

van de mens. In: De samenstelling van het menselijk lichaam, ed. A. Haak, R. Steendijk en J. F. de Wijn, van Gorcum, Assen, 1968.

Fabry, P. en medewerkers. 1968 II, Lancet, 190.

Gsell, D. en J. Mayer (1962) Amer. J. clin. Nutr. 10, 475.

Joliffe, N. en M. Archer (1959) J. chron. Dis. 9, 636.

Khosla, T. en C. R. Lowe (1968) Lancet 1, 742.

Mayer, J., N. B. Marshall, J. J. Vitale, J. H. Christensen, M. B. Mashayekhi en F. J. Stare (1954) Amer. J. Physiol. 177, 544.

Mayer, J., P. Roy en K. P. Mitra (1956) Amer. J. clin. Nutr. 4, 169.

Medical Boards of Finland and Sweden (1968) Nut. Rev. 26, 259.

Pries, C. en C. M. van Gent 1969. Intern rapport, nog niet gepubliceerd. Mededelingen hieromtrent in: F.S.P. van Buchem (1967) Ned. Geneesk. 111, 1793.

Voedingsraad, De veranderingen in het Nederlandse voedingspatroon. Rapport van de Oriënteringscommissie van de Voedingsraad. Verslagen en Mededelingen betreffende de Volksgezondheid, nr. 26. Staatsdrukkerij, 1968; Voeding (1968) 29, 488; Ned. Geneesk. (1969) 113, 899; T. soc. Geneesk. (1969) 97, 250.

Wijn, J. F. de (1963) Huisarts en wetenschap 6, 221.

Wijn, J. F. de, R. Luyken en N. A. Pikaar, Voedingstoestand van 16-18 jarige adolescenten in Friesland en Noord-Brabant. Niet-gepubliceerde gegevens. C.I.V.O.-T.N.O., Zeist, 1968.

De subcommissie medische psychologie

Toen in 1959 de Subcommissie Medische Psychologie, subcommissie van de Commissie Nascholing, werd opgericht, was het de bedoeling dat gedeelte van de nascholing dat betrekking heeft op de medische psychologie, aan deze subcommissie te delegeren. Dit werd nodig geoordeeld omdat reeds verschillende studiegroepen in den lande functioneerden (destijds genoemd studiegroepen integrale geneeskunde, studiegroepen huisartsen-psychotherapie of psychosomatiek, thans meestal aangeduid als Balintgroepen of studiegroepen medische psychologie). Het begeleiden van deze groepen vereiste zoveel aandacht, dat de Commissie Nascholing meende dit deel van de nascholing niet meer naar behoren te kunnen vervullen. De door het N.H.G.-bestuur ingestelde subcommissie kreeg als doelstelling: „Het observeren van, eventueel leiding geven aan, de integrale groepen (studiegroepen medische psychologie), en het studie maken van de basiskennis, die nodig is voor de uitoefening van de integrale geneeskunde”.

Het ontstaan van de genoemde groepen werd gestimuleerd door het werk van Groen, door publicaties van Querido en vooral door de ervaringen van *Balint*, neergelegd in een aantal boeken. Het begrip „medische psychologie” raakte verder ingeburgerd door het werk van *Weyel* en door diverse artikelen van huisartsen en psychiater-adviseurs in „huisarts en wetenschap”.

Sedert haar oprichting heeft de subcommissie haar werk volgens bovengenoemde doelstelling met min of meer succes verricht. Er ontstonden tot heden in totaal ruim 70 groepen, waarvan jaarlijks circa 30 groepen actief waren, met een deelname van omstreeks 40 procent van de N.H.G.-leden, respectievelijk ongeveer 15 procent van alle huisartsen in Nederland. Een en ander trok de aandacht van de World Health Organization aan wie dan ook een rapport werd uitgebracht. Een Frans psychiater kenschetste deze situatie in Nederland - na afloop van een internationale bijeenkomst van psychiater-adviseurs in

Amsterdam - als „le phénomène hollandais” (*Gelly*).

Nadat een aantal besprekingen was gehouden tussen de drie stichtingen voor de Geestelijke Volksgezondheid en het N.H.G.-bestuur, werd in 1966 door één der leden van de subcommissie een uitvoerig rapport samengesteld over de Nederlandse groepen (*Veldhuizen van Zanten*). Dat de deelname aan de studiegroepen medische psychologie zo groot was is waarschijnlijk vooral te verklaren uit het besef dat in de loop der jaren bij veel huisartsen ontstond, namelijk dat de huisarts-geneeskunde niet uitsluitend bestaat uit het behandelen van somatische klachten, maar dat tevens de psychosociale problemen, die al dan niet aanleiding kunnen geven tot stoornissen in de gezondheid, eveneens de volle aandacht van de huisarts behoren te hebben. Daar de huisarts als regel voor het behandelen van psychosociale problemen onvoldoende was opgeleid, ontstonden alom gevoelens van onmacht en frustratie, welke de behoefte aan nascholing in medische psychologie sterk deden gevoelen.

De subcommissie medische psychologie trachtte haar werkzaamheden onder meer te verrichten door het organiseren van jaarlijkse bijeenkomsten voor de huisarts-discussieleiders van deze studiegroepen en andere belangstellenden. Tijdens deze bijeenkomsten werd zowel praktische als theoretische informatie geboden. Leden van de subcommissie namen bovendien deel aan periodieke besprekingen met de psychiater-adviseurs, die in 1960 een eigen werkgroep oprichtten in het kader van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie. Voorts werd de subcommissie door de Boerhaave-commissie te Leiden enkele malen verzocht haar medewerking te verlenen aan het organiseren van de om de twee jaar gehouden Boerhaave-cursussen medische psychologie, waaraan gemiddeld tweehonderd artsen deelnamen.

Behalve het rapport over de tienjarige ervaring met de Nederlandse studiegroepen medische psychologie, werd onlangs het eerste verslag gepu-

bliceerd van een evaluatie-onderzoek, verricht door het N.I.P.G. te Leiden (*De Boer en anderen*). *Balint en anderen* publiceerden hierover reeds in 1966.

Intussen lieten de maatschappelijke ontwikkelingen gedurende de jaren '60, met hun enorme stroomversnellingen ook de huisartsgeneeskunde en het Genootschap niet onberoerd. Zowel in het N.H.G.-bestuur als in de grote commissies groeide de behoefte aan een heroriëntering en aan een nieuwe taakomschrijving. Binnen de subcommissie medische psychologie werd aan deze gevoelens uiting gegeven in een interne nota van 5 januari 1967, betreffende haar taak en opdracht. Ook het slot van het jaarverslag 1967 getuigde hiervan met de volgende woorden: „Tijdens verschillende vergaderingen is ter sprake gekomen welke de functie is van de subcommissie. Hierover bestond verschil van inzicht bij de leden. Een en ander heeft ertoe geleid dat een nota betreffende taak en opdracht van de subcommissie werd opgesteld, die begin 1968 uitvoerig ter discussie zal komen. Hieruit moge blijken dat ook de subcommissie niet onberoerd is gebleven door de eigentijdse problemen van de identiteitscrisis en een vaag gevoel van onmacht bij het zoeken naar nieuwe wegen in een zich snel wijzigende maatschappij” - (1968) huisarts en wetenschap 11, 458. Gedurende het jaar 1969 hebben deze discussies geleid tot een studiedag van de leden van de subcommissie, waarop de hiernavolgende nota in ontwerp werd opgesteld.

Zonder dat nu de oude taken - te weten het begeleiden van de studiegroepen, het bestuderen van de basiskennis en het onderhouden van contacten met andere organisaties die op dit terrein werkzaam zijn (onder meer de commissie medische psychologie van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie) - afgestoten dienen te worden, heeft het beraad ertoe geleid dat de subcommissie het bovendien als haar opdracht ziet: „Te bevorderen dat de psychologische en sociale factoren in het werk en het functioneren van de huisarts tot gelding worden gebracht”. Hoe de subcommissie medische psychologie een en ander denkt te verwezenlijken werd neergelegd in de nota van 23 mei 1969, welke inmiddels door het N.H.G.-bestuur werd aanvaard en die op het komende ledencongres van het N.H.G. aan de orde zal worden gesteld.

Balint, M. Psychotherapeutic technics in medicine. Tavistock Publ. London, 1961.

Balint, M. The doctor, his patient and the illness. Pitman Publ. Comp., London, 2e druk, 1964. Nederlandse vertaling Aula no. 192, 1965.

Balint, M. en anderen. A study of doctors: Mutual selection and the evaluation of results in a training programme of family doctors. Tavistock Publ. London, 1966.

Boer, R. A. de en anderen. (1969) huisarts en wetenschap 12, 433-439.

Gelly, R. La Psychologie médicale en Hollande, (1966) Revue du Medicin Psychosomatique, 31.

Veldhuyzen van Zanten, R. C. Historisch-chronologisch

rapport over de studiegroepen medische psychologie. Nederlands Huisartsen Instituut, 1966.

Weyel, J. A. Medische Psychologie; psychologie en psychotherapie voor de huisarts. Erven J. Bijleveld, Utrecht, 1961.

Naast een serie artikelen in „huisarts en wetenschap” over hun ervaringen in de studiegroepen werden door Nederlandse huisartsen onder meer de volgende promoties bewerkt:

J. H. van Aalderen. Jonge nerveuze kinderen. H. E. Stenfert Kroese n.v. Leiden, 1966.

M. G. van Nieuwenhuizen. Persoon en milieu van de ulcus duodenilijder. N.V. Uitg. Winants, Heerlen. 1961.

R. L. Cornelissen. Persoonlijheidsstructuur en emotionele conflictsituaties bij vrouwelijke patiënten met cholelithiasis. Amsterdam, 1956.

Uit de Engelse en Amerikaanse Balintgroepen deden huisartsen een groot aantal publikaties in de „Mind and Medicine Monographs” series, uitgegeven door de Tavistock Publications London, verschijnen, waarvan onder meer de volgende mogen worden genoemd: M. Clyne, „Night calls”; Friedman, Virgin wives; Courtenay, Sexual discord in marriage; A. Lask, Asthma, attitude and milieu.

NOTA OPGESTELD NAAR AANLEIDING VAN DE STUDIEDAG VAN DE SUBCOMMISSIE MEDISCHE PSYCHOLOGIE

Op zaterdag 17 mei 1969 zijn de leden van de huidige Subcommissie Medische Psychologie te Amersfoort bijeen geweest, teneinde zich te bezinnen op de volgende vragen:

- 1 de opdracht of doelstelling van de (sub)commissie
- 2 de wijze van functioneren en de organisatorische structuur
- 3 de concrete taakstelling op korte termijn.

Deze beraadslaging heeft geleid tot de hierna volgende opmerkingen:

Opdracht of doelstelling: Als resultaat van de gedachtenwisseling over de opdracht van de commissie in de toekomst, kwamen de leden tot de eenstemmige conclusie omtrent de in de toekomst gewenste doelstelling van de commissie. Deze conclusie werd neergelegd in de volgende formulering:

„De (Sub)commissie Medische Psychologie ziet het als haar opdracht te bevorderen dat de psychologische en sociale factoren in het werk en het functioneren van de huisarts tot gelding worden gebracht.”

Toelichting: De volgende overwegingen hebben de subcommissie ertoe gebracht zich op haar doelstelling te bezinnen:

a Het niet meer aangepast zijn van de oude doelstelling, die is neergelegd in de in 1959 geformuleerde opdracht: „het observeren van, eventueel leiding geven aan, de integrale groepen (studiegroepen medische psychologie), het studie maken van de basiskennis die nodig is voor de uitoefening van de integrale geneeskunde.”

b Het in vele gevallen ontbreken van een vol-

doende overleg met de andere adviescommissies over de psychologische en sociale factoren op andere functiegebieden van het Genootschap. Met name wordt hier gedacht aan het niet bestaan van een vruchtbaar contact tussen de Subcommissie Medische Psychologie en de commissies Wetenschappelijk Onderzoek en Praktijkvoering.

c Het veranderde morbiditeitspatroon, of liever klachtenpatroon, waarmee de huisarts wordt geconfronteerd en waarover onder andere Oliemans aan de hand van de Continue Morbiditeits Registratie (C.M.R.) en het Intermitterend Morbiditeits Onderzoek (I.M.O.) een eerste indruk geeft. De cijfers betreffende uitgesproken psychische stoornissen (psychoneurosen en dergelijke), geïsoleerde klachten (hoofdpijn, rugpijn, buikpijn) en onduidelijke ziektebeelden (fibrositis, myalgieën, eczeem, benigne hypertensie) leveren deels het bewijs en wekken deels het sterke vermoeden dat de psychologische en sociale factoren een belangrijke rol spelen bij het tot stand komen van en het beleven in de stoornissen in het welbevinden.

Ten aanzien van de thans gekozen formulering moge het volgende worden opgemerkt:

a De term „Medische Psychologie” is vooralsnog gehandhaafd omdat deze inmiddels in het spraakgebruik binnen het N.H.G. een bepaald bestaansrecht heeft verkregen. Met name denkt de Subcommissie hierbij aan de omschrijving van Weyel: „de medische psychologie is de gedragsleer van de medische situatie.” In deze formulering kan een verwijzing naar de bestaande gedragswetenschappen (psychologie, sociologie, culturele antropologie enzovoort) worden bespeurd, die in toenemende mate een integrerend bestanddeel dienen te worden van de voedende wetenschappen voor de huisartsgeneeskunde.

b Dat naast de psychologische ook de sociale factoren expliciet worden genoemd, vindt zijn oorsprong enerzijds in de omstandigheid dat er een nauwe interrelatie bestaat, terwijl anderzijds de subcommissie van mening is, dat zolang er geen aparte afdeling „sociale zaken” binnen het N.H.G. tot ontwikkeling is gebracht, het sociale aspect door haar expliciet aan de orde dient te worden gesteld.

c Met opzet zijn de woorden „in het werk en het functioneren van de huisarts” gekozen, omdat de subcommissie hiermee tot uitdrukking wil brengen dat niet alleen „het werk van de huisarts”, maar ook zijn persoon voorwerp van gericht aandacht dient te zijn.

d Tenslotte is gepoogd met de keuze van de werkwoordsvorm „tot gelding brengen” uiting te geven aan de opvatting van de subcommissie dat het hier niet gaat om een geheel nieuwe faculteit of hoedanigheid, die aan de bestaande facetten van de huisartsgeneeskunde moet worden toegevoegd. Veeleer is er sprake van een wezenlijk be-

standdeel van de hulpverlening zoals de huisarts deze biedt, een bestanddeel echter dat gedurende de opleiding te weinig aandacht krijgt om een integrale benadering van de patiënt mogelijk te maken. Er bestaat hierbij niet slechts behoefte aan het vormen van de gewenste attitude, maar evenzeer aan het doen verwerven van elementaire kennis in de gedragswetenschappen.

Wijze van functioneren: Uitgaande van de bovengenoemde doelstelling, heeft de subcommissie zich bezonnen op een organisatiestructuur waarbinnen zij, althans voorlopig, denkt haar nieuwe opdracht vorm te kunnen geven. In de eerste plaats is de subcommissie hierbij geïnteresseerd in haar positie binnen het N.H.G.. De leden zijn eensgezind van mening dat enerzijds een zekere zelfstandigheid voor de planvorming en energielevering noodzakelijk is, terwijl anderzijds een intieme relatie met en een nauwe betrokkenheid op alle andere activiteiten van het Genootschap, vanuit de gekozen doelstelling, de directe consequentie is. Het is de leden van de subcommissie helaas niet gelukt een nieuwe en zinvolle naam te bedenken die beide aspecten van haar functie tot uitdrukking kan brengen. In afwachting van een dergelijke vondst stelt zij het bestuur van het N.H.G. voor haar zelfstandigheid te honoreren door haar de status van commissie te geven.

In de tweede plaats heeft de subcommissie getracht in het ontwerp van haar nieuwe organisatorische opbouw de binding met alle activiteiten van het Genootschap te garanderen. Zij denkt zich deze opbouw als volgt: Dagelijks Bestuur: voorzitter, vice-voorzitter, secretaris, penningmeester. Van het dagelijks bestuur één vertegenwoordiger in het N.H.G.-bestuur en één in het Stichtingsbestuur. Gedelegeerden N.H.G.-commissies; Projectleiders; Permanente adviseur(s); Adviseurs ad hoc.

Functieomschrijving en werkwijze: Het dagelijks bestuur bestaat uit vier leden, te weten: voorzitter, vice-voorzitter, secretaris en penningmeester. Minstens één lid, bij voorkeur de voorzitter, vertegenwoordigt de commissie in het N.H.G.-bestuur. Minstens één lid, bij voorkeur de vice-voorzitter, vertegenwoordigt de commissie in het Stichtingsbestuur N.H.I..

Het dagelijks bestuur vergadert maandelijks en heeft de continue verantwoordelijkheid dat de doelstelling van de commissie wordt gerealiseerd. Het behartigt alle lopende zaken, brengt adviezen op korte termijn uit, coördineert alle activiteiten van de commissie, ontwerpt nieuwe initiatieven of brengt deze ter discussie, begeleidt de projectgroepen moreel en materieel en houdt zich op de hoogte van de gang van zaken in bestuur en commissies.

De gedelegeerden in de N.H.G.-commissies zijn lid van deze adviescommissies van het N.H.G. en zijn ervoor verantwoordelijk dat de doelstelling

van de commissie medische psychologie ook in de betrokken commissie tot haar recht komt. Zij maken deel uit van de betreffende commissies en brengen hierover mondeling of schriftelijk verslag uit aan de commissie medische psychologie.

De projectleiders zijn verantwoordelijk voor de uitwerking van de projecten, welke de commissie zich op een bepaald moment tot taak stelt. Zij stellen de projectgroep samen en geven hieraan leiding. In overleg met het dagelijks bestuur trekken zij waar nodig adviseurs ad-hoc aan. Zij brengen regelmatig mondeling of schriftelijk verslag uit aan de commissie omtrent de voortgang van het project. Zij beëindigen hun werkzaamheden ten aanzien van een bepaald project met het uitbrengen van een voorlopig eindrapport, dat na bespreking in de commissie, zijn definitieve vorm krijgt. Hierna wordt of de projectgroep ontbonden, of zij krijgt een nieuwe opdracht.

De permanente adviseur(s) worden op voordracht van de commissie door het N.H.G.-bestuur benoemd. De permanente adviseurs hebben naast hun vaktechnische inbreng een kritische functie ten aanzien van de doelgerichtheid van de commissie. Zij wonen de plenaire commissievergaderingen bij en, indien de aard van het te bespreken onderwerp dit gewenst maakt, de vergaderingen van het dagelijks bestuur.

De adviseurs ad-hoc worden in overleg met het N.H.G.-bestuur aangetrokken in verband met een specifieke vraagstelling. De vergaderingen van de plenaire commissie vinden plaats zo dikwijls als het dagelijks bestuur dit in verband met de voortgang van de werkzaamheden nodig oordeelt, maar tenminste viermaal per jaar.

Benodigde faciliteiten: Teneinde een goede gang van zaken te bevorderen en de commissie voldoende armslag te geven om haar doelstelling tot uitvoering te brengen, zijn volgens de leden van de subcommissie enkele voorzieningen zeer gewenst, te weten: het krijgen van de beschikking over de diensten van een secretaresse van het N.H.G.-bureau; het krijgen van de beschikking over een eigen budget en de mogelijkheid één of meer permanente adviseurs te benoemen.

Taakstelling op korte termijn: De subcommissie is van mening dat de verwerkelijking van haar nieuwe doelstelling een multiform proces is, waarin drie fasen zijn te onderscheiden:

1 De onderzoekfase, waarin langs wetenschappelijke weg kennis wordt verzameld, die in gesystematiseerde vorm in de volgende twee fasen kan worden ingebracht:

2 De opleidingsfase. Bij de vorming tot arts in het algemeen en bij de huisarts in het bijzonder, zal datgene wat in het eerste stadium als relevant voor het adequaat functioneren van de arts c.q. huisarts, wordt erkend, deel moeten uitmaken van de opleiding. In dit verband zij nog opgemerkt,

dat nascholing van de huisarts slechts dan op de meest zinvolle wijze kan geschieden, indien tijdens de opleiding de aanstaande (huis)arts reeds sensitief is gemaakt voor de betreffende problematiek.

3 De nascholingsfase. De praktizerende huisarts zal de beschikking moeten krijgen enerzijds over nascholingsfaciliteiten en anderzijds moeten kunnen worden bijgeschoold met alles wat als overdraagbare kennis en techniek beschikbaar komt.

Uit elk van de drie gebieden liggen te bewerken projecten voor het Genootschap klaar.

De subcommissie rekent het zich tot haar taak over de navolgende onderwerpen binnen afzienbare tijd rapport uit te brengen, waarbij over de volgorde van urgentie met het N.H.G.-bestuur overleg dient te worden gepleegd. De bedoelde projecten zijn:

1 Het opsporen van de weerstanden die er blijken te bestaan tegen het inbrengen van de psychologische en sociale aspecten in de opleiding tot arts.

2 Het opstellen van een nota, waarin wordt gewezen op het belang van de in de doelstelling van de commissie genoemde aspecten, met betrekking tot het „zevende” jaar. In deze beschouwing zal mede dienen te worden betrokken het belang van het reeds vanaf het eerste jaar ontvangen van onderwijs in de gedragswetenschappen.

3 Het ontwerpen van een psychosociaal addendum van de E-lijst met betrekking tot het onderzoek in het kader van de permanente morbiditeitsregistratie naar het aandeel van de psychosociale momenten in ontstaan en beleven van stoornissen in het welzijnsbevinden.

4 Het ontwerpen van een plan voor de institutionalisering van de studiegroepen medische psychologie.

5 Het opstellen van een programma voor een studiedag ten behoeve van de studiegroepen medische psychologie.

6 Het ontwerpen van een proefonderzoek in het kader van de permanente morbiditeitsregistratie (zie project 3).

Samenvatting: Als conclusies van het beraad dat de Subcommissie Medische Psychologie op zaterdag 17 mei 1969 heeft gehouden, stelt zij het N.H.G.-bestuur het volgende voor:

A Ten aanzien van de doelstelling: Deze als volgt te formuleren: „De Commissie Medische Psychologie heeft als opdracht te bevorderen dat de psychologische en sociale factoren in het werk en het functioneren van de huisarts tot gelding worden gebracht.”

B Ten aanzien van de structuur: De (sub)commissie krijgt een zelfstandige status onder de

naam van Commissie Medische Psychologie. Het N.H.G.-bestuur verleent er zijn goedkeuring aan om na overleg met de grote adviescommissies te komen tot een samenwerkingsvorm waarin alle N.H.G.-activiteiten voor zover het betreft het functioneren van de huisarts, mede worden gezien tegen de achtergrond van het tot gelding kunnen komen van de psychologische en sociale aspecten.

C Ten aanzien van de faciliteiten: a de commissie de beschikking te geven over de diensten van een secretaresse van het N.H.G.-bureau; b de commissie de beschikking te geven over een eigen budget; c de commissie toe te staan om na over-

leg één of meer permanente adviseurs aan te trekken.

D Ten aanzien van de taakstelling op korte termijn: In onderling overleg met het N.H.G.-bestuur zal een keuze worden gemaakt inzake de urgentie van de door de commissie voorgestelde projecten. Bedoeld zijn in dit verband de projecten, genoemd in het hoofdstuk taakstelling op korte termijn.

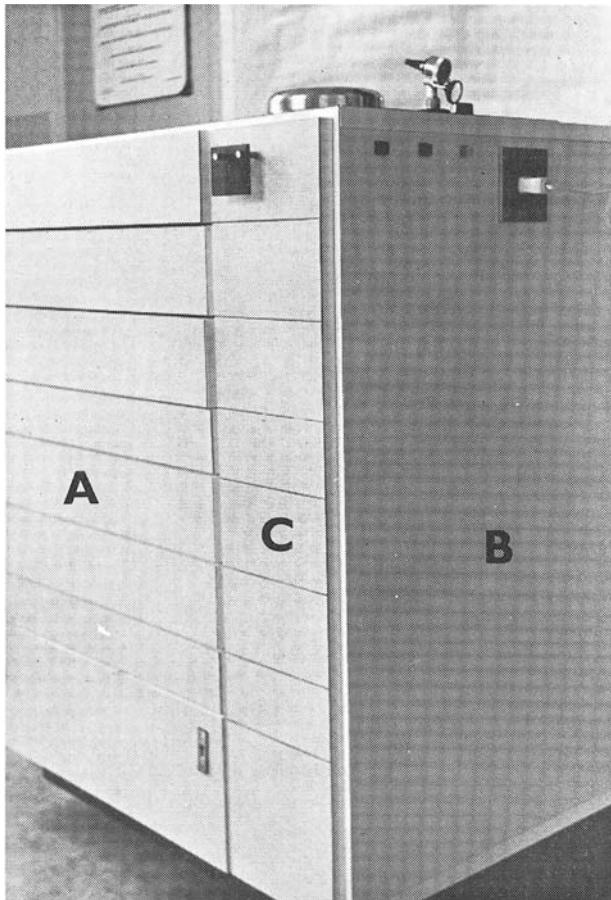
Namens de Subcommissie Medische Psychologie
H. O. Sigling, voorzitter
G. J. Schiethart, secretaris.

Gecombineerde instrumententafel en -kast

DOOR J. VAN DER KUIP TE 's-GRAVENHAGE EN G. SOMFORD, HUISARTS TE HERVELD

Ter inleiding diene dat de ontwikkeling van een standaard-meubel — combinatie van instrumententafel en instrumentenkast — dat voor elke praktijk

Figuur 1. Voor verklaring, zie tekst.



geschikt zou zijn, onder voorbehoud van een aantal privé-wensen, welke additief kunnen worden aangebracht, in het laboratorium voor sociale geneeskunde te Groningen (hoofd Prof. Dr. K. van Deen) in 1965 is geïnitieerd. Bij het experimentele model in Groningen is van de afmetingen van de normale instrumententafel uitgegaan. Daarnaast zat de wens voor zoveel mogelijk nieuwe toepassingen binnen deze begrenzingsen en voorts zoveel mogelijk los in de praktijk voorkomende zaken op te nemen, waarbij de instrumententafel ten slotte zou kunnen verdwijnen.

In de huisartspraktijk te Herveld ging het er om op een bepaalde plaats in de behandelruimte, daar waar de instrumententafel een centrale plaats voor diagnostisch en klein chirurgisch werk innam, een afgesloten behandel-meubel te construeren, waarin de electro-medische apparatuur, de inhoud van de instrumentenkast, de afvallemmer, het bloedbezinkingsapparaat, alle verbandmiddelen en de artsenmonsters een plaats hebben.

Aan de hand van enkele illustraties volgt een beschrijving van het combinatie-meubel, waarvan de hoogte, diepte en breedte, respectievelijk 105,55 en 95 cm bedragen. In volgorde van belangrijkheid werd directe bereikbaarheid voor stofdichte en onzichtbare opberging gesteld. De gesloten blokvorm leende zich goed voor een onderverdeling van het front A in vijf uittrekbare laden op telescopische — de excentrisch geplaatste handgreep is in dat geval niet bezwaarlijk — geleiding en twee uittrekbladen voor behandeling der bovenste en onderste extremiteiten (*figuur 1*). De zijkant B bevat bovenaan een stopcontact voor aansluiting van de behandelamp en drie controlelampjes voor signalering van functie en werking van stopcontact en electro-medische apparatuur. C is een verticaal in het front geplaatste smalle deur (één handgreep