

leeftijd of direct in de eerste klas) van dreigende leerproblemen.

- Critchley, M. Developmental dyslexia. W. Heinemann medical books Ltd., Londen, 1964.
- Cruickshank, W. M. The brain-injured child in home, school and community. Vertaald door J. Valk. Buitengebentjes Lemniscaat, Rotterdam, 1970.
- Haenen, A. W.. Van Kleuter tot schoolkind. Wolters-Noordhoff n.v., Groningen, 1970.
- Krevelen, A. van. Nederlands Leerboek der speciële kinderpsychiatrie. Stenfert Kroese, Leiden 1952.

- Kugel, J. Lichaamsplan, lichaamsbesef, lichaamsidee. Wolters-Noordhoff n.v., Groningen, 1969. Presses Universitaires de France, Paris, 1969.
- Lafon, R. Vocabulaire de psycho-pédagogique et de psychiatrie de l'enfant. Montpellier, 1969.
- Luria, R. A. Proceedings of the XVIth Congress of the international association of applied psychology. Bladzijde LVI en volgende. Swets & Zeitlinger n.v., Amsterdam, 1969.
- Verhagen, H. J. A. Dyslexia en dyscalculie. E. J. Bijleveld, Utrecht, 1968.
- Wilmink, A. J., T. J. C. Berk en J. van Weelen. Kinderen met leer- en opvoedingsproblemen aan twee Amsterdamse L.O.M.-scholen. E. J. Bijleveld, Utrecht, 1963.

De structuur van de maatschappelijke gezondheidszorg en de rol van de huisarts hierin*

DOOR J. C. OEBERIUS KAPTEIJN

Het is vanmorgen mijn taak om met u de structuur van de maatschappelijke gezondheidszorg te bespreken. Helaas komt in de titel niet voldoende naar voren het verband tussen deze maatschappelijke gezondheidszorg, wat men daaronder ook wil verstaan, en de ledenvergadering van het Nederlands Huisartsen Genootschap, waarvoor deze inleiding tenslotte als appetizer dient te fungeren. De verbeterde titel zou dan ook kunnen luiden: „De structuur van de maatschappelijke gezondheidszorg en de rol van de Nederlandse huisarts hierin, functioneel zowel als financieel”, of met een kleine variant: „De lont in het kruitvat”.

Sprekende over maatschappelijke gezondheidszorg zal voor velen uwer enige nadere definiëring noodzakelijk zijn, voor zover dit althans binnen de mogelijkheden ligt, want het blijkt ons dat het woord „maatschappelijk”, zoals zovele malen, ook hier wordt gebruikt ter aanduiding van een vergaarbak van alle mogelijke preventieve en curatieve vormen van gezondheidszorg, die deels individueel deels collectief wordt gegeven.

Het belangrijkste dat over deze structuur kan worden gezegd is dat zij zo is geworden op basis van haar historische groei. De maatschappelijke gezondheidszorg is een collectief georganiseerde voorziening in individuele en collectieve behoeften (*Speetjens*). Toch is het mogelijk enige essentiële kenmerken aan te geven:

— de zorg strekt zich namelijk uit over personen, die hetzij in gezinsverband, hetzij zelfstandig leven, waarbij wordt inbegrepen het verblijven in

* Naar een inleiding, gehouden tijdens het Ledencongres van het N.H.G. te Bunnik, 23 oktober 1971.

gezinsvervangende tehuizen als pensions, bejaardenoorden enzovoort en niet over degenen, die in enige inrichting voor behandeling en/of verpleging zijn opgenomen, dus de zorg is bijna uitsluitend extra-muraal;

— de zorg wordt in georganiseerd verband gegeven. Dit biedt als belangrijkste mogelijkheden, dat leiding kan worden gegeven aan en toezicht worden uitgeoefend op personen die hulp verlenen en dat gegevens, die voor bepaalde activiteiten van doorslaggevende betekenis zijn (vaccinatieprogramma's), administratief en statistisch worden verwerkt.

— de zorg wordt voor een deel individueel, voor een ander deel collectief gegeven.

Welke instellingen organiseren nu deze maatschappelijke gezondheidszorg? Dit zijn een groot aantal verenigingen, de gemeenten, de provincies en het rijk. Om een indruk te geven wat dat precies inhoudt geef ik een overzicht van de georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg in de provincie Utrecht.

Adviserende en/of toezichthoudende sector:

Overheid:

1. Staatstoezicht op de volksgezondheid
 - a Geneeskundige inspectie van de volksgezondheid;
 - b Geneeskundige inspectie voor de geestelijke volksgezondheid;
 - c Farmaceutische inspectie van de volksgezondheid;
 - d Veterinaire inspectie van de volksgezondheid.
2. Provinciaal toezicht op de volksgezondheid.

3. Gemeentelijk toezicht op de volksgezondheid.

Particulier:

4. Provinciaal kruiswerk
 - a Provinciale Utrechtse Vereniging „Het Groene Kruis”;
 - b Provinciale Utrechtse Bond van het Wit-Gele Kruis;
 - c Provinciale Vereniging „Het Utrechtse Oranje-Groene Kruis”;
 - d Provinciale Utrechtse Vereniging ter Bevordering van de Hygiëne van Moeder en Kind.

Overheid en particulier;

5. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de Provincie Utrecht.

Uitvoerende sector:

Algemeen:

- 1 Provinciale Gezondheidszorg
- 2 Plaatselijke gezondheidszorg
 - a Plaatselijk kruiswerk
 - b Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten.

Specifiek:

1. Gezondheidszorg voor bepaalde leeftijdsgroepen
 - a Prenatale zorg
 - b Kraamzorg
 - 1 Interne kraamzorg
 - 2 Wijkkraamzorg
 - 3 Wijkkraamverpleging
 - 4 Kraamzorg in ziekenhuizen en kraamklinieken
 - c Kinderhygiëne
 - 1 Zuigelingenverzorging
 - 2 Kleuterzorg
 - 3 Kleuterdagverblijven
 - 4 Entadministratie (vaccinatiebeleid)
 - d Gezondheidszorg voor de schooljeugd
 - 1 Schoolartsendiensten
 - 2 Schoolpsychologische zorg
 - 3 Medisch-opvoedkundige bureaus
 - 4 Schooltandverzorging
 - 5 Kinderuitzending
 - e Gezondheidszorg voor studenten
 - f Gezondheidszorg voor bejaarden
2. Gezondheidszorg voor bepaalde bevolkingsgroepen
 - a Bedrijfsgeneeskunde
 - b Medische sportkeuring
 - c Zorg in verband met huwelijk, procreatie en gezinsmoeilijkheden
 - 1 Bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden

2 Consultatiebureaus voor huwelijks- en geslachtsleven

3. Gezondheidszorg voor gehandicapten
 - a Lichamelijk gehandicapten
 - 1 Gebrekkige kinderen
 - 2 Revalidatie
 - 3 Beschutte arbeid
 - b Zintuiglijk gehandicapten
 - 1 Gehoorgestoorden
 - 2 Blinden en slechtzienden
 - c Geestelijk gehandicapten
 - 1 Zwakzinnigenzorg
 - 2 Beschutte arbeid
4. Gezondheidszorg gericht op bepaalde ziekten
 - a Besmettelijke ziekten in het algemeen
 - b Tuberculose
 - c Geslachtsziekten
 - d Kanker
 - e Reuma
 - f Astma
 - g Alcoholisme
 - h Epilepsie
 - i Diabetes
 - j Geestesziekten
5. Eerste hulp bij ongevallen
 - a Eerste hulpverlening
 - b Ongevallen- (en zieken)vervoer.

Welke is de rol van de huisarts temidden van al deze verzorgingen? Het lijkt uitermate nuttig om, mede met het oog op de financiële structuur — waarover hierna meer — te constateren hoe de huisarts in dit werk is verweven. Het valt namelijk op in deze lange reeks van extra-murale dienstverleningen — voor het merendeel uitgevoerd door verzorgers en verzorgsters, casu quo dienstverleners in dienst van een der genoemde verenigingen of overheidsinstellingen — dat de huisarts zich steeds ergens midden in de rij bevindt en wel niet bóven- noch ónderaan. Ook gezien de toegangspoort blijkt dat de deur van de huisarts (gelukkig) niet de enige deur is die voor de patiënt/cliënt open staat om hulp in te roepen. Wat te zeggen van de moeder die met haar kind naar de schoolarts gaat voor preventief onderzoek en waar een eerste contact wordt gelegd voor het verkrijgen van hulp, soms voor het kind zelf, soms voor het gezin, waartoe het behoort? Hier zien wij dan de verwijzing door de schoolarts naar de huisarts en functioneert de huisarts in wezen als tweede echelon. Een ander voorbeeld: De patiënt met reumatoïde arthritis wordt begeleid door zijn huisarts en wel in samenwerking met de Vereniging ter Bestrijding van de Reumatiek, in de persoon van de reumazuster of, indien deze niet aanwezig is, in de persoon van de wijkzuster. Weer een ander voorbeeld: De taak van menig huisarts in de entge-

meenschap, bij consultatiebureaus voor kleuters en zuigelingen, de nazorg van de ziekenhuispatiënten en last but not least zijn taak in de geestelijke gezondheidszorg.

Onderscheidene — lang niet alle — verenigingen en diensten gaan slechts dan tot dienstverlening over als de huisarts dit heeft geautoriseerd en een „briefje van de huisarts” de vragen begeleidt. Men kan op een „Kruispo” z'n plas niet kwijt zonder „briefje van de dokter”.

Gezondheidscentra. Tot nu toe is in vogelvlucht gesproken over enige essentiële kenmerken van de maatschappelijke gezondheidszorg en zijn enkele hoofdstukken doorgenomen betreffende de inhoud van maatschappelijke gezondheidszorg en de plaats van de huisarts binnen deze structuur. Wat zien wij nu gebeuren in de gezondheidscentra waarbinnen ook een groot stuk maatschappelijke gezondheidszorg wordt verleend? De opzet is dat hier een intensieve samenwerking plaatsvindt tussen de functionarissen (werkers) uit de verschillende disciplines, die werkzaam zijn in de eerste-rijgeneeskunde (*Grondslagen voor een programma voor gezondheidszorg*). Hier dient zich dan ook meteen de vraag aan van de taakverdeling. Wie doet wat?

Als wij spreken over een taak houdt dit in dat iemand opdracht moet geven om die taak uit te voeren; en nu zien wij de organisatorisch chaotische situatie ontstaan, dat binnen een gebouw een aantal mensen moet samenwerken, van wie ieder, als het een beetje wil, een andere opdrachtgever buiten het gebouw heeft - mogelijk op de huisarts na, die zijn eigen opdrachtgever is.

Het krijgen van een opdracht houdt in het dragen van de verantwoordelijkheid voor de uitvoering daarvan ten opzichte van de opdrachtgever. Een apart probleem hierbij is de relatie van de deskundige functionaris ten opzichte van het bestuur, casu quo de werkgever, in de diverse organisaties. Dit zijn meestal amateurs, maar er is een duidelijke hiërarchische besluitvorming. In een studie betreffende bestuurssamenstelling en de mening van de bestuursleden over de noodzaak van organisatorische veranderingen concluderen *Moser-Peters* en *Stroink* dat besturen slechts willen meewerken aan veranderingen, wanneer zij actief bij het plannen maken worden betrokken.

In dit soort organisatievormen schuilt een veelheid aan conflictieuze elementen, waarvan men in de reeds bestaande gezondheidscentra en groepspraktijken voorbeelden te over vindt. Het lijkt mij de enige oplossing om daar, waar gezondheidscentra van de grond komen, over te gaan tot oprichting van een stichting of maatschappij tot exploitatie van dit gezondheidscentrum, waarbij in

het bestuur de vertegenwoordigers der diverse in het gezondheidscentrum vertegenwoordigde instellingen zitting hebben. Een gezondheidscentrum is namelijk een bedrijf met een eigen, meestal duur gebouw, waarin een aantal mensen vanuit verschillende invalshoeken zijn bijdrage levert aan de zorg voor de gezondheid van de zich aan hen toevertrouwendenden.

Wanneer men er van overtuigd is dat de ontwikkeling van maatschappelijke gezondheidszorg en huisartsgeneeskunde samenwerkingsvormen als gezondheidscentra noodzakelijk maakt om tot een optimale zorg te geraken, dan neemt men daarbij de verantwoordelijkheid op zich een zodanige arbeidssituatie te creëren voor de werkers in het eerste echelon, dat zij hun aandacht kunnen richten op de wezenlijke zorg en niet mogen worden afgeleid door de „zorg om de zorg” met tumultueuze structuren en chaotische organisatie-problematiek, onvermijdelijk uitdraaiend op conflicten.

Een aanduiding van deze samenwerkingsvormen wordt in den lande reeds gesignaleerd. Zo heeft bijvoorbeeld de Groninger Stichting Gezondheidscentrum Lewenborg i.o. duidelijk exploitatie van een of meer (De Wijert) gezondheidscentra ten doel.

Maar nu de huisarts. Neem ik aan dat onder „huisarts” is te verstaan iemand die bereid is de eerste echelonsgezondheidszorg uit te oefenen binnen een zeker kader, waarin naast hem — dus gelijkgeschakeld — ook werkers uit andere disciplines functioneren, dan kan ik de vraag stellen: „Maar zijn wij al zover?” Hebben wij de definitie van Woudschoten dit voorjaar in Driebergen en tijdens het najaarscongres in deze zin veranderd of gaat dat er tijdens het komend congres van komen?

Het Nederlands Huisartsen Genootschap draagt op de tweesprong. Leibbrandt drukt het in De Ziekenfondsgids van oktober 1971 zo uit: „Men kan het vraagstuk „samenwerkingsvormen of niet” niet blijvend op zijn beloop laten.”

Het N.H.G. zal, wil het zijn karakter behouden als beweging op het gebied van „advanced general practice”, dienen te besluiten dat onder „huisarts” in den gevolge wordt verstaan een medewerker in het team. Daarbij wordt uiteraard in het midden gelaten — gezien de grote variatie in situaties in Nederland van plaats tot plaats, van stad tot dorp, van nieuwe wijk tot oud stadsgedeelte — of hij functioneert in een functioneel gezondheidscentrum, dat wil zeggen praktijk-doeende in eigen huis, maar regelmatig contact hebbend met andere werkers in het eerste echelon, of dat hij, zoals te verwachten valt, in meer geurbaniseerde gebieden, zal

gaan samenwerken met anderen in een daarvoor bestemd gebouw.

Het N.H.G. moet dit naar buiten duidelijk stellen. Het dient zich te distantiëren van het element „huisarts” als rem voor de normale ontwikkeling van de extra-murale gezondheidszorg. Wanneer reeds de lekenpers, met name de Haagse Post in zijn artikel „Het einde van de huisarts als solist” op voortreffelijke wijze de onhoudbaarheid van de positie van de wezenlijk solistisch werkende huisarts uit de doeken doet, dan kon de klok ten aanzien van het voortbestaan van het Genootschap wel eens op vijf voor twaalf staan wanneer het deze signalen uit de hem omringende maatschappij niet opvangt. Het N.H.G. moet in staat zijn een identificatie-model van de huisarts in een nieuwe structuur te bouwen. Versta mij goed: ik spreek niet van een huisarts-nieuwe-stijl maar heb het oog op de huisarts wiens zogenaamde ouderwetse eigenschappen véél beter tot uitdrukking komen wanneer hij gebruik maakt van al die specifieke deskundigheid, zonder welke onze voorvaders het helaas nog moesten stellen. Hij dient juist deze kans te grijpen om het accent te kunnen blijven leggen op de persoonlijke zorg voor de patiënt, want op grond daarvan zal deze zijn huisarts als „warme huisarts” kunnen blijven beleven.

Mijns inziens ligt hier een min of meer historisch alternatief voor het N.H.G. Dit zal nu moeten beslissen of het de consequenties wil trekken van zijn studie over de toekomst van de huisarts, zoals in Driebergen en op het congres in Utrecht aan de orde kwamen.

Het is niet langer verantwoord huisartsen in den lande maar op eigen houtje te laten worstelen met initiatieven om tot groepsvorming te komen, mees-tentijds tegen de sterke stroom in van behoudende plaatselijke opvattingen der medische „ingroups”. De reacties der „plaatselijken” winnen meestal aan heftigheid door de steeds gevoelde bedreiging wanneer maatschappelijke veranderingen zich aandienen. De steun en behartiging der belangen van deze initiatiefnemers kan niet altijd alleen worden toevertrouwd aan plaatselijke huisartsen verenigingen of officia nobilia; hoe onkreukbaar deze groepen mogen zijn, hun staat vaak het verdedigen der plaatselijke schijnvrede op basis van verouderde codes ten doel en niet het promoveren van essentieel nieuwe vormen van gezondheidszorg.

Tenslotte nog een beschouwing over de kosten van de maatschappelijke gezondheidszorg. Er is staat een opvallende discongruentie in de verhouding extra-muraal/intra-muraal bestede gelden. Bij een bespreking der extra-murale financiële situatie ligt over het algemeen het accent op diepgaande detailbespreking van elke besteding, terwijl bij de

bespreking der intra-muraal bestede gelden met een zekere achteloosheid wordt voorbij gegaan aan de enorme bedragen, tengevolge van een inefficiënt beleid te veel uitgegeven. De stop op de ziekenhuisbouw lijkt een aanzet tot verbetering.

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid geeft in zijn 18 december 1970 aan de toenmalige staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid op diens verzoek te dezer zake uitgebracht advies een benadering van de kosten, die bij de maatschappelijke gezondheidszorg in het geding zijn. De bijdragen bestonden toen uit de volgende, hier in miljoenen guldens weergegeven onderdelen: Rijksbijdrage voor het dienstjaar 1971 totaal 131; Subsidies van provincies en gemeenten 94; Contributies en retributies 1971 circa 76; Retributies kraamzorg (exclusief door ziekenfondsen uitgekeerde bedragen) circa 17; Preventiefonds voor kruiswerk en geestelijke gezondheidszorg 1; Uit andere bronnen (najaarsloterij en nationale sporttotalisator) 6; totaal 327; onvoorzien 25; afgerond totaal 350 miljoen.

Tegen de huidige financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg is wat bronnen betreft een aantal bezwaren aan te voeren. In het algemeen is het een beeld van versnippering dat ons voor ogen komt. Daarnaast zijn als bezwaren voorts nog te noemen: a. gezien de grote plaats, die de overheidssubsidies in het geheel van de financiering innemen, betekent dit een zeer onzekere factor ten aanzien van de continuïteit in dienstverleningen, daar de subsidies afhankelijk zijn van de wisselende inzichten van de overheidscolleges; bovendien maakt dit planning, zelfs planning op korte termijn, onmogelijk; b. de immer krappe financiële middelen maken noodzakelijke uitbouw van het werk niet mogelijk; honorering van deskundigen op gelijkwaardig niveau met andere dienstverbanden in de medische sector is vrijwel uitgesloten; c. er bestaat een absoluut gebrek aan uniformiteit bij de financiering van de onderscheidene organisaties. Er worden grote hoeveelheden tijd gependend door de administraties dezer verenigingen om de financieringsproblemen enigszins te ontwarren; d. aangezien de leden van vele dezer verenigingen dikwijls uit charitatieve overwegingen lid worden, heeft, naar de ervaring leert, contributie-aanpassing tot een redelijk peil vaak ledenverlies tengevolge.

Dat een goede planning voor een totale gezondheidszorg niet tot stand kan komen zonder voldoende hechte financiële basis van een zo belangrijk gedeelte als de maatschappelijke gezondheidszorg zal voor ieder zonneklaar zijn.

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid stelt hiertegenover drie mogelijkheden: 1. men kan

geheel overgaan op het principe van contributie of stelt hiertegenover drie mogelijkheden:

1. men kan geheel overgaan op het principe van contributie of retributie;
2. overheidsfinanciering uit algemene middelen of door middel van subsidies;
3. sociale verzekeringsfinanciering:
 - a. het ziekenfonds in voorkomende gevallen aangevuld met particuliere ziektekostenverzekering;
 - b. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (A.W.B.Z.);
4. combinaties van bovenstaande.

Bij het motiveren van een keuze voor een van deze mogelijkheden van financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg dient een aantal kenmerken van die zorg nogmaals aan de orde te worden gesteld. In de eerste plaats stelt de Raad dat de maatschappelijke gezondheidszorg er voor iedereen is en er dus voor niemand een financiële rem mag zijn om hiervan gebruik te kunnen maken. Ook moet de zorg in vele gevallen worden aangeboden of ongevraagd worden verleend en wel op die gebieden, waar het publiek het belang van deze zorg voor zichzelf en de gemeenschap niet of onvoldoende onderkent. Dit geldt met name voor het preventieve gedeelte van het werk, waaronder de gezondheidsvoorlichting. Doch dit geldt ook voor bepaalde curatieve gedeeltes van de zorg, zoals bijvoorbeeld de sociaal-psychiatrische dienst.

De maatschappelijke gezondheidszorg, zo zegt de genoemde Raad, wordt gefinancierd volgens een patroon dat afwijkt van het financieringspatroon in andere sectoren van de gezondheidszorg. Daar is het patroon er wél op gericht dat de patiënt betaalt voor hem verleende diensten en goederen ten behoeve van zijn gezondheidszorg. De maatschappelijke gezondheidszorg zal gelijke mogelijkheden moeten hebben als de overige sectoren om haar doeleinden te kunnen realiseren. De Raad pleit dan ook voor het totstandkomen van eenzelfde financieringspatroon als voor de andere sectoren van de gezondheidszorg bestaat, waarbij de uniformiteit der financiering als een belangrijke voorwaarde moet worden beschouwd voor een goede verdere ontwikkeling van de totale gezondheidszorg.

De plaats van de maatschappelijke gezondheidszorg zal, als aan deze voorwaarden wordt voldaan, duidelijker worden, zowel ten aanzien van de bevolking als ten aanzien van de dienstverlener in de gezondheidszorg. Naast de overige sectoren van de gezondheidszorg zal de maatschappelijke gezondheidszorg zich dan beter kunnen handhaven. Ook de ontwikkelingskansen zullen bij een uniform financieringspatroon in de verschillende

sectoren gelijk zijn en een uniform beleid zal mogelijk worden, hetgeen zal worden aangekondigd in de Wet gezondheidsvoorzieningen, waarover Professor Leenen heeft gesproken. Prioriteiten zullen beter kunnen worden aangegeven; de totale gezondheidszorg kan een gesloten circuit gaan vormen, waarbinnen de afzonderlijke sectoren complementair ten opzichte van elkaar werken.

De Centrale Raad pleit bij de keuze van de vorm van financiering voor een financiering via de sociale verzekering op grond van de volgende overwegingen: de gezondheidszorg wordt, met uitzondering van de maatschappelijke gezondheidszorg, reeds in overwegende mate gefinancierd door sociale verzekeringen. Wat de continuïteit betreft geeft de sociale verzekering de grootste zekerheid. De sociale verzekering is een systeem om groeps- en individuele risico's te dekken. Het is van groot belang dat bij het publiek de belangstelling voor de maatschappelijke gezondheidszorg, welke belangstelling thans zeer gering is, beter wordt ontwikkeld door erop te wijzen dat naast het verzekeringsaspect de sociale verzekering een instrument kan zijn om tot optimale gezondheidszorg te komen.

Wel is de consequentie van de financiering van de maatschappelijke gezondheidszorg via de sociale verzekering dat de kosten van deze voorziening geheel of grotendeels zullen moeten worden betaald uit de collectief min of meer dwangmatig opgebrachte middelen.

Bij de keuze voor financiering uit een sociale verzekering dient te worden gekozen uit:

1. een ziekenfondsverzekering, die een categorale verzekering is en
2. de A.W.B.Z., die een volksverzekering is.

De Raad meent de maatschappelijke gezondheidszorg onder te moeten brengen bij een volksverzekering en derhalve bij de A.W.B.Z. en niet bij een aan een loongrens gebonden sociale verzekering zoals de ziekenfondsverzekering, waardoor een belangrijk gedeelte van de bevolking, dat niet onder de werkingssfeer van de Ziekenfondswet valt, buiten de verzekering zou blijven en de desbetreffende zorgverlening zelf mede daardoor niet tot voldoende ontwikkeling zou komen. Men meent dat het begrip „bijzondere ziektekosten” in feite een ruimere betekenis heeft gekregen en dat het beleid van de overheid er op gericht moet zijn om in toenemende mate gedeeltes van de extra-murale zorg onder de A.W.B.Z. te brengen. De Raad laat aantekenen dat dit niet een uitspraak is, bedoeld in de richting van een volksverzekering voor de gehele curatieve zorg, maar ik vraag mij af of dit niet

ten opzichte van de huisarts wenselijk zou zijn.

Naar aanleiding van dit advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft de toenmalige staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid een advies gevraagd aan de Ziekenfondsraad over de uitbreiding van de verstrekkingen in-gevolge de A.W.B.Z. met vormen van extra-murale voorzieningen. Hij suggereerde de uitbreiding der sociale verzekering niet ineens te doen plaatsvinden, doch over een aantal jaren, zodat jaarlijks slechts met een zeer geringe stijging van de premie rekening zou moeten worden gehouden.

* * *

Tot zover de plannen van de toenmalige staatssecretaris Dr. Krusinga, die hiermee duidelijk aangaf de extra-murale gezondheidsvoorziening een fikse impuls te willen geven. Waar thans in het nieuwe kabinet de verantwoordelijkheid voor de inhoud van het verstrekkingenpakket bij de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ligt en de primaire verantwoordelijkheid voor de financiële aspecten van Ziekenfondswet en A.W.B.Z. bij de minister van Sociale Zaken berust, ontstaat het gevaar dat Volksgezondheid minder greep op de toenemend belangrijke sociale verzekering zal krijgen (*De Vreeze*).

Teneinde een verschuiving van de (dure) intra-

murale naar de (goedkopere) extramurale te bevorderen dient men de extra-murale voorzieningen te verbeteren, bijvoorbeeld door bouw van gezondheidscentra, aansluiting van deze op computercentra (mechanisering), verhogen van de aantrekkelijkheid tot extramuraal werken voor medische (huisartsen) en andere werkers in eerste en tweede echelon. De sociale verzekering zou kunnen worden uitgebreid tot een volksverzekering voor de gehele gezondheidszorg. De huisarts zou, evenals de andere werkers, een dienstverband kunnen aangaan met garanties van de overheid. Zou het er tijdens dit kabinet nog van komen?

De kleine gids voor de Nederlandse sociale verzekering. Uitgave van de Vereniging van Raden van Arbeid. Amsterdam 1971, bladzijde 47.

Moser-Peters, C. J. M. en L. Stroink (1971) Gezondheidszorg 63, 3.

Speetjens, Th. W. F. (1971) Het begrip maatschappelijke gezondheidszorg. Gezondheidszorg 63, 19.

Grondslagen van een programma voor gezondheidszorg, uitgegeven door de Dr. Wiardi Beckman Stichting. Arbeiderspers n.v. Amsterdam. Gezondheidszorg, oktober 1967, bladzijde 17 en 18.

Overzicht van de georganiseerde maatschappelijke gezondheidszorg in de Provincie Utrecht. Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, december 1963.

Gezondheidszorg onder epidemiologische belichting. Rapport van Het Wit-Gele Kruis. Dr. Veeger-Instituut, Nijmegen 1968, bladzijde 15.

Vreeze, J. Th. M. (1971) Het Ziekenhuis, nummer 9.

Behandeling met anticoagulantia

De medische leiding* van de Trombosedienst te Leiden richt zich van tijd tot tijd door middel van een schrijven tot de huisartsen in Leiden en omgeving om hun te voorzien van een praktisch richtsnoer betreffende de behandeling met anticoagulantia; in dit schrijven zijn tevens de nieuw verworven inzichten verwerkt**. De redactiecommissie meent dat het van nut kan zijn kennis te nemen van de gegevens uit de herziene versie van februari 1971.

Indicaties tot antistollingsbehandeling. Deze mogen als bekend worden verondersteld. Met nadruk moet worden gesteld dat oppervlakkige thromboflebitis niet als indicatie moet worden beschouwd, tenzij een snel progrediënte thromboflebitis van de vena saphena magna bestaat. Patiënten met een oppervlakkige thromboflebitis mogen niet worden geïmmobiliseerd, omdat dan de kans op ontstaan van diepe trombose groot is. Mocht er echter een dringende reden zijn tot immobilisatie, dan is behande-

ling met anticoagulantia uiteraard wel geïndiceerd. Zie verder onder speciale problemen.

Dosering anticoagulans. Wanneer de indicatie voor anticoagulantia is gesteld en er geen aperte contra-indicaties bestaan, begint men met de toediening van anticoagulantia zonder eerst de bloedstolling na te gaan. De begindosering van fenprocoumarolum (*Marcoumar*) is in het algemeen 18 mg (zes tabletten) op de eerste dag en 6 mg (twee tabletten) op de tweede dag. Op de derde dag dient patiënt te worden geprikt; valt de derde dag op een **zondag of op een feestdag, dan kan worden gegeven: de eerste dag 12 mg (vier tabletten), de tweede dag 6 mg (twee tabletten) en de derde dag 3 mg (een tablet).** De controle geschiedt dan op de vierde dag.

Voor acenocumarolum (*Sintrom*) is de begindosering 8 mg op de eerste dag en 4 mg op de tweede dag; valt de derde dag op een zondag, dan moet nogmaals 4 mg worden gegeven. Er bestaan twee sterkten van *Sintrom*, namelijk tabletten van 4 mg en dragées van 1 mg. Deze mogen niet door elkaar

* E. M. van Dijk, hoofdverpleegster, R. Bieger, plaatsvervangend medisch hoofd, E. A. Loeliger, medisch hoofd

** Zie ook (1970) huisarts en wetenschap 13, 188 - 192