



redactioneel

In dit nummer:

- Op het 28ste Ledencongres van de K.N.M.G., onder het motto 'Zo gezond mogelijk' 7 en 8 oktober j.l. gehouden in Breda, kunnen de congrescommissie en de circa zeshonderd congresgangers met voldoening terugblikken. Veel nuttigs werd met evenveel aangenaams in Brabantse uitbundigheid verenigd, kortom: behalve zo gezond, was het — geheel volgens de verwachtingen — ook zo gezellig mogelijk. Een fotoreportage.
 - Reeds deze week, als eerste aflevering in de reeks handelingen van het wetenschappelijk gedeelte van het K.N.M.G.-ledencongres te Breda: 'Een voorkomende gezondheidszorg' door Prof. Dr. J. P. Kuiper. Ligt er een grenslijn binnen de arts als 'arts-geneeskundige' en als 'arts-gezondheidsbevorderaar'? Een nieuwe visie, die diep in het eigen artsenvlees snijdt.
 - 5.500-6.500 open hartoperaties (4.500-5.000 coronairchirurgische ingrepen en 1.000-1.500 ingrepen ter herstel van klepgebreken of aangeboren afwijkingen) is het voorzieningenniveau, dat een Gezondheidsraadscommissie voor ons land in 1980 aanbeveelt. Anno nu zitten we op omstreeks 2.050 open hartoperaties totaal. De staatssecretarissen Hendriks en Klein hebben de desbetreffende rapportage aan de Tweede Kamer toegezonden, samen met een brief waarin zij uitleggen waarom zij het met voornoemde aanbeveling niet eens zijn. De permanente begeleidingscommissie voor de hartchirurgie uit de Gezondheidsraad heeft te veel gevraagd.
- Ook de sectie ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad klonk in de pen na de mededeling van staatssecretaris Hendriks, de uitbreiding van ziekenhuisfuncties uitdrukkelijk aan voorwaarden te willen binden. Bedenkingen en een werkmodel.
- Alle Nederlandse ziekenfondsen zijn nu één: de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (V.N.Z.) vangt formeel haar werkzaamheden op 17 januari 1977 aan. Dr. H. Festen sprak tijdens de oprichtingsvergadering over de ziekenfondstaak in de toekomst.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie	1314
<i>Inzenders: A. Ra. Wierdsma, Nestlé Alimentana S.A. (A. Keller), M. Th. H. L. van Aubel, E. J. Schaepman-van Geuns, M. Th. L. W. Boersma, Algemeen burgerlijk pensioenfonds, A. J. M. Schipperijn, Prof. Dr. P. J. Zuidema</i>	
Het 28e K.N.M.G.-Ledencongres in Breda	1319
Handelingen van het 28e Ledencongres der K.N.M.G. (I) — Een voorkomende gezondheidszorg, door Prof. Dr. J. P. Kuiper	1323
Hartchirurgie meer richten op academische centra. Een brief van de staatssecretarissen Hendriks en Klein aan de Tweede Kamer	1331
Voorwaarden uitbreiding ziekenhuisfuncties. Ook sectie Nationale Ziekenhuisraad schrijft brandbrief	1333
Ziekenhuisorganisaties nu gefuseerd. Oprichtingsvergadering Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen	1334
Uit de Ziekenfondsraad	1335
Dalend geboortencijfer bij stijgend aantal huwelijken	1336
OFFICIEEL	1337
Inhoudsopgave officieel	1340



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

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

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

Brieven

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

HONORERING COLLEGIALE BEHANDELING

De meest aardige, markante, kleurrijke en ook wel zinvolle dingen verdwijnen stuk voor stuk uit onze samenleving; de romantiek is dood en begraven (behalve gelukkig in enkele geesten, die ongaarne luid betogen en dus worden overschreeuwd). Bij veel huisartsen gaat vrijdag om 18 uur het loket dicht; aan directeuren van ziekenhuizen e.d. wordt gevraagd hoeveel uren (uren!) van een 'normale' werkweek (!) zij aan hun inrichting besteden in plaats van wat zij voor die inrichting zijn.

Oplettende lezers zullen begrepen hebben, dat ik een lans wil breken voor het handhaven van de goede, oude traditie van het gratis behandelen van collegae, hun familieleden en verpleegsters. Dit heb ik 45 jaar met grote voldoening gedaan en ik heb het als een eer beschouwd voor dit (moeilijke) werk te worden uitverkoren. Omgekeerd zijn de specialisten en huisartsen als ik hun hulp inriep, mij steeds op de meest gulle wijze tegemoet getreden. Moet ik nu, op mijn oude dag, rekeningen uit gaan schrijven? Voor het artikel van Dr. H. Roelink (MC 38, pag. 1199) heb ik waardering en ik erken de moeilijkheden. Hij heeft mij echter niet af kunnen brengen van mijn overtuiging, dat het prijsgeven van deze traditie een verschraling en verarming zou betekenen. Maar . . . de titel van de bundel van Van Nijlen: 'Te laat voor deze Wereld' zal wel op mij toepasselijk zijn.

Nijmegen, 21 september 1976

A. Ra. Wierdsma

'EEN ZURE ZAAK' VOOR NESTLÉ

Dr. Wennen's article 'Western Infant Feeding in the Third World' and the subsequent correspondence and post-script featured in your July 23rd issue has only just been brought to our attention.

That there is a progressive gap between the energy needs of the baby and the energy supplied by breast milk after the first few weeks of life, is not an argument conjured up by Nestlé 'out of the blue' ('uit de lucht gegrepen'). If Dr. Wennen cares to study the abundant literature on the subject (including the recent careful review article by Thom-

son and Black¹) she will see that by the time the baby reaches the age of 3 months, the majority of mothers in the developing countries are unable to feed their babies adequately on breast milk alone. This is the major problem in the developing countries and one which has been obscured by the *Arbeitsgruppe* in Berne and their supporters.

However, it is not the purpose of this letter to reply to statements made by Dr. Wennen with respect to the court proceedings in Berne. Our purpose in writing is to endorse wholeheartedly the recommendations made by Dr. Joosten (23.7.76) that emphasis be placed on the use of acidified milks for infant feeding in tropical countries. Nestlé has been promoting acidified milk feeding for more than 30 years, but we have found that resistance to its use in developing countries has grown, due to attitudes shaped by 'modern' European and American teaching. Consequently, the use of acidified formulae has declined in favour of non-acidified formulae.

Among the important advantages of acidified milk (not mentioned by Dr. Wennen), is its suitability for welfare distribution schemes. This is explained by the fact that such milks are unsuitable for general household purposes (including use in tea or coffee), therefore its exclusive use by the baby, for whom it is intended, is virtually guaranteed. Attempts to re-kindle enthusiasm for acidified milks, have, however, largely failed. A research project financed by Nestlé in 1968 in Jamaica produced no results, although in Brazil, Professor Schmidt²) has recently reconfirmed the undoubted benefits of such products. We are therefore very willing to explore the different possibilities for overcoming resistance to their use particularly in Africa.

May we conclude by saying that Nestlé welcomes the comments and advice of members of the medical profession who share our view that constructive co-operation between industry and the health services, is more likely to lead to improved infant health, than destructive and anecdotal polemic.

Vevey (Suisse), 26th August 1976

Nestlé Alimentana S.A.,
A. Keller, manager.

1. A. M. Thomson and A. E. Black. Nutritional Aspects of Human Lactation, Bull. W. H. O. 1975, 52, 2.

2. B. J. Schmidt et alia. Emploi du lait entier acidifié dans la prévention des diarrhées infantiles. Med. & Hyg. 1183, 1976.

Repliek:

Het commentaar van de heer Keller uit Zwitserland, de manager van Nestlé, werkt zeer verhelderend:

Deze brief maakt het voor een ieder nu

Doorlezen naar blz. 1316

GENEESMIDDEL EN DISTRIBUTIE

De geneesmiddelenvoorziening ten plattelande is onderwerp geweest van uitvoerige beraadslagingen gedurende een extra ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging op 1 oktober jl. in Utrecht. Aanleiding voor deze vergadering was de (dreigende) intrekking van de vergunning tot het bereiden en afleveren van geneesmiddelen van enkele huisartsen die in het bezit waren van een zogenaamde vergunning voor onbepaalde tijd.

Een apotheekhoudende arts kan voor een bepaalde of onbepaalde tijd een vergunning krijgen voor het bereiden en afleveren van geneesmiddelen aan zijn patiënten. De artsen met een vergunning voor onbepaalde tijd gingen er altijd van uit, dat een dergelijke vergunning niet zou worden ingetrokken zolang de betreffende arts er gebruik van wenste te maken. Niet alleen speelt hierbij de rechtszekerheid van deze artsen, die mogelijk forse investeringen voor zijn apotheek heeft moeten doen, maar er speelt nog een andere belangrijke zaak. Ten plattelande zijn veel kleine praktijken. Zonder de extra inkomsten uit de apotheek zijn deze praktijken niet levensvatbaar. Het betreft hier een- of tweemansplaatsen. In het laatste geval is de praktijk zonder apotheek te groot voor één en te klein voor twee huisartsen. Een en ander heeft er voor de Apotheekcommissie van de L.H.V. mede toe geleid zich nog eens te bezinnen op de toekomst van de apotheekhoudende huisarts.

De wet op de geneesmiddelenvoorziening, die de oude wet uit 1865 verving, regelt onder vele andere zaken met betrekking tot de artseneijbereidkunst ook de afbakening van de taken van de apothekers en apotheekhoudende geneesheren. In deze wet wordt er van uitgegaan dat de apotheker door zijn opleiding de meest gekwalificeerde deskundige is

voor de aflevering van geneesmiddelen aan patiënten. Alleen daar waar geen apothekers zijn, aldus de Memorie van Toelichting, wordt de regel dat niet door één persoon zowel de geneeskunst als de artseneijbereidkunst mag worden uitgeoefend doorbroken.

Het is zonder meer duidelijk dat de apotheker deskundiger is dan de arts op dit gebied van de bereiding van geneesmiddelen, de werking er van, hun houdbaarheid, identificatie en vele zaken meer. Het toepassingsgebied is meer specifiek het terrein van de arts. Nu omvat de magistrale receptuur – dat wil zeggen die recepten die in de apotheek worden bereid – maar een beperkt deel van de totale hoeveelheid verstrekte me-

De apotheek is niet veel meer dan een distributiepunt van fabrieksmatig bereide geneesmiddelen geworden

dicamenten. Negentig procent is gereede receptuur; de apotheek is niet veel meer dan een distributiepunt geworden, waar voornamelijk door apothekersassistenten de fabrieksmatig bereide geneesmiddelen worden uitgereikt. Het is niet duidelijk waarom de apotheker dit beter zou kunnen doen dan de apotheekhoudende huisarts of zijn apothekersassistenten.

Bij de geneesmiddelenvoorziening speelt niet alleen de bereiding en distributie van de geneesmiddelen een rol, maar ook de begeleiding en voorlichting van de patiënt. Het is onmiskenbaar dat de huisarts meer in de gelegenheid is deze functies te vervullen dan de apotheker; hij is er

bovendien beter voor opgeleid. Vanuit kosten oogpunt verdient de apotheekhoudende huisarts verre de voorkeur. In 1974 bedroegen de kosten voor farmaceutische hulp aan de wettelijk verzekerden exclusief het abonnementshonorarium voor apothekers gemiddeld f 89,70 per verzekerde en voor apotheekhoudende huisartsen f 47,76. Dit betreft bijna acht miljoen verzekerden. De huisarts die over een goed ingericht kaartstelsel beschikt – en dat is een normale eis voor een huisartsenpraktijk – zou, indien alle medicamenten via hem zouden worden verstrekt, eerder en beter dan de apotheker in staat zijn het totale medicamentengebruik van een patiënt te overzien.

In het kader van de praktijkverkleining zou deze taak van de huisarts beter tot zijn recht kunnen komen, als iedere huisarts tevens apotheekhoudend zou zijn. Nu is het nauwelijks denkbaar dat alle apotheken zouden verdwijnen. Evenwel, met zo'n veertigtal verschillende medicamenten zijn de meeste patiënten wel te behandelen. Dit vergt voor de huisarts een apotheekgedeelte van beperkte omvang. De minder gebruikelijke medicamenten of die middelen waaraan bijzondere eisen voor wat betreft hun bewaring of bereiding worden gesteld, zouden via de apotheek kunnen worden betrokken. De apotheker zou dan, behalve in de intramurale zorg, in de farmaceutische industrie, laboratoria en de research een belangrijke rol kunnen spelen in de voorlichting aan huisartsen en specialisten. Bovendien zou hij ingeschakeld kunnen worden bij gevallen van geneesmiddelenvergiftiging, gezien zijn toxicologische kennis.

De idee de huisarts meer in te schakelen bij de geneesmiddelendistributie, afkomstig van de Apotheekcommissie van de Landelijke Huisartsen Vereniging, verdient het nader te worden uitgewerkt.

B.

geheel duidelijk, dat deze firma nog steeds niet wil of zelfs niet kan erkennen waar het hier in feite om gaat. De kern van de zaak is dat voor de meeste kinderen in landen van de derde wereld produkten van westerse melkfirma's zeker geen verbetering zullen brengen in hun bestaande situatie.

Dat deze situatie niet ideaal is — zelfs niet de eerste zes maanden — weten ook de *Arbeitsgruppe* en haar 'supporters' heel goed; zij hebben aan dit onderwerp wel degelijk de nodige aandacht besteed. Het door de manager geciteerde artikel van Thomson en Black brengt dan ook geen nieuws. Als men de groeicurves van kinderen in ontwikkelingslanden beziet, verlopen deze inderdaad na gemiddeld drie maanden niet meer optimaal, maar veelal nog wel binnen normale grenzen (Jelliffe). De borstvoeding kan dan meestal de behoeften van het kind niet meer volledig dekken, maar er komen dan extra calorieën uit bijvoeding met bijvoorbeeld banaan en pap van gierst, maïs en wat dies meer zij. Met andere woorden: het worden daar geen reuzen, wel is er een bescheiden doch voldoende groei, mits de borstvoeding gehandhaafd blijft. Nog meer recentelijk, in mei 1976, zeiden Kusin, voedingsspecialiste van het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam, en anderen, na afsluiting van hun onderzoek op Oost-Java: 'It (breast-feeding) seems to be sufficient to sustain proper growth till 6 months'. De heer Keller rept echter met geen woord over deze bijvoeding. Wel zou men uit de wijze waarop hij het stelt bijna de indruk kunnen krijgen, dat de mensheid daar allang uitgestorven had moeten zijn. Het voordeel van de traditionele bijvoeding, die goedkoop en hygiënisch betrouwbaarder (pap moet lang gekookt worden) is, weegt op tegen het feit dat de eiwitten plantaardig zijn. Dus al met al te verkiezen boven dure melkpoeder in een omgeving zonder voldoende hygiëne.

Wat betreft de kritische periode na de eerste zes maanden, verwijs ik naar de visie van de voedingsdeskundige van de U.N.I.C.E.F., McDowell, zoals ik die in mijn repliek aan Jansen uit Nairobi (M.C. nr. 38/1976, blz. 1188) heb opgenomen.

Een enkel woord over het chapter zure melk. Ik wees in mijn repliek aan Joosten op de betere houdbaarheid: zuur dus beter, maar ook duur. Verder is het voor ieder die in dit soort landen heeft gewerkt duidelijk, dat ook dergelijke produkten alleen met goede begeleiding, bij voorkeur in ziekenhuizen, met succes kunnen worden toegepast. Mogelijk incidenteel ook zeer nuttig in hulpprogramma's, doch hier is weer het grote gevaar van mogelijke verdringing der borstvoeding. Overigens lag het accent van de reclame van Nestlé, zeker de laatste vijftien jaar, voor zover ik het gezien heb, volledig op het niet-zure produkt, Lactogen.

Merkwaardig echter is het slot van Kellers brief: spreekt hier de 'arrogance of power'? We weten anno 1976 helaas maar al te goed dat de doelstellingen van de industrie, zelfs ook in de medische sector, lang niet altijd

parallel lopen met die van de 'health-services'. En dit is dan nog op zijn zachtst gezegd. Voor wie dit nog niet geheel duidelijk mocht zijn, verwijs ik naar wat Dr. Mahler, directeur-generaal van de Wereldgezondheidsorganisatie, in juli van dit jaar heeft gezegd tijdens een bezoek aan ons land. Hij wees op de enorme verspilling in landen van de derde wereld door het kopen van dure technische apparaten met geld dat zo hard nodig is voor wezenlijke prioriteiten, zoals vaccinatiecampagnes, beter drinkwater en dergelijke.

In de 'melkindustrie' heeft het werk van de firma Nestlé in het verleden zeker een grote bijdrage geleverd aan de verbetering van de gezondheidstoestand van het jonge kind in de westerse landen. Helaas heeft de firma deze goede reputatie op het spel gezet door een zeer agressieve, door sommigen zelfs immoreel genoemde verkooppolitiek in de derde wereld. Zelfs de rector in Bern, die de groep veroordeelde wegens smaad, wees Nestlé terecht wegens deze reclamepraktijken.

Het is zeer begrijpelijk dat Nestlé van alles probeert om deze goede naam, zeker in de artsenwereld, te bevestigen. Laat de firma dit dan op een constructieve wijze doen, maar wel minstens tweemaal denken voor zij woorden in de mond neemt als 'anecdotal': daar is de zaak te triest voor.

Tenslotte: als het gaat om de bedreiging van de gezondheid van kinderen kan geen polemiek scherp genoeg zijn.

Den Haag, 25 september 1976

C. A. M. Wennen-van der Meij

Literatuur

Jelliffe, D. B., *Infant Nutrition in the Subtropics and Tropics* (Second Edition), W.H.O. Monograph No. 29, Geneva 1968.

Kusin, J. A., Kardjati, Sri., de With, C., *Geographical distribution and prevalence of nutritional deficiency diseases in East Java, Indonesia*. (Intern. Interim Report, 1976).

DISCRIMINATIE

Collega Granaada slaakt een wat vreemde kreet (zie M.C. nr. 34/1976, blz. 1076): discriminatie van de vrouwelijke artsen. Inlichtingen worden te allen tijde verstrekt, daartoe het volgende:

De Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (V.N.V.A.) is het Nederlandse deel van een mondiale organisatie, waarin zij niet goed door de K.N.M.G. vervangen zou kunnen worden. Onze samenleving is (nog) zo georganiseerd dat het 'doen' van de huishouding en het opvoeden c.q. opvangen van kinderen niet door de man c.q. vader geschiedt. Derhalve is er een aantal vrouwelijke artsen, dat niet of zeer weinig beroepsmatig werkzaam is. Voor dezen is de V.N.V.A. een mogelijkheid om toch contact

met de artsenwereld te blijven houden. Tenslotte is bij toename van werkloosheid niet bij voorbaat een discriminatie van de (gehuwde) vrouw uit te sluiten en heeft de V.N.V.A. daarvoor wellicht zin.

Discriminatie is de V.N.V.A. even vreemd als andere speciale groepen!

Wassenaar, 20 september 1976

E. J. Schaepman-van Geuns

NOGMAALS NESTLÉ

Naar aanleiding van de brief van collega Dr. A. A. J. Jansen in M.C. nr. 38/1976, blz. 1186, meen ik enkele opmerkingen te mogen maken. Het is een uitstekende brief. De slogan 'Nestlé tötet Babies' is een schandelijke opmerking, van personen die 'multinationals' in diskrediet willen brengen. Ik moet even opmerken, dat multinationals, door miljoenen uit te geven voor research, de mensheid een dienst bewijzen; bovendien hebben zij duizenden mensen in dienst, die daar een goede boterham aan hebben. Indien regeringen van sommige ontwikkelingslanden van mening zijn, dat Nestlé-produkten voor kinderen in hun land niet nodig of te duur zijn, dan moeten zij de invoer van deze produkten beperken. Ik meen dat deze landen niet zo bang zijn voor de invoer van duur en gevaarlijk wapentuig, waarmee zij vaak hun rasgenoten in aangrenzende zwarte republieken bedreigen. De opmerking 'agressieve propaganda' door Nestlé gevoerd, is tendentiekus (ik zou liever willen spreken over 'handige reclame', zoals op de t.v. de 'STER'-reclames vaak zijn) en wordt gebezigd door personen die nu eenmaal tegen multinationals zijn, niet op economische maar op politieke gronden. De feiten hebben bewezen, dat landen (zoals Noord-Amerika) waar multinationals een bloeiend bestaan leiden, een zéér hoge levensstandaard hebben. Indien de voedingsdeskundige James McDowell van mening is (en dat zal ook wel juist zijn) dat ondervoeding de oorzaak van veel ellende is bij zuigelingen, dan zou ik de regering van dat land willen adviseren méér geld uit te geven en een krachtige propaganda te voeren voor anticonceptie. Een beter voedselbeleid in die landen, met het opslaan van voedsel voor magere jaren, zou al veel helpen. Voor degenen onder de collegae die dit lezen en die het rapport van de 'Club van Rome' te 'rechts' vinden, verwijs ik naar de duidelijke en wetenschappelijk goed gefundeerde pocket 'Hunger' van Dr. Phil. Anne-Marie Holenstein, Fischer-pocket nr. 1712. Om misverstanden te voorkomen wil ik hier opmerken, dat noch mijn vrouw noch ik Nestlé-aandelen bezitten of op enigerlei wijze bijvoorbeeld door familiäre banden connecties hebben bij Nestlé.

Heel (L), 20 september 1976

M. Th. H. L. van Aubel

SUBJECTIEVE NORMEN BIJ ARBEIDS(ON)GESCHIKTHEID

Naar aanleiding van de ingezonden brief van B. P. Bernink in M.C. nr. 34/1976, blz. 1074, met betrekking tot subjectieve normen bij arbeids(on)geschiktheid zou ik graag het volgende willen opmerken.

Het door collega Bernink gesignaleerde misverstand van het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam laat hij, mogelijk onbedoeld, vergezeld gaan van de introductie van misverstanden met betrekking tot taak en functie van het Algemeen burgerlijk pensioenfonds en de Algemene burgerlijke pensioenwet. Zowel de uitspraak dat het A.b.p. bij de beoordeling van aanvragen normen hanteert die in het geheel niet aansluiten bij de normen die in Nederland rond de Z.W. en W.A.O. gehanteerd worden, als meer in het bijzonder de uitspraak dat het begrip 'zijn werk' c.q. 'passende arbeid' bij het A.b.p. een geheel andere inhoud hebben dan bij de Z.W. of bij de W.A.O., doen de vraag rijzen of deze 'bevindingen' van collega Bernink te rijmen zijn met de rechtszekerheid en de rechtsgelijkheid van de Nederlandse beroepsbevolking, waarvan circa 20% onder de A.b.p.-wet valt.

De verschillende loondervingswetten – in casu de W.A.O. en de huidige invaliditeitspensioenregeling krachtens de A.b.p.-wet – zijn ongeveer te zelfde tijd tot stand gekomen en op elkaar afgestemd, zodat er alleen al om die reden geen twijfel over kan bestaan dat de gebruikte terminologie in de verschillende wetten op dezelfde wijze dient te worden begrepen. Wel is juist, dat het A.b.p. nooit uitspraken doet met betrekking tot arbeidsgeschiktheid. De pensioenwet stelt namelijk, dat de ambtenaar na ontslag recht heeft op pensioen, indien hij hetzij de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt hetzij uit hoofde van ziekten of gebreken blijvend ongeschikt is zijn betrekking te vervullen (artikel E 1). Dit houdt in, dat ter beoordeling staat wat 'zijn betrekking' inhoudt, of er 'ziekten of gebreken' aan het dysfunctioneren ten grondslag liggen en of de eventueel daaruit voortvloeiende arbeidsongeschiktheid van 'blijvende' aard zal zijn. Bij deze beoordeling zullen aspecten als aanleg, bekwaamheid, arbeidsverhoudingen enz. mede moeten worden bezien, teneinde te voorkomen dat velerlei andere vormen van dysfunctionaliteit door 'medicalisering' ten onrechte met het toekennen van pensioenen worden beantwoord.

Door het verschil in functie van de Z.W. en de W.A.O., krachtens welke (mede) een uitkering in geval van *niet-blijvende* ongeschiktheid tot stand komt, treden er in de uitvoeringspraktijk, ondanks gelijkheid in begrippen, in bepaalde gevallen – gerechtvaardigde – verschillen op in resultaat. Voor het ambtelijke personeel komt, zolang nog niet blijvende ongeschiktheid is vastgesteld, de 'ziekteuitkering' in de vorm van doorbetaling van (een deel van) het salaris

rechtstreeks ten laste van de overheids-werkgever. Zoals vermeld is de A.b.p.-wet het sluitstuk, indien *blijvende* ongeschiktheid is vastgesteld, en dan wat betreft de normen te vergelijken met de W.A.O. bij geconstateerde blijvende arbeidsongeschiktheid.

Wie het niet eens is met de uitspraak van het A.b.p. (in casu van de Raad van toezicht) staat de weg naar de beroepsrechter open, in laatste instantie de Centrale Raad van Beroep. De door collega Bernink aan de Raad van toezicht toebedeelde functie is niet geheel in overeenstemming met de feiten, doch het zou op deze plaats te ver voeren daarop in te gaan.

Collegae die zich in het kader van praktijk of advisering afvragen hoe bepaalde beslissingen van het A.b.p. tot stand zijn gekomen of zullen uitvallen, kunnen hiervoor altijd bij de Medische Dienst van het A.b.p. terecht.

Heerlen, 27 augustus 1976

M. Th. L. W. Boersma,
Adjunct Hoofd Medische Dienst
Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds

A.B.P.-KEURINGSHONORARIUM

Van de zijde van het Algemeen burgerlijk pensioenfonds (A.b.p.) bereikte ons de volgende informatie, ontleend aan brieven aan de schrijver van het praktijkperikel 'A.B.P.-keuringshonorarium' (M.C. nr. 34/1976, blz. 1085) en aan het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging.

De hoogte van de tarieven voor pensioenkeuringen, specialistische expertises etc. wordt bij Koninklijk Besluit geregeld. De directie van het Algemeen burgerlijk pensioenfonds heeft zich reeds geruime tijd geleden gewend tot de minister van Binnenlandse Zaken om tot een regeling te komen die meer aangepast is aan de ontwikkelingen in de praktijk. Naar de mening van de directie zou daarin een relatie met de tijd die aan een rapport wordt besteed teruggevonden moeten worden.

De door de directie van het A.b.p. ondernomen stappen hebben geleid tot een ontwerp-algemene Maatregel van Bestuur op grond van artikel P 11 van de A.b.p.-wet. In dit ontwerp wordt voor de tarieven terzake van pensioenkeuringen en dergelijke in beginsel aansluiting gezocht bij de bij het ministerie van Economische Zaken gedeponeerde richtlijnen voor de particuliere honoraria van medische specialisten. Er is goede hoop, dat het ontwerp op vrij korte termijn in de ministerraad kan worden behandeld. De directie van het Algemeen burgerlijk pensioenfonds zou het gezien het voorafgaande op prijs stellen, wanneer de L.S.V. in afwachting van de totstandkoming van vorenbedoelde Algemene Maatregel van Bestuur geen stappen zou ondernemen.

EUTHANASIE

Op mijn ingezonden artikel in Medisch Contact nr 31/1976, pag. 992, is een reactie gevolgd van collega J. J. van den Anel uit Hillegom (M.C. nr 37/1976, pag. 1160).

Als collega Van den Anel stelt dat ik een verbinding leg tussen Hitlers euthanasie en de euthanasie waar wij tegenwoordig veel over denken, moge ik opmerken:

- a) Dat ik geen verbinding heb gelegd, hoogstens gelijkenissen heb geconstateerd (hetgeen wezenlijk iets anders is);
- b) Dat ik het noch over het fenomeen Hitler, noch over de aan dit fenomeen toegedachte euthanasie heb gehad, doch slechts gewezen heb op de gelijkenissen die er mijns inziens bestaan tussen de systematiek van het doden van joden onder het systeem van het nazisme (niet identiek met de figuur van Hitler) en de reeds in ons land en elders opgezette systematiek van het doden van ongebooren menselijk leven onder het systeem van de materialistische wereld van de blanke mens (onverschillig of deze materialistische wereld kapitalistisch of communistisch is getint).

Ik constateer, dat collega Van den Anel in zijn overigens zeer te respecteren betoog in mijn artikel dingen heeft gelezen die door mij niet zijn geschreven. Dit is voor een gezonde discussie niet goed. De rest van zijn betoog gaat feitelijk over de vraag of de arts de wens van de patiënt om te overlijden voldoende onderkent. Dit probleem was in mijn schrijven niet aan de orde, maar desalniettemin met betrekking tot mijn artikel relevant voor zover de arts zich gesteld ziet voor het probleem het leven van dergelijke patiënten actief te termineren (de zogenaamde 'passieve euthanasie' is in mijn artikel niet ter sprake gekomen).

Collega Van den Anel, die ongetwijfeld (wonend in dezelfde regio als ik), wel zal weten welke functie ik heb, zal dan ook weten dat het probleem van de mens die sterven wil mij al te zeer bekend is. Ik trek hier echter niet de conclusie uit dat de arts de patiënt een definitieve zet in deze richting moet geven, doch veeleer de conclusie dat artsen en trouwens ook verplegenden anno 1976 nog steeds niet in staat zijn in psychologisch adequaat opzicht de patiënt naar het letale einde te begeleiden. Dat laat zich ook wel verstaan: afhankelijk van en aanhankelijk als wij zijn aan onze materialistische welvaart houden wij ons doorgaans niet bezig met het proces van doodgaan, terwijl dit proces ook ons artsen zelf eens deelachtig zal worden. Anders gezegd: het is ons 'op school' (lees universiteit) niet geleerd en we hebben het onszelf niet geleerd en laten we eerlijk zijn, we willen het ook niet leren. Wat wonder dat onder deze omstandigheden het actief termineren van het leven van de patiënt die dood wil dan een – schijnbaar – humane oplossing betekent, doch in werkelijkheid een brevet van onvermogen van onszelf is.

Als collega Van den Anel voorts stelt dat de huidige generatie bejaarden is opgegroeid temidden van taboes, dan ben ik dit geheel met hem eens, maar ik voeg daar wel aan toe dat taboes lang niet altijd verwerpelijk zijn en het uitbannen van die taboes lang niet altijd is goed te praten. Ik durf dat bijvoorbeeld rustig te stellen, ten aanzien van het taboe dat er over abortus niet eens mocht worden gedacht. En waarom ik dat stel is het feit dat ik graag, overeenkomstig de door collega Van den Anel aan onze tijd toegedachte neiging om te durven praten over de intieme dingen des levens, ook wil handelen. Tot de intiemste dingen des levens behoort mijns inziens bovenal het recht om te leven (eenmaal verwekt) en is het de plicht van een ander, zeker de medicus, om van dit verwekte leven af te blijven. Wat betreft 'actieve' en 'passieve' euthanasie zou ik nog willen opmerken dat ik verlenging van menselijk leven en daarmee menselijk lijden *door medisch ingrijpen* even verwerpelijk acht als het actief beëindigen van dit leven.

Noordwijk, 21 september 1976.

A. J. M. Schipperijn, internist

MALARIA TROPICA EN DE NITRIETREACTIE

Collega Schüchner hecht grote waarde aan de nitrietreactie voor de diagnose van urine-weginfecties en vraagt zich af hoe deze reactie bij patiënten met malaria tropica verloopt (M.C. 1976, 31, blz. 1188). Er is geen enkel bezwaar tegen dat een arts bij iemand die kort na terugkeer uit de tropen ziek wordt (met koorts) de nitrietreactie verricht mits hij eerst een bloedpreparaat van de patiënt heeft gemaakt en voor onderzoek op malariaparasieten naar een tot beoordeling bevoegde instantie heeft verzonden. De arts die dat nalaat maakt, met of zonder nitrietreactie, een fout.

Amstelveen, 20 september 1976

Prof. Dr. P. J. Zuidema

Varia

Geprogrammeerde patiënten – In mei van dit jaar vond in Utrecht een informatieve bijeenkomst plaats over simulatie in het medisch onderwijs. Uitgenodigd waren vertegenwoordigers van alle Lotus-studiekringen. Inleiders waren de heren Van Bommel (Medische Faculteit Maastricht) en Van der Lugt (Erasmusuniversiteit). Zij vertoonden

Oriëntatiecursus N.H.I. najaar 1976

Op vrijdag 26 en zaterdag 27 november 1976 organiseert het Nederlands Huisartsen Instituut (N.H.I.) opnieuw een oriëntatiecursus ten behoeve van aanstaande huisartsen.

De inhoud van de cursus is deze keer vooral aangepast aan de omstandigheid, dat de beroepsopleiding tot huisarts momenteel aan alle universitaire huisartseninstituten functioneert. Vandaar dat het accent van de cursus zal liggen op de 'bedrijfskundige' aspecten van het werk van de huisarts. Daarnaast zal ruime aandacht worden geschonken aan het financieel-organisatorische kader waarbinnen de huisarts in Nederland werkzaam is. De cursus is opgebouwd uit een aantal eenheden, die onder diverse thema's zijn samengebracht.

Als eerste thema wordt het *verwerven van een praktijk* behandeld. Financieel-organisatorisch gezien kan de huisarts werkzaam zijn: a. als solist; b. als lid van een maatschap (associatie/groepspraktijk); en c. in dienstverband (groepspraktijk, gezondheidscentrum). Elk van deze mogelijkheden en het realiseren daarvan kent een aantal specifieke aspecten. Deze zullen in de cursus worden besproken, waarbij speciale aandacht zal worden besteed aan vragen als: hoe te zoeken naar een praktijk of vestigingsmogelijkheid? Welke financiële consequenties zijn verbonden aan elk van de wijzen waarop een huisarts werkzaam kan zijn? Vervolgens wordt aandacht besteed aan het *runnen van de praktijk*. Daarbij zullen financieel-organisatorische aspecten worden gezien als ook de eisen waaraan het praktijkpand moet voldoen. Enkele punten die aan de orde komen, zijn: geluidsisolatie, aparte werkruimte assistent(e), indeling en inrichting praktijk. Ook de organisatie van administratie, laboratorium en receptie, een vrij of afspraakspreekuur dan wel een combinatie daarvan zullen uitgebreid worden behandeld. Ervaring opgedaan door aan het N.H.I. verbonden deskundigen heeft aangetoond, dat ten aanzien van genoemde punten verschillende alternatieven mogelijk zijn. Het belang van een goede praktijkorganisatie zal met voorbeelden worden geadstrueerd. De financiële bewaking van het praktijkgebeuren krijgt de nodige aandacht.

De *structuur en financiering van de gezondheidszorg* en de *mogelijkheden van de eerstelijns gezondheidszorg* worden besproken als onderdeel van een bredere discussie over de sociale voorzieningen. Daarna volgt een meer specifieke bespreking van de financiële basis van de huisartspraktijk.

Tenslotte zal het raakpunt *arts-jurist* aan de orde worden gesteld, waarbij zowel sprake kan zijn van algemeen rechtskundige problemen als van specifieke, het functioneren van de arts betreffende problemen.

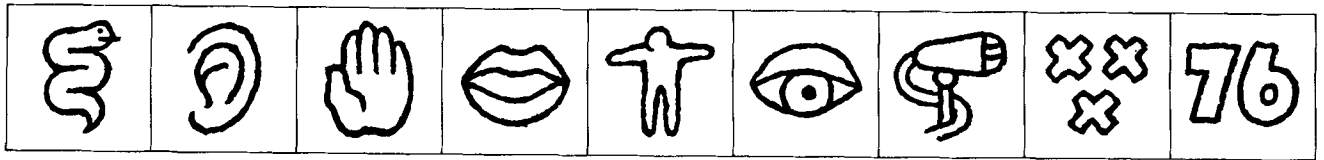
Belangstellenden voor deze in Utrecht te houden cursus kunnen voor maximaal f 150,— (inclusief twee broodmaaltijden) deelnemen. Voor leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap is achteraf een reductie van f 50,— mogelijk.

Een stencil met uitvoeriger informatie en een opgaveformulier kunnen worden opgevraagd bij Mevr. M. Verhaar-Van Gouw, Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4 te Utrecht, tel. 030-319946.

onder meer videotapes – in Rotterdam van een Nederlandse tekst voorzien – die twee jaar geleden werden gemaakt van Prof. Barrows. Verder vond er een demonstratie plaats met een hiervoor getrainde 'geprogrammeerde patiënt'. In de discussie werd duidelijk, dat de ervaring van de Lotus-vereniging zou kunnen aansluiten bij het verder ontwikkelen van de simulatie met behulp van geprogrammeerde patiënten voor het medisch onderwijs. Tevens werd de suggestie gedaan, dat deze vorm van onderwijs ook nuttig zou kunnen zijn voor andere opleidingen in de gezondheidszorg. Plaatselijke Lotus-verenigingen zijn geïnformeerd over deze mogelijkheden, zo meldt nr 2 van augustus 1976 van 'Simulatie-Kontakt', Notities over simulatie in het medisch onderwijs, redactie-adres: Maliebaan 77, tel. 030-31 98 39.

Pfizer-symposium – Op zaterdag 13 november a.s. zal in de Jaarsbeurs Congressaal van

het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht het Pfizer-symposium worden gehouden met als thema 'Gestoorde neusademhaling' onder voorzitterschap van Prof. Dr. E. H. Huizing. Het programma vermeldt voordrachten van Prof. Dr. E. H. Huizing (Bouw en functies van de neus), Prof. Dr. G. de Wit (De neus als onderdeel van de tractus respiratorius), Prof. Dr. P. H. Schmidt (Oorzaken van gestoorde neusademhaling), Prof. Dr. G. A. Sedee (De chirurgische behandeling van de gestoorde neusademhaling), P. H. Dieges (Atopische rhinitis), Dr. R. Voorhorst (Chronische en recidiverende ontstekingen van de neus en de neusbijholten), Dr. R. Th. G. Wentges (Neuspoliepen) en E. A. van Dishoeck (Gebruik en misbruik van neusdruppels). Na elke inleiding is er gelegenheid tot vragen stellen en ochtenden middagprogramma zullen worden besloten met een discussie. Voor alle overige informatie kan men zich wenden tot: Pfizer B.V., Koningslaan 117-119, Rotterdam, tel. 010-21 51 22, tst. 157.



Het 28ste K.N.M.G.-Ledencongres in Breda

Op het 28ste Ledencongres van de K.N.M.G., onder het motto 'Zo gezond mogelijk' 7 en 8 oktober j.l. gehouden in Breda, kunnen de congrescommissie en de circa zeshonderd congresgangers met voldoening terugblikken. Veel nuttigs werd met evenveel aangenaams in Brabantse uitbundigheid verenigd, kortom: behalve zo gezond, was het – geheel volgens de verwachtingen – ook zo gezellig mogelijk.

In het vorige nummer van Medisch Contact kon al een aanzienlijk deel van het verhandelde worden gereproduceerd. Zo mag hier allereerst worden verwezen naar het officiële openingswoord van de voorzitter der Maatschappij Geneeskunst, Dr. J. L. A. Boelen, die daarbij de individuele verantwoordelijkheid als bepalende factor in de gezondheidszorg centraal stelde. Aansluitend aan zijn inleiding, uitgesproken in de Grote Kerk te Breda, richtte Dr. Boelen zich tot een drietal K.N.M.G.-prominenten, die de zilveren legpenning van de Maatschappij Geneeskunst kregen aangeboden. Dat waren achtereenvolgens Dr. A. Rijperda Wierdsma, Dr. H. Festen en Dr.

H. Doeleman ((zie de foto's met onderschrift op de volgende pagina).

Na welkomstwoorden van de burgemeester van Breda, Ir. W. J. L. J. Merx, en van de voorzitter van de K.N.M.G.-afdeling Breda en Omstreken, de heer P. M. W. Starmans, werden de congresgangers door het College van Burgemeester en Wethouders van de gemeente Breda ontvangen op de Koninklijke Militaire Academie. In de avond verplaatste het congres zich tenslotte naar het 'hoofdkwartier', Congrescentrum 'Het turfschip', waar men tot bij middernacht feestelijk doch informeel bijeen bleef.

'Zo gezond mogelijk'

De vrijdag was allereerst gereserveerd voor het wetenschappelijk gedeelte, gewijd aan het thema 'Zo gezond mogelijk', dat werd toegelicht door congresvoorzitter Dr. P. van Rosevelt, die – zoals vorige week in Medisch Contact kon worden gelezen – uiteenzette hoe de positie van de arts in het geheel van de gezondheidszorg, speciaal inzake



Maatschappijvoorzitter Boelen: '... zo gewoon mogelijk. ...'



Afdelingsvoorzitter Starmans: '... Breda kan er wat van. ...'



Burgemeester Merx: '... overheid is niet meer wat zij is geweest. ...'

gezondheidsbevordering, dient te worden afgebakend. Een vijftal sprekers ging daarop nader in op de door Dr. van Rosevelt aangegeven problematiek.

Achtereenvolgens brachten zij – ieder vanuit de eigen specifieke deskundigheid – hun gezondheidsbevorderende boodschap: *Prof. Dr. J. P. Kuiper*, hoogleraar aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit van Amsterdam – wiens betoog als eerste bijdrage in de reeks congreshandelingen verderop in dit nummer integraal is weergegeven – sprak over 'Een voorkomende gezondheidszorg'; *Prof. Dr. J. C. van Es*, hoogleraar aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Utrecht, ging nader in op de 'Mogelijkheden en onmogelijkheden van de huisarts tot bevordering van de gezondheid'; *Prof. Dr. H. A. Tiddens*, rector magnificus der Rijksuniversiteit Limburg te Maastricht, had zijn betoog de titel 'Gezondheidsuniversiteit' meegegeven; *Prof. Dr. F. L. Meijler*, hoogleraar Hart- en Vaatziekten aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, vroeg zich af 'Is coronariaalijden een ziekte of gebrek aan gezondheid?'; de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de heer *J. P. M. Hendriks* hield tenslotte een pleidooi, getiteld 'Klassieke preventieve gezondheidszorg ombuigen'.

Het wetenschappelijk bijeen zijn werd besloten met een discussie, waarbij belangstellenden hun vragen konden voorleggen aan een forum bestaande uit de sprekers en voorgezeten door *Prof. Dr. A. H. Wiebenga*, hoogleraar aan het Instituut voor Ziekenhuiswetenschappen te Amsterdam.

Partnerprogramma

Intussen werd er ook elders wetenschap bedreven en wel door een veertigtal belangstellenden in de zogenoemde wetenschappelijke middag, onderdeel van het partnerprogramma. Daarvoor werd een inleiding gehouden over gezondheidsvoorlichting en -opvoeding door *mevr. Drs. W. Rouwenhorst*, sociologe, verbonden aan het Instituut G.V.O., alsmede een voordracht door de heer *J. J. van Belois*, verbonden aan het Overijssels Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg, getiteld 'Gezond gedrag', een aanzet tot een G.V.O.-programma voor het voortgezet onderwijs. Ook deze wetenschappelijke middag werd besloten met een forumdiscussie, geleid door *Drs. J. A. M. van Hameren*, deskundige op het

Dr. A. Rijpperda Wierdsma werd de zilveren legpenning van de Maatschappij Geneeskunst toegekend, niet alleen om hem te eren vanwege zijn grote verdiensten afgemeten naar de vele activiteiten die hij binnen K.N.M.G.-verband gedurende enkele tientallen jaren heeft verricht, maar vooral omdat hij bij uitstek een geneesheer is die zowel in als buiten de wereld der geneeskunde eraan heeft bijgedragen de rol van de arts in de samenleving de gestalte te geven die hem past: kritisch en zich ter discussie stellend in de gemeenschap.



Ook voor Dr. H. Festen de zilveren K.N.M.G.-plaquette, hem toegekend als man van formaat die het aanzien van de artsen op het gebied van de gezondheidszorg ondersteunt en bevordert. In een voor de Maatschappij Geneeskunst stormachtige tijd was hij – van 1953 tot en met 1957 – lid van het hoofdbestuur, het laatste jaar voorzitter. Zijn vele publikaties over de geschiedenis van de gezondheidszorg in ons land en van de rol van de K.N.M.G. daarin hebben hun bekroning gevonden in het gedenkboek '125 jaar geneeskunst en K.N.M.G.', waaraan een acht jaar lange arbeid is voorafgegaan.



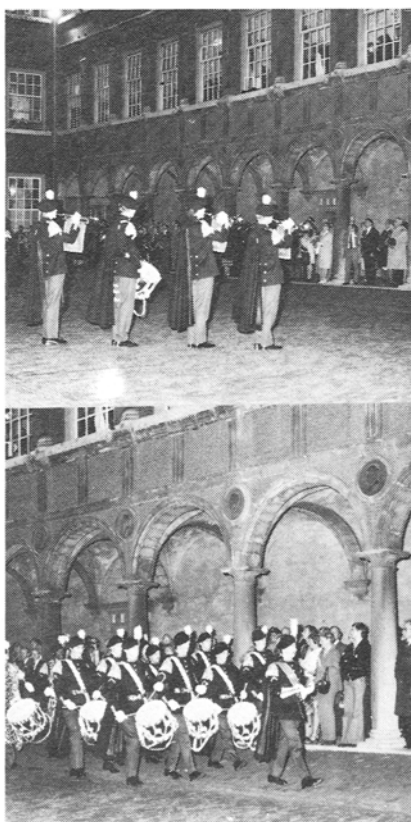
Dr. H. Doeleman werd onderscheiden met de zilveren legpenning van de K.N.M.G. wegens zijn jarenlange activiteiten op bestuurlijk en ander niveau in het belang van de Maatschappij Geneeskunst, zijn bijdrage aan de medische opleiding door het bijbrengen van de nodige kennis omtrent onze sociale verzekeringswetgeving aan medische studenten, zijn grote inzet voor een goede opleiding tot verzekeringsgeneeskundige, zijn niet aflatend streven binnen de K.N.M.G. begrip te wekken voor een moderne uitoefening van de verzekeringsgeneeskunde, alsmede zijn krachtig streven naar goede relaties met en goede communicatie tussen verzekeringsgeneeskundigen, bedrijfsartsen en behandelend artsen.



gebied van de G.V.O., zowel in de gezondheidszorg als in het onderwijs. Andere onderdelen van het partnerprogramma boden verschillende kleinere en grotere groepen geïnteresseerden het nodige vertier in de loop van de vrijdag. Zo was er een dagtocht naar Heusden georganiseerd, waarbij een bezoek aan Kasteel Loevestein was opgenomen; een wandeling door oud Breda, de zogenaamde 'historische kilometer'; een bezoek aan de Beyerd, waar de 'Brabantse kunstmeesters' werden bezichtigd; tenslotte een uitstapje naar Oosterhout, waar onder meer de beroemde Paulusabdij van de Benedictijner monniken werd bezocht.

Besluit

Tot besluit van dit zeer geslaagde 28e K.N.M.G.-ledencongres kwam een grote schare feestvierders vrijdagavond bijeen in het Turfschip, waarmen zich tot in de kleine uurtjes kon storten in een bruisend galafeest, opgeluisterd door een optreden van 'Het Zuidelijk zenuwen kabaret', door het combo Rinus van Galen en het orkest 'the Seventy Five Seven'. Een luisterrijk slot van een gezond tweedaags verblijf in de Baroniestad.



K.M.A.-tamboers



Allemaal vriendelijke mensen



De dames op stap. . .



. . . en voorgelicht





Een gokje wagen. . .

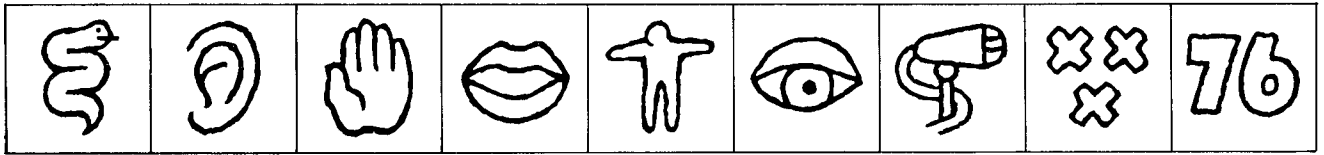


. . . een dansje maken



Cabaret 'Zo mogelijk beter'





Handelingen van het 28e Ledencongres der K.N.M.G. (I)

Een voorkomende gezondheidszorg

door *Prof. Dr. J. P. Kuiper*, hoogleraar aan het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit van Amsterdam

Geen scheidslijn maar een continuüm

Er bestaat een tendens om geneeskunde en gezondheidsbevordering van elkaar te scheiden als twee geheel verschillende benaderingen van gezondheidsproblematiek. Daaruit kan worden verklaard de vraag van de congrescommissie: 'Ligt er een scheidslijn binnen de arts als 'arts-geneeskundige' en als 'arts-gezondheidsbevorderaar?' Met deze tendens hangt ook samen de opvatting dat de preventieve gezondheidszorg iets totaal anders zou zijn dan de curatieve gezondheidszorg, omdat preventie zich richt op factoren buiten de mens en de curatieve zorg zich richt op processen in de mens.

Ik neem aan dat voor het standpunt waarbij een scheiding wordt aangenomen tussen geneeskunde enerzijds en gezondheidsbevordering anderzijds, de nodige argumenten kunnen worden aangevoerd. Persoonlijk geef ik de voorkeur aan een tegengesteld standpunt, waarbij de geneeskunde wordt gezien als een belangrijk onderdeel van de gezondheidsbevordering. In de reeks van activiteiten lopende van curatieve ingrepen tot preventieve maatregelen ligt volgens deze zienswijze geen censuur, maar alle activiteiten op het terrein van de zorg voor het gezonde bestaan liggen op één samenhangend continuüm. Het ligt in mijn bedoeling dit standpunt hier te verdedigen om



vervolgens te kunnen aangeven welke bijzondere plaats de verschillende vormen van geneeskunde in het geheel van de gezondheidsbevordering innemen.

Alvorens een beschouwing te kunnen geven over een wetenschappelijke basis voor deze 'all round' gezondheidsbevordering, moet ik een aantal prelaabele opmerkingen maken over de rela-

tie tussen mensopvatting en visie op gezondheidszorg en over het karakter van de verhouding tussen hulpverleners en hulpvragers.

Mensopvatting en gezondheidszorg

Bij de voorbereiding van deze voor-

dracht heb ik mij opnieuw gerealiseerd hoe nauw de opvattingen over gezondheidszorg samenhangen met de opvattingen die men heeft over mens en maatschappij. Gezondheidszorg heeft immers altijd te maken met het handelen van de ene mens (de hulpverlener) met of ten opzichte van de andere mens (de hulpvrager). De aard van dat handelen en de prioriteiten die men met dat handelen stelt, zijn een weerspiegeling van de waarde die men aan het individuele menselijke bestaan toekent en de resultaten die men in verband met zijn ingrepen en maatregelen wenst te bereiken.

Ik heb er geen flauw idee van hoeveel van elkaar duidelijk te onderscheiden mensbeelden er te beschrijven zouden zijn. Wel vermoed ik dat de meeste er van in een van de volgende hoofdgroepen kunnen worden ondergebracht: een groep individualistische, een groep personalistische en een groep deterministische mensopvattingen.

Het verschil tussen deze hoofdgroepen ligt in de waarde die aan het individuele bestaan en aan de relatie tussen individu en samenleving wordt gehecht.

De *individualistische* mensopvattingen gaan uit van de autonomie van het individu. Ieder mens maakt zelf uit wat goed voor hem is en streeft er ook naar – desnoods onder het mom van altruïsme – zijn eigen egocentrische doeleinden te bereiken. In de westerse samenleving is de individualistische kijk op de mens sterk verbreid; hij kan zich openbaren zowel in het liberalisme als in het anarchisme en het hedonisme.

In de *personalistische* mensopvatting wordt ook grote waarde gehecht aan de zelfstandigheid en zelfbepaling van de individuele mens. Centraal in deze opvatting staat de persoonlijke menswording van de enkeling. Daarmee wordt bedoeld het proces waarbij een individu in de loop van de hem toegemeten leef-tijd en binnen de grenzen van de hem gegeven erfelijke en situationele mogelijkheden steeds meer de trekken van waarlijk mens-zijn gaat vertonen. Dit betekent enerzijds dat hij zich steeds meer manifesteert als zingevoelend van zijn eigen bestaan en anderzijds dat hij groeit in vermogen en bereidheid om medemens te zijn, dat wil zeggen: medeverantwoordelijkheid te dragen voor medemens en samenleving.

De *personalistische* mensopvatting komt in onze cultuur tot uitdrukking in bewegingen als de humanistische psychologie en het democratisch socialisme. Ook bij verschillende neomarxistische schrijvers vindt men een overhellen naar een personalistische antropologie.

De *deterministische* mensopvattingen sluiten aan bij de ervaring van de enorme kracht waarmee maatschappelijke invloeden indi-

Samenvatting

De opvatting dat er een scheidslijn zou lopen tussen geneeskunde enerzijds en gezondheidsbevordering anderzijds, wordt door de auteur afgewezen. Hij verdedigt de opvatting dat de geneeskunde een belangrijk onderdeel is van een algemene gezondheidsbevordering. Als naam voor de gemeenschappelijke wetenschappelijke basis voor alle activiteiten gericht op de bevordering van de gezondheid zijn de begrippen geneeskunde en gezondheidsleer niet gelukkig. De auteur geeft de voorkeur aan het begrip gezondheidkunde. Gezondheidkunde kan worden omschreven als de wetenschap die de begunstigen en bedreigingen van het gezonde bestaan bestudeert, alsmede de mogelijkheden om de begunstigen te verwezenlijken en de bedreigingen te elimineren.

De gezondheidkunde bevat geen elementen die niet (veel) eerder in de geneeskunde of andere velden van zorg voor gezondheid en veiligheid een rol hebben gespeeld. Zij tracht alleen de verspreid liggende elementen samen te vatten. Deze elementen zijn:

- a) een integrale of antropologische mensbenadering;
- b) centrale aandacht voor de dialoog tussen mens en wereld;
- c) het karakter van een kanswetenschap;
- d) de samenvoeging van verworvenheden uit alle disciplines die zich met de beveiliging en bevordering van het gezonde bestaan bezighouden.

Verschillen tussen een ziektekundige en een gezondheidkundige geneeskunde liggen onder andere in de plaats die ziekte inneemt in de gezondheidsproblematiek, de betekenis die het begrip preventie heeft en de aandacht die bij de gezondheidkundige geneeskunde verschoven is van de toestand waarin het menselijk organisme zich bevindt naar de condities voor het gezonde bestaan.

De gezondheidkundige geneeskunde is vrijwel identiek aan de door Querido geïntroduceerde integrale geneeskunde. Haar inbedding in het brede veld van een gezondheidkundige gezondheidszorg verschaft haar de vrijheid om waar dat in de praktijk noodzakelijk is, de grenzen van een geneeskunde in engere zin (= somatologie) te overschrijden.

Aan alle vormen van zorg, die op de persoon gericht (curatieve, palliatieve en transformerende zorg) zowel als die op de situatie gericht (situationele zorg), leveren artsen een belangrijke bijdrage. In een aantal opzichten kan deze bijdrage uitgebreid of verbeterd worden. De gezondheidkunde is geen gunstige basis voor een zich technocratisch, autoritair opstellende gezondheidszorg. Zij is dat wel voor een zich dienstbaar opstellende, voorkomende, inclusieve gezondheidszorg. Binnen deze gezondheidszorg krijgt het begrip preventie mede de betekenis van 'voorkomen dat mensen hulp moeten vragen aan de deskundige'.

viduen modelleren en het individuele gedrag determineren. In onze tijd openbaart deze visie op de mens zich zeer sterk in het orthodoxe marxisme. Wat een individu is, is hij dank zij of ten gevolge van de klasse waartoe hij behoort. Het zijn de produktieverhoudingen die bepalen wat een mens is. Het individu is nauwelijks meer dan een exemplaar van de soort homo sapiens. Niet alleen echter in de communistisch-marxistische gedachtengang heerst de deterministische mensopvatting. Wij vinden haar op filosofisch niveau in het structuralisme en op algemeen menselijk niveau in de fatalistische kijk op het menselijk bestaan.

Niet iedere hulpverlener zal zijn eigen mensopvatting systematisch onder woorden kunnen brengen, maar wij moeten ervan uitgaan dat de keuzen die hij doet in zijn zorg voor hulpvragers, de prioriteiten die hij stelt en de steun die hij verleent aan bepaalde maatregelen van de overheid of juist aan actiegroepen die zich tegen de overheid opstellen, worden bepaald door de

veelal onuitgesproken voorkeur voor een der genoemde typen van mensopvattingen.

De interpretatie die men geeft van het begrip gezondheid, staat niet los van het mensbeeld waaraan men al of niet uitgesproken de voorkeur geeft. De uitspraken over gezondheid variëren van 'zich prettig of fit voelen' tot 'gelukkig zijn' of van 'goed kunnen functioneren' tot 'het-er-zijn-voor-andere'. Het zou te ver voeren om verschillen in interpretaties van deze uitspraken vanuit de verschillende mensopvattingen te laten zien. Voor de behandeling van ons huidige thema is het voldoende om zonder nader betoog aan te nemen dat de genoemde uitspraken naar inhoud verschillen naar gelang zij passen binnen de een of andere mensopvatting. En wat belangrijker is: wat men relevant acht voor een opheffing van de bedreiging van het 'zich fit voelen', het 'gelukkig zijn' enz., dus

met andere woorden voor de inhoud van de zorg, hangt ook af van het mensbeeld dat men voor ogen heeft. Niet alleen echter de hulpverleners, maar ook de hulpvragers verschillen van opvatting over wat mens-zijn betekent of moet betekenen en over de plaats die gezond-zijn daarin inneemt. Van de meeste hulpvragers is niet te verwachten dat zij hun gezondheidsbegrip onder woorden brengen. Zij komen bij de hulpverlener met hun pijn, hun onbehagen, hun angst, hun verlatenheid, hun gestagneerdheid; uit de reden van hun komst kan worden afgeleid wat zij van de gezondheidszorg verwachten en dat is een meer of minder vage aanduiding van hun onuitgesproken interpretatie van het begrip gezondheid. Deze kan op haar beurt weer iets zeggen over de mensopvatting die de hulpvrager onuitgesproken huldigt. Deze omschrijving suggereert enerzijds dat het verband tussen het opzoeken van de hulpverlener en het zoeken van de eigen weg in het leven niet door een simpele analyse is te vinden, maar zij wil anderzijds onderstrepen dat elke ontmoeting tussen een hulpvrager en een hulpverlener tevens een ontmoeting is van twee mensopvattingen. Hoe dichter de visie op het mens-zijn en de menswording van de beide gesprekspartners bij elkaar liggen, hoe gemakkelijker de een de ander op de goede weg kan helpen. Wanneer echter de mensopvattingen diametraal tegenover elkaar staan, zal men in een aantal gevallen tot de ontdekking moeten komen dat een hulprelatie onmogelijk is.

Technocratisch of democratisch

In het behandelen van de ene mens (ego) met de ander (alter) kunnen twee grondhoudingen worden onderscheiden die de verhouding tussen ego en alter karakteriseren: de hulprelatie en de machtsverhouding (Van den Berg, 1971). Het verschil tussen beide relaties ligt hierin dat in de hulprelatie de doeleinden van alter richting- of maatgevend zijn voor het handelen, in de machtsverhouding de doeleinden van ego of van de instantie namens welke ego optreedt. Gezondheidszorg als vorm van hulpverlening wordt gekenmerkt door de hulprelatie. Waar deze niet aanwezig is, kan bezwaarlijk van gezondheidszorg worden gesproken. De vraag is nu wie vaststelt wat de doeleinden van alter, van de individuele hulpvrager of de hulpverlener in-

stantie zijn. Men zou geneigd zijn als vanzelfsprekend aan te nemen dat de hulpvrager zijn eigen doelen stelt. Uit een onderzoek naar de positie van de cliënt in de geestelijke gezondheidszorg waarover Hageman-Smit (1976; p. 111) onlangs rapporteerde, blijkt deze veronderstelling niet juist te zijn. De cliënten blijken een andere kijk te hebben op bepaalde problemen dan hun hulpverleners. 'De cliënt plaatst zijn doelstellingen meer tegen een sociale achtergrond, zoals werk en wonen, de hulpverleners zijn vooral bezig met problemen in de cliënt zelf, zijn directe omgeving en de manier waarop zij de problemen met de cliënt zullen bespreken en ze aan hem verduidelijken. Bovendien komt uit de doelstellingen van de hulpverleners de invloed van de taakstelling van de werkgevende instelling naar voren, zonder dat deze specifieke hulpverlening af te leiden is uit specifieke doelstellingen van de cliënten.'

Dat hulpverleners geneigd zijn de problematiek van de hulpvrager te vertalen in hun eigen belangstelling en mogelijkheden, bleek ook uit de resultaten van het onderzoek van Rooymans (1969) naar de wijze waarop in de psychiatrie diagnoses worden gesteld. Psychiaters neigen ertoe voorkeur te geven aan diagnoses waarmee zij therapeutisch het best uit de voeten kunnen.

Hoewel we kunnen vasthouden aan het uitgangspunt dat in een hulpverlenings-situatie de doeleinden van de hulpvrager worden gediend, moeten we eveneens vaststellen dat in veel gevallen voor de behandeling niet zijn interpretatie van die doelstellingen, maar die van de hulpverlener richtinggevend is. Deze tendens in de hulpverlening kan worden aangeduid met het begrip *technocratische relatie*. Het is de deskundige ego die uitmaakt wat goed is voor de hulpontvangende alter.

Lange tijd is – althans in de geneeskunde – deze benadering gekenmerkt geweest door haar monodisciplinaire karakter. De dokter wist wat goed was voor de mensen en hij had daar geen anderen bij nodig. In de laatste decenia is daarin verandering gekomen. Artsen in ontwikkelingslanden begonnen in te zien dat zij er zonder landbouwingenieurs, economen en technici niet kwamen. Huisartsen zijn gaan inzien dat zij samen met wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers en psychologen de problemen in de eerste lijn van de gezondheidszorg moeten oplossen (zie bijvoorbeeld Van Es, 1967). Bedrijfsartsen hebben al lang

begrepen dat samenwerking met veiligheidsdeskundigen, bedrijfsmaatschappelijk werkers en bedrijfspsychologen hun mogelijkheden tot preventieve gezondheidszorg in bedrijven aanmerkelijk vergroten.

We hebben langzamerhand een 'comprehensive approach' van de gezondheidsproblematiek zien ontstaan. Daarmee is de benadering van de hulpvragers niet automatisch minder technocratisch geworden. Zij is van monodisciplinair thans multi- of interdisciplinair technocratisch geworden. Rondom de ene deskundige, de dokter, heeft zich thans een team van deskundigen gegroepeerd. De doeleinden van de hulpvrager worden thans nog deskundiger gediend, maar of dat meer is in de zin van zijn eigen interpretatie dan vroeger, mag worden betwijfeld.

Tegengesteld aan de technocratische relatie is de *radicaal democratische relatie* in de hulpverleningssituatie, waarbij bewust wordt getracht de zorg te baseren op de interpretatie die de hulpvrager zelf formuleert van zijn doeleinden en aansluiting wordt gezocht bij de prioriteiten die hij in zijn doelstellingen aanbrengt. Het kost ons als deskundigen moeite de prioriteiten van niet-deskundigen te accepteren, maar in toenemende mate gaan velen de superioriteit van de radicaal democratische boven de technocratische benadering zien. Zij leidt tot een anders helpen, zoals onder meer door Van Aalderen (1974) werd bepleit. Samen met de hulpvrager tracht de hulpverlener diens doeleinden te formuleren en de hulpvrager tot inzicht te brengen welke prioriteiten hij voor zichzelf stelt bij het zoeken van een weg in zijn leven. Deze benadering kan de gezondheidszorg ertoe brengen niet alleen op micro-, maar tevens op meso- en macroniveau instrument van emancipatie te willen zijn. Op mesoniveau zien we dat in de stellingname van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, die de gezondheidszorg als een aspect van sociaal beleid in ondernemingen wil zien. Op macroniveau zien we deze tendens in een aantal ontwikkelingslanden, waar vanuit de gezondheidszorg bewust gestreefd wordt naar participatie van de bevolking (Newell, 1975) en de bereidheid bestaat zich aan te sluiten bij de door de plaatselijke bevolking gestelde prioriteiten.

De technocratische gezondheidszorg is met alle goede bedoelingen autoritair en voorkomt door haar afstandelijkheid niet dat door de me-

disch-technologische en andere technische ontwikkelingen de kloof tussen de deskundigen en de hulpvragers steeds groter wordt.

De radicaal democratische benadering is er bewust op uit de afstand tussen deskundigen en niet-deskundigen te verkleinen. Zij kan dit alleen doen door een open, inclusieve instelling. Zij neemt niet door een neerbuigend autoritaire houding de hulpvrager de moed niet met zijn eigen ideeën te komen, maar moedigt door haar voorkomendheid de hulpvrager juist aan de hem toekomende eerste plaats in te nemen. Deze voorkomende gezondheidszorg is geen verwennende gezondheidszorg; zij neemt de problemen niet weg voor de hulpvrager, zoals de technocratische gezondheidszorg tracht te doen. Integendeel, zij moedigt de hulpvragers aan hun eigen problemen op te lossen. Het gunnen van de eerste plaats aan de hulpvrager is niet louter het toekennen van een ereplaats, maar het aanwijzen van degene die de eerste verantwoordelijkheid draagt in de gezondheidszorg, de hulpvrager zelf. Wat de deskundige hulpverlener doet in deze voorkomende gezondheidszorg, is niet meer dan de mogelijkheden van zelfzorg te vergroten.

Een wetenschappelijke basis voor gezondheidsbevordering

Keren we thans terug naar het thema van deze voordracht: de plaats van de geneeskunde in een continuüm van handelingen en maatregelen die de gezondheid bevorderen. Een van de eerste voorwaarden om een dergelijk continuüm zichtbaar te kunnen maken, is alle activiteiten in de gezondheidszorg binnen een zelfde wetenschappelijk kader te plaatsen. Wanneer de geneeskunde de ruime visie van Hippocrates had behouden, zouden we nu nog met Plato kunnen stellen dat de geneeskunde zich bezighoudt zowel met het gezonde als met het ongezonde. De geneeskunde zou dan kunnen dienen als gemeenschappelijke basis voor de gehele gezondheidsbevordering.

De geneeskunde heeft echter sinds enige eeuwen min of meer bewust een smaller spoor gekozen, dat volgens sommigen zelfs een dood spoor is (Verbrugh, 1972). Het zou maar weinigen aanspreken als wij de gemeenschappelijke basis voor bijvoorbeeld klinische psychologie en veiligheidszorg geneeskunde zouden noemen. Een betere naam voor de wetenschap-

pelijke basis van gezondheidsbevordering zou *gezondheidsleer* zijn. De gezondheidsleer wordt door Van Lochem (1956; p. 1) beschreven als een deel der speciële biologie; hij wil haar graag vereenzelvigen met een 'preventieve fysiologie, dat wil zeggen met een leer van de betekenis der verrichtingen voor het behoud van de gezondheid'. Tot nu toe is de gezondheidsleer gezien als de leer van de gezondheidsbevordering naast de geneeskunde als de leer van het herstel van de gezondheid. Wie de scheiding tussen geneeskunde en gezondheidsbevordering niet aanvaardt, kan moeilijk genoeg nemen met het reeds beladen woord gezondheidsleer, afgezien nog van de onmogelijkheid om het woord 'leer' in de Nederlandse taal te gebruiken voor de deskundige hulpverleners, hun deskundigheid en hun deskundige handelingen. Hiertoe leent zich wel het woord 'kunde' in de zin van 'kennis hebben van', zoals het ook wordt aangetroffen in de begrippen natuurkunde, zielkunde, oudheidkunde enz.

Mijn voorkeur voor het begrip *gezondheidkunde* om de wetenschappelijke basis voor een all-round gezondheidsbevordering mee aan te duiden, hangt overigens niet alleen met dit taalkundige voordeel samen. Het nieuwe begrip gezondheidkunde is niet met een verleden belast, zoals de begrippen geneeskunde en gezondheidsleer. Ik stel daarom voor zolang er geen beter begrip is gevonden, het begrip gezondheidkunde te aanvaarden als de aanduiding voor de gemeenschappelijke wetenschappelijke basis van alle vormen van zorg voor het gezonde bestaan. Een pleidooi voor de aanvaarding van dit begrip is geen krampachtige poging om iets nieuws in te voeren, zoals sommigen menen: het is eerder een poging om reeds lang bestaande, doch tot nu toe min of meer verspreide constituerende elementen van verschillende vormen van gezondheidsbevordering samen te vatten. De belangrijkste elementen die de conceptie van de gezondheidkunde kenmerken, zijn:

- a) een integrale of antropologische mensbenadering
- b) centrale aandacht voor de wisselwerking tussen de mens en zijn wereld
- c) het karakter van de gezondheidkunde als kanswetenschap
- d) de samenvoeging van allerlei zich min of meer los van elkaar ontwikkelende vormen van zorg voor het gezonde bestaan

Ad a)

De *integrale of antropologische mensbenadering* gaat uit van het concrete subject, dat een denkend, voelend en handelend wezen is van vlees en bloed, het 'zich in taal uitend sprekend wezen' (P. C. Kuiper, 1976; p. 342). Deze benadering betekent een radicale afrekening met een dualistisch denken over de mens alsof deze een psychosomatische eenheid zou zijn. Zowel soma als psyche zijn nuttige wetenschappelijke abstracties. Door de samenvoeging van deze twee abstracties ontstaat niet het concrete subject dat met zijn angst, pijn en onbehagen de spreekkamer binnenkomt.

De antropologische benadering heeft in de psychiatrie reeds enige decennia een niet overweldigende, maar toch ook niet geheel onbelangrijke betekenis gehad. Voor de geneeskunde in het algemeen en voor de huisartsgeneeskunde in het bijzonder heeft Buma (1949) in zijn proefschrift de zinnigheid van een antropologische benadering aangetoond. Uitgaande van de eenheid van de mens als denkend, voelend en agerend wezen, kortom als zingever (Kruihof, 1968), heeft een gezondheidkundige gezondheidszorg eigenlijk geen behoefte aan een onderscheiding in lichamelijke en geestelijke gezondheidszorg. Zij zal zich echter bij bestaande onderscheidingen, structuren en instituties moeten aansluiten en vanuit de integrale benadering de verschillen in aanpak en zorg opnieuw moeten interpreteren.

Ad b)

De overtuiging dat een mens niet een op zichzelf staand wezen is, maar in voortdurende wisselwerking staat met het milieu waarin hij leeft, was bij Hippocrates sterk aanwezig. Buma (1949; p. 34) vermeldt de volgende uitspraak van Hippocrates: 'Nauwkeurige kennis van datgene wat de mens is, waartoe hij ontstaat, daartoe leidt m.i. nog een andere weg: noodzakelijk schijnt het mij toe dat iedere arts de (menselijke) natuur kent en wanneer hij zijn taak goed vervullen wil, met grote ijver streeft naar de kennis hoe de mens op eten en drinken en andere gebeurtenissen in zijn leven reageert, en verder naar die van de wisselwerking dezer dingen op elkaar. Wie niet weet hoe ieder ding op de mens inwerkt, die zal er noch er de gevolgen van leren ken-

nen, noch de juiste voorschriften kunnen geven.'

Buma (p. 37) concludeert: 'Wij kunnen Hippocrates gevoelig houden voor de eerste filosofische en wetenschappelijke antropoloog, die steeds poogt de individuele mens te zien in samenhang met zijn milieu.'

In ons land heeft Querido (1955) een belangrijke aanzet gegeven om in de klinische geneeskunde de oude wijsheid van de mens als relationeel wezen opnieuw als uitgangspunt te kiezen. Voor de op deze zienswijze gebaseerde geneeskunde stelde hij het begrip *integrale geneeskunde* voor.

Getrouw aan deze door onder andere Buma en Querido weer levend gemaakte traditie tracht de gezondheidkunde steeds de aandacht gelijktijdig op de beïnvloedbare mens enerzijds en de beïnvloedingen vanuit de menselijke situatie anderzijds te vestigen. Zij zoekt daarbij overigens niet alleen aansluiting bij een eeuwenoude conceptie, maar ook bij hedendaagse wijsgerig antropologische inzichten. Voor deze zienswijze zijn vooral de opvattingen vruchtbaar van de existentiële fenomenologie (Luypen, 1971) over de mens als existentie. De factoren die het resultaat van de wisselwerking tussen mens en wereld bepalen, kunnen zowel in de beïnvloedbare mens als in de beïnvloedende situatie gelegen zijn. Uitgaande van een 'modale' kwetsbaarheid van de mens, die tevens een 'modale' weerbaarheid inhoudt, kan door structurele veranderingen hetzij de weerbaarheid verhoogd worden, hetzij de kwetsbaarheid toenemen. Het eerste is het geval bij vaccinaties en trainingseffecten, het tweede bij de structurele veranderingen die wij gewoonlijk aanduiden als ziekten en gebreken. De beïnvloedingen vanuit de situatie kunnen in vier grote categorieën worden ingedeeld: de abiotische, de biotische, de psychosociale en de sociaal culturele beïnvloedingen. Een deel van deze beïnvloedingen heeft de mens nodig voor zijn menswording. Zij werden door Zielhuis (1967) aangeduid met het begrip systeemgebonden factoren. Een ander deel der beïnvloedingen kan schadelijk zijn voor de mens; dat zijn de systeemvreemde factoren.

Ad c)

De centrale aandacht die de gezondheidkunde heeft voor het nimmer ophoudende (dynamische) proces van wisselwerking tussen mens en wereld,

heeft tot gevolg dat zij niet in de eerste plaats eenzijdig geïnteresseerd is in de (statische) toestand van de beïnvloedbare mens, maar in de totale constellatie van aan de mens en aan de situatie gebonden factoren die de kans op het gezonde bestaan als een mogelijk ideaal bepalen. Daarin onderscheidt zij zich van de meer ziektekundig georiënteerde geneeskunde, die vooral geïnteresseerd is in het vaststellen van de aard en omvang van processen van structurele veranderingen en deze toestanden beschouwt als rechtstreekse afspiegelingen van gezondheid en ongezondheid. De gezondheidkunde stelt niet zozeer belang in de gezondheidstoestand van de hulpvrager als wel in de gezondheidscondities die zijn kans op gezondheid bepalen.

Een factor binnen de totale constellatie die de kans op het gezonde bestaan verhoogt, hetzij in kwantitatieve zin (kans op een lang leven), hetzij in kwalitatieve zin (kans op een zinvol bestaan), kan worden aangeduid met het begrip *begunstiging*. Tot de begunstigen van het gezonde bestaan behoren zowel de factoren die de weerbaarheid van de mens vergroten als de zojuist genoemde systeemgebonden factoren. Voorbeelden daarvan zijn water, zuurstof, essentiële nutriënten, een liefdevolle opvoeding, zinvolle arbeid.

De factoren die de kans op een gezond bestaan verkleinen, kunnen worden aangeduid met het begrip *bedreiging*. Factoren die de kwetsbaarheid van de mens vergroten behoren hiertoe, maar ook alle systeemvreemde factoren. Voorbeelden hiervan zijn pathogene micro-organismen, giftige stoffen, een agressieve egocentrische moeder, werkloosheid.

Nogmaals zij gewezen op het verschil in plaats die ziekte inneemt in de ziektekundige geneeskunde enerzijds en in de gezondheidkundige geneeskunde anderzijds. In de ene visie is ziekte een op zichzelf staande en aandacht vragende toestand, in de andere visie is het proces van structurele veranderingen slechts een der factoren in de totale constellatie die de kans op een gezond bestaan bepalen.

Aan de kwantificering van kansen is tot nu toe de meeste aandacht besteed door de veiligheidskunde. Van belang is te weten hoeveel kans een bepaalde situatie oplevert om structurele veranderingen binnen de mens te laten ontstaan en vervolgens hoeveel kans deze structurele veranderingen opleveren voor een

definitieve aantasting van levensduur en kwaliteit van het bestaan.

De kwantificering gelukt daar het best waar een ondubbelzinnig vaststelbare eindtoestand is ingetreden, namelijk de dood. Men kan van een situatie die gemakkelijk van andere situaties te discrimineren is bepalen hoe groot de sterftkans is van bijvoorbeeld een miljard mensen per uur en van één mens per miljard uur. Bij beschouwing van de volgende voorbeelden van een dergelijke kwantificering dient men te bedenken dat bij een gemiddelde levensverwachting van 75 jaar de normale sterftkans gemiddeld ± 1.500 op 10^9 uur is. Bij volkeren die onder zeer slechte sociaal economische omstandigheden leven, is deze kans uiteraard veel groter en kan deze wel 3 à 4.000 per 10^9 uur bedragen. Volgens Sowby (1965) is de sterftkans per 10^9 uur bij:

- amateurboksen 450;
- roken van sigaretten 1.200;
- kanovaren 10.000;
- bergbeklimmen 27.000;
- motorracen 35.000;
- beklimmen van rotsen 40.000.

Uit gegevens van de Sociale Verzekeringsbank berekende ik, uitgaande van 2.500 werkuren per type arbeider de kans voor de gemiddelde Nederlandse arbeider op een dodelijk ongeval. In de jaren 1930, 1940, 1950 en 1960 was deze resp. 110, 100, 70 en 80 per 10^9 uur.

Op grond van een dergelijke kwantitatieve benadering kan men risico's met elkaar vergelijken. Volgens Pochin (geciteerd door Higginson, 1975; p. 22) zijn de volgende situaties voor wat betreft de sterftkans met elkaar te vergelijken: het roken van 1½ sigaret, 50 mijl reizen per auto, 250 mijl vliegen, 1½ minuut rotsklimmen, 6 minuten kanoën, 20 minuten een man van 60 zijn, 1 à 2 weken industriële arbeid verrichten.

Gezondheidkundige gezondheidszorg is er op gericht de constellatie van positieve en negatieve kansen zodanig te beïnvloeden dat de resulterende kans op het gezonde bestaan groter wordt. Uit de voorgaande beschouwingen vloeit de definitie van de *gezondheidkunde* voort als de *wetenschap die de begunstigen en bedreigen van het gezonde bestaan bestudeert, alsmede de mogelijkheden om de begunstigen te verwezenlijken en de bedreigen te elimineren*.

Ad d)

Tenslotte moet als vierde element van de gezondheidkunde worden genoemd de mogelijkheid een gemeenschappelijke wetenschappelijke basis te vormen voor alle monodisciplines die een bijdrage leveren aan de gezondheidsbevordering: de somatologie, de psycho-

logie, de sociologie, de veiligheidkunde enz. enz. Iedere monodiscipline levert een eigen bijdrage tot de kennis van begunstigen en bedreigingen en tot de zorg die op grond van deze kennis verleend kan worden. Slechts op die van de geneeskunde kom ik straks terug.

Vormen van zorg

De voortdurend gelijktijdige diagnostische aandacht voor de mens zowel als voor zijn situatie leidt tot een even sterke therapeutische aandacht voor de situatie als voor de mens. De op de persoon gerichte zorg kan in navolging van Kortbeek (1972) worden onderscheiden in een curatieve, palliatieve en een transformerende zorg.

De *curatieve zorg* in de strikte zin van het woord beoogt de genezing van ziekten, of met andere woorden: het tot stilstand brengen van processen van structurele veranderingen en het zo mogelijk herstellen van de structuren in de toestand die zij voor de aanvang van het proces hadden. Deze structurele veranderingen kunnen te vinden zijn op het niveau van de mens als organisme, zowel als op het niveau van de mens als psychisch wezen of als zingever.

De curatieve zorg verbetert de kansen op het gezonde bestaan door een blijvende verkleining van de kwetsbaarheid.

De *palliatieve zorg* heeft geen genezend, maar een vertroostend karakter. Door middel van substitutietherapie, prothesen, psychofarmaca en andere vormen van zorg wordt het leven van hen die niet definitief te genezen zijn leefbaar gemaakt. Op minder definitieve manier verkleint ook de palliatieve zorg de kwetsbaarheid van de hulpvragers.

De *transformerende zorg* heeft een geheel ander karakter dan de curatieve en palliatieve zorg. Zij is er op uit de weerbaarheid van mensen te verhogen. Voorbeelden van transformerende zorg zijn vaccinatie, plastische operaties, trainingen in sociale vaardigheid. Ook de *gezondheidsvoorlichting en -opvoeding* (de g.v.o.) kan men tot de transformerende zorg rekenen. Zij is er immers op gericht mensen beter in staat te stellen voor zichzelf te zorgen – en als dat gelukt, mag men hen weerbaarder noemen dan zij tevoren waren.

De op de situatie gerichte zorg kan worden aangeduid met het begrip *situationele zorg*: alles wat in of aan situaties wordt gedaan ten behoeve van het

gezonde bestaan. Zij is gericht op het bevorderen van begunstigende beïnvloedingen en het verwijderen van bedreigingen in de situatie. De situationele zorg kan worden verleend op micro-niveau, in de directe omgeving van de hulpvrager, op mesoniveau, dat wil zeggen via het beleid van de organisatie die zeggenschap heeft over de situationele factoren van de hulpvrager of op macroniveau, waar de zorg via het beleid van een landelijke overheid moet plaatsvinden.

Daar er steeds sprake is van de samenwerking tussen de mens en zijn wereld, moeten we aannemen dat de wereld haar sporen achterlaat in zijn wereld. Er is dus een 'gebied' aan te wijzen waarop mens en wereld elkaar overlappen, het gebied waarin interactie plaatsvindt en vond, de interactionele sfeer. Volledigheidshalve zouden we ook een *interactionele* of *relationele zorg* moeten aantreffen. Inderdaad kunnen we zeggen dat bijvoorbeeld de sociale geneeskunde in de praktijk veel aandacht schenkt aan het herstel van een verstoorde relatie tussen de mens en zijn wereld. Wat er feitelijk gedaan wordt, wordt evenwel toch aan de mens of aan zijn situatie gedaan. Daarom aarzel ik de relationele zorg als een aparte vorm van zorg te noemen.

Het wekt wellicht bevreemding dat de preventieve en de positieve zorg niet werden genoemd en nog wel op een congres dat juist aandacht voor deze beide aspecten van de gezondheidszorg vraagt. De bevreemding kan gemakkelijk verdwijnen als men het begrip *positieve gezondheidszorg* vertaalt als 'verwezenlijking van begunstigen' en het begrip *preventieve gezondheidszorg* als 'eliminatie van bedreigingen'. De positieve en preventieve gezondheidszorg behoren tot het wezen van de gezondheidkundige gezondheidszorg. Dit mag ook van de basis voor een all-round gezondheidszorgbevordering worden verwacht.

Het begrip preventie, voor zover het binnen de gezondheidkunde gebezigd wordt, heeft een andere betekenis dan in de ziektekundige geneeskunde. Daar heeft het de betekenis van het voorkomen van ziekte. Preventie in de zin van primaire preventie heeft daar een alles-of-niets karakter. Wanneer niettegenstaande alle moeite het proces van structurele veranderingen toch is begonnen, dan heeft de preventie gefaald. De gezondheidkundige gezondheidszorg streeft – zoals reeds gezegd – in alle hulpverleningssituaties naar het verbeteren van de kansen op het gezon-

de bestaan. Een gezondheidkundige ingreep of maatregelen is pas relevant als daarna de constellatie van begunstigen en bedreigingen gunstiger is voor het gezonde bestaan dan daarvoor. Op zijn minst is de gezondheidkundige gezondheidszorg er in alle omstandigheden op uit nóg erger te voorkomen. Of in de gunstiger constellatie al dan niet een ziekte tot de totaliteit van bedreigende factoren behoort, is op zichzelf niet belangrijk.

De bijdrage van de geneeskunde

De moderne geneeskunde, in de gebruikelijke beperkte zin van het woord, wordt het meest gekarakteriseerd door de somatologie. De somatologie kan omschreven worden als de totaliteit van wetenschappelijke benadering waarbij de mens onder de optiek van een organisme wordt bestudeerd. Soma kan worden beschouwd als de verzamelaar van alle modellen en abstracties waarmee de somatologie de mens en zijn ziek-zijn benadert. Deze modellen kunnen dierlijke weefsels of organen, fysische constructies of computermodellen zijn. Het kunnen ook denkmodellen zijn als 'het locomotorium', het 'neurovegetativum', het 'metabolicum' of 'het cyberneticum', die op een of andere wijze geoperationaliseerd kunnen worden.

Op geleide van het soma-model doet de arts zijn op de persoon gerichte onderzoeken. Kenmerkend voor zijn praktische benaderingswijze is dat hij binnendringt in de menselijke lichamelijke. Geen der andere werkers in de gezondheidszorg vertoont dit onderzoeksgedrag. Zelfs als hij niet letterlijk binnendringt, bijvoorbeeld omdat hij de nodige gegevens van anderen reeds heeft ontvangen, benut hij toch zijn somatologische benadering en dringt hij in gedachten binnen in de hulpvrager.

De moderne geneeskunde wordt wel gekenmerkt door de somatologie, maar wordt er door begrensd. Om nuttig gebruik te kunnen maken van de somatologische benadering heeft de geneeskundige andere benaderingen nodig, die rekening houden met de mens als psychisch wezen en als zingever. Terrecht wordt in de geneeskunde grote waarde gehecht aan de anamnese, het verhaal van het 'zich in taal uitend sprekend wezen'. Niet alleen om een diagnose te kunnen stellen behoeft de geneeskundige de hulp van de hulpvrager, maar ook – en zo mogelijk nog

meer — bij het welslagen van de therapie.

De overwegende betekenis die in de huidige geneeskunde wordt toegekend aan de somatologie, beperkt de bijdrage van de geneeskunde aan de gezondheidszorg grotendeels tot ingrepen in het functioneren van de mens als organisme. In de ziektekundige geneeskunde bestaat de neiging om het tot staan brengen van een ziekteproces, het structurele herstel ad integrum op organisch niveau of het instellen van een substitutietherapie op zichzelf waarde toe te kennen. Voor de gezondheidkundige geneeskunde is een ingreep alleen relevant als deze er toe bijdraagt de totale constellatie van kansen op het gezonde bestaan te verbeteren. In de ziektekundige geneeskunde is de tendens nog niet verdwenen, om het nut van somatologische ingrepen vooral af te meten aan de waarde die zij hebben voor levensverlenging. De gezondheidkundige geneeskunde wenst in haar overwegingen steeds gelijktijdig te betrekken de kansen op levensduur zowel als die op een zinvol bestaan in onderlinge relatie.

Eigenlijk is de gezondheidkundige geneeskunde hiermee getekend als de integrale geneeskunde die Querido beoogde. Doordat zij is ingebed in een veel ruimer systeem van een gezondheidkundige gezondheidszorg, hoeven in de praktijk de grenzen die de somatologie stelt, haar niet te beklemmen. Omgekeerd kan ook gesteld worden dat de geneeskunde niet integraal kán zijn als zij niet aan haar verschuivende grenzen andere velden van gezondheidszorg zou hebben. Een integrale geneeskunde vraagt om partnerschap. De twijfel die Trimbos (1976) enige tijd geleden uitsprak over de levensvatbaarheid van de integrale geneeskunde, is alleen gerechtvaardigd als zij gericht is op de gedachte aan een ziektekundige geneeskunde of aan solisten die zonder partners louter vanuit de geneeskunde een integrale gezondheidszorg zouden kunnen waarmaken.

Uitgaande van deze gezondheidkundige of integrale geneeskunde zien wij dat artsen een grote bijdrage leveren aan alle vormen van gezondheidszorg die hiervoor werden genoemd. De vraag of wat zij doen allemaal strikt medisch is — in de beperkte zin van somatologisch —, is in dit kader niet relevant. Klinische specialisten zullen hun integrale geneeskunde wel grotendeels met somatologische methoden en ingrijpen kunnen bedrijven. Vele andere artsen echter, zoals de psychiaters, de huisart-

sen en de sociaal geneeskundigen, komen in aanraking met hulpvragers wier problemen met behulp van de somatologie hoogstens slechts gedeeltelijk opgelost kunnen worden. Naast de somatologische modellen behoeven zij andere benaderingen en modellen. Er loopt bij hen geen scheidslijn tussen hun arts-zijn als geneeskundige en huisarts-zijn als gezondheidsbevorderaar. Zij beschikken alleen — althans behoren te beschikken — over een ruimer arsenaal van modellen en methoden dan de klinische specialisten. Somatologisch gezien graven zij minder diep en komen zij minder details op het spoor, maar gezondheidkundig gezien zijn zij tegen een grotere diversiteit van problemen opgewassen.

Over de bijdrage die artsen leveren op het terrein van de curatieve en palliatieve zorg hoef ik in dit gezelschap niet te spreken. Wel zou ik willen bepleiten dat klinische specialisten er zo bewust mogelijk naar streven hun therapeutische maatregelen een onderdeel te doen zijn van een integrale gezondheidszorg. Dat zal dan wel leiden tot een intensiever contact met huisartsen, sociaal geneeskundigen en andere werkers in de gezondheidszorg. Met transformerende zorg houden zich onder anderen plastisch chirurg en bezig. Terecht noemt Bouman (1975; p. 14) de plastische (of correctieve) chirurgie welzijnschirurgie. Zeer waarschijnlijk zijn er meer mogelijkheden voor artsen om een bijdrage aan transformerende zorg te besteden dan thans worden benut. Een verstandige begeleiding van trimmen of andere vormen van training die het organisch functioneren verbeteren, behoort tot deze zorg veel onbenutte mogelijkheden voor artsen. Met name de deskundigheid op het gebied van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is bij artsen in het algemeen onderontwikkeld. Toch zijn zij het die met andere werkers in de gezondheidszorg vanuit en rondom de hulpverleningssituatie de beste kansen hebben voor een gerichte g.v.o.

Men kan zich ook afvragen of de wat gemakkelijke greep naar palliatieve zorg niet vervangen zou moeten worden door de wat meer inspanning vragende transformerende zorg. Ik doel hier onder andere op een bijdrage aan de persoonlijkheidsontwikkeling in plaats van een toedekking door psychofarmaca.

Ook op het terrein van de situationele zorg kan de geneeskunde een veel grotere bijdrage leveren dan zij tot nu toe heeft gedaan. Bedrijfsartsen reke-

nen de situationele zorg en wel in het bijzonder die op mesoniveau tot een belangrijk onderdeel van hun werk. Wanneer de Veiligheidswet spreekt over preventieve gezondheidszorg in bedrijven, dan wordt daarnaast de op de persoon gerichte preventie heel duidelijk ook de situationele zorg mee bedoeld.

Alle artsen kunnen echter een niet te onderschatten bijdrage leveren aan situationele zorg. Bij enig nadenken wordt trouwens duidelijk dat men niet op de individu gerichte therapie veelal pas succes kan boeken als de microsituatie van de patiënt het gunstige klimaat daartoe schept. Overigens hoeft de bijdrage aan situationele zorg door artsen zich niet te beperken tot het microniveau. Als artsen de via de hulpverleningssituatie bij hen binnenkomende signalen over bedreigende situaties bewuster en systematischer doorgeven aan gezondheidkundigen die rechtstreeks invloed hebben op wijzigingen in menselijke situaties, dan kunnen zij daardoor tevens een bijdrage leveren aan situationele zorg op meso- en macroniveau. Laten we niet vergeten dat veel gezondheidkundige verbeteringen in de levensomstandigheden van onze bevolking via wetgeving en algemene maatregelen tot stand konden komen op grond van de binnen de geneeskunde opgedane ervaringen. Niet de somatologie rechtstreeks of vormen van op de persoon gerichte zorg hebben tal van infectieziekten doen verdwijnen, maar de sanitaire infrastructuur en de sociaal economische verbeteringen die mede op aanwijzing van sociaal geneeskundigen tot stand zijn gekomen.

Aan de huidige mogelijkheden tot situationele zorg op meso- en macroniveau is veelal epidemiologisch onderzoek voorafgegaan. Epidemiologie heeft in onze tijd een veel ruimere betekenis dan een aantal decennia geleden, zoals onlangs werd uiteengezet door Sturmans en Valkenburg (1976). Met name worden niet alleen meer de biotische beïnvloedingen in studie genomen (pathogene micro-organismen), maar genieten ook de psychosociale en sociaal culturele beïnvloedingen de volle aandacht.

Epidemiologie in een zeer ruime zin van het woord kan omschreven worden als de wetenschap die de relatie bestudeert tussen situationele beïnvloedingen enerzijds en structurele veranderingen bij mensen anderzijds. Uit deze omschrijving volgt de vitale betekenis die de epidemiologie heeft voor een

gezondheidkundige gezondheidszorg. De signalen die artsen in hun hulpverleningssituatie opvangen over gezondheidbedreigende factoren, kunnen hetzij rechtstreeks hetzij via de omweg van epidemiologisch onderzoek ten nutte worden gemaakt voor situationele zorg. Toen ik in het begin der zestiger jaren als arts bij de arbeidsinspectie geconfronteerd werd met een epidemie van verlammingen bij werknemers in de leerverwerkende industrie, heb ik persoonlijk ervaren hoe belangrijk tijdig gegeven signalen van specialisten en huisartsen zijn voor het welslagen van een epidemiologisch onderzoek. Helaas moet ik hier aan toevoegen tevens ervaren te hebben hoezeer het achterhouden van informatie een dergelijk onderzoek kan belemmeren.

Grenzen van een voorkomende gezondheidszorg

Eerder in deze voordracht heb ik gewezen op het gevaar dat de technocratische benadering gehandhaafd zou blijven en zelfs versterkt kan worden wanneer de monodisciplinaire aanpak wordt omgezet in een multidisciplinaire. Door de aanvaarding van een gemeenschappelijke wetenschappelijke basis van de gezondheidszorg, zoals de gezondheidkunde die wil bieden, kan de technocratie nog hechter worden. Als de verschillende deskundigen ook nog een zelfde taal gaan spreken en hun samenwerking minder door onderlinge misverstanden wordt belemmerd, staat de niet-deskundige hulpvrager nog machtelozer tegenover hen. Met recht zou dan gebeuren wat Illich (1974) en Zola (1973) vreesden ten aanzien van een technisch hoog ontwikkelde geneeskunde: een voortgaande vervreemding van de zelfzorg. Daarmee is niet de conceptie van gezondheidkunde veroordeeld, maar wel de technocratische benadering in de gezondheidszorg. De gezondheidkundige visie kan alleen vruchtbaar zijn als basis voor een voorkomende inclusieve gezondheidszorg.

Hier stuiten we op een betekenis van het begrip preventie die nog niet ter sprake kwam toen het verschil tussen de ziektekundige en de gezondheidkundige betekenis van het begrip preventie werd uiteengezet. In een voorkomende gezondheidszorg, die wenst aan te sluiten bij de opvattingen en prioriteiten van de hulpvragers en bij hun recht op zelfzorg, betekent preventie ook het voorkomen dat mensen hulp moeten

vragen. De technocratische gezondheidszorg kent geen grenzen. Deskundigen weten altijd wel weer iets nieuws te vinden en hulpvragers te overtuigen dat dit nieuwe goed voor hen is. De voorkomende gezondheidszorg heeft haar grenzen in de mate waarin zij de zelfzorg bevordert. Elke maatregel of ingreep die onnodig de zelfzorg aantast of de mogelijkheden die niet-deskundigen hebben tot onderlinge hulp verkleint, heeft de grenzen van een voorkomende gezondheidszorg overschreden.

Deze visie heeft voor alle werkers in de gezondheidszorg en niet in het minst voor artsen verstrekkende betekenis. Het werk van de arts moet niet alleen – zoals bepleit – ingebed zijn in de totaliteit van activiteiten van een gezondheidkundige gezondheidszorg, maar tevens gericht zijn op het tot grotere zelfstandigheid brengen van zijn hulpvragers. Deze houding snijdt diep in zijn eigen vlees en dat temeer als zijn inkomen op het door hem gewenste niveau in belangrijke mate afhankelijk is van het aantal rechtstreekse ontmoetingen met hulpvragers. Als zijn werk gezondheidkundig gezien succes heeft, zal immers in de loop der jaren het aantal van deze ontmoetingen steeds geringer worden, dankzij zijn anonieme bijdragen aan de epidemiologie en de situationele zorg en de meer persoonlijke bijdragen aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en aan de bevordering van de medisch technische zelfredzaamheid van de bevolking. Om een voorkomende gezondheidszorg op basis van gezondheidkundige inzichten tot bloei te kunnen brengen zullen de nodige structurele maatregelen genomen moeten worden, onder andere op het terrein van de honorering van artsen. Een bespreking van de gewenste herstructurering heeft alleen zin als niet weinigen bereid zijn de principes van een voorkomende gezondheidszorg te aanvaarden.

Literatuur

Aalderen, H. J. van: Anders helpen, anders helen. Inaugurale rede V.U., Amsterdam 1974.

Berg, H. van den: Sociologie van de hulpverlening. Boom, Meppel, 4e druk, 1971.

Bouman, F. G.: De vorm van een functie. Inaugurale rede V.U., Amsterdam 1975.

Buma, J. T.: Grondslagen van het medisch

denken en handelen. Dissertatie, Amsterdam 1949.

Es, J. C. van: Het moderne gewaad van de huisarts. Inaugurale rede, Utrecht 1967.

Hageman-Smit, J.: De cliënt en zijn hulpverlener, een paar apart. Samson, Alphen aan den Rijn, 1976.

Higginson, J.: A Hazardous Society? Individual versus Community Responsibility in cancer Prevention. American Public Health Association, Washington 1975.

Illich, I.: Medical Nemesis. The Expropriation of Health. Calder & Boyars, London 1975.

Kortbeek, L. H. Th. S.: Doelen en stellingen in de gezondheidszorg. Med. Contact 27 (1972) 927.

Kruithof, J.: De zingevoer; een inleiding tot de studie van de mens als betekenis, waarderend en agerend wezen. Paul Brand, Hilversum 1968.

Kuiper, P. C.: Wat is psychiatrie? Wijsgerig Perspectief 16 (1975/1976) 323.

Loghem, J. J. van: Algemene gezondheidsleer. Zesde druk. Kosmos, Amsterdam/Antwerpen 1956.

Luypen, W.: Nieuwe inleiding tot de existentiële fenomenologie. Aulaboeken 1914, Het Spectrum, Utrecht/Antwerpen 1971.

Newell, K. W.: Health by the people. World Health Organisation, Geneva 1975.

Querido, A.: Inleiding tot een integrale geneeskunde. De Tijdstroom, Lochem 1955.

Rooymans, H. G. M.: Oordeel en vooroordeel in psychiatrische diagnostiek. Proefschrift, Groningen 1969.

Sturmans, F., en H. A. Valkenburg: Epidemiologie (I). Begripsomschrijving en plaatsbepaling. Medisch Contact 31 (1976) 1111.

Trimbos, K.: Integrale geneeskunde (ná 20 jaar). Maandbl. Geestelijke gezondheid 31 (1976) 64.

Verbrugh, H. S.: Geneeskunde op doodspoor. Lemniscaat, Rotterdam 1972.

Zielhuis, R. L.: Theoretisch denkraam voor hygiënisch beleid. T. Soc. Geneesk. 45 (1967) 345.

Zola, I. K.: De medische macht. De invloed van de gezondheidszorg op de maatschappij. Boom, Meppel 1973.

Hartchirurgie meer richten op academische centra

Een brief van de staatssecretarissen Hendriks en Klein aan de Tweede Kamer

'... zijn de ondergetekenden van mening, dat zij de afgelopen jaren er naar omstandigheden redelijk in zijn geslaagd de ontwikkeling op het gebied van de hartchirurgie te bevorderen conform de eerder uitgebrachte adviezen van de Gezondheidsraad.'

'Voorts moet worden geconstateerd dat de onzekerheid omtrent het indicatiegebied voor de coronair chirurgie en de luchtbrug vanuit Nederland naar onder andere Houston de onzekerheid en onrust onder patiënten, medici, zorgverleners en financiers heeft doen toenemen.'

'De ondergetekenden menen dat in ons land overigens wel gestreefd moet worden naar een verdere uitbreiding van de voorzieningen ten behoeve van de hartchirurgie. Zij menen zich, gezien de vele onzekerheden over de indicatiestelling ten aanzien van de coronair chirurgie niet te kunnen vastleggen op een streefgetal voor 1980 van het aantal te verrichten operaties. Zij gaan er daarbij van uit, dat zij bij de uitbreiding van de capaciteit een wendbaar beleid moeten volgen en aan de hand van de ontwikkelingen in de komende jaren waar nodig moet kunnen bijsturen.'

'De adviezen van de Gezondheidsraad en de ontwikkeling in de V.S. ten aanzien van concentratie en teamwork leiden ertoe, dat in Nederland in de eerste plaats gedacht moet worden aan uitbouw van de bestaande centra. Voor zover de totale behoefte niet in deze centra kan worden opgevangen stellen de ondergetekenden zich voor om in de eerste plaats het aantal academische centra uit te breiden. Dit op grond van de overweging, dat de hartchirurgie zoveel mogelijk behoort te zijn ondergebracht in dergelijke topziekenhuizen, ook al vanwege het belang voor onderwijs en onderzoek.'

'De ondergetekenden streven naar een voorzieningenniveau, dat gemiddeld 400 hartoperaties per academisch centrum per jaar mogelijk maakt.'

Bewindslieden oneens met advies commissie-Haex

De staatssecretarissen Hendriks (Volksgezondheid) en Klein (O. & W.) hebben de leden der Tweede Kamer een brief toegestuurd over wat op dit moment redelijkerwijze van hen op het terrein van de hartchirurgie kan worden verwacht. Gedeelten uit dat schrijven staan hier links. De brief kwam aan tegelijk met een advies, dat de permanente begeleidingscommissie voor de hartchirurgie uit de Gezondheidsraad (de van 1975 daterende commissie-Haex) opstelde over de behoefte-raming met betrekking tot coronair-angiografie en coronair-hartchirurgie in Nederland. De commissie beveelt aan, het beleid erop te richten dat in 1980 een coronair-chirurgische capaciteit van 4.500-5.000 operaties per jaar is bereikt. Het aantal open hartoperaties zou dan nog 1.000-1.500 operaties per jaar hoger moeten zijn. De bewindslieden zijn het met die aanbeveling niet eens.

Recentelijk verworven inzicht

In het staatssecretariële stuk wordt gesteld, dat de commissie-Haex haar schatting goeddeels grondt op de ontwikkeling van de coronaire chirurgie (coronaire bypass-operaties) in de Verenigde Staten. De ervaring daarmee in ons land evenals in andere Europese landen is nog erg beperkt. De behoefte-raming voor 1980 blijkt voorts niet te zijn gebaseerd op de huidige Amerikaanse situatie, maar op een benadering vanuit de indicaties voor de ingreep zoals die zich in een aantal centra in de V.S. hebben ontwikkeld. De commissie komt dan tot een getal van 320-370 coronaire operaties per miljoen inwoners per jaar, dat niet alleen veruitgaat boven het huidige Nederlandse en Westeuropese niveau maar ook 50% hoger ligt dan het huidige niveau in de Verenigde Staten. (zie tabel 1 op de volgende bladzijde)

Bij zijn recente bezoek aan de V.S.,

De Gezondheidsraad adviseerde:

- in september 1972, de behoefte aan open hartoperaties in ons land tot 1980 te ramen op 2.300 jaarlijks en te streven naar een minimumcapaciteit van 250 open hartoperaties per hartchirurgisch centrum per jaar;
- in oktober 1973, als streefdatum voor de 250 open hartoperaties per centrum eind 1975 aan te houden;
- in mei 1975, alles op alles te zetten om de geadviseerde minimumcapaciteit in elk geval per 1 januari 1977 te realiseren; een minderheid verwachtte op grond van ontwikkelingen binnen de coronairchirurgie in de V.S. een Nederlandse behoefte van 2.000-3.000 coronairchirurgische ingrepen per jaar, dus een totale behoefte aan open hartchirurgie (= coronaire bypass-operaties (coronairchirurgie) + herstel klepgebreken en congenitale afwijkingen) van 4.300-5.300 operaties per jaar;
- in augustus 1976 (eindadvies): 4.500-5.000 coronairchirurgische ingrepen per jaar, bij een geraamde behoefte van in totaal 5.500-6.500 open hartoperaties.

In 1972 werden in ons land omstreeks 1.000 open hartoperaties verricht.

In 1975 vonden hier 1.659 open hartoperaties plaats.

In 1976 zal een getal van om en nabij 2.050 open hartoperaties worden bereikt.

De bestaande hartchirurgische centra in academische ziekenhuizen – Amsterdam (Wilhelmina Gasthuis), Leiden, Rotterdam, Groningen, Nijmegen – dienen van de regering hun jaarcapaciteit uit te breiden tot gemiddeld 400 open hartoperaties per centrum.

Het Sint Antoniusziekenhuis, Utrecht, gaat van rond 650 naar rond 1.000 open hartoperaties per jaar.

Meer rek in de capaciteit bieden: reeds goedgekeurde plannen tot vestiging van een hartchirurgische afdeling in het Wilhelmina Gasthuis, Utrecht; plannen in eenzelfde richting van het Academisch Ziekenhuis Utrecht; de voorgenomen vervroegde vestiging van een afdeling Hartchirurgie, naast de bestaande afdeling in het W.G., in het nieuwe academische ziekenhuis van de Universiteit van Amsterdam (Bullewijk); samenwerking op dit vlak van de G.U. met de V.U., die een kleine hartchirurgische afdeling voorbereidt, en het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis; hervatting van de hartchirurgie in het Catharinaziekenhuis, Eindhoven; eventueel uitbreiding van het aantal academische hartchirurgische centra.

met name aan het hart- en longinstituut van het National Institute of Health te Washington, verwierf staatssecretaris Hendriks – hier woordelijk geciteerd – het navolgende inzicht:

a. De coronaire hartchirurgie heeft zich de laatste jaren in de V.S. op een agressieve manier ontwikkeld, met een groeifactor van ongeveer 50% per jaar. Deze ontwikkeling is mogelijk geweest, doordat zij heeft plaatsgevonden in overwegend particuliere ziekenhuizen zonder dat er enig stuurmechanisme voorhanden is.

De gezondheidsautoriteiten maken zich ernstige zorgen over deze ontwikkeling. In de eerste plaats omdat er nog grote onzekerheid is over het indicatiegebied voor deze ingreep. Dat wil zeggen, dat er in de medische wereld nog geen duidelijk en eenduidig inzicht bestaat over de vraag in welke gevallen coronairlijders dienen te worden geopereerd. Mede op grond van de houding van de medische professie is men bevreesd dat te snel, te veel en onnodig wordt geopereerd. In de tweede plaats bestaat geen op epidemiologische gegevens stoelend antwoord op de vraag of de operaties de hartfunctie verbetert en in betekenisvolle mate levensverlengend werkt. Het is daarom dat sedert anderhalf jaar hierover een uitgebreid onderzoek plaatsvindt, waarvan men de resultaten over ongeveer vijf jaar verwacht. Om de genoemde redenen werd door de autoriteiten met klem aanbevolen in ons land de wel voorhanden stuurmechanismen te gebruiken ten einde een ontwikkeling als in de VS te voorkomen;

b. Tevens werd gewezen op het belang van concentratie van voorzieningen ten einde een zodanige capaciteit per centrum te bereiken, dat voldoende vaardigheid kan worden verkregen en in stand gehouden. Twee operaties per dag per team acht men in dit verband ten minste gewenst (400-500 per jaar). Voorts werd gewezen op de noodzaak van teamvorming waardoor het gehele proces van onderzoek, operatie en nazorg binnen het cardiochirurgisch centrum door een vast team kan worden verricht. Een en ander zou hangende de resultaten van het nadere onderzoek dienen te geschieden op basis van een conservatieve indicatiestelling.

c. Ten slotte werd gewezen op de noodzaak het diagnostische onderzoek (de coronair angiografie) in hetzelfde

Tabel 1. Ramingen open hart- en coronaire bypass-operaties in een aantal landen.

	totaal aantal open hartoperaties		aantal coronaire bypass-operaties	
	absoluut	per miljoen inwoners	absoluut	per miljoen inwoners
Nederland (1975)	1.659	121	632	46
West-Duitsland (1975)	5.500	90	900	15
Engeland en Wales (1974-1975)	6.000	110	—	—*
Zweden (1974)**	685	85	—	—*
Verenigde Staten (1975)	—	—	50.000	235

* Er van uitgaand, dat het aantal andere open hartoperaties dan de coronaire bypass (dat wil zeggen herstel klepgebreken en congenitale afwijkingen) in de Westeuropese landen een ongeveer gelijk niveau heeft, en wel 75 per miljoen inwoners, zou het aantal coronaire bypass-operaties in Engeland en Wales en Zweden respectievelijk ongeveer 35 en 10 per miljoen inwoners zijn.

** Voor Zweden is voor 1985 een capaciteit van 1.500 open hart-operaties gepland, dat wil zeggen 185 per miljoen inwoners.

centrum te doen verrichten waar ook de chirurgische ingreep plaatsvindt.

Uitbouw academische centra

Het voorzieningenniveau dat de beide staatssecretarissen zeggen na te streven – 400 hartoperaties per academisch centrum per jaar – zal door de bestaande vijf centra naar verwachting in 1977 gezamenlijk gemiddeld kunnen worden bereikt. De bewindslieden schrijven voorts ('de eerste ondergetekende' = J. P. M. Hendriks, 'de tweede ondergetekende' = Dr. G. Klein):

Ingevolge het besluit van de minister-raad van 2 juni 1976 zal de bouw van het Academisch-Medisch Centrum in de Bullewijk worden voortgezet. Dit ziekenhuis zal in tranches worden opgeleverd en in gebruik worden genomen; de eerste tranche in 1980, de tweede in 1984/1985. Aanvankelijk lag het in de bedoeling de afdeling cardiochirurgie in deze nieuwbouw als onderdeel van de tweede tranche te realiseren. Door een geringe wijziging in de bouwvolgorde is het mogelijk gebleken om deze afdeling reeds onderdeel van de eerste tranche te doen uitmaken. Voorshands kan de bestaande afdeling cardiochirurgie in het Wilhelmina Gasthuis blijven functioneren.

'Intussen bereidt ook het Academisch Ziekenhuis bij de Vrije Universiteit (AZVU) de opbouw van een voorlopig bescheiden afdeling cardiochirurgie voor.

'De tweede ondergetekende heeft aan de beide betrokken ziekenhuizen verzocht om in onderling overleg te onderzoeken, welke mogelijkheden tot uitbreiding van de cardiochirurgische acti-

viteiten in de regio Amsterdam gevonden zou kunnen worden door reeds vanaf 1980 de eerste tranche van de nieuwbouw in de Bullewijk bij deze activiteiten te betrekken. Een samenwerking met garantie van ieders eigen identiteit tussen de beide academische ziekenhuizen – en zo mogelijk ook met het Onze Lieve Vrouwen Gasthuis eveneens te Amsterdam – dient naar de mening van de ondergetekenden hierbij mede te worden onderzocht.

'In Utrecht bedrijven thans twee ziekenhuizen hartchirurgie. Het Sint Antonius Ziekenhuis met een capaciteit van 650 operaties per jaar; indien toestemming wordt gegeven tot uitbreiding van de operatiefaciliteiten kan dit aantal worden opgevoerd tot 1000. De eerste ondergetekende heeft zich aanvankelijk zeer gereserveerd tegenover de desbetreffende aanvraag opgesteld, omdat hij vreesde dat uitbreiding ten koste van de evenwichtige opbouw van het ziekenhuis zou kunnen gaan. Bestuur en directie hebben hem er inmiddels van weten te overtuigen dat die vrees ongegrond is. De eerste ondergetekende heeft dan ook besloten om de gevraagde toestemming in de huidige accommodatie toe te staan.

'De tweede ondergetekende heeft in juni van dit jaar aan het bestuur van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht schriftelijk meegedeeld, dat het 'zonder meer het beleidsvoornemen is dat in uw ziekenhuis de hartchirurgie in de toekomst weer daadwerkelijk zal worden uitgeoefend op hetzelfde niveau en in dezelfde omvang als thans reeds in de andere academische ziekenhuizen het geval is'.

'Als eerste aanzet tot deze reactivering van de hartchirurgie is aan het Wilhel-

mina Kinderziekenhuis toestemming verleend om nog in 1976 met de kinder-cardiochirurgie een aanvang te maken. 'Door het bestuur van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht worden voorts de mogelijkheden onderzocht te komen tot een start van de volwassenen cardiochirurgie. De hieruit resulterende voorstellen zullen worden gezien in het kader van de thans plaatsvindende heroverweging van de nieuwbouw van het Academisch Ziekenhuis te Utrecht.

'Het Academisch Centrum te Rotterdam zal de capaciteitsuitbreiding tot stand brengen in samenwerking met het Zuiderziekenhuis aldaar.

'De overheid zal er naar streven de voorwaarden te scheppen om de hier aangekondigde uitbreiding van de capaciteit te bereiken. Als daarvoor een beroep op buitenlandse specialisten en

hulpkrachten nodig is, dan zal met de vaste commissie uit de Gezondheidsraad overlegd worden op welke wijze dit beroep met de meeste kans van slagen zal kunnen worden gedaan.'

Internationale bijeenkomst over diagnostische criteria

De heer Hendriks heeft met de Wereldgezondheidsorganisatie afgesproken, dat begin 1977 onder auspiciën van die organisatie in ons land een internationale bijeenkomst zal worden gehouden. Daar zal dan worden gesproken over de diagnostische criteria voor open hartoperaties, mede in het licht van de totale problematiek van hart- en vaatziekten.

Over die problematiek en de oplossingen die men er (zich) voor zoekt tenslotte de volgende, met de neus op de

feiten drukkende zinsnede uit de brief aan de Tweede Kamer:

'Als men zich realiseert dat er tussen de leeftijd van 35 en 65 jaar alleen reeds enkele honderdduizenden hartpatiënten zijn met afwijkingen van diverse aard, in verschillende stadia van ontwikkeling en dat slechts enkele procenten van dit aantal hoe dan ook voor een operatie in aanmerking komen en dat voorts enkele tientallen Nederlanders per maand in Houston geopereerd worden, dan is het duidelijk dat elke onzuivere publiciteit rondom deze ontwikkeling veel ongerechtvaardigde verwachtingen wekt en daardoor schade en persoonlijk leed berokkenen aan diegenen die met of zonder luchtbrug en met of zonder uitbreiding van de hier bestaande capaciteit helaas niet door een chirurgische ingreep van hun kwaal of angst bevrijd kunnen worden.'

Voorwaarden uitbreiding ziekenhuisfuncties

Ook sectie Nationale Ziekenhuisraad schrijft brandbrief

In een brief aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft het bestuur van de sectie ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad gereageerd op de mededeling van de bewindsman, dat 'voortaan niet alleen kosten van bouwkundige voorzieningen maar ook kosten welke verband houden met nieuwe functies slechts voor rekening van de sociale ziektekostenverzekeringen kunnen worden gebracht, indien voor zodanige functie-uitbreiding uitdrukkelijk toestemming is verleend'. Eerder hadden het centraal bestuur van de L.S.V. en het hoofdbestuur der K.N.M.G. hierover een brandbrief verzonden aan de vaste kamercommissie voor Volksgezondheid uit de Tweede Kamer (zie officiële gedeelte M.C. nr. 41/1976, blz. 1311).

Bedenkingen

Maatregelen ter afremming van de kostenstijging en ter verbetering van de beheersbaarheid van de gezondheidszorg moeten van zodanige aard zijn, dat een in alle opzichten kwalitatief goede gezondheidszorg voor de toekomst behouden blijft, schrijft het sectiebestuur.

Het bestuur deelt de mening van de staatssecretaris dat er nog geen sprake is van een goed sluitend beheerssysteem. Het heeft daarentegen ernstige bedenkingen tegen de wijze waarop de aangekondigde maatregel wordt uitgevoerd. De staatssecretaris geeft in zijn brief nog geen opening van zaken over de criteria die hij zal hanteren bij de beoordeling van verzoeken om goedkeuring van functie-uitbreiding. Het sectiebestuur verlangt van de staatssecretaris, dat hij over deze criteria advies zal vragen aan de betrokken organisaties (Nationale Ziekenhuisraad, Landelijke Specialisten Vereniging) en de betreffende adviescolleges (het College voor ziekenhuisvoorzieningen). Het bestuur van de N.Z.R.-sectie ziekenhuizen wijst de staatssecretaris er verder op, dat tal van ziekenhuizen reeds doende waren bepaalde specialisten aan hun ziekenhuizen te verbinden. Onder meer als gevolg van het schaarse aanbod van bepaalde categorieën specialisten konden zij daar tot op heden nog niet in slagen. In sommige gevallen zijn de noodzakelijke faciliteiten reeds aanwezig. Het bestuur gaat ervan uit dat de staatssecretaris in dergelijke situaties zonder meer toestemming zal verlenen.

Werkmodel

Het bestuur schrijft tenslotte, te verwachten dat de staatssecretaris rekening zal houden met de aanbevelingen van de N.Z.R.-commissie die bezig is met het opstellen van een werkmodel basisziekenhuis. In dit werkmodel zal onder andere zijn aangegeven over welke basisspecialismen een klein ziekenhuis moet beschikken om goed te kunnen functioneren. Voor de grotere ziekenhuizen zal de staatssecretaris rekening moeten houden met de resultaten van de studie 'specialistenplaats' die, mede op initiatief van de staatssecretaris, wordt uitgevoerd door het Nationaal Ziekenhuisinstituut.

Ziekenhuisorganisaties nu gefuseerd

Oprichtingsvergadering Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen

Woensdag 22 september 1976 is voor het Nederlandse ziekenfondswezen een historische dag geweest. Op die datum vond ten overstaan van besturen en directies van de 72 ziekenfondsen in ons land de oprichtingsplaats van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (V.N.Z.).

De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen zal gevestigd zijn te Utrecht, zij zal per 18 januari 1977 formeel met haar werkzaamheden beginnen. Tegelijkertijd zullen de huidige vier overkoepelende organisaties van ziekenfondsen, te weten:

- de Federatie van door Verzekerden en Medewerkers bestuurde Ziekenfondsen V.M.Z. te De Bilt;
- de Nederlandse Unie van Ziekenfondsen te Utrecht;
- de Organisatie van Algemene Ziekenfondsen in Nederland te 's-Gravenhage en
- de Stichting Autonome Ziekenfondsen te Nijmegen,

conform het besluit van hun daartoe bevoegde organen opgaan in genoemde vereniging. Ook de neveninstellingen, zoals het Gemeenschappelijk Bureau van Ziekenfondsorganisaties, zullen daaronder komen te ressorteren.

Het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties (G.O.Z.) zal per 1 januari 1977 worden opgeheven.

Doelstellingen

De nieuwe vereniging stelt zich tot doel:

- a. de dienstverlening aan de leden en hun verzekerden te verbeteren;
- b. een doeltreffende bijdrage te leveren aan het beleid op het terrein van de gezondheids- en welzijnszorg zowel kwantitatief als kwalitatief en tegen verantwoorde kosten, niet alleen nationaal maar ook regionaal;
- c. te bevorderen, dat door de leden op regionale basis de bij de wet geregelde ziektekostenverzekeringen worden uitgevoerd.

Totdat de V.N.Z. in 1977 daadwerkelijk zal gaan functioneren, zullen de bestaande vier ziekenfondsorganisaties blijven voortbestaan op de wijze en met de bevoegdheden als thans het

geval is. Het nu geformeerde eerste bestuur van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen zal zich bezighouden met de voorbereiding van de verkiezing van het uit 31 leden bestaande definitieve bestuur, dat op 18 januari 1977 door de leden zal worden gekozen en zal zijn samengesteld uit: de voorzitter; één medewerker en één verzekerde per elk van de acht ingestelde districten; eveneens per district: een ziekenfondsdirecteur (van deze acht directoren zullen er slechts twee stemrecht hebben); vier personen uit de kring van de drie vakcentrales; twee onafhankelijke deskundigen. Het eerste bestuur van de vereniging verwacht stellig, dat met deze concentratie van kennis en mankracht op het gebied van de gezondheidszorg in ons land, de belangen van de in totaal 9,5 miljoen ziekenfondsverzekerden *casu quo* consumenten ten zeerste zullen zijn diene.

Feestrede Dr. Festen over taak ziekenfondsen

Tijdens de oprichtingsvergadering hield Dr. H. Festen, voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, op uitnodiging van de fusierende organisaties een inleiding over de taak van de ziekenfondsen in het nieuwe bestel. Aan zijn gelukwensen met de vervulling van het sedert vele jaren door talrijke functionarissen en instanties gekoesterde verlangen naar een fusie van alle ziekenfondsorganisaties, verbond hij de verwachting dat nu met kracht zal worden gestreefd naar de totstandkoming van één ziekenfonds *per regio*.

In dit verband doelde de feestredenaar onder meer op de veranderingen die noodzakelijk zijn en mogen worden verwacht in het stelsel van risicodekking – de volksverzekering – en in de structuur en werkwijze binnen het terrein van de gezondheidszorg. De invloed die het ziekenfondswezen daarop kan uitoefenen, waarbij de gedachten uitgaan naar de in uitzicht gestelde regionalisatie van de gezondheidszorg, wordt in belangrijke mate bepaald door het antwoord op de vraag of men aanstonds in staat zal zijn, zowel centraal (de landelijke organisatie) als peri-

feer (de ziekenfondsen) een duidelijk en eensluidend standpunt in te nemen en te verdedigen. Naar het oordeel van Dr. Festen moet in het nieuwe bestel de taak van het ziekenfonds, als *privaatrechtelijke* instantie, blijven: de uitvoering van de *publiekrechtelijke* wettelijke ziektekostenverzekering. Dit betekent, dat in ons stelsel van 'hulp in natura' het ziekenfonds ervoor zal moeten zorgdragen, dat:

- a. de verzekerden de hun bij de wet gegarandeerde rechten deelachtig worden, uiteraard met inachtneming van de bij de wet gestelde begrenzingen;
- b. de met personen en instellingen gesloten overeenkomsten aangaande de dienstverlening worden nageleefd.

Deze grenzenbewakende taak is geformuleerd in artikel 13 van de Ziekenfondswet luidende: 'De ziekenfondsen treffen de nodige maatregelen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en van uitgaven, welke hoger dan noodzakelijk zijn.'

Oneens met commissie-Becht

Met de verschijning van het rapport van de *commissie-Becht* is onder andere de zoëven genoemde taak van de ziekenfondsen aangaande de kostenbewaking in het geding. Dr. Festen is het volstrekt oneens met een van de stellingen uit dit rapport, dat controle op verstrekkingen en declaraties 'het meest bevredigend op landelijk niveau kan worden geregeld'. Deze stelling geeft namelijk blijk van weinig inzicht in de problematiek die met controle op de medische hulpverlening – in de ruimste zin van het woord – en op ingediende declaraties gemoeid is. Zelfs bij een perfect controlesysteem moet men de mogelijkheden van controle op verstrekkingen en declaraties niet overschatten. Ook al, omdat men bij het bestaande systeem van honorering per verrichting nauwelijks in staat is na te gaan of de hulp die wordt gedeclareerd naar inhoud en omvang zó is verricht. Dr. Festen concludeerde dan ook, dat in dit stelsel in hoge mate

op de goede trouw van de medewerkers en de instellingen moet kunnen worden gerekend. Bij het ontbreken daarvan zal ieder controlesysteem min of meer tekortschieten in het redresseren van onjuistheden. De precaire grenzenbewakende taak van de ziekenfondsen – voor zover die kan worden uitgevoerd – betreft volgens spreker:

- a. het onderzoeken of er onnodige verstrekkingen respectievelijk onnodig hoge uitgaven zijn; en
- b. het vinden van wegen om daarin verbetering te brengen.

Voor deze taak moet men niet alleen kunnen beschikken over alle gegevens uit verleden en heden van de verzekerde patiënt, maar ook inzicht hebben in de omstandigheden waaronder de betreffende medewerker of inrichting functioneert. Sterker nog: men dient op de hoogte te zijn van de individuele taakopvatting van de hulpverlener, waarbij uiteraard persoonlijk contact onmisbaar is. Een en ander is sterk plaatselijk of regionaal gebonden, waaruit wel duidelijk volgt dat een controle op landelijk niveau zoals het rapport-Becht suggereert, aldus Dr. Festen, zeker niet 'de meest bevredigende' regeling zal kunnen zijn.

Invloed financiële regelingen

Aan de hand van de stormachtige ont-

wikkeling van de gezondheidszorg, bemiddeld door de ziekenfondsen sedert de invoering van de verplichte verzekering respectievelijk de A.W.B.Z., constateerde de spreker dat de ziekenfondsen zich blijken te met deze instellingen opgedane ervaring ruimschoots waar gemaakt hebben. Hieruit volgt, dat zij met volle overtuiging de uitvoering van wettelijke regelingen op het terrein van de ziektekostenverzekering ook in het nieuwe bestel kunnen opeisen.

De ziekenfondsen kunnen en moeten daarbij meer rechtstreeks hun taak kunnen vervullen, vond Dr. Festen, in het bijzonder bij de herstructurering en het functioneren van de gezondheidszorg van morgen. Er gaat een grote invloed uit van de financiering op de ontwikkeling van de voorzieningen. Daarnaast bepaalt de financiering in belangrijke mate de omvang van de consumtie. Voorts kan met het systeem van financiering en honorering in belangrijke mate de wijze van werken worden bepaald, zoals bijvoorbeeld de taakverdeling tussen huisartsen en specialisten. Gelet op de grote invloed die de financiële regelingen hebben op structuur en werkwijze in de gezondheidszorg, zal de financierende instantie – *in casu* het ziekenfondswezen – volgens Dr. Festen een belangrijke gesprekspartner moeten zijn op alle niveaus waar het proces van de herstructurering plaatsvindt evenals op alle niveau's waar de gezondheidszorg

van morgen zal worden geleid en be-
waakt.

De noodzaak daarvan wordt des te duidelijker, wanneer aanstonds de voorgenomen maatregelen tot *functionele regionalisatie* van de gezondheidszorg, in de vorm van een gebiedsindeling in regio's van beperkte omvang, worden uitgevoerd. Daarbij wordt – zie de Structuurnota Gezondheidszorg van staatssecretaris Hendriks – gedacht aan een werkwijze waarbij de regio zelf verantwoordelijk is voor het functioneren en 'plannen' van de gezondheidszorg binnen landelijk opgestelde normen.

Wanneer wordt gerealiseerd wat nu nog in hoofdzaak op papier staat, ligt er – aldus Festen – voor het ziekenfonds in de regio een veel uitgebreidere taak en zal het samen met andere verantwoordelijkheden moeten dragen voor de gezondheidszorg in dat gebied. Dr. Festen stellige overtuiging was, dat het ziekenfonds in de regio – mits geleid door een actief bestuur en voorzien van een bekwame staf van directie en personeel – deze taak kan vervullen.

UIT DE ZIEKENFONDSRAAD

In de op 23 september 1976 gehouden vergadering van de Ziekenfondsraad kwamen onder meer de volgende onderwerpen aan de orde:

1. Samenwerkingsverbanden in de eerste lijn

Medio 1974 werd op initiatief van de staatssecretaris van Volksgezondheid een voorlopige stimulerings-subsidie-regeling voor de wijkgezondheidszorg in werking gesteld, gericht op een tegemoetkoming in de extra kosten die in samenwerkingsverbanden optreden. Op grond daarvan ontvingen in 1974 achttien wijkgezondheidscentra een subsidie tot een totaalbedrag van f 807.720,—. In 1975 was dit aantal gegroeid tot circa dertig, waarmee een

totaalbedrag aan subsidie van f 1.600.000,— gemoeid was. Op de rijksbegroting 1976 is voor dit doel een bedrag van f 3 miljoen uitgetrokken. Op grond hiervan wordt verwacht, dat het aantal samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg dat voor subsidie in aanmerking komt in 1976 nog zal toenemen.

In 1974 werd reeds de mogelijkheid opgehouden vorenbedoelde subsidieregeling bij te stellen op grond van evaluatie en begeleidende activiteiten. Voor het geval dat de staatssecretaris zou besluiten de regeling bij te stellen, acht de raad het gewenst dat daarbij rekening wordt gehouden met de sedertdien tot stand gekomen ontwikkelingen. Bij de destijds getroffen regeling gold de overweging, dat de structuur van de extramurale gezondheids-

zorg verbeterd en versterkt diende te worden. Zulks mede in verband met het huidige streven naar kostenbeheersing. In zijn advies aan de staatssecretaris maakt de Ziekenfondsraad kenbaar, dat zijns inziens verwezenlijking van een optimale gezondheidszorg in de eerste lijn – zowel kwalitatief als kwantitatief – prioriteit dient te hebben. Samenwerkingsverbanden zouden dat kunnen bevorderen. Toch is de raad niet geheel gerust met betrekking tot de gevolgen van de huidige stimuleringsregeling. Hij is van oordeel, dat meer inzicht in het functioneren van samenwerkingsverbanden noodzakelijk is alvorens een integrale regeling tot stand kan komen. De raad acht het in beginsel dan ook gewenst een aantal samenwerkingsverbanden op hun functioneren te laten onderzoeken. Daarbij

zal onder andere de vraag aan de orde moeten komen, of de veelal hogere exploitatiekosten die samenwerking met zich brengt verantwoord kunnen worden geacht als men kijkt naar het effect van de samenwerking. Op de bij samenwerkingsverbanden betrokken partijen zal de ziekenfondsraad een beroep doen om de mogelijkheid van een integrale financiering van deze verbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg op korte termijn in beschouwing te nemen. Voorts is de raad van oordeel, dat zekerheid dient te bestaan over de dekking van alle extra kosten alvorens een rijkssubsidie wordt toegekend.

2. Loongrens 1977

In het laatste kwartaal van ieder kalenderjaar dient overeenkomstig de wettelijke bepalingen door de Ziekenfondsraad aan de staatssecretarissen van Sociale Zaken en van Volksgezondheid advies te worden uitgebracht over de loongrens die voor het komende jaar voor toelating tot de ziekenfondsverzekering in acht dient te worden genomen benevens over het maximum-premiedagloon waarover premie zal worden geheven. Op grond van de thans beschikbare loonindexcijfers zal

Aangepaste naaldbanden M.C. en (nog enkele!) stempelbanden 1975

Aangepaste naaldbanden Medisch Contact

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

Stempelbanden Medisch Contact 1975

Uiteraard blijft de iets kleinere vaste band (stempelband), waarin de jaargang 1975 kan worden ingebonden, gehandhaafd. Hiervoor heeft men één band per jaargang nodig, indien tevoren het advertentiegedeelte uit de losse nummers wordt genomen. **HAAST U: DE VOORRAAD IS BEPERKT!**

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

de raad de staatssecretarissen in overweging geven, met ingang van 1 januari 1977:

a. de bovenbedoelde loongrens vast te stellen op f 33.650,—. Voor het jaar

1976 bedraagt deze grens f 30.900,—;

b. De maximum-premiedagloongrens (thans f 101,—) te bepalen op f 110,—.

BEVOLKINGSPROBLEMATIEK

Dalend geboortencijfer bij stijgend aantal huwelijken

De daling van het geboortencijfer in ons land heeft zich in 1975 voortgezet. Dit is te lezen in het jaarverslag 1975 van de Rijks Planologische Dienst (R.P.D.). De laatste vijf jaar is het aantal levend geboren per duizend Nederlanders teruggelopen van 17,2 (1971) tot 13,0 (1975).

Opvallend noemt de R.P.D. de daling in het aantal geboorten van eerste kinderen: van 80.996 (1971) naar 78.000 (1975). Op grond van het stijgende aantal huwelijken van vóór 1971 werd juist op een stijging van het aantal geboorten gerekend.

Uitstel of afstel?

Het teruglopen van het aantal eerstgeborenen krijgt volgens het jaarverslag nog meer betekenis, indien men in aanmerking neemt dat het aantal gehuwde vrouwen van 15-29 jaar (dat wil zeggen degenen, die aan ongeveer 90% van alle eerstgeborenen het leven schenken) in de jaren 1969-1975 toenam van

645.079 tot 802.220. Dit duidt erop, dat de daling niet uitsluitend te wijten is aan uitstel maar ook aan afstel.

Er zijn volgens de R.P.D. statistische aanwijzingen, dat het aantal echtparen in ons land dat vrijwillig kinderloos blijft, toeneemt. Welnu, er blijkt te moeten worden gesproken van een snelle *daling* van de kinderloosheid in de na 1951 gesloten huwelijken.

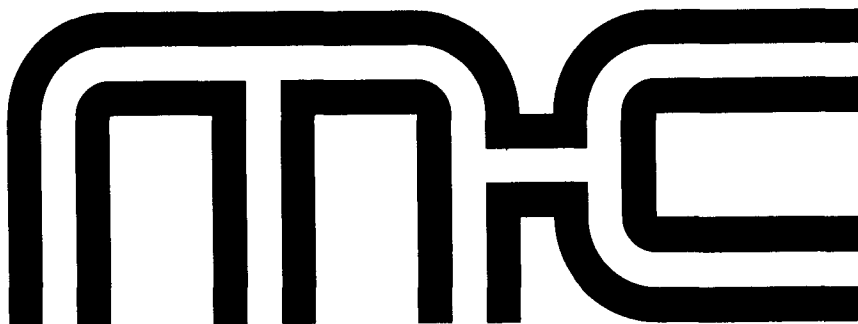
De laatste generatie waarvan het percentage kinderloze huwelijken met vrij grote zekerheid viel vast te stellen, is de huwelijksgeneratie van 1964: 11,4% van deze huwelijken bleef kinderloos. Deze ontwikkeling kan volgens de Rijks Planologische Dienst worden verklaard uit de veranderingen in het naoorlogse huwelijkspatroon. Het aantal huwelijken groeide, terwijl de gemiddelde huwelijksleeftijd daalde. Vooral dit laatste verschijnsel zou kunnen bijdragen tot de verklaring voor de daling van het percentage kinderloze huwelijken: een op jongere leeftijd trouwende vrouw heeft een hogere

potentiële vruchtbaarheid dan een vrouw die later trouwt.

Tegengestelde ontwikkeling

Gelet op de ook na 1964 voortdurende geneigdheid om vroeger te trouwen zou een verdere daling van de kinderloosheid in de lijn der verwachtingen liggen. De gegevens met betrekking tot het aantal eerstgeborenen per duizend gesloten huwelijken in de periode 1964-1973 wijzen echter in een andere richting.

Volgens de dienst is er veeleer sprake van een tegengestelde ontwikkeling. De tijd die verstrijkt tussen het sluiten van het huwelijk en de geboorte van het eerste kind wordt steeds langer. Dit kan enerzijds duiden op uitstel, anderzijds op afstel van geboorten. In hoeverre het laatste het geval is, kan nog niet met grote waarschijnlijkheid worden uitgemaakt. Tot zover het jaarverslag over 1975 van de Rijks Planologische Dienst.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur	Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter, Dr. H. W. A. Sanders, ondervoorzitter, C. F. A. Heyen, L. Th. G. Rozeman, Mevr. E. Smit, leden; S. van Randen (voorzitter L.H.V.), Z. S. Stadt (voorzitter L.A.D.) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter L.S.V.), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.
Bureau voor waarneming en vestiging	Van 08.00 tot 16.30 uur; Mej. J. de Graaf, tel. 030-885411.
Afdeling comptabiliteit	J. A. Alst; Postgironummer der K.N.M.G.: 58083; AMRO-bank nummer; 45 64 48 969.
Ledenregister	N. W. G. Pastoor (ook voor alle mutaties).
Afdeling buitenland	Mr. B. Schultz; Mej. M. Th. van der Meulen, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (O.F.)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mevr. M. J. Blok, chef de bureau.
Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)	Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mevr. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.)	W. J. de Jager, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)	Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; Mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.
College voor Sociale Geneeskunde (C.S.G.)	Mr. B. Schultz, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)	Mr. P. Swenker, secretaris; bureau (tst. 242) van 8.30-12.30 uur, Mevr. A. van Zwol, H. Ciuráns, secretaresse.
College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.)	Dr. H. Roelink, secretaris; Mej. L. Beljaars, secretaresse.
Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.)	J. I. van der Leeuw, secretaris; Mevr. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)	Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.)	J. M. G. Hoes, directeur; Mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecr. tel. 030-887021 en 885411.



van het centraal bestuur L.A.D.

Voorbeschuwing L.A.D.-ledenvergadering op 13 november 1976

I. Problemen rondom de C.A.O. voor het Ziekenhuiswezen (agendapunt 8)

1. Datum van invoering

De op 1 juli getekende C.A.O. kan *niet* per 1 oktober 1976 in werking worden gesteld. Reden: het Arbeidsvoorwaardenbesluit tweede helft 1976 (ook wel de loonmaatregel genoemd) verbiedt om tot en met 31 december van dit jaar wijzigingen in arbeidsvoorwaarden aan te brengen. Een dispensatie van dit verbod is afgewezen.

Hierdoor is de invoeringsdatum zeer onzeker geworden. In beginsel zijn er twee mogelijkheden: als de loonmaatregel door de regering per 1 januari 1977 wordt verlengd, blijft de datum onzeker. Zo niet, dan wordt 1 januari 1977 de invoeringsdatum, behoudens de mogelijkheid dat voordien andere verbiedende of beperkende maatregelen worden getroffen. Staatssecretaris Hendriks, die overigens weinig gelukkig is met de – zijns inziens kostenverhogende – regelingen voor de ziektekosten en beschikbaarheids- en bereikbaarheidsdiensten, heeft gezegd geen middelen te hebben om de C.A.O. (of gedeeltes ervan) tegen te houden.

2. Professioneel statuut

Regelingen van professionele instanties per beroepsgroep ontbreken nog in de C.A.O. Wel is hiervoor een kapstok-artikel opgenomen.

Een regeling voor de specialisten in dienstverband, waarin onder meer het lidmaatschap van de medische staf en de medische zelfstandigheid is opgenomen, dient zo spoedig mogelijk te worden opgesteld. Ditzelfde geldt ook voor de overige categorieën van artsen in dienstverband die onder de C.A.O. vallen. Medewerking van de professionele organisaties is hiervoor vereist.

Het centraal bestuur hoopt aan de ledenvergadering meer informatie over bovenstaande punten te verschaffen. De L.A.D.-leden worden uitgenodigd om over de problemen rondom de C.A.O. mee te denken en mee te discussiëren.

II. Wat gaat er gebeuren met de arbeidsvoorwaarden van het wetenschappelijk corps?

De regering heeft bezuinigingen aangekondigd. Een aantal daarvan betreft de arbeidsvoorwaarden van *alle* ambtenaren. Daarnaast zijn aparte bezuinigingen voor het wetenschappelijk corps voorgesteld. Wij citeren uit de *begroting 1977 van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen* (blz. 11 van de Memorie van Toelichting 14.100 VIII, nr. 2):

1. Invoering van een salarisschaal voor hoogleraren, eindigend op het maximum van schaal 152, naast de in 1975 ingevoerde salarisschaal, eindigend op het maximum van schaal 154. In verband hiermede zullen criteria en procedures worden ontwikkeld voor herwaardering van de bestaande leerstoelen in die zin, dat een deel hiervan bij vacant geraken niet meer door hoogleraren met een eindsalaris op schaalniveau 154, doch door hoogleraren met een eindsalaris op schaalniveau 152 zal worden vervuld. Het effect van deze maatregel zal kunnen zijn dat de thans bestaande formatie wordt leerstoelen en lectoraten (1900 resp. 1150) geleidelijk het beeld zal gaan vertonen van een beperkt aantal leerstoelen op schaalniveau 154 en een groter aantal leerstoelen op schaalniveau 152. Het huidige lectoraat zal dan als zodanig verdwijnen.

2. Verscherping van de criteria voor functionele leerstoelen op de beide onder 1 bedoelde salarisseniveaus. De daardoor vrijkomende plaatsen zouden deels kunnen worden benut als persoonsgebonden plaatsen voor benoeming van hoogleraren van uitzonderlijke kwaliteit en voor het overige kunnen worden herbezet door wetenschappelijke (hoofd)medewerkers.

3. In dit verband zij ook vermeld dat de in 1975 ingevoerde salarisschaal voor hoogleraren met eindsalaris op schaalniveau 154 in 1980 een besparing oplevert van ongeveer f 3 mln.

4. Verlaging van de leeftijdsgrens voor hoogleraren en lectoren van 70 naar 65 jaar. Afhankelijk van nog nader te nemen beslissingen zal deze maatregel kostenverhogend kunnen werken doordat bij invoering voor een deel van de zittende hoogleraren en lectoren wellicht een regeling passend is ter tegemoetkoming aan het vervallen van verkregen rechten of uitzichten. Anderzijds zal hij tot besparingen leiden, doordat bij invoering de onder 1, 2 en 3 vermelde maatregelen versneld kunnen worden doorgevoerd.

5. Verscherping van de eisen, te stellen aan de inhoud van de functie van wetenschappelijk (hoofd)medewerker en van de voorwaarde voor bevordering tot de rang van wetenschappelijk hoofdmedewerker.

Met deze maatregel wordt beoogd een juistere afstemming van functieniveaus op de te verrichten taken. Het te verwachten gevolg zal zijn dat van de huidige formatie van vaste plaatsen voor wetenschappelijke medewerkers uiteindelijk nog slechts een deel zal worden bezet door wetenschappelijke hoofdmedewerkers (schaalniveau 150) en het andere deel door wetenschappelijke hoofdbanden (schaalniveau 148).

6. Verlaging van het aanvangssalaris van jonge academici bij het w.o. in navolging van de voorgenomen verlaging van het aanvangssalaris van jonge academici in de rijksdienst.

7. Zolang omtrent de juiste omvang en structuur van (het vaste deel van) het wetenschappelijk corps nog geen definitieve beslissingen kunnen worden genomen, zullen, met name in de gevallen dat de huidige formatie van vaste stafplaatsen te groot moet worden geacht, vooralsnog vacatures in die formatie in de regel nog slechts worden vervuld door wetenschappelijke assistenten, op tijdelijke basis in dienst genomen ter verdere opleiding. Indien de omstandigheden herbezetting van de plaats door een wetenschappelijk assistent niet toelaten, zal de vacature vooralsnog in beginsel niet door een wetenschappelijk medewerker maar door een wetenschappelijk ambtenaar worden vervuld.

8. Invoering van een salarisschaal voor student-assistenten, gekoppeld aan een bestaande salarisschaal (nl. 57) van het Bezoldigingsbesluit Burgerlijke Rijksambtenaren 1948.

Deze beleidsvoornemens dienen nog in het Centraal Overleg Personeelszaken Wetenschappelijk Onderwijs, waarin de L.A.D. middels de C.H.A. vertegenwoordigd is, te worden besproken (en uiteraard daarna in het parlement).

Betreffende *punt 7* vestigt het centraal bestuur er de aandacht op, dat hierin, naast het introduceren van een zeer onzekere rechtspositie, eveneens een verlaging van de salariering wordt voorgesteld.

De leden der L.A.D. worden uitgenodigd om hun visie over bovenstaande beleidsvoornemens aan het centraal bestuur kenbaar te maken.

Een discussie kan plaatsvinden tijdens de ledenvergadering der L.A.D. op 13 november 1976.



nascholing huisartsen

Mededelingen uit de stichting

In de vergadering van 16 september j.l. zijn opnieuw aan de orde geweest: het vormen van regionale commissies en de financiële problematiek die daaruit voortvloeit. Er zijn inmiddels enige vorderingen gemaakt; de bijeenkomsten van de regio's Utrecht, Groningen, Nijmegen, Leiden en Twente hebben plaatsgehad. Zij werden bijgewoond door een bestuurslid van de S.N.H. In Nijmegen is een regionale commissie gevormd, maar nog geen regionale coördinator benoemd. In de overige regio's zijn eind oktober vergaderingen belegd waarin het vormen van regionale commissies gerealiseerd zal worden en waarvoor de regionale coördinatoren zullen worden benoemd.

Deze coördinatoren komen niet in loondienst van de S.N.H.; zij krijgen een onkostenvergoeding hetgeen neerkomt op een bedrag van f 15.000,— per jaar. De centrale coördinator komt in vaste dienst van de S.N.H., voorlopig half-time. Hij zal pas worden aangesteld als de regionale coördinatoren zijn benoemd. Een begroting voor 1977 is reeds bij de L.H.V. ingediend.

Al deze problemen zullen uiteraard ook ter sprake komen in de vergadering van de Nascholingsraad, die thans definitief is vastgesteld op donderdag 18 november 1976 om 17.00 uur in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht.

De wijzigingen in de statuten van de stichting zijn goedgekeurd door de bestuursleden. Zij zullen ter beoordeling aan de besturen van L.H.V., N.H.G. en K.N.M.G. worden toegezonden.

Het Huishoudelijk Reglement is nog in bespreking; ook dit zal — in ieder geval half oktober — aan de besturen worden toegezonden.



personalia K.N.M.G.

Nieuwe leden

A. T. M. Blom, Langevaart 76, Rijnsburg.
R. U. Boelhouwer, Apollolaan 440, Leiden.
E. Brandenhorst, Staringstraat 155, Oss.
H. A. M. Brölmann, Banstraat 17 II, Amsterdam.
W. Brouwer, Conradstr. 130 III, Amsterdam.
F. E. A. M. Bussemaker, Beukelsdijk 26 C, Rotterdam.
V. A. J. Buur, Postbus 2119, Haarlem.
P. C. J. M. Ceulemans, van Oldenbarneveltstraat 30, Nijmegen.
H. P. T. Derkx, Emmasingel 27, Weert.
P. J. van Dongen, Kaiserstraat 9, Leiden.
S. K. El-Hreish, Csardasstraat 95, Nijmegen.
F. A. van Es, Burg. Knappertlaan 25, Schiedam.
H. Ferguson, Herenstraat 5 C, Leiden.
J. Gerretsen, Tolhuis 31-28, Nijmegen.
M. Gunther, Scarlet Ducstraat 10, Andijk.
S. A. van den Haak, Sondauwhof 11, Noordwijk.
Mej. W. F. J. Heimans, Korenaar Dwarsstraat 9 B, Rotterdam.
J. Helders, Tilburgseweg 156, Goirle.
M. B. M. Hermans, Stollenbergweg 48, Berg en Dal.
J. Houweling, Hoofdweg 346 III, Amsterdam.
R. M. de Jong, v. Dijklaan 30, Naarden.
R. P. Karthaus, de Laat de Kanterstraat 40, Leiden.
H. E-Khoe, Kruitberg 368, Amsterdam.
J. B. C. de Klerk, Welterdreef 33, Vooreschoten.
C. J. J. Kloos, Amalia van Solmsstraat 18 A, Schiedam.
P. Kwaadgras, Nieuwsteeg 16, Leiden.
Mevr. A. M. van Leeuwen-Zuiderduin, Jan Steenlaan 40, Voorschoten.
J. Leeuwenburg, p/a Papengracht 20 A, Leiden.
H. Lindenhovius, Kostverlorenhof 142, Amstelveen.
Mevr. M. G. van Manen-van Klinken, L. Davidsstraat 75, Den Haag.
J. G. Muhring, Louis Couperusplaats 303, Capelle a/d IJssel.
Mej. M. L. Nauta, Korte Mare 12 A, Leiden.
J. Patijn, Doedesstraat 72 B, Rotterdam.
L. J. G. M. Peters, Rembrandtstraat 62, Nijmegen.
L. A. J. L. Prompers, Gerbergaplantsoen 40, Meerssen.
D. Rakic, Toorenveltstraat 4, Oegstgeest.

H. M. Reeser, Schout van Eijklaan 115, Leidschendam.
H. C. Rümke, Vechtstraat 103, Zwolle.
R. O. Sahtoe, Brahmslaan 44, Leiden.
J. A. W. Schepman, Reeweg 15, Asten.
M. J. C. Stoffels, Noordeinde 18, Leiden.
T. A. Tanja, Nassaulaan 48, Groningen.
J. Verhaar, Joh. Verhulststraat 196 III, Amsterdam.
W. G. de Voogt, Alb. Thijmlaan 44, Heemstede.
T. E. de Vroom, Korenbloemstraat 58, Nieuwegein.
W. M. Weve, Dintelstraat 33, Amsterdam.
J. v.d. Woude, Akkersplein 42, Heerenveen.
P. J. van Zijl, Benschopperstraat 25, IJsselstein.

Adspirant leden

M. Drenth, Nieuwe Kamp 13, Utrecht.
Mevr. A. T. M. van Holten-Verzantvoort, Middelstegracht 22 A, Leiden.
W. J. Holtrop, Vuile Riete 36, Zuidwolde.
N. C. A. Roelvink, Berkenrodelaan 28, Amstelveen.
H. J. L. A. Ruis, Cerespad 30, Son en Breughel.
J. R. Soedirman, Loenermark 497, Amsterdam.
Dr. P. J. W. Stoelinga, Bakenbergseweg 216, Arnhem.
J. W. E. Voitus van Hamme, Vletweide 22, Bunnik.
P. H. M. Willems, Prof. Huybersstraat 133, Nijmegen.

Overledenen

M. Bruining, Valkenburgerplein 3, Heemstede.
Dr. O. H. Dijkstra, Spaarnelaan 26, Haarlem.
G. Fuhri Snethlage, Bilderdijklaan 34, Bilt-hoven.
Dr. H. J. de Graaf, Bosweg 6, Noordwijk aan Zee.
B. H. L. de Haas, Esstraat 5, Rolde.
A. L. T. M. Hamers, Reeptiend 29, Breda.
H. v.d. Hombergh, Wilhelminapark 34, Venlo.
K. S. Liem, v. Houwelingenplantsoen 8, Vught.
A. Peverelli, Kol. Michaelstraat 87, Naarden.
Dr. W. F. H. Roessel, Staalmeesterslaan 28, Amsterdam.
E. F. Zikel, Nic. Maesstr. 89, Amsterdam.



inhoud officieel

Nr. 42 — 18 oktober 1976

Van het Centraal Bestuur L.A.D.:

Voorbeschouwing L.A.D.-ledenvergadering op 13 november 1976, I en II 1338

Van de Stichting Nascholing Huisartsen:

Mededelingen uit de stichting 1339

Personalia K.N.M.G. 1340