of de gevolgen van die dynamiek voor de gezondheid van de betrokkene over het hoofd ziet; 4. De mogelijkheid om kinderen van nul jaar af voor een aantal uren per dag aan een crèche toe te vertrouwen, de somatische, psychische en sociale ontplooiing van ouder en kind zal kunnen bevorderen.

---

## Utrechtse medische faculteit ongerust over (on)bevoegdheid aanstaande assistent-artsen

Laat in de middag op 14 september 1971 heeft de Faculteit der geneeskunde van de Rijksuniversiteit van Utrecht het volgende telegram verzonden aan de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne:

„Het bestuur van de Faculteit der geneeskunde van de Rijksuniversiteit te Utrecht deelt Uwe Excellentie mede, dat op vrijdag 1 oktober 1971 de eerste assistent-artsexamens zullen worden afgenomen. Aangezien van ministeriële zijde het wetsontwerp, regelende de bevoegdheid van de assistent-arts, ondanks herhaald verzoek, pas na veel uitstel is ingediend, zullen de geslaagde examinandi, indien zij het zevende studiejaar gaan volgen, zonder bevoegdheid de geneeskunde moeten uitoefenen. Uitstel van hun tewerkstelling in het kader van hun opleiding is zowel wegens verlenging van de studieduur als met het oog op het huidige artsen-tekort onverantwoord. Het faculteitsbestuur mist de wettelijke mogelijkheden om hierin te voorzien. Het vraagt mitsdien van Uwe Excellentie per ommekeer te bevestigen, dat u de verantwoordelijkheid voor deze situatie op u neemt, opdat assistent-artsen, hun opleiders en de faculteit hiervan gevrijwaard worden.”

# De „geestelijke verzieking” van het Nederlandse volk

Antwoord van Dr. Meindert J. W. de Groot  
aan Prof. Dr. C. J. B. J. Trimbos

In Medisch Contact van 27 augustus jl. (M.C. nr. 34/1971, blz. 887) heeft professor Trimbos op een wel zeer emotionele wijze gereageerd op mijn artikel „De „geestelijke verzieking” van het Nederlandse volk: slogan of realiteit?”, welk artikel enkele weken eerder in dit tijdschrift was verschenen (M.C. nr. 31/1971, blz. 815). Wellicht heb ik hem daar reden toe gegeven. Niettemin betreur ik de wijze waarop hij reageert. De zaak waar het om gaat is er niet mee gediend en zijn verweer heeft erdoor aan waardigheid ingeboet. Zo zegt professor Trimbos zelden of nooit met zoveel tegenzin aan een artikel te zijn begonnen, een artikel dat hem is opgedrongen en dat hem verplicht de rol te spelen van de onderwijzer die met een rood potlood een slecht opstel corrigeert. Mij dunkt dat het onverstandig van hem is geweest zich met een dergelijke denigrerende uitspraak zozeer in de kaart te laten kijken. Onverstandig, omdat het nu voor iedereen duidelijk is, hoezeer hij zich door zijn boosheid heeft laten meeslepen; onverstandig ook, omdat hij met een zo totale afwijzing van mijn betoog wel heel erg in de tocht is komen te staan. Want wat is het geval? Reeds onmiddellijk na het verschijnen van het artikel bereikten mij van diverse gezaghebbende zijden blikken van waardering en instemming. Daaronder zijn er ook afkomstig van psychiaters. Persoonlijk hoop ik ernstig dat deze en andere reacties niet in de privé-sfeer zullen blijven. Alleen een openbare gedachtenwisseling kan de oplossing van het vraagstuk ten goede komen. Gezien de vele ook nadien nog bij mij binnengekomen blikken van adhesie laat het zich aanzien, dat professor Trimbos bij publicatie van deze en andere reacties nog heel wat „slechte opstellen te corrigeren zal krijgen”. Komen wij thans ter zake en gaan wij in op wat professor Trimbos „donquichotterie” noemt.

Windmolen 1. „Met de beste wil van de wereld”, aldus mijn opponent, „bespeur ik bij niemand in ons land de paniek of het alarm die Dr. De Groot als uitgangspunt van zijn betoog neemt”. Ik zou hier kunnen volstaan met een terugverwijzing naar mijn artikel, maar ik zal professor Trimbos ter wille zijn door althans één citaat daaruit te herhalen: „Als moderne onderzoeken hebben aangetoond dat nu reeds 20-25% van de mensen nog slechts ernstig gestoord kunnen functioneren, hoe moet het dan worden als wij binnen niet al te lange tijd met nog dieper ingrijpende maatschappelijke veranderingen te maken krijgen” (Wiardi Beckman Stichting, 1970). Dit is slechts een van de vele uitingen van verontrusting, maar professor Trimbos „be-

speurt met de beste wil van de wereld niets van paniek of alarm”.

Windmolen 2. „Bij mijn weten”, aldus professor Trimbos, „heeft niemand van de door Dr. De Groot genoemde sprekers en schrijvers het gehad over een *toename* van de omvang (deze en volgende cursiveringen zijn van mij, d.G.), maar over die *omvang alleen*”. Wéér zou ik kunnen volstaan met een verwijzing naar het oorspronkelijke stuk, maar wéér zal ik het professor Trimbos gemakkelijk maken; ditmaal door het aanhalen van voorbeelden uit zijn eigen oratie. Voor mij heeft deze keus het voordeel, dat ik dan meteen kan afrekenen met zijn bewering dat mijn hele betoog op een „reeks van aperte onjuistheden” berust. Om te beginnen wijst professor Trimbos er zelf in zijn rede op dat „velen menen dat ten gevolge van de sociale evolutie de omvang van de psychische gestoordheid *toeneemt*”. Tot die velen — die er blijkbaar dan toch zijn! — zegt professor Trimbos zelf niet te behoren. Maar intussen geeft hij in diezelfde oratie een reeks voorbeelden die de onmiskenbare bedoeling hebben zulk een toeneming waarschijnlijk te maken.

a. Het motto ontleend aan Cheyne. Naar aanleiding van mijn opmerking hierover zegt professor Trimbos: „Voor de goede lezer blijkt eruit, dat eigentijdse sociale veranderingen (toen al en nu nog) verantwoordelijk worden gesteld voor een *toename* van het *psychisch dysfunctioneren*”. Nu is hier altijd nog een „escape” mogelijk door te stellen, dat een toeneming van het psychisch dysfunctioneren nog geen toeneming betekent van „ziekte”. Maar voor professor Trimbos betekent het wel degelijk een toegenomen morbiditeit. Degenen die hieraan nog mochten twifelen, wil ik opmerkzaam maken op de passage op blz. 890, onderaan linker kolom, voorkomende in de reactie van collega Van Meurs op mijn artikel (M.C. nr. 34/1971).

b. Professor Trimbos constateert een *groei* van het beddenaantal per 1.000 van de bevolking, in psychiatrische inrichtingen. Zoals hij bij het vorige punt de term „toeneming” wist te omzeilen door van een „duidelijker naar voren komen” te spreken, geeft hij nu in zijn verweer de voorkeur aan een „vaststelling zonder conclusie”. Is *groei* dan geen *toeneming*? Deze voor hem nu wat pijnlijke conclusie laat hij voor rekening van de lezer.

c. De beddenbezetting. De omstandige wijze waarop professor Trimbos mij berispt over een onjuist gebruik van de term „redenatie”, moet, vrees ik, dienen om de aandacht af te leiden van zijn op dit punt wel erg zwakke verweer. Ik had namelijk bezwaar gemaakt tegen zijn opmerking, dat meer dan

de helft van het totale aantal ziekenbedden door psychisch zieke mensen wordt bezet. Ik blijf erbij dat deze op zich zelf juiste vaststelling in de context van het betoog een onoirbare suggestie inhoudt.

d. Citaat uit Jaarverslag Stichting Gezondheidszorg voor Delftse Studenten. Ik noemde het een „misleidende redenering” om de lezer hier alleen met de aan lichamelijke en geestelijke klachten bestede *tijd* te confronteren, zonder de *aantallen* te noemen waar het om gaat. De suggestie „hoe erg het toch wel is” zou daarmee aan kracht hebben kunnen inboeten. Na het lezen van het verweer van mijn opponent, die andermaal volstaat met het geven van informatie-versluitende percentages, ben ik alleen maar in mijn mening gesterkt.

e. Keuringen militaire dienst. Met mijn opmerking ter zake heb ik willen herinneren aan veranderingen in de afkeuringspercentages als gevolg van gewijzigde behoeften, normen en keuringseisen. Het spijt mij, dat dit voor professor Trimbos onvoldoende duidelijk is geweest.

f. Op de onderzoeken in Nederlandse huisartsenpraktijken ben ik inderdaad niet ingegaan. De reden daarvan was geen andere dan dat ik mij moest beperken. Met professor Trimbos vind ik het nu al een „lang betoog”. Bij die beperking heb ik onder meer overwogen, dat de uitkomsten van praktijkanalyses bezwaarlijk als representatief kunnen worden aangemerkt voor de geestelijke (on)gezondheid van het gehele volk. Professor Trimbos’ verwijt doet hier wat vreemd aan, waar hij zelf in zijn oratie de waarschuwing laat horen de ogen niet te sluiten voor de beperkte validiteit van de resultaten van epidemiologisch onderzoek in huisartsenpraktijken. Op het belangwekkend onderzoek van Giel en Le Nobel: „Psychische stoornissen in een Nederlands dorp” werd ik te elfder ure nog eens door de Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid geattendeerd. De kopij van mijn artikel was toen al ingezonden en het is mij niet gelukt door middel van een kleine aanvulling op de tekst alsnog op adequate wijze van dit onderzoek gewag te maken. Als professor Trimbos wegens het niet noemen van de sub f bedoelde publikaties boze opzet en kwade trouw bij mij veronderstelt — „Dergelijke gegevens passen niet in zijn betoog” — dan tekent dit hem alleen maar als een slechte verliezer.

g. De verwijzing naar Diethelm. Professor Trimbos signaleert hier een van mijn „aperte onjuistheden”. „Ik beroep mij *niet* op Diethelm”, zo zegt hij. Het antwoord is hier al bijzonder eenvoudig: als men pagina 13 van zijn oratie opslaat, dat staat daar onder aan de bladzijde: „Inmiddels zijn in Engeland, Scandinavië, Canada en de Verenigde Staten groot opgezette psychiatrisch-epidemiologische onderzoeken op gang gekomen<sup>21</sup>.” Het cijfer 21 aan het slot van deze zin verwijst in de literatuurlijst naar O. Diethelm. Daaronder wordt opgemerkt, dat ook de bekende Engelse studie van Taylor en Chave (1964) een goed overzicht bevat. Het is inderdaad een omissie van mijn kant deze aanvulling op literatuuropgave 21 niet te hebben vermeld.

Professor Trimbos laat hier onmiddellijk weer een ander verwijt op volgen, ditmaal van een heel wat ernstiger karakter. Ik zou namelijk hebben nagelaten zijn conclusie te noemen, waarin hij stelt „dat de in de onderzoeken genoemde hoge percentages psychopathologie niet veel meer zeggen dan dat ieder van ons wel eens *verkouden* is”. Inderdaad een ernstig verwijt, zulks temeer omdat het in deze uitspraak even lijkt alsof wij het eens zijn met elkaar. Ik wil mijn fout hier graag herstellen, maar stel er dan wel prijs op de conclusie van professor Trimbos in zijn geheel te geven; dat wil zeggen inclusief het voor mijn betoog juist zo essentiële tweede deel, dat professor Trimbos in zijn verweer heeft weggelaten: „Maar wat deze studies sociaal-psychiatrisch zo belangrijk maakt, is de conclusie dat een *kwart* tot een *viijde* van de onderzochte volwassenen uit een willekeurige popularie zo *ernstig gestoord* blijkt te zijn, dat zij nog slechts op *deficiente wijze* in hun diverse levensgebieden kunnen *functioneren*”.

Ten slotte nog dit: ik wil graag op gezag van professor Trimbos aannemen, dat de term „sociose” reeds vóór mij door professor Van den Berg in zijn oratie en in zijn „Metabologica” is gebruikt. Dit winstpunt gun ik mijn opponent graag; er blijft dan althans één „aperte onjuistheid” mijnerzijds staan.

#### Antwoord aan collega J. H. van Meurs

Collega Van Meurs ben ik erkentelijk voor zijn aanvullende informaties in M.C. nr. 34/1971, blz. 889, met betrekking tot het werk van Kornhauser en Argyris enerzijds, en Hollingshead en Redlich anderzijds. Vooral zijn opmerking over de door deze onderzoekers gehanteerde ongezonderheidsmaatstaven past in het kader van mijn betoog.

Wat de vraag van collega Van Meurs betreft naar het door mij in de tabel achter Hollingshead vermelde jaartal, moet ik tot mijn spijt het antwoord schuldig blijven. De gehele tabel met jaartallen en gestoordeheidspercentages heb ik zonder nadere verificaties overgenomen uit het boek van Taylor en Chave: „Mental Health and Environment” (1964).

De beschouwingen van collega Van Meurs over annexionistische denkwijzen en een door inflatie van het ziektebegrip allengs breder geworden psychiatrisch arbeidsveld sluiten goed aan bij het in mijn artikel betoogde, evenals zijn opmerking dat men met de hantering van uiteenlopende ongezonderheids-criteria tot andere uitkomsten moet geraken. Wel zou ik willen opmerken, dat er mijns inziens geen inhoudelijke tegenstelling behoeft te bestaan tussen klinische en statistische gezondheidsbegrippen, al zal het veelal moeilijk zijn de kwalitatieve termen van onze klinische nosologie te vangen in statistisch verwerkbare omschrijvingen.

Volledig onderschrijf ik ten slotte de wens van collega Van Meurs dat de medische sociologen — bij voorkeur in samenwerking met epidemiologisch geschoolde artsen — nog eens dieper zullen ingaan op de diverse, met de interessen variërende ongezonderheidsbegrippen.

# Academische Raad over de doeleinden van het wetenschappelijk onderwijs

In zijn vergaderingen van 31 oktober 1970 en 8 mei 1971 heeft de Academische Raad zich beraaden over de doeleinden van het wetenschappelijk onderwijs in het bijzonder en van het tertiaire onderwijs in het algemeen. In de loop van dit overleg heeft de raad zich kunnen verenigen op onderstaande formuleringen, welke in hoofdzaak betrekking hebben op het wetenschappelijk onderwijs in traditionele zin, met name zoals dit wordt gezien als de taak van de Nederlandse universiteiten en hogescholen. De raad is van mening, dat de verhouding van dit onderwijs tot andere vormen van tertiair onderwijs nog nader moet worden doordacht. Niettemin acht hij het wenselijk enkele denkbeelden omtrent dit groter geheel reeds thans onder woorden te brengen. De formulering van de doelen is zo algemeen mogelijk gehouden. Het is duidelijk, dat op de onderscheiden niveaus van onderzoek en onderwijs zowel binnen de universiteiten en hogescholen als binnen het groter geheel van het tertiaire onderwijs nadere uitwerking en detaillering van taken noodzakelijk is. De raad heeft zich er rekenschap van gegeven, dat zijn gedachten historisch bepaald en in ontwikkeling begrepen zijn.

I. De instellingen van wetenschappelijk onderwijs beogen 1. het verzorgen van onderwijs; 2. het beoefenen van onderzoek.

Deze doeleinden behoren in nauwe betrekking tot elkaar te worden beschouwd en nagestreefd, ook al zal, naar gelang van de plaats der afzonderlijke personen in het proces van onderwijs en onderzoek zowel aan de kant van de docenten als van de studenten, de verhouding tussen beide elementen verschillend moeten zijn. Bij de verwezenlijking van de doeleinden van onderwijs en onderzoek zal de vrijheid als beginsel voorop moeten staan. Dit betekent, dat er aan de universiteiten en hogescholen geen plaats kan zijn voor enige vorm van indoctrinatie. Het betekent tevens dat er ruimte moet zijn om die terreinen van onderwijs en onderzoek te bestrijken, waaraan met het oog op de ontplooiing van de persoonlijkheid van docenten en studenten behoefte bestaat. De ontwikkeling van het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek zal hierbij evenwel uit de aard der zaak aan bepaalde grenzen zijn gebonden. Het beginsel van vrijheid dat in het voorafgaande als uitgangspunt werd genoemd, eist als complement de taak om via de processen van onderwijs en onderzoek de ontwikkeling van het maatschappelijk verantwoordelijkheidsbesef bij de leden van de universitaire gemeenschap te bevorderen. Tevens hoort het in dit verband tot de taak van de universiteiten en hogescholen om voor hun deel bij te dragen aan het tot stand brengen van optimale levensvoorwaar-

den voor de mens als individu en in maatschappelijk verband.

II. Nadere beschouwing van de taken op het gebied van het onderwijs en het onderzoek leidt tot de volgende specificering. De universiteiten en hogescholen dienen:

1. kennis over te dragen en inzicht te kweken met betrekking tot het door de studenten gekozen vakgebied, een en ander met inachtneming van de samenhang der wetenschappen;
2. methodisch en kritisch denken te bevorderen, zowel met betrekking tot de wetenschapsbeoefening als ten aanzien van de toepassing van de wetenschap in het maatschappelijk bestel;
3. voor te bereiden op de toepassing van wetenschappelijke kennis, inzicht en methoden in de praktijk van beroep en wetenschapsbeoefening;
4. te speuren naar de grondslagen van de werkelijkheid met betrekking tot de natuur, de mens, de cultuur en de maatschappij;
5. de bestaande wetenschappelijke kennis te verdiepen en te verbreden;
6. nieuwe wetenschap te creëren;
7. multidisciplinaire en interdisciplinaire wetenschappelijke benadering bij onderwijs en onderzoek te bevorderen;
8. gedifferentieerde studiemogelijkheden te scheppen;
9. zowel onderwijsbegeleiding als zuiver wetenschappelijk en op de praktijk betrokken onderzoek dat elders weinig of geen aandacht krijgt, te bevorderen.

III. Nadere beschouwing van de taken van de universiteiten en hogescholen op de gebieden van onderwijs en onderzoek, met name met het oog op hun verantwoordelijkheid voor het functioneren van de samenleving, leidt tot de volgende specificering. De universiteiten en hogescholen dienen:

1. mede zorg te dragen voor de opbouw van de samenleving. Met het oog hierop dienen zij ten aanzien van de maatschappijproblematiek wetenschappelijk ontmoetingscentrum en discussieplatform te zijn;
2. mede zorg te dragen voor en leiding te geven aan het post-academisch onderwijs. Deze taak dienen zij in het algemeen uit te oefenen in samenwerking met derden. Hierbij wordt onder post-academisch onderwijs verstaan: het onderwijs aan hen die met goed gevolg een afsluitend examen aan een instelling van wetenschappelijk onderwijs hebben af-

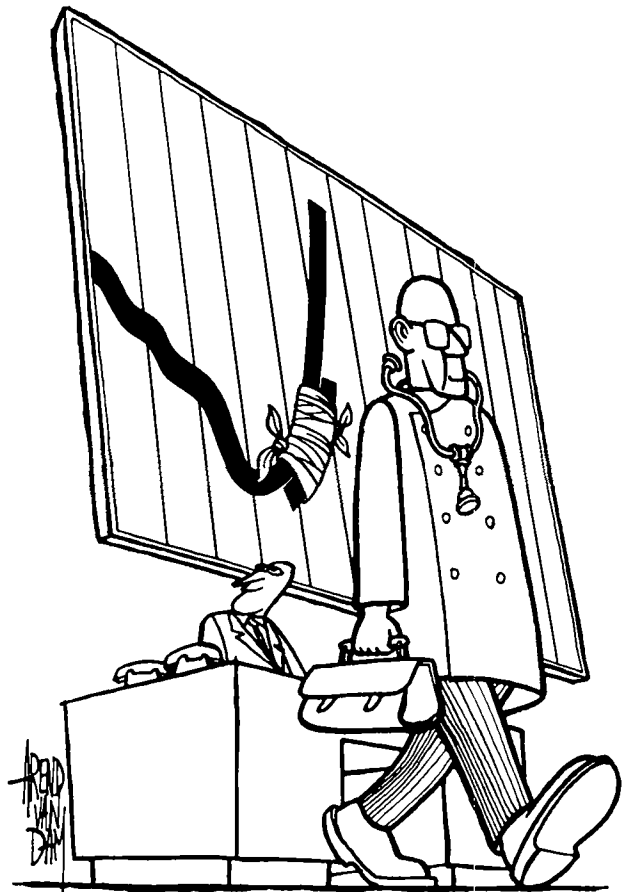
gelegd dan wel op andere wijze een vergelijkbaar niveau van kennis en inzicht hebben bereikt;

3. het wetenschappelijk verkeer en de samenwerking zowel tussen de universiteiten en hogescholen als met andere daartoe in aanmerking komende niet-universitaire, onderzoek beoefenende instellingen in binnen- en buitenland te bevorderen. In het bijzonder zoeken zij wegen om de mogelijkheden van wederzijdse uitwisseling van onderzoekers, docenten en studenten te vergroten.

IV. Met het oog op de verhoudingen binnen het groter geheel van het tertiaire onderwijs moeten in elk geval de volgende punten in acht worden genomen:

1. Bij de coördinatie van het tertiaire onderwijs dient een aparte plaats te blijven ingeruimd voor centra welke zich belasten met de opleiding van wetenschappelijke onderzoekers. Ten aanzien van de opleiding tot het vervullen van maatschappelijke betrekkingen behoren vergaande samenwerkings- en overgangsvormen tussen de instellingen van wetenschappelijk en beroepsonderwijs te worden ontwikkeld.

2. De instellingen van tertiair onderwijs dienen met gebruikmaking van de nieuwe mogelijkheden tot kennisoverdracht bij te dragen aan de ontwikkeling en begeleiding van brede lagen van de bevolking.



## RUSSISCHE ARTSENEED

Op 26 maart jl. vaardigde de Opperste Sovjet van de U.S.S.R. een besluit uit, waarbij de tekst van de Russische artseneed wordt vastgelegd. Van iedere arts in de Sovjet-Unie wordt gevorderd, dat hij of zij deze eed aflegt; voor afstuderende medici geldt hetzelfde. Dit meldt de J.A.M.A. van 9 augustus 1971. Daaraan is ook de hier volgende tekst van de Russische artseneed ontleend (de vertaling is van ons):

„Nu ik de verheven titel van arts mag gaan voeren en mij een loopbaan in de geneeskunst wacht, zweer ik plechtig:

„mij naar mijn beste weten en vermogen te wijden aan de verzorging en verbetering van de menselijke gezondheid en aan de behandeling en voorkoming van ziekte, en mij naar eer en geweten in te zetten overal waar het belang van de gemeenschap zulks vereist;

„mij altijd bereid te betonen om medische bij-

stand te verlenen, de patiënt met zorg en aandacht te behandelen en het beroepsgeheim te bewaren;

„bij voortduring mijn medische kennis en diagnostische en therapeutische kundigheden op een hoger peil te brengen en de medische wetenschap en de uitoefening van de geneeskunst door mijn inzet te schragen;

„mij, zo het belang van mijn patiënten zulks vergt, om raad en consult tot mijn beroepsgenoten te wenden en mij nimmer te onttrekken aan het geven van raad of hulp;

„de edele tradities van de geneeskunst in mijn land hoog te houden en tot ontplooiing te brengen, mij steeds te gedragen overeenkomstig de beginselen van de communistische leer, steeds mijn roeping als Sovjetarts en de grote verantwoordelijkheid die ik draag ten opzichte van volk en regering van de Sovjet-Unie in gedachten te bewaren.

„Ik zweer deze eed te houden, mijn leven lang.”

## **Contactadvertenties voor en door echtparen**

**Een N.I.S.S.O.-rapport**

### **1. Contactadvertenties**

In Vrij Nederland, Sextant Contact en in de zogenaamde sexbladen bevindt zich in elk nummer een aantal contactadvertenties, waarvan ongeveer 30% wordt geplaatst door echtparen die seksueel contact wensen met een ander echtpaar. In de sexbladen gaan deze advertenties soms vergezeld van foto's waarop de vrouw (en in mindere mate soms de man) geheel of gedeeltelijk naakt staat afgebeeld. In de meeste gevallen is het gezicht onherkenbaar.

### **2. Motieven tot het plaatsen van contactadvertenties bij echtparen**

Vele echtparen ontkennen, dat er in de contactadvertenties om seksueel contact zonder meer wordt gevraagd. De neiging bestaat om vriendschap voorop te stellen. Dit komt niet overeen met het gedrag, waarbij het zoeken van seksuele relaties het belangrijkste blijkt te zijn. Als redenen om advertenties te plaatsen, worden de volgende motiveringen genoemd: — regulering van buitenechtelijke relaties, zodat het huwelijk niet bedreigd wordt; — de behoefte aan afwisseling bij mannen en in mindere mate bij vrouwen; — seksuele verkoeling in het huwelijk; — behoefte aan seksuele stimulering. Daarnaast vinden we in enkele gevallen motieven als: — impotentie van de man; — bestrijding van hevige jaloeziegevoelens. In het algemeen wordt sterk gerationaliseerd bij de bespreking van motieven.

### **3. Aanleidingen tot het plaatsen van contactadvertenties**

Gevonden werden de volgende situationele factoren die het plaatsen van advertenties begunstigen: — kennis van het feit dat contactadvertenties bestaan; — het lezen van sexbladen; — het feit dat de N.V.S.H. een contactblad uitgeeft; — min of meer toevallig ontstane partnerruil; — buitenechtelijke relaties.

### **4. Mening en verwachtingen ten aanzien van partnerruil**

Bij het zoeken van seksuele relaties met anderen bestaat een heel systeem van regels en normen, die moeten worden gezien als beveiligingen van het huwelijk. Deze regels worden vaak al bedacht, zonder dat er van grote invloed sprake is geweest van andere echtparen die aan partnerruil doen. Deze re-

Het rapport „Kontaktadvertenties voor en door echtparen”, waarvan hiernaast een samenvatting wordt gegeven, doet verslag van een onderzoek dat in 1970 door het Instituut voor Psychologisch Marktonderzoek N.V. werd uitgevoerd in opdracht van het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek (N.I.S.S.O.). Het project werd gefinancierd door het Nationaal Fonds voor de Geestelijke Volksgezondheid. De leiding berustte bij Drs. D. Zeldenrust.

Het betreft hier een eerste explorerend onderzoek. Er werden 20 echtparen ondervraagd. Omdat het onderzoek het karakter van een eerste verkenning draagt, laten de uitkomsten geen algemeen geldende conclusies toe. Het ligt in de bedoeling die uitkomsten in een vervolgonderzoek nader uit te werken c.q. te toetsen.

gels worden in de loop van de tijd wel sterk bevestigd door de contacten met anderen.

De regels zijn: — de seksrelatie moet een relatie met een ander paar zijn, er moet sprake zijn van ruil;

— beide partners moeten het andere echtpaar aantrekkelijk vinden; wanneer slechts één van de twee seksueel contact wil, gaat het contact niet door; — er mag geen verliefdheid ontstaan (bij sommigen: geen diepere relatie); — er mogen geen afzonderlijke contacten plaats vinden, het echtpaar moet alles samen doen; — het eigenlijke seksuele contact moet apart plaats vinden (dus geen groepssex of seksueel contact van vier mensen in één kamer); — het huwelijk van beide partijen moet goed zijn; — geen sex op de eerste contactavond.

Bij de echtparen die meer ervaring krijgen met de partnerruil, is er een tendentie tot het vormen van de volgende meningen: — in geval van seksueel contact op de eerste kennismakingsavond gaat het later altijd mis; — langdurige contacten lukken niet;

— het selecteren is erg belangrijk; — het is verschrikkelijk moeilijk om een echtpaar te vinden dat aan alle eisen voldoet; — wie eenmaal aan partnerruil is begonnen, houdt er niet meer mee op.

Ten aanzien van het huwelijk vinden we de volgende opinies: — partnerruil is niet bedreigend voor het huwelijk, mits dit goed is; — partnerruil is stimulerend voor het huwelijk, speciaal ten aanzien van het

seksuele aspect. Deze laatste mening geldt zowel voor onervarenen als voor ervarenen.

### 5. Gedrag bij de partnerruil

Na selectie van de brieven op aspecten als afstand tot de woonplaats, leeftijd, schrijf- en taalfouten, worden afspraken gemaakt. Bij de eerste kennismaking wordt gepeild of men elkaar ligt („het moet klikken”) en of de verwachtingen overeenstemmen. Soms treedt seksueel contact op tijdens de eerste contactavond. Meestal beslist men na de eerste avond pas, of men verder contact wil. Opvallend is, dat het aantal contacten zonder seksueel contact veel en veel groter is dan het aantal contacten waarbij sex plaatsvindt. Partnerruil heeft het karakter van veelvuldig zoeken en weinig vinden.

Het seksuele contact bij de partnerruil wijkt vaak wat af van het contact in het eigen huwelijk. Het nieuwe van de situatie leidt tot sterkere spanningen, de vrouw heeft vaak meer orgasmen en ook de man zij het in mindere mate. Bij sommigen is er na het partnerruil-contact een duidelijke behoefte aan seksueel contact met de eigen partner. Onder invloed van de situatie ontstaat soms een seksueel contact waarbij de twee echtparen in één kamer blijven. Meestal wordt dit niet bevredigend gevonden. Jaloezie, schuldgevoel en verwijten treden weinig op. Pornografie speelt een zeer geringe rol bij de partnerruil.

### 6. Rol man-vrouw

De man heeft vaak een stimulerende rol in het eerste stadium waarin een echtpaar over partnerruil gaat denken. Na de eerste ervaringen verdwijnt zeer vaak de eventuele tegenzin bij de vrouw. De

vrouwen schijnen zelfs op den duur een vrij actieve rol te gaan spelen.

### 7. Partnerruil en kinderen

Meestal wordt de partnerruil voor de kinderen verzwegen en verborgen. Men ondervindt dit zelf als een onvolkomenheid, waar men geen oplossing voor heeft.

### 8. Anti-conceptie

Bijna alle vrouwen gebruiken de pil bij partnerruil en andere door advertenties tot stand gebrachte contacten. De anti-conceptie wordt niet als een probleem ervaren.

### 9. Geslachtsziekten

De kans op geslachtsziekten wordt onderkend. Men ziet de oplossing in het tijdig zoeken van medische hulp. Er is wel een weerstand tegen het hebben van contacten met echtparen die veel andere contacten onderhouden.

### 10. Andere vormen van partnerruil

Naast de grote groep adverteerders die partnerruil bedrijft, is er een groep die andere vormen zoekt. Over deze groep, die afgaande op de advertenties kleiner lijkt, levert het onderzoek weinig gegevens op. Men kan een indruk krijgen door het bestuderen van de contactadvertisenties. In de eerste plaats is er de groep die zogenaamde triovorming zoekt. Men zoekt dan een vrouw of man als derde. Meestal wil men dan ook seksueel contact in aanwezigheid van de derde partner. In de tweede plaats is er de groep die groepssex zoekt van meer dan drie mensen. Dit betreft de mensen die sexparties willen bijwonen waarbij groepssex wordt bedreven, die lid willen worden van zogenaamde sexclubs en dergelijke. In de derde plaats is er de groep die speciale seksuele bevrediging zoekt, zoals het uitwisselen van pornografisch materiaal, films en dergelijke en soms het elkaar schrijven van pornografische brieven. Verder komen hier alle denkbare variaties voor die men op seksueel gebied kan tegenkomen, sadistische en masochistische verlangens, contacten met dieren etc. Enkele van onze gevallen ontwikkelden zich vanuit de partnerruil naar andere vormen, zoals sexfeestjes (zonder groepssex) en naar groepssex of triovorming. Het is een interessante vraag, of hier van een wetmatigheid sprake is.

### 11. Typologie

Het onderzoek geeft geen enkele aanwijzing om aan te nemen dat partnerruil wordt bedreven door op een of andere wijze psychisch afwijkende mensen. Dit is ook alle andere onderzoekers op dit gebied opgevallen. Men kan hoogstens vermoeden, dat een zeker tekort aan contacten met andere mensen bij de adverteerders een rol speelt.

### Medische informatiekaart

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

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



# Wettelijke instemming nodig voor bouw ziekenhuizen

In het 13 september l.l. verschenen Staatsblad is een Koninklijk besluit opgenomen, waarbij enkele artikelen van de Wet ziekenhuisvoorzieningen in werking worden gesteld. Het directe gevolg hiervan is dat van deze datum af aan alleen met instemming van de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een ziekenhuis of ander soort van inrichting van gezondheidszorg mag worden gebouwd of verbouwd. Dit beleid zal steunen op de Beschikking ziekenhuiscommissies. Aangezien deze beschikking reeds een aantal jaren werkt, vroegen de meeste besturen van inrichtingen reeds instemming van de minister, alvorens over te gaan tot het bouwen of verbouwen. Tegen initiatiefnemers die deze weg niet bewandelden en wier plannen mogelijk niet altijd even doelmatig en sober waren, kon tot dusverre niet worden opgetreden. Vanaf heden is zulks wel het geval, omdat bouwen zonder toestemming voortaan strafbaar zal zijn.

Het geven van een wettelijke basis aan de ministeriële instemming krachtens de Beschikking ziekenhuiscommissie moet worden beschouwd als een overgangsmaatregel. De bedoeling is om hiermede te voorkomen dat zich ongewenste ontwikkelingen zouden voordoen tot het moment dat de Wet ziekenhuisvoorzieningen volledig kan gaan werken.

Dit laatste zal pas het geval kunnen zijn wanneer het door deze wet voorgeschreven landelijk ziekenhuisplan is vastgesteld en alsdan het daarmee verankerde systeem van verklaringen en vergunningen, af te geven door de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, zal worden ingevoerd. Aan de voorbereiding van dit landelijke plan wordt gewerkt. Het accent ligt daarbij voorlopig op de provincies, die op een nog nader vast te stellen tijdstip bij de minister een provinciaal ziekenhuisplan moeten indienen. Nadien zullen deze plannen worden samengevoegd tot één landelijk plan.

Het doel van deze wettelijke regeling is, zoals bekend, de bouw van ziekenhuizen en andere inrichtingen van gezondheidszorg te ordenen en te coördineren, waardoor in de toekomst een goed gespreid patroon van onderling op elkaar afgestemde voorzieningen zal ontstaan, terwijl tevens wordt bereikt dat de inrichtingen aan de te stellen kwaliteitseisen voldoen, zonder dat daarvoor onverantwoord hoge investeringen worden gepleegd. Op den duur zal daardoor iedereen in ons land mogen rekenen op een goede en direct bereikbare dienstverlening op dit terrein. Door het van kracht worden van de reeds genoemde overgangsmaatregel wordt aan de beoogde regulering van de bouw van inrichtingen van gezondheidszorg een eerste belangrijke aanzet gegeven.

De inrichtingen van gezondheidszorg zullen, blijken een mededeling van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, op korte termijn een nadere uiteen-

zetting ontvangen over de strekking en reikwijdte van met name artikel 29 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, alsmede van de te volgen procedure ter verkrijging van de ministeriële instemming voor de bouw.

---

## **Beperking toelating eerstejaars wettelijk ontoelaatbaar volgens minister De Brauw**

De lotingen, wachtlijsten en andere maatregelen, die verscheidene (sub)faculteiten de laatste tijd hebben afgekondigd om de gevreesde overvloed van eerstejaarsstudenten te keren, zijn onverenigbaar met de huidige wettelijke bepalingen en bovendien, door het gebrek aan landelijke coördinatie, onbillijk ten opzichte van de individuele student. Dit heeft minister De Brauw geschreven aan de universiteiten en hogescholen, in een brief, waarin hij deze instellingen met klem verzoekt „er niet aan te willen meewerken dat binnen uw instelling op een landelijk ongecoördineerde en niet op de wet gebaseerde wijze wordt vooruitgelopen op de aangekondigde wettelijke voorzieningen”. De minister wijst daarbij op de regeringsverklaring en het daarover gevoerde debat. De regering heeft zich bij die gelegenheid op het standpunt gesteld, dat een beperking van de toeloop tot het wetenschappelijk onderwijs waarschijnlijk onvermijdelijk is, maar dat een dergelijke beperking een wettelijke basis nodig heeft. „Alleen dan zal de individuele vraag naar wetenschappelijk onderwijs op aanvaardbare wijze in evenwicht kunnen worden gebracht met de vereisten, welke voortvloeien uit de verantwoordelijkheid van de faculteiten voor het onderwijs- en onderzoekniveau”, aldus de minister.

In zijn antwoord op de vragen, die het Tweede Kamerlid de heer Masman onlangs over dit onderwerp stelde, merkt de minister onder meer op, dat de oorzaak van de capaciteitsmoeilijkheden dieper zit dan in het optreden van incidentele knelpunten. „De koers van het beleid zal daarom niet op incidentele maatregelen worden gericht maar op structurele veranderingen.

Gezocht zal worden naar mogelijkheden om de verschillende processen in de faculteiten beter op elkaar af te stemmen. Bij voorrang zal een instrumentarium worden ontworpen om het geheel van die processen te kunnen beheersen”. In dit kader zal een zo spoedig mogelijk te treffen wettelijke voorziening tot tijdelijke regulering van de toelating van eindexaminandi tot de instellingen van wetenschappelijk onderwijs een plaats kunnen krijgen.

## Jaarverslag 1970 van het Centraal College

In het jaar 1970 vergaderde het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in totaal 16 maal. Het aantal avondvergaderingen was 13, waaronder een extra vergadering; een studiedag werd gehouden in januari, juni en oktober.

Tijdens de studiedagen werden hoofdzakelijk algemene onderwerpen besproken. Indien nodig werd de bespreking daarvan voortgezet in een avondvergadering.

Een belangrijk onderwerp was de inpassing van het 7e studiejaar van de opleiding tot arts en de opleiding van toekomstige medische specialisten. Op 8 april 1970 had over deze aangelegenheid een bespreking plaats van het Interfacultair Overleg Geneeskunde met een vertegenwoordiging van het Centraal College en de Specialisten Registratie Commissie. Het Centraal College, dat zich reeds bereid had verklaard in beginsel zijn medewerking te verlenen aan een regeling, waarbij het 7e studiejaar tevens dienstbaar werd gemaakt aan de specialistenopleiding, kwam naar aanleiding van de met het I.O.G. gehouden bespreking tot de uitspraak dat, indien in het 7e studiejaar met de specialistische opleiding kan worden begonnen, deze opleiding dan dient te geschieden onder verantwoordelijkheid van de betrokken medische hoogleraar. Besloten werd de bespreking met het I.O.G. voort te zetten, mede gezien een voorstel van de S.R.C. ter zake van een nadere uitwerking en precisering.

Vrij veel tijd werd besteed aan een kwestie in verband met de bepaling B.1 en de daarmee samenhangende bepaling B.4 van de algemene eisen te stellen aan de opleiders. Ingevolge B.1 moet een specialist om voor erkenning als opleider van medische specialisten in aanmerking te kunnen komen, ten minste vijf jaar in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven. B.4 geeft de S.R.C. de mogelijkheid een specialist, die niet aan deze eis voldoet, als opleider te erkennen op grond van diens bijzondere kwaliteiten. Door de S.R.C. werd de vraag gesteld wat onder bijzondere kwaliteiten kan worden verstaan, zulks in verband met de aanvraag van een hoogleraar tot erkenning als opleider. Na uitvoerige discussies konden het Centraal College en de S.R.C. zich verenigen met het voorstel van de vertegenwoordiger van de minister van Onderwijs en Wetenschappen, dat bij de erkenning van hoogleeraren als opleider van medische specialisten slechts een marginale toetsing nodig zal zijn, gezien de zorgvuldigheid waarmee de medische faculteiten de benoeming van een hoogleraar voorbereiden.

Naar aanleiding van een schrijven aan de S.R.C.

inzake erkenning en registratie van buitenlandse anesthesisten werd gesproken over de eisen, te stellen aan specialisten die in het buitenland zijn opgeleid en in Nederland verzoeken in het register van erkende specialisten te worden ingeschreven nadat zij van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid de bevoegdheid hebben verkregen de geneeskunst uit te oefenen. Besloten werd aan de hand van een door de S.R.C. op te stellen schema deze eisen vast te stellen.

Besproken werd het van de S.R.C. ontvangen overzicht van het bedden- en assistentenbestand per 1 januari 1969, dat mede in vergelijking met de vorige overzichten een goed inzicht gaf in de stand van zaken bij de onderscheiden specialismen en opleidingsinrichtingen. Ook nu weer bleek er een groot verschil te zijn tussen de universitaire en de niet-universitaire opleidingsinrichtingen.

In behandeling werd genomen een door de S.R.C. ingediend voorstel tot wijziging en aanvulling van de indertijd door het Centraal College en de S.R.C. vastgestelde nadere voorschriften voor de visitatiecommissies.

In de middagbijeenkomst van de in januari gehouden studiedag was een delegatie van het bestuur van de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen aanwezig ter gezamenlijke bespreking van een aantal punten de opleiding betreffende. Naar aanleiding van deze bespreking werd overwogen twee vaste vertegenwoordigers van het bestuur der L.V.A.G. de vergaderingen van het Centraal College te laten bijwonen, waarmee zowel het Centraal College als het bestuur van de L.V.A.G. zich kon verenigen. Tot uitvoering hiervan is het door omstandigheden overigens niet gekomen.

Het overleg met het bestuur van de L.V.A.G. vond voornamelijk plaats in de in 1969 ingestelde contactcommissie C.C./S.R.C./L.V.A.G.<sup>1</sup> In de vergaderingen van deze contactcommissie werden verschillende onderwerpen besproken, waaronder de programmering van de specialistische opleidingen, de beoordeling van de arts in opleiding met de daarvoor in gebruik zijnde formulieren, de beoordeling van de opleider en de opleidingsinrichtingen, de plaats en taak van de assistent-geneskundigen bij de visitaties. De notulen van de vergaderingen der contactcommissie werden ter informatie aan het Centraal College gezonden.

Met voldoening nam het Centraal College er kennis van dat enkele landelijke wetenschappelijke specialistenverenigingen in hun concilium of in de vereniging zelf assistent-geneskundigen een plaats

hadden toebedeeld. Het Centraal College besloot in een schrijven alle verenigingen te verzoeken de assistent-geneeskundigen hiertoe de gelegenheid te geven.

Wat betreft de taak en plaats van de assistent-geneeskundigen bij de visitaties was het Centraal College van oordeel dat het van belang was hen bij de visitaties te betrekken en dat niet alleen door een gesprek van de visitatiecommissies met hen. Met een verzoek van bovengenoemde contactcommissie te willen bevorderen, dat de assistent-geneeskundigen ook in de visitatiecommissie zouden worden opgenomen, kon het Centraal College zich dan ook gaarne verenigen. Aangezien het huishoudelijk reglement der Maatschappij zich niet tegen die procedure verzet, werd een desbetreffend schrijven aan de besturen van de landelijke wetenschappelijke specialisten verenigingen gezonden.

In de avondvergaderingen werden behandeld de bij het Centraal College ingediende voorstellen inzake de opleiding en opleidingseisen voor de specialismen inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, neurochirurgie, oogheelkunde, radiologie en urologie. Hierbij werd de in het jaarverslag 1969 vermelde werkmethode gevolgd, voor zover nodig aangevuld met een voorafgaande of tussentijdse bespreking van de secretaris van de S.R.C. en de secretaris van het Centraal College met een vertegenwoordiging van het bestuur van de betrokken landelijke wetenschappelijke specialisten vereniging.

Het voorstel inzake de opleidingseisen voor het specialisme inwendige geneeskunde werd in twee vergaderingen besproken. De door het Centraal College gemaakte opmerkingen en gestelde vragen waren aan het einde van het verslagjaar nog bij het bestuur van de Nederlandsche Internisten Vereeniging in bespreking.

Het definitieve voorstel inzake de opleidingseisen voor het specialisme kindergeneeskunde werd door het Centraal College aanvaard. De vastgestelde opleidingseisen werden in de vergadering van 22 juni 1970 vastgelegd in het besluit no 1 - 1970 van het Centraal College.<sup>2</sup>

De voorgestelde opleidingseisen voor het specialisme longziekten en tuberculose, welke reeds in 1969 aan de orde waren geweest, werden in twee vergaderingen besproken en afgesloten met het in de vergadering van 21 december 1970 vastgestelde besluit no 2 - 1970 van het Centraal College.<sup>3</sup>

In 1969 was besproken een schrijven van het bestuur van de Nederlandse vereniging van neurochirurgen inzake de opleiding voor het specialisme neurochirurgie. De door het Centraal College gemaakte opmerkingen en gestelde vragen waren aan het bestuur van de Vereniging voorgelegd, waarna in 1970 bij het Centraal College een voorstel inzake de opleidingseisen voor het specialisme werd ingediend. Naar aanleiding van de bespreking van dit voorstel door het Centraal College werd een schrijven aan het bestuur der Vereniging gezonden.

Een voorstel inzake de opleidingseisen voor het specialisme oogheelkunde werd in twee vergaderingen besproken maar nog niet tot afsluiting gebracht.

Het bestuur van de Nederlandse vereniging voor radiologie diende in een voorstel met opleidings-schema inzake het specialisme radiologie met een hoofdvak radiodiagnostiek en een hoofdvak radiotherapie. Het voorstel werd in bespreking genomen en op de gebruikelijke manier behandeld.

Hetzelfde vond plaats met een voorstel van het bestuur van de Nederlandse vereniging voor urologie inzake de opleidingseisen voor het specialisme urologie.

In het jaarverslag 1969 is vermeld dat het bestuur van de Nederlandse vereniging voor Psychiatrie en Neurologie in studie had een eventuele splitsing van het specialisme zenuw- en zielsziekten in een specialisme neurologie en een specialisme psychiatrie. Het in 1970 bij het Centraal College ingediende voorstel dienomtrent werd in twee vergaderingen besproken. Het Centraal College kon zich in principe er mede verenigen dat de neurologie en de psychiatrie als afzonderlijke specialismen zouden worden erkend, elk met een opleidingsduur van vier jaar, met vooralsnog handhaving van het specialisme zenuw- en zielsziekten met een opleidingsduur van vijf jaar. Besloten werd de nadere voorstellen van het bestuur der Vereniging inzake de verschillende opleidingseisen af te wachten.

Behalve de voorstellen inzake de opleidingseisen werd een aantal onderwerpen behandeld, verband houdende met de opleiding van medische specialisten.

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid wendde zich tot het Centraal College terzake van een dreigend tekort aan opleidingsinrichtingen voor het specialisme verloskunde en gynaecologie, gelet op de eis dat in een inrichting 750 bevallingen per jaar moeten plaats vinden en op het dalende jaarlijkse bevallingen in Nederland. Aangezien uit de oude stukken inzake de opleidingseisen voor het specialisme verloskunde en gynaecologie bleek, dat de officiële eis voor de opleidingsinrichtingen-A 500 bevallingen per jaar was en niet 750, achtte het Centraal College het juist dat het aantal van 500 werd gehanteerd, hetgeen aan de staatssecretaris en de S.R.C. werd medegedeeld.

Van de geneeskundig hoofdinspecteur van de Volksgezondheid ontving het Centraal College een schrijven inzake het verkrijgen van de kennis en vaardigheid in de anesthesie tijdens de opleiding voor de bloedige specialismen. De geneeskundig hoofdinspecteur stelde de vraag of het niet van belang was dat degenen, die een bloedig specialisme zullen gaan uitoefenen, tijdens hun opleiding kennis van de anesthesie verkrijgen. Besloten werd aan de geneeskundig hoofdinspecteur mede te delen dat het Centraal College deze vraag bevestigend beantwoordt, dat zulks zich niet verder behoeft uit te strekken dan tot de anesthesie voor zover de be-

doelde specialisten deze zelf toepassen of zelf kunnen toepassen, en dat aan de onderhavige aangelegenheid de volle aandacht zou worden geschonken bij vaststelling van de opleidingseisen voor een aantal specialismen.

De bespreking over een eventuele tegemoetkoming in de organisatorische en financiële belemmeringen, welke in niet-universitaire opleidingsinrichtingen de opleiding van specialisten benevens het wetenschappelijk onderzoek bemoeilijken, werd voortgezet naar aanleiding van een schrijven van de minister van Onderwijs en Wetenschappen over deze aangelegenheid. In een uitvoerig antwoord aan de minister werden het standpunt en de inzichten van het Centraal College neergelegd.

Door de Nederlandse vereniging van geriateren werd opnieuw voor de instelling van een specialisme geriatrie de aandacht van het Centraal College gevraagd. Aangezien het aan het Centraal College bekend was dat de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband en de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde een gezamenlijke studietoetscommissie ter bestudering van de geriatrie in al zijn facetten, hebben ingesteld, werd besloten aan de Vereniging te berichten dat haar verzoek opnieuw in bespreking zou worden genomen na ontvangst van het door de studietoetscommissie uit te brengen rapport.

Een verzoek van het hoofdbestuur van de Vereniging van Nederlandse vrouwelijke artsen de mogelijkheid te scheppen dat in individueel te beoordelen gevallen een uitzondering wordt gemaakt op de eis, dat de opleiding tot specialist in volle dagtaak moet plaats vinden, moest door het Centraal College worden afgewezen. Nog afgezien van de bezwaren tegen een deeltijdse opleiding, laten de huidige opleidingseisen, waarin staat dat de werkzaamheden van de assistent-geneeskundige in verband met zijn opleiding een volle dagtaak moeten omvatten, een opleiding in gedeeltelijke dagtaak niet toe. Bovendien zou zulks niet in overeenstemming zijn met de opgestelde richtlijnen voor de vrije circulatie van specialisten in de zes E.E.G. landen, waarin eveneens een opleiding in volle dagtaak is voorgeschreven.

Van enkele kanten ontving het Centraal College het verzoek de mogelijkheid te geven, c.q. het principe-besluit te nemen, dat de opleiding tot specialist gedeeltelijk, bijvoorbeeld gedurende een half jaar, in een niet als opleidingsinrichting erkende inrichting mag worden gevolgd. Het Centraal College besloot, in overeenstemming met de S.R.C., niet aan dit verzoek, dat mede met het oog op de affiliatie van ziekenhuizen ten behoeve van de opleiding tot arts was gedaan, te kunnen voldoen. Wel waren het Centraal College en de S.R.C. van mening dat in bepaalde gevallen de S.R.C. aan een assistent-geneeskundige, die daarom verzoekt, toestemming kan verlenen gedurende een half jaar in een niet erkende inrichting werkzaam te zijn onder verantwoordelijkheid van zijn erkende opleider. Deze toestemming

moet echter van geval tot geval worden verleend en kan niet als regel worden gesteld.

Het Centraal College besloot zich niet te verzetten tegen een door de S.R.C. voorgelegde aanvraag tot inschrijving in het register van erkende medische specialisten onder toepassing van artikel 1018 van het huishoudelijk reglement der Maatschappij voor Geneeskunst: bijzondere theoretische kennis en praktische bekwaamheid.

Regelmatig werd het Centraal College op de hoogte gesteld van de werkzaamheden van het permanente comité van artsen in de E.E.G. en van de vorderingen met betrekking tot de richtlijnen voor de vrije circulatie van specialisten in de zes E.E.G. landen.

\*\*

In de samenstelling van het Centraal College vond in 1970 een aantal wijzigingen plaats. In de vacature ontstaan door het overlijden van Prof. Dr. G. M. San Giorgi, die als lid zitting had namens de K.U. te Nijmegen, werd benoemd Prof. Dr. J. F. Crul. Door het hoofdbestuur der Maatschappij werden, op voordracht van het centraal bestuur van de Landelijke Specialisten Vereniging, benoemd tot lid Dr. M. N. van der Heyde te Arnhem, en tot plaatsvervangende leden Dr. J. P. M. Leikens te Spekholzerheide, Dr. D. Wolvius te Utrecht en Dr. J. H. A. van der Drift te Wassenaar, als opvolger van respectievelijk J. W. J. de Laive, Dr. R. L. Baart de la Faille, J. H. Pannekoek en Dr. A. Verjaal, die in de loop van 1970 hun functie neerlegden.

In november 1970 overleed plotseling de heer L. van Moppes, die vanaf de installatie van het Centraal College in 1961 op voortreffelijke wijze de notulen had verzorgd. Het Centraal College is hem daarvoor veel dank verschuldigd. Na het overlijden van de heer Van Moppes worden de notulen gemaakt door de heer B. Meier.

Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen was in het jaar 1970 voorzitter van het Centraal College en Prof. Dr. A. Kemp ondervoorzitter. Voor het jaar 1971 werd tot voorzitter gekozen Prof. Dr. G. A. Lindeboom en tot ondervoorzitter Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen. Utrecht, 20 september 1971

Prof. Dr. G. A. Lindeboom, voorzitter

Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, ondervoorzitter

1 De samenstelling en opdracht van de contactcommissie C.C./S.R.C./L.V.A.G. zijn opgenomen in Medisch Contact van 12 februari 1971, no 1971/6, bladz. 175.

2 Het besluit no 1 - 1970 inzake de opleidingseisen voor het specialisme kindergeneeskunde is gepubliceerd in Medisch Contact no 1970/43, bladz. 1162, en is verbindend vanaf 12 oktober 1970.

3 Het besluit no 2 - 1970 inzake de opleidingseisen voor het specialisme longziekten en tuberculose is gepubliceerd in Medisch Contact no 1971/14, bladz. 397, en is verbindend vanaf 12 april 1971.

# Jaarverslag 1970 Specialisten Registratie Commissie

Ook in 1970 hebben zich binnen de Specialisten Registratie Commissie belangrijke gebeurtenissen voorgedaan, die in dit jaarverslag beslist niet onvermeld mogen blijven.

Allereerst verliet collega Dr. J. C. P. Eeftinck Schattenkerk, die reeds 25 jaar lid van de S.R.C. was en de laatste vijf jaar als voorzitter fungeerde, op grond van bepalingen in het huishoudelijk reglement der Maatschappij de voorzittersstoel. Dit was voor de S.R.C., die zich, zoals de aftredende voorzitter terecht memoreerde, in woelig vaarwater bevindt, een groot verlies. Met krachtige hand en ruime blik heeft collega Dr. Eeftinck Schattenkerk de S.R.C. geleid en tijdens zijn ambtsperiode als voorzitter zijn vele veranderingen tot stand gekomen. Vanaf deze plaats willen wij hem danken voor de wijze waarop hij steeds de standpunten van de S.R.C. naar buiten heeft verdedigd. De S.R.C. prijst zich dan ook gelukkig, dat collega Dr. Eeftinck Schattenkerk heeft toegestemd de Commissie van Uitvoering en de S.R.C. met zijn ervaring te zullen bijstaan.

Op 14 februari 1970 werd als opvolgend voorzitter collega Dr. H. E. Schornagel geïnstalleerd. In zijn dankwoord aan de scheidende voorzitter wees hij op het vele werk, dat vooral in de laatste vijf jaar is verricht, waarbij steeds een duidelijk en eerlijk standpunt was ingenomen. Bij deze gelegenheid sprak hij de hoop uit, dat hij met de medewerking van de leden der C.v.U. en der S.R.C. zijn thans begonnen ambtsperiode zou kunnen vervullen.

In de loop van 1970 verlieten enkele leden de S.R.C., waarbij speciaal wordt vermeld, dat collega Dr. M. Plooijs wegens drukke werkzaamheden als lid van de C.v.U. moest bedanken, hetgeen evenzeer een groot verlies voor de S.R.C. betekende. Ook hij heeft zich gedurende vele jaren met zijn beste krachten voor de S.R.C. ingezet en zijn visie op de verschillende problemen was steeds doordacht en duidelijk, zodat wij hem node uit ons midden zagen vertrekken. Dit besluit hield tevens in, dat collega Dr. Plooijs zijn functie als afgevaardigde voor het specialisme inwendige geneeskunde ter beschikking stelde en slechts als plaatsvervangend afgevaardigde kon blijven fungeren, hetgeen de hechte band met de S.R.C. enigszins zou doen verslappen. Vanaf deze plaats willen wij collega Dr. Plooijs onze erkentelijkheid betuigen voor de intensieve en consciëntieuze arbeid, die hij in het belang van de S.R.C. heeft verricht. Zijn opvolger voor het specialisme inwendige geneeskunde in de S.R.C., collega Dr. E. E. Twiss, besloot hij met zijn adviezen terzijde te staan.

In het verslagjaar zijn verder nog uit de S.R.C. getreden de collegae Ch. M. V. Sassen voor het specialisme radiologie, die eveneens jarenlang zijn positieve bijdragen heeft geleverd; J. E. van Gogh voor het specialisme revalidatie, die genoodzaakt was zich wegens gezondheidsredenen terug te trek-

ken; Dr. D. J. H. Vermeer voor het specialisme dermatologie, die zich op grond van de reglementen der wetenschappelijke vereniging moest terugtrekken. Van deze leden nemen wij afscheid met een woord van hartelijke dank voor hun medewerking en voor volle inzet, waarmede de problematiek in de S.R.C. kon worden opgelost.

Door de wetenschappelijke specialistenverenigingen zijn als opvolgers benoemd de collegae Prof. Dr. J. R. von Ronnen voor het specialisme radiologie; P. D. Bakker voor het specialisme revalidatie; Dr. M. J. Woerdeman voor het specialisme dermatologie.

Volledigheidshalve wordt nog vermeld, dat als plaatsvervangende leden de S.R.C. hebben verlaten de collegae Prof. Dr. J. Nieveen, Dr. L. B. J. Stuijt, Dr. P. Schierbeek, Prof. Dr. G. J. van der Plaats en C. L. A. Grove, die zijn opgevolgd door respectievelijk de collegae Prof. Dr. F. L. Meyler voor het specialisme cardiologie; Dr. M. Plooijs voor het specialisme inwendige geneeskunde; Dr. H. Fermin voor het specialisme keel-, neus- en oorheelkunde; F. P. Bol voor het specialisme radiologie; Prof. Dr. P. J. Donker voor het specialisme urologie. Voor het specialisme revalidatie is aangewezen collega A. Verkuil. Deze mutaties betekenden een omvangrijke zetelwisseling binnen de S.R.C.

De Commissie van Uitvoering kreeg de volgende samenstelling: Dr. H. E. Schornagel, voorzitter; Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; Prof. Dr. G. den Otter en Dr. J. Goedbloed, leden; Dr. J. C. P. Eeftinck Schattenkerk, adviserend lid. Voor collega Dr. J. Goedbloed fungeert als plaatsvervangend lid collega Dr. A. P. M. Verheugt, terwijl de plaatsvervangende functie voor collega Prof. Dr. den Otter nog onvervuld bleef.

De C.v.U. heeft in 1970 zeven maal vergaderd om verschillende zeer belangrijke zaken te bespreken. Naast bestissingen inzake diverse individuele gevallen vonden de volgende gesprekken plaats:

27-1-1970: met de bij Prof. Dr. A. A. Haspels in opleiding zijnde assistent-geneeskundigen; verder gesprekken inzake erkenningen voor het specialisme radiologie;

12-2-1970: betreffende de erkenning voor het specialisme anaesthesie in de S.A.Z.U. te Utrecht met Prof. Dr. B. Smalhout en opleiders in de chirurgische vakken;

2-4-1970: de erkenning van de opleiding radiotherapie in het Sint Elisabeth Ziekenhuis te Tilburg onder leiding van Dr. C. B. A. J. Puylaert;

12-5-1970: met de medische directie en staf van de Gemeenteziekenhuizen te 's-Gravenhage;

1-7-1970: betreffende detachering van assistent-geneeskundigen voor het specialisme verloskunde en gynaecologie onder leiding van Prof. Dr. L. A. Joosse in het Sint Elisabeth Ziekenhuis te Willemstad, Cur.; verder gesprekken over de eventuele registratie van collega K. Jacz als neurochirurg;

8-9-1970: met de directie van het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis te Amsterdam inzake de opleiding kindergeneeskunde aldaar;

17-11-1970: met de opleider dermatologie, Dr. R. Kooij, en de medische directie van de Gemeenteziekenhuizen te 's-Gravenhage betreffende zijn erkenning als opleider; verder betreffende de A5-opleiding inwendige geneeskunde in het Maria Ziekenhuis te Tilburg.

Tot bijwoning van diverse vorengenoemde vergaderingen werden de desbetreffende SRC-leden, de visitatiecommissies c.q. besturen van de desbetreffende wetenschappelijke specialistenverenigingen uitgenodigd. Allen waren bereid de C.v.U. de van belang zijnde informatie te verschaffen, waarover in latere plenovergaderingen beslissingen konden worden genomen.

Naast deze besprekingen hadden voorzitter en secretaris nog gesprekken met de staf van het Maria Ziekenhuis te Tilburg.

De secretaris nam op 18 maart 1970 deel aan een conferentie met de wethouder van openbare gezondheid en ziekenhuiswezen te Amsterdam. Daar kwam aan de orde de noodzakelijke verbouwing van de kinderafdeling in het Binnengasthuis te Amsterdam, opdat collega Prof. Dr. W. H. H. Tegelaars de opleiding kindergeneeskunde kan voortzetten.

Op 8 mei 1970 was de secretaris de gast van de Nederlandse Vereniging voor Paediatric, die in Amsterdam een vergadering van haar mono-specialistische organisatie der U.E.M.S. had belegd, terwijl collega W. A. Ultee de S.R.C. op 5 juni 1970 vertegenwoordigde op een vergadering van opleiders in de chirurgie.

In een onderhoud met de Commissie van Beheer van de Maatschappij besprak de secretaris op 22 oktober 1970 de financiële regeling voor visitatoren en visitatiecommissies alsmede de reiskostenvergoedingen voor de bureaufunctionarissen.

Op 22 december 1970 heeft de voorzitter deelgenomen aan een bespreking tussen leden van het I.O.G. enerzijds en de voorzitter, de secretaris-generaal van de K.N.M.G., de secretaris van het Centraal College, de S.R.C. anderzijds betreffende de aanwijzing van hoogleraren als opleiders.

In 1970 werden vier plenovergaderingen gehouden. Naast de problematiek, waarop nog nader wordt teruggekomen, zijn 91 visitatierapporten besproken, waarvan 85 opleidingsbevoegdheden zijn verleend of verlengd en 6 verzoeken tot erkenning van de opleiding zijn afgewezen. In 21 individuele gevallen van opleiding moest de S.R.C. een nadere beslissing nemen. Gezien de afwijzende beslissing der S.R.C. op het verzoek van collega Prof. Dr. Haspels tot erkenning als opleider voor het specialisme verloskunde en gynaecologie in de S.A.Z.U. te Utrecht werden de mogelijkheden voor de assistent geneeskundigen om hun opleiding voort te zetten nader onderzocht.

De opleiding anesthesie in de S.A.Z.U. is eveneens punt van bespreking geweest. Collega M. Mauve is verzocht daarover een rapport samen te

stellen met een overzicht van eisen, waaraan deze afdeling in de toekomst zal moeten voldoen. Dit rapport heeft tot resultaat gehad, dat de S.R.C. onder voorbehoud de erkenning als opleider aan collega Prof. Dr. Smalhout heeft verleend.

De beoordelingsformulieren en de samenstelling daarvan vormden opnieuw een van de discussiepunten, terwijl ook voor de voorschriften betreffende de toelating van de in het buitenland opgeleide specialisten een bepaalde opzet werd gemaakt. Men boog zich eveneens over de verbetering van de voorschriften voor visitatie en visitatiecommissies alsmede over de beslissingen inzake de detachering te Willemstad (Cur.) van assistent-geneeskundigen voor de specialismen inwendige geneeskunde en kindergeneeskunde. Betreffende de detachering voor het specialisme verloskunde en gynaecologie werden nadere besprekingen geopend. Men besloot echter het advies van het desbetreffende concilium aan de S.R.C. af te wachten.

In verband met het nijpend tekort aan gynaecologen in Nederland werd een door de secretaris opgesteld rapport nader besproken met als resultaat een verzoek aan de L.S.V. om samen met het Nationaal Ziekenhuisinstituut een behoefte-enquête te houden, die in de naaste toekomst een richtsnoer zou vormen voor noodzakelijke vervanging van de verschillende specialisten hier te lande.

Het zevende studiejaar der toekomstige artsen vormde een punt van discussie, aangezien een volledige inschakeling van dit jaar in de opleiding tot specialist een onoverkomelijke moeilijkheid zou vormen in de controle op deze opleiding. Het standpunt van het Centraal College om van dit zevende studiejaar een half jaar te reserveren voor de specialistenopleiding — mits onder leiding van de Medische Faculteit — vond een positieve weerklank.

De problemen, die voor de jonge specialisten ontstaan, indien zij worden opgeroepen voor militaire dienst, bleken zeer groot te zijn. Men zal hier voor elk afzonderlijk geval een oplossing moeten vinden.

De opleidingseisen voor de specialismen chirurgie en longziekten en tuberculose werden met een adhesiebetuiging naar het Centraal College teruggezonden, terwijl ook verschillende van onze voorstellen aan dit college ter discussie werden overhandigd.

De voorzitter en enkele leden van de C.v.U. alsmede de secretaris woonden de studiedagen van het Centraal College bij. Daarnaast vertegenwoordigde de secretaris de S.R.C. bij de gewone vergadering van het Centraal College. Samen met de secretaris van het Centraal College voerde hij besprekingen met de besturen van de wetenschappelijke specialistenverenigingen verloskunde en gynaecologie en urologie over nieuw op te stellen opleidings-eisen.

Alle vergaderingen werden verslagen door de heer L. van Moppes, notulist van de Maatschappij, die ons helaas door de dood ontviel. Wij betuigden zijn echtgenote ons diep leedwezen en wij zullen

zijn vriendelijke en vaak zo goed adviserende persoon in hoge ere houden.

De Commissie van Beroep deed ons dit jaar de uitspraak toekomen inzake de behandeling van de opleidingsbevoegdheid van Prof. Dr. Haspels. De beslissing van de S.R.C. werd vernietigd en hem werd alsnog met terugwerkende kracht erkenning voor het specialisme verloskunde en gynaecologie verleend.

De bemiddelingscommissie kwam vier maal bijeen. In drie gevallen kon door de desbetreffende voorzitters een oplossing worden gevonden, doch in één geval diende de medische behandeling te worden voortgezet, zodat een advies in deze nog op zich laat wachten.

Gedurende het jaar 1970 werd door de voorzitter, de secretaris en collega Dr. Eeftinck Schattenkerk deelgenomen aan de vergaderingen van de Contactcommissie, die bestaat uit leden van het Centraal College, de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneseskundigen en leden van de S.R.C. Mogelijk zal de secretaris van het Centraal College hier in zijn jaarverslag nader op ingaan, doch het lijkt mij wel juist, aangezien dit ook activiteiten zijn die onder de S.R.C. ressorteren, u enkele mededelingen te doen betreffende de behandelde punten. Onder meer kwamen de volgende kwesties aan de orde:

de aanwezigheid van de assistent-geneeskundigen bij de visitaties;

het al dan niet deelhebben van een regeringsafgevaardigde van de departementen Onderwijs en van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan de visitaties;

de beoordelingsformulieren van de assistent-geneeskundigen;

de opleiding in de gynaecologie;

de status van de Contactcommissie en haar publicaties;

de toelating van de in het buitenland opgeleide specialisten;

de diensttijden van de assistent-geneeskundigen.

Naast de voorbereidingen van alle bovengenoemde vergaderingen en probleembesprekingen werden op het secretariaat de mutatiestaten inzake het beddenbestand per 1 januari 1970 verzonden, terwijl het rapport van de stand van zaken per 1 januari 1969 werd besproken. De staten van 1 januari 1970 wachten nog op afwerking.

Door het secretariaat werd bovendien aan alle nieuw in opleiding gekomen assistent-geneeskundigen registratieformulieren gezonden.

Eveneens is een overzicht samengesteld van de nog te verrichten visitaties, dat aan de secretarissen van de visitatiecommissies is toegezonden.

In de losbladige handleiding „Erkenning en registratie van medische specialisten” zijn de diverse mutaties aangebracht. Aan diverse opleiders en instanties, die de wens daartoe te kennen hadden gegeven, is deze handleiding toegezonden. Met de herdruk daarvan is een begin gemaakt.

Om de lezer een indruk te geven van hetgeen er

in beide afdelingen der S.R.C. is verwerkt volgt hier een administratief overzicht. Ingekomen brieven: 1845; uitgaande brieven: 2630. Aantal aan de opleiders verzonden mutatiestaten voor een overzicht van het beddenbestand alsmede van de stafvorming en de assistent-geneeskundigen in opleiding:  $\pm$  400. Inschrijvingen in het opleidingsregister:  $\pm$  400. Rondzendingen voor inschrijving aan het einde van de specialistische opleiding: 317. Verzending van overzichten betreffende inschrijving in het specislistenregister aan de diverse autoriteiten: 220. In 1970 zijn 58 stencils getypt en rondgezonden. Aanschrijving en verzending van vragenlijsten aan in opleiding gekomen assistent-geneeskundigen: 593. Hieruit blijkt, dat met uitzondering van de stencils,  $\pm$  6400 stukken op het secretariaat zijn binnengekomen en uitgegaan.

Door bestudering van dit jaarverslag en het administratief overzicht kan een indruk worden gevormd van het werk, dat door de medewerkers van het secretariaat der S.R.C. is verzet. Vanaf deze plaats wil ik mevrouw T. Brunger en mejuffrouw M. van Veenendaal alsmede de heer L. H. N. van der Plas, de kern waarom het geheel der S.R.C. draait, bedanken voor het werk, dat zij met zoveel enthousiasme hebben verricht. Tevens wil ik de hoop uitspreken, dat het mogelijk zal zijn de administratieve arbeid in rustiger banen te leiden door het aantrekken van part-time hulpkrachten.

Utrecht, juli 1971 Dr. L. P. H. J. de Vink,  
secretaris der  
Specialisten Registratie Commissie

#### BIJLAGE

##### Aantal in 1970 Ingeschreven specialisten

Specialismen	aantal	van wie buiten- landers
Allergische ziekten .....	—	—
Anesthesie .....	33	11
Cardiologie .....	6	1
Chirurgie .....	33	4
Dermatologie .....	9	—
Inwendige geneeskunde .....	44	3
Keel-, neus- en oorheelkunde .....	20	—
Kindergeneeskunde .....	21	4
Laboratoriumonderzoek		
hoofdvak bacteriologie .....	1	—
hoofdvak pathologische anatomie ....	9	1
hoofdvak klinische chemie .....	—	—
Longziekten en tuberculose .....	6	3
Maag-, darm- en stofwisselingsziekten ..	—	—
Neurochirurgie .....	2	—
Oogheelkunde .....	15	2
Orthopedie .....	10	1
Plastische chirurgie .....	5	—
Radiologie .....	7	1
Revalidatie .....	8	—
Reumatologie .....	2	—
Urologie .....	11	3
Verloskunde en gynaecologie .....	19	6
Zenuw- en zielsziekten		
hoofdvak neurologie .....	7	1
hoofdvak psychiatrie .....	24	—
Totaal .....	292	41

# Jaarverslag 1970 College voor Sociale Geneeskunde

Het College voor Sociale Geneeskunde vergaderde negenmaal in het jaar 1970. In de samenstelling van het College kwam de volgende wijziging: P. D. van Leeuwen legde zijn functie van plaatsvervangend lid neer, hij werd opgevolgd door J. J. R. Buirma te Apeldoorn.

*De opleiding, erkenning en registratie van sociaal-geneeskundigen.* In het jaarverslag 1969 is vermeld dat een kleine technische commissie was ingesteld, aan welke commissie was gevraagd een uiteenzetting te geven over de huidige gang van zaken bij de opleiding van sociaal-geneeskundigen. Het door deze technische commissie uitgebrachte rapport werd in twee vergaderingen besproken, mede aan de hand van een vergelijkend overzicht van de onderwerpen welke in de vier vervolg-cursussen werden behandeld, en een notitie van Dr. F. Doeleman, lid van het C.S.G., inzake de basis cursus. Naar aanleiding van deze stukken werd besloten een studietoelichting in te stellen ter advisering over de vraag hoe men een goede opleiding van sociaal-geneeskundigen kan maken, welke zover mogelijk gemeenschappelijk is voor alle takken van sociale geneeskunde.

Deze studietoelichting „opleiding sociale geneeskunde” deed regelmatig verslag van haar werkzaamheden in de vorm van puntenverslagen, welke aanleiding waren tot diepgaande discussie door het C.S.G. Eind 1970 bracht de studietoelichting een eerste interimrapport uit, dat in de laatste vergadering van 1970 werd besproken.

In het kader van de in 1969 besproken nota inzake een nationale „School of Public Health” nam het C.S.G. kennis van het Koninklijk Besluit van 25 augustus 1965 (St. bl. 391) ter uitvoering van artikel 36 van de Wet op het wetenschappelijk onderwijs (Regeling interuniversitaire instituten).

Het Interfacultair Overleg Geneeskunde nodigde het C.S.G. uit tot een gezamenlijke bespreking over het onderwerp sociale geneeskunde in verband met de wijziging van het academisch statuut en de inschrijving in het zevende studiejaar van de opleiding tot arts. Het C.S.G., dat gaarne deze uitnodiging aanvaardde, stelde de delegatie voor de bespreking vast en besprak in twee vergaderingen de met het onderwerp samenhangende vraagstukken.

Van het hoofdbestuur van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde werd ontvangen een rapport, uitgebracht door de Commissie opleiding medisch-directeur ziekenhuis. Het rapport, dat in twee vergaderingen van het C.S.G. werd besproken, behandelt twee onderwerpen, nl. nieuwe richtlijnen ten aanzien van de opleiding tot sociaal-geneeskundige voor de tak algemene gezondheidszorg en de opleiding van de medisch directeur van ziekenhuizen ter inschrijving in deze tak.

Besloten werd de door het C.S.G. gemaakte opmerkingen aan het hoofdbestuur van de A.N.V.S.G. mede te delen en af te wachten welke nieuwe opleidingseisen voor de tak algemene gezondheidszorg bij het C.S.G. zullen worden ingediend.

Vastgesteld werd het besluit no 1 - 1970 van het C.S.G., houdende algemene bepalingen ter zake van het verbindend worden van besluiten van het C.S.G.<sup>1</sup>

*De arbeids- en bedrijfsgeneeskunde.* In behandeling werd genomen een voorstel van de Nederlandse vereniging voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde inzake eisen, te stellen aan de opleiding voor de tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, welk voorstel was gebaseerd op het in 1969 door het C.S.G. besproken rapport, uitgebracht door de Centrale Commissie Opleidingen Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (C.O.A.B.) van de Nederlandse vereniging voor arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, inzake de opleiding tot bedrijfsarts. Het voorstel werd, mede aan de hand van een notitie van de voorzitter en secretaris van het C.S.G., besproken met een delegatie van de Vereniging, waarbij aan het bestuur van de Vereniging werd gevraagd voor de verschillende onderdelen nadere gedetailleerde eisen, te stellen aan de opleiding, de opleiders en de opleidingsinrichtingen, op te stellen. De door het bestuur der Vereniging opgestelde gedetailleerde eisen werden in eerste aanleg besproken met een vertegenwoordiging van het bestuur en daarna in handen gesteld van een werkgroep, bestaande uit leden van het C.S.G. en leden van de Vereniging. Eind 1970 werden de door de werkgroep opgestelde eisen te stellen aan de opleiding voor de tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde besproken met een vertegenwoordiging van de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie en daarna vastgelegd in het besluit no 2 - 1970 van het C.S.G.<sup>2</sup>

Voorts werden in bespreking genomen de door de werkgroep opgestelde eisen te stellen aan de opleidingsinrichtingen voor de theoretische opleiding.

*De verzekeringsgeneeskunde.* In een tweetal vergaderingen werd besproken het interimrapport, uitgebracht door de Commissie opleiding verzekeringsgeneeskunde van de Nederlandse vereniging voor verzekeringsgeneeskunde. De door het C.S.G., mede naar aanleiding van een aantal kanttekeningen van Prof. Dr. R. L. Zielhuis, lid van het C.S.G., gemaakte opmerkingen werden schriftelijk aan het bestuur van de Vereniging medegedeeld.

*De medisch-adviseurs bij het directoraat-generaal voor de arbeidsvoorziening.* Dit vraagstuk werd tot een oplossing gebracht door overleg van de S.G.R.C. met het directoraat-generaal. Met de door de S.G.R.C. bereikte overeenstemming inzake in-



schrijving in het register van erkende sociaal-geneeskundigen voor de tak verzekeringsgeneeskunde en de daartoe vastgestelde procedure, kon het C.S.G. zich verenigen.

Utrecht, 9 augustus 1971

Prof. Dr. A. Th. L. M. Mertens, voorzitter  
Dr. C. F. Brenkman, ondervoorzitter

- 1 Het besluit no 1 - 1970 van het C.S.G. is verbindend vanaf 15 maart 1971. Het is gepubliceerd in Medisch Contact no 1971/10 bladz. 285, en in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 49 (1971) 230.
- 2 Het besluit no 2 - 1970 van het C.S.G. is verbindend vanaf 15 maart 1971. Het is gepubliceerd in Medisch Contact no 1971/10, bladz. 286, en in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde 49/1971/230.

### Verbetering Beschrijvingsbrief

In de Beschrijvingsbrief voor de op 30 oktober a.s. te houden Algemene Vergadering der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is met betrekking tot de kandidaatstelling voor het hoofdbestuur, als gepubliceerd in M.C. no 30/1971 blz. 799 en aangevuld in M.C. no 35/1971 blz. 924, een fout geslopen. Een der kandidaten, A. J. Zwartendijk, staat daar vermeld als huisarts te Alphen a.d. Rijn. Dit moet zijn *schoolarts* terzelfder plaatse.

MC

UIT DE AFDELINGEN

### Voordrachten

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

*Alkmaar en Omstreken:* W. J. Feikema, neuroloog, onderwerp: „Koortsconvulsies bij kinderen”.

*Alphen en Omstreken:* D. Tesselaar, onderwerp: „De zin en onzin van het druggebruik, met name over de sociaal-psychologische en sociologische achtergronden”.

*Apeldoorn en Omstreken:* P. E. Joosting, onderwerp: „De hantering van het medisch-hygiënisch criterium met betrekking tot de luchtverontreiniging”.

*Arnhem en Omstreken:* F. Veldman, fysiotherapeut, onderwerp: „Inleiding tot de haptonomische benadering”.

*Friesland-Oost:* Prof. Dr. M. J. Kingma, hoogleraar in de orthopedie, onderwerp: „Scoliose”.

*Gouda en Omstreken:* Prof. Dr. G. A. Ladee, psy-

MC

VAN DE STICHTING VOORLOPIG BEHEER  
PENSIOENGELDEN VOOR HUISARTSEN

### Kort verslag bestuursvergadering

*Kort verslag van de bestuursvergadering  
gehouden op donderdag 15 juli in het ge-  
bouw van de Maatschappij te Utrecht.*

Aan het agendapunt „beleggingen” wordt ruimschoots aandacht besteed. Bovendien wordt het besluit genomen deel te nemen in de besloten beleggingsclub van de Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen. Deelnemers zullen zijn de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen en de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten.

Van verschillende verzekeringsmaatschappijen zijn gunstige offertes ontvangen voor tarieven van de risicoregeling.

Naar aanleiding van het overzicht betreffende de afdracht der pensioengelden wordt opgemerkt dat vrijwel alle ziekenfondsen ten volle meewerken aan de voor de afdracht der pensioengelden vereiste administratieve procedure. Het bestuur is hiervoor zeer erkentelijk.

Besloten wordt om in overleg met het Centraal bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging op korte termijn een audiëntie aan te vragen bij de Staatssecretaris van Financiën om te spreken over een spoedige totstandkoming van een collectieve pensioenregeling voor huisartsen.

chiater, onderwerp: „Psychische factoren bij het falen van anticonceptie.”

*Groningen en Omstreken:* Dr. J. L. Jessen, socioloog, onderwerp: „Arts en socioloog”.

*Haarlem en Omstreken:* Dr. Mr. H. A. H. van Till - d'Aulnis de Bourouill, onderwerp: „Medisch-juridische aspecten van het einde van het menselijk leven”.

*Helmond:* P. Weijers, onderwerp: „Ontwikkeling in denken en handelen gedurende de laatste jaren betreffende de abortus provocatus”.

*De Vecht en Omstreken:* Dr. H. van Kessel, laboratoriumarts, onderwerp: „Laboratorium- en verloskunde”.

*Wageningen en Omstreken:* Dr. D. W. Fokkema, onderwerp: „De betekenis van de culturele revolutie in China”.

*Zutphen:* Dr. J. Bijlmer, onderwerp: „Antibiotica in de praktijk”.

*Zwolle en Omstreken:* Dr. G. J. van Lookeren Campagne, kinderarts, onderwerp: „Zeven en dertig jaar kindergeneeskunde”.

*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.*

#### „OVER HET HUISARTSENTEKORT” (I)

Naar aanleiding van het artikel „Over het huisartsentekort” in M.C. nr. 35/1971, blz. 911 van een aantal huisartsen in en om Rotterdam, zou ik een aantal opmerkingen willen maken.

Met de strekking van het artikel ben ik het volkomen eens, alleen wil ik, zoals ik reeds in maart jl. in M.C. nr. 9/1971, blz. 249, uiteenzette, een lans breken voor mijn aanbeveling om een herplaatsingszekerheid en een nascholingszekerheid op te nemen in het pakket waarmee wij jonge artsen kunnen aanbevelen om een huisartsenloopbaan te kiezen. Het is mij namelijk gebleken dat de cursussen waarmee ik als huisarts mijn nascholing trachtte te verzorgen, nergens worden erkend als basis voor een nadere specialisering in sociaal geneeskundige richting. De huisarts die besluit om „iets anders” te gaan doen, wordt het daardoor wel erg moeilijk gemaakt om het huisartsenvak te verlaten. De wetenschap dat men, door voor een huisartsenloopbaan te opteren, aan dit vak is gebonden tot „de dood erop volgt” schrikt vele medische studenten af om het huisartsenfront te komen versterken.

Ik wil gaarne mijn aanbeveling formuleren, bijvoorbeeld als no. 11 in het Rotterdamsche artikel:

11 De nascholing van de huisarts zal moeten leiden tot een erkend sociaal geneeskundig diploma. Het nascholingsdiploma van een ervaren huisarts dient te voeren tot ambtelijke werkingen, waarin de oud huisarts zijn ervaring kan gebruiken en nader ontplooiën, en waarin de registratie als Sociaal Geneeskundige voor een deel is ingebouwd.

Bij aanbeveling no. 8 zou ik willen noteren dat rechten, verkregen in de diverse pensioenfondsen, onderling geldend c.q. uitwisselbaar dienen te zijn.

Apeldoorn, 6 september 1971

W. P. C. Knuttel, arts

#### „OVER HET HUISARTSENTEKORT” (II)

Binnen onze structuur mag men van huisartsentekort spreken (M.C. nr. 35/1971, blz. 911). Een Nederlandse huis-

arts heeft bovendien een respectabel takenpakket (op.cit). Een georganiseerd samenwerkingsverband met instellingen op psychohygiënisch gebied ontbreekt voor de huisarts, zo constateert men, maar integratie binnen een gezondheidsdienst of -centrum wordt toch afgewezen door de schrijvers. De huisarts draait zelfs vaak voor het hanteren van acute psychiatrische gevallen op, maar daar staat dan tegenover dat hij een deel van zijn chronische klagers ( $\pm 5\%$  van zijn totale praktijk) bij specialisten kan onderbrengen, terwijl acute gevallen op straat als ongeval vaak door de ziekenhuizen worden opgevangen.

Toch menen de schrijvers, dat de keuringen en controle er en bloc af moeten, al ontstaat er dan een vacuüm. Dit laatste lijkt dan minder vanzelfsprekend. Andere specialismen hebben concurrentie, zoals psychiaters (psychologen, sociaal werkers en sociologen), apothekers (drogisten) tandartsen (technici), oogartsen (opticiëns). Maar ondanks de drukte van hun praktijk zijn de bovengenoemde specialisten vaak beducht voor concurrentie. Huisartsen ondervinden nog geen specifieke concurrentie van een ook zelfstandig werkende „gezondheidswerker”. Zij hebben slechts gelijkwaardig partnerschap, leerlingenstelsel (semi-artsen) of specifieke assistenten in hun dienst. Nu kunnen keuringen slechts door gekwalificeerde artsen worden verricht. Het afschuiven door huisartsen betekent dan extra belasting van een andere categorie artsen, of duperen van cliënten. Hierbij wordt afgezien van de problematiek die door Van Urk aan de orde is gesteld. Echter andere taken, inclusief huisbezoeken, sociale bemoeienissen en case-work, eenvoudige screening en ook medicatie zouden dan ook door „eenvoudig(er) opgeleide krachten” (Kranendonk) kunnen worden vervuld. Kranendonk spreekt in M.C. nr. 18/1970, blz. 457, over ontwikkelingslanden, maar bij achteruitgang van medische zorg in de eerste lijn gaan wij de kant van een ontwikkelingsland op. In de J.A.M.A. van 16 maart 1970, blz. 1843, (zie ook N.T.v.G. 1970, blz. 892) geeft Smith een suggestie voor gebruik van goed medisch opgeleid gewezen militair personeel als opvang voor deeltaken van huisartsen bij tekort aan de laatsten op het Amerikaanse platteland. De vraag is: waarom wordt bij ons in alle stukken over de eerste linie-geneeskunde niet serieus overwogen om een partiële oplossing te zoeken in een dergelijke richting?

Beverwijk, 8 september 1971

J. H. van Meurs, zenuwarts

De voorwaarden, die de regering, blijkens het regeerakkoord van dit kabinet, aan abortus wil stellen, zijn een ernstige beperking van de handelingsvrijheid van de vrouw en van de medicus. Dit schrijven, blijkens een publikatie in het septembernummer van Sextant, maandblad van de N.V.S.H., 235 artsen, psychologen en juristen in een brief aan de Tweede Kamer. Zij menen dat de voorwaarden die de regering stelt strijdig zijn met de ontwikkeling, zoals die op vele plaatsen in ons land al op gang is gekomen. Behandeling in een erkende ziekenhuisinrichting, voorafgaand advies van een wettelijk erkend team van vertegenwoordigers uit verschillende beroepen en meldingsplicht bij de inspecteur voor de Volksgezondheid zijn voorwaarden, waarvoor zij geen redenen zien en die strijdig zijn met het belang van de vrouw en de behandelende arts.

¶

De Raad van Beroep van het Ziekenfondswezen heeft het Ziekenfonds voor West-Friesland in Hoorn de verplichting opgelegd alle kosten te vergoeden, die een bij dit fonds aangesloten vrouw heeft gemaakt voor het laten verrichten van een abortus op medische indicatie. Het ziekenfonds had geweigerd de rekeningen van de patiënte voor ziekenhuisbehandeling en verpleging te betalen. De Raad van Beroep liet zich bij de motivering van de uitspraak leiden door het feit dat de Ziekenfondsraad enige tijd geleden heeft geadviseerd de kosten van een legale abortus te vergoeden. De vrouw was de eerste die tegen een afwijzing van een ziekenfonds een abortus te betalen in beroep ging. De abortus werd verricht onder verantwoordelijkheid van een erkend artsteam. De directie van het Ziekenfonds voor West-Friesland die de zaak als een proefproces beschouwde, heeft laten weten niet in hoger beroep te zullen gaan. Aldus een bericht in dagblad Trouw.

¶

In 1972 zal worden begonnen met de bouw voor de medische faculteit in Maastricht; in 1973 zal de eerste spade worden gezet voor de bouw van het academische ziekenhuis en in 1976 zullen de eerste studenten in Maastricht hun studie in de medicijnen kunnen beginnen. Deze belofte heeft minister De Brauw (wetenschapsbeleid)

blijkens persberichten gedaan in Maastricht na urenlange besprekingen met de Limburgse gedeputeerde staten, burgemeester en wethouders van Maastricht en Dr. J. Tans, voorzitter van de commissie Achtste Medische Faculteit Maastricht. Minister De Brauw zei ook, dat hij binnenkort met de andere kabinetsleden overleg zal voeren over een ontwerp van een wet voor het creëren van een universiteit in Maastricht. Met Dr. Tans heeft hij in ieder geval afgesproken, dat de commissie die nu is belast met de voorbereiding van de medische faculteit nu ook zal onderzoeken welke mogelijkheden er zijn om de faculteit uit te bouwen tot een volledige universiteit. De minister zei over deze mogelijkheden zeer optimistisch te zijn. Hij acht het zelfs mogelijk, dat andere faculteiten nog eerder zullen beginnen dan de medische, „desnoods in 1972”.



Op zaterdag 16 oktober 1971 is er een studiedag van de Katholieke Artsen Vereniging en de Protestants Christelijke Artsen Organisatie te zamen, een bundeling van twee tot dusver gescheiden jaarlijkse bijeenkomsten. De studiedag wordt gehouden te Nijmegen in het Preklinisch Instituut van de medische faculteit, Heydendaal, Geert Grooteplein Noord 21. Er worden twee onderwerpen behandeld, tijdens de ochtendzitting: „Huwelijk en samen leven” — beschouwingen over het huwelijk en gezin in hun ontwikkelingsgang en over alternatieve leefgroepen (sprekers: Prof. Dr. H. M. in 't Veld-Langeveld en Dr. J. van Ussel); 's middags: „Sexualiteit bij gehandicapten”, betreffende problemen van gehandicapten en hun huwelijkspartners en veranderingen in de mentaliteit van sociale verbanden (sprekers: A. Verkuy, J. van Zijverden en Dr. K. Heslinga). Verdere inlichtingen verstrekt het organisatiesecretariaat, Herenstraat 35, Utrecht, tel. 030-13546.



Jaarlijks zijn er in ons land rond 2.000 doden door zelfmoord, evenveel of meer als bij auto-ongevallen. De officiële opgaven zijn te laag, omdat zich sterfgevallen voordoen ten gevolge van niet herkende suicide. Met betrekking tot de zelfmoordproblematiek is in ons land praktisch nog geen wetenschappelijk onderzoek verricht. Aldus volgens persberichten Drs. R. Diekstra, lid van de vakgroep Klinische Psychologie van de Katholieke Universiteit,

ter inleiding op een internationaal symposium over zelfmoordpreventie, 30 september en 1 oktober in Nijmegen. Doel van het symposium: het onderzoek met betrekking tot de zelfmoordproblematiek bevorderen en elders bruikbaar gebleken methoden van zelfmoordpreventie hier bekendmaken. Wat dat laatste betreft, in het bijzonder wordt gedacht aan het werk van centra in Engeland en de Verenigde Staten, waar met behulp van vrijwilligers wordt geprobeerd het maatschappelijk isolement waarin mensen in crisis verkeren te doorbreken. Sociale factoren spelen volgens de organisatoren van het symposium bij zelfmoord een belangrijker rol dan psychopathologische factoren. Falen in het werk bijvoorbeeld kan tot een crisissituatie leiden; de meeste geslaagde zelfmoorden bij mannen vinden in ons land plaats op 64-jarige leeftijd, als het pensioen nadert en het gevoel onnut te zijn toeneemt. Dit blijkt uit een onderzoek dat het hoofd van de vakgroep die het symposium organiseert, Prof. Dr. K. van de Loo, en Drs. Diekstra samen met de politie en de G.G.D.'s van Arnhem en Nijmegen hebben ingesteld naar het verband tussen sociale factoren en zelfmoordgedrag. Op basis van dit onderzoek kan een meetinstrument worden geconstrueerd door middel waarvan de kans op herhaling van een zelfmoordpoging kan worden voorspeld.



Op een schriftelijke vraag van het Tweede Kamerlid mejuffrouw Goudsmit (D'66) betreffende verhoging van de maximumstraf op de handel in wekaminen heeft minister Van Agt van Justitie onder meer geantwoord dat, „zoals reeds is aangegeven in de door de toenmalige Staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid ingezonden memorie van antwoord op de nadere wijziging van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening”, het misbruik van wekaminen een verschijnsel is dat in het drugprobleem in Nederland een belangrijke plaats inneemt. Het misbruik van deze vrij gemakkelijk te vervaardigen middelen wordt in een aantal landen, waaronder verschillende Westeuropese, als een bijzonder ernstige bedreiging van de volksgezondheid beschouwd, aldus minister Van Agt die voorts stelt: „Na de nadere wijziging van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening wordt ook het zonder vergunning of recept aanwezig hebben van wekaminen met straf bedreigd, nl. met maximaal 6 maanden hechtenis of een geldboete van ten hoogste vijfduizend gulden. Aan-

gezien de sluikhandel is gebaseerd op het misbruik van verdovende en opwekkende middelen als internationaal verschijnsel, dient ons land zich er op te bezinnen of de nationale wetgeving voldoende op de medewerking aan de internationale drugbestrijding is toegesneden. Hier te lande aangetroffen wekaminenhandelaren van vreemde nationaliteit kunnen thans niet worden uitgeleverd, aangezien het Europese Uitleveringsverdrag het vereiste bevat van een strafbedreiging van ten minste een jaar.” Daarom acht minister Van Agt het raadzaam dat bij een herziening van de wetgeving op het terrein van deze en andere voor de volksgezondheid gevaarlijke middelen het bestaande strafmaximum wordt verhoogd.



Verschenen is een in het purper gestoken boekje „Informatie over de Stichting Nationaal Orgaan Zwakzinnigenzorg”. De stichting voortgekomen uit het Centraal Overlegorgaan inzake Zwakzinnigenzorg, wil de zwakzinnigenzorg in Nederland op alle niveaus waar mogelijk stimuleren en coördineren en de integratie van deze zorg in het grotere geheel van de welzijnsvoorzieningen bevorderen. Om belangstellenden vaker van zijn activiteiten op de hoogte te brengen heeft het N.O.Z. een tweemaandelijks „kommunikatieorgaan” in het leven geroepen, dat de eerste tijd in gestencilde vorm verschijnt. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de wens, neergelegd in een kort geleden uitgebracht rapport van de commissie Voorlichting, gestalte te geven aan het Nationaal Orgaan Zwakzinnigenzorg als nationaal voorlichtings- en informatiecentrum op het terrein van de zwakzinnigenzorg, zowel rechtstreeks als in verwijzende zin. Wie wat te vragen heeft, wende zich tot het bureau van het orgaan, Maliesingel 55, Utrecht, tel. 030-12114.



„Voor het behoud van het wetenschappelijk niveau van ons land is het essentieel dat voldoende wetenschappelijke onderzoekers worden opgeleid. Daarom zullen de assistent-onderzoekers niet uit het wetontwerp herstructurering wetenschappelijk onderwijs worden geschrapt.” Dit schrijft minister De Brauw van wetenschapsbeleid en wetenschappelijk onderwijs in een brief aan de Raad van advies voor het wetenschapsbeleid, aangehaald in een persbericht van zijn mi-

nisterie. De raad had de minister erop gewezen dat het doel van de herstructurering tweërlei is, namelijk „het mogelijk te maken dat enerzijds de grote meerderheid van de studenten na een korte, geherprogrammeerde studie haar weg vindt naar de maatschappij en dat anderzijds een kleine op wetenschappelijke begaafdheid geselecteerde groep, gelegenheid krijgt tot een wetenschappelijke vorming". Minister De Brauw heeft thans verklaard het met dit uitgangspunt eens te zijn en zich te beijveren om deze tweeledigheid in doelstelling te realiseren. De oude en niet bevredigend functionerende regeling van de promotie-assistenten zal verdwijnen, zoals ook in het regeringsakkoord is vastgelegd, de assistent-onderzoekers komen hiervoor in de plaats. „Op die manier wordt zowel het universitaire onderzoek als de vorming van jonge onderzoekers gediend", aldus de minister.



„De toekomst van het vrije beroep" luidt het thema van de Accountantsdag 1971, donderdag 4 november in de Utrechtse Jaarbeurs. De Orde Nederlands Instituut van Registeraccountants heeft „het recht op hulp" als uitgangspunt voor die dag gekozen; op basis van deze stelling zal achtereenvolgens worden gesproken over heden en toekomst van de architect, de advocaat, de arts, de registeraccountant en de onderneming, terwijl verder een sociaal-economische verkenning op het programma staat. Het geheel zal worden besloten met een paneldiscussie. Nadere informatie verstrekt de public relations-afdeling van het Nederlands Instituut van Registeraccountants, Mensinge 2, Amsterdam, tel. 020-440222.



Van 3 tot 7 oktober 1972 wordt in Melbourne, Australië, de 5e World Conference on General Practice gehouden. Het congresprogramma zal zijn: „Our World of tomorrow - patient care, from now to the year 2000." Nu al wordt er veel werk van gemaakt. Zo is het jubileumnummer 1971 van de *Annals of General Practice*, tweemaandelijks orgaan van het Royal Australian College of General Practitioners, speciaal aan het komende huisartsencongres gewijd. Inlichtingen over dit congres geeft The Executive Secretary, Fifth World Conference, 254 Albert Street, East Melbourne, Australia 3002.

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

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

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

**Abonnementen:** Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 40,—, plus f 1,80 BTW = f 41,60, buitenland f 45,—, losse nummers f 1,04 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

**Oplage:** 17.220 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 Specialististen Vereniging - Centraal College - Specialisten Registratie Commissie - College voor Sociale Geneeskunde - Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie - Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.):

Lomanlaan 103, Utrecht

telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

**Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:**

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

**Raad van Beroep:**

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

\* \* \*

**Bureau voor waarneming en vestiging:**

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

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

**Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfonds Artsen:**

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-887021