



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPU
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

Toekomstige structuur gezondheidszorg

Bij iedere gedachtenwisseling over een zo veelzijdig onderwerp als een toekomstige structuur van de volksgezondheid, dreigt het gevaar van een Babylonische spraakverwarring. Desondanks lijkt ons een discussie over een toekomstige gezondheidszorg in Medisch Contact nuttig, zo schreven wij bij het begin van een

serie artikelen over die structuur (M.C. nr. 2/1971, blz. 39). Wij herhalen deze woorden nu het laatste artikel in deze reeks in dit nummer van Medisch Contact wordt afgedrukt. Die spraakverwarring is nogal meegevallen, wellicht omdat de doelstelling van de gezondheidszorg, waar vooral de laatste scribent zich mee heeft beziggehouden niet of nauwelijks in de beschouwingen zijn betrokken. Wij menen met collega Van Mansvelt, dat nadere bezinning op het doel van de gezondheidszorg door de lezers in deze kolommen aan de orde zal worden gesteld.

Er valt een haast roerende overeenstemming te constateren bij de meeste schrijvers over een reorganisatie van de hulp in het eerste echelon, waar algemeen wordt gepleit voor een geïnstitutionaliseerde vorm van samenwerking en taakverdeling tussen de werkers in de eerste lijn, zoals huisartsen, verplegenden, maatschappelijk werkers, vroedvrouwen, fysiotherapeuten en anderen, waarbij een integratie van preventieve, curatieve en maatschappelijke gezondheidszorg door enkele auteurs op de voorgrond wordt geplaatst (*Muntendam en Veldkamp*). Hoe deze samenwerking tussen vrije beroepers en personen in ambtelijke dienst in concreto zou moeten functioneren is in het algemeen in het midden gelaten, hoewel collega Weijnenborg gelooft, dat het tijd wordt om ingrijpende wijzigingen aan te brengen in de omstandigheden waarin door de huisarts hulp wordt verleend. Het gezegde: „Liever kleine baas, dan grote knecht” kan in het vlak van de gezondheidszorg op den duur niet geldig zijn.

Een duidelijk verschilpunt is het eigen risico. Wordt het enerzijds verworpen onder het motto:

26e JAARGANG — No. 14 — 9 APRIL 1971

INHOUD

Toekomstige structuur gezondheidszorg . . .	377
Basisonderzoek kostenstructuur ziekenhuizen in Nederland	378
De specifieke beroepsopleiding tot huisarts	379
Drug-symposium K.N.M.P.	383
Boerhaave cursus dermato-venereologie	386
Eerste algemene ledenvergadering Vereniging voor Medische en Biologische Informatieverwerking	386
Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (slot)	387
Staatssecretaris Kruisinga over bejaardenzorg	390
Wet ambulancevervoer	391
Sterftecijfers in abortusdiscussie	392
Bacteriologisch onderzoek en landsverdeling	393
Van het hoofdbestuur:	
Vacatures hoofdbestuur	396
Vrijstelling contributie	396
Van het Centraal College:	
Opleiding longziekten en tuberculose	397
Uit de afdelingen	401
Personalia	401
Brieven aan de redactie	402
Varia	403

Hoofdreducteur: F. A. Bol, arts.

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

Colofon op bladzijde 404.

„Een zieke kiest niet, hij berust en heeft maar één wens: beter worden” (hier is dus een financiële overweging van de patiënt zelf onaanvaardbaar - *Dolman*), anderzijds wordt geconcludeerd, dat de patiënt in niet onbelangrijke mate zijn behandeling mede bepaalt, hetgeen medeverantwoordelijkheid betekent, welke slechts door een eigen bijdrage kan worden geactiveerd, waarbij verschillende auteurs het restitutiestelsel prefereren boven de verstrekking in natura.

Een gemengde financiering van de gezondheidszorg dat wil zeggen een financiering gedeeltelijk uit algemene middelen, gedeeltelijk uit een premieheffing, wel of niet aangevuld met een eigen risico en een eigen ziektekostenverzekering, staat tegenover een financiering uitsluitend uit een premieheffing, waarin ook de mogelijkheid van een eigen risico aanwezig blijft.

Een woord van dank aan de auteurs is hier zeker op zijn plaats; wij hopen dat hun bijdragen aanleiding mogen vormen tot een discussie over de vragen die zij hebben opgeworpen en de mogelijke oplossingen die zij hebben voorgesteld.

B.

Basisonderzoek kostenstructuur ziekenhuizen in Nederland

In het kader van het onderzoekprogramma van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga heeft het Nationaal Ziekenhuis Instituut een rapport uitgebracht met betrekking tot het vooronderzoek voor de analyse van de kostenstructuur van ziekenhuizen in Nederland. De staatssecretaris heeft in september 1969 aan het Nationaal Ziekenhuis Instituut met name verzocht onderzoekvoorstellen te doen ten aanzien van de analyse van de functies van de ziekenhuizen in de verzorgingsgebieden, mede met het

Bundel: Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland

De serie publikaties over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Nederland, zoals verschenen in de nummers 2 tot en met 14 van *Medisch Contact* 1971, zal worden gebundeld en ter beschikking van belangstellenden worden gesteld. Tegen vergoeding van de kosten ad f 1.50 per stuk zal de bundel na bestelling worden toegezonden door de secretaresse van *Medisch Contact*, Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-88 54 11, toestel 222.

Uit Medisch Contact anno 1946

In de afgelopen weken werden besprekingen gevoerd met den I.G.D.L., betreffende de overeenkomst met z.g.n. contract-artsen. Het verheugt ons te kunnen mededeelen, dat de Inspectie bereid gevonden werd aan onze bezwaren tegemoet te komen. De gewijzigde overeenkomst moet thans door het Departement van Oorlog worden goedgekeurd, hetgeen waarschijnlijk zal geschieden, aangezien een vertegenwoordiger van het Departement bij de besprekingen aanwezig was. In afwachting van de definitieve vaststelling van het contract, verzoeken wij den artsen, die daartoe worden aangezocht, zich tot de gevraagde medewerking bereid te verklaren. Aan onze leden in het algemeen verzoeken wij een houding van loyale samenwerking ten opzichte van den Geneeskundigen Dienst der Landmacht in te nemen.

oog op het ontwikkelen van criteria ten aanzien van de planning en de kostenontwikkeling. Uit het vooronderzoek is gebleken dat prioriteit moet worden verleend aan de analyse van de kostenstructuur van de ziekenhuizen in Nederland. Het bestuur van het Nationaal Ziekenhuis Instituut heeft de staatssecretaris medegedeeld dat op korte termijn nader advies zal worden uitgebracht over een tweede onderzoek waarbij de samenhang van medisch handelen en kostenverloop aan analytisch onderzoek zou kunnen worden onderworpen. Het vooroverleg dienaangaande is echter nog niet afgesloten. Naar mag worden verwacht zal het Nationaal Ziekenhuis Instituut te zijner tijd nog onderzoekvoorstellen doen die indicaties kunnen opleveren voor criteria met betrekking tot regionale planning analyse.

Doelstellingen van het onderzoek naar de kostenstructuur. Het basis-onderzoek dat 1 januari 1971 zou aanvangen is direct afgestemd op: de relatie van de kosten en het ziekenhuisprogramma; de relatie van de kosten met de bezettingsgraad van het ziekenhuis; de invloed van andere kostenfactoren zoals affiliatie.

Het onderzoeksteam. Als projectleider zal optreden Dr. L. J. M. Groot te Roermond. De dagelijkse leiding van het onderzoek is in handen gelegd van Drs. J. H. van Aert, econometrist bij het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, die daartoe ter beschikking wordt gesteld van het onderzoek. Hiermee is een samenwerking tussen de centrale overheid en het Nationaal Ziekenhuis Instituut tot stand gebracht waardoor het Ziekenhuis Instituut tot de econometrische deskundigheid die ten departemente beschikbaar is, toegang verkrijgt.

DE SPECIFIEKE BEROEPSOPLEIDING TOT HUISARTS

De discussies over de specifieke beroepsopleiding tot huisarts zijn de laatste weken weer verlevendigd en in de publiciteit gekomen door twee van elkaar los staande discussiebijdragen: a. een persconferentie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap, b. een brief van minister Veringa van Onderwijs en Wetenschappen aan de voorzitter van de Staatscommissie Medische Beroepsopleiding naar aanleiding van het door deze Commissie uitgebrachte interimrapport (zie M.C. nr. 4/1971, blz. 95).

De toekomstige opleiding van de huisarts in gevaar

Onder het motto „De toekomstige opleiding van de huisarts in gevaar” werd op genoemde persconferentie door woordvoerders namens de K.N.M.G., de L.H.V. en het N.H.G. toelichting gegeven op onder volgende syllabus:

Momenteel staat de kwestie van de wijziging van de opleiding tot arts en de daarop volgende opleiding tot huisarts weer in het centrum van de belangstelling, met name ook bij de beroepsorganisaties (Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, Landelijke Huisartsen Vereniging en Nederlands Huisartsen Genootschap). De toekomst van de huisartsengeneeskunde staat op het spel! Wat is het geval?

Sinds de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening eind 1970 aan de overheid een interimrapport inzake wijziging van de artsenopleiding uitbracht, worden van verschillende zijden pogingen ondernomen om de betrokken bewindslieden ertoe te brengen op korte termijn tot beslissingen ten aanzien van de aanbevelingen van het interimrapport te komen. Tot 1968 bestond de medische studie uit een zevenjarige opleiding, die met het artsexamen werd afgesloten. De bezitter van de artsenbul had het recht om zich óf verder te specialiseren óf zich direct als huisarts te vestigen. Oorspronkelijk — in de loop van de vorige eeuw — was deze opleiding ingesteld met de bedoeling dat daarmee één soort geneeskundigen werd gevormd. Door de snelle ontwikkeling sedertdien van de specialisatie in de geneeskunde is deze doelstelling feitelijk achterhaald.

Tegen de situatie, dat de opleiding tot arts in feite zowel een opleiding tot huisarts als een voorbereiding tot verdere specialisatie was rezen dan ook steeds meer bezwaren. De aanstaande huisartsen ontvingen een opleiding, die te weinig was

gericht op hun toekomstige beroepsuitoefening, terwijl de aanstaande specialisten teveel elementen in hun opleiding kregen, die voor hen eigenlijk overbodig waren. Deze bezwaren werden algemeen als juist erkend.

Om daaraan tegemoet te komen werden op verzoek van de minister van Onderwijs en Wetenschappen door de medische faculteiten plannen ontwikkeld met een tweeledige opdracht: a) verkorting van de studieduur; b) het aangeven van plaats en duur van de opleiding van de huisarts. Deze plannen werden in 1967 gepubliceerd en bevatten verschillende uitvoeringsmogelijkheden, voornamelijk met het oog op de onderwijskundige en wettelijke aspecten.

Zowel de faculteiten als de beroepsorganisaties hadden een uitgesproken voorkeur voor de eerste mogelijkheid: artsexamen na zes jaar, waarna een verdere opleiding tot huisarts, specialist of sociaal-geneeskundige zou moeten volgen. Deze voorkeur werd bepaald, niet alleen uit onderwijskundig oogpunt, maar vooral in verband met het belang dat de Nederlandse bevolking heeft bij optimale huisartsenhulp geleverd door adequaat opgeleide huisartsen. De minister vreesde echter dat deze opzet in E.E.G.-verband op moeilijkheden zou stuiten. Hij koos toen — zij het voorlopig — voor uitwerking van de tweede mogelijkheid, die hij zelf evenwel daardoor niet meer als de meest ideale zag, en zegde een nader onderzoek en een hernieuwd overleg met de faculteiten en de beroepsorganisaties toe inzake de uitvoerbaarheid van de eerste mogelijkheid.

Deze toezegging (tot overleg) uit 1968 is tot dusver een dode letter gebleven. Zo werd in oktober 1968 het gewijzigde Academisch Statuut van kracht. Daarin wordt op de wijze zoals voorgesteld in de vermelde tweede mogelijkheid voorzien in een gezamenlijke opleiding van alle medische studenten van zes jaar, afgesloten door het zogenaamde assistent-artsexamen, waarna in het zevende jaar differentiatie mogelijk zal zijn. Dan kan de aanstaande specialist een opleiding volgen die van nut is voor zijn toekomstig specialisme, terwijl de aanstaande huisarts een specifieke beroepsopleiding volgt. Dit zevende jaar wordt afgesloten met een artsexamen, dat de bevoegdheid geeft om de geneeskunst uit te oefenen. Men stuit hier al op een belangrijk bezwaar, namelijk dat ook degenen die in het zevende jaar niet de huisartsenopleiding heeft gevolgd, zich toch als huisarts zou mogen vestigen.

Er zijn meer bezwaren: men moet na het artsexamen in militaire dienst, wat voor de aanstaande specialisten een onderbreking van hun specialistenopleiding betekent en de beoogde verkorting van de

studieduur dubieus maakt. Verder zijn de bevoegdheden van de „assistent-arts" en daarmee zijn aansprakelijkheid niet wettelijk geregeld. Daardoor valt het voordeel weg dat aanvankelijk in deze regeling werd gezien, namelijk dat wetswijziging niet nodig zou zijn. Ook wordt in dit stelsel op de faculteiten de waarlijk niet geringe last gelegd om gedurende dat zevende jaar de opleiding van *alle* assistent-artsen — ook van de aanstaande specialisten — te regelen, in plaats van, zoals in het eerste stelsel wordt aanbevolen, alleen de beroepsopleiding van aanstaande huisartsen.

De Staatscommissie voornoemd doet dan ook de aanbeveling om reeds na zes jaar het artsexamen te laten afleggen, *waarna* men een specifieke opleiding tot huisarts volgt. Teneinde te bereiken dat de aanstaande huisarts deze opleiding inderdaad zal volgen beveelt de Staatscommissie aan dat de ziekenfondsen slechts met die artsen een contract voor het verlenen van huisartsenhulp zullen aangaan — een wettelijk recht van de verzekeren — die deze specifieke beroepsopleiding hebben gevolgd en als zodanig zijn geregistreerd. Deze regeling zou dan geheel parallel lopen met die voor specialisten, voor wie reeds sedert 1931 erkende opleidingen en registratie-voorwaarden voor het ziekenhuiscontract zijn.

Het is buiten kijf dat deze regeling, die duidelijk in het belang is van een goede gezondheidszorg, hoewel niet wettelijk verplicht, uitstekend aan het doel heeft beantwoord: geen arts zal zich als specialist vestigen zonder de vereiste opleiding te hebben gevolgd. Op dezelfde wijze moet nu mogelijk gemaakt worden dat huisartsen de noodzakelijk gemaakte beroepsopleiding volgen.

Uit het voorgaande moge blijken dat de effectiviteit van de aanbevolen regeling staat of valt met de mate waarin de aanstaande huisarts — al dan niet wettelijk — wordt verplicht om deze opleiding te volgen. Hierop wordt zo nadrukkelijk gewezen, omdat naar verluidt thans van regeringszijde de mogelijkheid wordt geopperd om de huisartsenopleiding geheel vrijwillig, dus zonder de regeling met de ziekenfondsen te doen plaatsvinden. En wel omdat sommigen menen onzes inziens ten onrechte, dat de ontwerp-richtlijnen voor de vrije vestiging en uitwisselbaarheid van artsen binnen de E.E.G. zich daartegen zouden verzetten.

Uiteraard is deze derde variant voor de overheid aantrekkelijk: een en ander zou althans op korte termijn aanzienlijk minder kosten met zich mee brengen, echter duidelijk ten koste van de volksgezondheid. Immers de kwaliteit van de door de universiteiten afgeleverde artsen die niet de vrijwillige artsenopleiding zouden hebben gevolgd zou onvoldoende zijn om deze als huisartsen te laten functioneren. Als de beroepsopleiding tot huisarts niet op de een of andere wijze verplicht zou zijn, dan zou de door de faculteiten en de beroepsorganisaties bepleite verbetering van de opleiding van de huisarts, die ook het uitgangspunt was van de minister, verloren dreigen te gaan.

Een tweede punt is, en hierop wees ook de Staatscommissie, dat de opleiding tot huisarts ook inderdaad moet kunnen worden gerealiseerd. De meest voor de hand liggende oplossing is om de afdelingen huisartsgeneeskunde van de medische faculteiten in samenwerking met de beroepsorganisaties, met deze opleiding te belasten en hen hiertoe ook financieel in staat te stellen, ondanks het feit dat de huisartsenopleiding dan in zekere zin postgraduate zou zijn.

Conclusies

De beroepsorganisaties dringen er, gezien het voorgaande, nogmaals met klem op aan dat van de kant van de Nederlandse overheid en de volksvertegenwoordiging alles wordt gedaan om de door de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, aanbevolen regelingen mogelijk te maken teneinde de beste opleiding van artsen te garanderen en tevens de verdere ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in Nederland mogelijk te maken in het belang van een optimale gezondheidszorg, óók indien dit op moeilijkheden in E.E.G.-verband mocht dreigen te stuiten. Zij dringen hierop te meer aan, daar zij ervan overtuigd zijn dat, wanneer Nederland in dezen een progressief beleid voert, dit een stimulans is die ook in andere E.E.G.-landen vernieuwingstendensen zal aanwakkeren.

De beroepsorganisaties zijn overigens van mening, daarbij gesteund door juridische adviezen van gezaghebbende zijde, dat de bedoelde moeilijkheden zeer wel oplosbaar zijn. Het kan nauwelijks de bedoeling van de E.E.G. zijn, en Nederland zou er in geen geval in moeten berusten, dat verbeteringen in de opleiding in één land zouden worden geblokkeerd totdat alle landen tot hetzelfde inzicht zijn gerijpt. De bijdrage, die de huisartsen voor de toekomst kunnen leveren aan het gehalte van de gezondheidszorg in Nederland, hangt voor een belangrijk deel af van de wijze waarop thans de opleiding voor de huisartsen wordt gerealiseerd. Deze opleiding moet afgestemd zijn op de structuur van de gezondheidszorg.

Minister vraagt nader advies aan de Staatscommissie Medische Beroepsopleiding

In de gezamenlijke vergadering van de vaste Commissies van onderwijs en van Volksgezondheid, 11 maart i.l. gehouden, heeft de minister van Onderwijs en Wetenschap toegezegd aan deze Commissies afschrift te zullen doen toekomen van een door hem aan de voorzitter van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening te richten schrijven naar aanleiding van het door deze Staatscommissie uitgebrachte interimrapport inzake een wijziging van de artsenopleiding. Dit interimrapport van deze Staatscommissie is onverkort afgedrukt in M.C. no. 4/1971 blz. 95. De Staatscommissie gaf daarin een overzicht van hetgeen met betrekking tot deze opleiding de laatste jaren aan de orde is geweest en hield met de grootst mogelijke meer-

derheid vast aan een stelsel, waarbij het artsdiploma na het zesde jaar kan worden behaald, te combineren met de mogelijkheid dat de arts, die daarna een specifieke huisartsenopleiding heeft gevolgd, zich „huisarts” mag noemen en dan wettelijk te regelen, dat geen ander deze titel mag voeren. De titel „huisarts” zou alleen mogen worden gevoerd door diegenen, die — na een bijbehorende opleiding te hebben gevolgd — in een huisartsenregister staan ingeschreven. Bij het invoeren van zulk een voorschrift zou de titel „huisarts” bij wijze van overgangsmaatregel moeten worden toegekend aan alle gevestigde huisartsen, maar vanaf dat ogenblik zou de titel en het contract met de ziekenfondsen alleen bestemd zijn voor degenen, die de specifieke scholing tot huisarts hebben gevolgd.

De brief, welke minister Veringa thans d.d. 23 maart i.l. aan de voorzitter van de Staatscommissie Medische Beroepsopleiding naar aanleiding van het door deze Commissie uitgebrachte interimrapport heeft geschreven, luidt als volgt:

„Op 27 november 1970 bracht de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening een interimrapport uit inzake een wijziging van de artsenopleiding.

„Dit rapport beveelt een opleidingsschema aan waarbij een zesjarige opleiding tot arts wordt gevolgd door een specifieke vakopleiding voor huisarts, specialist of sociaal-geneeskundige. Wel krijgt de arts formeel het recht, zich ook zonder deze specifieke artsenopleiding te vestigen doch hij zal dan niet in aanmerking komen om de overeenkomst, die het ziekenfonds met de huisarts pleegt te sluiten, aan te gaan (het door het Interfacultaire overleg van de Nederlandse faculteiten der geneeskunde onder 1b beschreven stelsel).

„In de toelichting op het K.B. van 8 oktober 1968, houdende wijziging op het academisch statuut (wijziging examenprogramma's studierichting der geneeskunde), dat is gebaseerd op stelsel 2, wees ik erop dat het op dat moment niet aanbevelenswaardig leek een dergelijke gewijzigde opzet van de studie der geneeskunde, als bedoeld in stelsel 1, te ondernemen terwijl in E.E.G.-verband het overleg nog gaande is over de invoering van de bepalingen van het verdrag, die bedoeld zijn om in een volgend stadium te voorzien in coördinatie en harmonisatie van de wettelijke regelingen van de verschillende lid-staten op het gebied van de opleiding en de eisen voor vestiging van artsen.

„De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en ik hebben ons daarom op de hoogte gesteld van de ontwikkelingen sedert 1968 in E.E.G.-verband. Daarbij blijkt dat — zoals ook de Staatscommissie zich realiseerde — het zogenaamde stelsel 1a, waarbij het gevolgd hebben van een voortgezette specifieke opleiding wettelijk verplicht wordt gesteld voor de zelfstandige praktijkvoering, op zeer grote moeilijkheden zou stuiten. Daarom koos de Staatscommissie voor het stelsel 1b, dus een vrijwillige huisartsenopleiding met financiële dwang van de zijde van de ziekenfondsen, een ef-

fectieve, maar zoals de Staatscommissie zelf opmerkt, weinig elegante methode. Dat dit stelsel 1b in de E.E.G. evenmin aanvaardbaar is als dat van de verplichte opleiding 1a bleek echter nog onlangs in de vergadering van 4 en 5 maart j.l. te Brussel, bij de behandeling van een voorstel van de Duitse delegatie van dezelfde strekking: volgens dit voorstel werd de eis gesteld van 18 maanden praktijk in een ziekenhuis alvorens voor fondspatiënten te mogen werken. In deze vergadering werd besloten dat, indien Duitsland deze regeling zou handhaven, enerzijds deze periode van 18 maanden — ook als deze zoals de Duitse delegatie heeft voorgesteld zou worden teruggebracht tot 6 maanden — in Duitsland alleen van de Duitse arts zou kunnen worden verlangd en anderzijds dat het Duitse „produit final” dat door de lidstaten als volledig arts zou worden erkend en als begunstigde van de richtlijnen zou gelden, alleen is degene die het Duitse artsdiploma zou hebben verkregen en bovendien de 18 maanden voor fondspatiënten voorgeschreven zou hebben volbracht.*

„De overgrote meerderheid van de E.E.G.-landen is dus van mening dat ook het verplicht stellen van de huisartsenopleiding via het stelsel 1b niet aanvaardbaar is. De oplossing zou derhalve moeten worden gezocht niet in stelsel 1a en ook niet in stelsel 1b maar in stelsel 1c, eventueel gecombineerd met titelbescherming, een stelsel dat als zodanig door de Staatscommissie in haar advies niet nader is uitgewerkt.

„Aan de invoering van een zodanig stelsel zit echter een aantal moeilijkheden vast, zoals het vraagstuk van de duur en verdere modaliteiten van deze na-opleiding, alsmede de technische uitvoering met name voor wat betreft de daaraan verbonden financiële aspecten.

„Daarbij zal voorts in het oog moeten worden gehouden dat naar mijn mening de artsenopleiding zal moeten voldoen aan voorwaarden waardoor zij zo wordt gestructureerd:

a. dat in elk geval de faculteiten der geneeskunde de verantwoordelijkheid behouden voor een „produit final” dat in de andere E.E.G.-landen als zodanig wordt erkend. De faculteit moet met de opleiding dus blijven voldoen aan de norm dat de arts praktijk kan uitoefenen;

b. dat zo enigszins mogelijk elke arts, ook de aanstaande specialist, zodanig vertrouwd wordt gemaakt met de huisartsenpraktijk dat een behoorlijke communicatie — waaraan het thans maar al te vaak ontbreekt — mogelijk is.

„In dit verband wil ik er nog op wijzen dat in-

* Zoals ook in de noot in het rapport van de Staatscommissie wordt vermeld, staat de beroepsorganisatie in Duitsland een geheel vrijwillige huisartsenopleiding voor. De duur van die vrijwillige opleiding, waaraan de titel „Arzt für Allgemeinleiden” zal worden verbonden, is vastgesteld op 4 jaar.

houdelijk de stelsels 1a, 1b en 1c op hetzelfde neerkomen. De mogelijkheid 1c wijs ik, zoals ik bij de toelichting op de wijziging van het academisch statuut reeds stelde, niet af. De vraag is dan echter op welk ogenblik een zodanig stelsel ingevoerd zou kunnen worden, bij welke beslissing Nederland mede zijn positie in de E.E.G. in aanmerking moet nemen.

„Inmiddels zullen binnenkort aan de rijksuniversiteit te Utrecht de eerste assistent-arts examens worden afgelegd en is dan ook aan deze universiteit met de concretisering van het zevende jaar een aanvang gemaakt. In verband daarmee zal een aanvullende wettelijke voorziening zoals door de staatscommissie aangeduid onder punt 6 van haar rapport, waarbij wordt voorgesteld aan de assistent-arts een beperkte bevoegdheid te verlenen, spoedig moeten worden getroffen. Een zodanig wetsontwerp, dat thans door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en mij wordt voorbereid, betekent uiteraard niet dat de regering definitief voor het tweede stelsel zou hebben beslist. Integendeel, het ligt uitdrukkelijk in de bedoeling de keuze tussen beide stelsels volledig open te houden.

„Samenvattend moge nog worden opgemerkt dat uit de ontwikkeling van de onderhandelingen in het kader van de werkgroep van hoge ambtenaren, die de vaststelling van de richtlijnen voor de E.E.G.-Ministerraad voorbereidt, blijkt dat in dat kader slechts aanvaardbaar zijn:

a. het eerste stelsel met een zesjarige opleiding en een werkelijk geheel vrijwillige opleiding, zoals in het interimrapport met 1c is aangeduid, eventueel versterkt door een beschermde huisartsentitel. Dit stelsel is vergelijkbaar met de vrijwillige huisartsenopleiding die sinds 1969 in de Duitse Bondsrepubliek is ingevoerd;

b. het tweede stelsel, dat van het zevende studiejaar, dat thans in het academisch statuut is neergelegd.

„In verband met het bovenstaande is een nader advies over de regeling van de artsopleiding gewenst, waarbij zowel de modaliteiten van het voorstel van de staatscommissie als de technische uitwerking aan een nadere beschouwing zouden worden onderworpen. Ik vraag mij voorts af of de voordelen van een dergelijke nadere uitwerking van het eerste stelsel niet nogmaals dienen te worden afgewogen tegen die van het tweede stelsel dat althans voorshands zal moeten blijven gelden en dat ook in „vergelijkbare vorm” in Frankrijk blijkt te zijn ingevoerd.

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en ik zullen gaarne met u overleg plegen over de verdere procedure en over de vraag of dit nader advies aan de Staatscommissie kan worden gevraagd.”

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

D. L. Fontein te Emmen promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Voorspelling van de invloed van splenectomie op het verloop van de ziekte van Werlhof”. Promotor was Prof. Dr. H. O. Nieweg. Co-referent Dr. M. G. Woldring.

H. Holl te Diepenveen promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De ontwikkeling van het vermogen tot renale natriumuitscheiding bij de jonge rat”. Promotor was Prof. Dr. J. H. P. Jonxis. Co-referent Dr. J. A. Troelstra.

H. H. Kamerbeek te Bilthoven promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Therapeutische problemen bij thallium vergiftiging”. Promotor was Prof. Dr. L. A. Hulst.

M. Kuilman promoveerde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Klinische en psychopathologische beschouwingen over de endogenie”. Promotor was Prof. Dr. F. C. Stam.

J. H. van Maanen te Utrecht promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De invloeden van veranderingen in de stofwisseling op de binding van thyroxine aan schildklier-antilichamen”. Promotor was Prof. Dr. D. de Wied.

A. J. L. G. Pinckers te Mook promoveerde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Verworven stoornissen van de kleurzin. Een klinisch onderzoek”. Promotor was Prof. Dr. J. E. A. van den Heuvel.

W. J. Tinbergen promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Rat kidney transplantation; an evaluation of immunosuppression”. Promotor was Prof. Dr. D. W. van Bekkum. Co-promotor Prof. Dr. M. Vink.

Benoemingen:

Prof. Dr. C. van Emde Boas is benoemd tot bijzonder hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de seksuologie.

Dr. H. J. van der Helm is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de klinische neurobiochemie.

Dr. D. de Moulin is benoemd tot buitengewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de geschiedenis der geneeskunde.

Drug-symposium K.N.M.P.

Aspecten van het gebruik van psychotropen, in het bijzonder hallucinogene stoffen

Onder auspiciën van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Pharmacie werd op 30 maart 1971 in het Nederlands Congresgebouw te Den Haag een symposium over drugs gehouden. Sprekers waren: Mr. A. L. Blakeslee, wetenschappelijk journalist Associated Press; Prof. Dr. E. L. Noach, hoogleraar toegepaste farmacologie te Leiden; Dr. S. Mårtens van het Rålambshov Ziekenhuis te Stockholm; en Dr. K. Evang, directeur-generaal van de Noorse Geneeskundige Dienst en verbonden aan de Wereld Gezondheids Organisatie.

„What do young users feel about drug taking?” was de vraagstelling van de heer *Blakeslee*. Deze begon met te zeggen, dat ongeveer 35 jaar geleden de autoriteiten in de Verenigde Staten de onherstelbare fout hadden gemaakt marihuana voor te stellen als een zeer gevaarlijke stof: toen de jeugd ontdekte, dat dit niet met de feiten strookte, legde zij waarschuwingen tegen middelen als LSD en amfetamine naast zich neer. De consumptie van laatstgenoemde middelen nam toe, hoewel niet te zeggen is in welke mate. Met betrekking tot marihuana weet men onder meer, dat op de universiteiten marihuanasigaretten bijna even populair zijn als gewone sigaretten. In 1969 had 69% van de studenten wel eens marihuana gebruikt; naar verwachting ligt het percentage voor dit jaar op 80-90. Het frequente gebruik onder in Vietnam gelegerde militairen is bekend.

De laatste tijd doen zich twee ernstige ontwikkelingen voor: het gebruik van hallucinogenen door kinderen van 11-12 jaar en een toenemend heroïnegebruik. Onder de handelaren in heroïne zijn kinderen van 12 jaar; een groot percentage van de in New York gepleegde misdaden wordt begaan door aan heroïne verslaafden, die aan geld proberen te komen. Buiten de grote steden neemt het druggebruik steeds meer toe. Barbituraten- en amfetametabletten worden in enorme aantallen zwart verhandeld. Met combinaties wordt geëxperimenteerd. Alleen LSD schijnt aan populariteit te verliezen, vermoedelijk doordat men de uitwerking van „bad trips” bij anderen waarneemt.

Waarom dit hand over hand toenemen van het gebruik van stoffen, die invloed uitoefenen op de psyche? Er zijn, aldus de heer *Blakeslee*, waarschijnlijk vele redenen. Een daarvan is de beschikbaarheid van veel meer stoffen dan ooit tevoren. Bovendien is het effect sterk verschillend, hetgeen aanpassing aan de verlangens van het moment mo-

gelijk maakt. Daarbij komt, dat de jeugd wordt geconfronteerd met uiteenlopende vormen van „verslaving” bij volwassenen: verslaving aan alcohol, aan tabak, aan slaapmiddelen enzovoorts; bedacht moet verder worden, dat drugmisbruik het meest voorkomt onder volwassenen. Zowel de volwassenen als de jeugd leven in een tijd, waarin veel gebeurt en vele zekerheden wegvallen. De drugs lijken een uitweg te bieden voor de gevoelens van twijfel, verwarring en angst die hierdoor ontstaan. De toekomst wordt onvoorspelbaar; voor de jeugd wordt het nu belangrijker. Zij protesteert tegen het materialistisch wereldbeeld van de oudere generatie; menselijke gevoelens en relaties zijn voor haar belangrijker. De meest gehoorde klacht van de jongeren is, dat de volwassenen niet naar hen willen luisteren, dat ouders (veelal zelf gefrustreerd) geen moeite doen om de problemen van hun kinderen te begrijpen en hen willen dwingen in een gareel van plichten.

Vaak duidt het gebruik van hallucinogenen door jongeren op revolte tegen het ouderlijk huis en tegen de maatschappijstructuur, op het willen krijgen van inzicht, soms ook op een hang naar avontuur. Verreweg de meeste marihuanagebruikers vinden het gebruik plezierig: een goede reden om er mee door te gaan. Van de schadelijke effecten van langdurig gebruik is nog weinig bekend; of het concentratie- en prestatievermogen er blijvend door worden aangetast, staat te bezien - en dan nog: juist de alom heersende prestatiedwang boezemt de jeugd afkeer in. Volgens sommige waarnemers is het drugprobleem slechts het boven water uitstekende puntjes van een ijsberg van dieper liggende nood, een symptoom en geen oorzaak van bepaalde gedragingen, een noodsein in een onleefbare wereld. Belangrijk, boven preventie en behandeling, is daarom het opheffen van de geweldige communicatiestoornis tussen de generaties, aldus de heer *Blakeslee*.

De tweede spreker, Prof. *Noach*, wijdde enige farmacologische beschouwingen aan de hallucinogenen. Hij betoogde, dat de waakzaamheid van de overheid zich uitstrekt over allerlei stoffen waarmee de mens in aanraking komt en die een zeker gevaar voor zijn gezondheid kunnen inhouden. Niet de actuele, maar de potentiële risico's geven de doorslag bij het beleid. Bij het vaststellen van deze risico's is de farmacologie onmisbaar. Ook ten aanzien van de hallucinogenen geldt, dat moet worden

nagegaan welke farmacologische gegevens van belang zijn inzake het voor deze stoffen te voeren beleid.

De hallucinogenen vallen onder de Opiumwet, hetgeen betekent dat elke niet-geneeskundige toepassing als misbruik wordt aangemerkt. Tegen die regeling worden vaak bedenkingen ingebracht, bijvoorbeeld: niet alle hallucinogenen zijn gevaarlijk voor individu en maatschappij; de persoonlijke vrijheid moet worden gewaarborgd; het gebruik van stoffen als genoemde bevordert de artistieke vrijheid. Aangevoerd wordt verder, dat wie alcohol toelaat ook cannabis moet vrijgeven. Voor plaatsing op de opiumlijst zijn, aldus Prof. Noach, drie criteria aan te voeren: kans op crimineel of asociaal gedrag — passiviteit met betrekking tot het maatschappelijk gebeuren, ten koste van die maatschappij — in gevaar brengen van de veiligheid van de medeburger. De hallucinogenen beantwoorden in principe aan alle drie criteria: de ontremmingstoestand, die door het gebruik van deze stoffen wordt bewerkt, kan onderdrukte gevoelens tot ontlading laten komen en aanleiding zijn tot criminele of op zijn minst asociale gedragingen; de gebruiker is onverschillig ten opzichte van de maatschappelijke consequenties van druggebruik; in het verkeer kan de verstoring van tijd- en afstandszin tot ongelukken leiden. Van voordelen is nog niets gebleken.

De farmacologische argumenten om het onderscheid soft-hard drugs te verwerpen en de hennep-producten op de opiumlijst te houden, zijn volgens Prof. Noach krachtig genoeg: de kennis betreffende dosis en effect is onvoldoende, over de spreiding in individuele gevoeligheid is te weinig bekend en over de werkzame bestanddelen bestaat nog teveel onzekerheid. Feit is overigens, dat gewenning en abstinentieverschijnselen (symptomen van het klassieke verslavingspatroon) ontbreken bij de hallucinogenen; de psychische afhankelijkheid pleegt niet groot te zijn. Tenslotte is de discussie over het afvoeren van hallucinogenen van de opiumlijst weinig reëel, daar de Opiumwet berust op internationale afspraken. Voor de hennep-producten zag spreker twee alternatieven: of de verhouding tussen euforiserende en hallucinogene dosis is klein, of de marge is ruim. In het laatste, waarschijnlijk irreële geval zou in internationaal verband een soortgelijke regeling als voor alcohol kunnen worden opgesteld. Op de vraag, of alcohol nu niet op één lijn met cannabis moet worden gesteld, kan het antwoord zijn dat alcohol voor wetenschap en techniek een volstrekt onmisbare stof is, die om die reden nooit effectief kan worden uitgebannen; met cannabis is dat niet het geval.

Prof. Noach bepleitte tot slot een goede voorlichting. Zoals artsen en apothekers het Geneesmiddelenbulletin ontvangen, zou het algemene publiek door een — wetenschappelijk en journalistiek verantwoord, periodiek verschijnende — „nieuwsbrief” op de hoogte moeten worden gehouden.

Behandeling en nabehandeling van druggebruik-

„Pincet en Penseel”

De jaarlijkse tekendagen van de vereniging „Pincet en Penseel” zullen dit jaar worden gehouden te Maastricht van 20 tot en met 23 mei. Collega A. Winters te Sittard, geen onbekende in de kring der vereniging en Limburg-kenner bij uitstek, zal als gastheer fungeren. De leden van Pincet en Penseel hebben inmiddels gedetailleerde gegevens ontvangen. Mocht er anderszins belangstelling bestaan dan zal het secretariaat ten name van mevr. J. J. Jantzen, Barnsteenhorst 202, den Haag, iedereen gaarne terwille zijn.

kers was het onderwerp van Dr. *Mårtens*. Voor 1950 kon in Zweden niet van een drugprobleem worden gesproken. Na dat jaar manifesteerde zich op haast explosieve wijze het misbruik van centraal stimulerende middelen (amfetaminen), vooral onder de jongeren. Hashish was in Zweden voor 1965 totaal onbekend. In het begin werd het cannabisprobleem daarom niet zo belangrijk geacht; cannabis viel onder de Opiumwet en stond onder strenge controle. Aangezien, aldus de heer *Mårtens*, is gebleken dat er een zeker verband bestaat tussen het gebruik van hash en het overgaan op amfetaminen, zou de ervaring die in Zweden met de bestrijding van de amfetamineverslaving werd opgedaan ook van nut kunnen zijn bij het zoeken naar oplossingen voor het cannabisprobleem.

Hoofdvragen die men zich in Zweden stelde waren: hoe kon het gebeuren?, en: hoe wordt het snel ernstiger wordende drugprobleem ingedamd? Wat de eerste vraag betreft: artsen schreven vrij onbeperkt amfetaminen voor, omdat zij onvoldoende van de gevaren op de hoogte waren. Zo ontstond een kleine kern van misbruikers, die zich geleidelijk uitbreidde. Toen de regering amfetaminen ook voor medisch gebruik verbood, schakelden de misbruikers op andere middelen over, waarvan de artsen de uitwerking wederom nog niet genoeg kenden. Omdat de behoefte al gauw niet meer kon worden gedekt door de langs legale weg verkrijgbare hoeveelheid, ontstond een levendige sluikhandel met andere landen. Ook de nieuw aangewende geneesmiddelen werden verboden, maar de handel bleek zonder medewerking van andere landen niet aan banden te leggen.

Om aan het misbruik van centraal prikkelende stoffen het hoofd te kunnen bieden, stelde de Zweedse regering een 10 punten-programma op, waarbij zowel met de sociale en medische als met

de juridische aspecten is rekening gehouden. Nu, twee jaar later, lijkt de situatie iets verbeterd. Het breed opgezette systeem van behandeling en resocialisatie — met nadruk op het laatste — begint vruchten af te werpen.

Wat betreft de hallucinogenen merkte de heer Martens op, dat de problemen die zich hierbij voordoen niet anders zijn dan die bij het amfetaminegebruik. De deskundigen in Zweden beschouwen de hallucinogene stoffen als afhankelijkheid veroorzakende stoffen. De reeds bestaande controle blijft gehandhaafd: het komt er op aan, het gevaar op tijd te onderkennen om met enige kans op succes de groeiende verbreiding de baas te blijven, aldus Dr. Mårtens.

De laatste spreker, Dr. *Evang*, hield een referaat over verslaving aan drugs als sociaal probleem. Als belangrijkste facet van de afhankelijkheid van geneesmiddelen noemde hij het dwingend verlangen („craving”) het gebruik te continueren. De patiënt heeft het gevoel, zonder de drug niet goed te functioneren; de afhankelijkheid is altijd zowel psychisch als fysiek, het verlangen naar de drug is allesoverheersend. Dr. *Evang* zag het druggebruik onder jongeren als een protest en als een mogelijkheid om aan de realiteit te ontkomen. Kenmerken van de verslaafde zijn onder meer identificatieproblemen en onvrede met zichzelf. In de tijd tussen puberteit en volle volwassenheid zijn de gevaren het grootst.

Vele gegevens wijzen uit, het cannabis een afhankelijkheid veroorzakende stof is; die afhankelijkheid ontstaat vaak bijzonder snel, veel sneller dan bij alcohol. Een ervaringsfeit is ook, dat het overgaan van cannabis op een ander middel meestal regel is: het continueren van de afhankelijke toestand kan mede door andere middelen worden bereikt. Verder spelen verkrijgbaarheid, kostprijs en mode een rol.

Dr. *Evang* vergeleek het ontstaan van druggebruik door jongeren met een besmettelijke ziekte. De bestrijding van drugmisbruik zou via een epidemiologisch model kunnen worden opgezet, waarbij dan kennis is vereist van pathogene agentia (verbod op middelenverstrekking), milieu (aanbod positieve sociale alternatieven) en gastheer (vergroting persoonlijke weerstand). Preventie moet vooropstaan; evenals bij epidemieën is een internationale aanpak noodzakelijk. Een gigantische samenwerking — internationaal en interdisciplinair — is nodig: eigen-

lijk zou de gehele samenleving dienst moeten doen als een „therapeutic community”. De „sociale aanvaarding” van afhankelijkheid veroorzakende stoffen als geneesmiddel moet worden tegengegaan. Bij de alcohol is wel gebleken, dat een gemakkelijke sociale acceptatie en verkrijgbaarheid de strijd al bij voorbaat verloren doet zijn. Planmatig bestrijkt de bestrijding van het drugprobleem de volgende gebieden: preventie (goede voorlichting, open gesprekken tussen jong en oud, moeilijke verkrijgbaarheid drugs); opsporing van gepredisponeerden; therapie door speciaal getraind personeel en — vooral — nabehandeling.

Tot zover de gehouden referaten. Een uitgewerkt verslag van het symposium, inclusief de paneldiscussie, is te bevragen bij: Secretariaat Drugsymposium, Congresbureau Inter Scientias, Postbus 9058, Den Haag; het zal à / 5.— per exemplaar ter beschikking worden gesteld.

*
**

Resumerend neigen wij naar de conclusie, dat er op dit congres weinig nieuwe gezichtspunten naar voren zijn gebracht. De oplossing voor het drugprobleem komt er nauwelijks door dichterbij. De verwarring is wellicht nog vergroot.

Tegenover de bewering van farmacoloog Noach, dat gewenning bij hennepprodukten nauwelijks optreedt en dat de psychische afhankelijkheid doorgaans niet groot is, staan de uitlatingen van de beide Scandinavische medici, die „drugdependence” bij cannabis bewezen achtten. Verder komt het ons raadselachtig voor, waarom de zogenaamde soft drugs om hun hallucinerende werking in de Opiumwet zouden moeten blijven, terwijl andere eveneens hallucinogene stoffen als alcohol, ether en trichlooraethyleen om economische en technische redenen buiten die wet vallen.

Het forum bracht nog enig licht. Prof. Van Dijk uit Groningen zowel als Prof. Buikhuizen uit diezelfde stad wees erop, dat „gebruik” en „verslaving” niet door elkaar moeten worden gehaald. Eerstgenoemde stelde, dat in het geval van de 2-4% van de druggebruikers die de psychiater ziet niet meer is na te gaan, waar precies de oorzaken liggen. Beiden waren het er over eens, dat het gebrek aan perspectief en het tekort aan zelfwerkzaamheid binnen gezin en lagere school wellicht tot druggebruik op latere leeftijd predisponeren.

Boerhaavecursus over recente ontwikkelingen in de dermato-venereologie

Op 23 en 24 april 1971 zal een Boerhaavecursus worden gegeven met als thema: „Recente ontwikkelingen in de dermato-venereologie”.

Ook in 1964 en 1966 werden Boerhaavecursussen over dit onderwerp gehouden. De bedoeling van de nieuwe cursus is, huisartsen van de ontwikkelingen sindsdien op de hoogte te brengen. Een grote plaats is ingeruimd voor de bespreking van een aantal microbiële aandoeningen. De vaak gesignaleerde toename van de geslachtsziekten zal in zijn reële proporties worden besproken. Verder zal aandacht worden besteed aan infecties met herpes virus, candida-infecties en pyodermieën, alsmede aan enkele aandoeningen die in ons land minder frequent voorkomen, maar die de laatste tijd in stijgend aantal worden gezien, zoals lepra, leishmaniasis cutis en atypische mycobacteriënflecties. Van de vasculaire aandoeningen worden de verschillende vormen van ulcera cruris en het syndroom van Henoch-Schönlein bij kinderen besproken. Ook de automutilatie zal worden belicht.

Sprekers en forumleden tijdens deze cursus zullen zijn: Prof. Dr. J. Bastiaans, Jelgersmakliniek, Rijksuniversiteit, Leiden; Prof. Dr. C. H. Beek, afdeling Dermatologie, Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam; R. Beljaars, apotheker, secretaris van de Centrale Medisch-Pharmaceutische Commissie van de Ziekenfondsraad, Amsterdam; Dr. A. W. Bots, apotheehouder huisarts, Voorhout; H. L. M. Cox, apotheker, Laboratorium van de Nederlandse Apothekers, Den Haag; Dr. F. A. J. Enschedé, kinderarts, Juliana Kinderziekenhuis, Den Haag; J. de Goeje, apotheehouder huisarts, Benthuisen; Dr. W. A. Herrmann, huidarts, Juliana Kinderziekenhuis, Den Haag; Dr. M. N. van der Heyde, chirurg, Gemeenteziekenhuis, Arnhem; Dr. P. Kanaar, afdeling Dermatologie, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. J. Kuiper, afdeling Dermatologie, Sint Radboud Ziekenhuis, Nijmegen; Dr. H. P. Nater, huidarts, R.K. Ziekenhuis van de H. Joannes de Deo, Den Haag; A. H. G. Pluis, huidarts, Diakonessenhuis, Hilversum; Prof. Dr. M. K. Polano, afdeling Dermatologie, Academisch Ziekenhuis, Leiden; F. Pot, afdeling Dermatologie, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. W. J. B. van der Staak, afdeling Dermatologie, Sint Radboud Ziekenhuis, Nijmegen; Dr. D. Suurmond, afdeling Dermatologie, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. D. J. H. Vermeer, afdeling Dermatologie, Binnengasthuis, Amsterdam; Dr. J. Versteeg, afdeling Medische Microbiologie, Academisch Ziekenhuis, Leiden; Dr. M. J. Woerdeman, afdeling Dermatologie, Binnengasthuis, Amsterdam.

Cursusleiders: Prof. Dr. M. K. Polano, Leiden; Dr. G. J. Bremer, Nieuwkoop; Dr. P. Kanaar, Leiden.

Plaats: Collegezaal V, Gorlaeus Laboratoria (Chemie Complex), Verlengde Wassenaarseweg, Leiden. Dit complex ligt op ongeveer 2 km van het

station en van het viaduct Oegstgeest/Rijksweg 4. Er is ruime parkeergelegenheid. Tijdens de cursus zijn de deelnemers te bereiken onder telefoonnummer 01710-48333, toestel 4700 of 4702. Het cursusgeld bedraagt f 40,—, voor de aanvang van de cursus te storten op girorekening 507570 van de Rijksuniversiteit, Leiden. Bij uitzondering zal betaling tijdens de registratie worden geaccepteerd, maar alleen per bankbetaalcheque of girocheque/girokaart. Dit geldt eveneens voor de lunches.

Aanmeldingen vóór 13 april 1971 bij het secretariaat van de Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Academisch Ziekenhuis, Leiden. Inlichtingen aan het zelfde adres, tel. 01710-47222, toestel 2797.

Eerste algemene ledenvergadering Vereniging voor Medische en Biologische Informatieverwerking

In de eerste algemene ledenvergadering van de Vereniging voor Medische en Biologische Informatieverwerking, sectie van het Nederlands Rekenmachine Genootschap, bijeengekomen op de 25e februari te Utrecht, is het bestuur van de vereniging als volgt samengesteld: Ir. J. Roukens, voorzitter; Dr. O. Fokkens, secretaris; Drs. P. G. J. van Eijck, Dr. K. H. Ephraïm, Dr. M. H. Hartgerink, Ir. L. F. Hazelzet, Dr. H. H. W. Hogerzeil, leden.

De vereniging heeft twee vaste commissies ingesteld, respectievelijk: de commissie „Biomedische Signaalanalyse, Patroonherkenning en Systeemidentificatie” onder voorzitterschap van Dr. Ir. J. H. van Bommel, en de commissie „Informatiesystemen in de Gezondheidszorg”, voorlopig geleid door het verenigingsbestuur.

In de algemene ledenvergadering deed het bestuur onder andere mededeling van de volgende activiteiten: excursies, waaronder één in mei 1971 langs een aantal instituten in Duitsland; een workshop „Automatische ECG analyse en de betekenis daarvan voor de gezondheidszorg” in oktober 1971, voorbereid door een programmacommissie o.l.v. Dr. G. van Herpen; een symposium „Computer toepassingen in de radiotherapie”, in de zomer van 1971, voorbereid door Drs. J. van de Geijn; een werkgroep „Opleidingen Medische Informatica” die onder voorzitterschap van Prof. Dr. B. Leijnse in maart 1971 met de werkzaamheden aanvangt; een gespreksgroep „Ziekenhuis Informatie Systemen”, te starten in maart 1971; de uitgave in samenwerking met het Studiecentrum voor Informatica van het register van projecten: „Computer methods in biomedical research an medicine, hospital and public health management”; de uitgave van een mededelingenblad van de vereniging.

Inlichtingen over de vereniging en haar werkzaamheden zijn te bekomen bij de secretaris, Ramstraat 9 te Utrecht, tel. (030) 51 26 11.

Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (slot)

Door F. E. J. Bouricius, arts te 's-Gravenhage

Per definitie is het doel van gezondheidszorg (en daarmee van alle geneeskundig handelen) de gezonde mens, of gezondheid bij zoveel mogelijk mensen. Wanneer men deze gezonde mens definieert zoals de Wereld Gezondheidsorganisatie dat doet, komt men daarmee niet uit, en wel om twee redenen. De eerste is, dat uit die definitie niet blijkt, dat gezondheid een subjectieve zaak is, te beoordelen zowel door de arts als door de zieke respectievelijk gezonde. De tweede is, dat de mens in een gemeenschap leeft, en dat de communicatie tussen hem en die gemeenschap invloed uitoefent op zijn gezondheid. Het loont meer, als object van de gezondheidszorg het begrip autonomie (en de autonome mens) in te voeren. Hieronder kan men verstaan: de mate, waarin de mens keuzevrijheid heeft in het zoeken naar zijn levensbestemming, welke die dan ook moge zijn. De mens verkiest in een gemeenschap te leven, en moet dat doen met inachtneming van sociale beheersing. Hieronder kan men verstaan: de mate, waarin de mens zijn neigingen beheerst, andere mensen te gebruiken voor destructieve of vruchteloze doeleinden en/of zich door anderen te laten gebruiken, zonder inzicht in het proces daarvan en zonder ervoor te hebben gekozen. Autonomie is een slecht meetbare grootte, het tegengestelde ervan wordt uitgedrukt als ziekte of als onvrijheid of als onbevredigdheid. Sociale beheersing kan door de mens en zijn omgeving worden gemeten, indien men daartoe geneigd is.

Als men de autonome mens als object neemt van alle geneeskundig handelen, dan kan deze autonomie op drie manieren worden beperkt: vanuit de somatische, vanuit de psychische en vanuit de sociale hoek, en wel naar gelang de mens onvrij is door oorzaken in zijn lichaam, in zijn geest, of vanuit zijn omgeving. Deze genoemde vormen van autonomiebeperking zijn aspecten daarvan. Gebrek aan „sociale” autonomie (verkort voor: gebrek aan autonomie door oorzaken uit de omgeving), zoals bij gevangenen, heeft tevens invloed op de psychische en somatische autonomie: onvrijheid kweekt ziekte, en ziekte onvrijheid.

Het is paradoxaal, dat dat deel van het overheidsapparaat dat zich verantwoordelijk noemt voor de volksgezondheidszorg, zich slechts bezighoudt met twee van de drie autonomieaspecten, het somatische en het psychische. De rest van dat overheidsapparaat is verantwoordelijk voor het toedelen van een juiste hoeveelheid sociale autonomie, niet te veel, niet te weinig. De bureaucratie, het administratieve apparaat van de overheid, zal steeds

streven naar een stabilisatie van de sociale autonomie, uit overwegingen van effectief werken en uit paternalistische motieven. Het op computer brengen van gegevens, met het doel een beleid te bepalen, leidt tot beperking van autonomie, juist omdat de hoeveelheid sociale autonomie die gewenst is zo vaak verandert. In dit opzicht zijn de doeleinden van bureaucratie en beleidsinstantie aan elkaar tegengesteld. Op grond van al deze overwegingen dienen artsen zich met politiek bezig te houden, en wordt naar hen geluisterd, in diezelfde politiek, doch niet door de bureaucratie. Onze Maatschappij hoort steeds aan de bel te trekken bij de overheid, wanneer zij meent, dat deze juiste verdeling van sociale autonomie geweld wordt aangedaan.

Wanneer men het begrip autonomie hanteert met betrekking tot het bepalen van de effectiviteit van de gezondheidszorg, komt men tot de overtuiging, dat er een discrepantie is tussen het oordeel van de patiënten en dat van de medische stand. De artsen zeggen, met een zeker recht, dat de frequentie van een groot aantal ziekten afneemt, dat het sterftecijfer sterk is gedaald, kortom, dat de gezondheid van het volk goed is. Neen, zegt het volk, want: de cijfers van de ziekte nemen steeds toe. Dit kan alleen worden verklaard door een afname van autonomie. Bij de afwezigheid van causale factoren op somatisch gebied kan men slechts concluderen tot een afname van psychische en sociale autonomie. In hoeverre hier van een verdeling tussen beide oorzaken kan worden gesproken, is niet direct aan te geven. Het enige, wat men kan doen is, zover mogelijk uit te zoeken welke factoren een rol zouden kunnen spelen bij dit autonomieverlies, ze corrigeren, en afwachten tot de situatie beter wordt om dan een nieuwe evaluatie te maken, enzovoorts. Dit lijkt wel op een geneeskundig handelen: diagnostiek, therapie, feed-back van gegevens, enzovoorts. Uitgangspunt is: de Nederlandse gezondheidszorg werkt niet effectief, zij is ziek.

Bij diagnostiek en therapie van zo'n situatie gaat men beginnen met het evalueren van de organisatievorm. Men kan al direct opmerken, dat er in de klassieke therapeutische lijn twee zaken niet zijn ingebracht: de sociale en bedrijfsgeneeskunde, voor zover deze therapeutisch werkt, en alle psychiatrische en maatschappelijke speciale voorzieningen (consultatiebureau voor alcoholisme, M.O.B.), en de noodvoorzieningen (bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden, voor maatschappelijk werk, etcetera). Recent hebben de bedrijfs- en sociale artsen bij monde van collega Dassel aangekondigd, dat zij

meer in de therapeutische lijn wensen te komen (Sociale Verzekeringsdagen 1970). Indien zij de discipline daarvan wensen te accepteren, zijn zij daarin volledig welkom. De verantwoordingsplichten zullen dan duidelijk anders moeten komen te liggen dan dit thans in de grote meerderheid van de gevallen het geval is, hetzij via een stichtingsvorm — met werkgevers, werknemers, artsen en overheid in het bestuur —, hetzij via een directe inschakeling in de therapeutische lijn, de gezondheidszorg. De tegenwoordige verantwoordingsplicht aan de industrie is dan niet langer mogelijk. Dezelfde overwegingen gelden ook voor een deel van het preventieve werk van de sociaal geneeskundigen, het periodiek geneeskundig onderzoek. Ook hier mag het niet langer mogelijk zijn, dat dit misbruikt wordt om personeelsbeleid te bepalen, tenzij onder zeer strikte garanties, zoals op het ogenblik bijvoorbeeld gelden bij de bedrijfsgeneeskundige dienst van de Scheepvaartvereniging-Zuid ten aanzien van havenarbeiders.

Wanneer wij de speciale voorzieningen op psychiatrisch terrein, de noodvoorzieningen op dit gebied en de voorzieningen op maatschappelijk gebied samenvatten onder de term: speciale psychiatrische voorzieningen, dan kunnen wij zeggen, dat op het gehele hierdoor bestreken terrein een zeer grote diversiteit is, zonder voldoende traditie van overleg met, en inschakeling van, de normale therapeutische lijn, en resulterende in 1. mogelijkheden tot uitspelen door de clientèle van organisaties tegen elkaar, 2. het niet systematisch diagnostiseren van psycho-somatische aandoeningen, met een teveel verwijzen naar specialisten in de somatisch-therapeutische zorg. Dit laatste gebeurt meer speciaal naar de internist (spastische aandoeningen van het maag-darm-kanaal, hoge bloeddruk) dan naar de orthopedisch chirurg en de neuroloog (rugpijnen, migraine). De sfeer in de gehele sector van de psychiatrische speciale voorzieningen is vrij paternalistisch. Men is er afhankelijk van subsidies, en bevindt zich hier in de charitatieve sector, met amateur-besturen, welke geen verantwoording schuldig zijn aan iemand anders dan zichzelf - met een uitzondering voor de repressieve controle van de geneeskundige hoofdinspectie, die echter geen goed apparaat heeft om het klachtrecht effectief te doen zijn. Inschakeling van de normale financieringsvorm voor deze soort hulp en een dergelijke verantwoordingsvorm als genoemd in het voorgaande onder sociale geneeskunde is hier geïndiceerd.

Hier mag worden vermeld, dat in het gehele gebied der volksgezondheid het klachtrecht nog bijzonder slecht is geëffectueerd. De Raden van Beroop en Medische Tuchtcolleges zijn notoir moeilijk te benaderen. In dit grensgebied tussen civiele en strafrechtspraak bestaat op het ogenblik geen goede voorziening om aan klagers *pro deo* juridische hulp te geven, noch dito medisch-technisch advies. Een burenruzie over 50 gulden geeft zo nodig werk aan twee advocaten, als uitvloeisel van een goed democratisch principe van garantie van rechts-

handhaving; een loongeschil om 5000 gulden, bijvoorbeeld een W.A.O.-geschil, moet de werknemer zelf uitvechten. Ook de verantwoordingsplicht is slecht: met name ziekenhuizen en ziekenfondsen zeggen vaak uitvoerders der volksgezondheid te zijn, maar handelen als volslagen autocraten zonder verantwoordingsplicht, zelfs niet repressief. Dergelijke organisaties zullen in de toekomst moeten kiezen tussen eenzelfde positie als alle andere met aanvaarding van overheidscontrole, en een bestuursvorm die een werkelijke objectiviteit van handelen garandeert.

Binnen het schema van de therapeutische lijn kan worden opgemerkt, dat er een medisch belang is gediend bij een zover naar links in het schema blijven van de zieken als in overeenstemming kan worden gebracht met de diagnostische en therapeutische capabiliteiten en faciliteiten en met de aard van de aandoening. Het is een welbekend, effectief gebleken principe, dat iedere onnodige geneeskundige behandeling ziekmakend werkt. Iedere verschuiving naar rechts geeft een duplicatuur van althans een deel van het diagnostische werk. Iedere specialistische behandeling geeft (in ons Nederlandse systeem) meer kans op hospitalisatie van de patiënt, gepaard gaande met autonomieverlies, eenvoudigweg omdat de huisartsen te onzent (behoudens uitzonderingen) niet beschikken over opname-faciliteiten. Tenslotte: de zieke zal zich zieker voelen, met autonomieverlies, als hij onder specialistische behandeling is, dan wanneer hij alleen maar onder behandeling van zijn huismedicus is.

In dit verband mag men niet nalaten te vermelden, dat ziekenhuisbesturen en directies steeds streven naar een maximum-bezetting van de door hen bestuurde faciliteiten en naar uitbreiding daarvan, waar nodig met autonomieverlies. Dienstverband tussen specialisten en ziekenhuizen zal ertoe doen neigen dat op die specialisten druk wordt uitgeoefend de leegstaande bedden te vullen, op grond van andere dan medische redenen (honoreringsovereenkomsten). Ook het gesloten zijn van inrichtingen draagt daartoe bij. Ook hier geldt: als het op de computer kan, is het autonomieverminderend; verlies van sociale beheersing bij besturen en artsen versterkt gebrek hieraan bij hun patiënten en draagt bij tot autonomieverlies.

Iatrogeen is dat deel van het autonomieverlies, dat wordt veroorzaakt door het onvoldoende inlichten van de zieken omtrent hun toestand en prognose. Dit veel voorkomend gebrek aan sociale beheersing bij artsen draagt bij aan de verergering van menige ziekte. Dit is thans niet meer een kwestie van uitsluitend goede vormen, het is een goede therapeutische procedure. Eveneens iatrogeen is het verlies aan autonomie dat samenhangt met de bespreking van vrijheid van artskenkeuze, welke kan voortkomen uit allerlei samenwerkingsverbanden. Het bovengenoemde gesignaleerde over het sluiten van inrichtingen, het beperken van ziekenhuisstaven en het in dienstverband stellen van ziekenhuisartsen zal in niet zeldzame gevallen strijdig zijn met die

vrijheid van artskenkeuze. De vele beslissingen, op dit stuk eenzijdig genomen door artsen of vanuit medische kringen, dienen alle te worden hierzien en getoetst aan dit beginsel. Hierbij dient niet alleen de zuiver juridisch-contractuele zijde van de samenwerkende artsen en van dienstverbanden te worden gezien, maar ook de situatie vanuit het lekenoog. Veel groepspraktijken bieden aan dit lekenpubliek een onvoldoende mogelijkheid tot wisselen van huisarts binnen die groep, of tot wisseling van arts binnen een ziekenhuis.

Niet-medische verantwoordingsplicht eist tijd. Communicatie binnen een organisatie eist tijd. Er is uit economisch oogpunt de kans, dat binnen hiërarchische samenwerkingsvormen veel tijd verloren gaat met niet-medische communicatie, ten koste van de tijd beschikbaar voor medisch werk en voor medische communicatie. De som van deze drie activiteiten is op een gegeven moment constant, en hangt samen met het gewenste aantal werkuren per week. Het is zeer moeilijk, te rapporteren wat er in een spreekkamer gebeurt, en dat te vergelijken met hetgeen elders in een spreekkamer gebeurt - ten eerste omdat het beginprodukt, de niet-autonome mens, variabel en uniek is, als individu; ten tweede, omdat er bij de genezing vrijwel steeds iets meespeelt van een magisch effect. Dit laatste blijkt bij het belezen van wratten, en bij de behandeling van een maagpatiënt. Al deze argumenten pleiten tegen een ambtelijke employering van artsen en ander geneeskundig personeel. Van zo'n institutionalisering is een verlaging van het economisch en het medisch rendement te verwachten, in plaats van de aangeprezen verhoging. Uit deze overwegingen valt een nationalisatie van de gezondheidszorg af te wijzen.

Wel is een vereenvoudiging van de financiering dringend nodig, opdat een ieder kan weten waaraan hij toe is. Men kan kiezen uit drie vormen: die van de particuliere verzekeraars; die van I.Z.A. en van de Geneeskundige Verzorging Politie, beide volgens restitutiesysteem; en de ziekenfondsverzekering, volgens het stelsel van verstrekkingen in natura. Het laatste geeft veel macht aan de verzekeraar, die uiteindelijk niet meer dan dat is, en sinds het goed functioneren van het controle-apparaat van de overheid niet meer kan pretenderen als vertegenwoordiger van volksgezondheidsbelangen op te treden. Het I.Z.A.-restitutiesysteem schijnt het beste, met een klein initieel risico op financieel gebied, en een maximum-bedrag per jaar. Geen medische toelatingseisen zouden meer mogen worden gesteld; de aanmelder zou wel een „inverdiëntijd” moeten accepteren. De universitaire klinieken zouden de functie van uitwijkmogelijkheid voor de niet-verzekerde wederom moeten gaan vervullen, en gratis hulp leveren. Bij de financiering zal prioriteit moeten worden gegeven aan de uitbreiding van de psychiatrische hulp. Het is niet zeker, of hier een uitbreiding van de capaciteit van de huisarts en het te zijner beschikking stellen van socio-therapeutisch werkers de oplossing zal kunnen brengen, of dat ver-

sterking van de therapeutische lijn met psychiatrische hulp en maatschappelijk werkers in specialistische zin nodig zal zijn. Vermoedelijk zijn beide nodig. Het zal effectief blijken om superspecialistische diagnostiek en therapie (dialyse, hartoperaties, niertransplantaties en dergelijke uit het verzekeringspakket te lichten, omdat niemands autonomie wordt geschaad bij een financiering van deze zaken uit de publieke middelen en omdat standarisering van methodieken hier gewenst is.

Volksverzekering met verplichte premiebijdrage, of vrijwillige verzekering? Hierbij is de vrijwilligheid per verzekering sterk autonomie-bevorderend en de verplichting daartoe autonomie beperkend, als men uitgaat van mensen boven de „armoede-grens”. Daaronder kan een financiering uit de publieke middelen nodig zijn, misschien als aanvulling op het gegarandeerd minimum-inkomen, dat toch te verwachten is. De I.Z.A.-verzekering-nieuwe stijl zou kunnen worden uitgevoerd door ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars en I.Z.A., etcetera. Als overgangsmaatregel kan men de loongrens van nu geleidelijk verlagen, in plaats van deze extra te verhogen.

*
**

Sommerende mag men zeggen, dat organisatorisch in de gezondheidszorg de aansluiting en inpassing van het therapeutische deel van de speciale psychiatrische en de bedrijfsgeneeskundige zorg nodig is, benevens de unificatie van wijze van financiering, waarbij de voorkeur wordt gegeven aan een restitutiesysteem op vrijwillige basis. De financiering van de speciale psychiatrische hulp dient uit de subsidiesfeer te worden gehaald en ingepast in het algemene financieringsstelsel.

Op de keper beschouwd zijn alle andere tekortkomingen terug te voeren op exclusief denken, zoals collega Dokter dat onlangs in de geneeskunde heeft ingevoerd. Verbetering zal moeten worden verkregen door een of andere vorm van psychotherapie. Hiertoe zal het initiatief worden genomen door die instantie, die verantwoordelijk is voor de kwaliteit en kwantiteit van de gezondheidszorg: de overheid. In het voorgestelde beleid zal die overheid moeten zorgen voor een vrij sterke repressieve controlemogelijkheid in het gehele gebied van gezondheidszorg en maatschappelijk werk, onder loslaten van zelfs de mogelijkheid tot een sterk actieve rol bij het uitvoeren der gezondheidszorg. De overheid zal bereid moeten zijn, haar beleid op het gebied van het toedelen van sociale autonomie te toetsen aan gezondheidsbelangen. Dit betekent, dat economisch beleid op korte termijn zal moeten worden achtergesteld bij lange-termijn planning: het korte-termijn beleid gaat steeds weer gepaard met dwang, is autonomiebeperkend, onderschat de burger steeds weer. Het ligt niet in de lijn, dat de overheid hiertoe zal overgaan: aan de S.E.R. is onlangs advies gevraagd, hoe de financiering van de

gezondheidszorg zal moeten geschieden; het is van dit orgaan bekend, dat het een voorstander is van iets-op-computers-zetten. Het schijnt onvermijdelijk, dat het zal adviseren tot meer overheidsinvloed bij die financiering. Het feit van de adviesaanvraag omtrent de financiering geïsoleerd geeft niet het beeld van inzicht in de invloed, welke een dwang heeft op de hoeveelheid sociale autonomie in negatieve zin. Het gehele proces om de pensioenen in de vrije beroepen-sector draait ook om dwang. De ziekenhuisplanning op grond van vroegere behoeftepatronen wijst in dezelfde richting van exclusief denken en gebrek aan sociale beheersing, evenals het steeds beknipten van de honoraria van allerlei artsen tot het gevaarspunt van te weinig. Het is een algemeen politiek verschijnsel, dat de macht van de overheid bezig is toe te nemen. Hoe zal het in 1984 met de gezondheidszorg staan, en met de sociale autonomie?

Maatschappij-agenda 1971

17 april	— Ledenvergadering L.S.V.
24 april	— Alg. Vergadering Maatschappij
7 mei	— Ledenvergadering L.H.V.
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.

Staatssecretaris Kruisinga over bejaardenzorg

Ter gelegenheid van de opening van de gerontopsychiatrische kliniek van het psychiatrisch ziekenhuis „Veldwijk” te Ermelo heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid zijn gehoor onder meer het volgende over bejaardenzorg in herinnering gebracht:

Door de verbeterde medische kennis en de medische technische ontwikkelingen zijn de laatste decennia de levenskansen gestegen. Dit betekent dat het aantal bejaarden sterk toegenomen is. Bedroeg het percentage bejaarden in 1869 ongeveer 5,5% van de bevolking, nu 100 jaar later is dit percentage bijna verdubbeld. Daarnaast moeten wij onderkennen, dat er ook nog andere demografische veranderingen optreden namelijk: 1e. Veranderingen in leeftijdsopbouw van de groep bejaarden onderling. Het aantal hoogbejaarden zal veel sterker toenemen dan het totaal aantal bejaarden. 2e. Veranderingen in verdeling naar seks. Wij mogen verwachten dat in iedere leeftijdsgroep binnen de bejaardenpopulatie het aantal vrouwen aanmerkelijk hoger is dan het aantal mannen. Ook mogen wij verwachten dat het getalsmatig overwicht van de vrouwen veel groter zal worden naarmate de leeftijdsgroep ouder is. 3e. Veranderingen in de verdeling naar burgerlijke staat. Wij mogen verwachten dat er een sterke stijging zal optreden van het getal der ongehuwden onder de bejaarden.

Met al die veranderingen zijn vraagstukken verbonden die vroeger nauwelijks actueel waren. Zowel het vraagstuk van de huisvesting, als de gezondheidstoestand van deze groep speelt een rol. Naast het gebruikelijke pakket van geneeskundige voorzieningen zijn hierbij specifieke voorzieningen noodzakelijk. De extra-murale zorg en in het bijzonder de hulp van de verpleegster is hierbij belangrijk. Uit

een publikatie van de Nationale Federatie „Het Wit-Gele Kruis” blijkt, dat het percentage bejaarden onder dagbeurtpatiënten 52% en onder weekbeurtpatiënten maar liefst 78% bedraagt. Ook de huisarts wordt veel geconfronteerd met veel ziektes van de bejaarden. De speciale ziekenfondsbejaardenverzekering biedt een pakket van verstrekkingen dat de gezondheidszorgverlening veilig stelt. Uitbreiding van het pakket van de verstrekkingen met de extra-murale zorg is zeker van hen van belang. Het zal echter ook de efficiency en de effectiviteit van de hulpverlening ten goede komen. Voorts mag ook de A.W.B.Z. niet onvermeld blijven.

Een nieuwe vorm van gezondheidszorg voor bejaarden, die wellicht naast de reeds bestaande voorzieningen voor hen een nuttige functie zal kunnen vervullen, is de dagverpleging. Met die voorziening zal een bijdrage worden geleverd in het bereiken van een evenwichtstoestand in de intra- en extra-murale voorzieningen. Met betrekking tot de intra-murale zorg voor de oudere moeten ten eerste de ziekenhuizen worden genoemd.

Op 23 april 1969 waren er 15.805 bejaarde patiënten opgenomen in een ziekenhuis dat is 24,7% van het totale aantal van de opgenomen ziekenhuispatiënten. Voor wat betreft de psychiatrische ziekenhuizen ook daar is relatief een groot aandeel patiënten bejaard. Op 31 december 1968 was nog iets meer dan in de ziekenhuizen n.l. ruim 25% ouder dan 64 jaar van de in totaal ongeveer 26.000 patiënten in deze ziekenhuizen. Een bijzonder belangrijke voorziening voor de oudere is het verpleegtehuis. In die tehuizen is 75% bejaard. Per 1 september 1969 waren 16.410 bedden voor somatische patiënten aanwezig en 5.043 voor geestelijk gestoorde bejaarden. Volgens de Ziekenhuisatlas van het Na-

tionaal Ziekenhuisinstituut waren er per februari 1970, 63 tehuizen met 6.403 bedden voor geestelijk gestoorde bejaarden en 177 tehuizen met 18.053 bedden voor somatisch zieken. Voor 1980 is een bestand gepland van 28.800 bedden voor somatisch zieken en 13.750 bedden voor geestelijk gestoorde bejaarden. Ons beleid is erop gericht aan het thans aanwezige aantal bedden in 1975 reeds ten minste 10.000 bedden toegevoegd te hebben.

Ten aanzien van de bouwproductie van verpleegtehuizen kan het volgende opgemerkt worden. In dit verband is het interessant te constateren dat in 1967 de bouwproductie voor algemene verpleegtehuizen 37,1 miljoen gulden en in 1969 69,2 miljoen gulden bedroeg. Per 1 januari 1970 was de waarde van de in uitvoering zijnde werken 198,2 miljoen gulden.

Met betrekking tot de verpleegtehuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden bedroegen deze cijfers respectievelijk in 1967 5,5 miljoen gulden en in 1969 30,6 miljoen gulden. De waarde van de in uitvoering zijnde werken was daar 61,0 miljoen gulden.

Daar er op dit moment één van elke tien inwoners van Nederland ouder is dan 65 jaar kan hieruit worden afgeleid dat de gezondheidstoestand van deze

groep de bijzondere aandacht vraagt van het gezondheidsbeleid. De belangrijkste doodsoorzaken van het oudere bevolkingsdeel zijn arteriosclerotische vaat- en hartziekten. Zo overleden in 1965 ruim 18.000 mannen van 65 jaar en ouder aan hart- en vaatziekten. Daarnaast zijn hier belangrijk de kwaadaardige nieuwvormingen. In 1965 overleden ongeveer 8.100 mannen en 5.200 vrouwen van 65 jaar en ouder daaraan.

Naast die gegevens is ook de ziekte in ziekenhuizen een belangrijk gegeven. Over de in 1968 beschikbare diagnostische informatie kan worden afgeleid dat waarschijnlijk mag worden geraamd dat in 1968 120.000 bejaarden in de Nederlandse ziekenhuizen werden opgenomen en weer ontslagen. Op de eerste plaats in de opnamefrequentie staan de kwaadaardige nieuwvormingen en wel 1 op de 7 patiënten leed hier in de een of andere vorm aan. 1 op de 8 patiënten bleek een aandoening te hebben van de hart- en bloedvaten. Opmerkelijk is het daarbij dat de tweede plaats bij de ziektecijfers wordt ingenomen door de maag- en ingewandsziekten. Die groep van aandoeningen overtreft in deze leeftijdsgroep de hartziekten in opnamefrequentie.

Wet ambulance vervoer

Verschenen is het voorlopig verslag van de vaste Commissie voor Volksgezondheid der Eerste Kamer omtrent het ontwerp van wet regelen omtrent ambulancevervoer (M.C. no 51-52/1969).

Vele leden memoreerden, dat ingevolge artikel 3 van het wetsontwerp bij algemene maatregel van bestuur regelen kunnen worden gesteld omtrent de ambulance-auto's, de vakbekwaamheid van de bemanning en de paraatheid. Deze leden gingen ervan uit, dat elke ambulance-auto op elk tijdstip voor de onderscheidene soorten ziekenvervoer moet kunnen worden ingezet. Wel vestigden deze leden er de aandacht op, dat men de verschillende soorten ambulance-auto's, nl. de eenvoudige, die voor spoedvervoer en die voor ongevallen niet door elkaar zal kunnen inzetten. Een differentiatie van de technische vervoerseisen en van de bekwaamheidseisen zal een paraat vervoer extra kostbaar maken.

Vele andere leden brachten in herinnering dat bij de behandeling van dit wetsontwerp in de Tweede Kamer veel is gesproken over eerste hulpverlening bij ongevallen. Deze leden meenden, dat een grondige opleiding E.H.B.O. noodzakelijk is voor hen, die zich beroepsmatig op de weg bevinden: politie, wegenwachten, eventueel vrachtwagenchauffeurs. Intussen waren zij wel van oordeel, dat eerste hulp van leken-publiek niet veel zal kunnen bijdragen tot de veiligheid op de weg en in geen geval in de plaats kan komen van een deskundige organisatie.

Enige leden waren van mening, dat niet zonder

belang is de geheimhouding van het ambulancepersoneel, o.a. tegenover de politie bij bijv. verkeersongevallen ten gevolge van drankmisbruik of bij slachtoffers van vechtpartijen. Indien een medicus de leiding van de centrale post heeft, zou het ambulancepersoneel een afgeleid beroepsgeheim hebben. Dit zou echter ook bij andere leiding tot verschoningsrecht moeten kunnen leiden.

Andere leden vroegen in welke omvang zich de minister de grootte denkt van regionale gebieden, waarvoor centrale posten moeten worden ingericht. De ervaring is, dat voor het goed functioneren van een dienst ten minste werkgebieden nodig zijn met 3 ambulance-auto's of werkgebieden van plm. 100.000 inwoners. In gebieden met beperkte gebiedsomvang en grote bevolkingsdichtheid zal met geringe kosten een beter functionerend ambulancevervoer kunnen worden opgebouwd dan in grote gebieden met geringer bevolkingsdichtheid.

Vele leden stelden de vraag, hoe de centrale post op afstand kan beoordelen, of ambulancevervoer nodig is. Bij ongevallen kan zelfs een arts ter plaatse vaak geen diagnose stellen. Hoe zal de leiding van een centrale post de noodzaak van ambulancevervoer kunnen beoordelen? Is het niet beter een aantal malen ten onrechte uit te rukken dan één patiënt ten onrechte niet te vervoeren? Verder zouden zij gaarne vernemen, of de staatssecretaris van mening is, dat het de voorkeur verdient de verantwoordelijkheid voor het vervoer op te dragen aan een medicus.

Sterftecijfers in abortus-discussie

Ter staving van hun m.i. begrijpelijke bezwaren tegen oprichting van aparte abortusklinieken voerden de gynaecologen Haspels en Mante in aflevering 1971/4 van dit tijdschrift, naast vele andere argumenten, ook het motief aan dat abortus geen onschuldige ingreep is: „Dit tonen de statistieken uit Engeland en Oost-Europa aan. De mortaliteit van de abortus arte provocatus is in Engeland ruim 2 x zo groot (40-50 per 100.000) als van de normale partus (19 per 100.000). Op het congres van de NVSH te Amsterdam werden 27.8 en 19 per 100.000 vermeld.”

Met deze cijfers begaven de beide schrijvers zich, onbewust vermoedelijk, op wel zeer glad ijs, aangezien men met „evenveel recht” kan stellen dat de klinische mortaliteit van abortus arte praematurus de laatste jaren juist bijzonder laag is geworden, als men afgaat op de rapporten uit Oost-Europese landen met betrouwbare statistieken. Zo kwamen op de ongeveer 2.564.000 in de periode 1957-1967 in Hongarije, Tsjecho-Slowakije en Slowenië legaal verrichte abortus slechts 73 gevallen voor waarbij de vrouw overleed, wat overeenkomt met een mortaliteit van 3 per 100.000 van deze abortus. Een becijfering voor Japan, op basis van de 278 sterfgevallen die in de nationale doodsoorzakenstatistiek van dat land in de periode 1959-1965 aan „legale abortus” waren toegeschreven, en de ca. 6.860.000 in die jaren gerapporteerde gevallen van legale abortus, levert een sterfte op van 4 per 100.000.

Ter vergelijking diene dat de moederlijke sterfte — als we daar de abortus buiten houden — in ontwikkelde landen met goede obstetrische voorzieningen op ongeveer 20 per 100.000 neerkomt, en op meer dan 200 per 100.000 in vele minder-ontwikkelde landen. Met de door de collegae Haspels en Mante geciteerde cijfers enerzijds en bovenstaande, aan een recent rapport* van internationale deskundigen ontleende informatie anderzijds, raken wij het moeilijke vraagstuk van de evaluatie van de statistiek en het complexe probleem van de vergelijkbaarheid van sterftegegevens. Het is hier niet de plaats daar dieper op in te gaan. Duidelijk is in ieder geval dat de door ons vermelde cijfers — zonder nader commentaar althans — wel zeer slecht passen in het betoog van de beide schrijvers. Wij willen daarom iets meer zeggen over de oorzaken van deze zo merkwaardige paradox in de sterftecijfers.

In het begin der zestiger jaren was de klinische sterfte als gevolg van legale abortus in twee Scandinavische landen aanzienlijk hoger dan de Oost-Europese en Japanse cijfers, namelijk 21 sterfgevallen op 52.300 abortus arte provocati of ongeveer 40 per 100.000. De hogere sterfte is zeer waarschijnlijk voor een deel gevolg van het feit dat vele van deze zwangerschapsonderbrekingen daar in het tweede trimester plaats vonden, terwijl bijna alle legale abortus in Oost-Europa en Japan in de eerste drie maanden van de zwangerschap worden verricht. Bovendien vindt in Noord-Europa het merendeel van de ingrepen plaats op medische gronden, terwijl in Oost-Europa en Japan veruit het grootste deel van de vrouwen die een legale abortus ondergaan, in een — naar men mag aannemen — zeer goede gezondheid verkeert. In dit verband is het interessant te weten dat de overigens schaars beschikbare gegevens over fatale gevolgen van legaal verrichte abortus in landen met een restrictieve wetgeving ter zake, in de richting wijzen van een relatief hoge sterfte, onder meer als gevolg van de aandoening waarvoor de abortus werd verricht. Bovendien vindt men een hogere abortus-letaliteit in streken waar de artsen nog weinig ervaring hebben met de betreffende operatietechnieken.

Uit het bovenstaande blijkt wel hoe voorzichtig men moet zijn met de hantering van naakte sterftecijfers. Een verantwoord gebruik ervan vereist in de abortus-discussie nu eenmaal een andere deskundigheid dan een gynaecologisch-obstetrische. De door ons gegeven toelichting is wel ongeveer het minste wat van de risico's ad vitam van de abortus arte provocatus behoort te worden gezegd, wanneer men die risico's in de abortus-discussie gaat betrekken door ze te vergelijken met die van de normale partus. Ook over de andere component in deze vergelijking, de obstetrische sterfte, valt trouwens nog wel een en ander te zeggen!

Leidschendam, 4 maart 1971

Dr. Meindert J. W. de Groot
Epidem.-adviseur

ADRESWIJZIGINGEN

kunnen om technische redenen niet spoor-slags worden gerealiseerd. Men verzeker zich toezending van Medisch Contact op een nieuw adres door van adreswijziging ten minste vier weken tevoren opgave te doen aan de administratie.

* „Spontaneous and Induced Abortion”, Report of a WHO Scientific Group; Technical Report Series No. 461. Geneva, 1970.

Bacteriologisch onderzoek en landsverdediging

„De laatste jaren geven een angstwekkende ontwikkeling te zien in het aandeel van de wetenschap in het oorlogsbedrijf. Inherent aan deze gang van zaken is de bedreiging van de wereldvrede. Een conflictsituatie kan een ramp van een ongekende omvang met zich meebrengen. Meer nog dan vroeger wordt de burgerbevolking het slachtoffer; in relatief beperkte mate is dit reeds het geval in verschillende delen van de wereld. Deze situatie betekent ethische verantwoordelijkheid voor velen, niet in de laatste plaats voor medici, biologen en anderen werkzaam binnen het kader van mens- en natuurwetenschappen. Onbegrijpelijk is het bijvoorbeeld, dat degenen die zich inzetten voor leven en welzijn — in casu medici — niet in staat zijn een preventieve taak uit te oefenen ten aanzien van de waanzinnige escalatie in wetenschappelijke vernietigingsmethoden. Anderzijds komt het in andere vakgebieden maar al te vaak voor, dat wetenschappers zich totaal niet realiseren dat het door hen geproduceerde feitenmateriaal elders wordt ingepast in defensieresearch. Als voorbeelden zijn te noemen: de resultaten van bacteriologisch onderzoek en de mogelijkheden door de kennis betreffende psychofarmaca aan agressors geboden”.

Zinsneden ontleend aan een stencil, dat de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie * uitreikte als inleiding op een symposium over biologische wapens, dat zij 20 maart jl. in Utrecht hield. Referaten en zaaldiscussie concentreerden zich op pro en contra van bacteriologisch onderzoek in het kader van defensieresearch. Daar werd uitgegaan van de situatie in ons land, werd vooral gesproken over taak en werk van het medisch-biologisch laboratorium van de Rijksverdedigingsorganisatie T.N.O.

Prof. Dr. J. van der Veen, hoogleraar in de medische microbiologie te Nijmegen, behandelde recente ontwikkelingen in de microbiologie. Hij stelde onder meer, dat recente ontdekkingen op het gebied van de moleculaire genetica en de aerobiologie kunnen worden toegepast om biologische wapens te vervaardigen, die gevaarlijker en destructiever zijn dan de reeds bestaande. Door genetische manipulatie kunnen ziektekiemen agressiever en ongevoelig worden gemaakt voor de gewoonlijk werkzame vaccins en antibiotica en kunnen geheel nieuwe pathogene kiemen worden bereid waartegen geen verdediging mogelijk is. De ontwikkeling van de aerobiologie maakt het mogelijk biologische agentia op effectieve wijze via de lucht over zeer grote gebieden te verspreiden.

Het gebruik van b-wapens veroorzaakt massale vernietiging, het eerst onder zwakkeren en ouderen. De totale omvang van de destructie en het effect op langere termijn zijn onvoorspelbaar. Daarom moet

medewerking aan onderzoek betreffende de ontwikkeling van biologische wapens worden afgewezen. Dat geldt evenzeer voor het verlenen van medewerking aan onderzoek naar de verdediging tegen dergelijke wapens, want: de voor defensieve projecten ontwikkelde technieken en know-how kunnen in oorlogstijd door militairen voor agressieve doeleinden worden misbruikt - een gevaar dat opgaat voor alle wetenschappelijke kennis, maar in het bijzonder voor die betreffende de (verdediging tegen) b-wapens; ontwikkelt het ene land verdedigingsmiddelen, dan zal een ander land daarin mogelijk reden zien over te gaan tot de vervaardiging van nieuwe aanvalswapenen, hetgeen kan leiden tot een heilloze escalatie; het opbouwen van een effectieve defensie tegen biologische wapens ter bescherming van de hele bevolking, en met name van jonge kinderen, bejaarden en zieken (onder wie de meeste slachtoffers zouden vallen), is praktisch onuitvoerbaar. Op grond van deze argumenten zouden volgens Prof. Van der Veen taak en structuur van het medisch-biologisch laboratorium R.V.O.-T.N.O. noodzakelijk moeten worden gewijzigd. De werkzaamheden in dienst van Defensie zouden moeten worden gestaakt; het fundamenteel en toegepast medisch-biologisch onderzoek zou onder Volksgezondheid moeten gaan ressorteren.

Overigens stelde Prof. Van der Veen met klem, dat de kans op misbruik van wetenschappelijke kennis geen rem mag vormen voor de verdere ontwikkeling van de wetenschap. Onberedeneerde angst voor „genetisch gemanipuleer van een horde zwakzinnigen, die door een stelletje schurken wordt geëxploiteerd” is uit den boze. Juist de arts heeft de taak de positieve aspecten van de wetenschappelijke vooruitgang te leren kennen en te verbreiden. Uiteraard dient men er wel naar te streven de mogelijkheid tot misbruik van de wetenschap onder (nationale en internationale) controle te brengen.

Dr. H. C. Bartlema, hoofd van de microbiologische afdeling van het medisch-biologisch laboratorium R.V.O.-T.N.O., betoogde dat van de methoden die voor het bestrijden van infectieziekten beschikbaar zijn - te weten: het uitschakelen van de besmettingsbron, het afsnijden van de infectieroutes, en de profylactische of therapeutische bescherming van de recipiënt - alleen de laatste methode de medicus ter bescherming tegen biologische wapens ten dienste staat. Dit betekent, dat hij alleen maatregelen kan nemen tegen de *uitwerking* van b-wapens; de wapens zelf vormen een kunstmatige besmettingsbron, die slechts met militaire middelen kan worden bestreden. In tegenstelling tot militaire beschermingsmaatregelen zijn hygiënische en medische beschermingsmaatregelen niet destructief. Het

ontbreken van effectieve methoden voor snelle detectie bemoeilijkt de hygiënische bescherming. De medicus fungeert als detector en het zwaartepunt wordt verlegd naar de medische bescherming van de recipiënt. Die medische zorg moet, evenals bij „normaal” uitbrekende ziekten, niet alleen curatief maar ook preventief zijn gericht.

Het effectueren van curatieve en preventieve zorg wordt vooral bevorderd door microbiologische en klinisch-chemische methoden voor versnelde identificatie en diagnostiek, aldus Dr. Bartlema. Deze methoden komen steeds meer ter beschikking, als resultaat van ontwikkelingsonderzoek in laboratoria in verschillende sectoren. Dit onderzoek heeft geen enkel specifiek militair aspect; als men het aandeel hierin van de defensieresearch apart wil aangeven, moet men andere normen kiezen dan de aard van het werk zelf. De bewering, dat men om onderzoek te verrichten naar de bescherming tegen biologische wapens zelf over die wapens moet kunnen beschikken, is ongegrond: ziekteverwekkers zijn nog geen b-wapens. Er is daarom geen reden fundamenteel onderzoek naar ziekteverwekkers en de ziekte die zij verwekken te staken. Zou overigens, zo vervolgde Dr. Bartlema, het blote bestaan van een instituut met de naam R.V.O.-T.N.O. een escalatiefactor blijken te zijn, dan zou inderdaad naar een structuurverandering moeten worden gestreefd. Daarvoor zou echter eerst het werk van het instituut wetenschappelijk dienen te worden geëvalueerd.

Behalve voor directe medische bescherming zouden de resultaten van medisch-biologische research wellicht ook kunnen worden gebruikt voor de politieke bescherming tegen b-wapens, stelde Dr. Bartlema tenslotte. De mogelijkheid bestaat om onder toezicht van de Verenigde Naties te komen tot een Biological Agents Monitoring System. Zo'n systeem, dit jaar nog besproken op het 12e Pugwash-congres te Genève, zou door een internationale groep van deskundigen kunnen worden gehanteerd om toezicht uit te oefenen op het testen en eventueel opzettelijk verspreiden van biologische agentia voor agressieve doeleinden**.

Dr. P. Boskma, wetenschappelijk medewerker van het Polemologisch Instituut te Groningen en laatste referent, gaf de volgende specifieke karakteristiek van de biologische wapens: er is een grote variëteit aan keuzemogelijkheden, ze veroorzaken weinig materiële schade, ze zijn moeilijk definieerbaar wat betreft hun precieze uitwerking, ze zijn vooral effectief tegenover burgers en ze hebben het karakter van een sluipende bedreiging.

Internationaal gezien zijn er enige factoren van grote betekenis aan te wijzen. Bij de zogenaamde vrijheidsoorlogen, die zich in toenemende mate voordoen, zijn de b-wapens (vooral de incapacitantia) naast de chemische wapens en de herbiciden geschikt om de status quo in de machtsverhoudingen onverlet te laten. Belangrijk is daarnaast, dat in de huidige Oost-West-situatie de escalatie van de bewapeningswedloop tot nu toe ongestoord door-



De fractie, waarin alle verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen O.L.M.A. worden uitgedrukt, heeft — berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen per ultimo december 1970 — voor het eerste kwartaal 1971 een waarde van f 1,168.

gaat. Onbegrijpelijk is dat niet: twee interacterende partijen zonder enig objectief conflict, maar met zeer onvolledige communicatie (en dus grote onzekerheid over elkaars intenties) alsmede de filosofie dat de eigen veiligheid moet worden gegarandeerd door zichzelf voldoende sterk te maken, dreigen altijd in dergelijke processen terecht te komen. De bewapening zelf vormt in zulke processen, waar het doel — grotere veiligheid — door geen der partijen wordt bereikt, een bron van escalatie. Offensieve en defensieve wapens vervullen daarbij overeenkomstige functies. Zowel door hun grote verscheidenheid aan mogelijkheden als door hun sluipende karakter zullen de biologische wapens een belangrijke escalerende functie in dit soort processen kunnen hebben; de drempel voor een nucleaire uitwisseling is daarmee minder hoog geworden.

Wat is nu de rol van de wetenschap? Wetenschappelijk onderzoek, aldus Dr. Boskma, introduceert onomkeerbare veranderingen in onze wereld. Wapens, bijvoorbeeld de atoombom, ontwikkeld naar aanleiding van een concreet conflict, veranderen voor de hele verdere toekomst van de mensheid het verschijnsel oorlog, ook wanneer de concrete aanleiding om ze te ontwikkelen zal zijn gereduceerd tot een onbetekenend jaartal in de geschiedenisboekjes. Wapenresearch, hoe begrijpelijk misschien ook in termen van de wereldsituatie op een bepaald tijdstip, levert door dit irreversibele karakter bedreigingen op voor de hele toekomst. Dat is onverdedigbaar vanuit een adequate visie op de rol van de wetenschap in de samenleving en kan misbruik van die wetenschap worden genoemd. Niet alleen principieel, ook technisch is het niet altijd mogelijk een strikte scheiding te maken tussen offensieve en defensieve research. Daarbij komt, dat een effectieve bescherming van gehele bevolkingen tegen de gevolgen van een niet te kleine aanval met

biologische wapens nog steeds een praktische onmogelijkheid is.

Uit hoofde van hun functie in de samenleving dienen wetenschappers de irrationaliteit in het huidige denken over veiligheid en de sociale en maatschappelijke processen die dit denken versterken of in stand houden, kritisch te analyseren. Dr. Boskma achtte het essentieel voor de wetenschapper, dat deze inzielt in welk macro-sociaal kader hij opereert. Men moet zich bewust zijn en van het eigen functioneren in het sociale systeem en van het functioneren als groep daarin. Het is nodig sensitief te zijn voor wat planmatig dreigt te kunnen gaan gebeuren, vanuit het besef dat de eigen wetenschappelijke activiteit voortdurend nieuwe mogelijkheden aandraagt en derhalve een grote mate van onzekerheid en instabiliteit introduceert. Voor wie aan een van de bronnen zit, houdt dit in dat hij nagaat wat hij wel en wat hij niet wil gebruiken. Vroegtijdige evaluatie van de mogelijke implicaties van bepaald onderzoek, zodat het nog mogelijk is ongecontroleerde ontwikkelingen in een bepaalde richting te voorkomen, is daarom nodig. Voorkomen dient te worden, dat specifieke referentiekaders deze evaluaties zouden gaan belemmeren. De eigen verantwoordelijkheid van de wetenschapper vereist volledige openheid van de medisch-biologische research; zij vereist daarnaast een democratisering van het wetenschapsbeleid.

Gevaarlijk noemde Dr. Boskma het, wanneer een wetenschapper zijn referentiekader, zeker bij problemen, zoekt binnen de eigen groep en de nationale samenleving. De wetenschappelijk onderzoeker dient zich te realiseren, dat hij zich effectief bezighoudt met mondiale zaken: „Tenzij je wetenschappelijke verantwoordelijkheid mondiaal ligt, zit je eraan”. Omdat hun kennis een mondiaal karakter draagt, is het voor medici en biologen nodig op wereldniveau tot collegiale samenspraak te komen. Het actief deelnemen in zowel internationale vakorganisaties als in meer specifiek op de verantwoordelijkheid van de wetenschapper gerichte bewegingen — Pugwash, World Federation of Scientific Workers — is daarbij van grote betekenis. Weinig zaken zijn immers zo mondiaal als de research.

Internationaal verbod b-wapens op komst?

Juist van de pers het bericht, dat de Sovjet-Unie op 30 maart jl. met steun van haar zes bondgenoten tijdens de SALT-gesprekken in Genève nieuwe voorstellen heeft ingediend, die op korte termijn kunnen leiden tot een internationaal verbod op biologische wapens. Het Russische ontwerpverdrag verbiedt de ontwikkeling, productie, opslag en verwerving van biologische strijdmiddelen en vergiften en de middelen om dergelijke agentia te verspreiden; de reeds bestaande voorraden zouden moeten worden vernietigd of aangewend voor vreedzame doeleinden. Een en ander komt vrijwel overeen met een Engels voorstel van 1969, met dit verschil dat daarbij ook uitdrukkelijk het gebruik van b-wapens wordt

verboden; volgens de Russen is dit de logische consequentie van de voorgaande bepalingen.

De aanbieding van het nieuwe voorstel houdt in, dat de Russen terugkomen van hun oorspronkelijke eis dat naast de biologische ook de chemische wapens in een eerste overeenkomst zouden moeten worden opgenomen. De weigering van het Westen om ook de c-wapens op te geven leidde in 1969 tot een impasse, die de Sovjet-Unie nu met haar nieuwe voorstel — waarin deze strijdmiddelen niet worden genoemd — hopen te doorbreken. Het ontwerpverdrag kwam op de dag gelijk met nieuwe ontwapeningsvoorstellen van partijleider Brezjnef op het 24e partijcongres in Moskou. Tot de voornaamste punten van dit „program in de strijd voor vrede en internationale samenwerking” behoort een verbod op a-, b- en c- (nucleaire, biologische en chemische) wapens.

**

Zijn medisch-biologische onderzoeken in het kader van de Rijksverdedigingsorganisatie een factor in de bewapeningswedloop? Dit immers zou voor Dr. Bartlema reden zijn om over structuurveranderingen binnen het laboratorium te gaan denken. Het feit, dat het — ook volgens Dr. Bartlema — niet alleen onmogelijk is een effectieve bescherming van de totale bevolking tegen biologische wapens te realiseren, maar dat in het proces van de bewapeningswedloop ook offensieve research niet van defensieve kan worden gescheiden, deed Dr. Boskma deze vraag tijdens de door de Groninger filosoof Nauta geleide discussie bevestigend beantwoorden. Het maakt volgens Dr. Boskma inderdaad een groot verschil, of research onder Defensie of onder Volksgezondheid ressorteert (verondersteld, dat deze research althans in het laatste geval volledig openbaar zou zijn).

Uit de reeks van projecten die het medisch-biologisch laboratorium R.V.O.-T.N.O. momenteel uitvoert, noemde Dr. Bartlema één onderzoek dat volgens hem zeer wel naar Volksgezondheid zou kunnen verhuizen. Op een vraag uit de zaal, welke nu die andere onderzoeken waren die niet konden verhuizen, gaf hij als zijn mening te kennen dat eigenlijk het volledige onderzoekprogramma wel binnen de gezondheidsorganisatie zou kunnen worden verricht; of dat ook metterdaad staat te gebeuren kon hij bevestigen noch ontkennen. Een maand eerder was zijn momenteel hoogste chef, Prof. Dr. Ir. A. Rörsch, plaatsvervangend directeur M. B. L., minder vaag geweest. Deze zei tijdens het lustrum van het Chemisch Dispuut Amsterdam, 23 februari j.l., op een opmerking van mede-panellid Drs. L. Reijnders betreffende de noodzaak van overheveling van het laboratorium naar Gezondheidszorg T.N.O., met stopzetting van het mede door het Amerikaanse leger gefinancierde aerosol-onderzoek: „Ambtelijke molens malen langzaam. Hopelijk is de zaak geregeld vóór de verkiezingen. Het is nu voor de ministerraad”. Naar de mening van de chef Militair Geneeskundige Dienst, die de polemologi-

sche studiedag bijwoonde, behoefde een verhuizing van het laboratorium naar Volksgezondheid geen bezwaar meer te ontmoeten. Vanuit de zaal kwam daarop de vraag, of het niet op de weg van de medewerkers aan dit nu nog semi-militaire instituut zou kunnen liggen actief op een snelle overgang naar Volksgezondheid aan te dringen. Vermeld zij nog, dat er tijdens de pauze verschil van mening bleek te bestaan over de vraag, of het vervaardigen van biologische wapens moreel op een lijn is te stellen met het experimenteren met gevangenen in de Nazi-concentratiekampen.

te V.

* Secretariaat: Olympiaplein 25 hs, Amsterdam, tel. 020-792793.

** De vraag van het geoorloofd zijn en de noodzaak van defensie-research in het algemeen en van militair-medische research in het bijzonder kwam ook aan de orde tijdens het M.B.L.-symposium op 29 januari 1970. Een verslag daarvan verscheen in het Nederlands Militair Geneeskundig Tijdschrift van mei-juni 1970; administratie: Hartogstraat 3, 's-Gravenhage.

ADVERTENTIES

Opgaven van advertenties dienen ter bespoediging van de plaatsing rechtstreeks te worden aangeboden aan:

Uitgeversmaatschappij Kruyt n.v.
Groot Hertoginnelaan 28,
Bussum
(Telefoon: 02159 - 3 22 59)

MC | VAN HET HOOFDBESTUUR

OFFICIEEL

Vacatures hoofdbestuur

Onder verwijzing naar een eerdere publikatie in Medisch Contact hieromtrent (M.C. 1971/3, blz. 86) moge er de aandacht op worden gevestigd dat aan de besturen van de afdelingen recentelijk opnieuw een brief werd gezonden, ditmaal in verband met het bekend worden van een derde vacature in het hoofdbestuur per 1 januari 1972. Wij laten deze brief d.d. 31 maart 1971 in verkorte vorm hieronder volgen:

„Op 12 januari 1971 wendden wij ons onder het hoofd „Kandidaatstelling nieuwe leden voor het hoofdbestuur” tot u, met een uitvoerig schrijven. Er waren op dat moment twee vacatures welke op de Algemene Vergadering van 30 oktober 1971 moeten worden vervuld, te weten van de heren Hage en Kortenhorst.

Nu heeft echter op 23 maart j.l. de huidige voorzitter Prof. Dr. Th. Vossenaar, aan het dagelijks bestuur medegedeeld dat ook hij per 1 januari 1972 zijn functie als lid van het hoofdbestuur tussentijds zal moeten neerleggen.

De Algemene Vergadering zal op 30 oktober 1971, ingevolge artikel 404 van het huishoudelijk reglement, drie nieuwe leden van het hoofdbestuur moeten kiezen en wel in de vacatures welke op 31 december 1971 ontstaan door het aftreden van:

1. Dr. J. Hage, specialist, Tilburg;
2. Dr. F. H. J. Kortenhorst, huisarts, Delft;
3. Prof. Dr. Th. Vossenaar, hoogleraar, Utrecht.

De in de vacatures 1 en 2 te verkiezen hoofdbestuurleden zullen in functie treden op 1 januari 1972 en zitting hebben t/m 31 december 1977.

Het in vacature 3 te kiezen hoofdbestuurslid treedt eveneens op 1 januari 1972 in functie en zal, op grond van het bepaalde in art. 7 H.R., zitting hebben t/m 31 december 1973.

In verband met het bepaalde in artikel 304 lid 3 H.R., mogen wij u verzoeken de kandidatenlijst vóór 1 mei in te zenden.”

De kandidaatstelling geschiedt met inachtneming van artikel 304 H.R. Voor vermelding in extenso moge worden verwezen naar M.C. 1971/3, blz. 86.

Utrecht, 2 april 1971

Mr. B. Schultsz, adj. secretaris

Vrijstelling contributie

Leden van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, die via de Stichting Artsen Naar Ontwikkelingslanden (S.A.N.O.) zijn uitgezonden naar een ontwikkelingsgebied, worden voor de tijd van hun verblijf in dat gebied vrijgesteld van contributieverplichtingen aan de K.N.M.G.

Utrecht, 2 april 1971

J. Diepersloot, arts,
secretaris-generaal der K.N.M.G.

Opleiding longziekten en tuberculose

Ingevolge artikel 1008 lid 4 van het huishoudelijk reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst wordt hieronder gepubliceerd het besluit no 2 - 1970 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten inzake de opleiding voor het specialisme longziekten en tuberculose.

Het besluit is verbindend vanaf 12 april 1971.

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

Voor degenen, die op het tijdstip waarop het besluit no 2 - 1970 inzake het specialisme longziekten en tuberculose verbindend is, reeds voor het specialisme in opleiding zijn, is van toepassing het besluit no 1 - 1966, houdende algemene bepalingen, dat is gepubliceerd in Medisch Contact van 3 maart 1967 no 9/1967, bladz. 199.

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

Utrecht, 5 april 1971

Besluit van het Centraal College no. 2 - 1970 longziekten en tuberculose

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 21 december 1970;

gezien het voorstel van het bestuur van de Nederlandse vereniging van artsen voor longziekten en tuberculose tot vaststelling van de opleidingseisen voor het specialisme longziekten en tuberculose,

gehoord het bestuur van bovengenoemde Vereniging,

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

gezien het nadere voorstel van het bestuur van de Vereniging,

gehoord de Specialisten Registratie Commissie,

in aanmerking nemende dat de ledenvergadering van de Nederlandse vereniging van artsen voor longziekten en tuberculose op 19 december 1969 haar instemming heeft betuigd met de voorgestelde opleidingseisen,

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

heeft besloten

artikel 1

het besluit no 1 - 1967, inhoudende de duur en de schematische indeling van de opleiding voor het specialisme longziekten en tuberculose, wordt ingetrokken;

artikel 2

de duur van de opleiding van specialisten voor het specialisme longziekten en tuberculose is vijf jaar.

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

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

Bijzondere eisen

A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A. 1 wordt toegevoegd:

De vijfjarige opleiding bestaat uit twee jaar opleiding in de inwendige geneeskunde, drie jaar opleiding in de geneeskunde van de longziekten en tuberculose.

De opleiding van twee jaar inwendige geneeskunde moet worden gevolgd in een voor dat specialisme erkende opleidingsinrichting.

De opleiding van drie jaar longziekten en tuberculose moet worden gevolgd in de inrichtingen genoemd in de bijzondere eis C. 1, en volgens één van de mogelijkheden nader omschreven in het opleidingsschema.

Aan de algemene eisen van A. 13 wordt toegevoegd:

f. er op toezien dat de assistent-geneeskundige, in de periode waarin hij klinisch werkzaam is, de zorg heeft voor het aantal patiënten, genoemd in de bijzondere eis C. 11;

g. er zorg voor dragen dat, tezamen met de radioloog, regelmatig röntgenbesprekingen plaats vinden.

De algemene eis van A. 14 wordt vervangen door:

Gedurende de opleiding moet de opleider erop toezien, dat de assistent-geneeskundige voldoende kennis verkrijgt van de gevaren verbonden aan het gebruik van ioniserende stralen uitzendende toestellen en de wijze waarop bescherming tegen die gevaren kan worden verkregen, zulks met het oog op de eisen gesteld in het Toestellenbesluit Kernenergiewet. Mede ter verkrijging van deze kennis zullen met de radioloog regelmatig röntgenbesprekingen plaats vinden.

Voorts moet de opleider erop toezien dat de assistent-geneeskundige in kennis wordt gesteld van de gevaren verbonden aan het gebruik van ioniserende stralen uitzendende stoffen.

Ingevolge A. 22 van de algemene eisen geeft zowel de opleider in de inwendige geneeskunde als die in de longziekten en tuberculose de noodzakelijke beoordelingen af.

B. Te stellen aan de opleiders

Ingevolge B. 12 van de algemene eisen is het volgende vereist.

1. In een kliniek voor longziekten moet het aantal opnamen per jaar ten minste 250 zijn en in een sanatorium voor longtuberculose ten minste 60.

2. Een consultatiebureau voor tuberculosebestrijding moet een gebied van ten minste 250.000 inwoners bestrijken.

3. In een kliniek voor longziekten moet een polikliniek ter beschikking van de opleider staan, waarbij het aantal nieuw ingeschreven patiënten voor dit specialisme per jaar ten minste 250 moet zijn. Onder nieuw ingeschreven patiënten zijn hierbij ook begrepen alle oud-patiënten die gedurende 3 jaar of langer niet meer onder controle hebben gestaan.

C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

De algemene eis van C. 1 begint met de volgende bepalingen.

De opleiding kan worden gevolgd in een erkende kliniek voor longziekten, in een erkend sanatorium voor longtuberculose en op een erkend consultatiebureau voor tuberculosebestrijding.

Onder een kliniek voor longziekten wordt verstaan een zelfstandige afdeling van een algemeen ziekenhuis, dan wel van een sanatorium voor long-

tuberculose, bestemd voor de diagnostiek en behandeling van patiënten lijdende aan niet-tuberculeuze longziekten, doch waarin eventueel patiënten lijdende aan longtuberculose kunnen worden behandeld.

Een kliniek voor longziekten die geen deel uitmaakt van een algemeen ziekenhuis, kan niet als opleidingsinrichting worden erkend tenzij een geïntitutionaliseerde samenwerking bestaat met een nabij gelegen algemeen ziekenhuis, dat als opleidingsinrichting is erkend.

Onder een sanatorium voor longtuberculose wordt verstaan een inrichting, dan wel een deel van een inrichting, uitsluitend bestemd voor onderzoek, behandeling en verpleging van patiënten lijdende aan longtuberculose.

Onder een consultatiebureau voor tuberculosebestrijding wordt verstaan een consultatiebureau dat voldoet aan de voorwaarden ter verkrijging van subsidie ingevolge de Rijksregeling.*

Aan de algemene eis van C. 1 sub b wordt het volgende toegevoegd:

Aan het algemene ziekenhuis, waarvan een kliniek voor longziekten of een sanatorium voor longtuberculose deel uitmaakt, moet een laboratorium voor longfunctieonderzoek zijn verbonden.

Ingevolge C. 2 van de algemene eisen is voor het algemeen ziekenhuis, waarvan een kliniek voor longziekten of een sanatorium voor longtuberculose deel uitmaakt, bovendien vereist:

a. dat in het ziekenhuis werkzaam zijn specialisten, die voor de specialismen anaesthesie, cardiologie en keel-neus-oorheelkunde in het register zijn ingeschreven;

b. dat regelmatig als consulent worden geraadpleegd specialisten, die voor de specialismen bacteriologie, dermatologie, kindergeneeskunde en zenuw- en zielsziekten in het register zijn ingeschreven;

c. dat in het ziekenhuis werkzaam zijn specialisten, die als opleider voor de specialismen chirurgie en inwendige geneeskunde zijn erkend;

d. dat in het ziekenhuis longoperaties kunnen plaats vinden.

Ingevolge C. 3 van de algemene eisen is het volgende vereist:

a. in het sanatorium voor longtuberculose, c.q. de daarmee verbonden kliniek voor longziekten,

* Zie de Rijksregeling tot vaststelling van de subsidievoorwaarden voor de plaatselijke specifieke verenigingen voor tuberculosebestrijding van 17 december 1957 (nr 17245) Afdeling medische beroepen en ziektebestrijding/Directie Volksgezondheid (St.crt.251). Deze voorwaarden zijn ook vermeld in het jaarboek van de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose.

moeten regelmatig als consulent worden geraadpleegd specialisten, die voor de specialismen chirurgie, inwendige geneeskunde, verloskunde en gynaecologie, radiologie, pathologische anatomie, anaesthesie, cardiologie, keel-neus-oorheelkunde, bacteriologie, dermatologie, kindergeneeskunde en zenuw- en zielsziekten in het register zijn ingeschreven.

b. aan het sanatorium voor longtuberculose, c.q. de daarmee verbonden kliniek voor longziekten, moeten verbonden zijn een klinisch-chemisch laboratorium, een laboratorium voor longfunctieonderzoek en een röntgenafdeling en ter beschikking staan een pathologisch-anatomisch en een bacteriologisch-serologisch laboratorium.

c. aan een kliniek voor longziekten, deel uitmakend van een sanatorium voor longtuberculose, moet een operatieafdeling zijn verbonden.

d. aan het sanatorium voor longtuberculose moet een operatieafdeling ter beschikking staan.

e. aan het consultatiebureau voor tuberculosebestrijding moet een bacteriologisch-serologisch laboratorium ter beschikking staan.

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

1. De kliniek voor longziekten moet over ten minste 30 bedden voor patiënten, lijdende aan niet-tuberculeuze longziekten, beschikken. In een aan de kliniek verbonden sanatoriumafdeling moeten gemiddeld ten minste 15 bedden door patiënten lijdende aan longtuberculose, zijn bezet.

2. Het sanatorium voor longtuberculose moet over ten minste 60 bedden beschikken en in het sanatorium moeten volwassenen en kinderen van beiderlei geslacht kunnen worden opgenomen.

3. In de kliniek voor longziekten moet naast de erkende opleider ten minste één specialist die voor het specialisme longziekten en tuberculose in het register is ingeschreven, voor ten minste 80% van zijn dagtaak werkzaam zijn. Bij een beschikbaar aantal bedden groter dan 40 zullen dit twee specialisten moeten zijn en verder naar analogie van vergelijkbare opleidingen.

4. In het sanatorium voor longtuberculose moet naast de erkende opleider voor elke 75 bedden een specialist die voor het specialisme longziekten en tuberculose in het register is ingeschreven, werkzaam zijn.

5. De assistent-geneeskundige moet in de periode waarin hij in de kliniek voor longziekten werkzaam is, de zorg hebben voor ten minste 10 en ten hoogste 25 klinische patiënten. In het sanatorium voor longtuberculose is dit aantal ten minste 30 en ten hoogste 50.

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

1. In de kliniek voor longziekten en in het sanatorium voor longtuberculose moet aanwezig zijn een instrumentarium ten behoeve van het verkrijgen van de kennis van ingrepen en onderzoeken zoals genoemd in de nadere voorschriften.

2. De opleidingsinrichting moet een bibliotheek bezitten waarin ten minste enkele recente handboeken en 8 tijdschriften op longspecialistisch gebied, respectievelijk aanverwante gebieden als allergie en pathofysiologie, aanwezig zijn. In het sanatorium voor longtuberculose moeten in ieder geval twee algemene buitenlandse tijdschriften aanwezig zijn.

3. In het klinisch-chemisch laboratorium moeten chemische bepalingen kunnen worden verricht, welke noodzakelijk zijn voor de diagnostiek en differentiaaldiagnostiek van de diverse longziekten inclusief tuberculose, voor de controle en toepassing van medicamenten (bloedspiegels mogen worden uitbesteed) en voor de controle en het vervolgonderzoek van operatieve ingrepen.

4. In het bacteriologisch-serologisch laboratorium van een kliniek voor longziekten en een sanatorium voor longtuberculose moet gelegenheid zijn voor eenvoudige bacteriologie. Ingewikkelde onderzoeken kunnen, zo nodig, worden uitbesteed, b.v. aan een streeklaboratorium.

5. Op de röntgenafdeling van het sanatorium voor longtuberculose moet, naast het gewone thoraxonderzoek, plaats kunnen vinden serie-doorsondeonderzoek, contrastfotografie en het onderzoek van andere voor tuberculose gepredisponerde organen.

6. In de aan een kliniek voor longziekten verbonden röntgenafdeling moeten alle voorkomende röntgenwerkzaamheden kunnen worden verricht en in de kliniek voor longziekten met name alle röntgenoscopische werkzaamheden.

Opleidingsschema

In overleg met de opleider en de S.R.C. moet worden vastgesteld wanneer de opleiding in de inwendige geneeskunde wordt gevolgd.

Voor de specifieke opleiding van drie jaar in de longziekten en tuberculose bestaan de volgende mogelijkheden:

a. drie jaar in een erkende kliniek voor longziekten waaraan een sanatoriumafdeling is verbonden.

b. twee en een half jaar in een erkende kliniek voor longziekten waaraan een sanatoriumafdeling is verbonden, en een half jaar naar keuze in overleg met de S.R.C.

c. twee jaar in een erkende kliniek voor longziekten, ten minste een half jaar in een erkend sanatorium voor longtuberculose en de resterende tijd naar keuze in overleg met de S.R.C.

d. twee jaar in een erkende kliniek voor longziekten waaraan een sanatoriumafdeling is verbonden, een half jaar op een erkend consultatiebureau voor tuberculosebestrijding en een half jaar naar keuze in overleg met de S.R.C.

Indien de opleiding wordt gevolgd in een kliniek voor longziekten waaraan een sanatoriumafdeling is verbonden, en het aantal in deze afdeling bezette bedden daalt door omstandigheden beneden het onder C.11 vastgestelde aantal, kan de S.R.C. ter compensatie een opleiding gedurende drie maanden in een erkend sanatorium voor longtuberculose verplicht stellen.

Het halve jaar naar keuze, genoemd onder de opleidingsmogelijkheden b en c, kan geheel of gedeeltelijk op een consultatiebureau voor tuberculosebestrijding worden doorgebracht.

Het halve jaar naar keuze, genoemd onder de opleidingsmogelijkheden b, c en d, mag niet aan de inwendige geneeskunde worden besteed, maar kan dienen b.v. ter verrijking van de kennis van het asthma en de allergie of ter verdere verdieping in o.m. longfysiologie of pathologische anatomie.

De assistent-geneeskundige dient tijdens zijn opleiding in de kliniek voor longziekten ten minste een half jaar op de polikliniek werkzaam te zijn.

De assistent-geneeskundige dient ervaring te verkrijgen in post-operatieve zorg van patiënten bij wie een longoperatie is verricht.

Nadere voorschriften

Tijdens de opleiding in de longziekten en tuberculose moet de assistent-geneeskundige:

- kennis verkrijgen van de theoretische grondslagen der röntgenologie en ervaring in het maken van röntgenfoto's;
- kennis verkrijgen van de röntgenologie der longen en van de röntgenbeelden bij tuberculeuze veranderingen in andere organen;
- bronchografie, bronchoscopie en Métras-sondages verrichten;
- kennis verkrijgen van intubage en beademing;
- locaal anaesthesie leren geven bij alle intra-bronchiale ingrepen;
- diagnostische verrichtingen uitvoeren, zoals het aanleggen van een diagnostische pneumothorax, het verrichten van lymphklier-, pleura- en longpuncties;
- kennis verkrijgen van de mogelijkheden tot het aanleggen van een diagnostisch pneumoperitoneum;
- zich leren bekwamen in het maken en lezen van electrocardiogrammen;
- zich op het laboratorium voor longfunctie-onderzoek leren bekwamen in spirometrie voor en na het gebruik van farmaca, het doen van arteriepuncties met in aansluiting daaraan bloedgasanalyses, ergometrie en zo mogelijk elasticiteits (compliance) bepalingen;

- kennis verkrijgen van thoracoscopie en bronchospirimetrie;
- kennis verkrijgen van de bacteriologische onderzoeksmethodes bij tuberculose en van de eenvoudige bacteriologie bij niet-tuberculeuze longziekten en enige kennis van de cytologie en de virussoorten, die betekenis hebben voor de infectie der luchtwegen;
- kennis verkrijgen van en deelnemen aan de voorbereiding en nabehandeling van patiënten, die een operatieve behandeling ondergaan;
- de diagnostiek (inclusief provocatietests en serologie) en de behandeling leren van allergische aandoeningen van de luchtwegen;
- besprekingen bijwonen over medisch-sociale problemen met artsen verbonden aan een consultatiebureau voor tuberculosebestrijding;
- regelmatig klinische besprekingen en bijeenkomsten bijwonen, bij voorkeur met andere specialisten;
- aan literatuurbesprekingen deelnemen;
- medewerken aan patiëntenregistratie en -codering;
- in de ziektegeschiedenissen tevens de overwegingen voor diagnostiek en behandeling opnemen;
- in de door hem te schrijven en door de opleider te controleren ontslagbrieven anamnese, onderzoek en overwegingen t.a.v. de diagnose en therapie vermelden.

Utrecht, 22 december 1970

Het Centraal College
voor de erkenning en registratie
van medische specialisten

Medische informatiekaart

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

De medische informatiekaart van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst — een herziene uitgave van de vroegere „Medicamentenkaart voor noodgevallen” — is bij het Bureau der Maatschappij verkrijgbaar tegen kostprijs. De prijs is vastgesteld op f 0.20 per stuk bij aflevering in plastic hoesje; de verzendkosten zijn hierbij niet inbegrepen. Grotere hoeveelheden van deze medische informatiekaarten kunnen ook worden afgenomen zonder plastic hoesje à f 0.10 per stuk.

Voordrachten

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

Amsterdam: Prof. Dr. R. I. Zielhuis, onderwerp: „Milieuhygiënische problemen met betrekking tot het streekplan Noordzeekanaal”.

Apeldoorn en Omstreken: Prof. Dr. P. A. Biersteker, onderwerp: „De grenzen van het menselijk prestatievermogen”.

Arnhem en Omstreken: Ir. F. B. Carbasius Weber, onderwerp: „Wijsheid en schoonheid in India”.

Assen en Omstreken: Prof. Dr. K. J. van Deen en W. Verdenius, onderwerp: „De nieuwe opleiding tot huisarts”.

Eindhoven en Omstreken: Dr. L. Schalm, onderwerp: „Medicamenten en de lever”.

's-Gravenhage en Omstreken: Klinisch Pathologische Conferentie, sprekers Dr. A. Haak en G. J. Verdonk.

Den Helder: Prof. Dr. G. M. H. Veeneklaas, onderwerp: „Suicide in de adolescentie”.

Helmond en Omstreken: Prof. Dr. J. Folkerts, neuroloog, onderwerp: „De L-Dopa behandeling bij de ziekte van Parkinson”.

Rotterdam en Omstreken: D. J. van Leeuwen, huisarts, Prof. Dr. H. Muller, specialist, onderwerp: „Huisarts en specialist”.

Sittard-Geleen: Dr. A. W. Sitsen, onderwerp: „Luisteren met en zonder stethoscoop”.

Tiel: Dr. R. de Drion, onderwerp: „Ontwikkelingen in de gezondheidsvoorzieningen”.

Tilburg en Omstreken: Dr. H. van der Schaar, onderwerp: „Hartchirurgie”.

Wageningen en Omstreken: Drs. R. Stoeckart, onderwerp: „Ultrastructuur van cel en weefsel”.

Walcheren: B. H. van Boeijen, onderwerp: „Geriatrische zorg op Walcheren”; A. W. Boerwinkel, onderwerp: „Geriatric in de huisartspraktijk”; B. Uytendil, onderwerp: „Geriatric in het ziekenhuis”; F. Smulders, onderwerp: „Het beleid t.a.v. de geestelijk gestoorde bejaarden”.

Zuid-Limburg: Prof. Dr. P. J. de Schepper, onderwerp: „Drugs, vroeger en nu”.

Z. Vlaanderen O.D.I.: Dr. H. Smitskamp, onderwerp: „Importziekten”.

Zutphen: Dr. P. J. van Elk, onderwerp: „Moeilijkheden bij de diagnostiek van ziekten van het vaatstelsel in verband met de therapie”.

Zwolle en Omstreken: D. C. de Bruyne, oogarts, onderwerp: „Oogheelkunde 1971”.

Nieuwe leden:

H. J. J. Boelen, Rhododreef 146, Utrecht
 W. P. C. W. Boersma, Schaliendekkersdreef 44 D, Maastricht-Belfort
 J. Th. Botman, Jonkerstraat 38, Weurt (Gld)
 Mevr. J. Boukamp-van den Hoed, Faustdreef 367, Utrecht
 Ch. M. A. Bijleveld, Rh. Feithlaan 38 A, Zwolle
 A. R. E. Cameron, Veemarktplein 42 bis A, Utrecht
 Mevr. J. E. M. T. Derks-Plasmans, Livingstonelaan 442, Utrecht
 H. W. van Es, Rotterdamseweg 39, Schoonhoven
 B. J. van Eijk, v. Weerden Poelmanlaan 54, Utrecht
 H. M. J. A. Gerritzen, Loderlaan 8, Utrecht
 A. E. Groeneveld, Waver 39, Ouderkerk a/d Amstel
 J. W. M. Henquet, Wilhelminasingel 100, Maastricht
 J. R. van Horn, Wachterstraat 29, Zaandam
 S. S. de Jong, Agnietenstraat 13, Utrecht
 J. W. Jongebreur, Schultenweg 26, Eelde
 D. P. W. Keizer, Wagendwaarsstraat 34, Utrecht
 T. J. Koopman, J. C. Kapteynlaan 13, Groningen
 Dr. O. V. Kotora, Octave van Rijsselberghestr. 37, Breda
 A. Ladan, Krullelaan 16, Zeist
 Dr. C. C. Leibbrandt, v. Leeuwenhoekplantsoen 6, Vleuten
 J. F. Lekkerkerker, Verenigingstraat 30, Utrecht
 B. Lether, Karel Doormanlaan 195, Utrecht
 L. M. J. L. Lodewick, Aubadestraat 192, Nijmegen
 J. A. F. M. Luijten, Rubenslaan 67¹, Utrecht
 A. K. Marck, Hereweg 118, Groningen
 G. A. P. In der Maur, van Vollenhovenlaan 381, Utrecht
 K. D. Meijer, Oosterhamriklaan 177, Groningen
 Mevr. P. A. Meijer-van Olst, Oosterhamriklaan 177, Groningen
 H. A. Naeff, Oudegracht 171, Utrecht
 A. J. de Nooij, F. C. Dondersstraat 19 A, Utrecht
 J. G. A. Notting, p/a Dobbelsmannweg 102, Nijmegen
 G. A. Oudenaarden, Deldenerstraat 221, Hengelo (O)
 T. Oudkerk, J. F. Kennedylaan 16, Bunnik
 K. Pels, Laan van Minsweerd 39, Utrecht
 G. Pluimers, Aquamarijnlaan 310, Utrecht
 R. A. van der Pol, Saffierlaan 89, Utrecht
 A. P. Rasenberg, Zuideindsestraat 55, Made
 Mevr. L. Relik-van Wely, v. Weerden Poelmanlaan 124, Utrecht
 J. J. Riemersma, Watergraafsmeerstraat 11, Hoofddorp
 R. Roberti, Monnetlaan 117, Utrecht
 H. A. Scheepens, Christinalaan 11, Soest
 P. P. M. Schille, „De Ruighe Hoeck”, Warffumerweg 10, Onderdendam (Gr.)
 J. Schoemaker, Stelvie 14, Amstelveen
 T. van Schothorst, Oudenoord 48, Utrecht
 M. L. Simoons, Croeselaan 275, Utrecht
 Mevr. R. J. M. J. Slaats-Peters, Marshalllaan 259, Utrecht
 Mej. C. M. E. Smit, Atmosfeerstraat 69, Dordrecht
 Dr. H. J. A. Sonderkamp, Roermondseweg 128, Steyl (Tegelen)
 J. L. J. Sterrenburg, Pr. Bernhardstraat 4, Broek op Langedijk
 P. Terpstra, Tuikwerderrak 11, Delfzijl
 G. H. M. Verbeek, Henri Dunantstraat 401, Brunssum
 A. C. M. Vingerhoeds, Paltzerweg 113, Bilthoven
 R. J. Visser, Moerbeipad 6, Dordrecht
 M. J. van Weers, Oude Baan 30, Milsbeek
 Mevr. A. M. M. Werkhoven-Klawer, Amsterdamsestraatweg 191, Utrecht

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

DE ROL VAN HET C.O.Z.

In M.C. 1971 no. 8 heeft het artikel van collega Horikx uit Geldrop (p. 219) „Is het ziekenfonds honorarium redelijk” me zeer getroffen. Natuurlijk — en in de eerste plaats — omdat vrijwel iedereen weet dat dit voor de internisten in ieder geval niet redelijk is en er blijkbaar nooit wat aan gebeurt. In de tweede plaats omdat collega Horikx de zaken zo duidelijk op een rij heeft gezet. En in de derde plaats om een hem secundair aspect dat net zo goed eens primair gesteld kan worden. En dat is de rol die het C.O.Z. in ziekenhuis-zaken speelt. Ik stel me voor dat het de meeste specialisten gaat als mij. Wij weten dat er namens ons groepsonderhandelingen zijn met de ziekenfondsen waarin de ziekenfondshonorering wordt vastgesteld. Wij weten vrijwel niets van de stichting „Centraal orgaan ziekenhuis-tarieven” die blijkbaar de hoogte van de door ons in de ziekenhuizen gemaakte onkosten bepaalt. Deze stichting stelt — als ik goed ben geïnformeerd — namelijk de verpleegprijs in het ziekenhuis vast. Om daartoe te komen controleert zij de boeken van het ziekenhuis.

De stichting bepaalt echter ook de regels volgens welke de verpleegprijs wordt vastgesteld. Zij verdeelt daartoe het ziekenhuis in kliniek, polikliniek, laboratorium en röntgen-afdeling. De eerste twee vormen de verliesposten, de laatste twee de winstposten. Om de onkosten van het ziekenhuis zo laag mogelijk te houden moeten de specialisten, die op de polikliniek werkzaam zijn, daarvoor betalen. In de ene plaats hebben de inwoners de neiging om met kleinigheden naar de huisarts te lopen, in de andere plaats lopen zij met alles naar het ziekenhuis. De prijs, die moet worden betaald, kan het C.O.Z. bepalen.

Over de spreekkamerruimten wil ik coll. Horikx niet trachten te verbeteren. Daar gaat het niet meer om kostprijs, daar gaat het het C.O.Z. om winst voor het ziekenhuis. Zelfs de schijn wordt daar losgelaten blijkbaar onder 't motto „die specialisten verdienen toch teveel”. In Geldrop vroegen „ze” eerst f 318800,— voor de gehele polikliniek huur maar na enig pingelen werd dat

f 223360,—. Dat de spreekkamerruimten 30 m² moeten zijn bepaalt „Volksgezondheid”. De prijs ervoor het C.O.Z.

In feite worden zo bedrijfskosten verhaald op de medewerkers. 't Ziekenhuis zit in het schip en moet deze exorbitante prijzen doorberekenen aan haar specialisten. Op die manier wordt een wig gedreven tussen staf en directie c.q. bestuur. Voor zover van dit alles iets te begrijpen valt en uit halve informatie bijeen te garen is maakt het de indruk dat het C.O.Z. nogal slim te werk gaat. Dan komt eens hier een ziekenhuis aan de beurt, dan eens daar. Dreigt de gehele staf uit een ziekenhuis te gaan dan haalt men bakzeil en „pikt” een ander ziekenhuis.

De specialisten hebben zo nauwelijks door wat hen als groep bedreigt en komen niet tot gezamenlijk verweer. Ook de L.S.V. is in dezen, voor zover mij bekend, niet actief.

De specialisten denken door de directie te zijn beetgenomen en de directies willen geen opening van zaken geven omdat zij zichzelf blijkbaar ook beetgenomen voelen. De kleine groep specialisten die destijds besloot niet in het ziekenhuis spreekuur te houden zou dus toch gelijk krijgen. Hun werk is weliswaar minder geïntegreerd binnen het ziekenhuis, maar zij zitten op lagere kosten. Zij die bereid waren de sprong te nagen naar het teamverband in het ziekenhuis om zo hun patiënten optimaal te kunnen helpen worden het kind van de rekening.

Mijn vraag is nu: wat is eigenlijk die stichting C.O.Z.? Wie waren de oprichters van deze stichting? Wie vormt het bestuur, welke zijn de statuten? Wie controleert de stichting (meestal niemand) en waar is hoger beroep mogelijk tegen haar beslissingen? Een stichting heeft een eenvoudige structuur, dat is haar voordeel. Maar de stichting is vrijwel niet te controleren en dient dus een beperkte opdracht te hebben wil er nog iets van een democratische vorm overblijven.

Wanneer deze stichting zich zo intensief met de „onkosten” van de specialisten kan bemoeien, zou het noodzakelijk zijn dat er in haar bestuur een vertegenwoordiger van de L.S.V. zat. Is dat het geval? Ik betwijfel het zeer. Zou het mogelijk zijn Uw lezers hier eens precies over te informeren?

Enschede, 16 maart

J. Boon, oogarts

MAGAZINE VAN HET ANTONIUS ZIEKENHUIS UTRECHT: ABORTUS PROVOCATUS WEZENLIJK IMMORELE ZAAK

In M.C. van 12 maart jl. verscheen een redactioneel commentaar: Zestig jaar Sint Antonius Ziekenhuis te Utrecht. Dit naar aanleiding van het in een oplage van 25000 exemplaren verschenen AZ Magazine. Dit aantal is aanzienlijk groter dan de oplage van Medisch Contact. AZ Magazine wil, volgens de samenstellers, leek en deskundige even confronteren met een aantal ziekenhuis-, medische en gezondheidsaspecten in het algemeen en ook wat er in het bijzonder aan de hand is in het Antonius Ziekenhuis in Utrecht, dat 60 jaar bestaat.

Staatssecretaris collega Krusinga kenmerkt in zijn introductie van het Magazine het Antonius Ziekenhuis als avant-gardistisch. Stellig is de uitgave van een dergelijk jubileumnummer te loven, omdat diverse actuele gezondheidszorgaspecten uitstekend belicht worden. De term avantgardistisch, ook in het MC commentaar genoemd, roept gedachten op aan een vooruitstrevende voorhoedegroep.

Het artikel van collega Van der Does de Willebois: Abortus provocatus wezenlijk immorele zaak, heeft echter beslist deze progressieve kenmerken niet. Collega Van der Does de Willebois heeft alle recht en bevoegdheid zijn mening over abortus duidelijk en uitgebreid te publiceren. Men kan echter onmogelijk veronderstellen, dat zijn zienswijze, die in vele brievenbussen van „leken en deskundigen” is beland, representatief zou zijn of in belangrijke mate zou overeenstemmen met de thans levende opinies over dit onderwerp. Het is vooral voor de leken, die dit artikel onder ogen krijgen en ook voor de deskundige gezondheidszorgmedewerkers een confrontatie met een extreem moraliserend standpunt en het verbaast mij in hoge mate, dat dit feit in het redactioneel artikel van MC niet werd signaleerd.

Huisartsen komen frekwent in aanraking met de nood van de ongewenst zwangere vrouw. Ik ben daarom zeer teleurgesteld, dat er door U geen enkele kritiek is gegeven op het abortusbeleidartikel in AZ Magazine. Het Antonius Ziekenhuis staat om zijn medische kwaliteiten bijzonder goed aangeschreven. Juist daarom en juist gezien in het kader van uitdrukkelijk gepretendeerde public relationsfunctie van het AZ Magazine ten dienste van de Nederlandse Gezondheidszorg in het algemeen, meen ik, dat de strekking van het artikel van collega Van der Does de Willebois: absolute afwijzing en veroordeling van abortus,

weergegeven in een populairwetenschappelijk geschrift, dat in een grote oplage circuleert, ook bij de leken, bijzonder verontrustend is.

Haarlem, 20 maart 1971

H. K. van Es

POLIKLINISCHE ZIEKENFONDS-TARIEVEN

De medische staf van het Hofpoort Ziekenhuis te Woerden, in vergadering vereend, wenst het in het artikel van collega Horikx te Geldrop in Medisch Contact d.d. 26 februari 1971, van harte te onderschrijven. Uit dit artikel komt nog eens duidelijk naar voren dat het hoog tijd wordt dat de poliklinische ziekenfondstarieven drastisch worden verhoogd.

Woerden, 20 maart 1971

G. C. Jedeloo, secretaris Medische staf Hofpoort Ziekenhuis

DE MEDISCHE VERZORGING VAN RECREATIE-OORDEN IN BESTAANDE PRAKTIJKGEBIEDEN

Zoals overal in den lande, maar zeker bij uitstek in De Kempen, waar bos, hei en vennen het landschap sieren, komen er steeds meer recreatiemogelijkheden voor diegenen, die daarvan verstoken schijnen te zijn. „Sporthuiscentrum” is één van de grote ondernemingen, die de mooie rustige plekjes van ons land opsporen om daar grote woonoorden te stichten. Zo o.a. „Het Vennebos” (Gemeente Hoogeloon) met circa 2.500 (!) inwoners in het hoogseizoen. Naast dit Vennebos zijn er nog enkele grote „Campings” namelijk een zeer grote in de bossen bij Vessem, een redelijk grote, voor uitbreiding vatbaar te Eersel, en binnen afzienbare tijd komt er nog een enorm recreatie-gebied tussen Eersel en Vessem (afgraving E3-weg).

In verband met het goed functioneren van de medische verzorging van deze woonoorden lijkt het mij goed óók de aandacht te vestigen op de moeilijke positie van de huisarts in het betreffende rayon, waar één of meerdere van deze campings zijn gesitueerd en dan speciaal te letten op de feiten, waar de waarnemend huisarts in de weekend-dienst mee te maken heeft. En wel: 1. de eigen praktijken worden groter door de normale bevolkingsaanwas; 2. de meeste campings liggen in wat afgelegen gebieden; 3. er komen meerdere campings in het

rayon van één zondagdienst; 4. vaak zijn deze gelegen aan waterplassen: o.a. vennen en afgravingen, met meerdere risico's voor de verblijvenden; 5. bij slecht weer zijn de modderpaden in de bossen soms moeilijk begaanbaar; 6. er gaat veel tijd verloren met het opsporen van patiënten, o.a. vaak verblijven in her en der opgezette tenten.

Wanneer wij het Vennebos te Hapert (Gemeente Hoogeloon) bekijken dan zien wij daar dus een „extra bevolking” van circa 2.500 zielen. Zo'n camping geeft een full-time-job voor een arts. De ervaring leert bovendien, dat vakantie-gangers sneller medische hulp inroepen, want tijdens een vakantie moeten ziektes immers snel worden uitgebannen.

De artsen in de periferie zien dus met bezorgdheid deze „recreatie-industrie” op zich afkomen. Zij kunnen deze „industrie” niet weren, maar vragen wel om een oplossing van de vragen, die hierbij rijzen. Zou het nu bijvoorbeeld niet mogelijk zijn om: 1) artsen te vinden, die zich in zo'n camping vestigen; 2) tenminste in de weekend-dienst artsen beschikbaar te vinden, om tegen goede honorering „de camping” te verzorgen. Ik denk dan bijvoorbeeld aan militaire artsen, die aan de Vliegbasis te Eindhoven zijn verbonden en zo het land bij uitstek zouden kunnen dienen!

Eersel, 24 maart 1971

C. Th. H. M. Bos, arts

MC | VARIA

Verschenen is een brochure „Kruisverenigingen en de zorg voor ouderen”, een uitgave van Het Groene Kruis; auteurs zijn mevrouw C. J. E. Dommenie en Drs. A. Mulder. Het werkje, dat inclusief drie pagina's literatuurverwijzingen 32 bladzijden telt, is gebaseerd op de stelling dat het ook bij de zorg voor de bejaarden in onze samenleving beter is, gericht te zijn op gezondheidszorg in brede zin en niet alleen op ziekten. Vanuit deze optiek worden enige gesprekspunten aange-reikt aan functionarissen en bestuursleden van kruisverenigingen. Eerst wordt een algemene oriëntatie geboden op de ontwikkeling en de huidige stand van zaken met betrekking tot de dienstverlening aan ouderen. In het bijzonder wordt daarna ingegaan op de noodzaak van samenwerking met andere sectoren op plaatselijk en regionaal niveau en van regionalisering.

De uitgave is verkrijgbaar via het bureau van de A.N.V. „Het Groene Kruis”, Nieuwe Gracht 69A, Utrecht, tel. 030-333412.



De jaarlijkse provinciale gezondheidsdag van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Zuid-Holland, vrijdag 28 mei a.s., staat in het teken van de „Gezondheidsecologie”. Dit onderwerp zal worden ingeleid door Prof. Dr. R. L. Zielhuis, hoogleraar-directeur van het Coronel-laboratorium van de Universiteit van Amsterdam, en door Dr. F. Doeleman, hoofd van de afdeling Onderwijs van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde T.N.O. Beide inleidingen worden 's ochtends gehouden; 's middags is er een forumdiscussie. De bijeenkomst vindt plaats tussen 10.30-16.00 uur in het Nederlands Congresgebouw te 's-Gravenhage, Churchillplein 10. Toegangsbewijzen kunnen schriftelijk dan wel telefonisch worden aangevraagd bij het bureau van de raad: Benoordenhoutseweg 23, 's-Gravenhage, tel. 070-244575.



Het Department of Anaesthetics van de Royal Postgraduate Medical School, Hammersmith Hospital, London W. 12, organiseert van 14-25 juni 1971 een nascholingscursus betreffende „Basic sciences for anaesthetists”. Behandeld worden de vakken fysiologie, farmacologie, wiskundige statistiek, fysica, klinische chemie en klinische meting. Het cursusgeld bedraagt £ 20,—. Verdere inlichtingen verstrekt de Representative of the British Council, Keizersgracht 343, Amsterdam, tel. 020-239333.



Het Regionaal Bureau van de Wereldgezondheidsorganisatie te Kopenhagen heeft ons land een studiebeurs aangeboden voor het volgen van een derde „Gevorderden Opleiding in gezondheidsplanning”. De cursus wordt georganiseerd door de ministeries voor de Volksgezondheid van Roemenië en Frankrijk en zal deels in eerstgenoemd land — van 19 oktober tot 17 november — en deels in Frankrijk (van 18 november tot 17 december a.s.) worden gehouden. Aan de cursus kunnen zowel medisch als niet-medisch

opgeleide stafleden van de volksgezondheid deelnemen, dan wel specialisten op het gebied van gezondheidsplanning die geen staffunctie in de gezondheidszorg vervullen. In ieder geval dienen gegadigden een aanzienlijke ervaring te bezitten op het gebied van de gezondheidsadministratie en planning op sociaal-economisch terrein. Aangezien de gehele cursus in het Frans wordt gehouden is een goede beheersing van deze taak een volstrekte voorwaarde. Degenen die meer van de cursus willen weten dan wel voor de beurs in aanmerking wensen te komen, dienen zich vóór 5 april 1971 schriftelijk te wenden tot de Directeur-Generaal voor Internationale Zaken ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Zeestraat 73, Den Haag.



Op schriftelijke vragen van de Tweede Kamerleden de heren Masman en Lamberts (beiden P.v.d.A.) betreffende de beweerde weigering door drie huisartsen gezamenlijk om aan een in Dedemsvaart wonend gezin geneeskundige hulp te verlenen, heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid geantwoord dat het bericht in de pers, dat de drie huisartsen in Dedemsvaart het betrokken gezin zouden hebben aangezegd geen geneeskundige hulp meer te zullen verlenen, in die vorm niet juist is. De huisarts, die de geneeskundige zorg aan het gezin verleende, heeft zich bereid verklaard daarmee door te gaan totdat een andere huisarts is gekozen. De vraag van genoemde Kamerleden, wat de staatssecretaris denkt te doen in dit geval, aannemende dat ook hij van mening is dat in ons land niemand van noodzakelijke geneeskundige hulp mag worden uitgesloten, behoeft, aldus de bewindsman, in verband met de gegeven toelichting geen beantwoording.



Het 5th International Symposium on topical problems in Orthopedic Surgery zal van 27-29 januari 1972 te Nijmegen worden gehouden. Het onderwerp van dit congres luidt: „Arthroplasty of the hip“, met als deelonderwerpen: indications and contraindications with regard to different techniques; pitfalls and errors; results, successes and failures. Nadere informatie verschaft de afdeling Orthopaedie van het Sint Radboud-ziekenhuis van de Katholieke Universiteit, tel. 08800-58585, toestellen 1470 en 1471.

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

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

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 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 Uitgeversmij. Kruyt N.V., Bussum.

Oplage: 16.900 exemplaren.

Druk: Verweij Mijldrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021