



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

## REDACTIONEEL

### HET MEDISCH WETENSCHAPPELIJK ONDERWIJS

In dit nummer van Medisch Contact is opgenomen een beschouwing van Prof. Th. G. van Rijssel, waarin deze de moeilijkheden schetst waarvoor de faculteiten der geneeskunde zich de laatste jaren gesteld hebben gezien. Na te hebben gewezen op de noodzakelijkheid de gehele studie op een nieuwe leest te schoeien, op de grote stijging van het aantal medische studenten en de daarmee in verhouding te geringe

groei van het docentencorps, betreurt de hoogleraar het, dat er geen gemeenschappelijk beleidslichaam is voor het medisch onderwijs. Elke medische faculteit — zo luidt zijn klacht — vormt een onderdeel van een universiteit en elke faculteit moet haar belangen bepleiten bij haar eigen universiteits- of ziekenhuisbestuur; maar elk van de zeven curatoria weegt deze belangen af tegen die van alle andere faculteiten van de desbetreffende universiteit en het resultaat is dat slechts een deel van de noden van de medische faculteiten het departement bereikt als onderdeel van een van de vele begrotingsaanvragen van de instelling voor wetenschappelijk onderwijs. Prof. Van Rijssel brengt naar voren dat pogingen van enkele leden van de medische faculteiten om de curatoria tot een gemeenschappelijk overleg te brengen over het beleid terzake van het geneeskundig onderwijs, hebben gefaald. Verder dan het instellen door de faculteiten zelf van het interfacultair overleg geneeskunde (I.O.G.) is men niet kunnen komen.

Bedenkt men dat het beleid ten aanzien van nog andere knelpunten — personeelbezetting, ruimtelijke voorzieningen, honoraria e.d. — niet binnen de competentie ligt van de faculteiten, dan ziet men de moeilijkheden eens te meer opgestapeld. Aan al deze moeilijkheden hebben verscheidene commissies als 't ware in deeltaken aandacht besteed — Prof. Van Rijssel somt al deze commissies nauwkeurig op — maar die spreiding over zoveel commissies betekende in feite versnippering. Naar analogie van ontwikkelingsplannen en begrotingen van de verschillende technische hogescholen bepleit de hoogleraar dan één centrale bestuursinstantie voor het medisch-wetenschappelijk onderwijs.

25e JAARGANG — No. 26 — 26 JUNI 1970

#### INHOUD

Het medisch-wetenschappelijk onderwijs ..	689
Een pleit voor een nationaal beleid inzake het medisch-wetenschappelijk onderwijs en onderzoek .....	691
Positie van de specialist in het ziekenhuis besproken in de Tweede Kamer .....	695
Oprichting interfacultair overlegorgaan voor post-academiaal onderwijs .....	697
Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege ..	698
Organisatie eerste hulp bij ongelukken in Moskou .....	700
Ziekenhuismanagement en specialisten (III)	701
Universitaire berichten .....	707
Van het hoofdbestuur:	
Kort verslag H.B.-vergadering .....	708
Van de stichting Ondersteuningsfonds ..	708
Van het Centraal Bestuur L.H.V.:	
Ledenvergadering op 24 juli .....	708
Stichting Pensioenfonds medische specialisten .....	709
Stichting Beheer Pensioengelden huisartsen .....	709
Personalia .....	709
Brieven van lezers .....	710
Varia .....	711

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

Colofon op bladzijde 712

Slechts door instelling van zo'n centrale instantie zal men kunnen komen tot een duidelijke positiebepaling van het medisch wetenschappelijk onderwijs en dan kan men prioriteiten gaan vaststellen.

Deze beschouwing van Prof. Van Rijssel zal de Maatschappij Geneeskunst zeker niet ongeweldig zijn. Zij richtte zich onlangs nog schriftelijk tot de minister van Onderwijs en Wetenschappen terzake van de planning en de programmering van het medisch-wetenschappelijk onderwijs en deed duidelijk blijken voorstander te zijn van een deskundige instantie, die als gemeenschappelijk beleidsorgaan ten behoeve van dit onderwijs zou kunnen fungeren. De Maatschappij is als organisatie van beroepsbeoefenaren betrokken geweest bij vele van de door Prof. Van Rijssel in zijn beschouwing gereleveerde commissies, dan wel heeft zij door middel van commentaar blijk gegeven van het belang dat zij hechtte aan het onderwerp, waarover aan een der hier bedoelde commissies advies werd gevraagd. De problematiek van de affiliatie, het post academisch geneeskundig onderwijs, de honorering van medisch wetenschappelijke medewerkers, de artsenbehoefte, de toelating tot de medische studie, de inrichting van het nieuwe curriculum, de huisartsenopleiding, de specialistenopleiding en de orga-

nisatie van het medisch wetenschappelijk onderwijs in relatie tot de eisen van het beleid ten aanzien van de volksgezondheid, zijn in dit verband meer in het bijzonder te noemen. Een en ander zal dan tot de conclusie mogen leiden dat de Maatschappij zich zeer wel in grote trekken met de door Prof. Van Rijssel ontvouwd visie zal kunnen verenigen en dus op grond van voorgeschetste betrokkenheid bij deze problematiek de verdere ontwikkeling daarvan met actieve belangstelling zal volgen.

Wellicht zal de lezer zich ook bij deze visie kunnen aansluiten al was het slechts om te geraken tot een duidelijke positiebepaling van het medisch wetenschappelijk onderwijs ten opzichte van andere vormen van wetenschappelijk onderwijs. Ook omdat, zoals de Maatschappij het bij herhaling heeft voorgestaan, dan tevens zou kunnen worden bereikt een afstemming op elkaar van opleidings- en volksgezondheidsbeleid. Of het, ondanks aandringen van deskundige kant, zowel van de zijde van het onderwijs als van de organisatie van beroepsbeoefenaren, spoedig tot een dergelijk centraal bestuurslichaam zal komen? In de wet Universitaire Bestuurshervorming — daarop wijst Prof. Van Rijssel met enige teleurstelling — heeft de minister van Onderwijs en Wetenschappen niet aangegeven dat de plaats van de medische faculteiten binnen de universiteiten afwijkt van die van andere faculteiten.

Het lijkt nog een moeilijke weg al eer het voorgestane centrale bestuurslichaam tot stand zal zijn te brengen en niet ondenkbaar is dat andere faculteiten op die weg hindernissen zullen aanbrengen door te stellen, dat hun plaats binnen de universiteit ook een zeer bijzondere is temidden van de andere faculteiten. Maar aangenomen dat de moeilijkheden op deze weg zijn te overwinnen, dat het centrale bestuurslichaam er komt, dan zal men toch altijd nog voor een nimmer te ontwijken en, naar te vrezen is, niet gemakkelijk te nemen hindernis komen te staan: 's lands schatkist. Want men mag wel aannemen dat ook een centrale planning en begroting — althans indien gericht op een optimale medisch-wetenschappelijke universitaire opleiding — van een voor alle medische faculteiten gemeenschappelijk beleidslichaam aan rangschikking in een nationaal prioriteitschema helaas niet zal kunnen ontkomen. Niettemin, de inspanning voor het streven naar centralisering van beleid ten dienste van de verlossing van de medische faculteiten uit hun vele moeilijkheden blijft dan toch, ongeacht die laatste moeilijk te nemen hindernis, een zeer behartenswaardige zaak.

v.M.

### **Maatschappij ledencongres 1970**



***Uitvoerig programma met  
inschrijfformulier kan men  
in de middenvouw van  
dit nummer van  
M.C. aantreffen***

# Een pleit voor een nationaal beleid inzake het medisch-wetenschappelijk onderwijs en onderzoek

**Eén centrale bestuursinstantie - bestuurscollege of curatorium zou de positie van dit onderwijs in relatie tot andere vormen van wetenschappelijk onderwijs duidelijk kunnen bepalen**

De faculteiten der geneeskunde bevinden zich de laatste jaren in grote moeilijkheden. De oorzaken hiervoor zijn van verschillende aard.

Ten eerste is het noodzakelijk geweest *de gehele studie op een nieuwe leest te schoeien*, omdat het oude curriculum, ondanks de verbeteringen die gedurende de laatste twee decennia waren aangebracht, niet meer in overeenstemming was te brengen met de moderne eisen. Daar één van de eerste eisen van de gemoderniseerde opleiding intensivering van de studie was, waarbij de student onder controlerende begeleiding meer zelf werkzaam moet zijn dan vroeger, met differentiatie, waarbij studenten ten dele hun eigen studie-onderwerpen kunnen kiezen, vraagt dit curriculum meer tijd van de docenten dan de oude vorm van colleges die door één docent voor alle studenten van eenzelfde studiefase tegelijk konden worden gegeven.

Daarbij komt de enorme *stijging* van het aantal medische studenten: in 13 jaar is het aantal nieuwe eerstejaars tot het drievoudige gestegen! Het is dus niet te verwonderen, dat er een wanverhouding is ontstaan tussen de tijd welke thans door het onderwijs wordt geëist, en die welke de docenten werkelijk aan onderwijs kunnen besteden, willen zij hun andere taken, namelijk de behandeling van de patiënten in de academische ziekenhuizen en het wetenschappelijk onderzoek, niet verwaarlozen.

Bovendien was de docentenstaf al te klein vóór het nieuwe curriculum werd ingevoerd. In de eerste plaats hebben de universiteiten te weinig plaatsen ter beschikking gesteld aan de medische faculteiten om hun taken adequaat te vervullen; in de tweede plaats blijven de carrière-mogelijkheden en de honorering van de staf zoveel achter bij de mogelijkheden die in andere ziekenhuizen aan specialisten worden geboden, dat de faculteiten lang niet altijd de beste krachten voor hun stafplaatsen kunnen behouden en zelfs sommige plaatsen niet hebben kunnen bezetten. De gevolgen hiervan waren des te ernstiger omdat, waar de faculteit ten opzichte van de patiënten verplicht is bij de behandeling ook de nieuwe mogelijkheden toe te passen, de eisen door de patiëntenzorg aan de staf gesteld eveneens sterk stijgen.

Bij de pogingen om deze moeilijkheden het hoofd te bieden, is het een groot nadeel gebleken, dat er *geen gemeenschappelijk beleidslichaam* is voor het medisch onderwijs. Iedere medische faculteit vormt een onderdeel van een universiteit, en iedere faculteit

*Bijgaand treft men een beschouwing aan van Prof. Dr. Th. G. van Rijssel, hoogleraar in de medische faculteit van de Rijksuniversiteit te Leiden.*

*Het stuk behandelt de huidige problemen binnen de medische faculteiten alsmede een mogelijke oplossing voor die problemen. Het kreeg op 30 mei j.l. het fiat van de Sectie Geneeskunde van de Academische Raad.*

*De huidige moeilijkheden vinden hun oorzaak in het doorvoeren van vernieuwingen in het medisch studieprogramma en de daarmee gepaard gaande intensivering van de opleiding bij een steeds toenemend aantal studenten en een van stond af aan te klein docentenbestand. Als oplossing ziet de schrijver een gecoördineerd beleid op lange termijn. Wel zal dan een eind aan het versnipperen van de problematiek moeten komen. Nodig is een centraal bestuurscollege voor het medisch-wetenschappelijk onderwijs, een lichaam waarin faculteiten, universiteiten en academische ziekenhuizen tezamen hun beleid bepalen.*

teit moet haar belangen bepleiten bij haar eigen universiteitsbestuur en ziekenhuisbestuur. Ieder van de zeven curatoria weegt deze belangen af tegen die van alle andere faculteiten van de betreffende universiteit. Het resultaat is, *dat slechts een deel van de noden van de medische faculteiten het departement bereikt*, als onderdeel van een van de vele begrotingsaanvragen van de instellingen voor Wetenschappelijk Onderwijs.

Ondanks pogingen hiertoe van leden van enige medische faculteiten is het niet gelukt de curatoria tot een gemeenschappelijk overleg te brengen over het beleid inzake het geneeskundig onderwijs. Wel hebben de faculteiten zelf, door het instellen van het *interfacultair overleg geneeskunde (I.O.G.)* met enig succes getracht tot gemeenschappelijke gedragslijnen te komen. Voor zover dit het onderwijs betrof is dit overleg zeer vruchtbaar geweest: in 1966 hebben de faculteiten aan de minister het *raamplan* voor de nieuwe studie-opzet aangeboden en in 1967 het ontwerp voor een *nieuw Academisch Statuut*. Deze zijn

beide aanvaard en in 1968 in het Staatsblad afgekondigd.

#### *Andere knelpunten*

Ten opzichte van de andere genoemde knelpunten ligt het beleid echter niet binnen de competentie van de faculteiten: beslissingen over personeelstoe wijzing, leerstoelen, ruimtelijke voorzieningen, verbeteringen van de outillage, regulering van studentenaantal, honorering e.d. worden genomen door curatoria, ziekenhuisbesturen of door het departement van Onderwijs en Wetenschappen. Wat er in de loop van de laatste vijf jaren op deze punten is gebeurd, illustreert duidelijk, dat het voor de besturen van de universiteiten en de academische ziekenhuisbesturen niet mogelijk is de belangen van het medisch wetenschappelijk onderwijs als geheel te behartigen, zodat steeds via ad hoc ingestelde commissies aparte regelingen moesten worden uitgewerkt. Voorbeelden hiervan zijn:

1. Het probleem van de *stafvorming* in de medische faculteiten. Daar de medische faculteiten een zesvoudige taak hebben, bestaande uit

1. studentenonderwijs;
2. wetenschappelijk onderzoek;
3. opleiding van wetenschappelijk onderzoekers;
4. uitvoering van advanced medical care in de academische ziekenhuizen;
5. opleiding van medische specialisten;
6. postacademiaal onderwijs

hebben zij relatief een veel grotere staf nodig dan elke andere faculteit. Dit blijkt uit het feit, dat het totaal van het personeel binnen de medische faculteit en het academisch ziekenhuis groter is dan al het overige personeel van de universiteit. Omdat de positie van de medische specialisten aan de universiteit zover achterblijft bij die in extra-universitaire ziekenhuizen is het aantrekken en behouden voor de faculteit van de meest belovende jonge specialisten vaak niet mogelijk. In 1958 heeft de minister een commissie benoemd om dit te onderzoeken en maatregelen voor te stellen. In 1961 werd een regeling ingevoerd, waarbij enige waardevolle stafleden een extrahonorering kon worden toegekend (Querido-regeling).

Nadat deze regeling enige jaren bevredigend had gefunctioneerd bleken tegenwerkende krachten zo sterk te zijn geworden, dat ondanks dringende waarschuwingen en heftige protesten van de faculteiten een korting werd toegepast gelijk aan de laatste salarisverhoging van de zogenaamde Toxopeusronde. Toen de gevolgen hiervan voor de faculteiten desastreus bleken te zijn, door het vertrek van verschillende stafleden en de onmogelijkheid hen adaequaat te vervangen, stelde de minister in 1968 wederom een commissie in om het probleem van de stafvorming te onderzoeken en maatregelen voor te stellen (commissie-Smallenbroek).

2. Het aantal eerstejaars medische studenten werd na 1963 zo groot, dat na hevige aandrang van

de faculteiten door de minister een landelijke *plaatsingscommissie* moest worden ingesteld, die moest regelen welke studenten per universiteit konden worden ingeschreven.

3. Toen de stijging van het aantal studenten aanhield, heeft het I.O.G. de minister aangetoond, dat het onderwijspeil ernstig zou moeten dalen, indien de faculteiten hun onderwijsprogramma niet op een redelijk aantal studenten konden afstemmen. Minister Diepenhorst besloot hierop een *7e medische faculteit* te stichten, te Rotterdam.

4. Nadat uitgebreide studies waren verricht diende de minister vervolgens in 1966 een wetsvoorstel in om de *toelating tot de medische studie* te reguleren. Ongelukkigerwijs deinsde hij, toen de Kamer veel bezwaren tegen het aanvaarden van een voor ons land ongewone en impopulaire maatregel bleek te hebben, er voor terug zijn aanblijven afhankelijk te stellen van het aanvaarden van de wet. De Kamer verwierp vervolgens de wet in juli 1966, na een debat, dat blijk gaf van een verbazingwekkende oppervlakkigheid en kortzichtigheid.

5. De minister stelde een studietoelatingcommissie in om de wenselijkheid te bestuderen van het stichten van een *8e medische faculteit* (commissie-Van Walsum).

6. In de zomer van 1968 werd duidelijk, dat het aantal nieuwe eerstejaars weer 300 meer zou zijn dan het vorige jaar. De faculteiten hebben zich toen wederom gezamenlijk tot de minister gewend en hem dringend verzocht maatregelen te nemen, om het aantal op te leiden studenten in overeenstemming te brengen met de opleidingscapaciteit van de faculteiten. Minister Veringa stelde de commissie-Verdam in om advies hierover uit te brengen.

Deze commissie kwam tot de conclusie, dat inderdaad de capaciteit van de faculteiten begrensd was en niet overschreden diende te worden. Zij meende, dat dit niet voor het eerste jaar moest gelden, doch dat de *toelating tot het tweede jaar moest worden gelimiteerd tot het maximale aantal studenten dat het onderwijs in de vernieuwde vorm zou kunnen volgen*. Bij overschrijving van dit maximum zou een capaciteitscommissie dienen te adviseren over de te treffen maatregelen, die in de eerste plaats uit wachtlijsten zouden dienen te bestaan.

De commissie adviseerde bovendien: te bevorderen, dat een duidelijke *positiebepaling* zou plaatsvinden van het medisch-wetenschappelijk onderwijs in relatie met overige overheids taken in het geheel der prioriteiten, en een *centrale instantie* op het departement van O. en W. in te stellen, die de onderwijsproblematiek ten aanzien van planning en programmering van de medische faculteiten bestudeert en coördineert.

7. Ter zelfder tijd had de minister advies gevraagd omtrent de *behoefte aan artsen* in de toekomst. Een commissie van de Gezondheidsraad kwam tot de conclusie, dat een artsendichtheid van 1,4 à 1,5 per 1.000 inwoners in 1982 een alleszins aanvaardbaar

geneeskundig verzorgingsniveau waarborgt. Deze dichtheid zou met benutting van de bestaande opleidingscapaciteit zeker worden bereikt.

8. Eveneens in 1968 werden de universitaire *ontwikkelingsplannen* opgesteld. Uiteraard moesten de medische faculteiten hierbij rekening houden met de extra-belasting welke de invoering van het nieuwe curriculum zou meebrengen en tevens met de ontwikkelingsachterstand die in de faculteiten bestond, ten gevolge van de moeilijkheden bij de stafvorming en de stijgende eisen van de patiëntenverzorging. Van niet alle faculteiten werd het ontwikkelingsplan echter door het universiteitsbestuur overgenomen. In bepaalde universiteiten werd op aandringen van andere faculteiten een deel van het ontwikkelings-schema, dat door de medische faculteiten noodzakelijk werd geacht, door het curatorium niet in het ontwikkelingsplan van de universiteit opgenomen. Overleg tussen de verschillende curatoria over de ontwikkelingsplannen van de medische faculteiten had niet plaatsgevonden.

9. Vóór het rapport-Verdam de aanbeveling deed, „enige tientallen personeelsplaatsen ten behoeve van de medische faculteiten vervroegd ter beschikking te stellen op de begroting 1970 en volgende jaren”, hebben de medische faculteiten het personeelsaspect van hun ontwikkelingsplannen in het I.O.G. vergeleken, besproken en op elkaar afgesteld. Het I.O.G. heeft de *desiderata op personeelsgebied* per 1 juli 1968 aan de minister aangeboden en met hem besproken. De gewenste personeelsvoorzieningen waren gesplitst in plaatsen die direct noodzakelijk gevolg waren van de uitvoering van het nieuwe curriculum, en plaatsen die door achterstand in ontwikkeling of ten gevolge van vergrote eisen van de patiëntenzorg noodzakelijk waren.

10. Uitvoering van het nieuwe curriculum eist een grotere integratie van onderwijs en klinische en niet-klinische onderdelen van de geneeskunde. Deze is binnen de faculteiten met hun laboratoria en academische ziekenhuizen goed te realiseren. De capaciteit van de academische ziekenhuizen is echter slechts voldoende om aan jaargangen van circa 70 à 100 studenten per faculteit alle klinisch onderwijs te geven. Sedert tientallen jaren is het daarom gebruikelijk, dat een deel van de klinische opleiding in niet-academische ziekenhuizen plaatsvindt. Om het gemoderniseerde onderwijs toch aan jaarklassen van 150 à 200 studenten te kunnen geven, moest een integratie van het klinisch onderwijs in niet-academische ziekenhuizen in het onderwijs aan de universiteiten plaatsvinden. Om een dergelijk geïntegreerd onderwijs te realiseren moet een nauwe relatie tussen de docenten in het niet-academisch ziekenhuis en de faculteit ontstaan en moet het ziekenhuis bepaalde faculteiten voor het onderwijs krijgen, en aan de andere kant zich inpassen in het facultaire onderwijsschema. Nadat in maart 1968 over deze problemen een rapport was uitgebracht door het *Informeel Overleg affiliatie* met niet-academische ziekenhuizen (commissie-Dijkhuis) instal-

leerde minister Veringa in september 1968 de *Affiliatie Advies Commissie* die tot taak kreeg te adviseren over het beleid voor kortere en langere termijn met betrekking tot de affiliatie.

11. In september 1969 bracht minister Veringa zijn *Nota Medisch Wetenschappelijk Onderwijs* uit, waarin hij een overzicht gaf van de urgente problemen van het geneeskundig onderwijs, en van de maatregelen die hij noodzakelijk achtte. Het resultaat was, dat in december 1969 werd besloten een commissie in te stellen die de vestiging van een medische faculteit te Maastricht zou dienen voor te bereiden.

12. Tevens diende minister Veringa in september 1969 een ontwerp van wet in geheten: Voorzieningen van tijdelijke aard inzake de regeling van de toelating tot het bijwonen van het onderwijs in de faculteiten der geneeskunde. De nota was in belangrijke mate gebaseerd op de aanbevelingen van het rapport-Verdam en ook het ontwerp van wet kwam overeen met de aanbevelingen van deze commissie. Dit wetsvoorstel werd door de Tweede Kamer in mei 1970 aanvaard, met twee kleine amendementen.

Hiermee is dus erkend, dat de opleidingscapaciteit van de medische faculteiten niet onbeperkt is. Hoe groot de capaciteit is, zal officieel worden vastgesteld door een door de minister te benoemen Capaciteitscommissie.

Uit bovenstaande opsomming blijkt duidelijk, hoeveel energie, overleg, studie en discussie er de laatste vijf jaren aan de organisatorische problemen van het medisch wetenschappelijk onderwijs zijn besteed. De faculteiten hebben via het I.O.G. een aanzienlijke bijdrage geleverd in de beleidsbepaling, zij het dat dit ten koste moest gaan van een overmatige hoeveelheid energie en werktijd, als gevolg van het ontbreken van een centraal bestuurslichaam, en dat vaak het resultaat van alle inspanning teleurstellend klein was.

Bijzonder frustrerend hierbij was bovendien, dat de gegevens en betogen van faculteiten en I.O.G., zowel door de volksvertegenwoordiging als binnen de universiteit, vaak met wantrouwen werden ontvangen. Dit heeft tot aanzienlijke vertragingen van hoognodige beslissingen geleid, waardoor grote, en ten dele onherstelbare schade is aangericht. De instanties, die met het bestuur van de universiteiten en van de academische ziekenhuizen zijn belast, zijn niet landelijk georganiseerd en slechts partieel bij het geneeskundig onderwijs betrokken, en hebben geen duidelijke invloed op de beleidsbeslissingen uitgeoefend.

*Steeds weer andere commissies en daardoor versnippering van de problematiek*

Het is duidelijk, dat het beleid inzake medisch-wetenschappelijk onderwijs wordt gevoerd door steeds weer andere commissies voor advies inzake deelp Problemen te benoemen. In de laatste vijf jaren zijn de volgende landelijke commissies hiervoor in

functie geweest: commissie status academische ziekenhuizen; commissie-Muntendam (taak van de huisarts); commissie-Dijkhuis (affiliatie); studiec ommissie selectieve toelating tot studie geneeskunde; commissie-Van Walsum (8e faculteit); commissie artsenbehoefte (Gezondheidsraad); bijzondere adviesgroep medische faculteiten (commissie-Verdam); affiliatie-adviescommissie; commissie Smal lenbroek. Aan Prof. Querido is opdracht gegeven een onderzoek in te stellen naar de wijze waarop organisatie en planning van het medisch wetenschappelijk onderwijs mede in relatie tot de eisen van het beleid ten aanzien van de Volksgezondheid kunnen worden verbeterd (Prof. Querido heeft deze opdracht inmiddels teruggegeven — red. M.C.).

Ieder van deze commissies had tot taak te adviseren over een deelprobleem; de leden waren in verband met hun deskundigheid of betrokkenheid gekozen, of soms juist omdat zij geheel niet bij de problematiek waren betrokken, zoals in het geval van de commissie-Verdam. Na het uitbrengen van hun advies worden dergelijke commissies gedechargeerd. De verkregen ervaring en inzichten blijven dus niet permanent ter beschikking.

Naast deze adviescommissies zijn er verscheidene commissies, die een speciale taak ten behoeve van het medisch wetenschappelijk onderwijs vervullen: de Selectie commissie wetenschappelijk personeel medische faculteiten; de Honoreringscommissie wetenschappelijk personeel medische faculteiten; de Plaatsingscommissie eerstejaars studenten geneeskunde; de Werkgroep Gemeenschappelijk Overleg nieuwbouw Academische Ziekenhuizen; de Capaciteitscommissie (nog in te stellen).

Ook zijn er commissies gevormd met het oog op het medisch wetenschappelijk onderzoek, zoals: de Raad voor Gezondheidsresearch; de Raad voor medisch wetenschappelijk onderzoek (Koninklijke Academie van Wetenschappen); de FUNGO (ZWO).

Deze opsomming geeft zonder twijfel een beeld van de activiteit die bestaat met betrekking tot reorganisatie en verbetering van medisch onderwijs en onderzoek, maar tevens van het versnipperen van de problematiek die het voeren van een gecoördineerd beleid op lange termijn bemoeilijkt. Ook hier blijkt weer hoe dit beleid zich grotendeels afspeelt buiten het bestuur van de universiteiten. Dit maakt de positie van de medische faculteit binnen de universiteit moeilijk. Haar grote problemen vinden binnen de universiteit weinig begrip, in haar grote praktische uitvoerende taken — de hoogst gespecialiseerde patiëntenbehandeling en de specialistenopleiding — onderscheidt zij zich volkomen van de andere faculteiten. Op grond van deze taken moet zij voortdurend eisen stellen, die geheel anders zijn geargumenteed dan die der overige faculteiten, zodat geen goede basis voor vergelijking en afweging bestaat voor het universiteitsbestuur. Een groot deel van het werk der medische faculteiten past immers niet in het traditionele universitaire kader van onderwijs en onderzoek, maar in het kader van de volksgezondheid. Met de instanties die het

beleid van de volksgezondheid bepalen, hebben de faculteiten echter geen directe organisatorische band.

#### *Naar één ontwikkelingsplan en één begroting ofwel één centrale bestuursinstantie*

De medische faculteiten vormen met de academische ziekenhuizen een samenhangend geheel. De belangen van dit geheel kunnen alleen worden bepleit en afgewogen, als deze als één geheel worden gepresenteerd. Zoals de behoeften, de planning en de problemen van het wetenschappelijk-technisch onderwijs als totaliteit tot uiting komen in de ontwikkelingsplannen en begrotingen van de verschillende technische hogescholen, en die van het wetenschappelijk landbouwkundig onderwijs in die van de landbouwhogeschool, zo behoren de behoeften, de plannen en de problemen van het medisch-wetenschappelijk onderwijs tot uiting te komen in één ontwikkelingsplan en één begroting. Naar analogie zouden deze door één centrale bestuursinstantie, het *Bestuurscollege (of Curatorium) voor het medisch-wetenschappelijk onderwijs*, moeten worden ingediend.

Dan kan men komen tot een duidelijke positiebepaling van het medisch onderwijs in relatie tot andere vormen van wetenschappelijk onderwijs, en dan kan men prioriteiten vaststellen, zoals de commissie-Verdam heeft aanbevolen, en dan kan dit in verband worden gebracht met de plaats van het totale gezondheidsbeleid in de overheidszorg, zoals minister Veringa in zijn nota stelt. De minister stelt in dezelfde nota: „De afstemming op elkaar van opleidings- en volksgezondheidsbeleid verdient ongetwijfeld de volle aandacht”. Het is duidelijk, dat een dergelijke afstemming vereist, dat er een centraal bestuurslichaam voor het medisch-wetenschappelijk onderwijs bestaat.

De banden van de medische faculteiten met hun universiteiten zouden hierbij niet verloren dienen te gaan, de medische studenten dienen in te schrijven aan een universiteit, het centrale bestuurscollege voor geneeskundig onderwijs zou nauwe banden met de universiteitsbesturen moeten hebben; ook zouden de besturen van de academische ziekenhuizen een centraal contactorgaan, eventueel bestuursorgaan, kunnen vormen, en eventueel participeren in het centrale bestuurscollege. Indien men de noodzaak, tot een centraal lichaam voor bestuur en beleid inzake het medisch wetenschappelijk onderwijs te komen, erkent, zal de verhouding van de medische faculteiten tot de universiteiten en academische ziekenhuizen nader moeten worden uitgewerkt. De faculteiten zouden door middel van het I.O.G. met het centrale curatorium en zijn bureau-apparaat kunnen samenwerken.

Ook minister Veringa heeft in zijn nota op dergelijke door het I.O.G. uitgesproken gedachten gezinspeeld. Het is daarom te betreuren, dat hij in zijn ontwerp van wet Universitaire Bestuurshervorming niet heeft aangegeven dat de plaats van de medische faculteiten binnen de universiteiten afwijkt van

die van de andere faculteiten. Daar dit de facto in hoge mate het geval is, zoals uit het bovenstaande mag zijn gebleken, en daar zonder centraal bestuur en beleid de problemen van de medische faculteiten niet kunnen worden opgelost, dient de plaats van de faculteiten der geneeskunde binnen de universiteit apart te worden geregeld, met de instelling van een

centrale instantie voor bestuur en beleid voor medisch-wetenschappelijk onderwijs, die op hetzelfde niveau als de besturen van universiteiten en hogescholen de belangen van geneeskundig onderwijs en onderzoek kan behartigen.

Leiden, 3 juni 1970.

Th. G. van Rijssel

## Positie van de specialist in het ziekenhuis

**In de Tweede Kamer ziet Dr. Lamberts het brengen in dienstverband van alle specialisten in ziekenhuizen als het wegnemen van een grote hinderpaal op weg naar een betere gezondheidszorg**

Bij de behandeling van het wetsontwerp Ziekenhuisvoorzieningen in de Tweede Kamer — die zonder hoofdelijke stemming met het ontwerp akkoord is gegaan — heeft Dr. Lamberts de positie van de specialist in het ziekenhuis ter sprake gebracht. Het lijkt ten gerieve van specialisten wel informatief het daarop betrekking hebbende gedeelte uit de Handelingen der Kamer volledig te citeren. Men leest daar het volgende:

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): Er is nog een zeer grote hinderpaal op weg naar een betere gezondheidszorg voor ieder. Willen wij de regionalisatie, de integratie tussen de verschillende soorten van ziekenhuizen, soorten die ieder voor zich van even groot belang zijn voor de gezondheidszorg, tot stand brengen, dan zal het in de eerste plaats noodzakelijk zijn de ziekenhuisartsen in dienstverband te brengen. De specialist wordt in toenemende mate een schakel, wel een heel belangrijke schakel, in het geheel van de intramurale gezondheidszorg. In de komende moderne ziekenhuizen moet men beschikken over een dure technische outillage, over deskundigen van allerlei terrein, over vele soorten van hoger gekwalificeerd hulppersoneel, over grote investeringsbedragen. Kortom, in enkele jaren zal het een van onze grootste en hoogst gekwalificeerde industrieën zijn. Hierin zal dan de specialist niet de kleine...

Mej. *Van Leeuwen* (A.R.P.): Heb ik u nu misverstaan? U zei: het zal nodig worden de ziekenhuisarts in dienstverband te brengen?

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): Ja.

Mej. *Van Leeuwen* (A.R.P.): Heel veel ziekenhuisartsen zijn toch al in dienstverband? Of bedoelt u nu de specialisten?

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): De ziekenhuisartsen, de specialisten. De artsen, die in het ziekenhuis werken.

Mej. *Van Leeuwen* (A.R.P.): Het zijn niet allemaal specialisten.

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): U bedoelt dan de

specialisten in opleiding. Verder zijn het allemaal specialisten.

De heer *Tilanus* (C.H.U.): De term ziekenhuisarts wekte verwarring. U bedoelde specialisten.

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): Ik bedoelde specialisten. Ik heb deze term van de Denen overgenomen, die het zo formuleren. Ik dacht, dat het geen misverstand zou wekken.

Mej. *Van Leeuwen* (A.R.P.): Nu niet meer.

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): De specialist zal niet de kleine zelfstandige ondernemer kunnen blijven, maar hij zal in dienstverband in de totaliteit moeten worden aanvaard in het geheel van de intramurale zorg. Daarbij komt nog, dat onderwijs, diagnostiek, behandeling en fundamenteel en toegepast onderzoek een gelijk gewicht in de gezondheidszorg hebben en behoren te hebben. In dit complex geheel is het uiterst belangrijk dat een ieder naar aanleg, begaafdheid en belangstelling de keuze van zijn richting kan bepalen en in deze richting kan functioneren. Deze keuze mag zo weinig mogelijk worden beïnvloed door verschil van sociale erkenning en positie. Eveneens moet worden vermeden, dat belangengroepen (d.w.z. groepen die sociale en economische belangen verdedigen) binnen het geheel ontstaan.

Zoals de Amsterdamse Querido heel duidelijk heeft gesteld, mag de gezondheidszorg niet meer zijn een spel van economische krachten en prestige, maar vertoont dit nutsbedrijf veel gelijkenis met concepties uit het onderwijs. Hieruit volgt dat primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden voor gelijkwaardige functies ook ongeveer gelijk worden gehonoreerd. In de zeer frequente teamverbanden, zoals men die in de gezondheidszorg aantreft, kunnen hierdoor vele tegenstellingen worden vermeden.

De Rotterdamse Querido stelt verder: De moeizame onderhandelingen, nodig voor affiliatie-overeenkomsten, wortelen voor een groot deel in tegenstelling tussen belangen van universiteit en niet-universitaire ziekenhuizen. De universiteit weet hoeveel

inspanning nodig is om onderwijs te garanderen; de niet-universitaire ziekenhuizen kunnen vaak niet voldoen aan de nodige stafbezetting, maar willen wel graag een statussymbool verwerven die dan toegevoegd wordt aan een veel betere sociale positie dan die van de universitaire staf.

Het brengen van artsen in dienstverband in ziekenhuizen, zal vele der gesignaleerde vraagstukken tot oplossing brengen. De kunstmatige hoge inkomens van specialisten, waarvan een groot deel terugvloeit naar de belastingen, en waarvan een deel voor de oudedagvoorzieningen moet worden gereserveerd, vereisen hoge lasten van leningen voor het kopen van praktijken, investeringen, enz. Bovendien staan deze vaak benodigde inkomsten de ontwikkeling van een goede stafbezetting in ziekenhuizen in de weg. De spoeling mag niet te dun worden. Indien meer ziekenhuizen beschikten over ruimere stafbezetting (= differentiatie), dan zouden meer ziekenhuizen geschikt zijn voor affiliatie en dus voor onderwijs en voor betere gezondheidszorg. Bij de keuze wel of niet in regionale ziekenhuizen of academische teams te werken, speelt dan de aard van het werk de belangrijkste rol, alsook de mogelijkheid deel te nemen aan onderwijs en onderzoek, en niet de financiële vooruitzichten. De belangtengstellingen zullen ook door dit alles sterk verminderen.

Ook tegenstellingen tussen klinici en niet-klinici zullen sterk verminderen en de universiteit zal het gemakkelijker vinden om met niet-academische ziekenhuizen te gaan samenwerken. Deze te verwachten verbetering van samenwerking zal mede worden bevorderd doordat niet-academische ziekenhuizen in staat zullen zijn tot ruimere stafbezetting.

Mijnheer de voorzitter! Voor de gezondheidszorg is het voordeel, dat gemakkelijker tot indeling van ziekenhuizen in verschillende categorieën kan worden overgegaan met als uiterste consequentie een duidelijker taakomschrijving voor de regionale ziekenhuizen. Immers, indien de artsen, werkzaam in dienstverband in verschillende ziekenhuizen, zich minder zorgen behoeven te maken over hun financiële verplichtingen en hun toekomst zullen zij ook minder belang krijgen bij het nastreven van prestige-objecten. Bovendien zal, bij het aanvaarden van verantwoordelijkheden zoals bij de benoeming tot hoofd van een afdeling, de factor inkomsten verbonden aan deze functie, veel minder als stimulans gelden.

Ook zal het mogelijk worden normeringen in te voeren voor de stafbezetting in afdelingen der verschillende specialismen. Hierdoor zal het voor het eerst mogelijk zijn duidelijker de behoefte voor de verschillende specialismen te beschrijven en in verband te brengen met de produktie van artsen door de faculteit.

Mej. Van Leeuwen (A.R.P.): Ik stel, mijnheer de voorzitter, een lesje in socialistische gezondheidszorg echt wel op prijs, maar ik vraag mij toch zo langzamerhand af, wat dit nog concreet met het

wetsontwerp, dat wij nu behandelen, heeft te maken.

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): Mijnheer de voorzitter, mej. Van Leeuwen zou toch wat beter moeten luisteren en niet zo vastgeroest moeten zijn in haar oude patroon. Wij moeten namelijk naar een nieuwe organisatie en een nieuwe structuur toe en dit zijn basisvoorwaarden, die daarvoor nodig zijn.

Mej. Van Leeuwen (A.R.P.): Dat ontken ik niet, maar ik vind het betoog van de geachte afgevaardigde typisch een betoog, dat bij de behandeling van de begroting dient te worden gehouden, mijnheer de voorzitter. Wij behandelen hier vanavond echter een wetsontwerp en dan is het gewoonte, dat de spreker blijft binnen het raam van de stof, die in dat wetsontwerp aan de orde wordt gesteld. Natuurlijk kan men er op een gegeven moment andere zaken bij betrekken, maar het betoog, dat de geachte afgevaardigde nu houdt, heeft met uitzondering van de opmerkingen over de positie van de academische ziekenhuizen, weinig te maken met het wetsontwerp dat nu aan de orde is. Dit geldt speciaal voor de opmerkingen over de noodzaak, dat de artsen in dienst van de ziekenhuizen komen, en dergelijke. Ik luister gaarne naar de geachte afgevaardigde, mijnheer de voorzitter, maar ik zat nu wel te denken: wat heeft het ermee te maken.

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): U moet toch begrijpen, dat men nooit tot een structuur van een goede samenwerking tussen de regionale ziekenhuizen met de centrale en perifere ziekenhuizen kan komen, indien men daarvoor niet een glijdende schaal mogelijk maakt en men niet de mogelijkheden schept om tot die regionalisatie, die samenwerking, te kunnen komen. Wij zitten nu met een half ei en ik wil zo graag zo snel mogelijk een behoorlijke oplossing hebben. Het is zo belangrijk, dat wij de rechtse partijen een blik op de toekomst kunnen geven, want zelf vinden zij die anders nooit.

Mej. Van Leeuwen (A.R.P.): Neen, mijnheer de voorzitter, ik kan mij voorstellen, dat de heer *Lamberts* behoefte eraan heeft, deze problematiek in de Kamer aan de orde te stellen, maar nu hij het nodig vindt de rechtse partijen uit te nodigen iets erover te zeggen, moet ik antwoorden, dat wij dat niet kunnen, omdat mij dit buiten de stof voor dit debat gaat brengen.

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): De voorzitter moet toch beoordelen, of ik binnen het bestek van het debat blijft? Daarmee heeft u toch helemaal niets te maken?

De voorzitter: Ik krijg van beide leden nauwelijks kans het te zeggen. Een opmerking van de heer De Vreeze is eigenlijk voor mij aanleiding, dat ik het betoog van de heer *Lamberts* wel binnen de orde moet rekenen, want hij heeft mij erop geattendeerd, dat wij telkenmale abusievelijk op de agenda hebben vermeld: „ziekenhuisbouw”, terwijl het moet zijn: ziekenhuisvoorzieningen. Iets met ziekenhuisvoorzieningen heeft het betoog van de heer *Lamberts* wel te maken, maar in welk direct of verwij-



derd verband kan ik nu niet bepalen. Ik kan natuurlijk niet tegen de heer Lamberts zeggen, dat hij buiten de orde is, wanneer hij spreekt over ziekenhuisvoorzieningen en daarmee samenhangende vraagstukken.

Mej. Van Leeuwen (A.R.P.): Ik deed een vriendelijk verzoek aan de heer Lamberts. Hij nodigt ons nu uit op deze problematiek in te gaan.

De heer Lamberts (P.v.d.A.): Dat zou ik graag van u horen. Ik zou zeggen: Kom er eens mee op tafel.

De voorzitter: Laat men dat bewaren tot de begrotingsbehandeling, want dan is het, naar ik vermoed, nog even actueel.

De heer Lamberts (P.v.d.A.): Dat zal het dan nog wel zijn. Ik verwacht van deze regering niet, dat het zo snel zal gaan.

De voorzitter: Ik vermoed, dat de heer Lamberts bijna aan het eind van zijn openbare les is; hij kan nu verder gaan.

De heer Lamberts (P.v.d.A.): Mijnheer de voorzitter! In welke vorm dit noodzakelijk geachte dienst-

verband moet worden geregeld, namelijk bij een ziekenhuis of in een regionaal of landelijk verband, is een kwestie van overleg. Ons spreekt het Deense systeem het sterkst aan, aangezien het én in zijn honorering én in zijn sociale zekerheid de specialist hoog waardeert en in mijn ogen terecht.

Ik wil de staatssecretaris nog vragen, of het rapport van Prof. Querido uit Rotterdam waarom de regering heeft gevraagd, klaar is en of wij het snel kunnen ontvangen, vooral nu gisteren over de openbaarheid weer een groot rapport is verschenen.

De voorzitter: Is dat een rapport over ziekenhuisvoorzieningen?

De heer Lamberts (P.v.d.A.): Het gaat over de structuur van de gezondheidszorg. Het is de bedoeling van de regering geweest in dezelfde geest daarover een rapport te krijgen, als ik nu heb gesproken. Misschien vult het een het ander aan.

De voorzitter: Dat zal dan zeker de enige opmerking buiten de orde zijn die de heer Lamberts heeft gemaakt.

---

## Oprichting interfacultair overlegorgaan medische faculteiten betreffende voortgezet onderwijs

Overleg tussen vertegenwoordigers der medische faculteiten van de Gemeente Universiteit Amsterdam, de Vrije Universiteit Amsterdam, de Rijksuniversiteiten Groningen, Leiden en Utrecht, de Katholieke Universiteit Nijmegen en de Medische Faculteit Rotterdam heeft geleid tot de oprichting van een interfacultair overlegorgaan met betrekking tot het post-academiaal onderwijs op het terrein van de medische wetenschappen. In dit orgaan zijn per faculteit twee leden en twee plaatsvervangende leden benoemd.

De motivering voor de oprichting van het overlegorgaan was dat het post-academiaal onderwijs een steeds belangrijker plaats in onze samenleving gaat innemen en samenwerking vereist is tussen de faculteiten om de constant voortgaande ontwikkelingen op medisch gebied in dit onderwijs te kunnen verwerken.

Tot nog toe hebben de activiteiten van de faculteiten, die zich bezighouden met het organiseren van nascholingscursussen voor praktiserende artsen en voor hen die werkzaam zijn op het terrein van medisch-biologisch onderzoek, voornamelijk een lokaal karakter gedragen. Door de oprichting van het

interfacultair overlegorgaan beoogt men thans te komen tot het bundelen en stimuleren van deze activiteiten op landelijk niveau. Dit betekent dat het noodzakelijk zal zijn over te gaan tot het oprichten van plaatselijke nascholingscommissies per faculteit, zoals dat reeds het geval is in Leiden, waar de Boerhaave-Commissie voor Voortgezet Onderwijs sinds vele jaren nascholingscursussen organiseert. In dit verband hebben de faculteiten goede hoop dat de overheid hiervoor de nodige gelden ter beschikking zal stellen. Ook zal een beter contact met andere instanties, die zich met voortgezet medisch onderwijs bezighouden, kunnen worden onderhouden.

Het interfacultair overlegorgaan heeft voor het jaar 1970 een dagelijks bestuur aangewezen, dat bestaat uit vertegenwoordigers van de Leidse medische faculteit te weten: Prof. Dr. J. Dankmeijer (voorzitter), Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis (secretaris) en Dr. H. C. Hemker (lid). Het voorlopig secretariaat is gevestigd in het Academisch Ziekenhuis te Leiden, Rijnsburgerweg 10, tel. 01710-47222, toestel 3680 of 2797.

**Abonnementen op Medisch Contact, welke niet voor het einde van de jaargang schriftelijk zijn opgezegd, worden geacht opnieuw voor dezelfde termijn te zijn ingegaan.**

---

**Verbetering** — In het hoofdartikel in het voorgaande nummer van M.C. „Een vertrouwelijk schrijven en de pers” staat de zinsnede: „Van gelijke strekking was een redactionele beschouwing in De Volkskrant”. Dit moet luiden: „Ook De Volkskrant van 15 mei gaf een bericht over deze publikatie”.

# Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege

## *inzake toepassing van narcose door een gynaecoloog bij verrichting van een curettage zonder bijstand van een anesthesist*

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft de navolgende beslissing gegeven inzake:

de Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid te A., klager;

tegen: B., gynaecoloog te A., de arts over wie is geklaagd;

Het Centraal Medisch Tuchtcollege;

Gezien de stukken;

Gehoord partijen, alsmede Mr. C, advocaat te A, raadsman van de klager en Mr. D, advocaat te A, raadsman van de arts over wie is geklaagd, de deskundigen Dr. E, anesthesist te A en Prof. Dr. F, hoogleraar te G, alsmede de getuige H, anesthesist te A;

Overwegende dat de klager, Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid, de volgende klacht tot het Medisch Tuchtcollege in Eerste Aanleg heeft gericht, zakelijk inhoudende:

De gynaecoloog heeft een curettage verricht bij een onder narcose verkerende patiënt zonder bijstand van een anesthesist en zonder de techniek van het intuberen te beheersen. De patiënte heeft tijdens of kort na de behandeling ademhalingsmoeilijkheden gekregen en de gynaecoloog heeft toen niet geïntubeerd. De geroepen anesthesist Van Dijk heeft dit wel gedaan en is er in geslaagd de ademhaling van de patiënte weer op gang te brengen;

dat het College in Eerste Aanleg bij een op 9 januari 1969 gegeven beslissing de klacht als ongegrond heeft afgewezen op de volgende overwegingen:

dat, gelijk uit het behandelde ter terechtzitting is gebleken, ingrepen als de plaatsgevonden curettage onder narcose regelmatig en niet bij wijze van uitzondering plaatsvinden zonder bijstand van een anesthesist en de bijstand van een anesthesist bij dergelijke ingrepen niet wel mogelijk is, omdat het aantal anesthesisten daarvoor te enen male onvoldoende is, terwijl bovendien uit de verklaringen van de anesthesist H niet is gebleken, dat de toestand van de ademhalingswegen in dit geval een intubatie nodig maakte;

dat het College onder die omstandigheden van oordeel is, dat de gynaecoloog geen verwijt kan worden gemaakt de narcose zelf te hebben toegepast zonder bijstand van een anesthesist;

dat het College evenmin de gynaecoloog kan verwijten, dat hij geen intubatie heeft toegepast, nu het intuberen een hoge graad van technische vaardig-

heid en routine vereist, waarover de gynaecoloog in het algemeen niet beschikt en niet behoeft te beschikken;

dat van deze beslissing op 6 februari 1969 aan partijen een afschrift is gezonden;

dat de klager bij een op 6 maart 1969 — en derhalve tijdig — ingekomen beroepsschrift van deze beslissing is in beroep gekomen.

Overwegende ten aanzien van de feiten:

Het onderzoek ter terechtzitting van het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft het volgende uitgewezen:

De arts over wie is geklaagd heeft op de morgen van 10 maart 1968 om 6 uur het bericht gekregen, dat de patiënte een miskraam had gehad, waarop hij adviseerde haar in de Frankenslag-kliniek te doen opnemen. Na een voorlopig onderzoek aldaar werd besloten om 8.30 uur te curetteren.

De patiënte kreeg 1 gr. Penthotal toegediend, de narcose werd aangevuld met een zuurstof-lachgasmengsel. De ingreep duurde omstreeks 5 minuten; vrijwel direct daarna constateerde de zuster ademhalingsmoeilijkheden. De arts over wie is geklaagd heeft toen gedurende enige minuten hartmassage toegepast door ritmische compressie van de thorax, tevens werd beademing toegepast. Toen deze maatregelen geen doel schenen te treffen is vanuit de operatiekamer de anesthesist H opgebeld, die adviseerde door te gaan met beademen en micoren intraveneus toe te dienen, hetgeen is geschied. Na omstreeks 8 minuten arriveerde de anesthesist, die vaststelde dat de patiënte klinisch dood leek, maar, toen hij vernam dat het beademen zonder moeite was verlopen en constateerde dat de ademweg vrij was, intubatie toepaste en een zeer krachtige uitwendige hartmassage onder voortzetting van de beademing toepaste. Na ongeveer een minuut werd de kleur van de patiënte geleidelijk beter en na ongeveer 5 minuten keerde de spontane ademhaling terug en werden de pupillen nauwer.

De toestand van de patiënte is echter niet verbeterd. Zij is overgebracht naar het Zuidwal-ziekenhuis te Den Haag voor neurologische behandeling en niet ontwaakt uit coma.

Overwegende met betrekking tot het appèlschrift:

In het appèlschrift wordt de klacht, die zich oorspronkelijk in het bijzonder richtte op het feit, dat de arts over wie is geklaagd geen intubatie had toegepast, daar hij de techniek daartoe niet beheerste,

in iets algemener zin voorgedragen en de naar het oordeel van de klager niet in acht genomen norm als volgt omschreven:

„dat de gynaecoloog, die de verantwoordelijkheid op zich neemt een ingreep bij een patiënte te verrichten met toepassing van narcose, welke onder zijn toezicht door een verpleegster wordt toegevend, onverantwoord handelt, wanneer hij niet de basis-kennis en vaardigheid bezit om bij complicaties, die, hoewel weinig voorkomend, toch te verwachten zijn, het nodige te kunnen verrichten om de patiënte voor calamiteiten te behoeden.”

Naar aanleiding van die veralgemening wordt in het beroepschrift de arts over wie is geklaagd naast het nalaten te intuberen nog het nalaten van andere methoden verweten, die naar het oordeel van de klager in het betrokken geval meer aangewezen zouden zijn geweest. Bij de behandeling in hoger beroep is in nog meer algemene zin betoogd, dat de arts over wie is geklaagd in het algemeen onvoldoende maatregelen, die ter beschikking staan, had genomen tot resuscitatie van de patiënte, met het verwijt dat hij de kennis en ervaring tot het nemen van die maatregelen niet bezat.

Overwegende ten aanzien van het recht:

Vooropgesteld dient te worden, dat naar het oordeel van het Centraal Medisch Tuchtcollege mede gegrond op hetgeen de deskundigen hebben uiteengezet, geenszins vaststaat door welke oorzaak de opgetreden ademnood of hartstilstand is ontstaan en dat het daarom niet mogelijk is enig concreet handelen of nalaten aan te wijzen dat met de calamiteit direct verband houdt. Daarmede vervalt naar het oordeel van het Centraal College het verwijt, dat in appèl gemaakt is, dat zekere al of niet uitdrukkelijk aangegeven maatregelen zouden zijn nagelaten. Geen van deze maatregelen was naar het oordeel van het Centraal College geëigend om toe te passen in alle gevallen die tot de calamiteit kunnen hebben geleid.

Slechts het intuberen is een handeling, die naar het oordeel van het Centraal College — en de gehoorde deskundigen — in het algemeen altijd zou zijn toegepast. Met de deskundigen acht het Centraal College het twijfelachtig of deze ingreep eenvoudig genoeg is om onder alle omstandigheden door een niet bepaaldelijk in de techniek geoefend arts te worden toegepast. Het is echter wel een ingreep, die door elke arts vrij gemakkelijk zou kunnen worden geleerd. In die gevallen echter waarin de ademhalingsmoeilijkheden berusten op een kramp en waarbij het intuberen levensreddend kan zijn, blijkt deze ingreep dikwijls zo moeilijk, dat deze mislukt wanneer hiertoe niet uitgebreide ervaring aanwezig is.

De kernvraag, die door de klager wordt gesteld, is dus deze: of de arts, die een ingreep toepast waarbij narcose noodzakelijk is, de kennis en de oefening moet bezitten om bij complicaties het nodi-

ge te verrichten om de patiënt voor calamiteiten te behoeden.

Bij de beantwoording van die vraag moet onder ogen gezien worden, dat de narcose in wezen een „aandoening” is, die tot complicaties kan leiden en zelfs een enkele maal tot een fataal gevolg kan leiden. Dit is het geval met vele aandoeningen, zij het dat de complicaties van enige importantie bij narcose tot de uitzonderingen behoren. De reden dat een complicatie tengevolge van een narcose in het algemeen veel zwaarder wordt opgenomen dan tengevolge van een andere aandoening is gelegen in de omstandigheid, dat de narcose een opzettelijk door een arts veroorzaakte „aandoening” is, waarvan men zou willen verwachten, dat alle gevolgen door de arts zouden worden voorzien en alle voorzorgsmaatregelen genomen.

De praktijk wijst uit, dat dit niet mogelijk is en dat, ook daar waar iedere voorzorg genomen is, zich onverwachte complicaties, soms met ernstige gevolgen, voordoen.

Uiteraard zou in beginsel het op zichzelf al zeer kleine risico tot zijn minimum worden teruggebracht indien bij iedere narcose een anesthesist tegenwoordig was. Het aantal in Nederland werkzame anesthesisten maakt dit echter volstrekt onmogelijk.

De frequentie van complicaties bij narcose is zeer gering. Ook de specialisten, die geregeld kleine ingrepen onder narcose toepassen, zullen naar alle waarschijnlijkheid slechts hoogst zelden voor een complicatie staan, die de kans van levensgevaar inhoudt. Dat hun kennis dan in beginsel niet mag te kort schieten om het mogelijke te doen is duidelijk; specialistische kennis en geoefendheid ten aanzien van de daarmede gepaard gaande ingrepen kan in redelijkheid niet van hen verwacht worden. Zij staan in geen andere positie dan de specialist op welk gebied ook, die tijdens een ingreep tot de slotsom komt, dat de wetenschap van een andere specialist met spoed noodzakelijk is, hetgeen een zeldzaam maar niet te vermijden risico is, dat altijd gelopen wordt.

Anders dan de klager meent mitsdien het Centraal Medisch Tuchtcollege, dat een arts, die voor een lichte ingreep onder zijn toezicht narcose doet geven door een verpleegster, niet in zorg te kort schiet voor zijn patiënt, wanneer hij hiertoe overgaat, ook al is hij niet geoefend in de techniek van de ingrepen nodig bij optredende complicaties in ademhaling of hartslag, uiteraard mits hij voor de ingreep de nodige zorg heeft besteed om zich door voorafgaande onderzoekingen, eventueel aangevuld door contact met de huisarts ervan te vergewissen dat er geen aanwijzingen zijn dat zich een zodanige complicatie zou kunnen voordoen, in welk geval van een ingreep moet worden afgezien of een anesthesist bijstand moet verlenen.

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft hierbij mede overwogen, dat het niet aangaat op een arts, die voor het zeldzame geval van een complicatie bij een narcose is komen te staan, normen toe te passen waaraan naar het College uit eigen wetenschap

bekend is het merendeel der in Nederland werkzame artsen niet kan voldoen.

Wat betreft de gynaecologen, waarom het in deze zaak in het bijzonder gaat, is het oordeel van het College mede gegrond op het feit, dat het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten, welk College krachtens de artikelen 1007 en 1008 van het Huishoudelijk Reglement van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst onder toezicht van de minister van Onderwijs en Wetenschappen de eisen te stellen aan de opleiding van specialisten vaststelt, bij Besluit van 21 oktober 1963, gewijzigd bij Besluit van 27 juni 1968, een opleidingsschema voor het specialisme verloskunde en gynaecologie heeft vastgesteld, waarin velerlei eisen gesteld worden doch niet de eis dat de artsen, die voor dit specialisme in opleiding zijn, zich moeten bekwaamen in de ingrepen op het gebied der anesthesie waarover het hier gaat.

De beslissing van het College in Eerste Aanleg kan, met aanvulling van gronden, derhalve worden bevestigd.

Overwegende dat het Centraal College meent, dat deze beslissing, met het oog op haar belang, voor bekendmaking in aanmerking komt.

Rechtdoende in hoger beroep:

Verwerpt het beroep;

Bevestigt de beslissing waarvan beroep;

Beveelt publikatie van deze beslissing door toezending aan het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, afdeling Externe Betrekkingen, en door aanbieding aan de redacties van de weekbladen „Medisch Contact” en „de Nederlandsche Jurisprudentie”.

Aldus gewezen op 27 november 1969 door de heren: Jhr. Mr. P. J. W. de Brauw, voorzitter; Dr. J. Obbink, W. Hoekstra en G. J. Noome, leden-geneeskundigen; P. J. Kaiser, plaatsvervangend lid-geneeskundige; in tegenwoordigheid van Mr. P. Mout, secretaris.

---

## Organisatie eerste hulp bij ongevallen in Moskou

De eerste hulp bij ongevallen is in Moskou voortreffelijk georganiseerd. Prof. Patrick B. Storey werd er gewoon jaloers van, toen hij de gezondheidszorg in de Sovjetunie ter plaatse bestudeerde. Hij kwam van het Hahnemann Medical College in Philadelphia en was op ideeënjacht voor de Amerikaanse artsen en autoriteiten. Thuisgekomen vergeleek hij in gedachten, wat er gebeurt als iemand een hartaanval krijgt in Moskou of in een stad in de Verenigde Staten. Zijn verhaal verscheen in Medical News, het orgaan van de American Medical Association; Selecta van 1 juni 1970 vertelde het door.

Aangenomen, dat een zieke in de Verenigde Staten zich naar een toevallig dichtbij staande telefooncel weet te slepen, dan wordt hij eerst geconfronteerd met de lijfspreuk van al wat Amerikaan is: „all is business, business is all”. Voor velen is ook een zieke primair iemand waaraan men zelf beter kan worden. In Chicago dingen bijvoorbeeld meer dan 50 zieken-transportondernemingen naar zijn gunsten. Weet hij eenmaal, wie er aan zijn hartaanval mag verdienen, of neemt hij vertwijfeld zijn toevlucht tot politie of brandweer, dan nemen desniettemin staande zijn levenskansen af als het hem niet lukt een tiencents-

munt uit zijn zakken op te diepen. Is die gevaarlijke klip omzeild, dan rest hem slechts te hopen, dat er niet nog iemand om een ziekenauto heeft gebeld. Zo ja, dan kan hij net zo lang op straat blijven liggen wachten tot twee chauffeurs van verschillende ondernemingen hebben uitgemaakt wie hem mag vervoeren. Een inwoner van Moskou die last van zijn hart krijgt, heeft het gemakkelijker. Hij drukt op de noodknop van de telefoon, heeft in dat geval geen kopeke nodig, en kiest O3. Als hij dan ook nog opgeeft, waar hij zit en wat hem mankeert, dan heeft hij al het nodige gadaan. Zijn telefoontje gaat naar de centrale van het Sklikovsky-instituut, waar twee artsen voor dit soort gevallen klaarstaan. Aan hen de beslissing, welke hulp zal worden geboden. De voertuigen die de Moskouse hulpverleners ter beschikking staan zijn kleiner dan onze ziekenauto's, zo iets als een Volkswagenbusje. Inrichting en bezetting zijn op het soort hulp dat moet worden geboden afgestemd. Iemand met een attaque bijvoorbeeld krijgt een wagen met een neuroloog. Daarnaast zijn er aparte auto's voor gewonde of ernstig zieke kinderen, meestal met vrouwelijk personeel. De dienstdoende arts geeft zijn medewerkers een bondige situatieschets. Zij zitten voor een groot schakelbord en kennen zo ongeveer iedere

steeg van de stad. Overlegd wordt, of een auto van de centrale of van één van de 22 kleinere posten op pad moet worden gestuurd, of dat er misschien een auto bij de patiënt in de buurt is die dan over de radio kan worden opgeroepen. Zo verstrijkt er hoogstens een kwartier, voor de zieke onder competente behandeling komt. De minder kritieke transporten worden uitgevoerd door de gewone ziekenauto's, die kleiner van formaat zijn. De artsen kunnen steunen op gekwalificeerde hulpkrachten. Met name spreekt Dr. Storey lof van de sfeer die binnen deze hulpteams heerst. Hij kan er verder niet onderuit, daartegenover de toestanden in de Amerikaanse eerstehulpverlening duister af te schilderen. Hier doen in de regel de jongste, minst ervaren dokters dienst, omdat niemand anders ervoor voelt. Om de een of andere reden wordt dit bijzonder belangrijke werk maar laag aangeslagen. Daarnaast zit het Storey dwars, dat geen enkele instantie in de Verenigde Staten zich direct voor de openbare gezondheidszorg aanspreeklijk stelt, de regering niet en evenmin een der talrijke artsenorganisaties. Zijns inziens is het huidige systeem in het merendeel der gevallen mans genoeg en komt het erop aan, de ogen niet voor de heersende misstanden gesloten te houden.

## Ziekenhuismanagement en specialisten (III)

*Na de reeds in voorgaande nummers van M.C. gepubliceerde inleiding van Prof. Dr. B. C. J. Lievegoed over het thema „Ziekenhuismanagement en specialisten” op de door de Nationale Ziekenhuisraad en de Landelijke Specialisten Vereniging in april i.l. georganiseerde studiedag en de beschouwing van de co-referent Dr. L. M. J. de Groot, volgt hier tenslotte het betoog van de tweede co-referent Dr. J. van Mansvelt, zenuwarts te Haarlem en een verkorte weergave van de paneldiscussie, waarmee deze studiedag werd besloten.*

Tweede co-referent van Prof. Lievegoed was Dr. J. van Mansvelt, zenuwarts te Haarlem, die het volgende betoogde:

Met veel genoegen heb ik de gelegenheid aangegrepen om op deze studiedag een bijdrage te leveren aan de bespreking van het onderwerp: Ziekenhuismanagement en specialisten. Dit onderwerp heeft namelijk in hoge mate mijn persoonlijke belangstelling en ik zou dan ook gaarne voorop willen stellen, dat ik hier als persoon en niet als voorzitter van de Landelijke Specialisten Vereniging dit co-referaat houd. Ik hoop dat niemand mij deze „rolflexibiliteit” kwalijk zal nemen. Naar mijn mening is het voor ieder, die een leidinggevende functie in een organisatie bekleedt, noodzakelijk dat hij zich ook af en toe, ontdaan van de directe verantwoordelijkheid van deze positie, kan uiten zonder dat een dergelijke mening direct wordt opgevat als het standpunt van een betrokken groepering.

Gaarne zou ik dit co-referaat beginnen met een korte toelichting op de begrippen, die vandaag door de titel van deze studiedag in discussie komen: ziekenhuis, specialisten, management.

Wat betreft het ziekenhuis zou een omschrijving mijns inziens als volgt kunnen luiden: een ziekenhuis is een dienstverlenend instituut dat tot taak heeft ten behoeve van de individuele patiënten de gunstigste omstandigheden te creëren voor een naar heden-daagse eisen adequate diagnostiek, behandeling en verzorging.

Wat de specialist betreft zou die omschrijving mijns inziens kunnen luiden: een medisch specialist is een arts die door een gerichte en gereguleerde opleiding gekwalificeerd is tot de uitoefening van een bepaalde tak van de geneeskunde en die tot taak heeft een, naar de hedendaagse stand der geneeskunde, in alle opzichten zo goed en verantwoord mogelijke behandeling van de zieke mens, waarvan de aandoening vermoedelijk geheel of gedeeltelijk op zijn vakgebied ligt, te geven.

De snelle ontwikkeling van de geneeskunde gedurende de laatste tientallen jaren heeft een groot aantal gevolgen gehad ook voor het ziekenhuis. De tijd ontbreekt om hier diep op in te gaan, maar het lijkt mij wel nuttig en noodzakelijk om enkele van deze gevolgen in het kort aan te duiden:

a de differentiatie in de geneeskunde is sterk toegenomen, sterker nog dan de toename van het aantal officieel erkende specialismen aangeeft;

b het aantal en verscheidenheid van niet-medische deskundigen dat voor een goede diagnostiek, behandeling en begeleiding van de patiënten moet worden ingeschakeld is eveneens sterk toegenomen: klinisch-farmacoloog, -chemicus, -fysicus, -psycholoog, mondheekundigen en in de nabije toekomst mogelijk nog andere academische disciplines;

c het aantal en de verscheidenheid van paramedische beroepsbeoefenaren die in het ziekenhuis hun intrede hebben gedaan of binnenkort zullen doen is sterk toegenomen: fysiotherapeuten, orthoptisten, mondhygiënist, logopaedisten, chiropodisten, diëtisten en mogelijk nog anderen, die allen hun werkzaamheden in relatie tot een arts of tandarts zullen moeten verrichten;

d het belang van de relatie tussen ziekte en milieu-omstandigheden hetzij thuis of in het werk wordt gelukkig steeds meer onderkend, hetgeen de introductie heeft betekend of zal gaan betekenen van het maatschappelijk werk in het ziekenhuis;

e met de uitbreiding van het aantal diagnostische methodieken nemen ook aantal en verscheidenheid van gericht opgeleide hulpkrachten toe: analisten en laboranten op velerlei gebieden;

f de differentiatie binnen het verplegend personeel is nog te weinig geëvolueerd en behoeft tegen de achtergrond van de vraag naar een efficiënter gebruik van man- en „vrouw”kracht zeker stimulering: korte, bijvoorbeeld anderhalfjarige basis-verpleegopleiding met verder differentiatie naar specifieke verpleeg- en behandelingsafdelingen, zoals operatie-assistenten, intensive care, ziekenverzorgsters, enz.;

g de kosten van de gezondheidszorg in het algemeen en die van de ziekenhuizen en de totale post specialistische hulp in het bijzonder, zijn als gevolg van de geneeskundige ontwikkeling sterk gestegen en dit heeft mede door de uitbreiding van (kostbare) apparatuur en personeel (met verbeterde salariering), de noodzaak van een efficiënt economisch-administratief apparaat doen toenemen en het be-

drijfsmatig aspect van het ziekenhuiswezen ook in toenemende mate voor het voetlicht gebracht.

Indien u het met mij eens kunt zijn dat, zoals in het voorgaande werd gepoogd aan te tonen, de enorme vooruitgang in de geneeskundige mogelijkheden de voornaamste oorzaak is geweest van deze en mogelijk nog andere ontwikkelingen binnen „het ziekenhuis”, dan hoop ik dat u het ook met mij eens zult zijn wanneer ik stel dat enerzijds de specialisten als exponenten van die vooruitgang in de geneeskunde zich niet kunnen losmaken van de verantwoordelijkheid die zij mede dragen voor de gevolgen daarvan voor het ziekenhuis als organisatie; dat anderzijds het ziekenhuis als organisatie zal moeten erkennen en in zijn organisatiestructuur tot uiting zal moeten brengen dat het niet alleen niet kan functioneren zonder de specialisten (en dat geldt in beginsel voor elke andere groepering binnen de ziekenhuisorganisatie), maar dat het zich ook niet doelmatig kan ontwikkelen zonder hen als totaliteit in alle facetten van deze ontwikkeling en dus ook de beleidsvorming te betrekken.

Het management zou men mijns inziens als volgt kunnen omschrijven: het bevorderen van een dusdanige samenwerking tussen alle onderdelen van een organisatie dat het resultaat ten aanzien van het gestelde doel meer is dan de som van de resultaten van de afzonderlijke onderdelen. Het ziekenhuismanagement zou dan tot taak hebben er zorg voor te dragen dat niet alleen omstandigheden worden geschapen waardoor de resultaten van elke groepering afzonderlijk binnen de ziekenhuisorganisatie maximaal kunnen worden verwezenlijkt, maar vooral dat ook de werkzaamheden van deze verschillende groeperingen zodanig op elkaar worden afgestemd dat zij elkander stimuleren en er een zo goed en verantwoord mogelijke totale behandeling van de patiënt uit resulteert.

Wanneer wij nu tegen de achtergrond van de in het voorgaande gestelde uitgangspunten de feitelijke situatie bezien, dan zou men het volgende kunnen constateren:

a de noodzaak tot stafvorming wordt door het merendeel der specialisten erkend en er is vrijwel geen ziekenhuis van enige omvang of men heeft of men werkt aan de tot standkoming van een stafreglement;

b de meeste ziekenhuisbesturen en directies bevorderen heden ten dage de totstandkoming en functionering van een medische staf en geven daarmee te kennen dat zij hun vrees dat de medische staf zich zou ontwikkelen tot een staat in de staat hebben laten varen;

c door vele specialisten wordt het doel van de medische staf echter uitdrukkelijk beperkt tot het bevorderen van de geneeskundige behandeling en van daaruit formuleren zij wensen ten aanzien van apparatuur, accommodatie en personeel zonder zich al te veel te bekommeren om de totale ziekenhuisorganisatie;

d door vele besturen en directies worden taak en functie van de medische staf ook nog nadrukkelijk beperkt tot het bevorderen van de geneeskundige behandeling en van daaruit wijzen zij een inspraak van de medische staf in het beleid van de totale gang van zaken en ontwikkeling binnen het ziekenhuis af.

Uiteraard is in feite de medische stafvorming primair voortgekomen uit de behoefte aan integratie van de geneeskunde als tegenwicht tegen de noodzakelijke, maar in sommige opzichten voor de behandeling toch nadelige steeds verder voortschrijdende differentiatie en specialisatie. Kortbeek heeft dit in een recent artikel over de medische staf (Metamedica 1970) nog eens duidelijk geformuleerd: „De medische specialist kan slechts op een deelgebied van de geneeskunde voldoende kennis en vaardigheid bieden. Om de geneeskunde in volle omvang beschikbaar te stellen naar de actuele stand van weten en kunnen is een regelmatige en geordende samenwerking nodig. Hierin dienen ook niet-medische deskundigen een rol te spelen. De individuele bekwaamheden en werkzaamheden moeten in het kader van een geordende samenwerking worden gebracht. Deze samenwerking heeft in het Nederlandse algemene ziekenhuis de vorm gekregen van specialistisch samenwerkingsorgaan, dat „medische staf” heet. Het doel van de medische staf is: door goede samenwerking te bevorderen dat de diagnostiek, de therapie en de begeleiding der patiënten geschieden volgens de actuele stand der geneeskunde. De bestaansgrond van de medische staf ligt dus in de aard van de medisch specialistische bekwaamheid, die fragmentarisch is en geconfronteerd wordt met de totaliteit van een gehele patiënt. De bestaansgrond van de medische staf ligt niet primair in de samenwerking met een ziekenhuis of ander instituut.”

Kortbeek gaat dan verder en schrijft: „Wanneer er géén ziekenhuis zou zijn, dan nog zou stafvorming voor medische specialisten een noodzaak zijn. Helaas komt daar in de praktijk niet veel van terecht”. Hij concludeert dan iets verder: „Daaruit blijkt dat een tweede bestaansgrond grote praktische betekenis heeft: de noodzaak in een ziekenhuissituatie te komen tot ordening van de onderlinge samenwerking en tot ordening van de samenwerking met het ziekenhuis”.

Naar mijn mening gebiedt de eerlijkheid de specialisten in overgrote meerderheid te erkennen dat er van een uitoefening van de specialistische geneeskunde zonder „ziekenhuissituatie” niet veel terecht kan komen en dat in feite deze „ziekenhuissituatie” niet alleen de noodzaak, maar eigenlijk de enige mogelijkheid biedt tot stafvorming.

Burkens heeft vorig jaar (Ons Ziekenhuis, juli 1969) in een artikel over de topstructuur van het Nederlandse ziekenhuis gesteld: „maar ik geloof zelf dat de beste organisatorische oplossing deze is waarbij het ziekenhuis, dat wil zeggen „het bestuur” zowel aan de medisch directeur als aan de

medische staf de verantwoordelijkheid overdraagt voor het niveau en voor de effectiviteit van het medische ziekenhuis, zoals in de eerste oplossing van het rapport wordt aangegeven: directie en autonome medische staf (dat wil zeggen een staf met een eigen verantwoordelijkheid) naast elkaar onder het bestuur. Dit betekent dat die staf niet alleen aan het bestuur, maar ook aan zich zelf als collectief orgaan verantwoordelijk is en deze verantwoordelijkheid aan zich zelf in haar activiteit waar maakt".

Persoonlijk heb ik op die uitspraak van Burkens zeer positief gereageerd (Ons Ziekenhuis oktober 1969) en onder citering van het bovenstaande gezegd: „Een zodanige lijn zou ik gaarne volledig en met kracht willen onderschrijven".

Het is mijns inziens zeker zo dat de specialisten als exponenten van de geneeskundige vooruitgang, geordend samenwerkend in de medische staf, een verantwoordelijkheid dragen ten aanzien van de problematiek waarmee het ziekenhuis als organisatie thans worstelt. Naar mijn mening dienen bestuur en directie deze mede-verantwoordelijkheid te erkennen en te honoreren door de medische staf een positie te geven als door Burkens bepleit wordt. Uiteraard zal de medische staf dan zelf ook bewust deze mede-verantwoordelijkheid dienen te aanvaarden en in zijn activiteiten daarvan blijk moeten geven.

Naar mijn mening zal een medische staf om aan de verplichtingen en rechten die uit deze eigen verantwoordelijkheid voortvloeien naar behoren te kunnen voldoen in beginsel bereid moeten zijn om uitwerking te geven aan alle punten, die in het schematische overzicht van Kortbeek: Proeve van de functies van de medische staf, voorkomen, een overzicht dat in mijn inleiding tot de studiedag met de ziekenhuisstaven op 17 januari jl. werd opgenomen en dat u thans aan het begin van de bijeenkomst los werd uitgereikt.

Tot slot moge ik opmerken dat ik het in beginsel geheel eens ben met de inleider Prof. Lievegoed, wanneer hij in zijn syllabus stelt dat de medische medewerkers in de ziekenhuisorganisatie een grote mate van rol-flexibiliteit zullen moeten ontwikkelen om in hun diverse rollen optimaal te kunnen functioneren. Dit geldt ook zeker ten opzichte van de diverse functies en taken binnen het stafwerk. Het is duidelijk dat wanneer deze rolverschillen niet herkend en erkend worden, c.q. de specialist niet bereid of in staat is zich in de vereisten voor de diverse rollen in te leven, er gemakkelijk conflicten in de organisatie kunnen ontstaan.

Dit is reeds genoegzaam bekend vanuit de problematiek tussen behandelend specialist en consultant, mede-behandelaar en hoofdbehandelaar, de individuele specialist, die niet beseft dat van hem in zijn rol van staflid een andere attitude wordt vereist, terwijl van het staflid ook een „rol-flexibiliteit" zal worden vereist daar waar hij fungeert als lid van bijvoorbeeld de commissie intercollegiale toetsing en daar waar hij optreedt als lid van het wetenschappelijk gezelschap, dat de medische staf toch ook is.

Het is ook duidelijk dat hij in zijn rol van adviserend deskundige ten aanzien van de beleidsvoorbereiding in het kader van de regionalisatie zich uiteraard anders zal dienen op te stellen dan wanneer hij een rol speelt bij de bepaling van de door de specialisten te betalen polikliniekvergoeding.

Resteert mij om naar analogie van de strofe van onze goede oudvaderlandse dichter Vondel te constateren dat ook:

„Het gasthuis is een schouwtoneel,  
„elck speelt zijn rol en krijgt zijn deel. . ."

in de hoop dat de verdeling in ieder geval zo moge uitvallen dat het spel het aanzien en aanhoren waard blijft en, last but not least, de patiënt er werkelijk baat bij vindt!

#### *Paneldiscussie*

Het panel, bestaande uit de inleider en beide co-referenten, werd gelegenheid gegeven tot het beantwoorden van de schriftelijk ingediende vragen.

*Prof. Lievegoed* merkt op dat voorafgaand overleg heeft bepaald dat hij zal moeten beginnen en hij komt dan aan de vraag van Dr. van Moll, luidend: Het ziekenhuis is duidelijk een sociologische eenheid, dit zowel qua functievervulling, qua rol in de ontwikkeling van de gezondheidszorg, als qua beeldvorming naar buiten. Wordt aan dit aspect wel voldoende recht gedaan door de benadering van de samenwerking vanuit de klassieke organisatieleer en vanuit de (economische) efficiency? Kan de sociologische benadering de integratie van *alle* krachten niet meer urgeren en ook voor *allen* beter acceptabel maken?

Prof. Lievegoed sluit in zijn antwoord aan bij de inleiding, waar hij juist gezegd heeft dat in de integratie-problematiek de integratie van het sociale subsysteem vooropstaat. In deze fase van ontwikkeling moet men zorgen dat de economische gezichtspunten al bemand zijn en dat ook de organisatorische gezichtspunten vertegenwoordigd zijn vanuit wat men noemt de klassieke organisatieleer, die veel meer de technische organisatie voorop moet stellen dan de samenwerking van mensen. De oude definitie van organiseren is het richten van mensen en middelen op het doel, in één adem genoemd. Het wordt nu meer gezien als het richten van middelen op het doel en het tot stand brengen van een blijvende samenwerking van mensen gericht op het gemeenschappelijk doel. Daarmede komt men dan op de benadering, die hier de sociologische benadering wordt genoemd. Men moet zorgen dat de sociologie één van de facetten is, die aan de problematiek een bijdrage geven. Het gaat er om dat men historisch er naar toe heeft gewerkt de dingen technisch te organiseren vanuit de efficiency en de technische noodzaak en dat men los daarvan een soort human relations werkzaamheden heeft, ervan uitgaande dat de mensen daarin dan toch weer een zekere bevrediging moeten kunnen vinden in het werk. Men ziet dus dat de mensen tot een gemeen-

schappelijke samenwerking moeten komen op een gemeenschappelijk doel gericht. Men komt dan tot groepen van mensen, die in staat zijn een gemeenschappelijk doel na te streven en dat is een van de nieuwe desiderata die men aan de organisatie stelt, dat de mensen in hun taak zo kunnen staan dat zij een stuk zelfverwerkelijking daarin kunnen vinden, dat ze deel hebben aan de organisatie van het werk, daarin dus betrokken zijn. Het doel of subdoel moet voor de groepen weer zichtbaar zijn. Voor spreker is dit de vorm, die een echte democratisering geeft. Er moet daarbij een goed contact gelegd worden tussen alle groeperingen, die ermede te maken hebben en daarin worden betrokken. In dat overleg gaat een stuk tijd zitten en dat overleg moet ook worden geleerd. Een van de grote moeilijkheden is dat men dit overleg nog niet goed kent en dat het ook meestal inefficiënt wordt gevoerd. Het acceptabel maken van een samenwerking voor allen is alleen dan mogelijk wanneer men een organisatie heeft, waarin vanuit de top naar beneden toe alles op de samenwerking is gericht zodat ook voortdurend voorstellen van beneden naar boven komen en kanalen worden geschapen, die daarvoor op efficiënte wijze kunnen zorgen. Eén van de vormen hiervan is de organisatie van in elkaar grijpende ringen. In het ziekenhuis is er dan 'het driemanschap aan de top, dat ieder op zijn gebied in overleg treedt met de groepen, die er direct onder staan en die worden betrokken in de beleidsvorming voordat de beslissingen zijn genomen. Dat is wat men in het bedrijfsleven het directieteam noemt, waarin regelmatig de beleidsbeslissingen en de gedachtengang van zaken naar de toekomst toe worden besproken en waarin iedere groep van mensen de inbreng heeft, die deze vanuit zijn specialisme kan geven. In ziekenhuizen zou dat betekenen dat de geneesheer-directeur niet alleen staat, maar dat het hele medisch team in de directie-teamvergadering moet zijn vertegenwoordigd; dat dan verder de vertegenwoordiger van het directieteam de schakel is voor de volgende ring, zodat in de volgende ring informatie kan komen van iemand, die aan de beraadslaging van de top heeft deelgenomen, enz. De beleidsoverwegingen aan de top zijn tot hoogstens drie niveaus naar beneden toe werkzaam; het is gebleken in de praktijk dat als men meer dan drie niveaus heeft, het een onwerkzaam geheel wordt en men moet dus organisaties scheppen, die met drie niveaus te bemannen zijn. Zodra men meer niveaus nodig heeft, zal men de organisatie moeten opsplitsen in units met een eigen doelstelling en dan krijgt men de federatieve decentralisatie, waarin het geheel wordt opgesplitst in hanteerbare units.

Het belangrijke hiervan is dat nu een nieuwe vorm van leiding geven mogelijk wordt en men noemt dat management by exception. Er wordt een duidelijke verantwoordelijkheid gesteld en binnen deze ringen wordt gesteld wat men gemeenschappelijk bereiken wil. De persoon, die verantwoordelijk is, gaat alleen naar zijn chef toe als hij zijn doel zelf niet kan bereiken. Er ontstaat een nieuwe vuist-

regel, dat als iemand het op een beperkt niveau af kan en mag doen, de chef er zich niet mee bemoeien moet. Als men iemand een taakvervulling heeft gegeven, aannemend dat deze daarvoor de capaciteiten en de motivatie heeft om het te doen, moet de chef afwachten of deze persoon zijn hulp inroept op het moment dat deze vindt dat de taak te moeilijk voor hem wordt om uit te voeren. De chef wordt alleen lastig gevallen waar de taakuitvoering niet volledig tot zijn recht kan worden gebracht. Daarmede heeft men dus een duidelijke delegatie naar beneden toe, een stuk management naar beneden. Management is niet het uitvoeren van opdrachten van anderen. Management is het dragen van eigen verantwoordelijkheid binnen een bepaald gebied. Kan de verantwoordelijke persoon het niet aan, dan is het een kwestie van opleiding of van vervanging.

Belangrijk is hoe de top gaat wegen wat op lagere niveaus kan worden gedaan en wat daar speelt en in het interlocking rings systeem kan door de vertegenwoordiger van de ene ring in de andere mededeling worden gedaan van de problemen, die in zijn ring zitten, welke moeilijkheden er zijn en welke problemen hij daar in kan brengen opdat die weer in de bedrijfsbespreking aan de top kunnen worden gebracht. Als men dit systeem toepast dan zullen in de eerste ring binnen het directieteam vertegenwoordigd zijn mensen uit de administratief-economische ring, vertegenwoordigers uit de verplegings-afdeling, niet alleen de directrice, maar ook afdelingshoofden, verplegingseenheden, naast tenminste één vertegenwoordiger en liefst twee uit de gehele medische staf, zodat de staf zelf deelneemt en zijn stem inbrengt in het beleid van het geheel.

Spreker zou hier een tweede vraag aan vast willen knopen en die gaat over de beslissingsmacht in de ziekenhuizen; er wordt gevraagd of de besturen daar überhaupt iets aan te doen hebben, of die nog een taak hebben; er wordt hier gezegd dat het enige dat het bestuur nog te doen zou hebben is het toezicht op de oorspronkelijke doelstelling van de stichters van het ziekenhuis. Spreker dacht dat dit al heel gauw obsoleet gaat worden, dus dat men staat voor het vraagstuk op welke wijze het beleid niet alleen via het directieteam in de organisatie zelf tot uitvoering moet worden gebracht, maar ook hoe het buiten het ziekenhuis kenbaar moet worden gemaakt. Het ziekenhuisbestuur zou zich tot het laatste moeten beperken. Hij heeft eens geschreven dat het bestuur een warmte-omhulling is van het ziekenhuis, die er voor moet zorgen dat er in de relatie maatschappij/ziekenhuis mensen zijn, die een verbindende functie hebben. Men zal er voor moeten zorgen dat in het team, dat beleidsvormend is, er één of twee bestuursleden toegang hebben, want het gaat om de vraag hoe komt de informatie van buiten naar binnen toe en hoe komt datgene, wat als beleid wordt gevoerd, van binnen uit naar buiten en hoe kan een groep mensen, die om het ziekenhuis heen staan, het ziekenhuis helpen om zijn relatie



met de buitenwereld, de overheid, de gemeentelijke en provinciale overheid, ook het publiek, zo goed mogelijk te regelen? Het bestuur krijgt dan veel meer een intermediaire functie dan een besturende functie. Spreker meent dat dit behoort tot de ontwikkelingen, waaraan men niet meer kan ontkomen. De oude vorm van ziekenhuisbesturen in de zin van charitatieve besturen is op de huidige dag voorbij.

*Dr. van Mansvelt* heeft hier een vraag van Salomons, Delft, die luidt: „Indien u de medische staf als een autonoom lichaam ziet in de driehoek medische staf — bestuur — directie, hoe zijn dan de communicatielijnen van de staf met de rest van de organisatie; de bovengenoemde driehoek is mij niet duidelijk, aangezien de directie geen autonoom lichaam is en niet is los te koppelen van het bestuur”.

Het probleem is eigenlijk al in de uiteenzetting van Prof. Lievegoed beantwoord en spreker kan hem alleen maar bijvallen. Hij ziet een driehoofdige leiding van het ziekenhuis in de vorm van de directie, maar daarnaast zou hij graag een directorium zien dat duidelijk een uitgebreidere samenstelling heeft, waar de voorzitter van de medische staf, iemand uit de verpleegkundige staf, iemand van de technische dienst, van de administratieve sector en van de huishoudelijke dienst allemaal in principe toegang hebben. Men moet natuurlijk niet de efficiency uit het oog verliezen en het is daarom niet nodig dat zij de directievergadering van het begin tot het eind moeten volgen. Zij moeten gelegenheid hebben om datgene naar voren te brengen, waar zij op dat moment mee zitten en bovendien moet men een gelegenheid scheppen om kennis te nemen van de vragen, waar andere sectoren mee zitten.

Het moet duidelijk zijn dat het geheel fungeert onder het totale directiebeleid. Het gaat er om in de directievergaderingen de mogelijkheid te openen om de initiatieven van onderaf in het gedachtenpatroon van de directie in te brengen.

*Dr. van der Most van Spijk* bracht de volgende vraag naar voren: „Hoe komt de door collega Van Mansvelt gestelde inniger symbiose tussen directie en medische staf tot stand? De vraag betreft de participatie van de professie in het ziekenhuisbeleid. Het geneesheer-directeurschap is bezig zich te ontwikkelen tot een apart specialisme met als gevolg een steeds groter worden van de distantie tussen de geneesheer-directeur en de professie. Ieder lid van de professie, dat zich ongeveer fulltime gaat wijden aan het directionele beleid, loopt grote kans om op korte termijn van de eigenlijke professie te vervreemden. In welke richting moet volgens het panel de oplossing worden gezocht?”

Spreker meent dat het eerste deel van de vraag al enigszins beantwoord is in de zin van het directorium met een uitgebreide samenstelling, dat bijvoorbeeld eenmaal in de week gelegenheid aan de medische staf biedt, om de problematiek op staf-

niveau in het kader van het gehele ziekenhuisgebeuren in te brengen. Spreker meent verder dat de participatie van de professie in het ziekenhuisbeleid niet groot genoeg zou kunnen zijn. Ten aanzien van het specialisme geneesheer-directeur merkt spreker op dat hij het ziet als een nuttige feitelijkheid, waar echter wel tegenover staat dat de medisch directeur zich wel eens zou kunnen opstellen als „de” dokter van het ziekenhuis, de man die tot taak heeft het ziekenhuis als organisatie in gezonde toestand te houden. Dat brengt een benaderingswijze mee, waar wel degelijk vanuit de professie een nuttige inbreng kan worden geleverd. Als hij zich beperkt tot zijn eigen professie, dan kan men zich voorstellen dat het probleem waarop het gamma-systeem in het zenuwstelsel functioneert, belangrijke ideeën en initiatieven kan geven ten aanzien van hoe de communicatie in het ziekenhuis of in een organisatie in het algemeen geregeld moet zijn. De kwestie van feedback, van terugkoppeling in het algemeen, is een typisch organisatieprobleem van een ziekenhuis. Het laatste deel van de vraag is al beantwoord.

*Dr. Groot* heeft ook enige fanmail voor zich liggen, die hij graag wil beantwoorden. Hij wil eerst nog terugkomen op de vraag van Dr. van Moll, die stelt dat als er al geïntegreerd moet worden, of de sociologische benadering de integratie van alle krachten niet meer kan urgeren en ook voor allen beter acceptabel kan maken. Spreker moet daarop het antwoord schuldig blijven omdat hij daarop niet deskundig is, maar hij dacht dat als men dit economisch kon doen, men al blij mag zijn. Zijn indruk uit de discussie is dat als men tegenover een ziekenhuisorganisatie staat, men inderdaad goed moet onderkennen dat er is een medische staf, dat er is een bestuur en dat er is een directie en dan kan vanzelf de vraag gesteld worden of dit een drie-eenheid is. En dan valt het woord autonomie, dat verstaan moet worden als zelfstandig functioneren, dan gaat men zeggen hoe dan de verhouding moet zijn tussen directie en staf en hoe tussen directie en bestuur. Hij vraagt zich af of men er daarmee wel komt, want zo is een ziekenhuis niet gestructureerd en zo voelt hij het ook niet aan. Als men uitgaat van de patiënt, ziet men dat er rondom de patiënt een hoop dingen gebeuren: er wordt verpleegd, er wordt geneeskunde bedreven, er wordt civiele dienst gedaan, er komt een technicus bij te pas en zo heeft men talrijke integratiekernen. Er zijn allerlei geledingen waar al deze zaken eigenlijk in elkaar worden verweven, zoals staf, directie, bestuur en men heeft dan vaak de indruk dat als men in de top zit, men heel goed kan meepraten over al dit soort zaken, maar toch in feite de realiteit niet pakt. In het ziekenhuisbedrijf kan men de patiënt zien als hét grote correlatiepunt, waar het dagelijks werken, de totale actie, zich kristalliseert. Met het maken van al die diensten is men er niet, men komt daarmee in de verstarring en men komt er dan niet meer uit. De integratie is in het ziekenhuisbedrijf veel sterker dan iemand zou vermoeden en men moet die veel meer

zien vanuit de patiënt en vanuit de lagere niveaus. Daarmede wordt de functie van de top veel minder deskundig in de zin van wat er om de patiënt heen gebeurt. Vaak ziet men dat de directies niet meer weten wat de verpleging eigenlijk wil. In de discussie is naar spreker's mening niet voldoende uit de verf gekomen het managen als deskundigheid. De taak van het management is tenslotte er voor te zorgen dat de patiënt gezond naar huis gaat en in die conceptie kan men ook de medici en de verplegenden een eigen taak geven.

*Prof. Lievegoed* wil ook nog een opmerking maken naar aanleiding van de bijdrage van Dr. Van Mansvelt. Deze heeft gesproken over het directieteam, hij noemt het het directorium — waarschijnlijk woorden voor hetzelfde begrip — waar toegang heeft en welkom is een aantal door hem genoemde mensen. Spreker zou dat zeer willen afraden, want hij heeft het gevoel dat die los-vaste uitnodigingen, te enen male inefficiënt zijn en wel om twee redenen. In de eerste plaats omdat iedereen het druk heeft en als men er niet naar toe móet, men allerlei redenen zal hebben om het niet te doen. De tweede reden is belangrijker en wel dat hierbij vergeten wordt de opvoedkundige waarde van het medemaken van het ontstaan van beleid op een terrein, dat niet het eigen gebied is. Juist het ontstaan van beleid is een kunst, die men eigenlijk nog maar nauwelijks verstaat; het begrip beleid wordt op honderd manieren uitgelegd en begrepen en voor de een is beleid een soort regeling van dingen. Dat iedereen die hier binnenkomt, een kaartje afgeeft, is geen kwestie van beleid maar een regelingskwestie. Beleid zijn de algemene lijnen waarlangs men de problemen wil oplossen, waarbij de criteria voor de oplossing worden vastgesteld. Spreker denkt hier aan personeelsbeleid dat de Amerikanen noemen „promotion from within”; het beleid is dan dat als er een plaats vrij komt, er in de eerste plaats onder het eigen personeel moet worden gezocht naar iemand, die de plaats kan vervullen. Er zijn andere organisaties, die een omgekeerd beleid volgen; zodra er een plaats vrij komt in een onderneming zoeken zij bij voorkeur naar iemand van buitenaf, waardoor men een grote verfrissing krijgt. Zodra men ten deze een beleidsbeslissing heeft genomen, dan kan men de uitvoering ervan veilig aan lagere niveaus overlaten.

*Dr. van der Kaa* (diaconessenhuis Dordrecht) merkt op dat het misschien wel prettig is wanneer in deze bespreking ook een stem van bestuurszijde wordt gehoord. In de inleiding, die Prof. Lievegoed heeft gegeven, heeft hij eigenlijk de gang van zaken in zijn ziekenhuis, die voortreffelijk is, enigszins discutabel gesteld. De gang van zaken is deze dat eens per week een vergadering van het dagelijks bestuur, voorzitter, secretaris en penningmeester, met de directie wordt gehouden, te weten de directeur-geneesheer, de econoom en de directrice. De directeur-geneesheer is tevens voorzitter van de staf,

waardoor men deze kan gaan beschouwen als trait d'union tussen staf en bestuur. De staf vergadert onder voorzitterschap van de directeur. De directie met bestuur heeft ook zijn beraad in eigen kring en tezamen komen ze tot gezamenlijke conclusies. Voorts is er eenmaal in de drie maanden een bespreking van de drie organen met elkaar: bestuur, directie en staf. Spreker moet zeggen dat het bij hen op voortreffelijke wijze werkt. De enige voorwaarde, die daarbij moet worden gesteld is, dat men het algemeen belang stelt vóór het persoonlijk belang, men moet iets van zichzelf loslaten om het geheel te dienen.

*Dr. van Mansvelt* gelooft dat de algemene mening wel is dat als iets goed werkt, men wel sterk in de schoenen moet staan als men het zou gaan veranderen. Dat wil echter niet zeggen dat alles wat goed werkt, ook goed georganiseerd is. Het omgekeerde is naar sprekers mening natuurlijk ook niet waar. Hij gelooft dat men hier met een zekere wijsheid en vooral niet met al te veel pretenties deze moeilijke kwestie tegemoet moet treden, maar dat het toch in zijn algemeenheid een onverstandige daad moet worden genoemd, wanneer men een lid van de directie laat fungeren als voorzitter van de medische staf. Hij meent dat men wel heeft ingezien dat het twee heel gescheiden dingen zijn geworden en dat het ook zonder al te veel discussie in den lande haast niet meer voorkomt dat directeur-geneesheer nog voorzitter is van de medische staf, in het bijzonder omdat deze dan in een onmogelijke positie komt te zitten. Hij heeft dan als voorzitter de taak om de stem van de medische staf te laten horen, aan de andere kant moet hij als directielid een zekere distantie kunnen nemen. Organisatorisch is het zeker een paskwil, maar als het desondanks in Dordrecht goed functioneert, kan hij er niet te veel tegen zeggen.

*Prof. de Vreeze* meent dat aan hem de taak is om als voorzitter van de Nationale Ziekenhuisraad nog een kort woord te spreken aan het eind van deze tweede studiedag, waarvoor de L.S.V. tezamen met de Nat. Ziekenhuisraad de aanwezigen heeft uitgenodigd deel te nemen. Zo een slotwoord dient allereerst een dankwoord te zijn tot de inleider Prof. Lievegoed en zijn twee co-referenten, Dr. Groot en Dr. van Mansvelt.

Hij hoopt dat de inspanning van de inleiders zal worden beloond door versterking van het streven om tussen de twee werelden de integratie te brengen in alle aspecten: medisch-technisch, commercieel en menselijk-verpleegkundig, aspecten die vastzitten aan het eigenaardige bedrijf dat het ziekenhuis is.

Spreker sluit zich gaarna aan bij de wens van Dr. Stookman dat dit niet de laatste studiedag zal zijn. Deze hoop leeft ook aan de kant van de Nationale Ziekenhuisraad. Men mag zich ervan verzekerd achten dat niet zal worden overdreven, maar het is wel zeker dat men nog wel meer in dit gezelschap bij-

een zal komen. Op de eerste studiedag heeft men zich wat voorzichtig opgesteld en is men buiten het ziekenhuis in engere zin getreden door te spreken over de regionalisatie in wat breder verband. Op deze studiedag is men het ziekenhuis binnengetre- den en zat men er echt midden in. Met alle erken- ning voor de objectieve gegevenheid van spanning tussen de rol van het ziekenhuis in zijn management en de specialistenstaf, moet men ervan uitgaan dat men deze twee nodig heeft, dat er overleg nodig is om de verschillen om de tafel met elkaar te kunnen bespreken. De ziekenhuisorganisaties hebben in de komende jaren vertrouwen in het samenspel met de

L.S.V., dat op nationaal niveau even belangrijk is als het samenspel tussen het ziekenhuismanagement en de staf op het lokale niveau. De ziekenhuisorganisa- ties hebben het vertrouwen dat zij in het overleg met de L.S.V. in de komende jaren een gemakkelijker vindbare, een duidelijker partner zullen zijn dan in het verleden nu zij vanuit de pioniersfase via de dif- ferentiatiefase in de integratiefase zijn gekomen, nu zij juist deze week begonnen zijn met een bureau, waarin beide ziekenhuisorganisaties nu gefusio- neerd zijn. Na dank gebracht te hebben aan de functionarissen van beide bureaus voor het voorbe- reiden van deze dag, sluit hij de bijeenkomst.

## UNIVERSITAIRE BERICHTEN

### Promoties:

A. P. C. Bot te Purmerend promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de genees- kunde op een proefschrift getiteld: „Development of chemically evoked seizure activity in the cerebral hemisphere of the chick embryo”. Promotor was Prof. Dr. J. Ariëns Kappers.

J. T. Braaksma promoveerde aan de Vrije Univer- siteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Drukregistratie in de niet zwangere uterus in vivo — onderzoek van een methode —”. Promotor was Prof. Dr. J. Janssens. Co-promotor Prof. Dr. L. A. M. Stolte.

C. H. M. Brunia te Breda promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de genees- kunde op een proefschrift getiteld: „Alertheid en de veranderingen van de achillespees- en hoffmannre- flex”. Promotor was Prof. Dr. W. Storm van Leeuwen.

A. Nap promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proef- schrift getiteld: „Miskende fracturen”. Promotor was Prof. Dr. P. Muntendam.

J. L. Visser te St. Odiliënberg promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de

geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De bete- kenis van de achillespeesreflex voor de schildklier- diagnostiek”. Promotor was Prof. Dr. H. Doorenbos. Co-referent Dr. W. D. Reitsma.

J. Wuite te Amsterdam promoveerde aan de Uni- versiteit van Amsterdam tot doctor in de genees- kunde op een proefschrift getiteld: „Histologische veranderingen in de lobuli van de mamma van de vrouw gedurende de menstruele cyclus”. Promotor was Prof. Dr. J. F. Hampe.

D. J. van Zaane te Tilburg promoveerde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Aandoe- ningen van de luchtwegen bij kinderen door adenovirus en vaccinatie tegen adenovirus”. Promo- tor was Prof. Dr. J. van der Veen.

### Benoemingen:

Dr. J. H. E. Th. Meuwissen is benoemd tot ge- woon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de medische parasitologie.

C. Pearce is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Univer- siteit te Amsterdam om onderwijs te geven in de anesthesiologie.

Dr. W. D. Reitsma is benoemd tot lector in de fa- culteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de inleiding tot de inwendige geneeskunde.

Prof. Dr. R. J. Ritsma is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te ge- ven in de audiologie.

Dr. J. P. Roos is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Univer- siteit te Amsterdam om onderwijs te geven in de cardiologie.

Dr. H. A. D. Walder is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de neurochirurgie.

### Maatschappij-agenda 1970

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

### Kort verslag H.B.-vergadering

*Kort verslag van de vergadering van het hoofdbestuur gehouden op zaterdag 2 mei 1970 in het gebouw van de Maatschappij, Lomanlaan 103 te Utrecht.*

Voorzitter: Dr. L. van der Drift.

De voorzitter opent om 13.30 uur de vergadering.

Ten aanzien van de notulen wordt besloten gedurende drie vergaderingen een proef te nemen met een analytisch verslag van de vergadering. Een en ander met behoud van de huidige wijze van notuleren.

In de vacature Verjaal in het Centraal College voor erkenning en registratie van medische specialisten wordt aangewezen J. H. A. van der Drift, zenuwarts te Wassenaar.

Vervolgens komt de verhouding tussen de Maatschappij en de maatschappelijke verenigingen aan de orde. Na een uitgebreide discussie besluit het hoofdbestuur aan de Commissie Organisatie-criterium op te dragen deze verhouding nader te bestuderen.

Vervolgens wordt in aanwezigheid van de commissie het rapport van de Commissie Bevolkingsvraagstuk besproken. Besloten wordt de aanbevelingen van dit rapport op een volgende vergadering nader te bespreken en daarbij tevens te beslissen wat er verder met het rapport zal worden gedaan, een en ander aan de hand van de in de nabespreking gedane suggesties.

Ten aanzien van het probleem van de public relations zal in nader contact worden getreden met een terzake deskundig bureau teneinde na te gaan in hoeverre een professioneel advies moet worden ingewonnen over de vraag hoe men de interne communicatie optimaal kan laten beantwoorden aan het daarvoor te stellen doel.

Het vraagstuk dat is neergelegd in het rapport van de Commissie huisartsen (Commissie Munten-dam) onder aanbeveling 8 zal worden bestudeerd door een breed opgezette commissie, die dit probleem niet alleen voor huisartsen maar ook voor zover het betrekking heeft op specialisten en artsen in dienstverband, zal bestuderen. Het dagelijks bestuur zal zich beraden over de samenstelling van de Commissie. Eveneens zal het dagelijks bestuur de samenstelling van de stuurgroep, ingesteld voor de bestudering van het nader hanteerbaar maken van de medische ethiek ten behoeve van de artsen op zich nemen.

Vervolgens bespreekt het hoofdbestuur de problematiek inzake de specificatie van geneesmiddelennota's. Het hoofdbestuur stelt zich achter de tot nu toe daarover door de apotheekcommissie gelegde contacten met het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid en besluit op korte termijn het tot nu toe ingenomen standpunt op krachtige wijze bij de overheid te ondersteunen.

Bij de bespreking van de kandidaatstelling ten behoeve van de verkiezing ter vervulling van de vacatures, welke binnen afzienbare tijd in het hoofdbestuur ontstaan, blijkt dat ondanks het grote aantal vacatures een voldoende aantal kandidaten voor deze vacatures is binnengekomen.

Het hoofdbestuur verenigt zich met het voorstel van de kadercursuscommissie om in het najaar twee identieke bijscholingsweekenden voor oud-kadercursusleden te organiseren, terwijl het zich er eveneens mede verenigt om nader uit te werken in hoeverre voor nieuw gekozen hoofdbestuurleden een bepaalde training ten uitvoer kan worden gebracht.

Tenslotte besluit het hoofdbestuur voorshands nog niet te voorzien in de vacature van rechtsgeleerd raadsman van de Maatschappij, ontstaan door het bedanken van Professor Wiersma wegens zijn benoeming tot staatssecretaris van Justitie.

Te 18.45 uur sluit de voorzitter tenslotte de vergadering.

### Van de Stichting Ondersteuningsfonds

*Bijdragen tweede helft 1969*

In het tweede halfjaar 1969 werden ondergenoemde bedragen als vrijwillige bijdragen of geweigerde honoraria door het Ondersteuningsfonds ontvangen. Aan de gevers werd de dank van het bestuur betuigd, onder mededeling van de letter waarmee de gift wordt aangeduid: A. f 106,80, B. f 500,—, C. f 20,—, D. f 5,—, E. f 80,—, F. f 25,—, G. f 3,44, H. f 1.000,—, I. f 100,—, J. f 30,—, K. f 500,—, L. f 80,—, Totaal f 2.450,24.

Over het eerste halfjaar 1969 werd in „Medisch Contact" nr. 31 reeds een bedrag vermeld van f 1.775,75. Het totaal bedrag der giften in 1969 was dus f 4.225,99.

W. J. de Jager, penningmeester

### Ledenvergadering op 24 juli 1970

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept een ledenvergadering bijeen op 24 juli aanstaande te Utrecht in het Jaarbeurscongres- en vergadercentrum, Beatrixgebouw, Croeselaan (tel. 030-914914).

De vergadering vangt aan om 19.00 uur.

De agenda luidt als volgt:

1. Opening
2. Notulen
3. Ziekenfondshonorering apotheekhoudende huisartsen
4. Wat verder ter tafel komt
5. Rondvraag
6. Sluiting.

J. I. van der Leeuw, arts,  
secretaris

**Kort verslag bestuursvergadering**

Kort verslag van de 27e bestuursvergadering van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten d.d. 23 april 1970 in het gebouw der Maatschappij te Utrecht.

In het verslag van de 26e vergadering alsmede in de puntenverslagen van de 24e en 25e en 26e vergadering worden enkele wijzigingen aangebracht waarna goedkeuring volgt.

De saldobiljetten 1968 zullen vóór 1 juli 1970 aan de specialisten worden toegezonden. De tekst van de begeleidende brief wordt uitvoerig besproken.

Op drie aanvragen om begunstiging van artikel 1 lid c van het reglement wordt gunstig beslist.

**Opgave pensioengelden specialisten 1968**

Onlangs heeft de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten aan alle in de administratie opgenomen specialisten een opgave verzonden van de op hun naam geboekte pensioengelden over het tijdvak 1 januari tot en met 31 december 1968. Deze gelden zijn door de ziekenfondsen en de specialistenbureaus aan het Pensioenfonds overgemaakt en zijn door de administratie geboekt.

Iedere specialist, die meent dat op zijn of haar naam over dit tijdvak pensioengelden zijn gereser-

veerd, doch die geen saldobiljet heeft ontvangen, wordt dringend verzocht uiterlijk binnen één maand na deze publikatie hiervan schriftelijk opgave te doen aan de accountants Klynveld, Kraayenhof en Co., Maliebaan 22, Utrecht.

Kort verslag van de bestuursvergadering, gehouden op donderdag 19 maart 1970 in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht.

De voorzitter deelt mede dat de vergaderingen van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging over statuten en reglement van het pensioenplan, waarbij enkele leden van het centraal bestuur en de directeur van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen aanwezig waren, veel positieve reacties tot gevolg hebben gehad.

Besloten wordt de overeenkomst met de Stichting Dienstverlening aan Pensioenfondsen inzake de risicoregeling voor 1970 te verlengen.

De uitkeringsbedragen van de Interne Richtlijn voor 1970 worden vastgesteld. Tevens wordt besloten de uitkeringen aan weduwen en wezen van in 1967, 1968 en 1969 overleden huisartsen op hetzelfde niveau te brengen. Uitdrukkelijk wordt vastgesteld dat deze verhoging uitsluitend voor 1970 geldt en dat de uitkeringen onverplicht zijn.

*Nieuwe leden:*

F. van Akkeren, Borgesiuslaan 26, Amersfoort.  
H. Bal, Jan Meerdinkplein 16, Zeist.  
A. N. Berkhoudt, Beerzestraat 2bis, Utrecht.  
Mevr. C. S. M. R. Bik-Bakker, Roerlaan 10, Son.  
Mevr. A. de Boer-Fleischer, Prof. Drionlaan 4, Baarn.  
J. W. Bogaard, Bem. Weerd. O.Z. 33, Utrecht.  
J. Bosman, Tolakkerweg 42, Maartensdijk.  
R. J. M. Clocquet, Lamérislaan 104, Utrecht.  
J. P. Deen, Sparrenstraat 10, Goes.  
R. Goetmakers, de Louterlaan 33, Utrecht.  
D. R. de Groot, van Weerden Poelmanlaan 144, Utrecht.  
E. J. Grunewald, Wantsnijdersgaarde 158, 's-Gravenhage.  
H. A. Hagens, Zwaardemakerlaan 57, Utrecht.  
Mevr. H. H. Heimeel-Puister, Ina Boudier Bakkerlaan 73, Utrecht.  
J. Th. W. Kamps, Kapellenberglaan 2, Rozendaal.  
Mevr. D. M. Klep-Hedeman, Hoofdstraat 3, De Steeg.  
Dr. H. L. Knook, Rhynenburcherlaan 54, Hazerswoude.  
W. J. Koers, J. v. Scorelstraat 28bis, Utrecht.  
H. M. L. P. Lagro, Liendenlaan 165, Tiel.  
H. A. Lammers, Sterrenlaan 53, Alphen a/d Rijn.

Mevr. J. M. C. de Leeuw-Vringer, Gerard Doustraat 13, Utrecht.  
G. van der Leij, Noordzee 19, Zaandam.  
H. Lip, Jan Steijnstraat 75, Zaandijk.  
H. G. Meijer, Ferd. Bolstraat 86, Meppel.  
Mevr. C. C. Moll van Charante-v. d. Meulen, Paltzerweg 299, Den Dolder.  
H. Muldereij, Figarostraat 53, Apeldoorn.  
D. J. M. Ncayiyana, Iowa Lutheran Hospital 716 Parnell Avenue, Des Moines, Iowa 50316, U.S.A.  
C. W. Polak, Hildebranddreef 68, Utrecht.  
J. E. Ponjee, Julianaweg 220, Utrecht.  
Jhr. H. de Ranitz, Seinpoststraat 25, 's-Gravenhage.  
J. W. Rijntjes, Prins Mauritslaan 7, Werkhoven-Bunnik.  
E. J. A. Schouten, Zwartelaan 40, Voorburg.  
Mej. A. H. J. Schuurman, Zuidersingel 1, Assen.  
Mej. E. A. M. Stuijbergen, Groot Wezenland 20, Zwolle.  
Tan Thong-Ho, Kapteijnlaan 51, Utrecht.  
K. R. Timmerman, Laan van de Bork, 286, Emmen.  
Th. F. C. M. Wijffels, Phoenixstraat 4, Delft.  
H. F. G. van Balen, Arnhemseweg 1, Velp.  
Prof. Dr. H. A. E. van Dishoeck, Houtlaan 5, Leiden.  
B. O. Garritsen, R. Zeemanstraat 1, Zwiindrecht.  
E. F. Gillissen, F. v. d. Poest Clementlaan 30, Poortugaal.  
J. G. de Graaf, Amaliagaarde 72, Bussum.  
P. C. J. Voogd, Burg. Mijslaan 18, Middelharnis.

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

#### KRITIEK OP SPECIALISTEN

In het kader van een panoramisch beeld van de vraagstukken die er op het gebied van het ziekenhuiswezen liggen, heb ik mijn oratie op 2 maart j.l. ook enige problemen aangestipt rond de medische specialisten. Met name heb ik drie aspecten genoemd die de aandacht hebben getrokken: de moeilijkheden rond de integratie van specialist en ziekenhuis, de specialisteninkomens, en de onvoldoende ontwikkeling van maatschappelijke ethiek bij veel medische specialisten. Ik heb erop gewezen dat onderzoek op deze punten zou dienen te geschieden.

In zijn jaarrede (M.C. 1970 pag. 517, dat mij na afwezigheid thans onder ogen kwam) heeft de voorzitter van de L.S.V. aandacht gewijd aan mijn stellingname. Het is jammer dat hij geen enkel argument pro of contra mijn stellingen heeft aangevoerd, maar volstaat met insinuaties en klachten omtrent mijn persoon. Indien deze juist zouden zijn — quod non — dan is het irrelevant en oncollegiaal ze in de openbaarheid te brengen en indien zij onjuist zijn is het irrelevant en onkritisch bovendien.

In deze tijd, waarin iedereen in de hele maatschappij onder kritiek staat, is het niet langer houdbaar voor de L.S.V., de medische specialisten boven kritiek te stellen en door dik en dun, hun portefeuilles en image te verdedigen.

Wat mijn probleemstellingen betreft: iedereen kent ze; niemand mag erover praten; wie het toch doet moet geïntimideerd worden door een aanval op zijn persoon. Deze situatie is obsoleet en onwaardig. Het doet mij genoeg te bemerken, dat vele jongere specialisten in de L.S.V. zich niet gelukkig voelen met dit regime van ongezonde solidariteit en onoprechte „image“-bewaking.

Op mijn kritiek past, van de zijde van de L.S.V. maar één geloofwaardig antwoord: *bereidheid tot medewerken aan een objectief onderzoek naar het inkomensniveau in diverse specialismen* (zoals bijv. ook geschied is ten opzichte van directeurs van vennootschappen); het verlenen van medewerking aan een sociologisch onderzoek inzake de maatschappelijke attitude en ethiek van de medische

specialist en tenslotte de bereidheid om los van eigenbelang of machtspositie, mee te werken aan het onderzoeken van de alternatieve oplossingen van het vraagstuk van de integratie van specialist en ziekenhuis.

J.C.M. Hattinga Verschure

*Dr. J. van Mansvelt, van redactiejijde in de gelegenheid gesteld kanttekeningen te maken bij deze kritische beschouwing van Prof. Hattinga Verschure, schrijft het volgende:*

Indien Prof. Hattinga Verschure het, zoals hij schrijft, irrelevant en oncollegiaal acht al dan niet juiste klachten in de openbaarheid te brengen, is het te meer te betreuren dat hij, in strijd met deze eigen opvatting, in zijn inaugurale rede „Wenteltrap naar de toekomst“ zelf allerlei insinuerende opmerkingen heeft geplaatst als aangehaald in mijn inleiding tot de Ledenvergadering der L.S.V. afgedrukt in Medisch Contact pag. 522. Hij poneert daar immers zonder schijn van bewijsvoering dat „de professie parasiteert op de organisatie“. In werkelijkheid zou het wel eens zo kunnen zijn dat „de organisatie“ van de opleiding van verpleegsters, medische studenten en specialisten tot nu toe steeds voor een belangrijk deel „geparasiteerd heeft“ op de „medische professie in het ziekenhuis“.

Wat mijn probleemstelling betreft: men zou van een hoogleraar in de ziekenhuiswetenschap mogen verwachten dat hij zijn literatuur kent en dat hij weet dat de L.S.V. juist uit eigen motivatie met de wetenschappelijke verenigingen regulerend is opgetreden op het terrein van de richtlijnen voor honoraria te berekenen voor de specialistische hulp ten behoeve van particuliere patiënten. Hij zou ook dienen te weten dat het tot stand komen van stafwerk in de Algemene Nederlandse Ziekenhuizen voor een belangrijk deel vanuit de L.S.V. is gestimuleerd en bevordert, dat de L.S.V. zich reeds vele jaren beijvert om met de Landelijke Ziekenhuisorganisaties en thans de Nationale Ziekenhuisraad te komen tot een gezamenlijke proeve van een contract ziekenhuisspecialist en een gezamenlijke proeve van een stafreglement. Ook zou hij kunnen weten dat een gemeenschappelijk scheidsgerecht en een gemeenschappelijke bemiddelingscommissie tussen de Nationale Ziekenhuisraad en de K.N.M.G. - L.S.V. tot stand is gebracht. Bekend zou hem moeten zijn dat op initiatief van de L.S.V. samen met de N.Z.R. op 17 januari j.l. een eerste landelijke ontmoeting heeft plaatsgevonden tussen

besturen, directies en medische staven van Algemene Nederlandse Ziekenhuizen over „ziekenhuismanagement en specialisten“ waarvan de verslagen in de afgelopen nummers van Medisch Contact zijn afgedrukt. Kortom hij zou moeten weten dat datgene, wat hij zegt te wensen, namelijk een symbiose tussen professie en organisatie, na de studiedag der L.S.V. voor de medische staven in 1965, waar Drs. Bos naar mijn weten voor het eerst het begrip symbiose in dit verband heeft geïntroduceerd, juist door de L.S.V. met kracht is bevorderd als alternatieve oplossing voor de tot nu toe nog steeds gebruikelijke hiërarchische opvattingen over de inschakeling van medische staven in ziekenhuisorganisaties.

Voor de literatuur hierover moge ik verwijzen naar de vele artikelen van collega Kortbeek, de reactie van de L.S.V. op het zogenaamde statusrapport van de ziekenhuisorganisaties en tenslotte naar mijn inleidingen tot de ledenvergaderingen en op de meer genoemde studiedagen gezamenlijk met de N.Z.R.

Uit een en ander kan blijken dat de L.S.V. en ik als haar voorzitter steeds bereid zijn geweest en in feite zich ook steeds ten doel hebben gesteld om „de maatschappelijke attitude en ethiek van de medische specialist“ te bevorderen. Het moge bekend worden verondersteld dat deze bevordering vermeld staat in de proeve voor een stafreglement dat de L.S.V. vanaf 1961 uitgeeft. Kortom het lijkt mij dat door de L.S.V. genoegzaam is aangetoond dat zij bereid is om mede te werken aan „het onderzoeken van mogelijke alternatieve oplossingen van het vraagstuk van de integratie van specialist en ziekenhuis en dat het in feite een onbewezen veronderstelling inhoudt indien men daaraan als eis verbindt, dat deze bereidheid los van eigen belang of machtspositie moet worden getoond. Immers deze eis houdt nu juist een duidelijke insinuatie in namelijk dat de L.S.V. deze bereidheid alleen of voornamelijk vanuit eigen belang en zucht naar een machtspositie opbrengt.

Gaarne wil ik eindigen met te herhalen hetgeen ik in een persoonlijk gesprek met Prof. Hattinga Verschure naar aanleiding van zijn inaugurele rede reeds heb gezegd, namelijk dat ik hoopte dat onze wederzijdse kritiek zou leiden tot een zinvol gesprek en zinvolle samenwerking om datgene, wat wij beiden zeggen na te streven, ook in feite te bereiken.

Haarlem 18 juni 1970

Dr. J. van Mansvelt,  
voorzitter L.S.V.

Het verheugt mij, dat twee artsen uit de sociaal-geneeskundige sector, de collegae L. van Herk en J. J. Kolk, op mijn artikeltje hebben gereageerd (zie M.C. nr. 23/1970, blz. 631). Zijn verbazing en aarzeling is begrijpelijk.

Gaarne zou ik willen weten waarom collega Van Herk (en velen met hem) zijn huisartsenpraktijk heeft verlaten en wat dan wel zijn nieuwe mogelijkheden op diagnostisch gebied zijn. Ik hoop, dat deze niet zullen bestaan uit een splinternieuwe cardiograaf of iets in die geest. Met de producenten van voornoemd toestel hebben cardioloog en internist al moeite genoeg. Ik zie het hanteren hiervan door anderen dan genoemde specialisten als een nutteloze geldverspilling of als showmiddel.

Voorts kan ik collega Van Herk mededelen, dat ik zelf jarenlange ervaring als sociaal-geneeskundige heb en in die tijd zelfs in het bezit ben geraakt van het diploma basiscursus Sociale Geneeskunde. Dat ik de term „zogenaamd sociaal-geneeskundige“ heb gebruikt, komt omdat ik vond en vind, dat die iets mooiers suggereert dan dat waar het in wezen over gaat.

Collega Kolk kan ik geruststellen. Het is hem namelijk niet ontgaan, wat ik met medische inactiviteitsatrofie bedoelde. De term heeft inderdaad betrekking op het afnemen van het medisch kennen en kunnen van de sociaal-geneeskundige. Waar het verschil van mening in zit, is dat collega Kolk sociaal-geneeskundigen als specialisten ziet en ik niet. Ik wil er direct aan toevoegen, dat ik deze term evenmin van toepassing vind op huisartsen, ook al zijn er stemmen die de huisarts ook met deze titel willen sieren. Dit streven is begrijpelijk, omdat de huisartsen zo langzamerhand de laatste groep zijn die zich nog niet als specialist heeft kunnen doen erkennen of registreren. Dit is mijns inziens ook niet nodig, zolang het huisartsenberoep een vrij beroep is. Ik vind deze ontwikkeling een devaluatie van de term specialist.

Overigens ben ik collega Kolk nog oprechte dank verschuldigd voor zijn correctie of mijn taalfout. „Specialistische brieven“ moet inderdaad zijn: „brieven van specialisten“. Gelukkig heeft hij toch wel begrepen wat daarmee werd bedoeld. Tenslotte meen ik te mogen constateren, dat zelfs collega Kolk het eens is met enkele onderdelen van mijn kopklepvisie, met name betreffende het wezen van de medische inactiviteitsatrofie en de therapie van deze chronisch voortschrijdende aandoening.

's-Gravenhage, 10 juni 1970

R. Schüchner, arts

Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap heeft onlangs zijn ernstige bedenkingen geuit tegen de bij de Economische en Sociale Commissie van de E.E.G. voorgelegde richtlijnen voor opticiens.

Volgens deze richtlijnen — worden zij aanvaard — zou het opticiens in de zes landen van de E.E.G. worden toegestaan refractiebepalingen te doen bij alle personen, ongeacht leeftijd. Het Permanent Comité der artsen der E.E.G., onlangs in plenaire zitting te Luxemburg bijeen, heeft zich in een motie ook scherp tegen het realiseren van deze richtlijnen voor opticiens gekant en daarbij gewezen op de gevaren, die er voor de volksgezondheid uit voortvloeien wanneer onderzoeken, die slechts door deskundigen verantwoord kunnen geschieden, door leken kunnen worden verricht.

Thans heeft ook het Franse oogheelkundige gezelschap fel protest tegen deze ontworpen richtlijnen kenbaar gemaakt, waarbij er op wordt gewezen dat deze richtlijnen voor de E.E.G. de Franse opticiens mogelijk zou gaan maken te doen hetgeen hun nu uitdrukkelijk bij de Franse wet is verboden.



Van 17 augustus tot en met 4 september 1970 zal op de T.H. Twente in het programma van de Stichting Medische Integratie (onder meer uitgeefster van het Nederlands Tijdschrift voor Medische Studenten) een computercursus worden georganiseerd voor een aantal medische studenten. De deelnemers zullen gedurende drie weken een bepaald vereenvoudigd medisch probleem leren analyseren en programmeren.

De bedoeling is de studenten, van wie vrijwel niemand nog ooit enig contact met computers heeft gehad, door het voorleggen van een hen aansprekend medisch probleem en enkele gegevens over de mogelijkheden van een computer, zelf hun weg te laten zoeken naar een oplossing. Zij worden daarin bijgestaan door een aantal deskundigen.

Deze cursus is de eerste poging om tijdens de opleiding tot arts enig inzicht te geven in de mogelijkheden van computergebruik in de medische praktijk en om daardoor het invoeren van computertoepassingen in ziekenhuizen te vergemakkelijken.

De cursisten krijgen een kamer op het terrein van de T.H. Het inschrijfgeld bedraagt f 25,—; maaltijden moeten

door de deelnemers zelf worden betaald.

Inlichtingen over deze cursus zijn te verkrijgen bij P. F. de Vries Robbé, Damsterdiep 287, Groningen, tel. 050-81050.



Op voorstel van de congresvoorzitter Prof. Mr. P. Zonderland zijn tijdens het internationale congres over geluidshinder „Noise 2000“ te Groningen de volgende resoluties aangenomen:

1) ontwikkeling van een grondrecht van de mens op de hygiëne van zijn milieu.

2) invoering van speciale anti-lawaai-afdelingen bij de politie.

3) invoering van een internationaal certificaat voor produkten die een aanvaardbaar geluidsniveau niet overschrijden.

4) evaluatie van de nationale anti-lawaai-bladen tot een internationaal interdisciplinair wetenschappelijk voorlichtend tijdschrift.

5) tijdige onderkenning van alle lawaaibronnen ter vermindering van lawaai storingen die naderhand slechts moeilijk en met verliezen zijn te herstellen.

6) vergaande vermindering van 't lawaai in de fabrieken.

7) steun van de overheid voor research op het gebied van de lawaai-bestrijding.

8) voor wat betreft het lawaai van het verkeer wenst het congres vermindering van het lawaai dat uitgaat van de auto's en de vrachtauto's zelf; de kosten hiervan worden gering geacht in verhouding tot het waardeverlies van het onroerend goed, dat dit lawaai opvangt.

9) met betrekking tot het lawaai veroorzaakt door vliegtuigen werd het volgende besloten:

a) zoveel mogelijk opheffing van luchthavens in de buurt van grote bevolkingscentra en in ieder geval een vliegverbod tussen 22.00 en 7.00 uur.

b) verbod van het supersonisch burgerlijk luchtverkeer.

1) voor zover subsonisch meer lawaai wordt gemaakt dan door een DC-8 of een Boeing 707.

2) voor wat betreft de supersonische knal is het congres van oordeel dat deze slechts kan worden toegelaten wanneer men kans ziet de nadelen daarvan weg te nemen;

c) een verbod van vliegtuigen die meer lawaai maken dan volgens de huidige stand van de techniek noodzakelijk is.

d) het opnemen in het nationale recht van bepalingen over het hoogst toelaatbare lawaai, sancties, dankzij een permanente controle vanwege de

regeringen en een onafhankelijk internationaal onderzoek naar de juridische aansprakelijkheden op de internationale luchtwegen.



Op woensdag 28 oktober 1970 zal in de Congressaal van het nieuwe Beatrixgebouw van de Utrechtse Jaarbeurs de jaarlijkse openbare vergadering van het Voorlichtingscentrum Farmaceutische Industrie worden gehouden. Als thema van deze manifestatie is gekozen: „Geneesmiddelen voor de wereld van morgen”. Een viertal internationale deskundigen is uitgenodigd om de te verwachten ontwikkeling op medisch-farmaceutisch gebied in de jaren die ons nog van de eeuwwisseling scheiden nader te belichten. Zij zullen trachten een antwoord te geven op de volgende vragen: Welke medische ontwikkelingen mogen in de komende 25 jaren worden verwacht? Welke resultaten zal de geneesmiddelen-research de komende decennia opleveren? Hoe ontwikkelt zich het samenspel van gemeenschap, individu en geneesmiddel in de naaste toekomst? Hoe stelt de farmaceutische industrie zich op ten aanzien van de thans te verwachten ontwikkelingen?



Uit de koker van de Scientific Manpower Studies Group van de National Science Foundation komen regelmatig berichten over de export van intellectuele mankracht naar de Verenigde Staten. Volgens de laatste publikatie, die tot 1968 gaat, omvatte de medische brain drain in dat jaar omstreeks 3.100 artsen, waaronder een 16-tal Nederlanders en ruim 600 Filippijnen. Verder kwamen uit ons land 156 „scientists” en „engineers”, te weten 91 technici, 55 natuurwetenschappers en 10 beoefenaars van de maatschappijwetenschappen, op een totaal van bijna 13.000. Het gehele contingent technisch importintellect vertoonde vergeleken bij 1967 een stijging van tegen de 2%, een cijfer dat wordt gedrukt door een teruggang van 8% bij de artsen. Engeland en India waren in beide genoemde jaren de grootste leveranciers. Van de 13.000 „scientists” en „engineers” bevonden er zich reeds 4.100 in de Verenigde Staten op het moment van immigratie; van deze categorie kwam 70% het land oorspronkelijk binnen als student.

## MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

**Uitgever:** Uitgeversmij. Kruyt N.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259\*, postgiro 142554.

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

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

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

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

**Oplage:** 16.560 exemplaren.

**Druk:** Verweij Mijldrecht.

## KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-885411  
Postgiro K.N.M.G.: 58083

**Bureau voor waarneming en vestiging:**

van 9 tot 17 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411;

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

**Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:**

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

**Raad van Beroep:**

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

\* \* \*

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

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-887021