MEDISCH CONTACT

nummer 8 – 22 februari 1980 – 35e jaargang

Redactioneel



Deze maand heeft de KNMG in de ontwikkeling van haar ledenbestand een belangrijke mijlpaal bereikt: het 20.000ste lid meldde zich aan. Dat lot trof François Schellevis (27) uit Nijmegen, eind vorig jaar in die stad afgestudeerd, zich momenteel voorbereidend op de specifieke beroepsopleiding tot huisarts. In een feestelijke vergadering van de Afdeling Nijmegen en Omstreken, de KNMG-kring waarvan de heer Schellevis thans deel uitmaakt, is bij de inhuldiging van dit 20.000ste lid met voldoening, zelfs met vreugde gewezen op de groei die in het Maatschappij-ledenbestand zit. Van groter belang was evenwel dat bij die gelegenheid, zowel van bestuurszijde als bij monde van het nieuwe KNMG-lid Schellevis, op kritische wijze werd gewezen op het belang en de functie van de artsenorganisatie in de huidige maatschappelijke ontwikkeling.

■ Dat laatste herhaalde KNMG-voorzitter Dr. E. J. C. Lubbers ter inleiding van de extra Algemene Vergadering van 15 februari jl. De in die vergadering aanwezige Maatschappijleden hebben unaniem ingestemd met het standpunt met betrekking tot de gewijzigde wetsontwerpen betreffende de voorzieningen en tarieven gezondheidszorg, zoals neergelegd in gemeenschappelijke memoranda van KNMG, LAD, LSV en LHV. Op 21 maart aanstaande komt de Algemene Vergadering wederom bijeen, dan om het agendapunt 'Het recht op inzage van medische gegevens' te behandelen.

■ Exact vijftig jaar geleden, op 1 maart 1930, werd de Ziektewet ingevoerd. Stammend uit 1913, werd die wet in de twintiger jaren gewijzigd: niet de overheid, maar vooral het bedrijfsleven (Centraal Beheer, nu het GAK) zou voor uitvoering zorg dragen. Voor het vaststellen van de arbeids(on)geschiktheid werd een medisch adviseur en vervolgens per district een aantal controlerend geneeskundigen aangetrokken. Eén van hen was toen (thans Prof. Dr.) P. Muntendam. Deze komt met een boeket herinneringen aandragen om te laten zien hoezeer de tijden zijn veranderd: c.g. werd v.g., controle werd begeleiding.

Inhoud

Brieven
blz. 266

20.000ste KNMG-lid pleit voor pluriformiteit
blz. 271

KNMG-ledenvergadering over wetsontwerpen voorzieningen en tarieven
blz. 275

Vijftig jaar Ziektewet
door Prof. Dr. P. Muntendam
blz. 277

Staatssecretaris Veder-Smit



over proefregio's volksgezondheid
blz. 280

Proefregio's volksgezondheid voldoen aan verwachtingen
blz. 281

Discussie over 'Universitair kannibalisme'
blz. 283

Discussie over medische experimenten en proeven op mensen
blz. 285

OFFICIEEL
blz. 287

Inhoudsopgave officieel
blz. 292

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte

Brieven

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

MEDISCH CONTACT is het weekblad van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur is voor het gevoerde beleid verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk.

Bestuur Medisch Contact

F. Moerman, voorzitter
Dr. J. A. Stoop, secretaris
(J. M. Kemperstraat 5, Utrecht)
E. Iwema Bakker
Dr. R. A. de Melker
Dr. P. van Rosevelt

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, hoofdredacteur
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris
R. A. te Velde, redacteur
Mw. G. W. Valkenburg, redactrice
Mw. W. G. Juffermans, secretaresse

De redactie is gevestigd: Lomanlaan 103 3526 XD Utrecht, telefoon 030-885411

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG binnen de Benelux, op de Ned. Antillen en in Suriname *f* 91,60 (inclusief BTW); overige landen *f* 163,50.
Administratie: Tijl Periodieken BV, Texelstraat 80, 1180 AS Amstelveen, postbus 737, telefoon 020-434346.
Een abonnement kan op elk gewenst tijdstip ingaan; het wordt automatisch verlengd, tenzij het tenminste twee maanden tevoren is opgezegd.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeuring van de redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.
Opgave: Tijl Media BV, Laan van Kronenburg 14, 1180 AJ, Amstelveen, postbus 384, telefoon 020-433851, telex 15230.

Oplage: 22.500 exemplaren

Druk: Koninklijke Tijl BV, Zwolle

Omslagfoto: Egbert de Bruijn, Den Haag

MEDISCH CONTACT © 1980

UNIVERSITAIR KANNIBALISME (I)

Het vlees van de kannibalen

In Medisch Contact van 25 januari 1980 (MC nr. 4/1980, blz. 123) houdt de Utrechtse hoogleraar Dr F. L. Meijler een heel betoog naar aanleiding van het bericht 'Psychiater in de fout' in het Utrechts Universiteitsblad van 29 juni 1979. Voor een deel wordt dit verhaal uitstekend begeleid door het hoofdredactionele commentaar over geestelijke vrijheid, voor het overige meent de redactie van het Universiteitsblad toch een paar opmerkingen te moeten plaatsen.
Het is verleidelijk om Prof. Meijler, waar hij een parallel trekt tussen ons journalistiek fatsoen en 'universitair kannibalisme', de vraag te stellen of het ziekenhuis dan wellicht het vlees levert. Dat zou de toch al sterk opgeblazen discussie over de publiciteit rond de psychiater Prof.Dr. H. van Praag nog meer 'suspect' geven.
Meijler beweert dat het waarheidsgehalte van ons bericht nul is. Dit is onjuist; het waarheidsgehalte is – op de suggestief uitgevallen kop na (die overigens geheel verbleekt naast Meijlers kannibalisme) – zelfs honderd procent. Het bericht geeft namelijk de verwijten van een actiegroep exact weer. Daarmee zou een redactie kunnen volstaan.
Ter discussie staat of een redactie gehouden is het waarheidsgehalte te toetsen van een beschuldiging waarvoor een ander verantwoordelijk is. Na een verzoek hiertoe van de medische faculteit en het ziekenhuis heeft de redactie gemeend dit te moeten doen. Het resultaat van deze verificatie staat onomwonden in de redactionele verklaring: nazi-achtige praktijken van door Van Praag uitgenodigde congresgangers bleken niet aantoonbaar. Als in het 'ten geleide' bij Meijlers artikel wordt opgemerkt, dat de redactie de onjuistheid van haar bericht moest toegeven, berust dat op onzorgvuldige lezing van de verklaring. Er viel daarom ook geen spijt te betuigen; evenmin was de verklaring laf of onwaarachtig. De onvolledigheid die Meijler ons verwijt, ligt vermoedelijk in het niet toetsen van de zinsnede: 'Ook Van Praag wordt van kwalijke praktijken beschuldigd'. Dat was een samenvatting van diverse, in het pamflet van de actievoerders genoemde beschuldigingen, naar interpretatie van de auteur. Voor het overige verwijzen wij naar de reactie van het Stichtingsbestuur Utrechts Universiteitsblad (afgedrukt in 'U' dd. 11 januari 1980 en hieronder deels weergegeven; *Red.*).
Het feit dat Van Praag en de farmacoloog Prof.Dr. D. de Wied uitvoerig over, mogen we zeggen 'de biologische psychiatrie' hebben gepubliceerd, is natuurlijk niet synoniem aan communicatie met andersdenkenden, zoals Meijler stelt. Wat met name Van Praag in Utrecht wordt verweten, is dat hij met de representanten van de 'alternatieve psychiatrie' zelfs niet in discussie wil of durft te treden. Hij is ook niet ingegaan op onze uitnodiging tot een interview, ofschoon, zeker in tweede instantie na de verklaring van het stichtingsbestuur, aan zijn voorwaarde tot duidelijkheid en openbaarheid volledig tegemoet was gekomen.
De redactie wil hier geen oordeel vellen over de juiste aanpak van de psychiatrie. Zij tekent slechts aan dat bij de gangbare behandeling van psychiatrische patiënten vraagtekens worden gezet, ook intern. Het is jammer als medici alleen het kanaal van de wetenschappelijke publikatie zoeken en slechts sporadisch pogingen doen om via een vereenvoudigde informatie een breder publiek over de medische problemen te laten meedenken. Dat is paternalistisch en zal het vertrouwen in de medische stand niet ten goede komen.
Tenslotte nog een opmerking over de verklaring van het stichtingsbestuur (die overigens niet door dit bestuur, maar op verzoek van dit bestuur door de redactie is gepubliceerd). Het is alweer eenzijdig geformuleerd, dat daarin fouten in het artikel van 29 juni worden toegegeven. Wat er wel in staat, leze men zelf.

Utrecht, 28 januari 1980

Redactie Utrechts Universiteitsblad

Gedeelte verklaring Bestuur Stichting Utrechts Universiteitsblad

1. De redaktie heeft haar journalistieke plicht vervuld door in de uitgave van 29 juni 1979 een verslag met foto op te nemen van de feitelijke handelingen en bedoelingen van een aktiegroep tegen de wetenschappelijke methode van psychiatrie tijdens een kongres in Utrecht alsmede van het ingrijpen van de politie in die aktie. Het Bestuur ziet geen reden dit redaktionele beleid af te wijzen dan wel repressief te ontmoedigen.

2. De verslaggever heeft de kritiek van de aktiegroep grotendeels op naam gesteld van die aktiegroep. De gewraakte term 'kwalijke praktijken' is niet van die aktiegroep afkomstig. De redaktie stelt, dat in de kontekst het duidelijk moet zijn dat de kwalifikatie ('ook Van Praag wordt van kwalijke praktijken beschuldigd') een samenvatting is van uitspraken van de aktiegroep. Het Bestuur meent, dat de verslaggever niet zelf het konflikt over wetenschappelijke methoden in de psychiatrie moet dramatiseren en door gebruik van neutrale termen elk misverstand over de afstand tussen aktiegroep en journalist moet vermijden. Dat misverstand is hier wel gewekt.

3. De aktievoerders worden anoniem in het verslag beschreven evenals de zegsman uit de medische fakulteit. De anonimiteit wordt maar gedeeltelijk gekompenseerd door de foto, die het moment van de aktie illustreert. Deze anonimiteit is bezwaarlijk nu van de zijde van de aktiegroep zulke ernstige beschuldigingen worden geuit aan het adres van sommige kongresdeelnemers. Ofschoon in de publiciteit het verschijnsel van de anonieme woordvoerder niet ongewoon is. ('diplomatieke kringen', 'aktiegroep'), moet het belang van de privacy worden afgewogen tegen het demokratisch belang van een open debat met herkenbare diskussianten. Het Bestuur meent dat het dan ook juist is, dat de redaktie zelf een onderzoek heeft laten doen naar het waarheidsgehalte van de beschuldigingen van de aktiegroep en in de uitgave van 26 oktober 1979 heeft gekonkludeerd, dat de genoemde beschuldigingen niet op de kongresdeelnemers konden slaan.

4. Het Bestuur acht de kop boven het verslag ('Psychiater in de fout') onjuist. De kop is niet overeenkomstig het verslag en is bovendien inhoudelijk een kommentaar, dat de verslaggever niet voor zijn rekening kan nemen. Het neemt er nota van, dat de redaktie in haar uitgave van 26 oktober 1979 betreurt, dat deze kop 'een te zwaar aksent geeft aan de beweringen van de aktiegroep'.

5. In het verslag van de aktie is ook een kommentaar opgenomen van prof. Van Praag op de gebeurtenissen '*Het onwetenschappelijk geluid dat u nu hoort wordt geproduceerd door onze toekomstige, ongetwijfeld briljante kollega's.* 'Een nader kommentaar op de beschuldigingen is wel gevraagd maar niet gegeven. Het Bestuur meent overigens dat het ontbreken van wederhoor minder bezwaarlijk is wanneer een diskussie als de onderhavige over een wetenschappelijke methode van psychiatrie zich over een aantal maanden uitstrekt. ▶

20.000 KNMG-leden

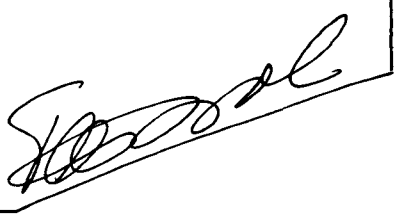
Waarom zou je je eigenlijk uit eigen vrije wil aanmelden als lid van de KNMG? Zo'n lidmaatschap kost nogal wat en wat krijg je ervoor terug? Vragen die voor pas afgestudeerde artsen momenteel veel sterker spelen dan dat in het verleden het geval was. Eertijds telde je niet mee als je geen lid was van de Maatschappij; dan moest er wel iets met je aan de hand zijn. Het zou onjuist zijn daaraan de slotsom te verbinden, dat het lidmaatschap van de KNMG een min of meer formele zaak was die verder geen consequenties had.

Uit de geschiedenis van de KNMG blijkt duidelijk dat het lidmaatschap nimmer een papieren zaak is geweest. Als voorbeeld wijzen wij op het feit dat er in 1941 massaal werd bedankt, omdat een groot aantal leden meende dat het hoofdbestuur in de fout was gegaan met betrekking tot maatregelen van de Duitse bezetters; dit ondanks het feit dat men door het opzeggen van het lidmaatschap het gevaar liep niet meer voor de ziekenfondsen te kunnen blijven werken. Weliswaar was er toen sprake van een extreme situatie – een duidelijk conflict benevens een grote mate van eenstemmigheid onder de leden, mede door een bliksemactie van een aantal van hen – de massale beëindiging van het lidmaatschap hield toch in dat dat lidmaatschap meer was dan een formele status.
Dat is nu anders. De doelstellingen van de KNMG zijn sinds 1903 niet fundamenteel veranderd, maar de problemen waarvoor de artsenorganisatie zich gesteld ziet zijn veel complexer geworden. Er is bovendien geen prototype van de dokter meer, daarvoor zijn de divergenties binnen de gezondheidszorg veel te groot geworden. Het zal daarom nauwelijks meer mogelijk zijn alle leden tot één standpunt te brengen als het gaat om vraagstukken die de maatschappelijke belangen en de gezondheidszorg raken, zoals collega F. Schellevis terecht opmerkte toen hij als het 20.000ste lid van de KNMG werd ingehuldigd (blz. 271).

De KNMG is meer dan in het verleden een pluriforme organisatie geworden, en dat is maar gelukkig ook. De eenheidsworst is uit de tijd en doet onvoldoende recht aan de mondigheid van de arts. Dit maakt het besturen er niet gemakkelijker op, maar kan wel verrijkend werken ten aanzien van de uiteindelijke beslissingen die moeten worden genomen. Voorwaarde is wel, dat de beslissingsprocedure democratisch verloopt. Een even belangrijke voorwaarde is, dat een beroep op de solidariteit met de Maatschappij niet vergeefs mag worden gedaan. Mondigheid komt eerst goed tot haar recht, indien zij gepaard gaat met begrip voor andere opvattingen. Mondigheid en intolerantie zijn in diepste wezen strijdig met elkaar. Conflicten kunnen en hoeven niet altijd worden opgelost, ze kunnen ook inspirerend werken. Dat geldt niet alleen binnen de KNMG, maar ook in de contacten van de KNMG met andere organisaties en met de overheid.
Natuurlijk is het niet ieder lid gegeven zijn mening goed geformuleerd naar voren te brengen. Ook de KNMG kent haar 'zwijgende meerderheid'. Het zijn deze leden die het de KNMG mogelijk maken te werken. Zij zijn het fundament van de organisatie en houden die in stand. Ook zij zijn onmisbaar. ■

Sterilisatie en voorlichting

Er is in de media verontwaardiging ontstaan vanwege het feit dat bij sterilisatie het beoogde resultaat niet in alle gevallen werd bereikt. De verontwaardiging richtte zich onder meer op de onvoldoende voorlichting aan de patiënt over de zelden voorkomende mogelijkheid van rekanalisatie van tuba of vas deferens, ook na een lege artis uitgevoerde ingreep. Deze verontwaardiging is begrijpelijk, juist in een tijd waarin een zo volledig mogelijk informatie van de patiënt belangrijk wordt geacht.
Het blijkt weer eens dat de medische ingrepen nooit 100% zekerheid bieden. Vaak komt dit eerst duidelijk aan het licht indien deze ingrepen op grote schaal worden uitgevoerd. De noodzaak van registratie en follow-up is daarmee eens te meer aangetoond.
Een tweede facet betreft de vraag hoever de informatie aan de patiënt moet gaan. Het is te simpel om te stellen dat elke denkbare informatie altijd moet worden doorgegeven. De gemoedsrust van de dokter mag daarmee veilig zijn gesteld, die van de patiënt veelal niet. Van groot belang daarbij is of patiënt en arts beiden bereid zijn tot een open communicatie. Het blijft een hachelijke zaak, de communicatie van die ene dokter met die ene patiënt in algemeen geldende regels vast te leggen. Desondanks komt het ons gewenst voor, dat er regels worden opgesteld waaraan een behandelingsovereenkomst tussen arts en patiënt minimaal moet voldoen. ■



(vervolg van blz. 266)

Naschrift

Medici, ook de artsen van het Urechtse academisch ziekenhuis, zijn graag bereid een breder publiek over de medische problemen te laten meedenken, maar daarvoor zijn journalisten nodig van voldoende objectiviteit, die in staat zijn onbevooroordeeld de kern van de geboden informatie weer te geven. Helaas hebben de medewerkers van het Utrechts Universiteitsblad de hiervoor benodigde journalistieke gaven tot dusver ontbeerd en daardoor is een zinvolle communicatie tussen dit blad en de staf van het AZU respectievelijk de leden van de Utrechtse medische faculteit in de achter ons liggende jaren in feite niet mogelijk gebleken. De daarbij komende afwezigheid van gevoel voor intermenselijke relaties bij de redactie heeft de verhoudingen verder verstoord en dit is door mij benadrukt.
De discussie gaat overigens nu helemaal niet meer over de psychiater Prof. Dr. H. M. van Praag maar over het Utrechts Universiteitsblad, dat zich de gewraakte journalistieke praktijken kan veroorloven omdat het door de Utrechtse universiteit met geld van de Nederlandse belastingbetaler kunstmatig in leven wordt gehouden.
Ten slotte volgt hieronder een opgave van interviews en artikelen over het aan de orde zijnde onderwerp, in de lekenpers, waaruit blijkt dat het verwijt van gebrek aan communicatie al even ten onrechte is als de inhoud van het oorspronkelijke artikel in 'U' onwaar was.

Utrecht, 8 februari 1980

F. L. Meijler

Naar aanleiding van de reactie van de redactie van het Utrechts Universiteitsblad: 'Het vlees van kannibalen' het volgende:
In deze reactie wordt medici verweten alleen het kanaal van de wetenschappelijke publikatie te zoeken en slechts sporadisch pogingen te doen om via een vereenvoudigde informatie een breder publiek over de medische problemen te laten nadenken. In verband hiermee wijs ik u op de onderstaande interviews die ik in de loop der jaren over mijn onderzoek heb gegeven, op de artikelen die ik met dat doel heb geschreven en op mijn werk als vice-voorzitter van de Stichting Biowetenschappen en Maatschappij.

Utrecht, 8 februari 1980

D. de Wied

Natuur en Techniek *39*, 236-242 (1971)
Hormonen en gedrag; de invloed van het hypofyse-bijniersysteem op de gedragsregulatie.

La Recherche *39*, 939-948 (1973)
L'Hypophyse et le comportement.

Utrechts Nieuwsblad, 16 augustus 1974
Hormonen en hun invloed op het menselijk gedrag.

Intermediair *28*, 17-21 (1976)
Leren en geheugen. 1) De moleculaire basis.

Intermediair *29*, 27-33 (1976)
Leren en geheugen. 2) De rol van hormonen en neuropeptiden.

The Washington Post, 20 maart 1977
Using the brain's chemicals to improve the mind.

Fortune, maart 1977, 220-227
A preview of the 'choose your mood' society.

Elseviers Weekblad, 3 december 1977
Dank zij peptiden meer vitaliteit voor bejaarden.

Brabants Dagblad, 15 april 1978
Hormoon geheugensteuntje

Utrechts Nieuwsblad, 15 april 1978
Medicijn kan verlies geheugen herstellen.

Televisieprogramma Horizon (NOS), 16 april 1978
Vasopressine.

Chemisch Weekblad, 28 juli 1978
Schizofrenie, het gevolg van een hormonale afwijking?

De Telegraaf, 7 oktober 1978
Schizofrenie een hormoonstoring, die kan worden opgeheven?

Holland Herald *14*, nr. 1, p. 27, 1978
Hormone cure for schizophrenia.

Biobulletin 60 (Stichting Biowetenschappen en Maatschappij), 3 november 1978
Gedrag, maatschappij en hersenfunkties.

Haagse Post, 13 oktober 1979
Gedragsverandering door biochemie. Wat is normaal, wat is abnormaal?

NRC-Handelsblad, 10 oktober 1979
Hersenhormonen geven greep op gedrag.

Natuur en Techniek *47*, 654-667 (1979)
Neuropeptiden en gestoord gedrag.

UNIVERSITAIR KANNIBALISME (II)

Geestelijke vrijheid

De verontrusting van Prof. Meijler over bepaalde journalistieke randverschijnselen in een universiteitsblad is volkomen begrijpelijk. Wanneer onrechtmatige aantasting van persoonlijke integriteit als argument wordt ingebracht, komt verdere discussie tot staan. Beter dan elke andere vorm van repressie is de ontmoediging van het gebruik van zulke methoden door de valsheid daarvan openlijk aan de orde te stellen. Ook daarin heeft Prof. Meijler gelijk.
Het naschrift van zijn artikel 'Universitair Kannibalisme' in Medisch Contact van 25 januari 1980 behoeft echter aanvulling. De rector der universiteit heeft aanvankelijk een gesprek op gang gebracht tussen de hoofdredacteur en de decaan der medische faculteit. Dit is gevolgd door een vergeefse briefwisseling tussen de redactie en het faculteitsbestuur. Tenslotte heeft het faculteitsbestuur, gesteund door een bespreking in de faculteitsraad, aan het stichtingsbestuur van het Universiteitsblad gevraagd om enige brieven van beide zijden te publiceren, teneinde de lezers in staat te stellen om zichzelf een oordeel te vormen, ongehinderd door enig verder commentaar. Het stichtingsbestuur heeft deze vrije opinievorming afgewezen; het heeft echter na aandringen van het college van bestuur der universiteit wel de handelwijze van de redactie in een autoritaire verklaring openlijk veroordeeld.
Het is spijtig dat het Universiteitsblad in dit geval autoriteit heeft verkozen boven het vrije woord. Maar gelukkig blijkt onze universiteit toch in staat te zijn, zonder rechterlijke hulp van buiten, haar eigen norm voor geestelijke vrijheid veilig te stellen.

Utrecht, 1 februari 1980

R. Gispen, decaan
medische faculteit Utrecht

UNIVERSITAIR KANNIBALISME (III)

Het is belangrijk om met kracht te protesteren tegen enige tendentieuze opmerkingen in het artikel: 'Universitair kannibalisme' van Prof. Meijler. In zijn naar mijn mening terechte verontwaardiging over een journalistiek onverantwoordelijke gang van zaken veegt deze hoogleraar-cardioloog meer van de tafel dan zijn woede kan verantwoorden. Tendentieus en onwaar zijn de volgende beweringen, die Meijler in zijn artikeltje plaatst:

1. Hij stelt dat universiteiten een bakermat zijn van geestelijke vrijheid. Deze bewering gaat helemaal niet op, zeker niet als het gaat om nieuwe gedachtenstromingen, die in het academisch milieu kunnen rekenen op een forse en niet te onderschatten hoeveelheid conservatief verzet, zoals de stellingname met name door Prof. Van Praag tegen de antipsychiatrie.
2. Elders suggereert Meijler, zonder enig bewijs overigens, dat psychiatrische andersdenkenden de 'vakpers' niet zouden lezen, zonder dat duidelijk is wat onder vakpers moet worden verstaan. Met andere woorden: de opponenten van Van Praag zijn onbelezen, volgens Prof. Meijler.
3. Ook plaatst de auteur enige opmerkingen over kwaliteiten en voorwaarden van het universitaire onderwijs. Hier heeft hij het uitgebreid over de noodzaak van medische research; met een enkel zinnetje doet hij zich af van de noodzakelijke controle daarop. Hij schildert een klimaat van 19e-eeuwse verhoudingen, een eenvoud die niet meer past bij de nationale universitaire industrie, die jaarlijks ongeveer 1.750 artsen aflevert.
4. Waar het mij vooral om gaat is, dat ik me verzet tegen de eenzijdig medische benadering van mensen met problemen. Ik vind dat het hoog tijd wordt, dat de Nederlandse academische wereld zich eens beter laat voorlichten over de grote dwaling die voortkomt uit de historische misser, dat de psychiatrie onlosmakelijk werd verbonden aan medische faculteiten. Onder anderen Laing, Steiner, Piaget en Chesler hebben jarenlang veel gepubliceerd over desastreuze invloed van de medisch georiënteerde psychiatrie.

Ik vind het onjuist, dat een cardioloog in zijn ten dele begrijpelijke woede zeer tendentieuze

en onware uitspraken doet over psychiatrische kwesties die zeer omstreden zijn.

Dordrecht, 29 januari 1980

F. Ploegmakers, huisarts

Naschrift

De reactie van collega Ploegmakers deed mij denken aan een aforisme dat luidt: 'Good readers are almost as rare as good authors'. Dit neemt niet weg, dat ik collega Ploegmakers graag het recht gun op zijn visie op het universitaire onderwijs en de psychiatrie. Ik neem aan dat hij mij het recht op mijn visie niet wil ontzeggen.

Utrecht, 8 februari 1980

F. L. Meijler

UNIVERSITAIR KANNIBALISME (IV)

De terechte reactie van Prof. Dr. F. L. Meijler op het schandalige optreden van het Utrechts Universiteitsblad word door u op een wel zeer merkwaardige, onderkoelde manier becommentarieerd. Met enige kennis van feiten omtrent het publieke gebeuren had u kunnen signaleren, dat Meijler in Utrecht iets heeft aangetroffen dat helaas op dit moment op vele plaatsen in ons land – en elders op de wereld – zich manifesteert, en dat bepaald niet alleen de universitaire vrijheid van geest en onderzoek betreft. De recente acties tegen het biologisch-psychiatrisch onderzoek in het psychiatrisch ziekenhuis 'Bloemendaal' te Loosduinen zijn bekend.
De realiteit die duidelijk niet door u wordt onderkend is, dat zich – met medewerking van pers en publiciteit op brede schaal – een vorm van geestelijke terreur heeft ontwikkeld die vele mensen ertoe brengt te zwijgen. Dat is geen lafheid. Dat is een wijs beleid van zelfbehoud. Ook in de universitaire wereld is dat aanwijsbaar, als gevolg van een jarenlange teistering en kwelling van verdienstelijke mensen en hun gezonde, menselijke verstand.
Wanneer u dan schrijft 'dat het evenwel niet goed is in te zien dat . . . de geestelijke vrijheid dreigt ten onder te gaan', onderschat u de angst die geestelijke terreur kan teweegbrengen, vooral wanneer zij zich uiteindelijk manifesteert in pure straatterreur. Daar kan geen weldenkend mens een goed, laat staan een vergoelijkend woord voor overhebben. Voor oudere mensen, als Van Praag en ondergetekende, die maar al te onverdragelijke herinneringen hebben aan de straatterreur van een halve eeuw geleden, is uw benadering van dit terrorisme en van de daardoor uitgeoefende geestelijke terreur een vorm van appeasement, van bijnacollaboratie die op geen enkele manier te rechtvaardigen valt.
U spreekt laconiek over 'de prijs die de democratie van ieder van ons vraagt'. U zoudt kunnen bedenken, dat het tolereren van bedreiging en angstaanjaging – dat is terrorisme – in een democratische samenleving die democratie vermoordt. Democratie is alleen mogelijk bij handhaving van de redelijkheid van meningsvorming en overleg; zij gaat verloren door angst en zwijgzaamheid. Uw angst voor de 'roep om repressie', die 'een weg kan zijn naar een totalitaire staat', is dan ook niet ter zake en is geheel bezijden de realiteit.
Ik moge u toewensen dat het u mag gelukken in deze tijd, waarin evenals in de dertiger en veertiger jaren opnieuw een scheiding der geesten noodzakelijk schijnt, op een zelfde heldere wijze de situatie van onze samenleving en de haar bedreigende krachten te beoordelen, als de vorige generatie artsen die onder de naam 'Medisch Contact' de geestelijke onderdrukkers kon identificeren en bestrijden.

Poortugaal, 25 januari 1980

Dr. M. H. Cohen Stuart

HOME EXCHANGE

I wonder if you have any ideas or information regarding the possibility of a home exchange with a Doctor in Holland.
My home is in the Lake District in the N.W. of England, and I am a General Practitioner and Obstetrician. If you could put me in touch with a Doctor who may be interested I would be very grateful. The period of time I have in mind is Sat. 19/3/80 for two weeks until Sat. 12/4/80. I would of course exchange letters and information about house and family.

Cliffside, Kendal, Cumbria, England,
21 januari 1980

Dr. C. H. Land

VERKOOPTECHNIEK

Copie brief aan Th. W. Donkerlo, cardioloog

Weledelgeleerde Heer,

In verband met Uw ingezonden brief aan Medisch Contact geplaatst in MC nr. 3 – 18 januari 1980 verwijzen wij U naar het colofon van Het Tijdschrift voor Geneesmiddelenonderzoek waarin de door U gevraagde informatie duidelijk wordt vermeld.
Tenslotte kunnen wij U mededelen dat Mefar bv het uitvoerende orgaan is van de Stichting TGO uitsluitend belast met het financieel-administratieve gedeelte der werkzaamheden en staat Mefar voor medische en farmatologisch research.

Bussum, 8 februari 1980

Adriaan P. Van de Voort,
directeur MEFAR bv

WWVaria

Rechten zwakzinnigen – De Stichting Nationaal Orgaan Zwakzinnigenzorg (NOZ), waarin ook de oudervereniging deelnemen, voert in 1980 een campagne rond de Verklaring van de rechten van geestelijk gehandicapten. Deze verklaring werd in 1971 aangenomen door de Algemene Vergadering van de Verenigde Naties. Het doel van de campagne is, meer bekendheid te geven aan de verklaring, na te gaan of de daarin vermelde rechten in ons land worden nagekomen en zo nodig stappen te ondernemen om te bevorderen dat zulks alsnog gebeurt. Onderdeel van de campagne is een vijftal discussiedagen, vijf zaterdagen voor ouders en werkers in de zwakzinnigenzorg: 1 maart in Haarlem of omgeving voor Noord- en Zuid-Holland en Utrecht; 15 maart in Deventer voor Gelderland, Overijssel en Utrecht; 29 maart in Venlo voor Limburg en (Oost-) Noord-Brabant; 26 april in Assen voor Groningen, Friesland en Drente; en 10 mei in Roosendaal voor Zeeland en (West-)Noord-Brabant. Men begint steeds om tien uur 's 's ochtends; sluiting tegen drieën. De deelname is gratis, koffie en lunch zijn voor eigen rekening. Aanmeldingen schriftelijk bij het NOZ, afdeling Voorlichting, Postbus 415, 3500 AK Utrecht; nadere informatie idem, tel. 030-333524.

Patiëntengroepen – In de serie Katernen 2000 verscheen als nummer 8/1979: 'Patiëntengroepen', een uitgave van de Stichting Gezond- ▶

heidsvoorlichting-Werkgroep 2000. De stichting onderscheidt categorale, algemene landelijke en algemene plaatselijke patiëntengroepen. De katern is speciaal voor de laatste groepen geschreven, met als doel informatie over patiëntengroepen overzichtelijk te bundelen, deze informatie voor iedereen toegankelijk te maken en eventueel nieuw op te zetten groepen een steuntje in de rug te geven. Aan het slot van de katern zijn adressen van belangrijke organisaties opgenomen. 'Patiëntengroepen' is te verkrijgen à *f* 4,95 per los exemplaar plus *f* 1,50 verzendkosten, per blauwe girokaart (waarop onder meer in te vullen: bedrag, nummer en jaargang, aantal) over te maken op giro 299050, Werkgroep 2000, Amersfoort, afdeling Publiciteit. Een jaargang, i.e. tien nummers, kost *f* 35,— (studenten *f* 30,—); een proefabonnement voor een half jaar *f* 15,—. Het redactiesecretariaat van de Katernen 2000 is te bereiken via Postbus 2000, 3800 AA Amersfoort, en via tel. 033-724224.

Sarcoïdose Vereniging – Reeds eerder werd in deze rubriek (MC nr. 2/1980, blz. 44) melding gemaakt van de oprichting van de Nederlandse Sarcoïdose Vereniging. De vereniging wil optreden als belangenvereniging voor de één- à anderhalf duizend chronische patiënten met de ziekte van Besnier-Boeck. Haar adres: Lokkenstraat 28, 3295 VH 's-Gravendeel, tel. 01853-1983.

Crohn Vereniging – Zoals gemeld in MC nr. 2/1080, blz. 44, hebben lijders aan de ziekte van Crohn zich verenigd in de Crohn Vereniging Nederland (CVN). De vereniging wil onder meer zelfhulpgroepen gaan opzetten. Ze is te bereiken via Postbus 17311, 2502 CH Den Haag.

Erfelijkheidsadvies – Op zaterdag 8 maart zal – als voortzetting van een dergelijke bijeenkomst in het begin van 1979 – in het auditorium van de Erasmus Universiteit te Rotterdam een landelijke informatiedag plaatsvinden over de begeleiding van ouders bij en na erfelijkheidsadvies. Tijdens dit congres zullen de medisch-genetische, de maatschappelijke en de juridische aspecten van de erfelijkheidsvoorlichting aan de orde komen; verder zullen ouders hun ervaringen en visie verwoorden. Sprekers zijn in elk geval: Prof. Dr. H. Galjaard ('Erfelijkheid, thuis'); Drs. C. Breederveld, arts ('Feiten en cijfers, kwaliteit en kwantiteit'); Mr. N. J. Geleijnse ('Analyse van de praktijk'); Prof. Dr. J. Schouten ('Hoe praten de dokter en de adviesaanvrager over erfelijkheidsproblemen?'); Mr. Dr. A. F. M. Dekkers ('Juridische aspecten van de erfelijkheidsvoorlichting'); en B. van Zijderveld ('Maatschappelijke aspecten van de begeleiding'). Na de lunch brengt de Bloemgroep uit Rotterdam situaties in beeld, waarna in drie groepen (huisartsen en specialisten/ psychosociale hulpverleners/ vertegenwoordigers van ouder- en patiëntenorganisaties) paneldiscussies worden gehouden over het wie, het wat en het hoe van de begeleiding van erfelijkheidsadviezen. Kosten: *f* 10,— inclusief de lunch. Belangstellenden voor deze informatiedag kunnen zich aanmelden bij het secretariaat van de Vereniging Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisaties, Postbus 343, 3740 AH Baarn, tel. 02154-18400/11549.

Jan Swammerdam-medaille – Tijdens een symposium van het Genootschap voor Natuur-, Genees- en Heelkunde, medio februari in het gebouw van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen te Amsterdam gehouden, is de Jan Swammerdam-medaille uitgereikt aan Prof. Dr. J. Z. Young. Prof. Young was van 1945-1974 hoogleraar anatomie aan het University College te Londen. Hij verrichtte baanbrekend werk op het terrein van de hersenresearch; zijn vooral bij inktvissen uitgevoerde onderzoeken hebben geleid tot nieuwe inzichten in de structuur van de hersenen en het zenuwstelsel, ook bij andere dieren en bij de mens. Bijzondere aandacht heeft de laureaat besteed aan leervermogen, gedrag en geheugen. Jan Swammerdam (1637), bioloog, is een pionier geweest op het gebied van de anatomie en de entomologie; hij overleed op 15 februari 1680. De uitgave van zijn (recentelijk in facsimile heruitgegeven) 'Biblia Naturae' werd in 1738 door Boerhaave bezorgd.

Expositie *Pincet en penseel*

Groningen/Sneek (6*)

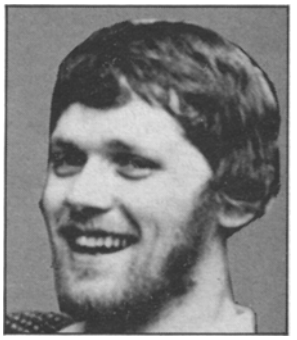


'Derborence' van W. Goudsmit, Glimmen
(60/50 olieverf)

Foto: J. Veenstra, Groningen

* zie MC nr. 3/1980, blz. 82

François Schellevis wil zich niet als buitenstaander in de discussie mengen



20.000ste KNMG-lid pleit voor pluriformiteit

Deze maand heeft de KNMG in de ontwikkeling van haar ledenbestand een belangrijke mijlpaal bereikt: het 20.000ste lid meldde zich aan. Dat lot trof François Schellevis (27) uit Nijmegen, eind vorig jaar in die stad afgestudeerd, zich momenteel voorbereidend op de specifieke beroepsopleiding tot huisarts. In een feestelijke vergadering van de Afdeling Nijmegen en Omstreken, de KNMG-kring waarvan de heer Schellevis thans deel uitmaakt, is bij de inhuldiging van dit 20.000ste lid met voldoening, zelfs vreugde gewezen op de groei die in het Maatschappij-ledenbestand zit. Van groter belang was evenwel dat bij die gelegenheid, zowel van bestuurszijde als bij monde van het nieuwe KNMG-lid Schellevis, op kritische wijze werd gewezen op het belang en de functie van de artsenorganisatie in de huidige maatschappelijke ontwikkeling.

Vreugde en zorg

KNMG-voorzitter Dr. E. J. C. Lubbers ging in zijn inhuldigingstoespraak als volgt nader in op de vraag waarom bij deze mijlpaal 'zo verheugd, ja zo opgewonden' wordt gedaan:

'Er is ons al gevraagd, waarom wij de aanmelding van het 20.000ste lid zo fijn vinden, als wij aan de andere kant zo bezorgd zijn dat er te veel artsen in dit land gaan komen. Het antwoord op die vraag is niet zo moeilijk. Onze organisatie kan – met vele andere – wel bezorgd zijn over de grote en misschien te grote aanwas van jonge artsen, maar de beslissing over die aanwas ligt niet bij ons, doch bij de regering en het parlement. Zo lang er nieuwe artsen komen, is het in het belang van onze organisatie, die tot taak heeft de belangen van de volksgezondheid én de belangen der artsen zo goed mogelijk te dienen, dat deze nieuwe artsen zich bij ons aansluiten, zodat onze organisatie inderdaad als dé representant van de Nederlandse artsen kan en mag optreden.'

'In de tweede plaats heeft het wel enige tijd geduurd, voor wij u als 20.000ste lid konden inschrijven. Bij het begin in 1849 werden 631 leden ingeschreven. Bijna dertig jaar later, in 1878, werd het 1.000ste lid geboekt. Tachtig jaar later, in 1958, werd de 10.000 bereikt en iets meer dan twintig jaar nadien, in januari 1980, de 20.000. Een exponentiële groei derhalve, die ver uitgaat boven de groei van de Nederlandse bevolking, maar gelijke tred houdt met de groei van het aantal artsen in Nederland. Het is die groei – en dan vooral het feit dat die groei gelijk opgaat met de groei van het aantal artsen – die voor ons reden tot vreugde is.'

Aldus de Maatschappijvoorzitter, die voorts zei te hebben begrepen dat het voor de heer Schellevis geen automatisme is geweest, geen vanzelfsprekendheid om zich als KNMG-lid aan te melden. Vooruitlopend op hetgeen het nieuwe Maatschappijlid daarover zelf nog naar voren zou brengen, merkte Dr. Lubbers in dit verband onder meer het volgende op:

'Er zullen ongetwijfeld mensen zijn, die betreuren dat in 1980 het besluit lid te worden van de KNMG geen vanzelfsprekendheid is, maar punt van overweging, een overweging die ook kan uitmonden in de beslissing géén lid te worden. Gevoelsmatig zullen velen deze opinie wellicht kunnen onderschrijven. Rationeel echter is naar mijn inzicht deze opvatting onjuist. Wij moeten beseffen dat er meerdere factoren zijn, die maken dat ▶



KNMG-voorzitter Dr. E. J. C. Lubbers (rechts) begroet François Schellevis als 20.000ste lid van de Maatschappij Geneeskunst met herinneringsgeschenken voor hem en zijn vrouw Marleen Kouwenhoven.

een organisatie als de KNMG voor een aantal beroepsgenoten niet meer die aantrekkingskracht heeft, die zij vroeger wellicht bezeten heeft.'
'In de eerste plaats is daar de richting die de geneeskunde in de komende jaren heeft te gaan. De belangrijke plaats die de gezondheidszorg financieel en qua mankracht in ons bestel inneemt – immers ongeveer 9% van wat wij met ons allen verdienen wordt uitgegeven aan deze gezondheidszorg – is geworden van voorwerp van ver- en bewondering tot onderwerp van bezorgdheid en discussie. In de tweede plaats zijn de grenzen van de geneeskunde duidelijk onderwerp van studie en overdenking. En dan bedoel ik met grenzen niet alleen de grenzen van ons medisch-technisch kunnen – op dat gebied worden wij al lang geplaagd door de vraag hoe ver wij mogen of moeten gaan – maar ook de grenzen van de geneeskunde ten opzichte van andere vormen van zorg, zoals pastorale zorg, maatschappelijk werk, welzijnswerk enz.
'In deze baaierd van veranderde ideeën heeft de KNMG tot taak in samenwerking met andere organisaties en met de overheid te komen tot een stellingname en een koersbepaling, om te trachten richting te geven aan de gebeurtenissen.'
'Het spreekt vanzelf dat een dergelijke stellingname in een democratische organisatie als de KNMG noodgedwongen uitmondt in een compromis tussen talloze individuele opvattingen. Een compromis is kleurloos, heeft kraak noch smaak en kan voor velen zó ver van hun eigen ideeën af liggen, dat zij er zich niet meer in herkennen. Dat zijn enerzijds de schildpadden, die graag blijven werken in de hun vertrouwde omstandigheden, waarin alles toch immers redelijk goed verliep. Dat zijn anderzijds hazen, die menen dat veel veranderd, zo niet verbeterd zou moeten worden en dat liever vandaag dan morgen.'
'Vooral die hazen vormen een uiterst merkwaardig gemengd gezelschap. U vindt daaronder diegenen, die door hun praktijk- en levenservaring sterk in een bepaalde richting zijn gemotiveerd. U vindt daaronder de besturen, die vaak duidelijk moeten ervaren dat hun bewegingsruimte bepaald én beperkt wordt door de leden. U vindt daaronder tenslotte de jongeren om wie het vandaag gaat. Het kan niet anders, of een zo oude en zo grote organisatie moet een monolithische indruk wekken, nauwelijks in beweging te krijgen. Dat schrikt af en noodt niet tot deelnemen.'
'Maar de schijn bedriegt toch ook wel wat. Er gebeuren wel degelijk dingen. Op gebieden zoals opleiding, stafvorming, intercollegiale toetsing, informatieverstrekking en bescherming van deze informatie is de zaak volop in beweging. Natuurlijk gaat dat volgens sommigen te snel en volgens anderen veel te langzaam; vooral de laatsten laten zich vaak duidelijk horen. Toch gebiedt de eerlijkheid te zeggen dat ons land op veel van deze terreinen niet traditiegetrouw vijftig jaar achterloopt, maar eerder bij de koplopers hoort.'
'De schijn bedriegt ook nog in ander opzicht: de gesloten kring van sigarettenrokende gevestigde heren, het traditionele beeld van een afdeling der KNMG, is niet alleen een karikatuur, het is ook – en dat is veel belangrijker – niet een onneembare veste. Zij staat open voor en is in sommige opzichten zelfs weerloos tegenover goed gemotiveerde en enthousiaste jongeren, als deze gebruik maken van hun recht – ja ik zou zelfs zeggen hun plicht – tot spreken en benutten van hun kansen, die er ruimschoots zijn.'
Zo besloot KNMG-voorzitter Lubbers zijn inhuldigingswoord, het nieuwe lid ▶

Ontwikkeling KNMG-Ledenbestand

Sedert haar oprichting in 1849 heeft de KNMG zich ontwikkeld tot een vereniging van artsen met een indrukwekkende organisatiegraad.
De eerste mijlpaal in deze groei was het bereiken in 1878 van de eerste 1.000 leden. Vervolgens werd in 1937 het aantal van 5.000, in 1958 van 10.000, in 1973 van 15.000 en in 1980 tenslotte van 20.000 leden bereikt.
Onderstaande cijfers geven een beeld van de groei der KNMG in relatie tot de bevolkingsaanwas in Nederland.

31 december	aantal afdelingen	aantal leden KNMG	aantal inwoners	artsen-leden per 10.000 inwoners
1849	22	631	3.054.528	2.1
1899	51	1.909	5.042.747	3.8
1924	60	3.373	7.212.739	4.7
1940	61	5.527	8.833.977	6.3
1955	63	8.759	10.821.661	8.1
1960	65	10.969	11.417.254	9.6
1970	68	14.158	13.119.000	10.8
1975	68	17.029	13.734.000	12.4
1979	68	19.941	14.089.206*	14.2

*voorlopig cijfer

Samenstelling van het ledenbestand

Per 1 januari 1980 was het ledenbestand der KNMG als volgt samengesteld:

Huisartsen	5.018
In opleiding tot huisarts	328
Waarnemend huisarts	207
Specialisten	5.755
Erkend sociaal-geneeskundigen	664
Overige artsen*	4.551
Rustende artsen	2.263
Artsen in het buitenland	534
Aspirant-artsen	621
	19.941

Een andere verbijzondering van het ledenbestand is een rangschikking naar maatschappelijke vereniging, waarvan het lidmaatschap aan dat der KNMG is gekoppeld.

Per 1 januari 1980 luidt deze:

Alleen lid van de KNMG	3.913
Lid van de LHV	5.653
Lid van de LSV	5.460
Lid van de LAD	7.363
sub-totaal	22.389
af: dubbelleden LAD	2.448
Totaal aantal leden	19.941

* Zoals artsen in dienstverband werkzaam bij overheden, particuliere instellingen en bedrijven alsmede assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist.

aansporend zijn eigen inzichten uit te dragen om op die manier kleur en inzicht te geven aan de Maatschappij Geneeskunst.

Persoonlijke inbreng

De heer Schellevis maakte daarop niet de indruk deze extra aansporing te behoeven, althans uitgaande van hetgeen hij naar voren bracht als motivering voor zijn intrede in de KNMG-gelederen. Hij betoogde aldus:

'Toen ik zo'n tien dagen geleden hoorde dat mij het lot van de 20.000ste ten deel was gevallen, wist ik daar niet goed raad mee. Nu trouwens nog niet. Ik heb erin toegestemd voor u vanavond als feestvarken te fungeren op voorwaarde dat ik ook een stukje persoonlijke inbreng in deze voor de KNMG heugelijke gebeurtenis kon krijgen. Dit bleek geen problemen op te leveren, vandaar dat ik hier nu sta!'

'Aan de beslissing lid te worden van de Maatschappij zijn diverse gesprekken met mijn vrouw, vrienden en vriendinnen vooraf gegaan. In die gesprekken kwam vooral het functioneren van de KNMG intern en in maatschappelijke zin naar voren. Van die gesprekken, gecombineerd met mijn eigen mening, wil ik hier graag iets weergeven.'

'De arts staat momenteel in het middelpunt van de belangstelling met alle nadelen maar ook voordelen daarvan. Zowel buiten als binnen de KNMG zijn de meningen sterk verdeeld over diverse hete hangijzers die op dit moment ter discussie staan. Het is voor de KNMG niet meer mogelijk de artsen op één lijn te krijgen. Waar de Maatschappij vroeger eenduidige en algemeen onderschreven richtlijnen kon geven, moet zij nu ruimte bieden voor pluriformiteit binnen de eigen organisatie en die pluriformiteit ook naar buiten uitdragen. Het streven als eenheid naar buiten te treden is mijns inziens niet representatief voor de werkelijke discussie in en rondom het functioneren van artsen in de gezondheidszorg.'

'De belangenbehartiging van de artsen in Nederland is geen gemakkelijke taak, zeker nu die belangen tegenstrijdig zijn. Toch wekken gepubliceerde meningen en besluiten de indruk dat ze tot stand zijn gekomen met overgrote meerderheid. Maar die instemming is kunstmatig wanneer de potentiële tegenstanders niet in de besluitvorming betrokken worden. Ik doel hier met name op het niet stemgerechtigd zijn van de groeiende groep niet-gevestigde huisartsen binnen de LHV.'

'De KNMG zet zich in voor de geneeskundige zorg in ons land en draagt daarmee medeverantwoordelijkheid voor de problemen die ontstaan door een overschot aan pas afgestudeerde artsen. Optimalisering van de patiëntenzorg en versterking van de eerstelijns geneeskunde ▶



KNMG-voorzitter Dr. E. J. C. Lubbers wilde bij de inhuldiging van François Schellevis als 20.000ste lid van de Maatschappij Geneeskunst ook de afdeling Nijmegen en Omstreken betrekken bij de feestvreugde: '. . . niet omdat het mijn eigen afdeling is, maar omdat het hoofdbestuur weet dat deze een goed geleide en enthousiaste afdeling is'. In dit verband wees de Maatschappijvoorzitter erop dat deze kring als proefregio functioneert en het vele werk dat daaruit voortvloeit op eigen wijze – via het seniorenconvent – oplost, zodanig dat andere regiones er een voorbeeld in kunnen zien. Dr. Lubbers: 'U boft dat u in collega Schellevis een gemotiveerd nieuw lid krijgt en collega Schellevis boft dat hij in een actieve afdeling terecht is gekomen'. Ter herinnering aan deze gedenkwaardige KNMG-bijeenkomst overhandigde de Maatschappijvoorzitter namens het hoofdbestuur een nieuwe voorzittershamer aan afdelingsvoorzitter J. J. M. Michels (foto), die vooralsnog het oude exemplaar niet wenste af te danken en daarom ter plekke voor beide utensiliën speciale functies bedacht.

Het 20.000ste lid van de Maatschappij Geneeskunst spreekt de vergadering van zijn Afdeling Nijmegen en Omstreken toe, daarbij pleitend voor ruimte binnen de KNMG voor pluriformiteit en constaterend, dat het streven als eenheid naar buiten te treden niet representatief is voor de werkelijke discussie in en rondom het functioneren van artsen in de gezondheidszorg.



vragen om meer man- en vrouwkracht maar een daarvoor noodzakelijke matiging van de inkomens van artsen is nauwelijks een serieus discussiepunt binnen de Maatschappij.'
'Een ander probleemgebied vormt 'de vrouw in het ambt' zoals dat in theologische kringen heet. Waar een gelijkberechtiging van vrouwen en mannen in Nederland zelfs wettelijk is vastgelegd, is een niet-geslachtsgebonden beoordeling op beroepscapaciteiten in de medische branche nog ver te zoeken. Ik moet er niet aan denken dat ik, alvorens me te vestigen, schriftelijk zou moeten vastleggen in de aanlooptijd van de praktijk geen kind te zullen verwekken omdat ik als vader mogelijk aanspraak zou kunnen maken op vaderschapsverlof!'

'Toch hebben deze overwegingen mij ertoe gebracht het lidmaatschap van de KNMG aan te vragen. De belangrijkste reden hiervoor is dat ik mij in de discussie wil mengen en dat niet wil doen als buitenstaander. De Maatschappij blijft echter alleen dàn voor mij acceptabel wanneer zij de fundamentele discussie over interne democratisering en pluriformiteit niet uit de weg gaat. Dat daarmee het gezicht van de KNMG naar buiten toe ook fundamenteel verandert van een belangenorganisatie voor artsen tot een pluriforme groepering die de patiënt centraal zet in een strijdvaardiger beleid is zeker zo belangrijk. Alleen zó namelijk kan de KNMG binnen de Nederlandse samenleving een acceptabele gesprekspartner worden in de discussie voor optimalisering van het gezondheidszorgsysteem.'
Aldus het 20.000ste KNMG-lid François Schellevis, die hoofd- en afdelingsbestuur dankte voor de feestelijke ontvangst hem en zijn vrouw bereid, eveneens zijn dank betuigde voor . . . 'het geschenk dat me als aandenken aan dit festijn ook zal doen herinneren aan wat ik hier, waar ook een aantal 'bonzen' binnen de Nederlandse artsenwereld aanwezig is, heb mogen zeggen', tenslotte eindigend met een felicitatie aan het adres van de KNMG: 'Ik hoop dat het bereiken van het aantal van 20.000 leden niet alleen geïnterpreteerd zal worden als een instemming met het gevoerde beleid maar ook een uitdaging zal vormen nieuwe inzichten bij het bevorderen van de geneeskunst te betrekken.' ■

Praktijk perikelen

In het corset

Brief van verzekeringsgeneeskundige aan behandelend orthopaedisch chirurg:

Zeer geachte collega,
Wegens zijn uitkering krachtens de ziektewet zag ik heden Uw patient Dhr. A die zijn werk als onderhoudsmonteur 7 maanden geleden heeft gestaakt.
Bij onderzoek heden kon ik bij deze man, die een symmetrische wervelkolom heeft en wiens vingertop-grondafstand 0 cm bedraagt, orthopaedisch noch neurologisch enige afwijking vinden.
Informatie bij de huisarts bracht aan het licht dat ook röntgenologisch aan de lumbale wervelkolom geen afwijkingen werden gevonden. Patiënt werd onlangs naar U verwezen. Gaarne verneem ik van U welke afwijkingen U eventueel bij deze patiënt gevonden heeft, hoe U de prognose quo ad laborem stelt, en of U bepaalde leefregels heeft voorgeschreven. Met dank voor Uw welwillende medewerking,

Antwoord van orthopaedisch chirurg:

Zeer geachte collega,
Naar aanleiding van Uw verzoek om geïnformeerd te worden omtrent Dhr. A. doe ik U bijgaand een afschrift toekomen van de ontslagbrief aan de huisarts:

Amice,
Je patiënt Dhr. A, klagende over lumbago zonder irradiatie, vertoonde bij onderzoek een soepele lusa zonder enige beperking. Ook röntgenologisch vind ik geen afwijkingen. De reflexen links en rechts zijn gelijk, de laseques zijn negatief en astrofieën worden niet gevonden. Zoals je mij meedeelde is op intern gebied ook geen afwijking gevonden. Om te beoordelen of deze patiënt mogelijk statische klachten heeft, heb ik hem een gipscorset voor de tijd van 3 maanden aangemeten.
Met vriendelijke groeten, enz.

Bovenbeschreven situatie komt, alleen al in mijn bedrijfsvereniging, zeer frequent voor.

Korte door artsen geschreven signalementen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

KNMG-ledenvergadering over wetsontwerpen Voorzieningen en Tarieven

De extra Algemene Ledenvergadering der KNMG, vrijdag 15 februari jl. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, heeft ingestemd met het standpunt met betrekking tot de gewijzigde wetsontwerpen betreffende de voorzieningen en tarieven gezondheidszorg, zoals neergelegd in gemeenschappelijke memoranda van KNMG, LAD, LHV en LSV. Het memorandum inzake het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg werd afgedrukt in MC nr. 6 van 8 februari jl. blz. 175, het memorandum inzake het wetsontwerp Tarieven Gezondheidszorg zal in een volgend MC-nummer worden gereproduceerd.

Ter inleiding van de beraadslagingen stelde KNMG-voorzitter Dr. E. J. C. Lubbers enkele algemene zaken, 'rakende aan de plaats en positie van de KNMG', aan de orde:

Onze samenleving in 1980 is – het zal U niet zijn ontgaan – een hoog-ontwikkelde structuur geworden met een fijnmazige regeling van vrijwel alle maatschappelijke processen. Deze regeling gaat zo ver, dat er nog maar weinig gebeurtenissen in het maatschappelijke verkeer zijn die spontaan, vanzelf, zonder ingrijpen van buiten, plaats vinden. Een dergelijke regeling heeft voordelen, waarvan de belangrijkste wellicht is dat grove ongelijkheden en schreeuwende onbillijkheden kunnen worden uitgebannen en dat redelijke evenwichten bereikt kunnen worden.
Regelingen hebben ook onmiskenbare nadelen, omdat regelingen met zich brengen het stellen van een grens, het aanbrengen van een caesuur. En deze grens is vrijwel altijd – zelfs indien zij na studie en overleg tot stand is gekomen – uiteindelijk een arbitraire beslissing. Een arbitraire beslissing die grenzen stelt aan de vrijheid van bewegen van individuen of van groepen binnen de samenleving.



KNMG-voorzitter Dr. E. J. C. Lubbers spreekt de 176ste (extra) Algemene Vergadering toe over de plaats en de positie van de Maatschappij Geneeskunst.

Het spreekt dan ook vanzelf dat zich op en om het scheidsvlak wrijvingen gaan voordoen en dat er kunstgrepen worden ontwikkeld om aan de als knellend en soms ook wel als onrechtvaardig beschouwde grenzen te ontsnappen. Deze kunstgrepen roepen onvermijdelijk weer nieuwe regelingen op, bedoeld om hetzij het ontsnappen onmogelijk te maken, dan wel in de gewenste banen te leiden.
In deze zin is regeling een zichzelf versnellend proces. Men behoort zich dan ook steeds opnieuw af te vragen, niet of de voordelen van het regelen groter zijn dan die van het niet regelen – immers bij eerste beschouwing zal het steeds beter zijn iets wel te regelen – maar of de nadelen van het regelen opwegen tegen de nadelen van iets ongeregeld te laten.

Een dergelijke afweging van voor- en nadelen vereist – zeker als een beleidslijn op de toekomst moet worden geprojecteerd – dat men over voldoende gegevens over de geldende feitelijke situatie en bij voorkeur ook over de situatie in het nabije verleden beschikt. Met andere woorden, er moet een voorraad aan informatie – niet alleen over zaken, maar ook over personen – worden verzameld en opgeslagen. Ook hier – 1984 is inderdaad niet ver meer af – wordt de bewegingsruimte van het individu ernstig bedreigd. Er wordt niets meer vergeten en dus ook nog maar heel weinig vergeven!
In deze ontwikkelingen is de positie van een organisatie als de KNMG van een zeer merkwaardige dubbelzinnigheid. Enerzijds is zij een organisatie *voor* artsen en dient zij zich bij van buiten komende regelingen er van te vergewissen, of daardoor de belangen van haar leden niet onnodig of onredelijk worden geschaad. Dat is en blijft voor een organisatie als de onze een volstrekt legitieme en oirbare maatstaf. Maar het is niet de enige. Nevengeschikt aan de eerste maatstaf is de tweede, te weten of de gezondheidszorg op de voorgestelde wijze inderdaad wordt ingediend.
Ik weet dat over de wijze waarop deze tweede maatstaf wordt gehanteerd binnen en buiten onze kring zeer verschillend wordt geoordeeld. Ik weet ook dat Uw besturen trachten een zo goed mogelijk evenwicht tussen beide te bereiken binnen de speelruimte, door U gegeven. En dat laatste is – alweer – volstrekt rechtmatig in een organisatie die op democratische wijze functioneert.
Anderszijds is de KNMG een organisatie *van* artsen, die op zich heeft genomen naar vermogen te helpen bevorderen dat in dit land een goede gezondheidszorg bestaat en blijft bestaan. Deze organisatie is groot. Nog pas gisteren mocht Uw voorzitter het 20.000ste lid officieel verwelkomen in ons midden. U kunt zich voorstellen, dat Uw hoofdbestuur uitermate verheugd is met deze gebeurtenis, omdat het aantoont dat onze organisatie nog immer springlevend is en dat ook de nieuwe generatie gevoelig is voor de drijfveren die ons samenbrengen. ▶



De 176ste (extra) Algemene Vergadering van de KNMG in Utrecht bijeen ter bespreking van de gewijzigde wetsontwerpen inzake voorzieningen en tarieven gezondheidszorg.

Maar het zal U duidelijk zijn dat in een zo grote organisatie volstrekt bona fide onderlinge afspraken, lokale regelingen en ad hoc overeenkomsten niet altijd meer voldoende kunnen zijn. Zowel ten opzichte van de overheid, als ten opzichte van de patiënten – georganiseerd dan wel ongeorganiseerd – als ten opzichte van de nieuw aankomende artsen blijken deze mechanismen hetzij onvoldoende, hetzij eenzijdig te werken.
Er zijn dan drie mogelijkheden, namelijk ofwel de overheid regelt zelf, ofwel de KNMG regelt in samenwerking met de overheid, ofwel de KNMG regelt zelf alleen. Wij mogen ons gelukkig prijzen dat de eerste mogelijkheid slechts bij uitzondering als eerste keuze wordt gezien op dit moment.
De beide andere mogelijkheden impliceren dat de KNMG als regelend organisme moet gaan optreden met alle gevolgen voor de bewegingsruimte van haar leden – zoals ik eerder heb aangeduid – vandien. Nu is het bijzonder eenvoudig om zich aan regelingen van de KNMG te onttrekken. De KNMG immers is een privaatrechtelijke organisatie, waarvan men vrijwillig lid is. De leden nemen bepaalde, door de Algemene Vergadering vastgestelde, verplichtingen op zich, maar door het lidmaatschap te beëindigen kan men zich weer aan deze verplichtingen onttrekken.
De rol die de KNMG derhalve kan spelen in het hoe dan ook in de komende jaren noodzakelijke reguleringsproces zal afhangen van haar leden. De kracht of de zwakte zal in de komende jaren duidelijk blijken.
Zwak zullen wij staan, als in goed overleg getroffen regelingen niet zullen blijken te worden nageleefd of niet zullen blijken te functioneren. Zwak zullen wij ook staan, indien onvrede met getroffen regelingen zich alleen uit in het bedanken voor het lidmaatschap. De plaats om deze onvrede te uiten is de afdelingsvergadering. Daar heeft eenieder het recht het woord te voeren en zijn grieven te uiten. Indien men daarvoor gehoor vindt – en dat is voorwaarde voor democratisch functioneren – in zijn eigen afdeling, kan, moet en zal het probleem hier in deze, onze Algemene Vergadering, aan de orde worden gesteld. De KNMG staat open voor eenieder die zich de moeite wil getroosten van zijn inzichten blijk te geven. Of men ook zijn zin krijgt, hangt af van de beslissingen die in deze vergadering worden genomen.
Sterk zullen wij staan als afspraken, daar waar mogelijk in eigen kring getroffen, daar waar nodig samen met de overheid als goede vrouwen en mannen worden nagekomen, rekening houdend met het belang van onszelf, met dat van onze opvolgers en met dat van de gemeenschap. Sterk zullen wij ook staan, indien velen van ons gehoor zullen geven aan het beroep dat in de komende jaren zeker zal moeten worden gedaan om naast en boven de dagtaak op lokaal en regionaal niveau de noodzakelijke regelingen te helpen opbouwen en uitvoeren.

Aldus tenslotte KNMG-voorzitter Lubbers ter inleiding van de beraadslagingen over de wetsontwerpen Voorzieningen en Tarieven Gezondheidszorg, die alle beschikbare tijd vorderden zodat de bespreking van het agendapunt *'Het recht op inzage van medische gegevens'* moest worden uitgesteld tot de Algemene Vergadering van vrijdag 21 maart aanstaanden. ■

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

door Prof. Dr. P. Muntendam

1 maart 1980

Vijftig jaar Ziektewet

Herinneringen aan de medische controle in de dagen van olim

Exact vijftig jaar geleden, op 1 maart 1930, werd de Ziektewet ingevoerd. Stammend uit 1913, werd die wet in de twintiger jaren gewijzigd: niet de overheid, maar vooral het bedrijfsleven (Centraal Beheer, nu het Gemeenschappelijk Administratiekantoor) zou voor uitvoering zorg dragen. Voor het vaststellen van de arbeids(on)geschiktheid werd een medisch adviseur en vervolgens per district een aantal controlerend geneesheren aangetrokken. Eén van hen was toen (thans Prof. Dr.) P. Muntendam. Deze komt bijgaand met een boeket herinneringen om te laten zien hoezeer de tijden zijn veranderd: c.g. werd v.g., controle werd begeleiding.

De Ziektewet van Talma van 1913 werd pas op 1 maart 1930 ingevoerd. De belangrijkste wijziging welke in de tussenliggende jaren had plaatsgehad betrof de uitvoering. In Talma's wet zou deze door de overheid geschieden, door de Raden van Arbeid, terwijl in de twintiger jaren de principiële wijziging in de wet tot stand kwam dat de uitvoering voornamelijk in handen werd gelegd van het bedrijfsleven, wat in die tijd wilde zeggen van de uit werkgevers bestaande bedrijfsverenigingen. Slechts voor die werkgevers, die niet bij een bedrijfsvereniging waren aangesloten werd de wet door de Raad van Arbeid uitgevoerd. Het grootste deel van de bedrijfsverenigingen droeg de administratie van de uitvoering over aan een centraal administratiekantoor, Centraal Beheer genaamd, een orgaan dat op coöperatieve gronden ook de administratie van andere risico-dragende organen uit het bedrijfsleven voerde. Wat betreft de uitvoering van de Ziektewet zou Centraal Beheer de voorloper zijn van het in 1952 tot stand gekomen Gemeenschappelijk Administratie Kantoor (GAK).

Een belangrijk onderdeel van de uitvoering der wet was de vaststelling van de arbeidsongeschiktheid op grond waarvan ziekengeld kon worden geclaimd – een medische aangelegenheid derhalve. Centraal Beheer stelde daartoe een medisch adviseur aan, de arts S. Taconis, die er aanstonds toe overging een aantal districts controlerend geneeskundigen in dienst te nemen. Na een zesjarige huisartspraktijk in de Drentse venen, waarin ik ook reeds incidentele controles verrichtte – uiteraard nooit in eigen praktijk – werd ik in 1931 aangesteld als controlerend geneeskundige (verder naar gewoonte van die tijd c.g. te noemen) te Groningen voor de medische uitvoering der Ziektewet in de provincies Groningen, Friesland en Drente.

Enkele herinneringen uit die tijd wil ik hier aanbieden om aan te geven hoezeer de tijden zijn veranderd. Aan de lezers het oordeel, of zij in de ontwikkeling tot op de huidige dag een verbetering willen zien, dan wel een achteruitgang of slechts een verandering, aangepast aan alle sociale ontwikkelingen.

Controlesysteem

Het systeem van de controle was een directe controle, dat wil zeggen zo snel mogelijk na de ziekte-aangifte medisch onderzoek door de c.g., bij voorkeur binnen de drie wachtdagen welke de wet kende. De patiënten werden in de verschillende centra, waar door mij spreekuur werd gehouden, opgeroepen en allen die niet konden komen moesten worden bezocht. Zonder overdrijving mag ik zeggen dat ik de geografie van de 'binnenlanden' in het Noorden leerde kennen als weinig anderen. Naast de spreekuren in de stad Groningen (driemaal per week) hield ik spreekuur in Hoogezand, Veendam, Musselkanaal, Assen, Emmen, Heerenveen en Leeuwarden, hetgeen betekende ruim duizend kilometer per week in de auto. Het is duidelijk, dat in de delen waar ik niet kwam huisartsen in de controledienst werden ingeschakeld.

Snelle controle moest geschieden bij werknemers voor wie door de bedrijfsvereniging geen wachtdagen in rekening werden gebracht dan wel een hogere uitkering dan de 80% van het loon zoals de wet die kende. Met name gold dit voor de grafische bedrijven. Deze waren voor een groot deel in de steden Groningen en Assen gevestigd (men denke aan de grote uitgeverijen van Wolters, Noordhoff en Van Gorcum), zodat het in veel gevallen gelukte inderdaad de controle op de eerste dag in te stellen.

Interessant, vooral in vergelijking met de 'vrije zaterdag' van nu, waren de zaterdag-spreekuren in de stad Groningen van 8 tot 1 uur. Alle patiënten die niet verschenen werden op zaterdagmiddag nog gecontroleerd, ja zelfs nog op zaterdagavond in tijden van griep of wat daarvoor doorging. En de lezers van dit proza zullen gaan twijfelen aan mijn psychische gezondheid – wellicht terecht – als ik vertel dat ik ook wel eens op zondag in de schone dreven van Drente nog een zieke werknemer bezocht.

Nut intensieve controle

Ook zullen zij de vraag kunnen stellen, wat het nut van deze intensieve controle was. In de eerste plaats de belangrijke *preventieve invloed* die van deze controle uitging, maar ik geef toe dat deze moeilijk te kwantificeren was. Van enige invloed bleek toch wel uit een onderzoek dat ik instelde naar het verband tussen frequentie van controle en duur van het arbeidsverzuim (zie *tabel*).

Tabel. Ziekteduur en controlefrequentie (reumatische ziekten).

jaar	gem. aantal uitkeringsdagen per geval	controle-frequentie
1932.....	27,4	1 controle in 9,9 dgn.
1933.....	24,5	1 controle in 9,0 dgn.
1934.....	20,9	1 controle in 8,2 dgn.

Wel ben ik het eens met hen die stellen dat controle medisch alleen zin heeft, indien het onderzoek geneeskundig verantwoord geschiedt. Ik moet dan ook zeggen, dat ik wel eens binnenpret had als ik een *diagnose* kon stellen die de huisarts was ontgaan, zoals diabetes, cystitis, een tuberculeus infiltraat en zelfs een geheide pneumothorax. Steeds ondervond ik dat ▶

in het daaropvolgende gesprek met de behandelend arts een goed onderzoek van de controlerend geneesheer door behandelend geneesheer werd gewaardeerd.
De medewerking van de huisartsen in mijn district heb ik in het algemeen als zeer positief ervaren. Nooit sprak ik met hen over patiënten die ik niet zelf had onderzocht. Door één huisarts, die politiek sterk 'geëngageerd' was, werd ik als vijand van de werknemers beschouwd. Het was jammer dat hij door zijn niet verantwoord rekken van de verzuimduur van zijn patiënten dezen geen dienst bewees; in verreweg de meeste beroepszaken voor de toen nog bestaande Enkelvoudige Kamer was hij de verliezende partij.
Een interessante vraag was of er sprake was van *simulatie.* Hoewel ik mij 'ziektegavallen' herinner, waarvoor de aanduiding simulatie misschien op haar plaats was gezien het effect van het speciaal daarop gerichte onderzoek (zoals ik dit onder meer had leren kennen uit het boek 'La simulation', geschreven door een Frans militair arts) heb ik toch kunnen vaststellen dat simulatie onder de werknemers in de drie noordelijke provincies in de dertiger jaren bepaald tot de uitzonderingen behoorde. Wel kwam al in die tijd het diagnosenummer 38: nerveuze klachten, tamelijk veelvuldig voor, maar lang niet zo frequent als in het geïndustrialiseerde westen van het land. Ik kon vaststellen dat mijn controlewerkzaamheden in het agrarische noorden in menig opzicht gemakkelijker waren dan elders.
Een heel andere zaak waarmee ik in die tijd maar al te vaak werd geconfronteerd was het *niet kunnen werken,* niet het niet willen werken; ik denk hier aan de vele stakkers in de werkverschaffing, kantoorjongens die plotseling de meest zware graafarbeid moesten verrichten. Hier was dus geen sprake van arbeidsongeschiktheid voor *zijn* werk wegens ziekte, maar van ongeschiktheid voor *dit* werk. Moeizame en langdurige procedures volgden om deze mensen financieel te helpen, maar hen niet de dupe te laten worden van werkomstandigheden waaraan zij zich niet konden aanpassen.

Afschuiven

Het kwam nogal eens voor, dat bedrijfsverenigingen trachtten de lasten op elkaar af te schuiven door gebruik te maken van de artikelen 53 en 55 van de toenmalige Ziektewet. In het laatstgenoemde artikel werd bepaald, dat iemand die zich ziek meldde binnen een maand na ontslag – hetgeen bij seizoenarbeid herhaaldelijk voorkwam – toch nog recht op uitkering kon doen gelden. Ging hij dan werken bij een werkgever aangesloten bij een andere bedrijfsvereniging, dan kon daar als hij zich opnieuw ziek meldde medisch worden vastgesteld dat de arbeidsongeschiktheid reeds bestond bij de aanvang van de verzekering – wat een grond kon zijn tot weigering van ziekengeld – en dat derhalve de vorige bedrijfsvereniging moest betalen.
Hoewel ik mij een succesvolle arbitrage herinner tussen twee bedrijfsverenigingen onder voorzitterschap van Prof. Baart de la Faille, onze eerste hoogleraar in de sociale geneeskunde, een arbitrage waarin ik het moest opnemen tegen een medisch adviseur die tevens jurist was, welke strijd ik won (hetgeen mijn eigenwaan streelde), is dit een duidelijk voorbeeld van hoe het niet moest. Strijd bij de uitvoering van een sociale verzekeringswet werd uitgevochten over de rug van de werknemer, die soms geruime tijd gespeend bleef van uitkering.

Betekenis Ziektewet voor de volksgezondheid

Toch werd ik in mijn werk voor de uitvoering van de Ziektewet – later werd daaraan nog toegevoegd de Land- en Tuinbouwongevallenwet – getroffen door de betekenis van deze sociale verzekeringswet voor de volksgezondheid. Natuurlijk in de eerste plaats omdat de sociale verzekering een belangrijke preventie is voor het ontstaan van armoede, een belangrijke ziekteoorzaak. Maar daarnaast werd ik in de controle gewaar, dat men door deze controle van grote aantallen patiënten een beter epidemiologisch inzicht kreeg in de betekenis van bepaalde ziekten, met name wat hun frequentie en hun sociaal-economische consequenties betreft, dus in de sociale betekenis van die ziekten.
Met name werd ik getroffen door het zeer grote aantal ziekten en klachten van reumatische aard. Een studie hierover, welke leidde tot mijn proefschrift over de sociale betekenis van reumatiek, toonde aan dat ongeveer 20% van het ziekengeld werd uitgegeven ten behoeve van patiënten, lijdende aan deze aandoeningen. De uitkomst van deze studie leidde ertoe, dat de Rijksoverheid zich bewust werd van de sociale betekenis van reumatiek en bereid was gelden ter beschikking te stellen voor een organisatie ter bestrijding van reuma in Nederland.
Mijn onderzoek over reumatische aandoeningen werd, behoudens nog één onderzoek over patiënten met een maagzweer, niet gevolgd door andere studies die een inzicht hadden kunnen geven in de sociale betekenis van ziekten. Dit is te betreuren omdat het juist deze betekenis is, onder meer bepaald door frequentie, duur en beloop van de ziekte, de mate van invaliditeit en de sociaal-economische gevolgen, die een inzicht moet geven in de noodzaak tot het treffen van voorzieningen in de gezondheidszorg. De relatie tussen sociale verzekering en volksgezondheid bleek belangrijker dan vaak werd vermoed en pleitte er ook voor dat beide takken van overheidsbemoeiïng onder de verantwoordelijkheid vielen van één bewindsman, de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid – een toestand die tot 1971 duurde en die in mijn ogen zeer bevredigend werkte.
Dit beeld van de volksgezondheid, belicht vanuit de sociale verzekering, kon in de dertiger jaren alleen worden verkregen indien aan twee voorwaarden werd voldaan, namelijk de directe controle, zodat ook kortdurende ziekten ter kennis kwamen van de controlerend geneesheer, alsmede de beperking van het onderzoek tot door de onderzoeker zelf geziene patiënten. Kon hieraan niet worden voldaan, dan was de uitkomst van het onderzoek volstrekt onbetrouwbaar.
De uitvoerders van de sociale verzekering hadden overigens weinig belangstelling voor de betekenis van de Ziektewet voor de volksgezondheid. Toen ik in 1934 bij de president-directeur van Centraal Beheer pleitte voor een goede registratie van de medische gegevens bij de uitvoering van de wet, kreeg ik te horen dat hij daarmee niets te maken had, want dat mijn taak slechts was de kosten van de Ziektewet zo beperkt mogelijk te houden opdat de premies voor de werkgevers laag zouden kunnen blijven. Dit was het antwoord van Dr. F. E. Posthuma, de vroegere minister van Landbouw in de eerste wereldoorlog, die ons in die jaren de eenheidsworst verschafte waarvan men zei dat alleen God wist wat erin zat.

Ervaren arts in het bedrijf

Reeds in de aanvang van mijn controlejaren zag ik de noodzaak ervan in kennis te hebben van de voornaamste bedrijven in mijn district, teneinde inzicht te hebben in de werkomgeving en -omstandigheden van de werknemers. Wat zei mij de beoordeling van arbeidsgeschiktheid, als de patiënt mij vertelde dat hij op de hak- ▶

selzolder van de strokartonfabriek werkte? Bezoek aan deze fabrieken, aan aardappelmeelfabrieken, beetwortelsuikerfabrieken en grafische bedrijven gaf mij een beeld, summier, van het werk dat moest worden verricht. Toen reeds begon bij mij de vraag te rijzen of de functie van controlerend geneeskundige wel de meest sociaal aanvaardbare was om het arbeidsverzuim te 'bestrijden'. Ware het niet beter de arts *in* het bedrijf te zetten, mede ook om preventief te kunnen functioneren en niet in hoofdzaak repressief als bij de controle?
Bij de uitoefening van de medische controle was ik mij ervan bewust wat een voordeel het opleverde eerst zelf in de medische praktijk werkzaam te zijn geweest en vooral in een streek waar armoede het sociale beeld beheerste. Helaas bleek het mij later als medisch adviseur van Centraal Beheer (1945-1949) al niet meer mogelijk deze voorwaarden te stellen en uitsluitend artsen te benoemen die praktijkervaring als behandelend arts hadden. Het is de vraag of de huidige opleiding tot sociaal-geneeskundige in directe aansluiting op de zesjarige medische opleiding niet ten onrechte aan dit belangrijke aspect voorbijgaat, hetgeen niet alleen voor de verzekeringsgeneeskunde geldt maar ook voor andere gebieden van de sociale geneeskunde.

Samenwerking c.g.-b.g.

Maar keren wij terug tot de herinnering. Een opmerking tot slot over de samenwerking met de behandelende artsen. Zoals bekend heeft men de scheiding van behandeling en controle, een systeem dat terecht door de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst reeds in het begin van deze eeuw voor de uitvoering van de Ongevallenwet was bepleit, ook toegepast bij de invoering van de Ziektewet. Een stelsel dat de scheefgegroeide toestanden, zoals deze zich manifesteerden in Duitsland bij de uitvoering van Bismarcks sociale verzekeringswetten – een stelsel waarbij die artsen die de meeste verklaringen van arbeidsongeschiktheid voor hun patiënten afgaven de grootste praktijken kregen, de zogenaamde 'Kassenlöwen' – trachtte te voorkomen en ook voorkwam. Scheiding van behandeling en controle derhalve in Nederland, die gezien de gans andere oorzaken van het arbeidsverzuim heden ten dage mijns inziens niet meer voldoet. Doch ik treed nu buiten mijn 'herinneringen', daarom meer daarover te zijner tijd.

Terugkerend tot de samenwerking met de praktizerende collegae, kan ik niet anders zeggen dan dat deze voortreffelijk was, mij bij deze uitspraak het gevaar van het idealiseren van het verleden bewust zijnde. Ik deed dan ook alle moeite deze verhouding zo goed mogelijk te houden, omdat ik dit als een voorwaarde beschouwde voor een goed functioneren van een medische controledienst. Zoveel mogelijk bezocht ik de 'kringvergadering' en een aantal jaren was ik secretaris van de afdeling Groningen van de Maatschappij. Zelfs de controle in ziekenhuizen heeft zelden moeilijkheden doen ontstaan. Controle op de verpleegduur van gemeentepatiënten te Assen in het ziekenhuis aldaar, opleverende een besparing van *f* 90.000,— in één jaar (1935), heeft geen kwaad woord met de geneesheer-directeur veroorzaakt. Een zekere 'opvoeding' in het sociaal denken en handelen van de artsen kon zeker uitgaan van het goed functioneren van een medische controledienst. Als *voorwaarden* voor dit functioneren heb ik steeds beschouwd:

1. zich er steeds van bewust te zijn dat men arts is en derhalve een medische verantwoordelijkheid heeft;
2. zich humaan en als arts op te stellen tegenover de ziekengeld-ontvanger,
3. te streven naar een collegiale samenwerking met de behandelende artsen teneinde de belangen van de patiënten te behartigen en de wet sociaal aanvaardbaar uit te voeren.

★ ★
★

Dit waren enkele herinneringen van een controlerend geneeskundige uit de dertiger jaren, toen we nog geen verzekeringsgeneeskundigen heetten en geen behoefte hadden aan de vervanging van 'controle' door begeleiding. Noordelingen hadden in de dertiger jaren geen behoefte aan begeleiding. Goeie ouwe tijd? ■

Literatuur

P. Muntendam, De sociale betekenis van reumatiek, tevens bijdrage tot de ziektewetstatistiek. Van Gorcum, Assen 1936.

P. Muntendam, De sociale-verzekeringswetten: beknopte handleiding voor artsen. P. Noordhoff, Groningen 1937.

P. Muntendam, De waarde onzer verzekeringswetten voor de sociaal-geneeskundige voorzorg. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde* 1938.

Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1979

Het wordt weer tijd de boekbinder in te schakelen, want de nieuwe stempelbanden voor Medisch Contact 1979 zijn inmiddels beschikbaar. Evenals vorig jaar kan de jaargang 1979 worden gebundeld in twee delen. Daarvoor zijn twee banden nodig, waarbij ervan wordt uitgegaan dat dan tevoren de advertentiepagina's uit de losse nummers zijn gescheurd.

Deze stempelbanden MC 1979 I en MC 1979 II, wederom uitgevoerd in linnen met goudopdruk, kunnen worden besteld door overmaking van f 30,— per jaar (incl. BTW) per postgiro op rekeningnummer 5 80 83 van de KNMG onder vermelding van 'Stempelbanden MC 1979'.



Aangepaste naaldbanden ▲

Uiteraard blijven beschikbaar de naaldbanden, waarin telkens 26 nummers van een lopende jaargang van Medisch Contact op simpele wijze kunnen worden gebundeld. Wil men gedurende de gehele jaargang de successievelijk binnenkomende nummers samenbundelen dan zal men over twee naaldbanden dienen te beschikken.

Ook deze naaldbanden kunnen worden besteld door overmaking van f 27,50 per stuk (incl. BTW) per postgiro op rekeningnummer 5 80 83 van de KNMG onder vermelding van: 'Naaldbanden MC'.

Staatssecretaris Mw. Mr. E. Veder-Smit over proefregio's volksgezondheid

'De acceptatie van de regionalisatiegedachte is van wezenlijk belang om tot goede samenwerking en tot planning te komen'. Aldus staatssecretaris Mw. Mr. E. Veder-Smit tegenover MC in een beschouwing over het rapport: 'Evaluatie proefregio's volksgezondheid'.



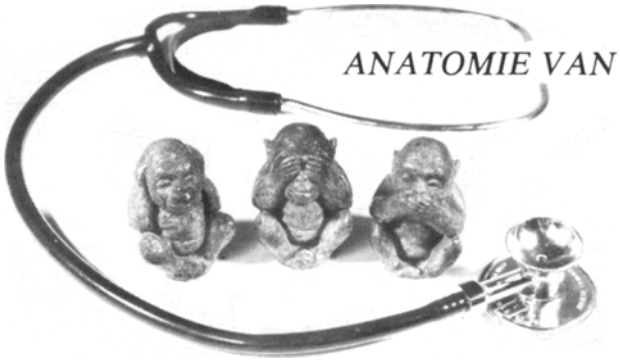
V-S: 'Ik heb alle proefregio's bezocht. Ik ben overal een dag geweest om zelf te horen hoe en in welk klimaat zich alles heeft afgespeeld en om kennis te nemen van de voorlopige ervaringen.
'Aan de hand van een aantal criteria is een evaluatierapport opgesteld. Over enkele criteria – in het rapport aandachtsgebieden genoemd – wil ik iets zeggen. Eén daarvan is de acceptatie door betrokkenen. Die acceptatie vind ik heel wenselijk, want als de regio niet leeft, als er geen goed contact met de achterban is, dan is de regionalisatie zinloos. Het is duidelijk dat voor acceptatie tijd nodig is. Het is een nieuw begrip voor de bevolking. Dat proces zal in de ene regio makkelijker verlopen dan in de andere.'

MC: Wie zijn de betrokkenen?

V-S: 'De werkers in de gezondheidszorg, de overheden en de bevolking. De eerste twee categorieën hebben in de proefregio's duidelijk meegewerkt. Voor de overheden zijn er problemen, zoals in de regio Nijmegen, waarvan het grondgebied zich uitstrekt over delen van drie provincies; voor Friesland en Zuid-Limburg is dit gemakkelijker, omdat het gebied van de regio daar binnen een provincie ligt.
'Wij hebben geconstateerd, dat er nog nergens een vertegenwoordiger van de consumenten in het regionaal orgaan zit. Men wilde dat wel, maar het was niet gemakkelijk iemand te vinden die voldoende representatief was. De ziekenfondsen en kruisverenigingen stellen wel dat zij de vertegenwoordigers van de consument zijn, maar ik vind dat slechts ten dele waar; er is toch meer gezocht naar een vertegenwoordiger uit een algemene patiëntenvereniging. In Limburg heeft men uit de vrouwenverenigingen gekozen. Hier is dus, wil men met plannen komen – en die zullen toch wel zekere beperkingen opleggen – nog geen eenduidige oplossing voor. In ieder geval kan niet onbeperkt worden opgenomen wat iedereen wil; daarom zullen de plannen, die toch in de buurt van de 4‰ moeten uitkomen, gedragen moeten worden door iedereen die erbij is betrokken.
'Bij de evaluatie heeft men gekeken naar de instrumentenontwikkeling.'

MC: Is een en ander doelmatig verlopen?

V-S: 'Achteraf gezien was het beter geweest, indien de regio's van tevoren duidelijker waren afgebakend. Er is nu te veel tijd geïnvesteerd in het bepalen van de grenzen; de regio Eindhoven is daar een voorbeeld van. Hetzelfde geldt voor de functies. Ik vond het achteraf een moeilijkheid dat de vijf regio's niet allemaal dezelfde opgave hebben gekregen; daardoor is er geen vergelijkbaar resultaat. In het rapport zijn daarom niet de individuele opdrachten naar voren gehaald, maar is het accent gelegd bij de evaluatie van vergelijkbare situaties.
'Het evaluatierapport is met alle regio's besproken en akkoord bevonden, de conclusies zijn voor mijn rekening. Kort samengevat: regionalisatie is mogelijk en het is zinvol. Het is uitvoerbaar, de regio met een duidelijk omschreven opdracht de volumeregeling en planning ter hand te laten nemen. Bij de beleidsvoorbereiding kunnen de regio's nuttig werk doen, mits ervoor wordt gewaakt dat op hogere bestuursniveaus alles nog eens wordt overgedaan. Dat laatste is ondoelmatig en werkt frustrerend: al is het werk van de regio's nog niet besluitvormend, het blijft toch belangrijk in het kader van de beleidsvoorbereiding.
'In de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg is een experimenteerartikel opgenomen, zodat er een wettelijke basis komt om dergelijke experimenten in de toekomst op te zetten en te vervolgen. Wil men ook de budgettering in dergelijke experimenten betrekken, dan zullen de sociale verzekeringswetten daarbij moeten worden betrokken. Ik ben erg benieuwd hoe de Tweede Kamer hierop zal reageren. Wat dit betreft: ook een conclusie is, dat we moeten waken voor al te ambitieuze initiatieven. Het toekennen van een regionaal budget is iets dat in een later stadium kan gebeuren. Eerst zullen alle relevante gegevens op tafel moeten komen. Verder dient afgesproken te worden hoever je met budgettering moet gaan.
'Mede op grond van de ervaringen met de proefregio's zijn enkele wijzigingen van het ontwerp van Wet Voorzieningen Gezondheidszorg voorgesteld; die wijzigingen betreffende de relatie tussen de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid en het regioberaad. Tevens is bij Nota van Wijzigingen voorgesteld, de verplichting te laten vervallen dat bij de advisering aan de provinciale overheid ook de provincie in het advieslichaam is vertegenwoordigd en dat bij advisering aan gemeenten, provincie en gemeenten in het advieslichaam vertegenwoordigd zijn. Uiteraard kunnen hun vertegenwoordigers wel een waarnemersfunctie vervullen.' ■



DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT gebundeld verkrijgbaar. Prijs: *f* 10,—, over te maken op gironummer 58083 van de KNMG te Utrecht (vermelden: 'Dagboek').

Proefregio's volksgezondheid voldoen aan verwachtingen

Staatssecretaris Mw. Mr. E. Veder-Smit (Volksgezondheid) heeft de Tweede Kamer een nota: 'Evaluatie Proefregio's Volksgezondheid' gestuurd. Zij geeft daarin de – gunstige – ervaring van en met de proefregio's (Eindhoven, Friesland, Kennemerland, Nijmegen en Zuid-Limburg) weer, benevens de hoofdlijnen van het door haar voorgestane beleid met betrekking tot de regionalisatie van de gezondheidszorg.

Aan het eind van de jaren zestig is grote bezorgdheid ontstaan over het goed functioneren van de gezondheidszorg. Van verschillende zijden zijn knelpunten aangegeven in de structuur en organisatie van de gezondheidszorg. Als belangrijk structureel middel voor het wegnemen van die knelpunten is onder meer de regionalisatie naar voren gekomen. Onder regionalisatie wordt verstaan het met medewerking van betrokkenen tot stand brengen en in stand houden van een overzichtelijk, samenhangend en goed functionerend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen dat is afgestemd op de behoefte in het betreffende gebied. Om meer inzicht te krijgen in de regionalisatie van de gezondheidszorg is eind 1975 besloten de volgende vijf gebieden als proefregio aan te wijzen:

- de agglomeratie Eindhoven;
- de provincie Friesland;
- de regio Kennemerland;
- de regio Nijmegen;
- Zuid-Limburg.

De gedachte daarbij was, dat aan de hand van de experimenten in de proefregio's inzicht zou worden verkregen in de gewenste vorm van en de voorwaarden voor regionalisatie alsmede in de wijze waarop gezondheidsregio's het best tot stand zouden kunnen worden gebracht.
Nu in de proefregio's enkele jaren wordt geëxperimenteerd, is het wenselijk geacht een stelselmatig inzicht te geven in de ervaringen en resultaten tot nu toe. Om dit inzicht te kunnen geven is een evaluatie ingesteld. Uit de thans aan de Kamer gezonden nota 'Evaluatie Proefregio's Volksgezondheid' blijkt, dat de experimenten in de proefregio's aan realistische positieve verwachtingen hebben beantwoord.

Activiteiten

De vijf gebieden, die als proefregio hebben gefungeerd, hebben zich naast regionalisatie in het algemeen, in het bijzonder beziggehouden met het volgende:

Agglomeratie Eindhoven
In de agglomeratie Eindhoven is men met name nagegaan hoe een gewestelijk bestuur zou kunnen inspelen op de regionale ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Daarna is een aanvang gemaakt met het opstellen van plannen voor een aantal voorzieningen zoals de verpleeghuizen.

Provincie Friesland
De provincie Friesland heeft een begin gemaakt met de planning van intramurale instellingen in de provincie. Dit in het kader van de (toekomstige) taken van de provincie op het gebied van de planning ingevolge de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg. Daarnaast is door de provincie nadere uitwerking gegegeven aan de integratie maatschappelijke dienstverlening en gezondheidszorg door middel van een project in Oost-Friesland, dat zich in het bijzonder richt op de bejaardenzorg.

Regio Kennemerland
De activiteiten in Kennemerland richten zich op de substitutie van klinische zorg door poliklinische zorg en op de versterking van de eerste lijn, in het bijzonder op het bevorderen van de samenwerkingsrelaties in de eerste lijn, de activiteiten op het gebied van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, en de activiteiten op het gebied van de ernstig verslaafden.

Regio Nijmegen
In de proefregio Nijmegen heeft men zich voornamelijk beziggehouden met het adviseren van de provinciale overheid met betrekking tot de ziekenhuis- en verpleeghuissituatie in de regio. Daarnaast wordt onderzoek verricht naar de overlegprocedure bij het ontslag van ziekenhuispatiënten teneinde het beleid van de betrokken voorzieningen (ziekenhuizen, verpleeghuizen, wijkverpleging, huisartsen, gezinszorg, e.d.) regionaal op elkaar af te stemmen.

Zuid-Limburg
Tenslotte is in Zuid-Limburg een groot aantal activiteiten ontplooid, waarvan met name worden genoemd de spreiding van voorzieningen op ziekenhuis- en verpleeggebied, en het ontwikkelen van een model voor alsmede het analyseren van de regionale kosten van de gezondheidszorg in hun relatie tot de financieringsstructuur (zie over dit laatste ook het bericht op de volgende pagina).

Ervaringen

Op basis van de experimenten is vastgesteld, dat het met medewerking van betrokkenen van tot stand brengen en in stand houden van een overzichtelijk, samenhangend en goed functionerend stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen dat is afgestemd op de behoefte in het desbetreffende gebied, mogelijk èn zinvol zijn.
Alle regio's hebben aandacht gegeven aan het tot stand brengen van meer samenhang in de regio. Uit de ervaringen met de proefregio's blijkt, dat het doen ontstaan van samenwerking op regionaal niveau mogelijk is en tot resultaten leidt.
Verder kan worden geconcludeerd, dat het bewust streven naar meer samenhang tussen voorzieningen in de gezondheidszorg vruchten afwerpt. Evenzo is het mogelijk gebleken in regionaal verband te werken aan de regulering van voorzieningen. Gebleken is, dat door de inbreng van betrokkenen praktische oplossingen worden gevonden die zijn afgestemd op de regionale en lokale situatie.
Vermeld wordt dat voor het bereiken van resultaten een aantal randvoorwaarden nodig is; met name het onderhouden van een goede en duidelijke relatie met de betrokken openbare besturen verdient de aandacht. Het is aanbevelenswaardig dat adequaat wordt ingehaakt op in de regio levende gedachten en ontplooide initiatieven. ▶

Toekomstig beleid

Op basis van de bevindingen van de evaluatie zijn de hoofdlijnen met betrekking tot de regionalisatie van de gezondheidszorg ontwikkeld. Het beleid op dit terrein zal worden geïntensiveerd en verbreed en waar nodig bijgestuurd.
In concreto wordt daarbij voorgestaan een *voortzetting* van de experimenten in de proefregio's alsmede het uitdragen van de opgedane ervaringen en het toepassen daarvan in andere regio's. Ook zal gericht gewerkt worden aan het bevorderen van meer regionale samenhang, zowel op bestuurlijk, functioneel als operationeel gebied en aan de ontwikkeling van instrumenten ten behoeve van de regionalisatie.
Daarbij zal in het kader van de verdere voorbereiding van de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg met name aandacht worden besteed aan de ontwikkelingen van planningsinstrumenten. Het tot stand brengen van regionale gegevensoverzichten over onder meer de economische, consumptieve en financiële aspecten, ten behoeve van regionale beleidsvorming zal worden gestimuleerd.
Voor het verder gestalte geven aan en het tot stand brengen van regionalisatie in de gezondheidszorg zijn in de begroting de benodigde gelden gereserveerd. ■

Regionaal kostenmodel gezondheidszorg

Studie Rijksuniversiteit Limburg

In zijn nota: 'Regionaal Kostenmodel 1976' presenteert een onderzoekteam van de Rijksuniversiteit Limburg onder leiding van Prof. Dr. L. Groot, methoden die het mogelijk maken een betrouwbaar inzicht te krijgen in de structuur van de gezondheidszorg in een bepaalde regio alsook in de kostenstromen die daarbij in het geding zijn.

In 1975 wees de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, Hendriks, Zuid-Limburg aan als proefregio. Daarbij gaf hij de opdracht, dat in dit gebied onder meer een onderzoek zou worden verricht naar de kosten van de gezondheidszorg en naar de wijze waarop deze kosten worden gefinancierd. Dit onderzoek viel toe aan de hoofdprojectgroep Structuur en Functioneren van de Gezondheidszorg van de RUL.
Het onderzoekteam is voor zijn studie uitgegaan van het jaar 1976. Voor dat jaar werd nagegaan, welke vormen van gezondheidszorg aan de inwoners van Zuid-Limburg werden verleend, welke verrichtingen daarbij plaatsvonden, welke kosten daarmee gemoeid waren en hoe deze zorg werd gefinancierd. De gegevens werden verstrekt door de instellingen (producenten) van de gezondheidszorg binnen de regio en door de financierende instanties als ziekenfondsen en verzekeringsmaatschappijen. Het bleek niet altijd mogelijk achteraf nog alle gegevens die men nodig had boven tafel te krijgen. Daarom kunnen uit die onderzoeksresultaten nog geen harde en vergaande conclusies worden getrokken. Het onderzoek zal dan ook over het jaar 1979 worden herhaald.

Verschillen tussen regio en land

Blijkens het rapport 'Regionaal Kostenmodel 1976' zijn er duidelijke verschillen tussen Zuid-Limburg en de rest van het land. Zo hebben de bewoners van Zuid-Limburg in 1976 voor een kleine *f* 100,— miljoen buiten de regio uitgegeven voor intramurale gezondheidsvoorzieningen die in de eigen streek niet beschikbaar bleken; daar staat tegenover een bedrag van bijna *f* 45,— miljoen dat in dat jaar voor dergelijke voorzieningen in de regio werd besteed door mensen die niet uit de streek afkomstig waren. Anders gezegd: *de import van gezondheidszorg was meer dan dubbel zo groot als de export.* De onderzoekers trekken daaruit de voorzichtige conclusie, dat Zuid-Limburg voor zijn voorzieningen van intramurale gezondheidszorg in sterke mate op andere streken van het land is aangewezen.
Zuidlimburgers worden gemiddeld vaker in *algemene ziekenhuizen* opgenomen dan hun landgenoten in de rest van het land (7,6% per duizend inwoners meer). Ook blijven zij langer in het ziekenhuis: het aantal verpleegdagen is in deze regio 12,1% hoger dan het landelijk gemiddelde. Opmerkelijk is, dat de kosten per verpleegdag in de *psychiatrische ziekenhuizen* in de regio veel hoger zijn (circa 73%) dan de landelijke kosten. Men neemt aan, dat dit te maken heeft met het feit dat deze instellingen in Zuid-Limburg van recente datum zijn, wat leidt tot hoge kapitaalslasten en energiekosten. Zuidlimburgers worden veel minder in *inrichtingen voor zwakzinnigenzorg* opgenomen; het aantal verpleegdagen per duizend inwoners bedraagt 295 tegenover 705 elders.
Het aantal *tandartsen* in Zuid-Limburg is veel lager dan in de rest van het land: elders is gemiddeld één tandarts beschikbaar voor 3.932 inwoners, in Zuid-Limburg is dat één per 5.369 inwoners.
Het aantal *apothekers* ligt in Zuid-Limburg boven het gemiddelde.
Vergelijking van het aantal *specialisten* in de regio met de aantallen die landelijk gelden geeft een heel ongelijk beeld te zien. Sommige specialismen zijn in de regio sterk oververtegenwoordigd ten opzichte van het landelijk gemiddelde (bijvoorbeeld plastische chirurgie, reumatologie en revalidatie), andere blijken relatief sterk ondervertegenwoordigd te zijn (bijvoorbeeld oogheelkunde, KNO, chirurgie, psychiatrie, kindergeneeskunde, pulmonologie, pathologie).
Het *geneesmiddelengebruik* tenslotte ligt in de regio 10 à 15% hoger dan landelijk.
De werkgroep die deze studie heeft verricht is nu betrokken bij het samenstellen van een handleiding voor landelijk gebruik, aan de hand waarvan ook elders dergelijke studies kunnen worden gedaan. ■

Discussie

Een 'kannibaal' bijt terug

De zelfoverschatting van de medische wetenschap

Moe en treurig gestemd reageert de schrijver van het door Prof. Dr. F. L. Meijler (MC nr. 4/1980, blz. 123) gewraakte artikel: 'Psychiater in de fout' (Utrechts Universiteitsblad 29 juni 1979). Hij ontwaart de omtrekken van een collectief Dr. Panglossyndroom op de Utrechtse medische faculteit. Prof. Meijler en wij laten het oordeel aan de lezer over. Ter nadere informatie zij de brievenrubriek in uw welwillende aandacht aanbevolen.

In Medisch Contact van 25 januari jl. doopt een geagiteerde hoogleraar, Prof. Dr. F. L. Meijler, zijn pen in het bloed van universitaire kannibalen. Hij trekt van leer tegen het Utrechts Universiteitsblad, het college van bestuur en de universiteitsraad van de Utrechtse Rijksuniversiteit, politieke fanaten en lasterlijke journalistiek. Meijler ontpopt zich daarbij als deskundige op het gebied van de psychiatrie, antropologie en niet-westerse sociologie, onderwijskunde, ethica, journalistiek en polemologie annex terreurbestrijding. Voorwaar geen geringe prestatie voor een cardioloog.

De aanleiding? Een artikel uit het Utrechts Universiteitsblad van 26 juni 1979, waarin een actiegroep de Utrechtse hoogleraar in de psychiatrie Prof. Dr. H. M. van Praag op forse wijze kritiseert. Het feit dat de redactie van het Utrechts Universiteitsblad de zware beschuldigingen van de kritiserende actiegroep naderhand trachtte te verifiëren en daarvan verslag deed op 26 oktober 1979, verschafte Meijler klaarblijkelijk geen genoegdoening[1]. Het is verheugend dat hij niet in stilte mokte – dat is ook slecht voor het hart – maar de pen opnam om zijn licht over de psychiatrie en diverse andere gebieden te laten schijnen. Als schrijver van het gewraakte artikel over Van Praag voel ik me geroepen een passende bijdrage te leveren aan de aangezwengelde discussie.

Met enige nadruk wijs ik erop dat het onderstaande niet tegen Meijler en Van Praag als individuele personen is gericht. Zij representeren in dezen een dominante denkrichting binnen de medische wereld en het is dus deze richting die (licht) wordt gekritiseerd.

Meijler vertelt de lezer in het begin met enige nadruk dat Van Praag jood is. De suggestie is duidelijk: joden zijn zielig, kunnen en doen geen kwaad; wie daar anders over denkt, moet dus wel antisemiet zijn. Nou, als we op die toer gaan, dan ken ik er nog wel zo een. Ik ben namelijk 'kleurling'. U begrijpt al waar ik heen wil, natuurlijk. Flauwekul, laten we liever zakelijk worden.

'Anti-wetenschappelijk'

Als psychiater, antropoloog en niet-westers socioloog merkt Meijler op, dat 'schizofrenie ook in anders gestructureerde, niet-kapitalistische samenlevingen voorkomt'. In alle? Ach, laten we niet moeilijk doen. Bezien wij dan wat de consequentie hiervan volgens Meijler is. Heel simpel. Met genoemde 'constatering' zou het argument van 'anti-wetenschappelijke ideologieën van sommige maatschappijhervormers', dat de hoofdoorzaken van schizofrenie moeten worden gezocht in 'ziekmakende elementen binnen onze westerse samenleving' zijn ontkracht. Samengevat: in Rusland hebben ze ook schizofrenen, dus moeten we de oorzaken van schizofrenie niet primair zoeken in westerse maatschappelijke factoren. Het is maar een vraag, maar zouden ook anders gestructureerde samenlevingsverbanden ziekmakende sociale structuren kunnen hebben?

Ook vraag ik me af wat de bedoeling is van de koppeling van 'anti-wetenschappelijke ideologieën' aan 'sommige maatschappijhervormers'. Is dat een verderfelijk soort hervormers, moeten we ze uitroeien, zeggen dat ze dan zelf maar naar Siberië moeten gaan of ze naar Duitse methode 'zelfmoord' laten plegen? Is 'anti-wetenschappelijk' hetzelfde als 'maatschappijbedreigend'? Wie bepaalt wat anti-wetenschappelijk en/of maatschappijbedreigend is? Meijler? Als ik Meijler Engels' boekje – Engels is het geestelijke 'tweelingbroertje' van Marx – over het wetenschappelijk socialisme cadeau geef, wordt hij dan socialist? Geen kans waarschijnlijk.

Laten we de zaken in hun juiste proporties blijven zien. De term *weten*schap impliceert zelfoverschatting en universele waarheidspretentie, die een verkapte vorm van religieuze dogmatiek is. Het lijkt me beter om de term *zoek*schap te gebruiken.

Bovendien moeten we ons serieus afvragen, of een anti-wetenschappelijke ideologie niet een steeds dringender eis wordt om onze samenleving leefbaar te houden. In een maatschappij waarin wetenschappers de CIA, KGB, militairen en uitsluitend op winst gerichte bedrijven op gewetenloze (ook wel waardevrij genoemde) wijze op hun wenken bedienen, is wantrouwen en verzet bittere noodzaak[2]. Als Meijler thuis is in de geschiedwetenschappen, heeft hij wellicht ontdekt dat het juist de anti-traditionalisten, de ontevredenen zijn geweest wier ideeën de wereld vooruitstuwden. Om een oude Indische wijsheid te citeren: 'Reasonable men adapt themselves to the world, intelligent men adapt the world to themselves'. Blindvaren op (maatschappelijk vaak blinde) wetenschappers past niet in dit concept.

Psychochirurgie

Om naar de psychiatrie terug te keren: de psychiater die zich, zoals Van Praag, uitsluitend richt op aanpassing van hulpvragende patiënten aan de maatschappij staat mijns inziens terecht bloot aan kritiek. Dit betekent niet, dat er geen biologisch onderzoek mag plaatsvinden of dat psychofarmaca uit den boze zijn. Het betekent wel, dat je als psychiater moet begrijpen dat een biologische ingreep sec misschien wel enkele storende symptomen kan onderdrukken of elimineren maar dat daarmee nog niet vaststaat of er iets aan de werkelijke oorzaak is gedaan – een open deur, zeker, wellicht nu ook voor Meijler. ▶

Minstens zo belangrijk is dat, zelfs als er sprake is van een primair organische oorzaak, biologische rehabilitatie (re-biologisering) niet kan worden losgekoppeld van sociale rehabilitatie (re-socialisering) èn sociale de-stigmatisering. Het is bekend dat genezen psychiatrische patiënten en hun omgeving vaak zodanig uit elkaar zijn gegroeid, dat het weghalen van een psychiatrisch stigma (*medische* de-stigmatisering) niet voldoende is voor een ongecompliceerde 'social comeback'. Genoeg daarover, we gaan met een volgend punt van Meijler verder.

'Gebleken geschiktheid tot het verrichten en uitdragen van wetenschappelijk werk' acht Meijler onmisbaar voor hoogleraren en docenten aan een universiteit. Laten we dan bijvoorbeeld het wetenschappelijk pleidooi dat Van Praag voor het uitvoeren van psychochirurgie bij psychiatrische patiënten heeft gehouden eens onder de loep nemen. Wat zegt Van Praag? 'The theory of learning argues that a pattern of behaviour, once established, is a fairly stable entity that can be lastingly modified only by a fresh learning process (. . .) An active type of modification of behaviour may be necessary if satisfactory therapeutic results are to be ensured. In this process of what is literally reschooling, use is made of so-called reinforcers (. . .) Animal experiments have shown that stimuli applied to certain parts of the brain act as vigorous positive or negative reinforcers. (. . .) *Man is no exception to this rule'* (cursief van mij). Dan buigt Van Praag zich over de vraag waarom met terughoudendheid tegen psychochirurgie wordt aangekeken: 'Then what is the reason for this reticence? It is to be found in part, I believe, in *irrational* considerations. (. . .) the reticence I mentioned is, in my opinion, groundless' (cursief van mij). Maar de terughoudenden zijn toch niet helemaal van God en rede verlaten: 'However, rational motivations undoubtedly play a role as well'. Want de psychochirurgie 'raises ethical questions of paramount importance'. En de oplossing voor het ethische probleem – biologisch-technisch is er tenslotte niets aan de hand –: 'a broad based commission established on a national or perhaps even on an international level'[3]. Het rookgordijn van het commissiewezen dus.

Deze zelfde 'wetenschap' bedrijven ook de Amerikaanse psychochirurgen V. Mark en L. Ervin. Zij schreven een boek, 'Violence and the Brain', 'which, in the face of the inner city riots which raged through the US, argued that whatever the social reason might be involved, the riots might best be explained by there being something wrong with the 'agression centres' in the brains of a number of ghetto-leaders, and that urban violence could be cured by removing a small region of the brain – the amygdala – from 5 tot 10 per cent of ghetto-dwellers'[4]. 'Whatever the social reason . . .' Wetenschap? Wat heet . . .

Een heel andere waardering van de hersenen vinden we in een boek van Theo Löbsack, getiteld: 'Het grote fiasco'. 'Aanvankelijk een orgaan met de functie, de overlevingskansen van zijn eigenaars te vergroten, zijn de hersenen inmiddels verworden tot een catastrofaal orgaan, dat niet meer in staat is zijn eigen werken onder controle te houden en ze in overeenstemming te brengen met de levensprincipes van deze aarde. Deze overmatig uitgewoekerde, en door de hersenpan slechts moeizaam binnen grenzen gehouden massa, is werkelijk vergelijkbaar geworden met de reusachtig uitgegroeide lichamen van de dinosaurussen in vervlogen tijden – dieren die voor zichzelf moesten capituleren. (. . .) De geweldig ontwikkelde grote hersenen met hun te gemakkelijk te verkrijgen winst aan kennis en die bovendien hun dragers bij nieuwe kennis ook nog lustgevoelens geeft, deze grote hersenen, die naar veiligheid en comfort streven, hebben uitsluitend gevolgen opgeroepen die voor de mens op de lange duur slechts dodelijk kunnen zijn. Het onheilsgeschenk van de natuur, dit geluidloos in het hoofd werkende instrument met de consistentie van verse geitekaas, is er na aan toe zich onnut te gedragen en daarmee zijn recht op voortbestaan te verspelen.'

Norm

Maar we gaan verder met Meijler als ethicus. Hij schrijft voor, dat we bij onderzoekers moeten uitgaan van 'algemeen geldende normen door *goede trouw en integriteit* aan te nemen, tenzij het tegendeel onomstotelijk vaststaat' (cursief Meijler). Dit is niet mijn norm, dus neem ik maar aan dat het Meijlers norm is, met 'algemeen geldend' eraan vastgeplakt. ▶

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- **Amsterdam:** *Provincie Noord-Holland.* Postbus 5180, 1007 AD Amsterdam, tel. 020-713417,
- **Arnhem:** *Provincie Gelderland.* Postbus 467, 6800 AL Arnhem, tel. 085-210857;
- **Breda:** *Provincie Noord-Brabant.* Postbus 2231, 4800 CE Breda, tel. 076-146323;
- **'s-Gravenhage:** *Provincie Zuid-Holland, benoorden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Delft.* Postbus 17160, 2502 CD 's-Gravenhage, tel. 070-551224;
- **Groningen:** *Provincies Groningen en Drente.* Postbus 145, 9700 AC Groningen, tel. 050-232003;
- **Leeuwarden:** *Provincie Friesland.* Postbus 2204, 8901 BP Leeuwarden, tel. 05100-33393;
- **Maastricht:** *Provincie Limburg.* Postbus 46, 6200 AA Maastricht, tel. 043-14772;
- **Rotterdam:** *Provincie Zuid-Holland bezuiden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Gouda en de provincie Zeeland.* Postbus 2525, 3000 CM Rotterdam, tel. 010-128110;
- **Utrecht:** *Provincie Utrecht.* Postbus 14042, 3583 JD Utrecht, tel. 030-516098;
- **Zwolle:** *Provincie Overijssel en Oostelijk Flevoland.* Postbus 418, 8000 AK Zwolle, tel. 05200-19828.

Behalve dat Meijler deze norm hanteert, vallen journalisten daar dan ook niet onder? Of wacht even, 'tenzij het tegendeel onomstotelijk vaststaat', nietwaar? Goed, laten we dan weer eens kijken of we dat van de in het Universiteitsblad gewraakte Van Praag kunnen vaststellen. Ik breng dan in herinnering dat Van Praags oratie over 'de wetenschappelijke fundaties van de anti-psychiatrie' op plagiaat berustte[5]. En dat in een interview in Vrij Nederland, dat daarna volgde, hij een aperte leugen te berde bracht, die 'een onverdiend negatief beeld oproept van althans een deel van zijn huidige medewerkers'[6]. In ieder geval is duidelijk, dat de door Meijler verdedigde Van Praag niet aan de door Meijler zelf aangelegde criteria voldoet.
Maar niet Van Praag krijgt ervan langs, het Universiteitsblad, dat de euvele moed heeft een en ander aan de kaak te stellen, het Utrechtse college van bestuur en de universiteitsraad, die een 'afzijdige struisvogelpolitiek' voeren, dié krijgen het op hun brood.
En het wordt nog veel erger, waar Meijler zich als polemoloog en terroristenvreter opwerpt. 'De recente geschiedenis heeft ons geleerd dat het net doen of je neus bloedt politieke fanaten (ik neem aan dat mijn persoon als schrijver van het gewraakte artikel mede in het geding is), hetzij van links, hetzij van rechts, er nog nooit van heeft weerhouden hun destructieve arbeid voort te zetten – integendeel, ze voelen zich erdoor aangemoedigd'.

De hoogste wijsheid is: op tijd te veinzen, leert Erasmus' Zotheid ons. Zij, de Zotheid, heeft wellicht gelijk, maar ik geloof niet dat Meijler veinst. Het lijkt er veeleer op dat we te maken hebben met een, om op mijn vriend Voltaire terug te vallen, collectief Dr. Pangloss-syndroom op de Utrechtse medische faculteit: 'Dit is de beste van alle denkbare medische faculteiten en Van Praag is de beste van alle denkbare psychiaters'.
Als Meijler c.s. denken dat ik of andere 'politieke fanaten' hierdoor worden aangemoedigd, heeft hij het mis.
Je wordt er moe en treurig van.

Utrecht, 29 januari 1980

Tansigh Partiman

---

1. Beide artikelen zijn ook afgedrukt in Medisch Contact van 25 januari.

2. Over de hulp van wetenschappers aan de CIA leze men de New York Times van 2-5 augustus 1977.

3. H. M. van Praag, Biological psychiatry in perspective (. .), Comprehensive Psychiatry, vol. 13, no. 5, september/oktober 1972.
Voor een heel wat genuanceerder verhaal van een psychiater over psychochirurgie verwijs ik naar het proefschrift van W. Haaijman, getiteld: 'Dwang; therapeutische ervaringen bij 25 patiënten', Krips repro Meppel 1977. Ook bij dit proefschrift zijn uiteraard kritische aanmerkingen mogelijk, maar Van Praags simplisme is Haaijman volkomen vreemd.

4. Steven Rose, It's only human nature: the sociobiologist's fairyland. Race and Class, volume XX, winter 1979, number 3.

5. Zie het gedegen artikel van Paul Schnabel in het Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid, 1978, nr. 6.
Van Praags weerwoord is hierin eveneens opgenomen. Hoe dat Van Praag afgaat, beoordele de lezer(es) zelf.

6. Zie Vrij Nederland van 29 juni 1979.

Beweegredenen verduidelijkt

Degenen, die zich de tijd gunnen bovenstaand opstel te lezen, zullen naar ik vertrouw de beweegredenen die mij tot het schrijven van mijn artikel hebben gebracht nu nog beter kunnen begrijpen. Men realisere zich daarbij, dat Partiman vaste medewerker van het Utrechts Universiteitsblad is.

Utrecht, 8 februari 1980

F. L. Meijler

Discussie

Medische experimenten en proeven op mensen

In zijn 'Medische experimenten en proeven op mensen; de rechten van patiënten in het medisch-wetenschappelijk onderzoek' (MC nr. 4/1980, blz. 115) vertolkt Prof. Dr. D. W. van Bekkum duidelijk het standpunt van de arts-onderzoeker, zonder deze als maatgevend op te voeren. Aldus Dr. M. B. H. Visser, auteur van 'Ethische aspecten van medische experimenten op de mens' (MC nrs. 42 en 43/1979, respectievelijk blz. 1351 en blz. 1386), die op enkele punten nog even ingaat. Prof. Van Bekkum geeft daarop kort commentaar.

Helaas is het juist wat Van Bekkum in zijn artikel over de rechten van de patiënt constateert, te weten dat men weinig medici tegenkomt in discussies over patiëntenrechten. Hij is zelf een van de uitzonderingen, al valt op zijn verklaring van dit verschijnsel wel wat af te dingen. Ik waardeer zijn bijdrage aan de discussie dan ook niet in de laatste plaats, omdat hij duidelijk het standpunt van de arts-onderzoeker vertolkt zonder deze als maatgevend op te voeren. Op enkele punten waar dit laatste naar mijn inzicht toch het geval is, wil ik een poging doen de balans te herstellen.

Van Bekkum besteedt nogal enige aandacht aan de *terminologie*, niet uit woordfetisjisme, maar omdat deze materie daar zo gevoelig voor is. Als hij zijn aversie uitspreekt tegen de uitdrukking: 'experimenteren *op* mensen', en dit vervangen wenst te zien door: '*met* mensen', dan kan dat pas naar waarheid gebeuren als de patiënt/proefpersoon als gelijkwaardige aan het experiment medewerkt, en niet zoals nu nog vaak in een afhankelijke, ondergeschikte positie verkeert.

Het door Van Bekkum aangevochten *onderscheid tussen therapeutische en wetenschappelijke research* in de Verklaring van Helsinki lijkt mij ook niet houdbaar vanuit de praktijk van het biomedisch ▶

onderzoek, maar wordt plotseling veel beter verklaarbaar als men het vanuit de optiek van het onderzoeksobject (of liever: subject) bekijkt. In paragraaf 6 van mijn artikel in MC geef ik enkele voorbeelden van verschil in benadering van patiënten en proefpersonen, zoals bij het nemen van bepaalde risico's, de vrijheid bij het geven van toestemming en de functiescheiding van behandelend en experimenterend arts.
De poging van Van Bekkum om de onzekerheidsfactor van het experiment te minimaliseren door te stellen dat er pas geëxperimenteerd wordt 'nadat alle andere behandelingen geen soelaas hebben geboden', lijkt mij niet geslaagd: hierdoor wordt het gevaar noch de onzekerheid verminderd.
Zijn (spelde)prikken naar 'mensen die geen persoonlijke ervaring bezitten op het gebied van de medische research' of naar 'personen met weinig inzicht in het medische gebeuren' komen mij misplaatst voor. Vele patiënten hebben dit inzicht en deze ervaring in de praktijk opgedaan, zij het wellicht net zo eenzijdig als de persoon aan de andere kant van het lancet. Hiertegenover moet als curieus worden gesignaleerd, dat hij in het geval van het zich beschikbaar stellen voor – riskante – experimenten het *zelfbeschikkingsrecht* van de patiënt/proefpersoon doorslaggevend laat zijn. Ook in geval van toestemming blijft de uiteindelijke verantwoordelijkheid berusten bij de arts-onderzoeker (Helsinki I.3).

Als laatste brokje exegese: de door Van Bekkum genoemde tegenstrijdigheid wat de sociale en persoonlijke taak van de arts betreft, zoals beschreven in de Verklaring van Helsinki, lijkt mij onjuist geïnterpreteerd. Op twee plaatsen (I.5 en III.4) wordt een *ondubbelzinnige keuze* gemaakt voor de belangen respectievelijk het welzijn van de patiënt/proefpersoon, waar er sprake zou kunnen zijn van een *conflict met wetenschappelijke en maatschappelijke belangen* ('the interest(s) of Science and Society').

Tenslotte nog een opmerking over de taak en samenstelling van de door Van Bekkum voorgestelde *beoordelingscommissie(s).* Het is mij niet geheel duidelijk geworden of hij beide commissies, de technische en de ethische, inderdaad als tweestaps-systemen wil laten functioneren, waarbij de experts advies en de leken toestemming geven. Aan de bezwaren die aan een 'dubbelcommissie' kleven, en die ik in de paragraaf 'Deskundigen en leken' in mijn MC-artikel heb uiteengezet, zou ik nog willen toevoegen, dat alle factoren beter in *samenhang* door dezelfde groep kunnen worden beoordeeld. Advies van experts is zeker noodzakelijk, maar altijd beperkt. Zo zou de door Van Bekkum opgevoerde factor (4): 'het algemeen belang van het onderzoek', zeker niet door experts kunnen worden beoordeeld, wèl bijvoorbeeld 'het wetenschappelijk belang'.

Wageningen, januari 1980

M. B. H. Visser

Inzending kopij

Bij inzending van kopij gaat de redactie van Medisch Contact ervan uit dat deze kopij niet tevens elders ter publikatie wordt aangeboden; de inzender draagt het auteursrecht aan de redactie over indien publikatie volgt.
Kopij gaarne in tweevoud, op eenzijdig betypte vellen, regelafstand 1½, ruime marges. Te publiceren artikelen dienen voorzien te zijn van een korte samenvatting en een korte beschrijving van de functie van de auteur. Tabellen en illustraties, voorzien van opschrift, gaarne op een apart vel.

Ter verduidelijking

De discussie met Visser is zinvol, omdat wij elkaars posities en standpunten respecteren en omdat wij het eens zijn over de functie van de medische research. Dat is precies waar ik in mijn artikel voor heb gepleit. In de verwachting dat de discussies over de rechten van patiënten pas in het beginstadium zijn, wil ik hier volstaan met twee commentaren op het schrijven van Visser.

1. Wat betreft de door mij gesignaleerde *tegenstrijdigheid in de verklaringen van Helsinki en Tokio* waar het de sociale en de persoonlijke taak van de arts betreft, meent Visser dat ik deze verklaringen onjuist heb geïnterpreteerd. Daartegenover stel ik dat de verklaringen niet bedoeld zijn om te worden gebruikt als een heilig schrift, maar als richtlijnen. In richtlijnen wordt geen *ondubbelzinnige* keuze gemaakt, maar laat men het aan de gebruikers van die richtlijnen over om te bepalen wat in een specifieke situatie het zwaarst mag wegen. Om bij de aanhaling van Visser te blijven, de paragrafen I.4 en I.5 maken duidelijk dat er geen sprake kan zijn van een ondubbelzinnige stellingname die voor iedere situatie geldt; daarvoor laat ik de tekst van par. I.4 hier volgen: 'Biomedical research involving human subjects cannot legitimately be carried out unless the importance of the objective is in proportion to the inherent risk to the subject.

2. Dubbelcommissie of twee commissies. Inderdaad vigeren in mijn voorstel twee afzonderlijke commissies die na elkaar beoordelen (tweestaps-systeem); dat is heel wat anders dan een dubbelcommissie. De technische commissie beoordeelt vanuit haar medisch-technische expertise of de door de onderzoekers opgestelde lasten-batenanalyse juist is, of de kwaliteit van het onderzoek voldoende is en of de kwalificaties van onderzoekteam en hulpmiddelen voldoende zijn om het onderzoek goed te doen verlopen; deze commissie brengt alleen daarover advies uit en niet over de toelaatbaarheid van het onderzoek.
Ik ben het oneens met Visser, dat de factor algemeen belang van het onderzoek niet door de experts kan worden beoordeeld. In veruit de meeste gevallen zal het algemeen belang worden geformuleerd als het verkrijgen van nieuwe inzichten (ten aanzien van een of ander aspect van de geneeskunde of de gezondheidszorg). Om te beginnen zal het onderzoekersteam zich daarover moeten bezinnen en het moeten formuleren. De technische commissie gaat na vanuit haar expertise of de factor algemeen belang door de aanvragers juist is ingeschat: kan inderdaad door dit onderzoek inzicht worden verkregen en is het wel zo nieuw? Deze toetsing kan het ethische comité juist niet verrichten, omdat het daarvoor de expertise mist. In bepaalde gevallen zal het ethische comité op dit punt wel eens behoefte hebben aan nadere informatie, maar daarover kan het één of meer leden van de technische commissie horen. Wel zal de ethische commissie zelf moeten bepalen hoeveel zwaarte zij toekent aan de factor algemeen belang bij iedere aanvraag, maar dat geldt evenzeer voor de andere factoren die een rol spelen bij de afweging van lasten en baten.

Rijswijk, 28 januari 1980

D. W. van Bekkum

MEDISCH CONTACT

nummer 9 – 29 februari 1980 – 35e jaargang

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, 3526 XD Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

Dagelijks bestuur	Dr. E. J. C. Lubbers, voorzitter; D. B. Kagenaar, ondervoorzitter; Dr. J. J. H. M. Daniëls, N. A. Meursing, Dr. J. G. Verhoeven, leden; J. W. Jacobze (voorzitter LHV), J. W. H. Garvelink (voorzitter LAD) en G. Groenewoud (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie. Onder het secretariaat ressorteren o.a.: De Afdeling Ledenbemiddeling (waaronder Het Bureau voor Waarneming en Vestiging), De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten, De Commissie Geneeskundige Verklaringen.
Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.
Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)	Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (SRC)	Dr. D. Wolvius, secretaris; Mw. G. G. A. Brunger, chef de bureau.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)	Mw. Mr. P. Swenker, secretaris; Mw. A. v. Zwol-Oostveen, secretaresse. Bureautijden 8.30-12.30 uur.
Huisarts Registratie Commissie (HRC)	J. I. van der Leeuw, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Stichting Nascholing Huisartsen (SNH)	J. I. van der Leeuw, centrale coördinator; Mw. I. Koers, secretaresse.
Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) **College voor Sociale Geneeskunde (CSG)** **College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)**	Mw. Mr. H. A. van Andel, secretaris; Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (OF)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, 2861 CB Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

MEDISCH CONTACT **fficieel**

De besturen van de KNMG en haar organen zijn voor de inhoud van het officieel gedeelte verantwoordelijk

SRC

Nieuwe inschrijvingen

De Specialisten Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst, heeft in de periode van 1 oktober t/m 31 december 1979 de navolgende specialisten ingeschreven:

Anesthesie
N. C. Bakker, Fabriciuslaan 63, 2241 JS Wassenaar, per 1.9.1979
L. van der Drift, Raaphorst 133, 2352 KJ Leiderdorp, per 1.11.1979
J. Kooyman, 's-Gravelandseweg 551, 3119 XS Schiedam, per 1.10.1979
H. Krijnen, Livingstonelaan 1148, 3526 JS Utrecht, per 1.11.1979
H. Oldenziel, Achterdiep 14, Sappermeer, per 1.8.1979
R. Schokkenbroek, Karlingsakkers 21, 9321 ER Peize, per 1.10.1979
G. Vadnai, van Baerlestraat 114, 1071 BC Amsterdam, per 3.5.1979
Mw. M. E. H. Wanders-Drummen, Kruisbergstraat 31, 6444 BC Brunssum, per 15.8.1979

Cardiologie
J. S. T. Tjan, Kwikstaart 19, 3435 RL Nieuwegein, per 16.11.1979
G. P. Tromp, van Eedenlaan 5, 4707 LA Roosendaal, per 1.5.1979
J. W. J. van Wesemael, Donsvlinder 60, 2317 KG Leiden, per 1.9.1979

Cardiopulmonale chirurgie
Th. S. Wijers, Zuiderklamp 34, 5672 HD Nuenen, per 15.7.1979

Dermatologie
N. H. C. M. N. Crombag, Balistraat 17, 6524 LJ Nijmegen, per 10.8.1979
J. Middelkamp Hup, p/a Stoppelweg 4, Willemstad Curaçao, per 1.11.1979
H. J. de Rhee, Mr. C. Fockstraat 4, 2225 TN Katwijk aan Zee, per 1.6.1979
Mw. A. Soesman- van Waadenooijen Kernekamp, Oost Dorsch 112, 1504 BN Zaandam, per 1.9.1979

Heelkunde
F. J. A. A. van Beek, Dr. Eynattenlaan 26, 5711 AW Someren, per 28.10.1979
R. G. Beerens, Prof. Tinbergenweg 9, 3731 LE De Bilt, per 1.12.1979
G. A. M. van Gaal, Dillenburglaan 17, 5046 LT Tilburg, per 1.8.1979
H. P. N. W. Hoedemaker, Pr. Irenelaan 21, 1406 KR Bussum, per 1.10.1979
A. A. J. Idema, Marsstraat 139, 9742 EN Groningen, per 1.12.1979
M. C. Kerdel, Damastroos 4, 2317 GA Leiden, per 1.5.1979
J. C. Melse, Marie Koenenlaan 117, 5044 NG Tilburg, per 1.9.1979
H. J. Mulder, L. de Colignyplein 12, 3708 CR Zeist, per 1.7.1979
E. R. M. Plantinga, Prof. de Langen Wendelstraat 6, 6524 RM Nijmegen, per 1.10.1979
E. T. Walbeehm, Europaweg 67, 3332 SG Zwijndrecht, per 1.10.1979
D. M. Werkman, Grevelingenstraat 38, 7417 TB Deventer, per 1.5.1979

Inwendige geneeskunde
J. R. Aluoch, Ubbergsedijk 14, 6574 AL Ubbergen, per 1.9.1979
A. A. Aukema, Wormerveerstraat 173, 2547 XN Den Haag, per 1.7.1979
J. Bellaar Spruyt, Bloemgracht 7, 1016 KA Amsterdam, per 1.10.1979
G. J. Bruinings, Klein Brabant 190, 5262 RT Vught, per 1.6.1979
H. Chiang Ching Tsai, Minnaertweg 67, 3328 HM Dordrecht, per 1.11.1979
H. Chin A Fo, Koppelweg 127, 3704 CG Zeist, per 16.9.1979
K. Hamulyak, Dorpsstraat 33, 6267 AA Cadier en Keer, per 1.7.1979
J. F. Haverman, Gouden Leeuw 448, 1103 KK Amsterdam, per 1.11.1979
H. Y. de Jong, Laan van Berlijn 206, Haarlem, per 1.11.1979
Dr. G. L. Kuiper-Hindemith, Goethelaan 64, 3533 VT Utrecht, per 10.9.1979
P. W. de Leeuw, Binnensingel 3, 3291 TB Strijen, per 4.2.1979
E. Maartense, Appelgaarde 269, 2272 TG Voorburg, per 1.8.1979
Mw. M. T. Meuwese-Arends, Sophiaweg 115, 6564 AB Heiligelandstichting per 1.5.1979
J. A. C. Prenen, Goethelaan 13, 3533 VN Utrecht, per 1.7.1979
Dr. E. A. van Roijen, Bachlaan 39, 1817 GH Alkmaar, per 1.9.1979
Mw. H. M. S. van Santen-Hoeufft, Benzenrade 22, 6419 PG Heerlen, per 1.10.1979
G. Stoter, Beethovenlaan 14, 2421 TX Nieuwkoop, per 1.9.1979
Mw. B. G. Taal, Herman Gorterplaats 201, 2902 TE Capelle a/d IJssel, per 1.9.1979
J. P. Terwiel, Sadeestraat 7, 2596 AX Den Haag, per 1.10.1979
Mw. C. B. M. Thijsse-Bruin, Zuidkerkenlaan 12, 1906 AC Limmen, per 1.7. 1979
Dr. A. J. M. Vogten, Amsteleindstraat 88, 5345 HB Oss, per 1.9.1979
Hiermede komt zijn inschrijving als gastro-enteroloog per 1.7.1977 te vervallen.
P. J. C. Zoon, Prof. Molenaarlaan 34, 2241 RD Wassenaar, per 1.9.1979

Keel-,Neus-, Oorheelkunde
Dr. A. J. Greven, J. de Graeflaan 71, 1181 DL Amstelveen, per 1.12.1979
K. H. Pauw, Meindert Hobbemalaan 7, 3062 SK Rotterdam, per 1.10.1979
E. Rijntjes, Ganzenwei 341, 2361 XE Warmond, per 1.10.1979
C. F. Sepmeyer, Herenweg 52, 2361 ET Warmond, per 22.9.1979
E. L. Smid, Valeriusrondeel 382, 2902 CL Capelle a/d IJssel, per 1.2.1979
Dr. J. E. Veldman, Kloosterweg 25, 3481 XB Harmelen, per 1.5.1979

Kindergeneeskunde
J. P. M. Bökkerink, Blauwe Hof 59. 18, 6602 XD Wychen, per 1.5.1979
G. F. Drejer, W. Alexanderstraat 26, 2215 CC Voorhout, per 15.8.1979
Mw. A. de Goede-Bolder, Spuistraat 85, 1012 ST Amsterdam, per 1.9.1979
J. J. Rotteveel, Aldenhof 51-13, 6537 DS Nijmegen, per 1.7.1979
J. J. Tolboom, Weezenhof 68-15, 6536 BL Nijmegen, per 1.8.1979
Mw. J. van Vliet, Zuiderstraat 12, 3434 BH Nieuwegein, per 1.9.1979
E. van der Voort, Rosanderwaard 44, 2904 SM Capelle a/d IJssel, per 1.7.1979
A. van der Wagen, Star Numanstraat 51, 9714 JJ Groningen, per 16.1.1979

Longziekten en tuberculose
W. van den Berg, Pr. Hendriklaan 19, 3583 EB Utrecht, per 1.10.1979
Mw. L. Breemhaar, Vogelstraat 18 c, 3061 EZ Rotterdam, per 1.10.1979
T. K. G. Deves, Irislaan 5, 2106 BE Heemstede, per 1.5.1979
Dr. A. Löwenberg, Domela Nieuwenhuislaan 45, 9722 LH Groningen, per 15.10.1979
A. Peters, Juliana-Bernhardplein 1-2, 1394 CZ Nederhorst den Berg, per 1.10.1979

Medische microbiologie
B. T. Lim, Twintighoevenweg 7, 3312 LS Dordrecht, per 1.9.1979
Hiermede komt zijn inschrijving als internist per 1.9.1976 te vervallen.

Neurochirurgie
G. H. J. J. Spinamaille, Sterrenlaan 8, 3620 Rekum (België)

Oogheelkunde
R. Boer Iwema, Boerhaavelaan 68, 2334 ES Leiden, per 1.11.1979
Mw. K. U. Duinkerke-Eerola, Beukenlaan 8, 6584 CR Molenhoek, per 27.9.1979
Mw. H. A. Lambooy-Rosier, Prinsenweg 20, 2242 EG Wassenaar, per 1.10.1979
Mw. A. N. Schoeman-Leeuwangh, Hondsdraflaantje 6, 1121 BJ Landsmeer, per 1.11.1979

Orthopedie
P. A. Bestebroer, Endegeesterstraatweg 15, 2342 AJ Oegstgeest, per 1.9.1979
J. P. van Bruggen, Gauke Boelensstraat 112, 9203 RS Drachten, per 1.10.1979
A. J. L. Docter, Weeverstraat 118, 6862 DT Oosterbeek, per 1.8.1979
T. Hoogland, Groen van Prinstererlaan 58, 9722 PT Groningen, per 1.10.1979
Dr. A. J. W. Marsman, Mariahoeve, Dorpsstraat 13, 1154 PR Uitdam, per 1.6.1979
Dr. P. E. Ochsner, Troskerslaan 4, 1185 BW Amsterdam, per 1.11.1979
E. L. F. B. Raaymakers, Bosplaat 72, 1025 AT Amsterdam, per 15.10.1978
Hiermede komt zijn inschrijving als chirurg per 17.4.1973 te vervallen.
Q. F. Tetteroo, Korvertwal 9, 2317 GR Leiden, per 1.9.1979
D. Trip, Kotten 143, 7116 TE Winterswijk, per 1.9.1979
J. F. A. M. Ypma, Bijleveldsingel 27, 6521 AN Nijmegen, per 1.8.1979

Pathologische anatomie
J. K. Boldewijn, Boerhaavelaan 112, 2334 ET Leiden, per 29.10.1979
Mw. S. Chadha-Ajwani, Van Calcarlaan 23, 2244 GM Wassenaar, per 16.11.1979
T. A. J. M. Manschot, Keurkampstraat 10, 7415 DL Deventer, per 1.11.1979
A. Rijlaarsdam, Papandracht 36, 2311 TX Leiden, per 1.9.1979

Radiodiagnostiek
E. J. van der Jagt, Anemoonweg 19, 9765 HC Paterswolde, per 1.10.1979
W. P. M. Klazen, Vincent van Goghlaan 3, 5056 CS Berkel Enschot, per 1.9.1979
R. A. F. van de Loo, Langewijk 19, 7701 AA Dedemsvaart, per 1.10.1979
Mw. P. G. Raijmakers, Sportlaan 56, 1185 TD Amstelveen, per 1.10.1979
J. J. M. Rombouts, Weezenhof 24-04, 6536 JE Nijmegen, per 1.9.1979
D. H. W. Schönfeld, Joh. Verhulstlaan 7, 1401 CS Bussum, per 15.7.1979
R. C. Shah, Hendrik Tollenstraat 378, 2624 BW Delft, per 22.11.1979
A. K. Sing, Saffierstraat 72 hs, 1074 GX Amsterdam, per 4.11.1979
A. K. H. The, Duivenkamp 812, 3607 WD Maarssenbroek, per 1.9.1979
B. J. J. Zuidema, Fort 36, Zuidwolde, per 1.7.1979

Radiologie
Mw. Th. E. G. van Zanten, Het Hoogt 143, 1025 GV Amsterdam, per 1.11.1979

Radiotherapie
L. E. C. M. Blank, Marconistraat 38, 2562 JD Den Haag, per 1.11.1979

Reumatologie
D. J. R. A. M. de Rooy, Postweg 29, 6523 KR Nijmegen, per 1.1.1979
Hiermede komt zijn inschrijving als internist per 1.5.1977 te vervallen.

Revalidatie
Mw. F. H. M. Foury, Notenoord 35, 3079 LR Rotterdam, per 1.7.1979
W. Jobse, Bodemplein 23, 6443 CJ Brunssum, per 1.9.1979
Mw. N. Michel-Bensink, Azoren 11, 2904 Capelle a/d IJssel, per 1.4.1979

Urologie
R. Th. Bijleveld, Vermeerlaan 27, 3723 EM Bilthoven, per 1.10.1979

Verloskunde en gynaecologie
A. Th. Alberda, Duindoorn 12, 2923 ED Krimpen a/d IJssel, per 1.7.1979
R. W. Bakker, Stoutenburg 17, 1121 GG Landsmeer, per 1.5.1979
Dr. P. C. Brand, p/a van Nyenrodestraat 92, 2597 RN Den Haag
F. H. G. Kho, van Boshuizenstraat 687, 1082 AZ Amsterdam, per 1.10.1979
A. Mantingh, Eikenlaan 17, 9321 GB Peize, per 1.10.1979
F. Schregardus, Badlaan 30, 1399 SM Muiderberg, per 1.7.1979
T. Y. The, Laan van Nederhoven 29, 3334 BN Zwijndrecht, per 1.10.1979

Neurologie
R. M. C. Debets, Boomstede 546, 3608 BL Maarssen, per 1.7.1979
W. Kamphorst, Lauriergracht 112, 1016 RR Amsterdam, per 1.10.1979
H. T. J. Niekus, Koninginnelaan 84, 2281 HH Rijswijk, per 1.7.1979
Th. W. Rentmeester, Ruysdaelweg 12, 2051 EM Overveen, per 1.11.1979
A. P. Volker, Aalberselanen 2, 3445 TB Woerden, per 1.5.1979
Th. C. A. M. van Woerkom, Violenweg 6, 2597 KL Den Haag, per 1.7.1978

Psychiatrie
W. van Bork, Koestraat 20, 8011 NL Zwolle, per 1.10.1979
Hiermede komt zijn inschrijving als zenuwarts per 30.5.1951 te vervallen.
J. van Buren, Ridderkerksestraat 41b, 3114 RH Schiedam, per 1.5.1979
J. J. Th. Derksen, Kon. Julianaweg 10, 7433 DA Schalkhaar, per 1.8.1979
G. W. van Florestein, Grote Kamp 28, 9461 TK Gieten, per 1.10.1979
J. Gerrits, West. Halfrond 209, 1183 HV Amstelveen, per 1.5.1979
T. N. Katoen, Mondsteen 29, 9934 LT Delfzijl, per 1.9.1979
F. H. Koenegracht, Jan van Goyenkade 41, 2311 BC Leiden, per 1.5.1979
O. N. Markx, Nassaukade 82, 1052 CT Amsterdam, per 1.11.1979
M. Meijer, Bosboom Toussaintstraat 61, 1054 AP Amsterdam, per 1.7.1979
J. N. Schreuder, Graftdijkplein 1, 1480 ML Westgraftdijk, per 1.10.1979
R. P. Soeters, Uranus 10, 3402 JD IJsselstein, per 1.10.1979
F. J. W. Westerouen van Meeteren, H.W. Mesdagstraat 31, 9718 HC Groningen per 1.9.1979

Zenuw- en zielsziekten
H. D. Petry, Jekerschans 59, 6212 GH Maastricht, per 13.9.1979
P. L. The, Witsenburgselaan 36, 6524 TK Nijmegen, per 1.10.1979

Aantekening klinische neurofysiologie
H. R. F. Böttger, Bieleveldlaan 63, Hoogeveen, per 1.10.1979
C. Bulens, Résidence Domrémy, 10 Rue Jeanne d'Arc, 75013 Paris, per 11.9.1979
E. R. P. Brunt, Tjaskerlaan 64, Rotterdam, per 1.10.1979
C. J. Höweler, 1e Sweelinckstraat 64, Den Haag, per 1.9.1979
W. Kamphorst, Leuriergracht 112, 1016 RR Amsterdam, per 1.10.1977
H. T. J. Niekus, Koninginnelaan 84, 2281 HH Rijswijk, per 1.7.1979
Mw. M .H. Koen, Brummelkant 15, 9502 BB Stadskanaal, per 1.11.1979
J. G. Koster, De Polle 12, 9084 BT Goutum, per 1.5.1979
W. F. van Oudenaarden, Bentincklaan 65 c, 3039 KK Rotterdam, per 1.11.1979
A. H. Temmink, P. Potterstraat 50, 5143 GZ Waalwijk, per 1.7.1979
Th. C. A. M. van Woerkom, Violenweg 6, 2597 KL Den Haag, per 1.7.1979

SGRC

Nieuwe inschrijvingen

De Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst heeft de volgende artsen ingeschreven in het register van erkend sociaal-geneeskundigen:

Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde

P. C. Harting te Arnhem (m), per 3 juli 1979
P. L. de Vries te Almelo (m), per 3 juli 1979
A. G. J. de Koningh te Emmen (m), per 1 augustus 1979
G. H. Prinsen te Rotterdam (m), per 1 augustus 1979
M. Reijnders te Rijswijk (m), per 1 augustus 1979
J. H. van Dam te Haarlem (m), per 1 september 1979
J. M. H. Paulissen te Lieden (m), per 1 september 1979
H. Scheijde te Son (m), per 1 september 1979
A. Drijver te Wageningen (m), per 28 september 1979
A. W. Hijmering te Den Bosch (m), per 28 september 1979

Tak Jeugdgezondheidszorg

P. Gans te Kortenhoef (m), per 1 april 1979
A. K. Klein-Wierenga te Zwolle (vr), per 1 juli 1979
S. J. Vermeer-Manschot te Bilthoven (vr), per 1 juli 1979
J. M. H. Verhagen-Flieringa te Rotterdam (vr) per 1 september 1979
C. P. J. Groeneweg te Amsterdam (vr), per 3 september 1979
H. J. M. Scheper-Spa te Stadskanaal (vr), per 30 september 1979

Tak Verzekeringsgeneeskunde

J. H. W. A. Schouten te Castricum (m), per 9 september 1979
J. Hoen te Sneek (m), per 28 september 1979
G. L. van Raaij te Teteringen (m), per 6 oktober 1979

Tak bijzondere vormen van Sociale Geneeskunde

L. A. Estrada Larrain te Maastricht (m), per 18 oktober 1979.

KNMG

Personalia

Nieuwe leden

A. P. Amir, Van Hogendorpstraat 27, Utrecht
T. T. Aouw Jong, Van Swietenstraat 17, Leiden
B. J. Bakker, Hondecoeterstraat 21^{II}, Amsterdam
S. P. van Bemmelen, van Stolkweg 25 F, Den Haag
W. T. P. van den Bergh, Kerkstraat 23, Haps
W. E. L. de Boer, Kapelstraat 67, Utrecht
C. Bol, Westeinde 22, Hazerswoude
A. M. Bongers, Gluckstraat 36, Tilburg
P. A. Bootsma, Planetenlaan 61, Groningen
P. J. J. Bosmans, Jan v. Goyenstraat 41, Nijmegen
H. Bouter, Uilenstede 449 kr. 5, Amstelveen
Mw. F. A. Broersma-Drost, v. Hogendorpstraat 199 hs, Amsterdam
J. P. van Bruggen, G. Boelensstraat 112, Drachten
J. Bruins, Fideliolaan 80, Amstelveen
Mw. E. A. Compier, Groenezoom 258, Rotterdam
L. van Delden, Blauwe Vogelweg 4, Leiden
J. Derksen, Pijnboomhof 11, Arnhem
Mw. J. F. Derksen-Samson, Wilhelminastraat 199^{I}, Amsterdam
C. D. van Duyn, Meilustweg 27, Bergen op Zoom
Mw. K. M. Dijkers-Casteleijn, Raadhuisstraat 11, Maasdam
J. R. J. Elbers, Obrechtlaan 52, Bilthoven
P. H. J. M. Elsenburg, F. Mauriacweg 183, De Bilt
Mw. D. D. van Fraassen, Poelruiterhof 4, Heikenszand
J. Fracheboud, Forchstraat 210, 8032 Zürich, Zwitserland
B. W. K. Ganter, Sarphatistraat 205^{II}, Amsterdam
R. Gerritse, St. Mariastraat 54 A, Rotterdam
R. M. Gerritsen, Mercuriusweg 328, Purmerend
J. de Goede, H. Koninginsberberstraat 98, Amsterdam
J. P. I. Gommers, Kelfkensbos 35, Nijmegen
H. C. Groeneveld, Achter de Kerken 7, Abcoude
Mw. M. J. M. Y. Hamers-van Alphen, Vondelstraat 82, Amsterdam
F. A. M. Happel, Pastoor v. Berkelstraat 82, Sambeek
H. F. Herfkens, Marienpoelstraat 31, Leiden
G. Hoedemaker, Postjesweg 359, Amsterdam
Ch. W. M. Hogenhuis, Waterloostraat 123 B, Rotterdam
M. A. Hoogslag, Eikenlaan 46, Ermelo
D. de Hoop, Van Hoeslaan 44, Den Haag
Mw. C. J. H. M. Huige, Palembangstraat 30, Nijmegen
M. C. Huige, Schweitzerlaan 38, Eindhoven
P. T. Hutchison, Pr. Ireneweg 3, Houten
T. M. J. Huygen, Da Costakade 216^{II}, Amsterdam
Mw. H. Y. van der Hijden-Leyenaar, Schoutstraat 27, Geldrop
B. W. Ike, B. Wuytierslaan 20, Amersfoort
Mw. J. de Jong, In de Papiermolen 21, Duivendrecht
Ph. J. Jürgens, Boekweitkamp 27 Leiderdorp
P. E. Kalsbeek, Meidoornstraat 39, Den Haag
R. A. Kanters, J. Van Galenstraat 1 b, Ommen
P. H. J. van Keulen, Fideliolaan 216, Amstelveen
M. C. J. Klop, Bilderdijkstraat 3, Capelle a/d IJssel
C. J. Kole, Lijsterstraat 59, Utrecht
Dr. G. Kootstra, Ruitersteeg 3, Haren Gn
Mw. I. M. Kooyman, Bilderdijkkade 600, Amsterdam
Mw. M. P. A. M. Kouwenhoven, J. de Wittstraat 31, Nijmegen
Mw. O. J. M. Lackamp, Frans Halsstraat 6, Amsterdam
Mw. K. J. Lamberts-Jopkes, Rhijnestein 10, Landsmeer
E. J. P. Lamfers, Buurmansweg 30, Nijmegen
L. Lashmana, Liendenhof 228, Amsterdam
Mw. M. Lievaart, Kruisakker 22, Eindhoven
Mw. C. T. M. Linthorst, IJselstraat 83^{II}, Amsterdam
S. Lisangan, Duurstedelaan 122, Utrecht
Mw. W. Loeve-Kappelhof, Cremerstraat 330, Utrecht
W. F. Loth, Molenstraat 48, Raamsdonk
H. L. Louwerse, Weezenhof 34-23, Nijmegen
Mw. W. C. M. van Maarseveen, Stadhouderskade 118, Amsterdam
G. M. J. Matser, Hoefkade 209, Den Haag
Mw. C. W. Maurer, Jr. F. W. Conradstraat 27, Nieuwegein
A. L. Messchaert, A. Cuypstraat 144^{II}, Amsterdam
J. J. M. van Meyel Jr., Langestraat 42^{II}, Amsterdam
P. J. Meijer, Praamstraat 29, Den Helder
R. J. Moes, L'Hôpital Bawku, B.P. 2537, Ouagadougou, Opper-Volta
J. C. M. van de Nes, Kleine Esweg 2, Hardenberg
J. Noort-Rabens, Granietstraat 48, 't Harde

Mw. R. Nijenhuis-Stern, E. Eisingastrjitte 17, Dronrijp
J. P. M. Offermans, Meyhorst 16-15, Nijmegen
F. E. M. Ooms, Akerboomseweg 6, Zwammerdam
Mw. A. J. van Os-Bouten, Farmsumerweg 98, Appingedam
Mw. P. J. H. C. Phoa, Johannapark 2 hs, Amsterdam
P. V. L. Pol, de Weerd 2, Hasselt
Mw. L. J. J. M. Prick, Egelantiersgracht 65, Amsterdam
J. Pronk, Aquamarijnstraat 485, Groningen
Mw. C. J. H. Pröpper-Willekens, Da Costastraat 1II, Amsterdam
E. S. Rinsma, Star Numanstraat 3 A, Groningen
W. A. de Ruiter, Top Naefflaan 40, Amstelveen
J. Rus, Middelstegracht 129/131, Leiden
G. E. H. M. Rutten, Bosserdijk 2, Hoogland
Mw. P. Schaar, Dellaertlaan 94, Badhoevedorp
F. G. Schellevis, Jan de Wittstraat 31, Nijmegen
T. J. M. Schlatmann, Rio Grandelaan 22, Overveen
E. Schothorst, Jupiterstraat 30, Groningen
J. J. P. Schrander, v. Ostadestraat 326 hs, Amsterdam
C. T. R. M. Schrander-Stumpel, v. Ostadestraat 326 hs, Amsterdam
E. H. Schroten, Admiralengracht 128II, Amsterdam
R. C. Shah, H. Tollensstraat 378, Delft
H. Snijders, Meyhorst 1470, Nijmegen
J. J. Sokolewicz, Tolhuislaan 8, Ede
P. Speelman, Hoefweg 76, Bleiswijk
Mw. A. G. Spierenburg-Duyster, Oostmaaslaan 238, Rotterdam
J. Stam, 2e Kostverlorenkade 151 hs, Amsterdam
A. J. Stege, Reddingiusstraat 5, Ten Boer
P. J. M. Stelder, Zocherstraat 229, Rotterdam
J. H. Stom, Eekhoutswijk 3, Smilde
R. N. Sukhai, v. Montfoortstraat 6, De Meern
W. F. S. M. Suijs, Speelweide 16, Bakel (N. Br.)
L. P. G. M. Thissen, Nieuwenhagerstraat 30, Ubach o Worms
M. D. Tolsma, Hagelkruisstraat 25, Beugen
W. P. A. M. Verhagen, Middachtenstraat 293, Nijmegen
Mw. L. Visser, Meanderlaan 82, Middelburg
V. M. Vladar Rivero, Delistraat 21, Nijmegen
Mw. M. E. J. van der Vorst, Groenewoudseweg 82-14, Nijmegen
L. J. de Vries, Achterweg 7, Wouterswoude
S. L. Werker, Herengracht 254, Amsterdam
Mw. C. H. van Westendorp, Leeuwerikstraat 39, Leiden
T. G. Wiersma, v. Leeuwenhoeckstraat 10 bis, Utrecht
E. F. M. Wijdicks, Molenzicht 37, Leiden
J. S. v. d. Zee, Uilenstede 455-5, Amstelveen
M. J. G. M. van Zitteren, Tollensflat 3, Roosendaal

Aspirant leden

A. K. M. Bartelink, Bolerostraat 66, Nijmegen
J. W. Birza, Hansenstraat 7, Leiden
J. Blom, Vlotlaan 39, Monster
H. J. M. Bollen, Bijltjespad 18-5, Amsterdam
F. J. Bult, Maasstraat 25, Alkmaar
Dr. C. P. H. van Dijke, Brahmslaan 287, Leiden
C. A. A. H. Franken, Prof. Huybersstraat 145, Nijmegen
Mw. P. G. W. Jans, Prof. Bromstraat 19-14, Nijmegen
Mw. G. C. M. Krol, H. de Bruijnstraat 4II, Amsterdam
P. F. Lens, Lammenschansweg 8, Leiden
Mw. I. A. B. Nieuwenhuis, Jan van Goyenkade 44, Leiden
J. van der Rest, Uilenstede 15, Amstelveen
H. W. Stenvers, Vossiusstraat 42II, Amsterdam
M. F. A. M. Sturm, Groesbeekseweg 112, Nijmegen
J. W. Stuijfzand, Opaalstraat 114, Leiden
J. C. A. Verweijen, Walenburgerweg 88 A, Rotterdam
A. P. P. Willemse, Boedekerstraat 7, Deventer

Overleden

Dr. W. Binnendijk, Corn. Dopperkade 2, Amsterdam
Dr. H. A. de Boer, Loseweg 105, Apeldoorn
H. G. H. Brunner, Friesestraat 70, Coevorden
H. B. Dutmer, Tooroplaan 3, Weert
J. J. S. Eyma, W. v. Abcoudelaan 4, Driebergen
R. W. Fernandes, Aronskelkweg 57, Den Haag
G. A. Froeling, Verbindingslaan 18, Neerharen-Lanaken, België
A. J. Goedhard, Rhienderinklaan 14, Warnsveld
J. J. A. van Heesch, Burg. Remmenstraat 69, Budel
S. Houtsma, Harddraversweg 54, Joure
H. H. J. M. Joosten, Voorburgstraat 7, Moergestel
Mw. J. Kapsenberg-Bruggeman, Vermeerlaan 2, Doorn
M. J. Kok, Groesbeekseweg 2, Nijmegen
Mw. A. Meima, Dennenlaan 515, Ede
A. Th. M. de Meyer, Scheldekade 53, Terneuzen
H. D. Nanninga, Havelaarlaan 101, Amstelveen
Th. E. van Reemst, Gr. Aelbrechtlaan 154, Amstelveen
L. Roelofsen, Lochemseweg 87, Harfsen
S. H. Thio, Rossinidreef 1, Voorschoten
N. D. Wijnia, V. Boetzelaerlaan 175, Balk

KNMG

Uit de afdelingen

Voordrachten

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

Alphen en Omstreken: J. Wesseling, onderwerp 'Sportgeneeskunde'; R. J. Benink, onderwerp 'Diagnostiek en behandeling van enkelletsels'; Dr. F. Schutte, onderwerp: 'Wat is medische informatica' en 'Medische informatica en de huisarts'.

Apeldoorn en Omstreken: Prof. Dr. E. A. van Slooten, onderwerp 'Enkele sociale aspecten van oncologie'.

Arnhem en Omstreken: Kankerwerkgroep Arnhem, onderwerp 'Maligniteiten in het hoofdhalsgebied'.

Breda en Omstreken: Mr. F. Huber, Mr. P. Dingemans en Drs. L. Melcherts, onderwerp 'Mogelijke gevolgen van een conflict, samenhangend met medisch handelen'.

Emmeloord en Omstreken: H. M. J. Schreuder, onderwerp 'Hoe een allopathisch opgeleid arts er toe komt homeopathie te bedrijven; F. J. N. A. Simons, onderwerp 'Algehele anesthesie en pre-operatieve maatregelen'.

Friesland-Noord: Drs. J. Mulder, onderwerp 'Allergeenbepalingen'.

Friesland-Oost: Dr. J. P. W. F. Lakke, onderwerp 'Ziekte van Parkinson, diagnostiek en therapie'; J. Kroos, onderwerp 'Het kind en delinquent gedrag'; C. D. Hermsen, onderwerp 'Kunstmatige voeding'; Mr. B. Sluyters, onderwerp 'Inzagerecht'.

Haarlem en Omstreken: Drs. P. M. v.d. Plas en Drs. C. de Swart, onderwerp 'Mechanismen van de beïnvloeding van de plaatjesfunctie en plaatjesvaatwandinterache door geneesmiddelen'.

Hunsingo-Fivelingo-Westerkwartier: Prof. Zwaveling, onderwerp 'Oncologie'

Leiden en Omstreken: Prof. Dr. M. S. H. G. Heerma van Voss, onderwerp 'Egyptenaren: mummies of mensen?'; Dr. P. J. Sijpesteijn, onderwerp 'Artsen in Grieks-Romeins Egypte'; Dr. H. D. Schneider, onderwerp 'De Taffeh Tempel'; Dr. S. E. Bos, onderwerp 'Gezuiverde lucht voor kinderen met asthmatische bronchitis'; Dr. W. J. van Amstel, onderwerp 'Twee patiënten met een pneumonie'; A. Boesten, onderwerp 'Beleid bij TIA's'; Mw. R. E. Thjo-Heslinga en H. de Vroome, onderwerp 'Het selektron'; J. W. H. van Leer, onderwerp 'De begeleiding van oncologische patiënten'.

Maastricht en Omstreken: Prof. Dr. L. M. J. Groot, onderwerp 'Kosten gezondheidszorg als economisch probleem'; Dr. S. P. Soeters, onderwerp 'Intensive care units: zenuwknooppunt van het ziekenhuis of hobbykamer van specialisten'; Prof. Dr. H. Philipsen, onderwerp 'Omvang van de gezondheidszorg in relatie tot de maatschappelijke ontwikkelingen'.

Midden-Limburg: H. F. G. H. Defesche, onderwerp 'De hernia en enige andere 'zenuwletsels'.

Nijmegen en Omstreken: Mr. W. B. van der Mijn, onderwerp 'Het KNMG-standpunt inzake het inzagerecht van de patiënt, veelbelovend of terughoudend?'

Oostelijk-Groningen: T. K. Louwerse, onderwerp 'CBR-aspecten (de medische problematiek om het rijbewijs)'.

Oude IJssel: Dr. E. Reerink, onderwerp 'Intercollegiale toetsing tussen echelons. Droom of werkelijkheid?'; J. G. J. M. van Iersel, onderwerp 'Mediastinoscopie'.

Sittard-Geleen: Prof. Dr. H. J. J. Leenen, onderwerp 'Het recht van de burger op gezondheid'.

Tiel: Dr. L. Eijsman, onderwerp 'Het Costoclaviculaire compressiesyndroom'; Dr. P. A. Voûte, onderwerp 'Blastomen, de kwaadaardige tumoren van het jonge kind'.

De Vecht en Omstreken: Dr. D. Maingay, onderwerp 'Hyperthyreoidy primair, secundair en tertiair'.

Wageningen en Omstreken: Dr. A. A. M. Brouwers, onderwerp 'Endocrinologische aspecten en hormonale behandeling bij verminderde mannelijke vruchtbaarheid'; Dr. J. W. Reinink, onderwerp 'Diagnostiek en behandeling van de varicocèle'; E. W. Loendersloot, onderwerp 'Kunstmatige inseminatie met homoloog en donorsperma'.

Dit jaar wordt het

32ste Ledencongres van de KNMG

gehouden in

Amsterdam

op

donderdag 9 en vrijdag 10 oktober

in het

Internationaal Congrescentrum RAI

Het wetenschappelijk programma zal gewijd zijn aan

'Gezondheidszorg in de grote stad'

Dit thema zal in drie secties worden behandeld:

a. medisch-somatische aspecten
b. sociaal-geneeskundige aspecten
c. educatieve aspecten

Walcheren: Prof. Dr. H. Galjaard, onderwerp 'Klinische genetica, wat is dat?'.

Westland: M. van de Vliet, onderwerp 'Het neurologisch beeld bij methylbromide intoxicatie'; M. Wiersma, onderwerp 'Homeopathie in de huisartspraktijk'.

Woerden en Omstreken: G. A. Hoogendoorn, onderwerp 'De diagnostiek en behandeling in geval van afwijkende cervix-cytologie, met nadruk op de colposcopie'.

INHOUD OFFICIEEL

SRC
Nieuwe inschrijvingen 288

SGRC:
Nieuwe inschrijvingen 290

KNMG:
Personalia 290

Uit de afdelingen 291

Nr. 9 – 29 februari 1980
35e jaargang