



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

De verplichte medische geboorteverklaring

Enige tijd geleden werd in de Verslagen en mededelingen betreffende de Volksgezondheid van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid gepubliceerd het interim-advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake een vervolgaangifte connatale afwijkingen. Dit voorlopige advies kwam als antwoord op een verzoek van de toenmalige staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, hem te willen inlichten over de verschillende aspecten verbon-

den aan een eventuele verplichtstelling van de aanvullende registratie met betrekking tot connatale afwijkingen op latere leeftijd.

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid geeft in zijn advies geen antwoord op de vraag van de staatssecretaris over een eventuele verplichtstelling. Wel worden de voor- en nadelen genoemd van een vervolgonderzoek op connatale afwijkingen bij kinderen op één- en zevenjarige leeftijd; tevens wordt melding gemaakt van de wijze waarop deze registratie onder behoud van het beroepsgeheim zou kunnen worden geregistreerd. Wij willen hier wat verder bestuderen, waarom de Centrale Raad niet wilde ingaan op de eventuele verplichtstelling van de registratie.

De mogelijke registratie van connatale afwijkingen heeft een lange voorgeschiedenis. In de jaren 1960-1961 werd er vooral in Engeland en Duitsland een vrij groot aantal kinderen geboren met ernstige afwijkingen van de ledematen, naar later bleek door het gebruik van thalidomide door de moeder gedurende de zwangerschap. Mede naar aanleiding van deze gebeurtenissen heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan de Centrale Raad verzocht te willen nagaan op welke wijze de beste waarborgen zouden kunnen worden verkregen voor een optimale informatie over omvang en aard van congenitale en connatale afwijkingen in Nederland. Aangezien de Nationale Commissie voor Gezondheidsstatistiek deze materie reeds in studie had, besloot de Raad, in overleg met de minister, eerst het resultaat van deze studie af te wachten. Nadat op 28 februari

26e JAARGANG — No. 31 — 6 AUGUSTUS 1971

INHOUD

De verplichte medische geboorteverklaring	813
De geestelijke „verzeking“ van het Nederlandse volk: slogan of realiteit?	815
Hartchirurgisch-Centrum Utrecht	823
Ruim 2.300 eerstejaarsstudenten geneeskunde	825
Medische en paramedische beroepen in de E.E.G.	826
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Vervolg Beschrijvingsbrief Algemene Vergadering 30 oktober 1971	827
Mededeling inzake ondernemingsraden ..	823
Uit de afdelingen	832
Inschrijving sociaal-geneeskundigen	832
Universitaire berichten	833
Personalia	833
Brieven aan de redactie	834
Varia	834

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

Colofon op bladzijde 836.

1966 het eindrapport (waarin twee interimrapporten waren verwerkt) aan de minister was uitgebracht, heeft de staatssecretaris op 25 mei 1966 aan de Centrale Raad verzocht hem te willen voorlichten — met gebruik van bovengenoemd rapport — over de financiële, juridische, politieke en levensbeschouwelijke aspecten van een *verplichte* aangifte van kinderen met congenitale dan wel connatale afwijkingen. Het gevraagde advies kwam op 25 januari 1968. De Centrale Raad stelde van oordeel te zijn, dat bij voorkeur en uiterlijk op de tiende dag na elke geboorte door de verloskundige — arts of vroedvrouw — een medische geboorteverklaring (M.G.V.) zou moeten worden afgegeven op grond van een wettelijke verplichting. In de wet, die de regelen daarvoor zou moeten stellen, zouden tevens sancties moeten worden omschreven terzake van het in gebreke blijven van arts of vroedvrouw ten aanzien van het invullen en inzenden van deze M.G.V. Dit advies werd gepubliceerd in de Verslagen en mededelingen betreffende de Volksgezondheid, jaargang 1969, No. 8.

Wij keren na dit uitstapje terug naar de vraag, waarom de Centrale Raad zich niet wilde uitspreken over een eventuele verplichtstelling van de vervolgaangifte connatale afwijkingen. De Raad betreurde het dat er geen verdere mededelingen van het door de overheid ingenomen standpunt ten aanzien van een wettelijke

aangifte van connatale afwijkingen rond de geboorte bekend waren. Het zou verder van groot belang zijn, eerst kennis te nemen van reacties van artsen en vroedvrouwen op een dergelijke verplichte aangifte. Bovendien achtte de Raad kennisneming van de Kamer debatten bij de behandeling van een ingediend wetsontwerp met betrekking tot de verplichte aangifte van essentieel belang. Zonder al deze reacties te kennen achtte de Centrale Raad een standpuntbepaling ten opzichte van een verplichtstelling van een tweede registratie van connatale afwijkingen niet mogelijk. Wij kunnen met deze conclusie van de Raad wel meegaan. Op het moment dat wij dit schrijven is er nog geen wetsontwerp bij de Tweede Kamer ingediend; wel wordt dit wetsontwerp ten departemente voorbereid.

Er zijn door de Centrale Raad verschillende argumenten aangedragen die een verplichte M.G.V. noodzakelijk maken. Exogene factoren die inherent zijn aan de moderne samenleving, factoren waarop het individu geen invloed kan uitoefenen en waarover het geen oordeel kan hebben, verband houdende bijvoorbeeld met de voeding of het innemen van voorgeschreven medicamenten, kunnen schadelijke invloeden op de vrucht uitoefenen. Het is derhalve de plicht van de samenleving daartegen beschermende maatregelen te treffen. Een M.G.V. is het enige of althans het beste middel om een continu inzicht te verkrijgen in het zich voordoen van connatale afwijkingen ten gevolge van die schadelijke invloeden. Alleen een volledige registratie van alle geboorten kan bij een explosie-achtige toeneming van een bepaalde connatale afwijking — ook bij een relatief klein aantal — leiden tot een snellere opsporing van de oorzakelijke factor, zodat geëigende maatregelen kunnen worden genomen die een verdere doorwerking van deze factor beperken. Zou in Duitsland omstreeks 1960 deze registratie hebben bestaan, dan was het op een vroeger tijdstip mogelijk geweest het thalidomide als oorzakelijke factor voor de vruchtbeschadiging aan te wijzen. Een wettelijke verplichting geeft de grootst mogelijke garantie voor een volledige medische registratie van alle geboorten (uiteraard dienen er waarborgen te zijn voor de geheimhouding van de geregistreerde gegevens).

Wij menen, met de Centrale Raad, dat het verplicht stellen van een medische geboorteverklaring een maatschappelijk ingrijpende maatregel is. Wij menen ook, dat een dergelijke maatregel een aanwinst voor de volksgezondheid zou zijn.

B.



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

De „geestelijke verzieking” van het Nederlandse volk:

Slogan of realiteit?

Door Dr. Meindert J. W. de Groot
epidemiologisch adviseur

Bij de bespreking van de nota van Dr. Kruisinga over de geestelijke gezondheidszorg¹ in de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid op 8 maart j.l. is er door de heer Lamberts weer aan herinnerd — hij sprak van „het zal u bekend zijn” — dat ongeveer een vierde tot een derde van de Nederlandse bevolking zich lichamelijk en geestelijk ongezond zou voelen. Ik wil hier niet, als de heer Lamberts, op de vermoedelijke oorzaken van deze — als zij juist is!! — toch wel ontstellende situatie ingaan. Mijn bedoeling is slechts het uitgangspunt aan de orde te stellen, de bewering van de enorme geestelijke verzieking van ons volk. Waar komen de genoemde cijfers toch vandaan? Wat stellen zij voor? En welke waarde mag men eraan hechten?

Voor een evaluatie van deze uitspraak lijkt thans meer dan ooit aanleiding te zijn nu de cijfers gehanteerd blijken te worden door de parlementaire pleitbezorgers voor een bredere geestelijke gezondheidszorg. Het lijkt de hoogste tijd dat de gesprekspartners bij de discussies over het betreffende regeringsbeleid weten wat de werkelijke omvang is van het probleem waarover zij praten. Mits vaak genoeg herhaald kunnen krasse uitspraken gemakkelijk een bijkans magische onaantastbaarheid verkrijgen. Nodig daarvoor is alleen dat de formulering kort en bondig is en met „gezag” omkleed. Daarbij is het in de regel volmaakt onverschillig van welke aard dat gezag is.

In de eerder genoemde vergadering van de Vaste Commissie voldeed de heer Tilanus aan deze voorwaarde door er aan te herinneren dat het een „bekend psychiater” was die heeft gezegd dat ongeveer 25% van de bevolking geestelijk gestoord is of het dreigt te worden. Gezien de hiervan uitgaande suggestieve kracht kan het nauwelijks verwondering wekken dat in de regeringsnota zelf nergens uiting wordt gegeven aan twijfel over deze krasse uitspraken. De vraag naar de omvang van het probleem en naar de mate van verzieking komt daarin trouwens niet aan de orde.

Mevrouw Veder-Smit merkt hierover op dat de Nota uiteraard geen beeld geeft van de toestand van de psychische gezondheid of ongezondheid van ons volk. Bij dit „uiteraard” zou eigenlijk een vraagteken moeten worden geplaatst: het lijkt juist bijzonder nuttig in een nota als deze een zo exact mogelijke omschrijving van de omvang van het probleem te geven, in dit geval dus een kwantitatieve informatie over de toestand en ontwikkeling van de geeste-

In pers en medisch vakbladen, evenals in medische en parlementaire discussies wordt de „prevalence of mental disorders” bij het Nederlandse volk steeds weer met 25 tot 30 procent aangegeven. Dr. De Groot toont op grond van een literatuuronderzoek aan dat dit zijns inziens zeer aanvechtbare cijfers zijn en betoogt dat er momenteel geen enkele wetenschappelijke aanwijzing is voor de achteruitgang van de geestelijke gezondheid van het Nederlandse volk. Hij dringt er op aan te stoppen met het zaaien van paniek, daarnaast erkennen de dat er voor de programmering van de toekomstige voorzieningen behoefte bestaat aan harde, reproduceerbare gegevens over het vóórkomen van behandeling behoevende psychische stoornissen en over de zich in die frequenties voordoende trends. Daarom pleit hij voor het beleid in de sector volksgezondheid voor een spoedig te ondernemen wetenschappelijk verantwoord frequentie-onderzoek door nauwe samenwerking van sociaalpsychiater en epidemioloog.

lijke volksgezondheid in ons land. Mevrouw Veder merkte daarover in de Vaste Commissie op: „Hierover is veel geschreven. Professor Trimboos en professor Speijer hebben hoge percentages genoemd van personen die psychisch dysfunctioneren; het lijkt mij moeilijk deze te bestrijden, omdat de maatstaven daarvoor ontbreken”. Toch iemand met twijfel dus! Maar dan wordt haar „uiteraard” nog onbegrijpelijker.

Aan de vraag naar de omvang van de beweerde geestelijke verzieking wordt ook bijzonder weinig aandacht besteed in de, in 1970 verschenen publicatie van de Wiardi Beckman Stichting², waarin getracht is „het welzijnsvraagstuk te verkennen van uit de geestelijke gezondheidszorg”. Wel komt ook daarin weer — hoe kán het ook anders — de langzamerhand stereotyp geworden 25 procent om de hoek kijken: „... zal het ons niet mogen verbazen als velen ... zich niet meer kunnen vinden in die

nieuwe realiteit en daarop reageren met sociaal deraillement, psycho-sociaal disfunctioneren en psychische stoornissen. Als moderne onderzoeken hebben aangetoond dat nu reeds 20-25% van de mensen nog slechts ernstig gestoord kunnen functioneren, hoe moet het dan worden als wij binnen niet al te lange tijd met nog dieper ingrijpende maatschappelijke veranderingen te maken krijgen...". Nieuw in dit bekende geluid is dat de 25% betrekking heeft op *ernstige* stoornissen!

Leerzame geschiedenis

Telkens als er alarm wordt geslagen over een nieuwe volksziekte doet men goed de geschiedenis eens na te slaan. In de regel zal dan blijken dat er niets nieuws onder de zon is. Dit is ook het geval met de panische kreten over de geestelijke verzieking van de westerse mens. Bouman³ herinnert er in zijn in 1930 verschenen leerboek aan dat reeds in een werk van Hirsch uit 1843, handelend over „spinale irritatie” was aangegeven dat de neurasthenie toen evengoed mode-ziekte was — de term is van Bouman — als in zijn tijd, nu intussen weer veertig jaar geleden. Zelf behandelt professor Bouman de neurasthenie in een hoofdstuk over verschillende neurosen. Hij zegt daar o.m. dat aan de Amerikaan Beard de verdienste toekomt in een werk, dat in 1868 verscheen, als eerste te hebben gewezen op het idiopathische karakter van het ziektebeeld. Tevoren ging de aandoening schuil in de grote groep van „nerveuze stoornissen”. Deze ziekte van Beard zou volgens de ontdekker een gevolg zijn van de moderne (1868!) surménage — „stress” zouden wij in 1971 zeggen — van de struggle for life, van de koortsachtige pogingen om vooruit te komen en het hoofd te bieden aan de concurrentie. Inderdaad, er is niets nieuws onder de zon.

Zo ver behoeven wij overigens niet terug te gaan in de historie: twintig jaar geleden maakte de toenmalige minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Mr. Joekes, in een rede⁴ gewag van de publikaties, volgens welke 30% — ook toen dus al een kwart tot een derde deel — van het uitgekeerde ziekengeld op rekening van het neuroseverschijnsel moest worden gebracht. De kranten vermeldten deze uitspraak destijds met grote koppen, die zelfs buiten onze grenzen de aandacht trokken. Zo kon het gebeuren dat de Zwitserse pers zich in die dagen vrolijk maakte over het feit dat in Nederland van officiële zijde was medegedeeld dat daar één van elke drie volwassenen „getikt” was! Het was ook in deze periode dat de psychiater Van der Sterren⁵ stelde dat er voor een werkelijk causale behandeling van de enorme schare neurotici in ons land een leger van psychiaters nodig was. De behoefte aan deze specialisten stelde hij toen al op 6.000.

Wat is er toch aan de hand in Nederland? Vanwaar die enorme massa geestelijk gestoorde? Is dit een realiteit? Of alleen maar napraterij van wilde beweringen? Wat zijn toch al die „neurosen”?

Kort na de oorlog was het inzicht in deze stoor-

nissen nog zeer gebrekkig. In 1953 bestond er volgens Van der Sterren een verontrustende achterstand op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Het was nog niet zo heel lang geleden dat Caxp⁶ had geschreven dat iedere belangstelling voor de psychogenese van ziekten werd gebrandmerkt met een odium van onwetenschappelijkheid. Dat is lang zo gebleven. In 1957 wijst Barnhoorn⁷ op de allerwegen nog ontstellend vaak voorkomende negatieve instelling ten opzichte van de neurotische mens: neurotisch zijn werd, volgens hem, ervaren als een schande.

Het lijkt wel of de weegschaal sindsdien naar de andere kant is doorgeslagen. De interesse voor de menselijke psyche met zijn licht verstoorbare balans is zozeer in het centrum komen te staan dat men overal „stoornissen” meent te zien en dat het met de dag moeilijker wordt een normale, gezonde Nederlander te vinden. Twee jaar geleden — om precies te zijn 1 mei 1969 — sprak Trimbos⁸ een rede uit bij de aanvaarding van het ambt van gewoon hoogleraar in de Preventieve Sociale Psychiatrie aan de Medische faculteit te Rotterdam. Al direct op de binnenomslag van deze onder de titel „Sociale evolutie en psychiatrie” gepubliceerde rede laat Trimbos er door middel van een citaat van George Cheyne uit 1733 geen twijfel over bestaan hoe hij denkt over de ontwikkeling van onze geestelijke volksgezondheid. Met name kan men daar lezen: „The nervous Disorders being computed to make almost one third of the Complaints of the People of Condition in England...”. Voor een inaugurale rede waarin men gewoonlijk zijn vakspecialistische geloofsbelijdenis neerlegt is deze éne aanhaling niet genoeg om de redenen van zijn ongerustheid waar te maken. Trimbos tracht dan ook op verschillende manieren aan te tonen dat de toestand werkelijk onrustbarend is geworden. Hij illustreert dit onder meer aan de toeneming van het aantal psychiatrische bedden: volgens de GHI ruim 8.300 in 1900, tegenover ruim 26.000 in 1968, een groei van 1,7 per 1.000 van de bevolking naar 2,1 per 1.000 in het laatste jaar. Maar hij laat daarbij in het midden of er naar de maatstaven van 1900 in het begin van deze eeuw wellicht een tekort aan psychiatrische bedden was om maar niet te spreken over een tekort volgens onze huidige normen! Men late zich door dit soort drogredeneringen niet voor de gek houden: niet de beschikbare bedden immers, maar de behoeften aan klinische verzorging — bij óngewijzigde maatstaven! — kunnen slechts als norm worden gebruikt bij een vergelijkend onderzoek naar een eventueel gewijzigde morbiditeit.

Een ander „bewijs” voor de ernstige geestelijke verzieking: telt men de erkende en niet-erkende bedden bij elkaar, dan komt men voor 1967/1968 tot ver over de 60.000; d.w.z. — aldus Trimbos — dat meer dan de helft van het totale aantal ziekenbedden in ons land door psychisch zieke mensen wordt bezet. In deze vorm een naar onze mening ontoelaatbare,

want misleidende redenatie, omdat het enorme verschil in gemiddelde verpleegduur buiten beschouwing wordt gelaten: zo kunnen in werkelijkheid misschien wel 100 pneumoniën, armfracturen, breukoperaties of blinde darmen tegenover één Parkinson of dementia praecox staan.

Een derde voorbeeld van wat in de methodologie onzindelijk argumenteren wordt genoemd: volgens het Jaarverslag 1967/1968 van de Stichting Gezondheidszorg voor Studenten van de Technische Hogeschool te Delft wordt door de medische staf 40 à 50% van de tijd aan psychische klachten besteed. Niet iedereen zal terstond beseffen hier met een misleidende redenering te maken te hebben. Toch is dat hier het geval: psychische behandelingen kosten in doorsnee veel meer tijd — en het gaat immers om 40 à 50% van de tijd — en bovendien wordt het totale bezoek wegens lichamelijke en geestelijke klachten niet genoemd. Dat kon wel eens van weinig betekenis zijn bij deze over het algemeen toch gezonde jongens.

Ook de cijfers van de verplichte militaire keuring bevatten volgens Trimbos belangrijke aanwijzingen terzake van de slechte psychische gezondheid van de jonge mensen in Nederland. Het is inderdaad juist dat het, zoals hij in zijn rede opmerkte, „te denken geeft, dat 46% van de afgekeurde 18-jarigen een I5 of S5 heeft...“ Alleen zijn wij er niet van overtuigd dat militair geneeskundigen en medicostatistici daarbij hetzelfde zullen denken als collega Trimbos.

Veel houvast geven ons de door deze auteur aangevoerde bewijzen dus niet. Integendeel, bij enig nadenken wordt de argwaan slechts groter. Daar moet hijzelf ook voor hebben gevreesd en dat kan de reden zijn geweest dat ook door hem de bekende buitenlandse onderzoeken weer eens ter tafel zijn gebracht. De schrijver merkt op dat „inmiddels in Engeland, Scandinavië, Canada en de Verenigde Staten groot-opgezette psychiatrisch-epidemiologische onderzoeken op gang zijn gekomen“. Hoewel men de indruk krijgt dat Prof. Trimbos ze geen van alle heeft gezien — ter plaatse verwijst hij nl. naar Diethelm's „Social psychiatry in North America“ in „Psychiatrie und Gesellschaft“, 1958 (!) — zegt hij over deze studies dat „vele ervan aangeven dat soms meer dan de helft der onderzochte populaties psychopathologische symptomen vertoont“. Maar op de maatstaven die bij de tellingen in deze vele studies werden aangelegd, gaat hij niet in. Intussen is het „meer dan de helft“ gelanceerd. De uitspraak blijft hangen — vooral ook omdat het „gezag“ niet ontbreekt, nl. groot-opgezette psychiatrisch-epidemiologische onderzoeken in een aantal door de hoogleraar met name goemde hoogontwikkelde westerse landen. Even later wordt de suggestie van een ook in ons land bestaande geestelijke verzieking nog eens extra onderstreept als Trimbos zegt dat de „belangrijke Engelse, Scandinavische en vooral Amerikaanse onderzoeken naar zijn overtuiging een geheel nieuw beeld geven

van de omvang, verdeling en aard der psychische morbiditeit“. Het geheel nieuwe van deze studies uit de veertiger en vijftiger jaren is z.i. de algemene conclusie dat een vijfde tot een kwart van de onderzochte volwassenen in een willekeurige populatie zo ernstig gestoord blijkt te zijn, dat zij nog slechts op deficiënte wijze in hun diverse levensgebieden kunnen functioneren.

Met dat al zijn wij bij onze speurtocht nog maar weinig verder gekomen. Gebleken is dat de onder meer door de heer Tilanus, op gezag van een „bekend psychiater“ genoemde 20 tot 25% ernstig gestoorde — een uitspraak waarvan iedere insider dacht dat zij werd gedekt door het gezag van Trimbos — in werkelijkheid niet op hem steunt, maar op de schrijver Diethelm, die op zijn beurt — in 1958! — weer verwees naar bepaalde 15 tot 25 jaar oude buitenlandse studies. Een nare ervaring voor onze onheilsprofeten en hun volgelingen! Voor ons betekent dit dat wij bij het zoeken naar de betekenis van de geconstateerde geestelijke verzieking zullen moeten gaan graven in de buitenlandse studies zélf. Voor wij hiertoe overgaan eerst enkele algemene opmerkingen over het voor een evaluatie-onderzoek zo belangrijk aspect van de vergelijkbaarheid van tel-eenheden en methoden.

Tellingen gebaseerd op totaal verschillende grootheden

Recentelijk heeft schrijver dezes in een interne nota⁹ aandacht gevraagd voor de sterke cultuurbepaaldheid van het gezondheidsbegrip, zulks naar aanleiding van een onderzoek naar de implicaties van de onderscheiden welvaartsaspecten voor de volksgezondheid. In de nota werd er onder meer op gewezen in hoe sterke mate de gangbare conceptie van dit begrip samenhangt met de conjuncturele ontwikkeling en met de beschikbare sociale en sociaal-medische voorzieningen. Juist dát maakt het concluderen tot veranderingen-ten-gunste of ten-ongunste tot een uitermate hachelijke onderneming. Fysisch-chemische, biologische, economische, en in mindere mate maatschappelijke milieudeterminanten, laten zich, evenals de daarin ingetreden veranderingen, vastleggen in meet- en telbare grootheden. Deze voorwaarde voor verifieerbaarheid en reproduceerbaarheid laat zich veel moeilijker realiseren voor cultureel-anthropologische kenmerken. Tot deze laatste moet de conceptie van „gezond“ en „ziek“ worden gerekend.

In de welvaartstaat kunnen medicus en publiek zich de luxe permitteren aan het begrip gezondheid de allerhoogste eisen te stellen en de geringste deviatie van wat op dat ogenblik voor optimaal wordt gehouden, als ziekte te kwalificeren. Zo er één sector van onze denkwereld door de welvaart is beïnvloed, dan is het wel het gebied van de opvattingen over gezondheid en zijn negatieve component. Speciaal op het gebied van de geestelijke volksgezondheid heeft zich een ware aardverschuiving in de opvattingen voorgedaan, waardoor de cijfers zijn

gekleurd en waardoor ook elke vergelijking met uitkomsten van voorheen een farce dreigt te worden. Als illustraties van de ongelimiteerde rekbaarheid van het begrip „mental disorder” behoeft men slechts te denken aan de psychiatrische inbreng in onze moderne rechtspleging en aan de enorme naoorlogse stijging van de ziekteverzuimfrequenties, als gevolg van een steeds verder gaande inflatie van het neurosebegrip¹⁰. Als men vroeger slechts de keien telde, maar nu ook alle kleine kiezers, zal het niemand verbazen dat het aantal stenen — blijkens deze tellingen althans — is toegenomen.

Hiervóór is reeds de term begripsinflatie gevallen. Bij de voortschrijdende ontwaarding van de diagnose neurose moet het niet moeilijk zijn de tegenwoordig vrijwel als axioma aanvaarde 25 tot 30% waar te maken, zonder daarbij genoodzaakt te worden tot de aanvaarding van een reële achteruitgang van de geestelijke volksgezondheid. En als over vijf of tien jaar het begrip gezondheid nóg verder zal zijn besnoeid, en bijvoorbeeld een uiting van boosheid, van angst, verdriet of ergernis als een ziekelijke aanpassingsstoornis zal worden gezien, dan zal men zich er niet over moeten verbazen als op zekere dag van gezaghebbende zijde wordt verklaard dat de geestelijke volksgezondheid in ons land opnieuw in ernstige mate is achteruitgegaan. Dit is geen kwalijk grapje, maar dodelijke ernst: het is een toekomstbeeld van een overeenkomstige alarmerende betekenis als de percentages waarmee wij nu worden geconfronteerd.

In 1953 nog had Lewis¹¹ er in zijn „Health as a social concept” voor gewaarschuwd niet elk falen in aanpassing aan maatschappij en micromilieu als een „mental illness” te willen zien. Het mag dan waar zijn dat wij ons in deze tijd van welvaart de luxe

kunnen permitteren om hem, Lewis, en zijn uitspraak, als uit-de-tijd te beschouwen, maar laten wij ons dan wel van ons huidige annexionisme bewust blijven; bewust dus van het feit dat het vóór alles de psychiaters zelf zijn, die dit drogbeeld van een toenemende geestelijke verzieking hebben geschapen. Voor een strikt bewijs van deze bewering zou men, aan de hand van de in de originele publikaties omschreven proefopzet en gebruikte criteria, een kritische analyse moeten maken van de vele studies die met betrekking tot de incidence en vooral de prevalence van geestesziekten in de loop der jaren zijn verschenen. Een dergelijke evaluatie bleek evenwel bereids te zijn verricht en wel op een even deskundige als grondige wijze door Taylor en Chave¹⁴. De resultaten van hun analyse hebben zij neergelegd in Appendix I van hun boek *Mental Health and Environment* (1964). In het als *tabel 1* aan dit werk ontleend overzicht is een 17-tal studies opgenomen, gerangschikt naar de hoogte der door de auteurs gevonden rates voor alle mentale stoornissen tezamen.

Een vluchtige blik op de voorlaatste kolom met resultaten is al voldoende om in te zien dat hier geen sprake kan zijn van vergelijkbare onderzoeken. Daar zijn de verschillen veel te groot voor: voor de „gezamenlijke psychische stoornissen” vindt Michael in New York in 1960 een frequentie die meer dan het honderdvoudige bedraagt van wat Hollingshead tien jaar eerder had gevonden. Nu zullen sommige commentatoren misschien zo koppig zijn juist hierin een bewijs te willen zien voor de juistheid van hun theorie der snelle geestelijke verzieking. Maar — gelukkig voor ons! — vond Lemkau al veertien jaar vóór Hollingshead een acht maal zo hoge frequentie in de U.S.A., en Essen-Möller drie jaar eerder in Noorwegen zelfs een vijf-en-zeventig maal zo

Aantal geestelijk gestoorden per 1.000 onderzochte personen

Auteur	Jaar	Plaats van onderzoek	Land	stoornissen alle mentale	gezamenlijke psychosen
Hollingshead	1950	New Haven	U.S.A.	8.0	6.1
Brugger	1929	Thüringen	West-Duitsland	10.8	3.8
Lin	1948	Formosa	China	10.8	3.8
Strömberg	1935	Bornholm	Denemarken	15.6	9.9
Sjöegren	1944	Eiland Abo	Zweden	19.1	11.0
Brugger	1931	Beieren	West-Duitsland	59.9	5.6
Lemkau	1936	Baltimore	U.S.A.	60.5	6.7
Roth	1938	Tennessee	U.S.A.	69.4	6.3
Mayer-Gross	1948	Schotland	Un. Kingdom	90.7	15.0
Pasamanick	1952	Baltimore	U.S.A.	93.4	4.3
Bremer	1944	Finmark	Noorwegen	195.5	14.3
Srole	1957	New York	U.S.A.	239	—
Fraser *	1947	6 districts	Engl. + Wales	300	—
Leighton	1956	Nova Scotia	Canada	370	—
Essen-Möller	1947	platteland	Zweden	593	15.7
Rennie	1957	New York	U.S.A.	750	—
Michael	1960	New York	U.S.A.	815	—

Fraser's studie hoort in feite niet in deze tabel thuis doordat hij bij zijn onderzoek een afwijkende indeling gebruikte en met name „definite and disabling” van „minor neuroses” onderscheidde. Voor mannen en vrouwen tezamen vond hij bij 10% der arbeiders „de-

finite neuroses” en bij 20% lichtere stoornissen; tezamen dus 30% ofwel een kwart tot een derde. Het zijn deze te pas, maar vooral te onpas steeds weer geciteerde cijfers, die in belangrijke mate hebben bijgedragen tot het sprookje van de verzieking.

hoge frequentie. De verschillen wijzen dus niet op een ongunstige ontwikkeling, maar op telling van totaal verschillende grootheden.

Onder de „high incidence surveys”, de onderzoeken waarbij meer dan 10% geestelijk gestoorde werden gevonden, zijn er enkele die nadere aandacht waard zijn. In de eerste plaats de over de gehele wereld bekende studie van Russell Fraser¹³, waarover in de noot onder de tabel al een en ander is gezegd. Het rapport van zijn onderzoek verscheen kort na de laatste wereldoorlog onder de titel „The incidence of neurosis among factory workers”. De uitkomsten van dit altijd maar weer geciteerde — doch vermoedelijk weinig gelezen — verslag van een onderzoek bij Engelse fabrieksarbeiders hebben destijds grote indruk gemaakt in de westerse wereld, met het gevolg dat veel latere auteurs — wij noemen Bell, Capel, Culpin en Smith, en in ons land o.a. Van Alphen de Veer — het als een wet van Meden en Perzen gingen beschouwen dat circa een derde deel van het mensdom aan neurosen zou lijden. „These figures”, zo zeggen Taylor en Chave, „were for many years quoted in the press and in Parliament” — in ons eigen Nederland gebeurt dit nog altijd in 1971(!) — „as a measure of the burden of mental illness on the national economy. It should, however, be remembered that this investigation was carried out during the war”. In ons land had schrijver dezes er in zijn boek „Verzuim door neurosen” (1958) al vele jaren eerder op gewezen dat Fraser's cijfers geen generalisaties toelaten. Deze gedachte is alleen al daarom onjuist, omdat het onderzoek was verricht in een periode toen Engeland in oorlog was; de arbeiders werkten nota bene in machinefabrieken, waar onder meer vliegtuigonderdelen, trucks en precisie-instrumenten werden gemaakt, kortom materialen van belang voor de oorlogvoering. Bovendien vond het onderzoek plaats ná de slag om Engeland en ná het verschrikkelijke bombardement van Coventry!

Fraser zelf wijst op deze uitzonderlijke zenuwslopende omstandigheden: „... these results cannot be compared satisfactorily with any available figure for the incidence of neurosis under peacetime conditions”. Maar inmiddels was het kwaad geschied: de 30% had zijn weg gevonden en was als vermeende feitelijkheid ook niet meer weg te denken uit de psychiatrische en arbeidsgeneeskundige vakliteratuur.

Naar aanleiding van de gewoonte om de uitkomsten van Fraser als maatgevend voor Nederland te citeren, heeft schrijver dezes in zijn eerder genoemde studie¹⁰ nagegaan wat Fraser's cijfers precies betekenen. Daarbij bleek de „neurose” in dit Engelse rapport veel meer te omvatten, dan wat in Nederlandse statistieken gewoonlijk onder dit hoofd wordt opgenomen. Behalve tijdsomstandigheden waren er dus ook duidelijke methodologische verschillen die een betrekken op de situatie in ons land in de weg stonden. Voor een vergelijking met hedendaagse uitkomsten vormt de inflatie van het ziektebegrip evenwel meer dan enige andere factor een onoverkomelijke hindernis.

Met de verruiming van het ziektebegrip hebben ook het beroep op de psychiater evenals de door de arts wenselijk geachte behandelingen geleidelijk frequentieveranderingen ondergaan. In 1956 publiceerde Dorothy Leighton¹⁴ een voorlopig rapport van haar bevindingen in Bristol, een plaatsje in Nova Scotia met een totale bevolking van circa 3.000 zielen. Als frequentie voor alle gezamenlijke geestelijke stoornissen wordt daarin 37% opgegeven. Hierover zegt de schrijfster: „... we feel fairly sure that 370 per 1,000 is the firm core of a prevalence figure for our population; that is, we could expect fairly general agreement among psychiatrists that the individuals represented in the 37 per cent are psychiatric cases and that, whether under treatment or not, they need it”. Niet vermeld wordt daarbij hoe de psychiaters in een andere periode, b.v. in 1930, of in andere, b.v. minder welvarende landen, tegenover de noodzaak van behandeling van dit soort geestesstoornissen zouden hebben gestaan als zij deze gevallen onder ogen hadden gekregen.

*
**

Over de beide, wat de gevonden frequentie van psychische stoornissen betreft, in het in *tabel 1* gegeven overzicht zo bijzonder hoog genoteerde onderzoeken, zeggen Taylor en Chave het volgende:

In 1957 brachten Rennie, Srole, Opler en Langner¹⁵ verslag uit van een onderzoek dat door hen was verricht in een dichtbevolkte wijk van de stad New York. Hun point-prevalence-telling van alle op een bepaalde dag onder psychiatrische behandeling zijnde personen, hadden zij aangevuld met gegevens uit een schriftelijke enquête onder een aselechte steekproef uit de totale 109.000 zielen omvattende bevolking van die wijk. In het rapport lezen wij dat in deze steekproef bij 75% van de mensen door de psychiaters van de staf manifeste „significant symptoms of anxiety” werden aangetroffen. Drie van elke vier! Maar het is nog altijd niet het eind: in 1960 rapporteerde Michael¹⁶ dat hij in een aselechte steekproef van 1.660 volwassenen in een bepaalde wijk van New York City bij alle respondenten, op 18,5 per cent na, soms lichte, soms ernstige psychiatrische verschijnselen had gevonden. Dat betekent tot dusver een record, nl. een frequentie voor alle geestelijke stoornissen tezamen, van 81,5 per cent, ofwel vier van elke vijf personen!

Tot slot nog enkele resultaten van onderzoeken in huisartspraktijken. Zeer hoog is wat de huisarts Paullett¹⁷ in 1956 vond in zijn praktijk in een nieuwe Londense buitenwijk: bij 70% van de volwassenen trof hij verschijnselen van psychiatrische aard aan. Zijn studie strekte zich uit over vijf jaar, waarbij hij ook de gevallen met vage en lichte klachten meetelde. Deze huisarts bleef evenwel met beide voeten stevig op de grond staan door er nadrukkelijk op te wijzen dat het aangeven van klachten

of verschijnselen van neurotische aard niet hetzelfde is als het lijden aan een neurose of andere geestelijke stoornis. Ook vermeldde hij dat geen van de mensen bij wie hij een of meer „minor symptoms” had aangetroffen, zich ook maar in enig opzicht door deze verschijnselen gehandicapt gevoelde.

Ziek of niet ziek, het doet er weinig toe aan welk etiket de voorkeur wordt gegeven zolang wij ons maar bewust blijven waarover wij praten. Duidelijk is b.v. dat Pemberton¹⁸ het in 1949 ergens anders over moet hebben gehad dan de zoëven genoemde Poullett zeven jaar later: voor twee uiteenliggende periodes van één week vond hij bij een analyse van acht praktijken in Sheffield slechts bij 6 tot 7 van elke 100 personen een gestoorde geestelijke gezondheid.

In 1954 had Taylor op grond van eigen onderzoek⁹ reeds in zijn „Good General Practice” geschreven: „Loose statements that between a quarter and a third” — daar zijn ze weer, de oorlogcijfers van Fraser! — „of all presenting illness is neurotic, found no support among the 94 general practitioners visited, nor among those who have published analyses of their work”. Zelf kwam hij tot de volgende uitkomst: „On the experience of the survey, as well as published analyses, it appears that the neuroses make up between 5 and 10 per cent of the new cases seen by the general practitioners.”

Men kan terecht opmerken dat dit uitkomsten zijn van onderzoeken van bijna vijftientwintig jaar geleden en dat het zeer wel mogelijk is dat „een kwart tot een derde” opnieuw geldigheid heeft gekregen. Anders gezegd: dat nu, in vreedstijd, de geestelijke gestoordheid een overeenkomstig gemiddeld niveau zou hebben bereikt als destijds werd gevonden voor de arbeiders in de Britse oorlogsindustrie. Dus toch een geestelijke verzieking? Maar dit zou dan betekenen dat wij met betrekking tot de begrippen gezond en ziek nog altijd dezelfde maatstaven aanleggen als vijftientwintig jaar geleden, en dat de term neurose in onze tijd eenzelfde serieuze inhoud heeft als in de tijd van Fraser's onderzoek. Na alles wat hierover in het voorafgaande is gezegd menen wij niet terug behoeven te komen op de evidente onjuistheid van een dergelijke vooronderstelling.

In hun bijdrage aan het Comprehensive Textbook of Psychiatry (1967) spreken de Leighton's²⁰ van „... a marked growth of interest after World War II in the proportion of unrecognized psychiatric disturbances in the supposedly normal and healthy population”. Voorts wijzen zij op verschil in onderzoeksmethode, op gebruik van andersoortige informatiebronnen, op gemis aan uniformiteit in begripsdefinities, nomenclatuur en classificatie; kortom, alle factoren die de vergelijkbaarheid met vroegere studieresultaten in de weg staan. Om een en ander te illustreren gaan zij uitvoerig in op studies van Essen-Möller in Zweden, van Srole en medewerkers in Manhattan, en van Leighton en anderen in Stirling County. Maar dan schrijven zij: „The most striking

conclusion ... is that the findings cannot be compared, due to differences in method and terminology”. Even later is in hun ogen eveneens „most striking” „... the high prevalence of whatever it is variously described as indicating psychiatric disorders”. Hier blijkt weer eens hoe moeilijk het ook voor wetenschappelijke onderzoekers kan zijn om een tevoren bestaande persoonlijke overtuiging los te laten, zelfs ... als het eigen onderzoek de onjuistheid ervan heeft aangetoond. De uitkomsten zouden voor de Leighton's eigenlijk helemaal niets striking meer mogen hebben, nadat immers door hetzelfde uitdrukkelijk is gewezen op de onvergelykbaarheid van onderzoeksmethoden en criteria, en op de inflatoire ontwikkeling van het zo reutelige — „whatever it is!” — telobject.

Hoe dit zij, in ons land moet de eerste Leighton nog altijd opstaan. Hier houdt de psychiatrie hardnekkig vast aan de idee van een reële verzieking met als gevolg dat het de afgelopen jaren niet aan pogingen heeft ontbroken om een verklaring te vinden voor deze nu eenmaal als vaststaand aanvaarde toeneming van geestesziekten. Het vooral door Trimbos⁸ zo sterk beklemtoonde „op drift raken” door het wegvallen van de oude vertrouwde zekerheden als geloof, gezag en arbeid enerzijds, de voortschrijdende techniek en industrialisatie anderzijds, heeft het niet-ongeschonden-kunnen-blijven van de hedendaagse mens voor een ieder aanvaardbaar gemaakt; zo aanvaardbaar, dat de ogen werden gesloten voor de mogelijkheid van een onechte, kunstmatig gecreëerde frequentiestijging. Trimbos' verklaring deed het en daarmee was de noodzaak voorkomen van een beschamend demasqué voor degenen die met betrekking tot de realiteit van de geconstateerde geestelijke verzieking met schellen voor de ogen hadden gelopen.

Wat het met deze verklaring overigens nog niet opgehelderde proces van de „pathogenese” van al deze nieuwe geestesstoornissen betreft, werd uitkomst verwacht van de nog jonge leer van de „Inadequate stress-reacties”. Daarover een enkel woord: Volgens het verslag van een in april van het vorig jaar te Stockholm gehouden Symposium over Maatschappij, Stress en Ziekte²¹ kan men stress definiëren als het complex van fysiologische reacties die een organisme op snel en afdoend handelen voorbereiden. Als onderdeel van de fylogenetische adaptatie mechanismen waarover de mens beschikt, heeft de stress sinds de grijze oudheid de functie gehad het individu te beschermen, door het voor te bereiden op „strijd” of op „vlucht”; een prepareren dus op een even onmisbare als gezonde reactie op vermeend of werkelijk aanwezig gevaar.

De vraag was nu hoé deze nuttige en in-gezonde functie van stress te rijmen met de veronderstelde pathogene werking van diezelfde stress. De redenering is nu aldus: de moderne mens staat in zijn verstedelijkte, geïndustrialiseerde wereld voortdurend bloot aan bedreigingen, geconfronteerd als hij wordt met een stroom van complexe sociale situa-

ties en technologische prikkels uit het milieu. Daarop heeft zijn aangeboren, soortspecifieke gedragsrepertoire veelal geen passend antwoord. Nu doet dat moderne milieu natuurlijk niet altijd kwaad. Ook als een bombardement van prikkels lang aanhoudt kan dit op den duur stress geven zonder dat dit nochtans iets ernstigs behoeft te betekenen. Maar dit verandert — zo is de hypothese — zodra de door de stress opgeroepen actie als middel tot aanpassing faalt of inadaequaat gaat worden; een situatie, die zich in onze moderne westerse wereld met zijn veeleisende psychologische, maatschappelijke en economische verwickelingen in feite elk ogenblik voordoet.

Met deze vernuftig geconstrueerde procedure hebben wij nu een acceptabele verklaring te onzer beschikking voor de verwachte — en zo waar ook gevonden! — grote toeneming van geestelijke stoornissen. Maar zo ver zijn wij nog niet! Tot dusverre ontbreekt n.l. — een conclusie die ook in het eindrapport van het Stockholmse Symposium is te vinden — elk spoor van bewijs voor de juistheid van de hypothese dat complexe, verwarrende en als hostiel ervaren prikkels uit omgeving en maatschappij de kans op ziekte — mentaal dan wel psychosomatisch — kunnen vergroten, door uitlokking van ondoelmatige en op den duur ook schadelijke stressreacties. Wat de mate van psychische belasting betreft overtreffen de experimenten, die op dit gebied de laatste jaren zijn verricht, zozeer de werkelijkheid, dat de uitkomsten niet van toepassing zijn op de gewone stress-situaties in ons dagelijkse leven.

Overigens, waar maken wij ons eigenlijk druk over? Het doet er immers weinig toe of een bepaald, door Moeder Natuur bij ons mensen ingebouwd reactie-mechanisme al dan niet toereikend is bevonden als kanalisator van pathogene impulsen uit het milieu en of deze falende aanpassing al dan niet moet worden beschouwd als een, of misschien wel de oorzaak van onze huidige geestelijke verzieking, zolang... het helemaal niet zeker is dat deze verzieking ook werkelijk bestaat!

*
**

De lezer zal hebben begrepen dat ik hiermede ben terug gekomen op mijn uitgangspunt: de vraag of er werkelijk sprake is van een ernstige geestelijke nood onder ons volk. Deze vraag is van meer dan academisch belang. De mogelijkheden ener economisch verantwoorde, op de bestaande behoeften werkelijk afgestemde programmering van preventieve en curatieve voorzieningen hangen immers nauw samen met de betrouwbaarheid — de hardheid en reproduceerbaarheid — van de beschikbare informatie omtrent aard en omvang van het probleem. Gezien het ontbreken van elke vorm van éénduidigheid in de interpretatie van de term geestelijke stoornis; gezien ook de conjunctuurgebonden elasticiteit van het ziekte-begrip als zodanig, moet worden geconcludeerd dat de steeds weer aangevoer-

de, uit de tweede wereldoorlog stammende 25 à 30 procent volstrekt waardeloos is als basis voor het overheidsbeleid in deze sector van de volksgezondheid.

Men begrijpe mij goed: ik beweer niet dat de frequentie van wat voorheen onder psychische stoornis, neurotische reactie of andere destijds in zwang zijnde diagnostische benaming niet zou zijn toegenomen. Waar ik evenwel met klem op wil wijzen is, dat tot dusverre elk zweem van bewijs voor een zodanige toeneming ontbreekt. Wel zijn er tal van aanwijzingen voor de juistheid van de stelling dat wat men nu als zodanig telt, totaal iets anders is dan de psychische stoornissen van weleer. Als oorzaken van het m.i. ongefundeerde alarm konden onder meer worden aangewezen: onvolledige citeringen, kritiekloze aanvaarding van met gezag beladen uitspraken, sterk gegroeide interesse voor de psychogenese van ziekten, verschuiving van medische en maatschappelijke normen en vooral de vergaande inflatie van het ziekte- en neurosebegrip.

Of negatieve stemmingsuitingen en verschijnselen van een slecht humeur al dan niet het etiket „ziekelijk” behoren te dragen, is m.i. van weinig belang. Men kan het een modeverschijnsel noemen, een tijdelijke opvatting of maak. Maar laat men deze reacties op botsingen en wrijvingen met ons dagelijks milieu dan toch duidelijk blijven onderscheiden van de klassieke, behandeling vragende „signs” en „symptoms” uit de pathologie. In 1958 heeft schrijver dezes¹⁰ voor de onbeduidende reacties op bedoelde botsingen de term „sociosen” geïntroduceerd: „De sociosen beschouwe men dan als de verweerpatronen van de gezonde mens op homeostaseverstorende invloeden uit de sociëtas. Gekleurd en getekend als deze patronen zijn door de culturele laag waarin de betrokkenen leven en werken, kan men reacties verwachten die naar het gevoel van buitenstaanders ongemotiveerd, onjuist en ondoelmatig schijnen en daardoor gemakkelijk voor pathologisch kunnen worden gehouden”. Voor de betrokkenen zelf behoeven zij geen andere betekenis te hebben dan een uiting van protest, van onbehagen of ontevredenheid, waarbij het arbeidsverzuim een gerede en tegenwoordig ook algemeen aanvaarde mogelijkheid biedt om de „ziekte te vieren” en met dit protest een betaalde satisfactie te verkrijgen voor het „ondervonden onrecht”.

Nu kan men deze sociosen in onze welvaartstaat uiteraard bij de „geestelijke stoornissen”, resp. bij de medisch erkende redenen voor arbeidsverzuim onderbrengen, mits men beseffe dat een dergelijke grenzeloze verwijding van het ziektebegrip ook zonder werkelijke veranderingen in de psychische morbiditeit, verreikende consequenties heeft voor de ziektestatistiek: men komt er tenslotte mee tot compleet irreële, absurd hoge percentages zogenaamd geestelijk gestoorde.

De frequentie die men vindt is in de eerste plaats een functie van de intensiteit van de gebruikte me-

thode van onderzoek: de grootte van de vangst hangt vóór alles af van de grootte van de mazen van het net. Men moet Taylor en Chave wel gelijk geven als zij stellen dat een over-enthousiaste psychiatrische diagnosticus bij praktisch alle menselijke wezens wel een of ander verschijnsel van een „mentaal niet-gezond zijn” zal kunnen vinden; „Such findings”, zo voegen zij hieraan toe, „perhaps tell us more about the observer than about those observed!”

Maar als al deze cijfers niet meer zijn dan niet-herkende artefacten, niet meer dan slogans, dan kan men de vraag verwachten, welke cijfers dan wel betrouwbaar zijn; welke gegevens wel een aanvaardbare basis voor een serieus gesprek over toekomstige voorzieningen zouden kunnen bieden. Het komt mij voor dat deze vraag voor Nederland en de meeste andere westerse landen voorlopig niet te beantwoorden is. Leighton zegt hierover: „To get some grip on this question of service requirements, one must make a very careful investigation as to whether those people who are sick in the sense of having symptoms of various kinds and amounts, are really sick in the clinical sense. This is the problem of the validity of concepts of psychiatric disorder used in the studies discussed” — wij voegen daaraan toe: ... en in alle andere veldstudies tot desverre — „and finding a solution to the problem must be one of the major aims of future research programs”. Op korte termijn een al bijzonder weinig rooskleurig perspectief. Maar het besef van onvoldoende houvast heeft ook zijn goede kanten: laat ons afspreken eindelijk eens af te zien van het geschermd met onbegrepen nietszeggende cijfers in vakbladen, krant en parlementaire discussies; kortom laat ons eindelijk eens ophouden met te doen alsof er wel een beleidsbasis is.

Summary. In the press and medical journals, as in medical and parliamentary discussions, the prevalence of mental disorders among the Dutch people again is stated as some 25 to 30 per cent. The author comes to the conclusion that the frightening picture of the mental health situation is just a reflection of incorrect use of highly outdated figures and argues that at present there is not the slightest scientific support for a decline of mental health among the people of the Netherlands. He urges that the sowing of panic in this matter cease at long last.

This does not, however, in any way mean that hard facts are superfluous and that there is no need of clarity about the present situation and developments in the prevalence of mental disturbances. On the contrary, for the sake of governmental policy in this sector of public health, the author vigorously urges that a scientifically sound pre-

valence study be made in the near future through close cooperation of social psychiatrists and epidemiologists.

Referenties

- 1 „Regeringsnota betreffende de geestelijke gezondheidszorg”, disc. stuk eerste vergadering Vaste Commissie voor de Volksgezondheid, 8 maart 1971. Agendanr. 11059, stuk nr. 5.
- 2 Bergh, J. van den, Dekker, E., Sengers, W. J. en Weijel, J. A.: „Verbeter de mensen, verander de wereld”, een verkenning van het welzijnsvraagstuk van uit de geestelijke gezondheidszorg. Publicatie van de Wiardi Beckman Stichting; Kluwer, Deventer 1970.
- 3 Bouman, L. „Leerboek der zenuwziekten”, 1930
- 4 Joekes, A. M.: „Rede bij installatie Commissie Ziekteverzuim en arbeidsproductiviteit, 14 november 1951”.
- 5 Sterren, H. A. van der, „Wat is een neurose?!. Verslag Alg. Vergadering Ned. Vereniging Bedrijfspsychologen, No 16, 7 mei 19y3
- 6 Carp, E. A. D. E.: „De neurosen”, Scheltema en Holkema, Amsterdam 1947.
- 7 Barnhoorn, J. A. J.: „Neurose, neurotische ontwikkeling, neurotische reacties en neurotiserende factoren”, Tijdschr. De Koepel, april 1957, 131.
- 8 Trimbos, C. J. B. J.: „Sociale evolutie en psychiatrie”, Rede bij aanvaarding ambt gewoon hoogleraar Prev. en Soc. Psychiatrie te Rotterdam. Bussum, 1 mei 1969.
- 9 Groot, M. J. W. de, „Welvaart en Volksgezondheid”, Interne niet-gepubliceerde nota t.b.v. Staatssecretaris Sozavo, juni 1970.
- 10 Groot, M. J. W. de, „Verzuim door neurosen”, Diss. Leiden, 26 maart 1958.
- 11 Lewis, A.: „Health as a social concept”, The Brit.J. of Sociology, vol. IV, 2, 109 e.v.
- 12 Taylor, A. and Chave, S.: „Mental health and environment” First publ. 1964. Printed by Clay & C., Bungay, Gr. Britain.
- 13 Fraser, R.: „The incidence of neurosis among factory workers” Rep. no. 90. Med. Res. Council, Industr.Hlth. Res.Board, 1947.
- 14 Leighton, D.: „The distribution of psychiatric symptoms in a small town”, 1956, Am.J.Psychiatr. 112, 716.
- 15 Rennie, T., Srole, L., Opler, M. and Langner, T.: „Urban life and mental health”, 1957, Am.J.Psychiatr. 113, 831.
- 16 Michael, S.T.: „Social attitudes, socio-economic status and psychiatric symptoms”, 1960, Acta Psychiatr. 35, 509.
- 17 Poullett, J.: „Neurotic ill-health”, Lancet 1956, ii, 37.
- 18 Pemberton, J.: „Illness in general practice”, 1949, Brit. Med.J., i, 306.
- 19 Raylor, S.: „Good general practice”, 1954, London
- 20 Leighton, D. C. & A. H.: „Mental health and social factors”, ch.45, sect.45.3 (p.1520-1533) in Comprehensive Textboek of Psychiatry, ed. by A. M. Freedman & H. J. Kaplan. Baltim., 1967.
- 21 Internat. Symposia, jointly sponsored by WHO & Univ. Uppsala „Society, stress and disease”; WHO-Chronicle, Vol.25, nr. 4 april 1970.

„Hartchirurgisch-Centrum Utrecht” ontworpen

De stuurgroep, ingesteld om advies uit te brengen over een samenwerking van het Academisch Ziekenhuis Utrecht (AZU) en het St. Antonius ziekenhuis terzake van hartchirurgie, onderwijs en research, heeft woensdag 28 juli l.l. een definitief interim-advies uitgebracht. Op grond van velerlei overwegingen adviseert zij Curatoren der Rijksuniversiteit, het bestuur van de faculteit der Geneeskunde te Utrecht, het bestuur van het AZU, het bestuur van het St. Antonius Ziekenhuis en de leden van het hart-team van laatstgenoemd ziekenhuis — de instanties die in gezamenlijk overleg de stuurgroep hadden ingesteld — het volgende:

te besluiten tot blijvende samenwerking en daartoe een basisovereenkomst te doen aangaan tussen de besturen van het AZU en van het St. Antonius Ziekenhuis, waarbij met het oog op de belangen van het wetenschappelijk geneeskundig onderwijs en onderzoek de Rijksuniversiteit Utrecht als derde partij optreedt en bij welke overeenkomst:

— het Hartchirurgisch-Centrum Utrecht in het leven wordt geroepen;

— een gemeenschappelijk coördinerend bestuursorgaan (g.c.b.) wordt samengesteld, waaraan vertegenwoordigers van de directies der beide ziekenhuizen, van de hart-team-kern en van de beide andere groepen met adviserende stem worden toegevoegd;

— de geneesheren worden aangewezen, die in de aanloopperiode als de leden van de hartteam-kern worden aangemerkt;

— aan het te formeren Hartchirurgisch-Centrum wordt opgedragen

a op korte termijn voorstellen te doen aan het bestuur der Universiteit, het bestuur van de faculteit der geneeskunde en de besturen van beide ziekenhuizen aangaande de bezetting van de leerstoel hartchirurgie;

b te rapporteren over:

ten eerste de regelingen, welke ten minste tot stand moeten komen en de voorzieningen, welke in elk geval moeten worden getroffen, waaronder begrepen voorzieningen op het personele vlak, om de werkzaamheden van het Centrum op korte termijn te doen aanvangen, mede in dier voege dat een begin kan worden gemaakt met hartchirurgische activiteiten van het Centrum in de kliniek van het AZU;

ten tweede de regelingen, welke hebben te gelden met betrekking tot de materiële voorzieningen, de personeelsvoorzieningen, de opleiding van specialisten en van anderen, het functioneren van de research, de financiële aspecten, een onderzoek naar de aansprakelijkheidsverhoudingen en de in verband daarmee te sluiten verzekeringen, de afbakening van de taken van het hart-team ten opzichte van aanverwante specia-

lismen en de andere onderwerpen, die daarenboven naar het oordeel van het Centrum regeling behoeven;

ten derde de inhoud van het reglement van het hart-team;

ten vierde de formele structuur van het hartchirurgisch Centrum en de nadere uitwerking van de finale overeenkomst;

— de ontwerpen voor de vast te stellen regelingen en nadere overeenkomsten aan het bestuur van de Universiteit, het bestuur van de faculteit der geneeskunde en aan de besturen van de beide ziekenhuizen voor te leggen

— een regeling wordt getroffen voor de financiering van de samenwerking in het Hartchirurgisch Centrum;

— de goedkeuring van de minister, belast met de zorg voor het wetenschappelijk onderwijs met de basisovereenkomst te verzoeken;

— de nodige voorbereidingen te treffen, opdat — zodra de goedkeuring van de minister zal zijn verkregen — de uitvoering van de basisovereenkomst met voortvarendheid een aanvang kan nemen.

Aan haar advies voegt de stuurgroep de volgende inzichten toe:

Er zal, daarvan is de stuurgroep overtuigd, veel werk moeten worden verzet, voordat de problemen van de structuur en de organisatie van het Hartchirurgisch Centrum (de blijvende samenwerking) in al hun aspecten en onderdelen tot een oplossing zullen zijn gebracht en geregeld. De stuurgroep erkent, dat er zekere risico's verbonden zijn aan het hierboven in overweging gegeven reeds doen aanvangen van de werkzaamheden van het Centrum, vóórdat alle vorenbedoelde problemen ondervangen en de daarvoor nodige regelingen zullen zijn vastgesteld.

De stuurgroep is echter van mening, dat het antwoord is die risico's te aanvaarden, omdat urgente belangen van vele patiënten met een spoedige aanvang der werkzaamheden van het Centrum in hoge mate gediend zullen zijn, voorts, omdat de in de stuurgroep vertegenwoordigde beleidsbepalende organen hebben doen blijken van hun vaste voornemen de blijvende samenwerking te doen slagen en, ten derde, omdat de belangen van de beide ziekenhuizen de samenwerking evident vergen.

Aldus de kern van het door de voorzitter van de stuurgroep Dr. A. J. Piekaar ondertekende advies. Dit advies volgt op een eveneens in de openbaarheid gebracht verslag van de vergaderingen van de stuurgroep en de daarop betrekking hebbende verslagen van de resultaten der besprekingen in eerste en in tweede fase. Daarin leest men onder meer dat die besprekingen tot de gevolgtrekking hebben geleid dat de reactivering van de hart-chirurgische

werkzaamheden in het AZU niet slechts afhankelijk is van de benoeming van een hoogleraar in de hart-chirurgie, maar ook en met name van de (weder-)opbouw van een hoog gekwalificeerde staf van medewerkers, in het bijzonder verpleegkundigen. In dit verband noteert de stuurgroep gaarne het aanbod van het St. Antonius Ziekenhuis om het personeel van het AZU, dat daarvoor in aanmerking komt, in het St. Antonius Ziekenhuis te scholen.

Ten aanzien van de „Hartteam-kern” wordt deze gevormd gezien door de bij de hartchirurgie onmiddellijk betrokken specialisten, zijnde thans de cardiologen, cardio-chirurgen en anesthesisten. Tot het hartteam in ruimere zin kunnen worden gerekend de medische en para-medische medewerkers van voren- genoemde specialisten en de verpleegkundigen, enz., voor zover deze medewerkers en verpleegkundigen direct en continue bij de activiteiten van de hartteam-kern zijn betrokken.

Naast de handhaving van de relaties van de bij het hartteam betrokkenen tot de twee samenwerkende ziekenhuizen zal een eenheid van het hartteam moeten worden gewaarborgd. Het hartteam als werkverband wordt gekenmerkt door een eigen regime — waarmee de handhaving van de relaties der bij dit team betrokkenen tot de ziekenhuizen, waartoe zij behoren, niet in strijd is. Het regime van het hartteam behoort immers geheel gericht te zijn op de medische taken van het team, waarbij in de eerste plaats moet worden gedacht aan het bij de behandeling van patiënten in het algemeen te volgen beleid en aan de behandeling van de individuele patiënten in het bijzonder; voorts aan de taakverdelingen tussen de verschillende specialisten van de hartteam kern, de verdeling der medisch/verpleegkundige taken, enz.

Onverminderd hetgeen binnen elk der beide ziekenhuizen geldt aangaande de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de hoofden der afdelingen, zal in beginsel de leiding van het medisch operationele handelen van het hartteam berusten bij de gehele hartteamkern. Een der implicaties van dit gezichtspunt is naar het oordeel van de stuurgroep dat geen specialisten aan de hartteam-kern worden toegevoegd tegen wie binnen die kern overwegende bezwaren bestaan en dat leden van de hartteamkern, met wie een blijvende samenwerking bijzonder moeilijk wordt, die kern verlaten.

Aan het advies is als bijlage toegevoegd de intentieverklaring, welke hieronder volgt:

Curatoren der Rijksuniversiteit te Utrecht, het bestuur van de Faculteit der Geneeskunde en het bestuur van de Stichting Academisch Ziekenhuis enerzijds, het bestuur van het St. Antonius Ziekenhuis en de leden van het „hartteam”, bestaande uit de hartchirurgen, cardiologen en op de cardiochirurgie gespecialiseerde anesthesisten anderzijds,

Overwegende, dat

1. nu talrijke patiënten op behandeling wachten, welker aantal voortdurend toeneemt, het volksgezondheidsbelang eist, dat de cardiochirurgie zoveel mogelijk wordt geactiveerd,

2. de capaciteit van de afdeling hartchirurgie van het academisch ziekenhuis te Utrecht in verband hiermede zo spoedig mogelijk volledig dient te worden benut,

3. ook het belang van onderwijs en research hiermede zijn gediend,

4. de aanwezigheid van een goed functionerend hartteam in het St. Antonius ziekenhuis en van die van een bekwame wetenschappelijke en niet-wetenschappelijke staf alsmede van mogelijkheden tot research in het academisch ziekenhuis de aanwijzing inhouden, dat tot bundeling van de activiteiten zal kunnen worden gekomen,

5. de faculteit der geneeskunde bij brief van 5 maart 1971 aan Curatoren der Rijksuniversiteit en het bestuur van de Stichting Academisch Ziekenhuis te kennen heeft gegeven met een onderzoek naar de mogelijkheden van samenwerking in te stemmen,

6. een nauwe samenwerking van beide centra de mogelijkheid inhoudt, dat opleiding van medische, paramedische en verpleegkundige krachten zowel in kwantitatieve als in kwalitatieve zin tot het hoogst mogelijke niveau kan worden opgevoerd,

7. de nauwe samenwerking tussen een particulier ziekenhuis enerzijds en een academisch ziekenhuis anderzijds een zodanig novum is, dat deze binnen nog nader te noemen voorwaarden nauwkeurige bestudering, uitwerking en precisering behoeft,

Besluiten

in te stellen een stuurgroep, welke bestaat uit een vertegenwoordiging van de Rijksuniversiteit en derzelve faculteit der geneeskunde alsmede het academisch ziekenhuis, bestaande uit 6 personen, enerzijds en een vertegenwoordiging van het St. Antonius Ziekenhuis en het hartteam, eveneens bestaande uit 6 personen, anderzijds

Met de opdracht advies uit te brengen

aan de in de aanhef genoemde instanties omtrent de wijze waarop de nauwe samenwerking als bedoeld in het vorenstaande in concreto kan worden gerealiseerd waarbij de navolgende punten in elk geval aan de orde dienen te worden gesteld.

1. opleidingseisen zowel wat betreft specialisten als verpleegkundigen en paramedisch personeel,

2. faciliteiten zowel ten aanzien van fundamentele en experimentele research als ten aanzien van experimentele chirurgie,

3. de samenwerkingsstructuur op bestuurlijk, directioneel en stafniveau, welke betrekking heeft op a. de beleidsbepaling ten aanzien van de cardiochirurgie en de daarmee samenhangende activiteiten,

b. de controle op de beleidsuitvoering,

c. de rechtspositie, het benoemingsbeleid en het benoemingsrecht zowel ten aanzien van academici als niet-academici,

d. de differentiatie van de activiteiten en de mogelijkheden van roulatie,

4. de financiële consequenties van de samenwerking,

5. eventueel alsnog te treffen materiële voorzieningen,

6. te treffen personele voorzieningen wat betreft a. medische specialisten, b. niet-medische specialisten-academici, c. andere paramedische krachten, d. technisch personeel en e. verpleegkundigen,

7. eventuele andere op deze aangelegenheid betrekking hebbende onderwerpen,

En wel onder de volgende voorwaarden

1. dat zowel het functioneren van de hartchirurgie en de daarmee samenhangende activiteiten in het St. Antonius Ziekenhuis als de taak van de universiteit ten opzichte van opleiding en onderzoek alsmede de taak van het academisch ziekenhuis verzekerd zijn,

2. dat gestreefd wordt naar een blijvende samenwerking,

3. dat allen, die bij de samenwerking zijn betrokken, in een status gebracht worden, die hun garandeert optimaal te functioneren,

4. dat de Rijksuniversiteit te Utrecht in het kader van de samenwerking de mogelijkheid opent tot het benutten van de aanwezige researchmogelijkheden,

5. dat bij het zoeken naar een financiële regeling als uitgangspunt wordt genomen, dat het St. Antonius-ziekenhuis uit hoofde van de samenwerking naar het oordeel van de stuurgroep op redelijke ter-

mijn geen financiële nadelen mag ondervinden,

6. dat bij aanvaarding van deze intentieverklaring de samenwerkende partijen zich tot na het uitbrengen van een interimadvies door de stuurgroep verplichten geen benoemingen te verrichten, die de samenwerking betreffen, anders dan met instemming van de stuurgroep. De gebruikelijke werkzaamheden van de structuurcommissie en de documentatiecommissie van de faculteit der geneeskunde kunnen voortgang vinden mits omtrent relevante problemen informatie wordt verstrekt aan de stuurgroep,

7. dat het interimadvies wordt uitgebracht uiterlijk acht weken nadat de stuurgroep met haar werkzaamheden een aanvang heeft gemaakt.

De samenstelling van de stuurgroep — die bereid is om, wanneer dat in enigerlei opzicht nuttig mocht worden geoordeeld, haar diensten te blijven verlenen — was als volgt: Dr. A. J. Piekaar, voorzitter, J. Th. A. Cappetti, arts, R. Drion, arts, B. T. G. de Jong, arts, Dr. L. P. de Jong, Prof. Dr. F. L. Meyler, Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, cardioloog, A. L. E. Schaepkens van Riepst, chirurg, Dr. H. Schneider, G. A. Schurink, anesthesist, Mr. J. H. des Tombe, Prof. Dr. H. Verbiest, Drs. A. van Vliet, Mr. J. P. Hogerzeil, juridisch adviseur en Mr. P. C. P. Otterloo, secretaris.

Ruim 2300 eerstejaars geneeskunde

Voor het studiejaar 1971/1972 zullen ruim 2300 eerstejaarsstudenten bij de medische faculteiten moeten worden ondergebracht. Bij de Commissie aanmelding eerstejaarsstudenten in de geneeskunde te Utrecht zijn dit jaar 2600 aanmeldingen binnengekomen. Ongeveer 300 daarvan zijn inmiddels teruggenomen o.m. door het niet behalen van het eindexamen of veranderen van studierichting.

Uit deze cijfers blijkt dat de wettelijke invoering van een wachtlijststelsel de belangstelling voor de medische studie niet heeft doen afnemen.

De minister zonder portefeuille jhr. Mr. M. L. de Brauw heeft in een brief aan de universiteiten een beroep gedaan op „de grootst mogelijke inspanning en improvisatie om, ondanks de moeilijke situatie, vooralsnog met bestaande middelen onderwijs mogelijk te maken”. Verder heeft hij medegedeeld welke verdeelsleutel zal worden gehanteerd door de Commissie aanmelding eerstejaarsstudenten in de geneeskunde om de plaatsing van de studenten aan te passen aan de capaciteit van de medische faculteiten. Bij deze verdeling is niet de Medische faculteit te Rotterdam betrokken. Het aantal toekomstige studenten dat bij deze faculteit terecht kan is door de minister vastgesteld op 180. De overige eerstejaarsstudenten in de geneeskunde zullen als volgt over de universiteiten worden gespreid: RU Leiden 14%; RU Groningen 17%; RU Utrecht 14%; GU Amsterdam 22%; VU Amsterdam 18%; KU Nijmegen 15%.

De minister tekent hierbij aan dat het maximum aantal eerstejaarsstudenten per faculteit niet groter behoeft te zijn dan 425. Het eventueel overgebleven restant zal gelijkmatig over de overige faculteiten worden verdeeld.

In zijn brief heeft de minister De Brauw ook het aantal studenten bekend gemaakt dat het tweede cursusjaar van de medische studie volledig kan gaan volgen. Deze cijfers liggen als volgt: RU Leiden 195; RU Groningen 200; RU Utrecht 200; GU Amsterdam 250; VU Amsterdam 210; KU Nijmegen 200.

De minister-president heeft, conform zijn toezegging, aan de Tweede Kamer doen toekomen de stukken, die onder verantwoordelijkheid van het voorgaande kabinet of de leden daarvan aan de informateur ter inzage zijn gegeven. Tot die stukken behoren — als bijlage — enkele berekeningen, op verzoek van de informateur opgesteld door het Centraal Planbureau. Dit bureau heeft becijferd dat een invoering van een eigen risico voor ziekenfondsverzekerden van gemiddeld f 50,— per verzekerde tot een premieverlaging van 0,35% zal kunnen leiden en een eigen risico van gemiddeld f 100,— per verzekerde tot een verlaging met 0,7%.

Medische en para-medische beroepen in de E.E.G.

Gedurende de jaren 1968-1970, toen presidium en secretariaat van het Comité Permanent van de Artsen in de EEG berusste bij België trad de heer H. Anrys op als directeur van het bureau van het Comité Permanent. In die jaren is bij de directie van het Comité Permanent een hoeveelheid feitelijke kennis en documentatie geaccumuleerd, die zeer aanmerkelijk kan worden genoemd.

Onlangs is, na ommekomst van de drie jaren, het secretariaat op Italië overgegaan en heeft de heer Anrys de taak op zich genomen een compilatie samen te stellen van al de gegevens. Hij heeft deze als een omvangrijk boekwerk het licht doen zien, getiteld: „Les professions médicales et paramédicales dans le marché commun”, in de ondertitel nader gepreciseerd: „Champ d'activité, accès, règles professionnelles, ainsi que les grands problèmes contemporains d'éthique” *.

Zoals de ondertitel reeds aangeeft, betreft het hier in de eerste plaats een bijeenzetten, op rechtsvergelijkende basis, van een aantal gegevens met betrekking tot de zes landen van de EEG. Daarnaast gaat de schrijver echter in op onderwerpen met een meer beschouwelijk karakter, zoals de medische ethiek. Het boek is hierdoor geworden tot een soort „encyclopedie” met betrekking tot de medische beroepen in de ruimste zin in de EEG, waarbij een belangrijke plaats is ingeruimd voor wat onze zuiderburen de „déontologie médicale” noemen. In de vorm vertoont het gelijkenis met de bekende „Guide d'exercice professionnel” van de Franse Ordre national des médecins. In dit licht gezien beslaat het boek dan ook een ruimer kader dan alleen de coördinatie en harmonisatie binnen de EEG, aangezien het voor een ieder die belang stelt in, of die zich bezig houdt met medisch-ethische vraagstukken, als documentatie-grondslag kan dienen.

Met steeds de zes EEG landen afzonderlijk voor ogen, passeren, na een historisch overzicht, „l'acte médical, la profession médicale, les professions médicales partielles” en „les professions paramédicales auxiliaires de santé”, de revue. Hierna valt het licht op de rol van de beroepsorganisaties en op de „déontologie”, waarna in twaalf hoofdstukken deze medische ethiek in ruimste zin, tot in detail wordt besproken, wederom steeds voor alle zes EEG-partners. Vervolgens wordt een hoofdstuk gewijd aan la déontologie face à la médecine moderne” waarin aan problemen van de moderne tijd (transplantatie, selectie, doodscriterium, computer enz. enz.) aan-

dacht wordt geschonken, evenals aan de verstrengeling met het sociaal-(economisch) recht.

Met als bijlagen de volledige teksten van de diverse „déclarations”, „codes de déontologie” en „chartes médicales”, sluit het werk af, daarmee aan de opzet als documentatie-bron alle eer doende.

Het zal, na kennisneming van het bovenstaande, duidelijk zijn dat de „tour d'horizon” die de heer Anrys ons hier voorlegt, zo omvangrijk is, dat nadere en gedetailleerde beschouwing binnen het kader van deze boekbespreking niet uitvoerbaar is.

Gezien het internationaal karakter van het boek, vermelden wij met enige schroom, dat de hoofdstukken handelende over Nederland, inzonderheid over de Maatschappij, blijk geven van een goed inzicht in de situatie zoals die hier is gegroeid. Vele Nederlandse „deskundigen” kunnen een voorbeeld nemen aan de wijze waarop b.v. de interne rechtspraak van de Maatschappij wordt gelegd naast de rechtspraak van de Tuchtcolleges, en daarmee wordt vergeleken. Het ontbreken van een strikte „code du déontologie” in ons land, betekent uiteraard een handicap bij een vergelijkende studie, omdat goeddeels ongeschreven recht (c.q. gewoonte-recht) door zijn aard moeilijk grijpbaar is, in het bijzonder voor buitenlanders gewend aan een strikt gecodificeerd systeem. Op velerlei ander gebied is schematisering, dat wil zeggen opstellen van vergelijkende overzichten met betrekking tot alle landen, echter wel mogelijk. Voorbeeld: onder het hoofdstuk „La qualification des médecins” treffen wij een uiterst nuttig vergelijkend overzicht aan van de opleidingsduur voor de verschillende specialismen in de zes EEG-landen.

Gaarne zouden wij nog andere nuttige facetten van het boek naar voren willen halen, maar de beschikbare ruimte laat dat niet toe. Samenvattend kan worden gezegd dat hier voor iedereen in West-Europa die bij de werkzaamheden tot coördinatie, harmonisatie en unificatie van wetgeving en regelingen op medisch gebied is betrokken, een belangrijk werkstuk op tafel ligt. Aangezien de datum van inwerkingtreding van de eerste richtlijnen voor de „libre circulation” binnen de EEG met rappe schreden nadert, is het verheugend dat, wat dat betreft, het boek tijdig het licht zag. De te verwachten uitbreiding van de EEG zal nog tot menige complicatie aanleiding geven en wij mogen de heer Anrys dankbaar zijn voor het werk dat hij, voor het zover is, heeft verricht. De vergelijkende beschrijving van de medische ethiek en van de „déontologie” is, ook los van de EEG, van groot belang. Het boek wordt hiermede dan ook in ieders aandacht aanbevolen.

Mr. B. Schultsz

* H. Anrys:

Les professions médicales et paramédicales dans le marché commun, 664 p, prijs onbekend. Ferdinand Larcier Editeurs S.A., 39, Rue des Minimes, Bruxelles.

BESCHRIJVINGSBRIEF

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

(Vervolg van M.C. no 30/1971 blz. 799)

Punt VI A

Jaarverslag 1970 Raad van Beroep

Het jaar 1970 werd onder meer gekenmerkt door de reorganisatie van de oude naar de nieuwe vorm van rechtspraak in de K.N.M.G. De datum van overgang, oorspronkelijk bepaald op 1-1-1970, moest om organisatorische redenen enkele maanden worden uitgesteld zodat een en ander op 1 april 1970 plaats vond. Teneinde een juiste uitvoering te geven aan het in het reglement bepaalde is op 12 december 1970 de Raad in zijn totaliteit door de Algemene Vergadering gekozen, waarbij ook behoorde de verkiezing van Prof. Mr. A. Melai.

Dr. J. C. Schultsz werd bij zijn aftreden in september 1970 de zilveren legpenning van de Maatschappij uitgereikt wegens zijn grote verdienste als voorzitter van de Raad en voor zijn werk als lid van de Commissie Vernieuwing Rechtspraak.

Tengevolge van deze overgang was de Raad van 1 januari tot 12 november 1970 als volgt samengesteld: Dr. J. C. Schultsz, voorzitter; Dr. H. Navis, secretaris; F. H. Veldhuijzen van Zanten, onder-voorzitter; Dr. Jos L. H. Specken, archivaris-penningmeester; Dr. D. J. Hartman, tweede secretaris; met als plaatsvervangende leden: Dr. P. van Braam van Vloten; Th. G. J. J. van Berkestijn en K. Ittmann; en van 13 november tot einde 1970 als volgt: F. H. Veldhuijzen van Zanten, voorzitter; Dr. H. Navis, secretaris; Dr. D. J. Hartman, onder-voorzitter; Dr. Jos L. H. Specken, archivaris-penningmeester; Prof. Mr. A. L. Melai, lid; met als plaatsvervangende leden: Mr. J. C. Coebergh, Dr. J. D. Bom, Ph. J. Hoedemaker en Dr. R. B. Spanjaard. Gedurende het gehele jaar fungeerde Mr. J. C. Coebergh als adjunct-secretaris.

De Raad kwam in 1970 8 maal bijeen, 6 maal werd een zitting gehouden. Alle bijeenkomsten en zittingen vonden plaats in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht. Op 1 januari 1970 waren 5 zaken in behandeling. In 1970 werden 8 zaken geheel afgehandeld. Er waren op 31 december 1970 nog 5 zaken in behandeling.

De 8 afgehandelde zaken betroffen:

1. Een verzoek om opheldering van een patiënt betreffende de door deze ontvangen declaratie van een specialist werd door een afdelingsraad als klacht behandeld. Er werd een tuchtmaatregel toegepast. De Raad stelde vast dat het in de eerste plaats om een geschil ging. Voor wat dit geschil betrof werd de hoogte van de declaratie akkoord bevonden. Voor wat de klacht betrof constateerde de Raad dat er — gezien het akkoord bevinden van de declaratie — geen reden was een tuchtmaatregel toe te passen.

2. De klacht van een specialist tegen een collega specialist, die in het openbaar jegens zijn vroegere associé (de klager) enkele onelegante handelingen verrichtte die het beëindigen van de associatie moesten bekend maken, werd door de Afdelingsraad voor ongegrond verklaard. De Raad deed dit beroep schriftelijk af. Daarbij werd vastgesteld dat hier een tegen een collega gerichte handeling had plaats gevonden, die wellicht een berisping had gerechtvaardigd. Gezien de ernstige mate van irritatie die over en weer bestond en die zeker ook door klagers instelling was veroorzaakt besloot de Raad echter met een waarschuwing aan beklagde te volstaan.

3. Dit geval betrof een klacht van een specialist tegen een collega specialist die tijdens een waarneming een patiënt had opgenomen en had behandeld zonder de klager, naar wie de huisarts had bedoeld te verwijzen, daarvan in kennis te stellen. Bovendien werd de patiënt opgenomen in een ander ziekenhuis dan waar klager aan verbonden was. De Afdelingsraad meende dat beklagde onvoldoende de in het collegiale verkeer passende zorgvuldigheid in acht had genomen maar zag geen reden tot het toepassen van een tuchtmaatregel.

De Raad stelde vast dat er in de regio waar de betrokken specialisten werken tussen hen geen deugdelijke afspraken bestaan betreffende de onderlinge waarneming. Bovendien was de onderlinge verhouding niet zoals deze zou moeten zijn. De Raad achtte het niet uitgesloten dat in deze niet optimale collegiale verhoudingen een naamsverwarring, die volgens beklagde bij de verwijzing een rol heeft gespeeld, geleid heeft tot de situatie waarover

werd geklaagd. De Raad was van oordeel dat er niet voldoende feiten zijn komen vast te staan om daaraan tuchtrechtelijke maatregelen te verbinden.

4. Een beroep van een patiënt tegen de beslissing van een afdelingsraad betreffende een klacht van de patiënt tegen twee artsen, werd ingetrokken. Dit werd door de Raad geaccepteerd.

5. Een klacht van een patiënt tegen een huisarts die naar klagers mening door onvoldoende deskundigheid en door nalaten van het inroepen van specialistisch advies klager onnodig lijden en tenslotte blijvende algehele invaliditeit zou hebben bezorgd. De Afdelingsraad paste geen tuchtmaatregel toe omdat klager te laat met zijn klacht kwam en omdat klagers en beklaagdes meningen lijnrecht met elkaar in strijd waren. De Raad stelde vast dat de feiten waarover geklaagd werd zich weliswaar over een periode van 20 jaar uitstrekten maar dat het in het belang van beide partijen leek de zaak wel in behandeling te nemen. De Raad concludeerde verder dat de klachten voor een deel niet op waarheid berustten en voor het overige deel geenszins het bewijs vormden voor onvoldoende deskundigheid van de huisarts en dat tevens de adviezen die de huisarts gaf niet of slechts gedeeltelijk door de patiënt werden opgevolgd. De Raad verklaarde de klachten ongegrond.

6. Een klacht van een patiënt tegen een arts werd door een Afdelingsraad niet in behandeling genomen omdat de feiten waarover geklaagd werd reeds langer dan een half jaar bij de patiënt bekend waren. De Raad wees het beroep van de patiënt af omdat deze in het beroepschrift geen feiten aanvoerde die voor de Raad aanleiding konden zijn de Afdelingsraad alsnog op te dragen de zaak in behandeling te nemen.

7. Een klacht van een patiënt tegen een specialist omdat na een, naar de mening van de patiënt, onbedachtzaam en onverantwoord inwendig onderzoek ernstige klachten waren ontstaan, werd door de betrokken afdelingsraad om redenen van onbeduidendheid niet in verdere behandeling genomen. De Raad deed het beroep schriftelijk af op grond van de overweging dat door een mondelinge behandeling geen nieuw licht op de zaak zou kunnen worden geworpen. De Raad bekrachtigde de uitspraak van de Afdelingsraad en stelde vast dat de specialist geen verwijt kon worden gemaakt.

8. Een arts ging in beroep tegen de uitspraak van een Afdelingsraad naar aanleiding van een conflict met een patiënt. De arts trok dit beroep in wat door de Raad werd geaccepteerd.

De uitspraken van de Afdelingsraden werden door de Raad gecontroleerd.

Namens de Raad van Beroep
Dr. H. Navis, secretaris

Punt VI B

Jaarverslag 1970 van het bestuur van Medisch Contact

Voor 1970, waarin Medisch Contact zijn 25ste jaargang voltooide, is er qua omvang weinig verandering te melden ten opzichte van het jaar 1969. De inhoud gaf een verschuiving te zien in de richting van de sociale geneeskunde, gezondheidszorg, welzijnszorg en hygiëne. Er was een geringe achteruitgang in de artikelen over overheidsbemoediging op medisch terrein.

Personeelsmutaties waren de volgende: per 1 januari 1970 trad collega F. A. Bol op als hoofdredacteur. In dit jaar kreeg de heer R. A. te Velde zijn vaste benoeming als lid van de redactiestaf.

Het voorzitterschap van het bestuur werd vanaf 1 januari 1970 bekleed door Dr. J. Degenaar. Eind 1970 traden de bestuursleden Prof. D. C. den Haan en Prof. Dr. S. A. de Lange af. De Algemene Vergadering benoemde tot hun opvolgers Dr. J. A. Stoop en J. H. van Meurs.

Reeds in het jaarverslag over 1969 signaleerden wij een intensivering van het redactionele werk, hetgeen een wezenlijke taakverzwaring met zich bracht. De voornaamste factoren, die tot deze intensivering van het werk aanleiding gaven, werden in het jaarverslag over 1969 vermeld. Bestuur en redactie hebben zich afgevraagd in welke richting het beleid moest gaan om het functioneren van Medisch Contact voor onze medische maatschappij ook in de komende jaren te waarborgen.

Reeds in 1969 werd de wenselijkheid gevoeld de contouren van de prognose neer te leggen in een interne beleidsnota. In contacten met het dagelijks bestuur der Maatschappij werd van die zijde eveneens te kennen gegeven dat men prijs zou stellen op een dergelijke nota. Juni 1970 werd een werkstuk overhandigd aan het dagelijks bestuur, waarin een korte taak-analyse en prognose werden gegeven. Het zou te ver voeren om in dit jaarverslag in te gaan op details van de nota.

Een uitzondering zouden wij willen maken voor de conclusie ten aanzien van de toekomstige samenstelling van de redactie. Deze luidde als volgt: voor een juiste uitoefening van alle hierboven omschreven taken moet worden gesteld, dat met de huidige bezetting, te weten een half-time hoofdredacteur en een tweederde redactiesecretaris, twee redacteurs en een secretaresse, er niet voldoende mogelijkheden zijn voor de verzorging van een optimale informatie en reportage. De huidige redactionele werkzaamheden laten de hierboven voorgestelde taakuitbreiding niet toe. Indien daarbij dan nog moet worden gerealiseerd dat alle medewerkers bij ziekte en vakantie elkaar onderling kunnen vervangen, acht het bestuur van Medisch Contact het onvermijdelijk dat op korte termijn de redactie als volgt zal moeten worden bemand: een full-time hoofdredacteur en redactiesecretaris, twee redacteurs en een gekwalifi-

ceerde secretaresse. In totaal dus 5 personen, alle in full-time dienst.

Naar aanleiding van de nota volgde een uitvoerige gedachtenwisseling tussen hoofdbestuur en het bestuur van Medisch Contact, een gedachtenwisseling die niet slechts de bezetting van de redactie betrof, doch onder meer ook de vraag hoe het contact tussen hoofdbestuur en bestuur Medisch Contact zou kunnen worden geïntensiveerd. Hoewel dit overleg op een aantal punten voor beide partijen bevredigend verliep, bleef een controverser bestaan ten aanzien van de intentie van ons bestuur om de hoofdredacteur een full-time aanstelling te geven. Aangezien het zowel het hoofdbestuur als het bestuur van Medisch Contact wenselijk leek de Algemene Vergadering een advies voor te leggen, dat de instemming van beide besturen had in deze, werd besloten een bindend advies te vragen aan een commissie, bestaande uit een drietal oud-voorzitters der Maatschappij. Ook de redactie van Medisch Contact verklaarde zich gaarne bereid zich te conformeren aan een dergelijk advies.

Het kader van dit jaarverslag laat niet toe in te gaan op het inmiddels uitgebrachte rapport der drie oud-voorzitters. Wel is hier een woord van dank op zijn plaats voor de rustige en prettige wijze waarop in het bijzonder de leden van het dagelijks bestuur de vaak moeilijke besprekingen met ons bestuur hebben willen voeren. Het intensievere contact dat er geweest is tussen het hoofdbestuur en het bestuur van Medisch Contact zal ongetwijfeld in de komende jaren vruchten afwerpen voor Medisch Contact en daardoor voor onze medische gemeenschap.

Rotterdam, 14 juni 1971

Prof. Dr. S. A. de Lange

Punt VI C

Jaarverslag 1970 van het bureau voor waarneming en vestiging

De Commissie van het Bureau voor Waarneming en Vestiging onderging gedurende het verslagjaar een ingrijpende verandering. Door de pensionering van G. Dekker, lid en leider van het Bureau, ontstond een vacature, die bij het vertrek van G. Dekker werd vervuld door Dr. H. Roelink, secretaris der Maatschappij. In de loop van het jaar gaven ook de beide leden van de Commissie J. A. de Jong te Amsterdam en M. A. Hartman te Diemen de wens te kennen te bedanken als lid van de Commissie. Reglementair zal hier in worden voorzien op de eerste Algemene Ledenvergadering van de Maatschappij van het jaar 1971. Enige kandidaten voor de vervulling van deze vacatures zijn reeds gepolst.

Het bureau vestiging. Het aantal praktijken, dat ter overname werd aangeboden, nam weer toe. De direct via het Bureau overgedragen praktijken zijn nog altijd gering in aantal. Dat wil niet zeggen dat

de overdracht van de praktijken, die buiten het Bureau om worden overgenomen, geheel worden onttrokken aan de activiteiten van het Bureau. In genoemde gevallen worden toch vaak persoonlijke adviezen gegeven, die een positieve bijdrage leveren aan het tot stand komen van de overdracht van de praktijk.

Verontrustend is de grote stijging van het aantal praktijken, dat niet over te dragen is. Dit aantal liep op van 13 in 1969 tot 33 in 1970.

Geleidelijk aan probeert het Bureau de mogelijkheden tot associaties, vrije vestiging en zogenaamde „beschermd vestiging“ (dit is een vrije vestiging op verzoek van en met medewerking van ter plaatse gevestigde artsen) te stimuleren. Er blijkt een duidelijke toename van de behoefte aan deze vorm van praktijkoverdracht en vestiging te zijn.

Het onderstaande overzicht geeft een indruk van de activiteiten van het Bureau Vestiging over 1970;

aantal aangeboden praktijken	61
aantal overgedragen praktijken via het bureau	5
aantal overgedragen praktijken buiten het bureau om niet kunnen overdragen	19
aantal annuleringen	33
aantal annuleringen	4
aantal mogelijkheden tot associatie	16
aantal associaties via het bureau	2
aantal associaties buiten het bureau om	7
niet kunnen associëren	3
aantal annuleringen	4
aantal mogelijkheden tot vrije vestiging	1
tot stand gekomen vrije vestiging buiten het bureau om	1

Het bureau waarneming. De activiteiten van het Bureau Waarneming bewegen zich nog steeds in stijgende lijn. Het aantal aanvragen nam weer duidelijk toe, terwijl de waarnemingen, die door het Bureau zelf konden worden verzorgd, een relatief nog sterkere stijging vertoonden, nl. van ongeveer 30%. Waarschijnlijk als gevolg daarvan nam het aantal gevallen af, waarin wel een waarneming via het Bureau was aangevraagd, maar waarin uiteindelijk door de aanvrager zelf in de waarneming werd voorzien.

Alles bijeen genomen kan worden gesteld dat de activiteiten van het Bureau voor Waarneming en Vestiging binnen het kader van de ledenservice een duidelijke plaats hebben. In de naaste toekomst zal worden getracht deze activiteiten nog uit te breiden.

Wanneer in de genoemde vacatures van de Commissie is voorzien kan met de nieuwe leden van het Bureau nader worden besproken in hoeverre aan de dienstverlening op dit gebied via verbeteringen in het reglement uitbreiding aan de service kan worden gegeven.

Mede door de vergroting van de activiteiten van het Bureau werd ook in het afgelopen jaar weer veel inspanning gevraagd van degenen, die met de praktische uitvoering van de waarneming zijn belast. Dankzij een grote activiteit is het Bureau in staat, ondanks de kleine bezetting, toch op redelijke wijze aan alle aanvragen tegemoet te komen. Helemaal vergeten nog dikwijls vele aanvragende artsen

te melden, dat de waarneming reeds is geregeld. Indien aan de uitvoering van dit reglementaire voorschrift meer de hand zou worden gehouden, kan dit een aanzienlijke besparing van de werkzaamheden van het Bureau betekenen.

Het onderstaande overzicht geeft een indruk van de activiteiten van het Bureau Waarneming over 1970:

	aantal aanvragen	annule- ringen	door het bureau verzorgd	niet kunnen helpen	zelf voorzien
januari	57	3	43	—	11
februari	41	3	29	—	9
maart	44	2	36	—	6
april	44	4	37	—	3
mei	57	7	34	1	15
juni	86	2	43	1	40
juli	100	3	67	1	29
augustus	48	2	38	1	7
september	67	7	46	—	14
oktober	54	—	49	—	5
november	32	—	30	—	2
december	48	4	42	—	2
totaal	678	37	494	4	143

Richtlijnen voor de vergoedingen van de waarneming. Deze werden op voorstel van de Commissie en na overleg met de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Landelijke Specialisten Vereniging en na goedkeuring door het hoofdbestuur voor het jaar 1971 als volgt vastgesteld:

voor huisartsen:

1. vergoeding voor waarneming van een kleine praktijk:
f 100,— per dag + reis- en verblijfkosten (was f 90,— per dag);
2. vergoeding voor waarneming van een middelgrote praktijk:
f 110,— per dag + reis- en verblijfkosten (was f 100,— per dag);
3. vergoeding voor waarneming van een grote praktijk:
f 125,— per dag + reis- en verblijfkosten (was f 115,— per dag).

voor specialisten:

1. vergoeding voor waarneming van een kleine praktijk:
f 115,— per dag + reis- en verblijfkosten (was f 100,— per dag);
2. vergoeding voor waarneming van een middelgrote praktijk:
f 135,— per dag + reis- en verblijfkosten (was f 125,— per dag);
3. vergoeding voor waarneming van een grote praktijk:
f 165,— per dag + reis- en verblijfkosten (was f 150,— per dag).

De hierboven vermelde bedragen zijn bedoeld als richtlijnen. Indien een vergoeding voor verblijfkosten moet worden betaald wanneer de waarnemer niet

verblijft en verzorgd wordt ten huizen van de arts, voor wie hij waarneemt, komt hiervoor een vergoeding in aanmerking in de orde van f 20,— à f 25,— per dag.

Wat betreft de kilometervergoeding is besloten als richtprijs een maximum van f 0,28 per kilometer voor te stellen. Het definitieve bedrag zal door partijen moeten worden overeengekomen.

Het blijkt steeds frequenter voor te komen dat het Bureau ten aanzien van deze richtlijnen vragen bereiken, waaruit duidelijk blijkt dat de gegeven bedragen inderdaad richtlijnen zijn. Via het bureau worden dan door middel van persoonlijk overleg adviezen gegeven, die zoveel mogelijk zijn afgesteld op de persoonlijke situatie van waarneming en de gene, voor wie wordt waargenomen.

Dr. H. Roelink
Directeur Bureau voor
Waarneming en Vestiging

Punt VI D

Jaarverslag 1970 van de commissie voor de geldmiddelen

De Commissie voor de Geldmiddelen was in 1970, na aftreden van collega van Calcar ultimo 1969 en verkiezing van collega Kingma Boltjes per primo 1970 als volgt samengesteld: A. E. Denekamp, arts te Zwolle, aftredend ultimo 1971, A. W. Herweyer, arts te Rotterdam, aftredend ultimo 1973 en T. Y. Kingma Boltjes, arts te Menaldem, aftredend ultimo 1974. Het voorzitterschap werd uitgeoefend door collega Denekamp, het secretariaat door collega Kingma Boltjes. Collega Denekamp is per ultimo 1971 niet herkiesbaar, collega Herweyer per ultimo 1973 evenmin, collega Kingma Boltjes is per ultimo 1974 éénmaal herkiesbaar, ingevolge art. 575 HR.

De commissie kwam in 1970 eenmaal bijeen ter bespreking van de jaarstukken der Maatschappij, de toevoeging aan het spaarfonds, de jaarstukken van het Ondersteuningsfonds, de jaarstukken van het Fonds voor Oorlogsslachtoffers, het aandeel van Medisch Contact in de jaarstukken der KNMG, en rapporteerde daaromtrent aan de Algemene Vergadering. Zij was aldaar vertegenwoordigd bij de behandeling van haar rapport.

De commissie rapporteerde na onderlinge consultatie schriftelijk op verzoek van het Centraal Bestuur der L.A.D. over zijn jaarstukken aan hetzelfde met kopie aan het hoofdbestuur, op verzoek van het hoofdbestuur over de jaarstukken der L.S.V. aan hetzelfde met kopie aan het Centraal Bestuur der L.S.V. Naar aanleiding van de verzoeken om deze rapportering vroeg de commissie zich af, of haar, als permanente commissie van de Algemene Vergadering ex art. 574 HR, rapportering omtrent financiën van andere dan organen van de Algemene Vergadering competeert. Immers, in het toezicht op de financiën der Verenigingen voor Maatschappelijke Belangen van Huisartsen, Specialisten en Artsen in

Dienstverband is reeds op andere wijze voorzien in het HR, te weten in artt. 506 (advies over de begroting) en 509 (algemeen veto). Optreden van de commissie als een orgaan van de Wetgevende macht in de Maatschappij terzake van een prerogatief van de Uitvoerende macht, in casu het hoofdbestuur, kan immers licht tot verwarring leiden.

Namens de Commissie voor de Geldmiddelen
T. Y. Kingma Boltjes, secretaris

Punt VI E

Jaarverslag 1970 van het bestuur van de Stichting het Ondersteuningsfonds

Het aantal ondersteunden bedroeg in 1970 112 (in 1969 104). In 1970 overleden 4 ondersteunden.

Het meer persoonlijke contact met onze cliënten nam toe, wat leidde tot meer wederzijds begrip. Aan dit contact werd door vele onzer correspondenten hartelijke medewerking verleend, waarvoor wij zeer erkentelijk zijn.

Met onze correspondenten werd in 1970 wederom een bijeenkomst gehouden, hetgeen in vele gevallen tot meer inzicht in de gang van zaken leidde. De limiet voor steunverlening werd ook dit jaar weer aangepast aan de toenemende geldontwaarding. Bij deze aanpassing maakten wij dankbaar gebruik van de gegevens van de secretaris-econoom van de Maatschappij.

De algemene vergadering heeft ons voorstel aangevaard de grondslag voor de bijdrage voor 1970 te verhogen tot f 16,— per jaar, terwijl tevens werd aanvaard ons voorstel om in 1970 een extra bijdrage te heffen van f 2,— ter dekking van het tekort over 1969.

In 1970 werd aan bijdragen van de leden ontvangen f 377.744,72. Aan vrijwillige bijdragen, zoals verantwoord in Medisch Contact, werd ontvangen f 3.390,40.

Boven de limiet voor uitkering werd een extra ondersteuning verstrekt in de vorm van de vergoeding

voor weduwe, aanvullend tot
inwonende studerende kinderen tot
niet-inwonende studerende kinderen tot
studerende kinderen, volle wezen tot

van de huishuur of huurwaarde eigen woning boven f 580,—. In november werd een extra uitkering verstrekt van f 300,— (aan echtparen f 450,—), terwijl evenals vorige jaren een Kerstgave van f 300,— werd uitgekeerd.

Wat betreft de uitkering krachtens de Bijstandswet blijft de situatie wat onduidelijk en plaatselijk zeer verschillend.

Veel dank is het bestuur van onze Stichting verschuldigd aan de heer Engel en voor de hulp, welke de secretaris van ons fonds van zijn secretaresse heeft gekregen.

Namens het Bestuur van de Stichting
Ondersteuningsfonds,
A. D. J. Berkhout, voorzitter
P. J. M. Baudoin, secretaris

Punt VI F

Jaarverslag 1970 van de commissie voor de steunregeling aan oorlogsslachtoffers

Het aantal weduwen en wezen waarover de zorg van het Fonds Oorlogsslachtoffers zich uitstrekt, is in 1970 in vergelijking met 1969, met een verminderd (1 kind).

1968: 15 weduwen en 5 kinderen + 1 echtpaar

1969: 16 weduwen en 5 kinderen (van wie 4 studerend)

1970: 16 weduwen en 4 kinderen (studerend)

De 4 studerende kinderen zijn als volgt verdeeld: 1 studeert bosbouw, 1 medicijnen, 1 economie en 1 electro-techniek.

Het totaal bedrag der uitkeringen over 1970 was f 93.266,— tegen f 81.509,— in 1969 en f 80.115,— in 1968. De stijging in het bedrag der uitkeringen is mede veroorzaakt door het feit dat bij een gelijkblijvend aantal weduwen en 1 kind minder, de norm tot welke uitkering werd verleend ten opzichte van 1969, als volgt werd verhoogd; tevens wordt hierbij vermeld tot welke norm in 1971 zal worden uitgekeerd:

1969	1970	1971
f 9.500,—	f 10.200,—	f 11.000,—
f 3.500,—	f 3.800,—	f 3.950,—
f 5.000,—	f 5.400,—	f 5.600,—
f 6.000,—	f 6.500,—	f 6.750,—

In 1970 werd, evenals in 1969, een vakantietoelage uitgekeerd van f 600,— en een kerstuitkering van f 200,—.

Aan de opdracht aan de commissie, de betrokkenen met raad en daad behulpzaam te zijn, kon in

een aantal gevallen middels mondelinge en schriftelijke contacten gevolg worden gegeven.

Namens de commissie,
J. Diepersloot, arts
Secretaris-generaal

Mededelingen inzake ondernemingsraden

De sedert 1 april 1971 van kracht geworden wet op de Ondernemingsraden schrijft voor, dat iedere ondernemer, die een onderneming in stand houdt waarin in de regel ten minste 100 personen werkzaam zijn, verplicht is een ondernemingsraad in te stellen. Uit de memorie van toelichting blijkt, dat ook instellingen, werkzaam op het gebied van het ziekenhuiswezen, onder de vigeur van de wet vallen: ook ziekenhuizen, verpleegtehuizen etcetera zullen derhalve een ondernemingsraad dienen te kennen. Het is waarschijnlijk te achten, dat de Sociaal Economische Raad zal overgaan tot het instellen van een bedrijfscommissie voor het ziekenhuiswezen. In deze bedrijfscommissie, die zich zal bezighouden onder meer met het goedkeuren van reglementen van ondernemingsraden, zullen paritair vertegenwoordigd zijn organisaties van werknemers en werkgevers in de betrokken bedrijfstak. In de bedrijfscommissie voor het ziekenhuiswezen zullen derhalve zitting hebben organisaties van werkgevers en - van werknemers in het ziekenhuiswezen.

Het centraal bestuur van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband maakt bekend, dat de L.A.D. zich heeft gesteld als vereniging van werknemers in het ziekenhuiswezen en dat het een vertegenwoordiging ten behoeve van de L.A.D. in de genoemde bedrijfscommissie van groot belang acht en dit dan ook nastreeft.

Het centraal bestuur van de L.A.D. maakt voorts bekend, dat de L.A.D., als vereniging van werknemers in de zin van de Wet op de Ondernemingsraden, gehoord wenst te worden inzake voorlopige reglementen voor ondernemingsraden, opgesteld voor ziekeninrichtingen etcetera. Het centraal bestuur verzoekt de leden der vereniging die dit aangaat, het bovenstaande ter kennis te brengen van de directie van het huis, waaraan zij zijn ervan de directie van het huis, waaraan zij zijn verleend door de directeur van het bureau der L.A.D., mr. J. J. Witteveen.

Zeeuws Vlaanderen

In memoriam collega van Lierop.

Medio juli overleed collega J. A. van Lierop, huisarts te Hulst (Z.Vl.). Collega van Lierop werd op 25 januari 1924 geboren, behaalde op 4 november 1953 zijn artsexamen aan de Gemeentelijke Universiteit te Amsterdam en vestigde zich op 1 juni 1955 als huisarts.

Collega van Lierop, die in juni 1970 werd benoemd tot medisch directeur van het verpleegtehuis „de Blaauwe Hoeve”, heeft zijn ambt steeds met grote ambitie vervuld. Hij stelde zelf hoge eisen

Maatschappij-agenda 1971

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

aan zijn werk op wetenschappelijk gebied en schonk grote persoonlijke zorg aan zijn patiënten. Door middel van het volgen van nascholingscursussen, wetenschappelijke congressen en bijeenkomsten wist hij steeds zijn eigen zeer grote deskundigheid te toetsen en uit te breiden. Hij was een uiterst alma bele collega die op bescheiden, maar zeer indringende wijze zijn hoge opvattingen van maatschappelijke en medische ethiek alsmede van grote collegialiteit toonde. Daarom ook was hij een waardevolle vriend in de kringen van Maatschappij, L.H.V. en N.H.G.

De voorbeeldige wijze waarop hij zijn ziekte die hem in volle omvang en ernst lang voor zijn sterven bekend was, gedragen heeft was een getuigenis van christelijke levensopvatting. Het grote verdriet van zijn echtgenote en kinderen zal toch getemperd kunnen worden wanneer hun duidelijk blijkt dat de hoge idealen en de heldhaftige levenshouding van hun man en vader zijn vele en trouwe vrienden-collega's zeker ten voorbeeld zal blijven.

W. Eysink

Nieuwe inschrijvingen

De sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft de volgende artsen ingeschreven in het register van erkende sociaal-geneeskundigen.

Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

Per 1 november: H. H. L. Tan te Schiedam.

Per 1 januari 1971: J. M. v.d. Thillart te Helmond.

Jeugdgezondheidszorg

Per 15 januari 1971: C. A. M. Wennen-v. d. Meij te Amsterdam.

Per 1 maart 1971: P. van Vloten te Haarlem.

Per 28 april 1971: D. H. F. M. Erens-Dols te Venlo.

Verzekeringsgeneeskunde

Per 1 januari 1971: S. M. A. C. Welleman te Amsterdam.

Per 1 mei 1971: J. M. Feilzer te Utrecht.

Algemene gezondheidszorg

Per 1 januari 1971: J. Th. Ludlage te Berkel-Enschot.

Per 3 mei 1971: R. Linschoten te Utrecht.

Promoties:

F. Eulderink promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Kaakgezwollen bij muizen na röntgenbestraling en langdurige mechanische irritatie“. Promotor was Prof. Dr. Th. G. van Rijssel.

C. F. M. Langezaal promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Echografie in de verloskunde“. Promotor was Prof. Dr. A. Sikkel.

Mevr. F. R. de Leeuw-Israel promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Aging changes in the rat liver. An experimental study of hepatocellular function and morphology“. Promotor was Prof. Dr. P. J. Thung.

Mevr. N. G. Verweij-Burke promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Veranderingen in voedingsgewoonten van Surinaamse huishoudens in Amsterdam“. Promotor was Prof. Dr. H. A. P. C. Oomen.

Mej. J. Voogd te Groningen promoveerde aan de Universiteit van Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Obstetrische aspecten bij ongehuwde primigravidae“. Promotor was Prof. Dr. L. A. Joosse. Co-referent: Dr. H. J. Huisjes.

Benoemingen:

Dr. R. Ali is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Suriname om onderwijs te geven in de verloskunde en gynaecologie.

Mevr. Dr. M. M. Groenendijk-Huijbers is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht om onderwijs te geven in de anatomie en embryologie.

Dr. F. Jesserun is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Suriname om onderwijs te geven in de psychiatrie en neurologie.

Dr. E. van der Kuip is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Suriname om onderwijs te geven in de gezondheidsleer en sociale geneeskunde.

Prof. Dr. N. F. Noordam is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de algemene grondslagen der pedagogiek.

Dr. E. N. Parabarsing is benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Suriname om onderwijs te geven in de recepteerkunde.

Dr. E. G. Wijngaarde is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Suriname om onderwijs te geven in de oogheelkunde.

MC

PERSONALIA

Nieuwe leden:

R. Barentsen, Stuart Millstraat 1, R'dam
H. P. Berkhout, Ruyterveer 8, Zaandam
Dr. L. A. Boéré, Wijnoldy Danielsl. 8, Santpoort Z
J. A. du Boeuff, Snoeckgensheuvel 14, Amersfoort
Dr. R. Boniarto, Groen v. Prinstererlaan 21, Reeuwijk
B. J. van den Bosch, Straatweg 225, Rotterdam
M. H. Broekhuizen, Klaas Listinghsteeg 7, Weesp
B. W. Ensink, Tolhuislaan 4, Ede
Dr. H. Th. M. Folgering, Valkenburgseweg 30, Nijmegen
P. K. de Haan, Malvert 60-67, Nijmegen
L. van Haaster, Kortenaerstraat 5, Veghel
B. Haeseker, Schimmelpenninckstr. 7, Nijkerk
D. J. C. Heijl, Merelstraat 274, Leiderdorp
J. P. M. Hillegers, Fagelstraat 18, Nijmegen
N. Kapteyn, Reeweg 168, Dordrecht
F. Th. J. G. Th. Kok, Tuinstraat 2, Den Dungen
R. K. J. Koumans, Achterdijk 12 A, Rhooen
P. J. Laterveer, de Wetstraat 2, Leiden
A. A. van Leeuwen, Bolkruid 29, Rotterdam
A. G. G. E. Lombardo, Aldenhof 61-45, Nijmegen
P. B. Luursema, Thorbeckelaan 134, Groningen
F. A. M. Meerschaert, Kennedylaan 102, Roosendaal
J. H. Meerwaldt jr., Burg. van Esstr. 40, Pernis
Mej. A. H. Miedema, Haringvliet 2, Rotterdam
C. H. H. ten Napel, Bleulandweg 478, Gouda
J. H. G. Nieuwenhuisen, Volkerakstraat 23", Amsterdam
Mej. A. Oosterbaan, Wortmanstraat 97, Kampen
P. Pop, Observantenweg 42, Maastricht

P. C. M. Rosekrans, Hoefstraat 15, Leiden
J. J. Schipper, Adelheidstr. 22, Groningen
D. Sewing, Haagweg 56, Leiden
G. Siemons, Peuleyen 190, Waddinxveen
Mevr. M. Slappendel-Nijhuis, Dorpsstraat 204, Scherpenzeel
Dr. H. K. A. Snick, Statenrove II nr. 6, Middelburg
Sj. J. Tromp, Kleine Kruisstraat 9A, Groningen
Mevr. G. Veerman-Nijenhuis, Bolestein 382, Amsterdam
Mevr. W. J. M. Vendrik-Vos, Haringvliet 10, Rotterdam
M. H. F. de Vries, Schermilaan 42 A, Rotterdam
Mevr. A. L. de Vries-Locher, Edelsteensingel 37, Alphen a/d Rijn
H. M. Vriesendorp, Meiendaal 34, Rotterdam
L. G. M. Wilberts, Schubertlaan 126, Leiden
A. van Wilsem, Jan v. Eyckstraat 44, Alkmaar

Mevr. A. Barels-Hoving, Hoofdweg 47, Hellum (Gr.).
P. Bijlsma, Eikenlaan 10, Peize (Dr.).
Mevr. H. C. M. Defourny-Schermers, Boslaan 9, Vreeland.
L. de Graaf, Oranjeboomstraat 211b, Rotterdam.
W. Hospers, Burg. Wilhelmweg 13, Eibergen (Gld.).
J. W. Hoefakker, Koninginnesingel 91, Venlo.
C. A. H. M. Kerckhoffs, Burg. Waszinkstraat 87, Heerlen.
R. A. Leerentveld, Beeklaan 404, 's-Gravenhage.
J. P. Levendig, Stadhoudersring 64, Zoetermeer.
G. Olijhoek, Flanorpad 2A, Leiden.
D. J. van Petersen, Giselbertstraat 7, Mijdrecht.
C. G. Roeleveld, Geerkade 21, Wilnis.
Mevr. H. Smolders-de Haas, Molenpad 13, Weesp.
P. M. J. R. de Swart, Brakersweg 20, Castricum.
B. J. Vermeer, P.O.-box 21, Zomba Malawi.
(Vervolg op bladzijde 834)

F. G. J. Willekens, Peter Schunckstraat 606, Heerlen.
A. N. de Wolf, van der Werffstraat 13, Zoetermeer.

Overleden:

A. C. M. van Beek, Essebaan 2, Vught.
Mej. A. Beerman, Ambachtsheerelaan 3A, Harmelen.
P. Boer, Berg en Dalseweg 6, Nijmegen.
Dr. J. Th. Cremers, Bussum, Vondellaan 1.
Th. A. Jagerink, Prinses Julianalaan 10a, Rotterdam.
P. N. J. Kluyver, Baan 21, Haarlem.
M. J. Kreemer, Kwartellaan 56, 's-Gravenhage.
K. v. Leeuwen, Dorpsweg 3, Bruinisse.
J. A. van Lierop, Grote Markt 11, Hulst.

W. van Rossem, Cimborgalaan 4, Breda.
Dr. M. H. G. A. Tholen, Jozef Israëlsplein 28, Den Haag.
I. Weeda, Krijgersberglaan 17, Schaesberg (L).
M. J. Bast, Rustoordlaan 27, Eefde
P. J. Blom, Statenplein 8, 's-Gravenhage
Dr. R. J. Harrenstein, Weteringschans 141, Amsterdam
Dr. J. H. B. M. Huysmans, Kometenlaan 23, De Bilt
J. N. Jager, Jan Miense Molenaerplein 13, Heemstede
A. W. Langereis, Hertspiegheleweg 86, Amsterdam-W.
R. A. J. Niels, Laan v. Meerdervoort 412, Den Haag
Mevr. R. Swelheim-de Boer, Koninginneweg 146 hs, Amsterdam
K. H. Wouda, 's-Gravenpolderseweg 9, Goes

MC | BRIEVEN AAN DE REDACTIE

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

ZIEKENHUIS EN POLITIE (IV)

Antwoord aan collegae v.d. Heide, v.d. Wey en v.d. Valk.

Samen denkend komt er duidelijkheid. Met het woord „praktisch” bedoelde ik niets anders dan een conclusie: Als de politie of politie-arts binnen wil, komt hij erin, al zal bij weigering moeten worden gewacht tot de persoon, die wettelijk gerechtigd is toelating te bevelen, ter plaatse is. Dit valt ook zeer duidelijk te lezen in de reactie van collega Schuurmans-Stekhoven. Weigering van toegang geeft daarom alleen tijdswinst voor de verdachte, bijvoorbeeld voor het opruimen van bewijsmateriaal of het verbergen van zichzelf. Medisch ongemotiveerd hinderen van de politie is een wettelijk vergrijp en tegen de betreffende arts kan proces-verbaal worden opgemaakt. Ik heb weigeren van toegang als zinloos (en mogelijk strafbaar) hinderen gesteld tegenover het even later hulp vragen van de politie. Dat verwekt wrevel. Dus geen „koe-handel” in de zin van de ene dienst is de andere waard.

Hoe of de patiënt zichzelf gedraagt tegenover de politie is een aangelegenheid van de patiënt zelf.

Over het medisch ambtsgeheim. De politie-arts moet datgene geheim houden wat hij:

— niet zelf aan de patiënt kan waarnemen of van de patiënt zelf verneemt of wat de patiënt toestaat in te zien (status, foto's, etc.), nadat de arts duidelijk heeft gemaakt in opdracht van justitie te Informeren.

— wat de behandelend geneesheer hem te goeder trouw meedeelt of laat zien en nadelig blijkt voor de patiënt, of terzake niet van belang.

Het is een vereiste voor de politie-arts dat hij medisch-ethisch goed gevormd moet zijn, zodanig dat hij op dit gebied als deskundige kan gelden. Dat wil niet zeggen dat de behandelend geneesheer dan maar altijd open kaart moet spelen. Elkaar goed kennend en begrijpend kan dat natuurlijk wel. In het algemeen, maar zeker bij verschil van mening zal de politie-arts de volledige verantwoording moeten dragen voor het gebruik van indirect opgedane kennis.

Over mijn uitgangspunt. De verdachten in geneeskundige handen zijn te splitsen in degenen die met medeweten van en degenen die buiten kennis van de politie in een gebouw voor medische hulp verblijven. Mijn problematiek heeft zich beperkt tot degenen, die met medeweten van of vermoeden van de politie worden behandeld. Mijs inziens doet het er niet toe op welke wijze de politie deze kennis heeft opgedaan. De restrictie van de collegae v.d. Wey en v.d. Valk, alleen medewerking te verlenen als de politie in feite de verdachte ter behandeling aanbiedt, is dan te beperkt. Ik ga zelfs verder en plaats een groot vraagteken ten aanzien van redelijkheid van hun grondgedachte: Absoluut ambtsgeheim om te voorkomen dat een patiënt uit angst voor arrestatie zou kunnen verzuimen noodzakelijke medische hulp in te roepen. Kort, omdat hierover enkele jaren geleden in M.C. reeds de nodige woorden geschreven zijn in verband met de moord op verpleegsters in de V.S..

Ik doe het via een voorbeeld. In een grote stad worden voortdurend meisjes aangerand en verkracht door een op gelijke wijze beschreven man. Het laatste meisje heeft die man tot bloeden toe in een hand gebeten. Via de publiciteitsmedia weet iedereen dat.

Wat is nu belangrijker een vingercontractuur bij de dader of dat andere meisjes (mijn en uw dochter) morgen aan de beurt zijn. Ook potentiële herhalen van doodslag of grove diefstal spreken aan. Moeten wij ons als medici druk maken over gezondheid en goed van een misdadiger, die niet de minste waarde hecht aan leven en goed van een ander en andere slachtoffers als het ware aanbieden door ons ambtsgeheim star te gebruiken? Volgens mij is *reële bescherming* van potentiële slachtoffers door tippen van de politie veel belangrijker dan het *utopisch voorkomen* van een geperfoerde appendix, wondinfectie, etc. bij misdadigers. Daarom meen ik te mogen stellen dat bij toepassing van het medisch ambtsgeheim belangen moeten worden afgewogen. Het is moreel niet verdedigbaar dat als een partij patiënt is, de andere (potentiële grotere en/of belangrijker) partij dan maar het slachtoffer moet worden van het „noodlot” door het starre medisch ambtsgeheim. De maatschappelijke belangen dienen zwaar te wegen, zwaarder dan die van de misdadiger.

Rotterdam, 27 juni '71

H. T. P. Cremers

MC | VARIA

De faculteit der geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam heeft het maximum aantal studenten vastgesteld dat ze wil toelaten tot de practica in het eerste en tweede studiejaar. De faculteit vindt deze beperking noodzakelijk, omdat anders het peil van het onderwijs ernstig in gevaar komt.

In het nieuwe studiejaar zullen nu hoogstens 280 eerstejaars en 225 tweedejaars studenten aan de practica kunnen deelnemen. Bovendien zullen de studenten die in het vorige studiejaar een onvoldoende hebben gekre-

gen voor een practicum niet opnieuw aan een eerstejaars of tweedejaars practicum mogen deelnemen. Het onvoldoende cijfer telt zodoende mee bij het af te leggen tentamen.

Deze beslissing werd al eind juni genomen tijdens een faculteitsvergadering, waar veertig mensen aanwezig waren. Slechts één lid van de vergadering stemde tegen. Daarna is er in de faculteit nog een schriftelijke stemming gehouden om de mensen die de vergadering niet hadden bijgewoond de kans te geven hun mening alsnog kenbaar te maken. Een overgrote meerderheid was het eens met de beslissing.

De mogelijkheid bestaat dat de minister van Onderwijs en Wetenschappen de faculteit der geneeskunde zal verplichten meer dan 280 eerstejaars en meer dan 225 tweedejaars studenten toe te laten. Dat zou betekenen dat een deel van de studenten niet aan de practica zou kunnen deelnemen. Op het ogenblik wordt over deze aantallen nog druk overleg gepleegd tussen de faculteit en het ministerie. (De minister heeft intussen een beslissing genomen: zie bladzijde 825 van dit nummer - Red.)

¶

Eind 1970 telde ons land ongeveer 190 full-time bedrijfsartsen, waarvan 120 ingeschreven in het register van erkend sociaal-geneeskundigen en omstreeks 50 in opleiding; ruim 30 artsen werkten part-time in een bedrijfsgeneeskundige dienst. Hoewel het aantal bedrijfsartsen in volledige betrekking met 10 toenam, bleef er een aantal vacatures: ongeveer 10 bij de ver-

plichte gezamenlijke bedrijfsgeneeskundige diensten en ongeveer 8 bij de enkelvoudige diensten; daarnaast waren er nog vacatures bij ondernemingen met een niet wettelijke verplichte bedrijfsgeneeskundige dienst, bij universiteiten, ziekenhuizen, gemeentelijke en overheidsdiensten. Een en ander blijkt uit het jaarverslag over 1970 van het College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgeneeskunde, Balen van Andelplein 2, Voorburg.

¶

Op 1 en 2 oktober 1971 zal een Boerhaavecursus „Anaesthesia and pharmaceuticals” worden gehouden. Er zijn drie vergaderperiodes, met als thema's: pharmaceutical agents influencing the heart and blood circulation during and after anaesthesia (alpha and beta blocking agents); muscle relaxants (new concepts, new preparations); interaction and side-effects of pharmaceutical agents on anaesthetic agents and anaesthesia (for example the influence of antihypotensive agents on anaesthesia). De cursus richt zich op anaesthesisten, internisten en cardiologen; hij zal geheel in het Engels worden gehouden. Cursusleiding: Dr. S. A. Feldman, Londen, en Prof Dr. J. Spierdijk, Leiden. Voor verdere inlichtingen kan men zich wenden tot het secretariaat van de Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Academisch Ziekenhuis, Leiden, tel. 01710-48333, toestel 4556.

¶

Blijkens het jaarverslag over 1970 van het Prinses Beatrix Fonds werd

aan bijdragen voor poliopatiënten, spastici, M.S.-patiënten, spina B.-patiënten en voor spierziekten ruim f 689.000,— toegekend, zijnde bijna f 150.000,— meer dan in het voorafgaande jaar. Een belangrijke stijging ondergingen ook de bijdragen voor studiereizen, congressen, voorlichting lichamelijk gehandicapten, recreatie en vakantie; op deze posten valt een toeneming met ruim f 100.000,— te constateren. Het onmiskenbare feit doet zich voor — aldus wordt in het jaarverslag geconstateerd — dat niet-tegenstaande alle overheidsmaatregelen, als bijvoorbeeld de Algemene Bijstand Wet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, toch een jaarlijks stijgend bedrag voor de individuele patiënten nodig is. Het jaar 1970 was voor het Fonds niet ongunstig; de ontvangsten lieten toe dat ruim f 250.000,— meer aan subsidie kon worden toegekend.

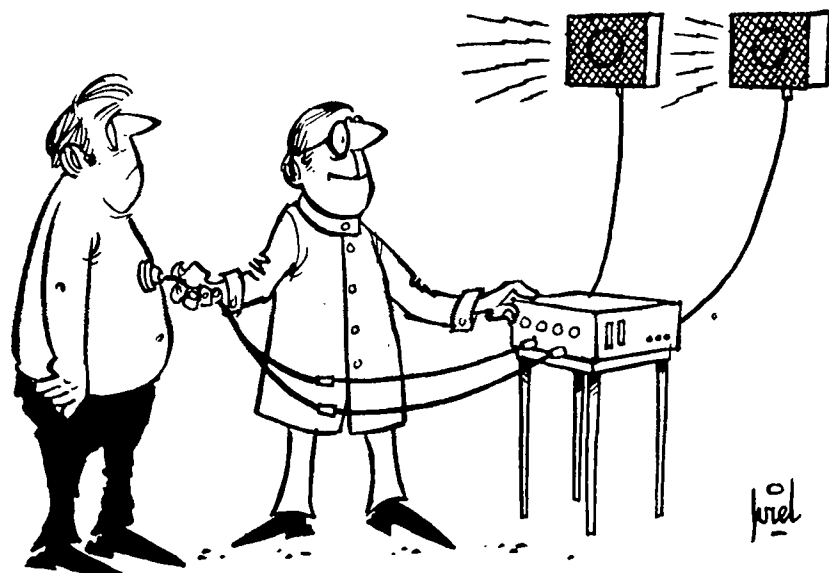
¶

Op uitnodiging van de Universitas Indonesia te Djakarta en met financiële steun van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen zal van 2 tot en met 6 augustus in Djakarta en van 9 tot en met 13 augustus in Soerabaja een Boerhaave-cursus voor voortgezet medisch onderwijs worden gegeven. Aan deze cursus, tijdens welke algemeen-klinische onderwerpen zullen worden behandeld voor praktiserende artsen, docenten en studenten, nemen als spreker deel Prof. Dr. J. I. de Bruijne, hoogleraar in de fysiologie en pathologie van de pasgeborene aan de Universiteit van Amsterdam; Prof. Dr. W. R. O. Goslings, hoogleraar in de inwendige geneeskunde, in het bijzonder de microbiële ziekten, Leiden; Prof. Dr. J. de Graeff, hoogleraar in de inwendige geneeskunde, Leiden; Prof. Dr. A. H. Klokke, hoogleraar in de dermatologie te Groningen; Prof. Dr. A. Sikkels, hoogleraar in de verloskunde en de gynaecologie te Leiden en Prof. Dr. M. Vink, hoogleraar in de heelkunde te Leiden.

In het kader van de samenwerking met Suriname zijn in het verleden reeds verschillende cursussen in dat deel van het Koninkrijk gegeven. Het is echter voor het eerst, dat nu een cursus wordt gegeven in Indonesië, hetgeen mede gezien kan worden in het licht van de nauwer wordende betrekkingen tussen Indonesië en Nederland.

¶

Binnen het Nederlands Instituut van Psychologen is de Werkgroep Forensische Psychologie (W.F.P.) opgericht,



waarvan de doelstellingen zijn: het bevorderen en coördineren van gedragswetenschappelijk onderzoek binnen het forensische veld; het bevorderen van gedifferentieerde gedragsbeïnvloeding van delinquenten; kritische bezinning op de relatie tussen maatschappijstructuur en delinquent gedrag en eventuele consequenties daarvan; bijdragen tot de verbetering van de attitudevorming binnen het gehele gebied van de strafrechtstoepassing; het bevorderen van de communicatie en coördinatie tussen de beleidsvormende instanties en de binnen justitieel verband werkzame gedragsdeskundigen; het bevorderen van voorlichting en publicatie over forensische psychologie.

Binnen de W.F.P. zijn zeven studiegroepen gevormd voor penitentiaire organisatie, diagnostiek van delinquenten, behandeling van delinquenten, wetenschappelijk onderzoek en beleid binnen justitie, rechtbank, straf en psychologie, justitieel sanctiepakket en relatie maatschappij-delinquenten.

Leden van het bestuur van de W.F.P. zijn: S. J. Steenstra, voorzitter, W. J. Pool, secretaris, Th. Willemse, penningmeester, Prof. Dr. K. J. M. van Loo en N. J. M. Pieck. Het secretariaat is gevestigd te Groningen, Dr. S. van Mesdaginrichting, afdeling Klinische Psychologie, Hereweg 128 (tel. 050-55800). Belangstellenden voor de werkgroep (ook niet-psychologen en studenten) wordt verzocht contact op te nemen met de secretaris.



In Chili rijdt sinds kort een trein voor medische hulp, bemand met vrijwilligers, aldus blijkt uit een bericht in *Le Monde* d.d. 13 mei 1971. Vijf weken lang, in april en mei van dit jaar, vervoerde de trein — 12 witgeschilderde wagons — 27 artsen en tandartsen, evenveel ziekenverplegers en twee militaire jeeps met chauffeurs, dwars door het Zuiden des lands met een in hoofdzaak Indiaanse bevolking. Veel acute nood werd gelenigd, daarnaast kreeg de preventie ruimschoots aandacht: er werden gesprekken gevoerd, films vertoond, waterpompen geïnstalleerd en E.H.B.O.-spoedcursussen gegeven. Het lag in de bedoeling in 30.000 gevallen kosteloze medische hulp te verstrekken; door 's nachts door te rijden en werkdagen van 12 uur te maken, maakte men er bijna anderhalf maal zoveel van. De vrijwilligers konden op pad dank zij hulp van het ambtelijk apparaat, het leger, de spoorwegen en het ministerie van Volksgezondheid. Na afloop werd president Allende, zelf een arts, een verslag van de tocht ter hand gesteld.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

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

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

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

Oplage: 16.930 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfonds Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021