



redactioneel

- 'Gezondheid en gezondheidszorg hebben een zeer grote waarde, maar blijkbaar is die waarde niet absoluut. Zij is afhankelijk van de omstandigheden waarin zij wordt bepaald. Haar waarde hangt samen met en is tevens afhankelijk van andere waarden in de samenleving'. Aldus een van de uitgangspunten voor een uitvoerige beschouwing over de betrekkelijke waarde van gezondheid en gezondheidszorg van Prof. Dr. J. P. Kuiper, hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam.
- Dr. A. J. Swaak, Provinciaal Kinderhygiënist voor de provincie Noord-Brabant, behandelt enkele juridische en medisch-ethische vragen met betrekking tot het gebruik van overtollige bloedmonsters voor wetenschappelijk onderzoek en constateert dat de door hem aan de orde gestelde problematiek, gezien het algemeen belang ervan voor de volksgezondheid en het wetenschappelijk onderzoek, nadere bestudering verdient.
- De Stichting Koningin Wilhelmina Fonds probeert door medische voorlichting over kankeraangelegenheden de bestaande kankervrees te relativeren. De informatiestroom naar het individu is – zo blijkt uit de bijdrage van Dr. L. Meinsma, directeur van de Stichting – door de verschillende bronnen van herkomst van uiteenlopend karakter, met als gevaar: verwarring als gevolg waarvan struisvogelpolitiek niet denkbeeldig is.
- Mw. Drs. C. M. Verkroost van het Medisch Encyclopedisch Instituut van de Vrije Universiteit te Amsterdam raakt blijkbaar niet uitgeschreven over de achttiende-eeuwse geneesheer Paulus de Wind. Thans behandelt zij diens proefschrift over abortus, maar . . . 'over abortus provocatus spreekt de jonge promovendus niet . . .'



'Doortje', een serie tekeningen van de Alkmaarse plastisch chirurg J. H. M. Schokkenbroek, wiens werk te bewonderen was op de tentoonstelling van 'Met Pincet en Penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar. De heer Schokkenbroek maakt voornamelijk tekeningen en aquarellen; zijn motivatie: 'het ondergaan van de spanning tussen object en maagdelijk papier'.

Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven 1014
Inzenders: A. W. Kreps, R. Schüchler, R. G. A. Engels, Ir. C. F. A. van Kampen, Dr. J. Schuler

De betrekkelijke waarde van gezondheid en gezondheidszorg, door Prof. Dr. J. P. Kuiper 1019

Begeleiding van huisartsopleiders. Samenvatting van een explorerend evaluatieonderzoek, door Carl van Heel, Betty Meijboom-De Jong en Henk Nijhuis 1026

Oneigenlijk gebruik van bloedmonsters? Juridische en medisch-ethische vragen met betrekking tot het gebruik van overtollige bloedmonsters voor wetenschappelijk onderzoek 1027

Sterke daling huwelijksvruchtbaarheid leidt tot stabilisatie geboortecijfer 1028

Kankerpatiënt en kankerbestrijding, door Dr. L. Meinsma 1029

Geschiedenis der geneeskunde. Paulus de Wind en zijn proefschrift, door Mw. Drs. C. M. Verkroost 1034

Rapporten over rook- en drinkgewoonten. Behoeftte aan faciliteiten om met roken te stoppen 1036

OFFICIEEL 1037

Inhoudsopgave officieel 1040



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk. De Algemene Vergadering van de KNMG. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

F. Moerman, voorzitter;
B. Q. A. Enneking,
onder-voorzitter;
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M.
Kemperstraat 5, Utrecht);
G. A. C. Bosch, penningmeester;
Dr. R. A. de Melker.

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
Mw. G. W. Valkenburg-van
Straten, redactrice;
Mw. W. F. Plomp-Düren, secreta-
resse;
Mw. W. G. Juffermans-Kaltoven,
secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan
103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80, Amstelveen,
telefoon: 020-434346
telex: 15230.
advertentie-acquisitie
telefoon 020-433851.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG
f 82,70; losse nummers f 2,35,
excl. portokosten (inclusief BTW);
buitenland f 87,90.
Opgave van abonnementen uitslui-
tend bij de uitgever.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeu-
ring der redactie en kunnen zonder
opgaaf van redenen worden geweig-
erd. Opgaven uitsluitend bij de uit-
geverij.

Adreswijziging

Leden der KNMG uitsluitend aan
de afdeling Ledenregister der Maats-
chappij, Lomanlaan 103, Utrecht.
Niet-leden uitsluitend aan de uit-
gever.

Opplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

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.*

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XIV)

Nu de negatieve reacties op het 'Dagboek
van een co-assistent' loskomen (toch later
dan ik dacht), graag een positief geluid.
Wie herkent hierin niet zijn eigen
co-assistententijd? Voor mij ligt die helaas
alweer 25 jaar in het verleden (wie
droomde toen van arterie puncties door
een co?) maar er zijn episodes in zijn
verhaal die mij in één klap terugvoeren
naar die tijd. Waarom altijd zwaarwichtig
en dodelijk-ernstig over ons vak
geschreven? (en: is dat dan altijd wel
gemeend?) Achter zijn badinerende en
ironische verteltrant herken ik best wel
eens meegevoel en medeleven – en een
beetje zelfspot doet ook (a.s.)-artsen geen
kwaad.

Met een beetje overdrijving: de beste serie
sinds jaren in MC!
Alexander van Es moet blijven!

Boxmeer, 20 juli 1978

A. W. Kreps

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XV)

Hierbij wil ik U mededelen dat ik wekelijks
het dagboek van de co-assistent heb
gelezen. Als deze serie ooit in boekvorm
zou verschijnen zou ik dat boek alvast
willen bestellen. Alexander van Es is een
uitstekend waarnemer met een geweldige
dosis (galgen)humor. Tussen de regels door
is m.i. duidelijk waarneembaar dat hij over
voldoende medische kennis beschikt om te
worden verheven in de 'geneeskundige
stand'. Als zijn toekomstige examinatoren
zijn dagboek-artikelen hebben gelezen
kunnen ze zich de moeite van het afnemen
van het artsexamen wel besparen. Mocht
hij nog geen 'huisartsstage' hebben
gevolgd dan zou ik hem gaarne twee weken
willen inleiden in het 'specialisme'
huisartsgeneeskunde.

Den Haag, 28 juli 1978

R. Schüchner, huisarts

DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XVI)

Laat in godsnaam de stukjes 'Dagboek van
een co-assistent' voortgang vinden. Het is
wellicht eens goed zwaar te moede en
hoofdschuddende artsen te confronteren
met een wat realistische kijk op zaken, of
anderszins eens met een andere kijk op
zaken. Het zal waardering en
verdraagzaamheid in de hand werken.
Gebruikte termen in zijn schrijven worden
in deze tijd vaak genoeg gebezigd en
spreken voor zich. Heren critici, hoe bent
u nu? en hoe was u toen? als jongmens als
co-assistent destijds? Ik zou u willen
vragen deze stukjes en ook u zelf niet te
willen opblazen.

Nijmegen, 28 juli 1978

R. G. A. Engels, semi-arts

EIGENDOM RÖNTGENFOTO'S

Aangaande uw commentaar op mijn proces
om röntgenfoto's van het Academisch
Ziekenhuis te Leiden te krijgen (MC nr.
29/1978, blz. 879), zou ik gaarne enige
opmerkingen willen maken:

1. U stelt dat de arts-patiënt verhouding
een inspanningsverbintenis is. Ik geloof
niet dat een patiënt dat zo ziet; hoewel hij
uiteraard interesse heeft in de 'inspanning'
van de arts, komt hij in de eerste plaats
voor een 'resultaat': genezing. Maar ook in
uw opvatting zal het duidelijk zijn dat de
conclusie van de arts over de behandeling
afhankelijk is van diens persoonlijkheid en
ervaring. Daarom moet de patiënt de
mogelijkheid hebben om (eventueel snel)
een ander te raadplegen, zonder dat hij
daarvoor afhankelijk is van de goedkeuring
van zijn arts. De betutteling die nu besloten
zit in de regels van het KNMG zijn voor
velen niet aanvaardbaar.

2. U stelt heel terecht dat het blijkbaar
gaat om het informatierecht, dat de patiënt
wil hebben. Jammer genoeg geeft u
hierover niet uw opinie. U zegt dat de
röntgenfoto's en de beschrijving één

Doorlezen naar blz. 1016

GEZONDHEID

Er is nauwelijks twijfel mogelijk, schrijft Prof. Dr. J. P. Kuiper (blz. 1019), dat gezondheid wordt beschouwd als een der hoogste waarden, zo niet als de allerhoogste waarde, voor mensen van vele tijden. De schrijver gaat allereerst in op verschillende benaderingen van het begrip 'gezondheid'. Uit die analyse blijkt dat gezondheid niet voor iedereen hetzelfde is. Ook over de inhoud van de gezondheidszorg zal dus verschil van mening bestaan.

Het grote belang dat de mens aan zijn eigen gezondheid hecht is voor Kuiper een reden om in de hulpverlening de zelfzorg van de patiënt centraal te stellen. Dit past in een samenleving die aan de ontplooiing van het individu een hoge waarde toekent. Het recht op gezondheidszorg kan in deze visie worden omschreven als het recht op de middelen om de plicht tot zelfzorg te kunnen vervullen. Samen met de hulpverlener zal de mondige patiënt voor zichzelf moeten uitmaken met welke middelen hij die zelfzorg kan waarmaken, maar ook welke omstandigheden hem verhinderen dat recht op zelfzorg tot gelding te brengen, aldus Kuiper.

Voor de individuele hulpverlener heeft een dergelijke opvatting nogal wat consequenties. Hij zal zich min of meer moeten identificeren met de patiënt om het gewicht van diens argumenten goed te kunnen waarderen. Met name in de humanistische geneeskunde speelt die identificatie een grote rol. Duidelijk is, dat de hulpverlener hierdoor gemakkelijk in conflict kan raken met zijn eigen identiteit, omdat hij in bepaalde gevallen door actief hulp te verlenen in strijd kan komen met zijn persoonlijke overtuigingen.

De mening dat de dokter weet wat goed voor de patiënt is heeft er mede toe geleid dat er een vermedi-

calisering is opgetreden van alle mogelijke problemen waarvan de wortels liggen in maatschappelijke verhoudingen. Of zoals Van Es en De Melker schreven in MC nr. 31/1978, blz. 961: er is een toenemende neiging om de rol van patiënt op zich te nemen om zich aldus te bevrijden van maatschappelijke verplichtingen en zich te verlossen van onoplosbare situaties. Zij wijzen erop dat de preventie van die patiëntenrol een belangrijke taak van de huisarts is en dat de hulpzoekende moet worden geleerd zoveel mogelijk zichzelf te helpen. Dit komt neer op het bevorderen van hulp in eigen kring, het verwijzen naar de 'nulde' lijn, het stimuleren van de 'participating patient'. Dat er zowel door de hulpverlener als door de patiënt nog een lange weg moet worden afgelegd om te komen tot een werkelijke realise-

*... preventie slechts
mogelijk bij een geheel
andere instelling van
patiënt en hulpverlener ...*

ring van de zelfhulp, blijkt uit de uitkomsten van een enquête die E. Th. Cassee in zijn boek 'Naar de dokter' heeft beschreven. Cassee vond een negatieve in plaats van een positieve relatie tussen preventief gedrag en de waarde die men hecht aan de gezondheid, met andere woorden: des te hoger men het gezond zijn waardeerde – 70% gaf gezondheid het predikaat 'het allerbelangrijkste' – des te minder bleek men bereid uit eigen initiatief preventief gedrag te volgen. Cassee oppert de veronderstelling dat het buitengewoon belangrijk vinden van de eigen gezondheid en het in mindere mate vertonen van preventief gedrag één gemeenschappelijke grond hebben, namelijk angst voor

ziekte. Er is dan geen positieve maar een negatieve motivatie voor gezondheid. Angst voor ziekte kan een verlamrende invloed hebben op maatregelen ter voorkoming, omdat men bang is voor het ontdekken van ziekte en pijn.

De hier aangehaalde auteurs en met hen vele anderen, de een meer, de ander minder, benaderen de gezondheid vanuit de belemmerende factoren. Beschouwen wij de doodsoorzaken, dan blijken ziekten met een onduidelijke genese verreweg het grootste aandeel voor hun rekening te nemen. De etiologie van deze 'welvaartsziekten' is voor een belangrijk deel nog onbekend. Wel is duidelijk dat levensgewoonten hierbij een belangrijke rol spelen. Het is, dit wetende, de vraag of met behulp van het huidige medisch-biologische model nog een essentiële bijdrage aan het in stand houden van de gezondheid of het bestrijden van ziekten kan worden gegeven. Het is in dit licht gezien niet zo verwonderlijk dat én Kuiper én Van Es en De Melker hun zorg uitspreken over de dominerende positie van de specialistische geneeskunde en de ziekenhuisgeneeskunde in de huidige gezondheidszorg.

Hoe afgezaagd het ook moge klinken, voorkómen is altijd nog beter dan genezen. Het is tragisch dat er in een tijd waarin dit dwingend is dan ooit relatief gesproken zo weinig energie en geld aan dat voorkómen wordt besteed. De oorzaak ligt wellicht in het gegeven dat preventie slechts mogelijk is indien patiënt en hulpverlener voor een geheel andere instelling kiezen. Nodig daarvoor is kennis, inzicht en de medewerking van alle betrokkenen. De traditionele, magische ziektebenadering is de grootste hinderpaal op de weg naar een effectieve gezondheidszorg.

B.

geheel vormen, beide een (materieel) onderdeel van de behandelingsprocedure. Het valt u moeilijk in te zien waarom één onderdeel het uitdrukkelijk eigendom van de patiënt zou zijn. Ik ben het daar van harte mee eens; *alle* gegevens zouden ook aan de patiënt ter beschikking moeten staan, zodat hij ze kan krijgen indien hij er om vraagt. Wordt hier niet het medisch systeem tot doel verheven; wordt niet vergeten dat zonder patiënt er geen medische gegevens zouden zijn?

3. Nergens vind ik er een argument voor dat een ziekenhuis deze gegevens zo nodig moet bewaren; wat doen ze er anders mee dan ze gebruiken ten behoeve van de betreffende patiënt? Waarom de originelen zo nodig bewaren als de patiënt verhuist? Hoe lang worden ze dan wel bewaard? Herhaaldelijk word ik de laatste tijd opgebeld door mensen die vertellen dat de röntgenfoto's verdwenen waren toen ze tenslotte moesten worden gebruikt.

4. U stelt dat het argument van de kosten betalen geen hout snijdt. Dit doet het voor mijn rechtsgevoel wel; als je ervoor betaalt, heb je er recht op. Maar afgezien daarvan: waarom wilt u dan wel de patiënt of het ziekenfonds voor de kopieën laten betalen? Volgens uw opvatting betaalt men toch voor de hele behandeling? Het gebruiken van het kostenargument op twee manieren lijkt mij minder juist. Nogmaals: waarom extra kosten gemaakt (de gezondheidszorg is al duur genoeg) om een foto in het ziekenhuis te bewaren? Hiervoor heb ik nog geen argument gezien.

5. U stelt terecht dat de zinsnede 'als daarvoor een goede reden bestaat' overstreden is. U gaat dan verder met te zeggen dat 'alleen al het verzoek van de patiënt als een goede reden kan worden beschouwd'. Waarom staan dan beide uitdrukkingen in de zin die door het HB is opgesteld? Waarom dan niet eenvoudig gezegd: 'Kopieën van röntgenfoto's zullen op zijn verzoek aan de patiënt worden verstrekt'? Bovendien staat in de volgende zin van het HB-besluit: 'In gevallen waarin de radioloog van mening is dat kennisneming van de foto's . . . de patiënt op enigerlei zou kunnen schaden, zal de radioloog óf aan het verzoek geen gevolg geven . . .'. Dus het verzoek alléén is tóch niet voldoende. De door u gegeven uitleg wordt trouwens niet gedeeld door het AZL, die in deze mijn opponent is.

6. U stelt dat het HB als criterium neemt dat de patiënt geen schade mag lijden door het verstrekken van de kopieën. Afgezien ervan dat de KNMG zich blijkens haar statuten niet met zieken mag bemoeien, vind ik dit criterium tamelijk merkwaardig. Er wordt namelijk met geen woord gerept over de schade die de patiënt kan lijden door het *niet* verstrekken van röntgenfoto's, bijvoorbeeld doordat hij een behandeling krijgt die voor *hem* niet de optimale is die kan worden gegeven. Gaan al die argumenten voor schade aan de

Nieuwe stempelbanden Medisch Contact 1977

Het wordt weer tijd de boekbinder in te schakelen, want de nieuwe stempelbanden voor Medisch Contact 1977 zijn inmiddels beschikbaar. Evenals vorig jaar kan de jaargang 1977 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 1977 I en MC 1977 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 1976'.



patiënt bovendien niet op in andere Europese landen en bijvoorbeeld in de VS en Australië? En waar blijven deze argumenten in het geval van het Gemeenteziekenhuis van Arnhem, dat blijkbaar door ruimtegebrek de röntgenfoto's wel aan de patiënt meegeeft?

7. Wat tenslotte geheel niet wordt vermeld is de merkwaardige zaak van het medisch ambtsgeheim. Ik heb als patiënt mijn gegevens toevertrouwd aan een arts (radioloog). Waar haalt deze het recht vandaan om die gegevens door te geven aan het ziekenhuis (AZL), dat nu bovendien het eigendomsrecht claimt? Is dit geen misbruik van vertrouwen in de arts gesteld en hoe kan het ziekenhuis, dat geen ambtseed heeft afgelegd mijn gegevens vertrouwelijk bewaren? Als bijvoorbeeld de rechter röntgenfoto's en andere medische gegevens zou opeisen, kan een ziekenhuis dit niet weigeren met beroep op het ambtsgeheim, omdat niet een ziekenhuis, maar alleen een natuurlijke persoon dat kan hebben.

Ik hoop dat bovenstaande punten aanleiding zullen zijn tot een herziening van het standpunt van de KNMG aangaande informatierecht van patiënten en speciaal over het verstrekken van medische gegevens, o.a. röntgenfoto's. Dat standpunt zou dan meer in overeenstemming komen met de publieke opinie, die de laatste weken zo duidelijk tot uiting kwam in zeer veel adhesiebetuigingen (ook van artsen), de vele artikelen in de pers en radio en de steun van patiëntenverenigingen en van het AZIFO.

Leiden, 24 juli 1978

Ir. C. F. A. van Kampen

DWANG EN DRANG IN DE MEDISCHE BEHANDELING

Het is moeilijk reageren op de samenvatting van een rapport (MC nr. 30/1978, blz. 929). Wie zijn bijvoorbeeld de leden van de werkgroep? De TBR-maatregel is een strafrechtelijke maatregel, die het strafrecht mogelijk maakt met minder of geen straf te reageren bij criminaliteit van gevaarlijke verminderd toerekenbaren. Indien de veiligheid van goederen slechts mag leiden tot een ambulante TBR, dan rest de rechter slechts gevangenisstraf op te leggen. Aan de beslissing tot TBR gaat in 99,9% van de gevallen een periode van preventieve hechtenis vooraf.

Zo zijn er nog vele opmerkingen te maken. De werkgroep heeft er veel te weinig rekening mee gehouden, dat de TBR een strafrechtelijke maatregel is. Verder houdt zij er ook geen rekening mee, dat de TBR nog wel eens wordt opgelegd bij strafrechtelijke krankzinnigverklaring om de samenleving beter te beveiligen. De werkgroep denkt de TBR-maatregel in haar toepassing identiek te kunnen maken aan de krankzinnigenwet, dan wel de Wet BOPZ. De rechtelijke macht zou dan niet meer de mogelijkheid krijgen de samenleving te beveiligen door KZ + TBR op te leggen. Dit zou wel eens tot gevolg kunnen hebben dat krankzinnigen die delicten plegen gevangenisstraf met TBR krijgen opgelegd.

De samenvatting van het rapport van de werkgroep wekt de indruk dat haar leden ons voldoende hebben georiënteerd over de problemen die de ten uitvoerlegging van de TBR-maatregel met zich meebrengt.

Zeist, 30 juli 1978

Dr. J. Schuler, zenuwarts

Kankerbestrijding – De Stichting Koningin Wilhelmina Fonds zal in 1978 een bedrag van 25 miljoen gulden besteden aan de kankerbestrijding. De belangrijkste injectie – 4,4 miljoen gulden – zal worden gegeven voor onderzoek in het nog in gebruik te nemen Nederlands Kankerinstituut te Amsterdam. Dit staat in het jaarverslag van de Nederlandse Vereniging tot steun aan het Koningin Wilhelmina Fonds. Het verslag meldt een fikse groei van het ledental: 123.313 mensen werden lid van de vereniging die nu bijna 600.000 leden telt. De inkomsten van de vereniging bestonden in 1977 hoofdzakelijk uit contributies (6,1 miljoen), erfstellingen en legaten (4,2 miljoen), giften en schenkingen (5,7 miljoen) en opbrengsten uit collecten (7,8 miljoen). De netto-opbrengst van de landelijke collectes – bewerkstelligd door honderdduizend collectanten – steeg via 6,6 miljoen (1975), 6,9 miljoen (1976) met iets meer dan tien procent. De universitaire kankercentra in Groningen en Leiden (elk drie miljoen), Nijmegen (1,8 miljoen) en Utrecht (1,5 miljoen) krijgen over 1978 een forse bijdrage. Meer dan een miljoen aan steun wordt gegeven aan het Rotterdams Radio-therapeutisch Instituut (2,5 miljoen) en het Radiobiologisch Instituut TNO in Rijswijk (3 miljoen).

Studiebeurzen kankeronderzoek – Met fondsen van het Amerikaanse Genootschap tegen Kanker stelt de Internationale Unie tegen Kanker voor 1978 en 1979 wederom studiebeurzen voor kankeronderzoek ter beschikking. Ervaren onderzoekers die hun kunnen terzake reeds hebben bewezen komen ervoor in aanmerking. Met de beurzen wil de Unie experimenteel en klinisch kankeronderzoek steunen. Dank zij de fondsen van de Amerikaanse International Cancer Research Data Bank is verder een aantal reisbeurzen beschikbaar. Van dat geld kan men voor maximaal vier weken afreizen naar één of meer buitenlandse centra voor kankeronderzoek. Uit dezelfde bron is tenslotte financiële steun mogelijk bij de organisatie van 'workshops' over deelgebieden van het kankeronderzoek. Informatie: International Union against Cancer, Conseil Général 3, 1205 Genève, Zwitserland.

Kankeronderzoek – De Internationale Vereniging voor Kankeronderzoek in Lyon nodigt jonge wetenschapsmensen uit, die



Dinsdag 1 augustus jl. vierde mejuffrouw G. A. C. Enzerink, directiesecretaresse der Landelijke Specialisten Vereniging, haar zilveren dienstjubileum. Tijdens de feestelijke en druk bezochte receptie in Domus Medica prees LSV-voorzitter A. M. Gründeman de jubilarisse om haar ijver, toewijding en trouw (zie foto). De hechte band met de LSV werd onder meer onderstreept door de aanwezigheid van vele (oud-)bestuursleden en vertegenwoordigers uit de districten. De gelukwensen kregen nog een extra accent door de vele bloemen, brieven en speciale geschenken, waaronder een parelcollier dat ere-lid Dr. H. F. W. Dubois namens de leden en oud-leden van het Centraal Bestuur overhandigde.

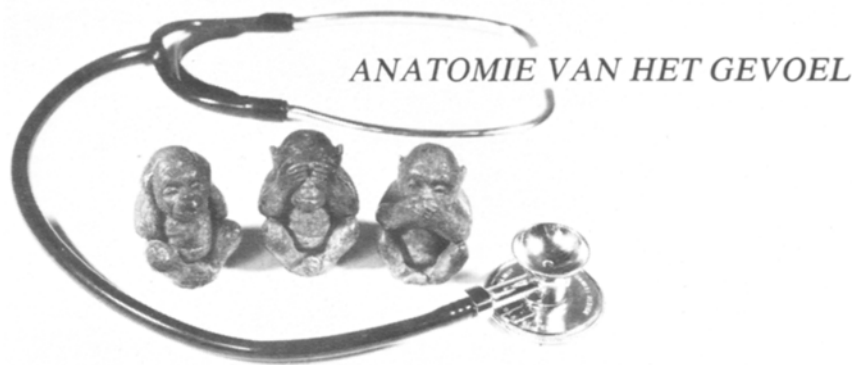
opgeleid willen worden in laboratorium of klinisch kankeronderzoek, waarvoor een studiebeurs wordt beschikbaar gesteld. Voorkeur zal worden gegeven aan kandidaten die de richting op willen van opleiding in epidemiologie, biostatistiek of milieukanker – zowel chemisch als viraal. Voorwaarde is dat gegadigden reeds bij medisch of aanverwant onderzoek betrokken zijn en thans hun loopbaan in het kankeronderzoek willen vervolgen. De beurzen zijn geldig voor een jaar. Voor aanvraagformulieren en gedetailleerder informatie gelieve men zich te wenden tot: The Chief of the Research Training and Liaison Unit International Agency for Research on Cancer, 150, cours Albert-Thomas, 69372 Loyn Cedex 02, France. Aanvraagformulieren dienen vóór 31 januari 1979 te zijn ingediend.

'Roken bedreigt de gezondheid' – Voortaan komt er op een pakje sigaretten 'Roken bedreigt de gezondheid' te slaan, als tenminste de Adviescommissie Warenwet akkoord gaat met een desbetreffend voorstel van minister Ginjaar. Naast de genoemde tekst zou op een pakje sigaretten tevens moeten worden vermeld hoeveel milligrammen teer en nicotine elke sigaret bevat. Shag krijgt alleen de

aanduiding 'Roken bedreigt de gezondheid', aangezien er geen gestandaardiseerde methoden bestaan om het teer- en nicotinegehalte van een pakje shag te bepalen.

Verzekeringsgeneeskunde en buitenlandse werknemers – Op 8 en 9 september 1978 organiseert de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde het derde Europese congres voor verzekeringsgeneeskundigen. Plaats van handeling: Hotel Apollo, Amsterdam. Onderwerp: 'De verzekeringsgeneeskunde en de transculturele problematiek van gezondheid en ziekte bij buitenlandse werknemers in de EEG'. Geen eenvoudig thema, aldus NVVG-voorzitter E. L. Smits in het programmaboekje, maar 'het gaat om het welzijn van mensen en onze functionele betrokkenheid daarbij. Dat dit in multidisciplinair verband dient te geschieden lijkt nauwelijks aan twijfel onderhevig. In doorsnee immers is de medicus onvoldoende geëquipeerd voor de bestudering van de achtergronden van het conflict tussen het model van hulpverlening van de technologische westerse geneeskunst enerzijds en de in een andere cultuur levende opvattingen over gezondheid en ziekte anderzijds, zich

uitend in een vorm van hulp vragen waaraan, zo blijkt, niet voldoende kan worden voldaan. Het dilemma van de botsing van opvattingen over gezondheid en ziekte bij gastheer en gast heeft voor de verzekeringsgeneeskunde nog een extra dimensie. De verzekeringsgeneeskundige werkt immers in een dubbele rol. Enerzijds zijn taak verrichtend in het micromilieau van de arts-patiëntrelatie en evenals zijn curatief werkende collega op de bres staand voor het welzijn van de aan zijn zorg toevertrouwde patiënten, is hij anderzijds verplicht tot een objectieve oordeelsvorming in verband met het limitatieve karakter van de sociale wetgeving. Voor deze netelige problematiek bestaat naar de organisatoren hopen ook buiten de NVVG-ledenkring belangstelling. Nadere informatie: c/o Holland Organizing Centre, Lange Voorhout 16, Den Haag, tel. 070-657850.



Het ontlasten van Turken

KNMP-congres – Het congres van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie wordt dit jaar in Leeuwarden gehouden. De wetenschappelijke dag, dinsdag 10 oktober aanstaande, is gewijd aan het thema 'Het geneesmiddel en de kwaliteit van het leven'. Dit onderwerp is volgens de congrescommissie niet alleen interessant voor KNMP-leden maar ook voor huisartsen en medische specialisten. Belangstellende artsen zijn dan ook van harte welkom indien zij de voordrachten geheel of gedeeltelijk willen bijwonen. Aanmelding vooraf is niet nodig omdat er in het congrescentrum, 'De Harmonie', voldoende plaatsruimte is. Er zijn geen kosten verbonden aan de toegang, tenzij men tevens ter plaatse de lunch (à f 20) wenst te gebruiken. In het laatste geval gelieve u zich tevoren te verstaan met Mevrouw G. E. Inia-Douma, apotheker, Harlingerstraatweg 29, Leeuwarden (8913 AC), telefoon 05100-51094.

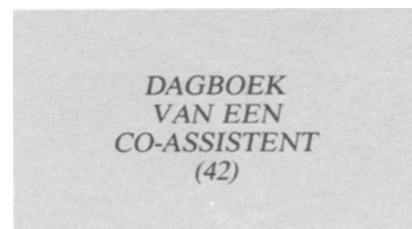
Emmakinderziekenhuis – De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft ingestemd met de voorgenomen verplaatsing van het Emmakinderziekenhuis te Amsterdam naar het terrein van het Medisch Centrum Slotervaart. De instemming heeft betrekking op de bouw binnen een bepaald budget van een nieuw kindziekenhuis van 120 bedden, waarbij enkele verpleegafdelingen (o.a. de kinderafdeling) van het Slotervaart Ziekenhuis door verbouw zullen worden betrokken. Het te bouwen Emmakinderziekenhuis zal de eigen identiteit als kindziekenhuis behouden. De instemming is gebaseerd op een bestuurlijke en organisatorische samenwerking met de in het Medisch Centrum Slotervaart werkzame voorzieningen van gezondheidszorg, meer in het bijzonder met het Slotervaart Ziekenhuis.

Vanochtend kreeg ik op de poli een Turk. Gelukkig was er een tolk bij. Maar het liep helaas al mis bij de eerste vraag: 'Wat zijn de klachten?' 'Ik heb . . . Verdomme, hoe heet dat nu al weer . . . Murmen? . . . Wurmen.' 'Wormen.' 'Ja, wormen, dokter.' Ik schreef dus op: 'Klachten van wormen.' Ik keek naar de andere man – ik nam aan de tolk – en stelde hem de vraag: 'Hoelang heeft mijnheer hiervan last?' En toen zat ik mis. De man aan wie ik de vraag stelde bleek de patiënt te zijn. De ander was de tolk en die had last van wormen.

Goed, ik kon dus weer opnieuw beginnen. 'Waar heeft die mijnheer pijn?', vroeg ik de tolk. 'Wat is 'pijn', dokter?' 'Dat is 'ai', ik wakte de indruk alsof ik een trap in mijn buik had gekregen. Deze geste werkte verhelderend. Ineens begrepen ze het allebei. 'Dokter', vervolgde de tolk, 'wilt U het woord voor mij opschrijven?' En zo ging het door.

Ik was net iets aan het opschrijven, toen de tolk weer het woord nam: 'Dokter, ik wil graag tolk in dit ziekenhuis worden'. Prompt begon hij emotioneel een hoop wartaal uit te slaan, waarvan noch een Turk noch een Hollander wijzer zou zijn geworden. Ik heb hem netjes een briefje meegegeven voor de personeelsdienst, waarop ik had geschreven: 'deze man wil graag tolk worden', voor het geval dat de man het zelf niet duidelijk zou kunnen maken.

Nadat de tractus digestivus uitvoerig aan de orde was geweest tot en met het defaecatiepatroon en het aspect van de faeces, kwam de tractus urogenitalis aan bod. Op een gegeven moment vroeg ik of de patiënt een forse straal had. Dat woordje 'fors' kwam niet goed over, dus trachtte ik mij op de een of andere wijze duidelijk te maken. 'Kan hij plassen van daar tot hier tegen de muur?', vroeg ik en om het nog aanschouwelijker te maken wees ik eerst naar de patiënt, herhaalde duidelijk gearticuleerd het woord 'p l a s s e n', draaide mij toen naar de muur achter mij en wees die muur



aan. Op dat moment trokken beide Turken vreselijk vieze gezichten alsof ik hen tot in het diepste van hun ziel had gekrenkt. Ze waren werkelijk met stomheid geslagen en keken mij vol walging aan. Toen nam de tolk het woord. Blijkbaar nog steeds onder de indruk van hetgeen ik had gezegd, heftig 'nee' schuddend met zijn hoofd, kon hij er met moeite uitbrengen: 'Wij Turken niet zoveel o n t l a s t e n.'

Alexander van Es

De betrekkelijke waarde van gezondheid en gezondheidszorg

De grootste schat heeft een relatieve waarde

Het kost niet veel moeite om uitspraken te vinden die getuigen van de hoge waarde die in onze samenleving aan gezondheid wordt gehecht.

Anna Visscher dicht:

Is daar wel een Schat op Aerd
Meerder als Gezondheit waerd? (Ged.
2, 297)

Van Alphen zei:

Gezondheid is een groote schat
Om vergenoegd te leven. (1,396)

Een spreekwoord van *De Brune* luidt:

Een man die in gezondheid leeft.
Weet niet, wat hij voor rijkdom heeft
(Spreekw. 163)

Aan de stemmen van het verleden kunnen we vele van het heden toevoegen. De volgende – door Henri Knap gedebiteerde – anecdote moge als exemplarisch gelden voor de hedendaagse waardering van gezondheid: Op een van onze vele middelbare scholen was het moment van de uitslag van het eindexamen aangebroken. Ouders en gezinsleden waren in drommen opgekomen om het succes of wansucces van hun geliefden uit de eerste hand te vernemen. Met sommige leerlingen vond nog een moeilijk gesprek plaats voordat hen tenslotte werd meegedeeld dat zij geslaagd of gezakt waren. Bij een van hen, Izak Meier, duurde de seance wel bijzonder lang. Ten slotte kwam hij naar buiten, wat ernstig, met een geheimzinnige lach

door *Prof. Dr. J. P. Kuiper*



Prof. Dr. J. P. Kuiper, hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, heeft de hier gereproduceerde verhandeling voorgedragen op een studiedag van de Stichting Studiecentrum Integratie Gezondheidszorg in het Congresgebouw te 's-Gravenhage op 14 april 1978.

om zijn lippen. 'Vader en moeder', sprak hij, 'en Esther en Jacob en Mirjam, het voornaamste is dat wij gezond zijn'. Wat gezondheid inhoudelijk ook moge zijn, er is nauwelijks twijfel aan mogelijk dat zij beschouwd wordt als een der hoogste waarden, zo niet dé hoogste waarde voor mensen van vele tijden. Die waardering blijkt ook uit de middelen die wij voor de handhaving of het herstel van onze gezondheid ter beschikking willen stellen. Hoe rijker een samenleving, hoe meer geld wordt besteed aan gezondheidszorg, niet alleen in absolute, maar ook in relatieve zin. Deze uitspraak kan met het volgende globale gegeven worden geadstrueerd: in 1970 bedroeg het bruto inkomen per hoofd van de bevolking in de rijke landen \$ 2.000, dat van de bevolking in ontwikkelingslanden \$ 160, voor

gezondheidszorg werd uitgegeven per hoofd van de bevolking respectievelijk \$ 100 (5%) en \$ 1 (0,6%). Op het ogenblik liggen in de rijke landen de uitgaven voor gezondheidszorg, gerelateerd aan het nationale inkomen al weer ongeveer 3 procentpunten hoger.

Gezondheid en gezondheidszorg hebben een zeer grote waarde, maar blijkbaar is die waarde niet absoluut. Zij is afhankelijk van de omstandigheden waarin zij wordt bepaald. Haar waarde hangt samen met en is tevens afhankelijk van andere waarden in de samenleving. Het zou ons te ver voeren om een enigszins verantwoorde analyse te maken van de cultuurelementen die van invloed zijn op de hoogte van de waarde van gezondheid en gezondheidszorg. Zelf heb ik wel eens geprobeerd om de overmatige belangstelling voor gezondheidszorg – en wel speciaal de reparatieve, levensreddende en levensverlengende interventies – te verklaren uit het feit dat voor veel mensen in onze tijd maar één zekerheid is overgebleven, namelijk de concreetheid van het eigen, nu geleefde leven (*Kuiper*, 1974). In dezelfde richting gaat *Philipsen* (p.33, 1978) als hij zegt: 'Men zoekt hulp omdat men het eigen functioneren als psycho-somatische entiteit als problematisch ervaart en weinig andere doeleinden daarboven stelt. De kostenstijging die hieruit vloeit, zou men beter kunnen aanduiden als een succesvolle omzettingstijging ten koste van kerken en partijen, godsdienst en levensbeschouwing'. Om de betrekkelijkheid van de waarden van gezondheid en gezondheidszorg aannemelijk te kunnen maken is het nodig een nadere

analyse van beide begrippen te maken.

Verskillende benaderingen van het begrip gezondheid

Om de betekenis van het begrip gezondheid te omschrijven kunnen verschillende benaderingen worden gevolgd: een etymologische, een wijsgerige, een empirische, een programmatische of een pragmatische. Alle benaderingen gezamenlijk kunnen ons iets dichter brengen bij de functies die dit begrip heeft in ons taalgebied en in onze cultuur.

Etymologisch schijnt het adjectief gezond samen te hangen met het woord gezwind (*De Vries*, 1971). Dat woord heeft de volgende betekenissen: sterk, geweldig, hevig, verstandig, bedriegelijk; dapper, onstuimig, snel. Het uitsluitend Westgermaanse suffix 'heid' in een woord als gezondheid was oorspronkelijk een zelfstandig woord dat de volgende betekenissen kon dragen: stand, waardigheid; soort, geslacht, stand, persoon; eer, aanzien; glans, heldere lucht; gestalte, beeld, kenteken, helder; licht, duidelijk, zuiver. *De Vries* vermeldt dat J. Trier het suffix 'heid' verbindt met heide, een aanduiding van de algemene mark en die van de daarin heersende waardering. Het is duidelijk dat in het Middelnederlands het begrip gezondheid een zeer ruime betekenis had. Zij die er in onze tijd naar streven dit met kracht en waardering samenhangende begrip opnieuw zeer ruim te zien kunnen dus niet als nieuwlichters worden betiteld.

Een wijsgerige beschouwing over gezondheid zouden wij van twee kanten mogen verwachten: van de fenomenologie en van de analytische filosofie. Van een existentieel fenomenoloog zouden wij een beschrijving van het fenomeen gezondheid als een aspect van de mens als wezen dat aan – de – wereld is mogen verwachten. Van de analytische filosoof zouden we een taalanalytische beschouwing verwachten waarin het begrip gezondheid geplaatst wordt in de verschillende contexten waarin het wordt gebruikt. In analytische kringen wordt namelijk 'gekeken in welke

constructies en verbanden bepaalde woorden kunnen voorkomen' (*Hubbeling*, 1977, p. 116). Op dit ogenblik is mij noch een fenomenologische, noch een taalanalytische beschrijving van het verschijnsel of het begrip gezondheid bekend. Mijn persoonlijke omschrijving ervan is sterk beïnvloed door de genoemde wijsgerige stromingen, maar daarmee pretendeer ik noch een fenomenologie van het fenomeen gezondheid, noch een taalanalyse van het begrip gezondheid te kunnen geven.

Wel heb ik in verschillende groepen artsen en medische studenten heel voorzichtig geprobeerd iets te doen wat op taalanalyse lijkt. Aan de deelnemers van zo'n groep wordt de vraag gesteld om zo nauwkeurig mogelijk aan te geven waarvoor de begrippen gezond en gezondheid in hun persoonlijke ervaring staan. Welk gat ontstaat er, wanneer het woord gezondheid wegvalt en met welke synoniemen kan het worden opgevuld. Alleen met in achtneming van strenge spelregels gelukt het om in groepen een aantal facetten van een begrip als gezondheid boven tafel te krijgen (*Kuiper*, 1978). Hier volgen enige begrippen die als synoniem van gezondheid worden genoemd en enige nadere omschrijvingen van het begrip gezondheid: harmonie; happy; zelf-aanvaarding; lekker voelen; toestand waarin je je niet gepijnigd of geprikkeld voelt, ontspannen kunnen genieten van dat je leeft; fit en vitaal; plezier en energie hebben; je sterk voelen; optimaal in evenwicht zijn uiterlijk en innerlijk; wisselwerking tussen jezelf en anderen, met nadruk op liefde, vertrouwen en zelfrealisatie; kunnen omgaan met alle dingen van je bestaan, ook ziekte en dood.

Deze uitspraken komen overeen met die door *Aakster* (1978, p. 65) worden vermeld op grond van een klein oriënterend onderzoek onder 54 patiënten van niet-officiële genezers. Zij konden onder de volgende vijf aspecten worden begrepen:

- '1. de feitelijke afwezigheid van klachten en kwalen, of de angst daarvoor;
2. de afwezigheid van functiebeperkingen, oftewel: in staat zijn alles te doen wat een 'normaal' mens ook kan en je daartoe ook in staat voelen;

3. je blij, vrolijk, gelukkig, creatief en zeker voelen bij alles wat je doet, de hele dag;
4. onafhankelijk zijn van anderen;
5. innerlijke en uiterlijke harmonie (dus tussen lichaam en geest, tussen geheel en deel, tussen mens en omgeving: natuur, groep maatschappij, milieu)'

Raadpleging van Van Dale's Groot Woordenboek der Nederlandse taal leert ons dat het bijvoeglijk naamwoord 'gezonder' betrekking kan hebben op mensen zowel als op dingen, op immateriële zowel als op materiële zaken. Het zelfstandig naamwoord 'gezondheid', de toestand van gezond zijn, heeft een beperkter betekenis en is betrokken op het persoonlijke bestaan of de voorwaarden daarvoor.

Een *empirische benadering* kan ons inzicht verschaffen in het feitelijke gedrag van mensen als er sprake is van gezondheid en ziekte. Welke handelingen verrichten mensen om gezond te blijven of om weer gezond te worden? Hoe gedragen zij zich als zij ziek zijn, zich ziek voelen of als patiënt worden beschouwd door de omgeving? Dit is typisch het veld waarop medische sociologen zich bewegen. Er is veel geschreven over de patiëntenrol, o.a. in verband met verzuimgedrag. Ook voor de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding ligt hier een belangrijk veld van onderzoek. Als men het gezondheidsgedrag van mensen wil beïnvloeden moet men toch op zijn minst de determinanten van dat gedrag kennen en vooral van wat als een negatief gezondheidsgedrag wordt beschouwd: het riskant gedrag. Tenslotte moeten de niet-westerse sociologen en cultureel-anthropologen worden genoemd als wetenschappers die het gedrag van mensen ten aanzien van gezondheid en ziekte bestudeerd hebben. Men leze bijvoorbeeld het hoofdstukje dat *Spruit* (1978) hierover schreef in het pas uitgekomen Leerboek Medische Sociologie. Al deze onderzoeken tezamen leveren voor ons doel de volgende conclusies op:

- a. de inhoud van het begrip gezondheid – als uitgangspunt voor handelingen – is sterk afhankelijk van de cultuur waarin het begrip wordt gehanteerd;
- b. ook in eenzelfde cultuur is er een

grote verscheidenheid van mogelijke inhoudelijke invullingen van het begrip gezondheid.

Een *programmatische* (of ideologische) *benadering* gaat niet in de eerste plaats uit van wat het publiek denkt over of vindt van gezondheid, maar van wat deskundigen wenselijk achten. Het meest bekende voorbeeld van een dergelijke benadering is de door de Wereld Gezondheids Organisatie geformuleerde verklaring. Hoe deze verklaring tot stand kwam en wat de werkelijke betekenis ervan is, wordt door *Viaene* (1976, p. 179-214) uitvoerig uiteengezet. De altijd weer geciteerde zin die als een definitie van gezondheid wordt beschouwd is slechts één der zinnen van een in alle opzichten bijzondere verklaring. Deze zin luidt: 'Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity'. Los gemaakt van de rest van de tekst, boet deze zin veel aan betekenis in. Gezien in het kader waarin hij thuishoort, is het programmatische karakter ervan duidelijker. Hier wordt geen semantische omschrijving van gezondheid gegeven, geen poging gedaan om het tijdloze wezen van het fenomeen gezondheid in woorden te vangen, maar er wordt een richting gegeven aan de gezondheidszorg van een naar solidariteit hunkerende mensheid.

De *pragmatische benadering* gaat uit van de gedachte dat – hoe men ook over en wat men ook van gezondheid moge denken – er toch gehandeld moet worden. In die zin kan gezondheid worden omschreven vanuit de vragen die bij het systeem van de gezondheidszorg terecht komen. In die zin spreekt *Leenen* (1978) over de gezondheidszorg. Hij zegt: 'In mijn opvatting wordt de gezondheidszorg als maatschappelijk systeem bepaald door het geheel van feitelijk aan de gezondheidszorg toegewezen mankracht en middelen in de voor de gezondheidszorg aanwezige (publiek- of privaatrechtelijke) structuren'. Hij noemt dit een operationeel bepaalde benadering van de gezondheidszorg. Ook *Hattinga Verschure* (1972, p. 502) geeft een pragmatische omschrijving van gezondheid: 'Vanuit het 'zorg-concept' kan gezondheid gedefinieerd worden als volgt: Iemand

is gezond die zich bij voortduring voldoende in staat voelt zijn zelfzorg intact te houden en die volgens de normen van het bestaande cultuurpatroon door anderen geacht wordt zijn zelfzorg bij voortduring intact te kunnen houden'. Overigens moet gezegd worden dat deze omschrijving van gezondheid, zeker als men haar plaatst in het totaal van de opvattingen van de auteur tevens een sterk programmatisch karakter heeft. Zij hoort thuis in de ideologie van de zelfzorg.

Een pragmatische benadering van het begrip gezondheid heeft vergaande consequenties, vooral als zij niet vergezeld gaat van een programmatische benadering. *Philipsen* (1978, p. 31) brengt dit op de volgende wijze onder woorden: 'De gezondheidszorg is (namelijk) een systeem met een *ongedefinieerde invoer* geworden. Iedereen kan met elk probleem dat hij definieert in termen van gezondheid, geluk of welzijn in de gezondheidszorg terecht en wordt behoudens bezwaren van infrastructurele aard dezelfde dag geholpen. De gezondheidszorg is een van de weinige maatschappelijke instituties die geen zeggenschap meer hebben over de invoer van de te behandelen problemen'.

Gezondheid: een relationeel begrip

Uit het voorgaande is gemakkelijk af te leiden dat gezondheid geen éénduidig begrip is dat in een voor ieder aanvaardbare inhoudelijke omschrijving is samen te vatten. Het is geen wonder dat men bij hen die zich met gezondheid en gezondheidszorg bezighouden sterk controversiële meningen kan waarnemen. Ten aanzien van minstens drie aspecten van het begrip gezondheid bestaan uiteenlopende opvattingen.

1. Enerzijds bestaat de opvatting dat gezondheid een kwaliteit van persoonlijk bestaan is. Anderzijds wordt de mening verdedigd dat gezondheid niet louter een aanduiding is van een persoonlijke zijswijze, doch tevens een hoedanigheid van situaties en collectiviteiten. Als consequentie van de laatstgenoemde opvatting zou er een gelijkwaardigheid van de betekenis van het adjectief 'gezond' bestaan in de uitspraken 'een gezond mens', 'een

gezonde omgeving' en 'een gezonde samenleving.'

2. Enerzijds wordt gezondheid beschouwd als een vaststelbare toestand, als de momentane resultante van een voorbij stuk levensgeschiedenis. Bij deze opvatting ligt gezondheid in de sfeer van de feitelijkheid van het menselijk bestaan. Anderzijds bestaat de opvatting dat gezondheid iets te maken heeft met de toekomst van de mens, met zijn mogelijkheid. Men kan deze tegenstelling tussen gezondheid als feitelijkheid en gezondheid als mogelijkheid ook karakteriseren als een verschil tussen een statisch en een dynamisch gezondheidsbegrip. In de ziektekunde overheerst de statische opvatting; de gezondheidskunde gaat uit van een dynamisch begrip.

3. Enerzijds is er een neiging om het begrip gezondheid zo beperkt mogelijk te houden en er niet meer in te zien dan het afwezig zijn van ziekten; anderzijds wordt het begrip meermaals zo ruim geïnterpreteerd, dat het nauwelijks is te onderscheiden van het begrip welzijn. Tussen deze beide uitersten ligt een spectrum van opvattingen over de uitgebreidheid van het begrip gezondheid.

Het is begrijpelijk dat een verschil in opvatting over het begrip gezondheid ook leidt tot een verschil in opvatting over de omvang en het karakter van de gezondheidszorg. Daar er een nauwe relatie bestaat tussen opvatting (= uitgangspunt) enerzijds en een te stellen doel anderzijds, is het reeds op grond van de bovengenoemde overwegingen gemakkelijk in te zien dat het gezamenlijk stellen van doelen in de gezondheidszorg een zeer moeilijke zaak is. Men kan deze moeilijkheid het gemakkelijkst omzeilen door al het gepraat over gezondheid denigrerend aan te duiden als 'hersengymnastiek' (*Festen*, 1973, p. 125) en vervolgens de eigen niet door hersengymnastiek verkregen en niet nader geëxpliciteerde opvatting over gezondheid als pragmatisch uitgangspunt te nemen waarbij anderen zich dan maar moeten aansluiten.

We verkeren min of meer in een patstelling. Enerzijds kunnen we niet ontkennen dat er een grote variatie aan opvattingen over gezondheid bestaat, anderzijds wensen wij een duidelijk – dat wil zeggen een zo éénduidig mogelijk – doel voor de gezondheidszorg te omschrijven.

Een voorzichtige poging om uit de patstelling te komen is om in plaats van te streven naar een inhoudelijke beschrijving van gezondheid, ons voorlopig tevreden te stellen met een formeel abstracte omschrijving die naar gelang de persoon voor wie zorg nodig is en de omstandigheden waarin hij verkeert kan worden geconcretiseerd. Hierbij wordt uitgegaan van een door velen geaccepteerde mensopvatting waarin de interactie van de mens met zijn wereld – c.q. het subject en zijn situatie – centraal staat. Deze mensopvatting is tevens gebaseerd op de oorspronkelijke saamhorigheid van subject en situatie. Het mens-zijn wordt in hoge mate gekenmerkt door de wijze waarop de mens met zijn wereld omgaat. Gezondheid nu kan worden opgevat als een bepaalde wijze van omgang van de mens met zijn wereld en wel die wijze waarop de mens zich wél in zijn wereld bevindt. Het bijwoord wél kan zowel objectief als subjectief worden geduid. In het eerste geval wordt omschreven hoe het er – gezien met de ogen van anderen – met iemand voor staat, in het tweede geval gaat het om de eigen gevoelens van instemming of ontstemming van het subject wiens gezondheid in het geding is. Hoe iemand inhoudelijk het zich wel in de wereld bevinden invult is een zaak van persoonlijke voorkeur en verantwoordelijkheid. In deze zienswijze kunnen bedreigingen van het gezonde bestaan worden omschreven in termen van gestoorde mens- milieu relaties: overbelasting, deprivatie, gedesoriëteerdheid, gespannenheid e.d. (Kuiper, 1975, p. 64 e.v.). De storing in de mens-milieu relatie kan het gevolg zijn van structurele veranderingen bij de mens, die hem kwetsbaarder maken; van sterke negatieve beïnvloedingen uit zijn situatie; of van een combinatie daarvan.

Het belang van een harmonieuze mens-milieu relatie wordt door Moss (Aakster, 1978, p. 70 e.v.) met het kernbegrip *bio-sociale resonantie* aangeduid. Daarmee bedoelt hij dat veranderingen in de relatie mens-omgeving altijd gevolgen hebben (resoneren) voor het fysiologisch functioneren en omgekeerd. De nadruk ligt bij hem op het karakter van de mens als informatiesysteem. Met zijn medemensen vormt hij communicatienetwerken die de bron

kunnen zijn van *informatieve inconsequenties*. Daarbij bestaat een discrepantie tussen de 'objectieve wereld' en de wereld zoals hij door het subject wordt gepercipieerd. Met Aakster (p. 172) ben ik van oordeel dat de subject-situatie relatie niet uitsluitend door de uitwisseling van informatie wordt bepaald. Ook de materieel energetische wisselwerking speelt hierbij een belangrijke rol.

Zorg voor het gezonde bestaan

Hoe men het gezonde bestaan inhoudelijk ook wil omschrijven, het is altijd de moeite waard om er zorg voor te hebben. Zorg hebben voor iets houdt enerzijds in het behoedzaam, sparend en heilzaam omgaan met datgene waarvoor men zorgt. Het houdt anderzijds in dat de zorgende of zorgzame mens strenge eisen stelt aan zichzelf, aan de nauwgezetheid waarmee hij zijn werk doet, aan de volledigheid die hij er mee nastreeft. Werkelijke zorg kent geen excuses, compromissen en relativeringen. De opvatting dat gezondheid een kwaliteit is van het persoonlijke bestaan van een mens, leidt er naar mijn mening toe hemzelf in de eerste plaats persoonlijk verantwoordelijk te stellen voor die gezondheid. Of met andere woorden de zorg voor het gezonde bestaan is een onderdeel van de zelfzorg, het behoedzame omgaan met het eigen bestaan als voorwaarde voor de persoonlijke menswording. De waarde die iemand aan zijn eigen gezondheid hecht is afhankelijk van de waarde die iemand aan zijn eigen menswording hecht en van de plaats die gezondheid inhoudelijk in het proces van de menswording inneemt. Om deze gedachte nader te kunnen toelichten zal ik gebruik maken van enkele gefingeerde voorbeelden.

1. Voor A betekent een begrip als 'persoonlijke menswording' eigenlijk niets. Voorzover hij uitspreekt wat het doel is dat hij in zijn leven nastreeft, zegt hij misschien: 'Ik wil gelukkig zijn; me happy voelen'. Gezondheid vult hij inhoudelijk in met: niet ziek-zijn. Daar het ziek-zijn in de zin van een ziekte hebben lang niet altijd zijn geluksgevoel aantast, heeft de zorg voor zijn gezondheid een niet al te hoge prioriteit.

2. De opvattingen van B over het 'doel' dat hij nastreeft komen vrijwel overeen met die van A. Voor hem betekent gezondheid: je fit voelen, je

gelukkig voelen. Gezondheid is voor hem dus eigenlijk een voorwaarde voor het gelukkig zijn. De zorg voor het gezonde bestaan zal bij hem dus een hoge prioriteit kunnen hebben.

3. C bedoelt met 'persoonlijke menswording': het op weg zijn naar aanvaarding van eigen leven en eigen dood. Gezondheid betekent voor hem het goed functioneren van zijn organisme. Wanneer daaraan iets hapert voelt hij zich niet happy en fit, maar hij vindt dit van niet veel belang voor het proces van zijn persoonlijke menswording. De zorg voor zijn gezondheid heeft daarom voor hem geen hoge prioriteit.

4. D's opvatting over de meest wezenlijke opdracht voor de individuele mens komt in grote lijnen overeen met die van C. Voor hem is het gezonde bestaan, de harmonie tussen mens en wereld, het draagvlak voor de persoonlijke menswording. Inhoudelijk is daarom gezondheid een centrale waarde in zijn bestaan en de zorg ervoor heeft een hoge prioriteit. In werkelijkheid zal zich een veel groter scala van mogelijkheden voordoen en zal bovendien dezelfde mens in verschillende fasen van zijn leven zowel van levensdoel als van inhoudelijke vulling van het begrip gezondheid wisselen. Inmiddels kunnen we uit de gefingeerde voorbeelden wel voorzichtig de volgende conclusies trekken:

1. Wat iemand met zijn leven voor heeft – meer of minder duidelijk uitgesproken – is belangrijker dan zijn gezondheid. Alleen in die gevallen waarin – anders gezegd: alleen voorzover – gezondheid naar zijn opvatting een absolute voorwaarde is voor het bereiken van zijn hoogste levensdoel, heeft gezondheid een zeer hoge waarde voor hem.

2. Alleen het subject zelf kan uitmaken welke waarde gezondheid voor hem heeft. Alleen hij kan de plaats van gezondheid in de context van zijn eigen bestaan bepalen. En daarom kan alleen hij aangeven welke prioriteit de zorg voor het gezonde bestaan voor hem heeft. Meermalen is de opmerking gemaakt dat het zo sterk gericht zijn op eigen gezondheid, ongezond is. Deze opmerking bevat een taalkundige tegenstrijdigheid, maar behalve dat miskent zij het persoonlijke karakter van gezondheid en het persoonlijk recht om ten aanzien van de zorg voor het eigen gezonde bestaan prioriteiten te stellen.

De betrekkelijke waarde van gezondheidszorg

Uit het voorgaande moge duidelijk zijn geworden dat de waarde van de individuele zorg voor de gezondheid afhankelijk is van de plaats die gezondheid inhoudelijk gezien inneemt ten opzichte van de centrale doelstelling in iemands bestaan. Daarvan hangt af hoeveel moeite hij zich wil getroosten om te zoeken wat gezondheid bevordert en te vermijden wat zijn gezonde bestaan bedreigt. Daarmee kan ook samenhangen de intensiteit waarmee hij een beroep doet op het gezondheidszorgsysteem, het door de samenleving ter beschikking gestelde complex van voorzieningen om het recht op gezondheidszorg te garanderen. Wanneer men dit een absoluut recht acht en bovendien van oordeel is dat het rechthebbende subject zelf zijn prioriteiten mag stellen, dan moet de gezondheidszorg op alle vragen om hulp ingaan. Er valt oppervlakkig beschouwd weinig tegen deze redenering in te brengen. De consequentie dat er een grote ongelijkheid zal bestaan in de kosten die voor de gezondheid van de een ten opzichte van die van een ander worden besteed, kan men daarbij accepteren. Ieder krijgt immers dezelfde kansen? Wie wat de gezondheidszorg heeft te leveren gering van waarde acht voor zijn individuele menszijn of menswording hoeft zich niet te kort gedaan te voelen. Bij iets nadere beschouwing blijken er zich toch wel enige problemen voor te doen die de gedachte dat elke individuele klant van de gezondheidszorg koning zou zijn nauwelijks aanvaardbaar maken.

1. Voorzover een klant per verrichting betaalt hoeft hij zich inderdaad niet tekort gedaan te voelen als hij zelf slechts een gering beroep doet op de gezondheidszorgvoorzieningen. Meer dan 70% der klanten is echter verplicht en de rest voor het grootste deel vrijwillig verzekerd. De hoogte van de premie die zij betalen is afhankelijk van de totale consumptie. Het kost de bescheiden klant geld als anderen veel hulp nodig hebben van de gezondheidszorg. Nu gaat de solidariteit in onze samenleving nog wel zo ver dat wij zonder al te veel morren betalen wat anderen naar onze

mening aan hulp echt nodig hebben en die wij zelf gelukkig niet behoeven. Het wordt echter anders als wij de indruk krijgen dat veel mensen voor zaken die wij niet relevant achten voor de gezondheid de gezondheidszorg – en dus ons – op kosten jagen. Er ontstaat dan een echte belangentegenstelling tussen de weinig-gebruikers enerzijds en de veel-gebruikers anderzijds.

2. In de tweede plaats moet gewezen worden op het verschil in interpretatie tussen de hulpvrager en de hulpverlener over het nut dat een bepaalde door de hulpvrager verlangde interventie heeft voor zijn gezonde bestaan. Dat hoeft niet te betekenen dat de hulpverlener het levensperspectief van de hulpvrager ontkent. Er kunnen geheel andere redenen zijn waardoor het voor de gewetensvolle hulpverlener praktisch onmogelijk is om de verlangde interventie te plegen. Ik noem een paar categorieën van situaties waarin zich dit conflict kan voordoen:

a. De hulpverlener ziet in dat ingaan op de wensen van de hulpvrager op dit ogenblik voor de toekomst een bedreiging zou kunnen inhouden van zijn gezonde bestaan. Laten we als voorbeeld nemen iemand die al te impulsief om een sterilisatie-operatie vraagt.

b. De hulpverlener is op grond van zijn deskundigheid overtuigd dat de gewenste medicijnen of operatieve ingreep – waarop de hulpvrager bijvoorbeeld op grond van horen zeggen aandringt – geen enkel effect zullen hebben op de ziekte waaraan de patiënt lijdt.

c. De hulpverlener heeft het sterke vermoeden dat de hulpvrager zijn perspectief op zo korte termijn stelt en op een zo smalle basis, dat de wens voor het heden een grote overwaarde krijgt. Dat is bijvoorbeeld het geval als iemand een bepaalde beroepsopleiding wil gaan volgen waarvoor hij op grond van objectieve gegevens volstrekt niet de aanleg heeft.

d. De hulpverlener ziet in dat wat de hulpvrager wenst bedreigend zou zijn voor zijn medemensen, in het bijzonder voor hen met wie hij dag in dag uit samenleeft. Een triviaal voorbeeld daarvan is de wens van een jonge moeder reeds na een paar weken met borstvoeding te stoppen omdat zij vreest dat haar schoonheid door het voortgezette zogen zal

worden aangetast, terwijl geen gelijkwaardige vervanging mogelijk is in dat concrete geval.

e. Er is een zodanige discrepantie tussen de opvattingen over goed en kwaad van de hulpverlener enerzijds en van de hulpvrager anderzijds dat de hulpverlener het niet met zijn geweten in overeenstemming kan brengen om de hulpvrager te helpen of te begeleiden. Dat kan zich voordoen in die gevallen waar de religieuze opvattingen over het ontstaan en de beïnvloeding van een bepaald probleem van de hulpverlener niet stroken met de opvattingen die de hulpvrager heeft en de verwachtingen die hij daaruit voortvloeiend koestert. In onze samenleving is dat bijvoorbeeld het geval bij problemen als homofilie, abortus provocatus en euthanasie. Als wij met *Dokter* (1978) de mens in de hulpverlening in het middelpunt stellen en daarbij niet alleen aan de hulpvrager maar ook aan de hulpverlener denken, dan moeten wij het respecteren als een hulpverlener op grond van zijn eigen mens-zijn weigert aan een bepaalde interventie mee te werken.

3. Tot nu toe zagen we dat de barrière voor ongelimiteerde hulpverlening als functie van de wensen en interpretaties van de hulpvrager opgeworpen worden door de medeconsumenten en de hulpverleners. Een ander probleem doet zich voor als wij de gezondheidszorg zien als één der instrumenten waarmee een samenleving haar overlevingsstrategie bepaalt. Andere instrumenten waarover een moderne samenleving beschikt, c.q. moet beschikken, zijn het onderwijssysteem, het industriële apparaat, het systeem van sociale voorzieningen, het defensie-apparaat, e.d. Met het totale instrumentarium wordt een scala aan waarden van de samenleving beschermd: opvoeding, sociale gerechtigheid, individuele vrijheid, het eigen nationale bestaan enz. Het begrip waarde verschijnt hier in de sociologische betekenis van 'een abstract uitgangspunt voor het gedrag' (*Van Doorn en Lammers*, 1964, p. 99). De culturele waarde wordt in een samenleving veelal politiek vertaald in een economische-, een geldwaarde. In beide opzichten – zowel cultureel als financieel – hoort men in onze samenleving waarschuwingen tegen een te hoge schatting van de waarde van gezondheidszorg. *Beemer* (1977)

bijvoorbeeld spreekt zijn zorg uit over een mogelijk imperialisme van geneeskunde en gezondheidkunde waardoor gezondheid en de zorg voor de gezondheid een te grote plaats gaan innemen in de samenleving.

Geneeskunde en gezondheidkunde zouden zijns inziens tot aanmatiging komen 'wanneer de veelvormigheid van opvattingen over redelijk en onredelijk, normaal en abnormaal, moreel en immoreel, zou worden toegedekt met één alles omvattend begrip van integrale gezondheid' (p. 63). Hijzelf acht alle rechtvaardigheid een hogere waarde dan gezondheid. 'De vraag moet gesteld worden of de overdefiniëring van de gezondheid, als versluiering van de maatschappelijke situatie, een oorzaak is van medische over-consumptie'.

Van geheel andere aard is het economische bezwaar tegen de toenemende waarde die blijkbaar aan gezondheidszorg wordt gehecht. Van de zijde van de overheid wordt er naar gestreefd om het aandeel dat de gezondheidszorg opeist van het nationale inkomen niet belangrijk meer te doen stijgen. Men hoort veelal het magische getal van 8% noemen als de uiterste groeigrens van de gezondheidszorg. Hoe verschillend ook de culturele en de economische waarschuwing mogen klinken, zij beogen hetzelfde: er zorg voor te dragen dat de gezondheidszorg niet de behartiging van andere belangen en de bescherming van andere waarden in de samenleving bedreigt.

Overigens valt op de weergegeven waarschuwingen wel iets af te dingen. Noch moraaltheologen, noch economen zullen uitmaken wat de waarde van gezondheid en gezondheidszorg zullen zijn. Als wij de bevolking mondig achten, dan zal zij zelf haar prioriteiten bepalen.

Individu en samenleving: een oud conflict

In een samenleving als de onze waar de waardering voor het individuele bestaan een belangrijk element van de cultuur is, is het conflict tussen individu en samenleving ingebouwd. In het voorgaande hebben wij twee sporen getrokken om de waarde van gezondheid en gezondheidszorg nader te kunnen bepalen. Het ene spoor ging uit van de waarde van het individu: een gezondheidkundig spoor. Het

andere ging uit van de overlevingskansen van de samenleving: een humaan-ecologisch spoor.

De gezondheidkundige redenering is als volgt:

- a. gezondheid is een kwaliteit van het persoonlijk bestaan;
- b. elk individu bepaalt zelf de inhoud van het begrip gezondheid;
- c. ieder individu heeft recht op gezondheidszorg;
- d. de gezondheidszorg heeft de plicht in te gaan op alle verzoeken om hulp die berusten op de interpretatie die individuen geven van gezondheid.

De humaan-ecologische redenering is als volgt:

- a. een menselijke samenleving heeft tal van strategieën nodig om te kunnen overleven in de gegeven humane biotoop;
- b. de verschillende strategieën mogen onderling niet tegenstrijdig zijn;
- c. het instrument dat voor een bepaalde strategie wordt gebruikt dient middel te blijven en heeft geen doel in zich;
- d. Wat met een bepaald instrument (i.c. de gezondheidszorg) wordt gedaan en de kosten die het gebruik ervan met zich meebrengt moeten blijven binnen het raam van de totale overlevingsstrategie van de samenleving.

Het conflict nu dat zich voordoet in een samenleving als de onze is dat enerzijds de bevordering en bescherming van het individuele bestaan behoren tot de centrale waarden van de samenleving, maar dat anderzijds de aandacht die aan individuen kan worden besteed bepaald wordt door de ruimte die de overlevingsstrategie van de samenleving toelaat.

Het conflict zal nooit geheel worden opgelost; altijd zal er een spanning blijven bestaan tussen wat individuen wensen en wat de samenleving kan gedogen. We kunnen slechts streven naar een optimale oplossing. Zo'n oplossing lijkt mij te zijn een democratische gezondheidszorg die de zelfzorg voor het gezonde bestaan centraal stelt.

Zelfzorg als uitdrukking van de betrekkelijke waarde van gezondheid en gezondheidszorg

In een samenleving waarin aan de ontplooiing van het individuele bestaan een hoge waarde wordt toegekend zou aan de zelfzorg in de zin van het zelf richting kunnen geven aan het eigen bestaan, het zelf de weg naar menswording te kunnen kiezen, meer ruimte moeten worden gegeven dan thans veelal het geval is. Wanneer in een samenleving wordt verwacht dat mensen hun eigen weg door het leven zoeken, dan kan men ook spreken van een plicht tot zelfzorg, zonder daarbij ook maar in de verste verte te denken aan een afdwingbare plicht. Ook dient men het begrip plicht tot zelfzorg niet meteen te versmallen tot de plicht de eigen kost te moeten verdienen. Ik ben persoonlijk zelfs van oordeel dat dit laatste een niet essentieel onderdeel vormt van het gehele proces van persoonlijke menswording. Tegenover een plicht staat een recht. Als de samenleving verwacht dat iemand iets van zijn leven terecht brengt en uitgroeit tot een werkelijk mens, dan dient zij hem daar ook de middelen voor te verschaffen. De plicht tot ontplooiing kan pas worden vervuld op grond van het recht op de middelen die daarvoor nodig zijn.

Bij de bespreking van het begrip gezondheid heb ik gesteld dat gezondheid kan worden opgevat als

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.

een functie van de persoonlijke menswording. De zorg voor het gezonde bestaan is ondergeschikt aan of staat ten dienste van de zelfzorg in de ruimste zin van het woord. Wat van deze zelfzorg in algemene zin als 'persoonlijke menswording' kan worden gezegd, geldt ook voor de zelfzorg in engere zin, namelijk de zorg voor het eigen gezonde bestaan. Het recht op gezondheidszorg kan vanuit deze visie worden omschreven als het recht op de middelen om de plicht tot zelfzorg te kunnen vervullen. Deze middelen kunnen zeer kort worden omschreven als:

- a. voorlichting over en vorming tot gezond gedrag;
- b. middelen die de gezondheid bevorderen of herstellen;
- c. middelen en andere mogelijkheden om gevaren te vermijden.

Steeds moet echter het recht op zelfzorg gezien worden in relatie tot de plicht tot zelfzorg. Terecht heeft *Thiadens* (1977) op de studiedag van 10 maart j.l. de rechten en plichten van de patiënt en plichten van de patiënt (c.q. de hulpvrager in het algemeen) in één adem genoemd. Daar zit voor ons betoog de belangrijke consequentie aan vast dat het conflict tussen individu en samenleving zich niet op een abstract niveau door tussenkomst van allerlei instanties afspeelt, maar dat het in eerste instantie gelokaliseerd wordt in de ontmoeting van hulpvrager en hulpverlener en in laatste instantie in de persoonlijke afwegingen van de hulpvrager zelf.

Niet moraaltheologen, politici, economen, gezondheidsdeskundigen en anderen maken van bovenaf uit, wat de betrekkelijke waarde van gezondheid en gezondheidszorg is. Mondige mensen zullen dat voor zichzelf moeten uitmaken en zij zullen in samenspraak met de hulpverlener moeten beslissen op welke gemeenschapsmiddelen zij recht hebben om hun plicht tot zelfzorg te kunnen waarmaken. Zij zullen in diezelfde samenspraak ook tot de ontdekking moeten komen door welke middelen en maatregelen in feite hun recht op zelfzorg wordt aangetast. *Thiadens* (1977) omschreef het recht op gezondheidszorg van de hulpvrager als het recht op de integrale beantwoording van zijn hulpvraag. Het gaat allereerst om de herkenning van zijn feitelijk tekort – tijdelijk of

van langere duur – in vermogen tot zelfzorg.

In de ontmoeting met de hulpverlener, in de gezamenlijke verantwoordelijkheid van hulpvrager en hulpverlener waarop *Dokter* (1978) wees kan worden vastgesteld hoe het recht op gezondheidszorg voor dit geval hier en nu moet en mag worden geëffectueerd. In die ontmoeting op microniveau wordt de betrekkelijke waarde van de gezondheid en de zorg voor het gezonde bestaan vastgesteld. De integraal van al dergelijke ontmoetingen is de werkelijke waarde van de gezondheidszorg in onze samenleving.

De vraag zal ongetwijfeld rijzen of in het bovenstaande in niet al te absolute zin de waardebepaling van de gezondheidszorg is gelegd bij de ontmoeting van hulpvrager en hulpverlener. Er is immers een niet onbelangrijk gebied van de gezondheidszorg zonder directe, althans zonder direct persoonlijke hulpvraag. De gezondheidsvoorlichting en -opvoeding en de situationele interventie kunnen niet wachten op de hulpvraag. Er moet ook op organisatorisch terrein nogal wat geregeld worden voordat het paar hulpvrager-hulpverlener zijn stem heeft laten horen. Er zullen bovendien van bovenaf voor een goed geordend gezondheidszorgsysteem een aantal bemoeiingen noodzakelijk zijn om het proces aan de voet optimaal te doen verlopen.

Niettegenstaande deze terechte tegenwerpingen blijf ik van oordeel dat bij een democratische gezondheidszorg de waarde van anderen op wordt vastgesteld. Alles wat gebeurt aan GVO, aan situationele interventie en aan zorg voor het functioneren van het systeem dient in laatste instantie te worden getoetst aan wat vanuit de miljoenen contacten tussen hulpvragers en hulpverleners aan informatie en terugkoppeling wordt gemeld. Tenslotte kan ik niet eindigen zonder de wat sombere opmerking dat een door mij – en gelukkig ook anderen – voorgestane democratische gezondheidszorg nauwelijks mogelijk is zolang de specialistische geneeskunde en de intramurale zorg zo domineren als op het ogenblik nog het geval is, mede door de houding en de keuze van een groot deel der consumenten.

Literatuur

- Aakster, C. W.: Ziekte, gezondheid en gezondheidsverstoring in westerse samenlevingen. In: *Leerboek medische sociologie* o.r.v. C. W. Aakster en G. Kuiper, Wolter-Noordhoff/van Loghum Slaterus, Groningen/Deventer, 1978.
- Beemer, Th: Ethische bezinning op de koers van de gezondheidszorg. In: *Waarheen met onze gezondheidszorg*, Ambo, Baarn, 1977.
- Dokter, H. J.: De mens als middelpunt. In: *Integratie als doelstelling en middel binnen de gezondheidszorg*. De Tijdstroom, Loghem, 1978.
- Doorn, J. A. A. van en C. J. Lammers: *Moderne sociologie*. Aula 29, Utrecht/Antwerpen, 1964.
- Festen, H.: De doelstelling van de gezondheidszorg en de taak van de KNMG, 28 (1973) 125.
- Hattinga Verschure, J. C. M.: Ontwikkeling van zorgcriteria voor herstructurering van de gezondheidszorg. *Het Ziekenhuis* 2 (1972) 500.
- Hubbeling, H. G.: Analytisch filosoferen. In: *Filosoferen; gangbare vormen van wijsgerig denken* o.r.v. R. C. Kwant en S. IJsseling. Samsom, Alphen a/d Rijn/Brussel, 1977.
- Kuiper, J. P.: Op zoek naar onsterfelijkheid. In: *Op leven en dood*. Cahiers bio-wetenschappen en maatschappij 1 (1974) nr. 5.
- Kuiper, J. P.: Het zal onze zorg zijn. Van Gorcum, Assen 1975.
- Kuiper, J. P.: Zorg voor het gezonde bestaan. In: *Bouw en werking van de gezondheidszorg in Nederland* o.r.v. E. W. Roscam Abbing, Bohn, Scheltema en Holkema, Utrecht. Verschijnt in de loop van 1978.
- Leenen, H. J. J.: Ziekten van het gezondheidszorgsysteem. In: *Integratie als doelstelling en middel binnen de gezondheidszorg*. De Tijdstroom, Loghem, 1978.
- Philipsen, H.: Omvang van de gezondheidszorg onder invloed van maatschappelijke ontwikkelingen. In: *Leerboek medische sociologie* o.r.v. C. W. Aakster en G. Kuiper, Wolters-Noordhoff/van Loghum Slaterus, Groningen/Deventer, 1978.
- Spruit, J. P.: Ziekte en gezondheid in niet-westerse culturen. In: *Leerboek medische sociologie* (zie hieraan voorafgaande verwijzing).
- Thiadens, A. J. H.: Rechten en plichten van de patiënt. In: *Integratie als doelstelling en middel binnen de gezondheidszorg*. De Tijdstroom, Lochem.
- Viaene, J.: Schade aan de mens. Deel III. *Evaluatie van de gezondheidsschade*. Maarten Kluwer, Antwerpen/Amsterdam, 1976.
- Vries, J. de: *Nederlands Etymologisch Woordenboek*, E. J. Brill, Leiden, 1971.

Begeleiding van huisartsopleiders

Samenvatting van een explorerend evaluatieonderzoek

Tussen september 1976 en december 1977 organiseerde de staf van de beroepsopleiding (afdeling Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Groningen) *heengaplan II*, een project om huisartsopleiders in hun opleidingssituatie te begeleiden. In dit kader werd voor vaste groepen van circa tien huisartsopleiders een driedaagse persoonsgerichte training in een conferentieoord georganiseerd, gevolgd door zes middagbijeenkomsten, de zogenaamde heengamiddagen. De verwachting was dat door deze opzet een klimaat van vertrouwelijkheid en veiligheid zou worden geschapen, waarin de deelnemers de zaken die voor hen moeilijk of onduidelijk waren beter ter sprake zouden kunnen brengen. Deze verwachting is uitgekomen. Het overgrote deel van de ondervraagden is niet alleen tevreden over deze cursus, maar blijkt inderdaad voor hen moeilijke of onduidelijke zaken bespreekbaar te kunnen maken. In totaal namen 65 opleiders aan dit plan deel, dat is ongeveer de helft van het aantal functionerende opleiders. Nadat vijf groepen met 46 deelnemers hun programma hadden beëindigd, werd een onderzoek gedaan naar de resultaten van het project. Bij dit evaluatieonderzoek kunnen geen wetenschappelijk verantwoorde criteria worden aangelegd, omdat: 1. het onderzoek na afloop van het project plaatsvond, zonder dat tevoren was vastgelegd welk doel iedere opleider individueel wilde bereiken; 2. degenen die het onderzoek uitvoeren ook deelnamen aan de begeleiding van de groepen, te weten de agogoog en twee huisarts-groepsbegeleiders.

door *Carl van Heel,*
Betty Meijboom-De Jong
en *Henk Nijhuis*

De auteurs zijn respectievelijk werkzaam als huisarts-groepsbegeleider, huisarts-groepsbegeleidster en agogoog.

Leerervaringen en bruikbaarheid

Het doel van dit evaluatieonderzoek was de opgedane leerervaringen en de bruikbaarheid daarvan te inventariseren. 42 Opleiders beoordeelden *heengaplan II* als positief tot zeer positief en hun leerervaringen als bruikbaar tot zeer bruikbaar. Twee opleiders oordeelden zeer negatief: één verliet de groep tijdens de driedaagse training, de ander verscheen niet op de heengamiddagen. De meerderheid van de opleiders geeft aan veel te hebben geleerd en dit ook in de relatie met de arts-assistent te kunnen gebruiken en ook in relatie met patiënten, sommigen evenzo in de privésfeer: inzicht in eigen functioneren, het zich bewust worden en het hanteren van gevoelens, het opvangen van (non-verbale) signalen zijn de meest belangrijke leerpunten. Vooral de onderlinge feed-back bleek nuttig. Omdat de antwoorden op de verschillende vragen niet per opleider gerubriceerd zijn, is uit het verslag niet te lezen dat de antwoorden per opleider op de vragen naar 'leerervaringen' en 'bruikbaarheid' in elkaars verlengde liggen: opleider X antwoordt bijvoorbeeld eerst: 'Ik heb geleerd dat ik mezelf niet zo directief hoef op te stellen', vervolgens: 'Ik zeg nu (tegen de arts-assistent) veel minder hoe het moet', en tenslotte: 'Ik

laat de patiënt zelf meer doen bij het oplossen van zijn probleem'.

Deze cursus was primair gericht op de relatie tussen opleider en arts-assistent, speciaal ook tijdens de nabespreking. Het gedrag van de opleider zelf kwam in de cursus ook ter sprake. De uitstraling van de leerervaring naar praktijk- en privésfeer wordt hiermee verklaard. Naar onze mening ligt dit gebied (oog krijgen voor eigen gedrag en functioneren) voor de meeste huisartsen nog braak. Hier ligt een instrument, namelijk de dokter zelf, nog ongebruikt. Dit 'instrument' is ons inziens een hulpmiddel dat aan de huisarts meer mogelijkheden biedt bij allerlei problematiek die hem dagelijks wordt aangeboden, vooral mogelijkheden voor een meer open, direct en daarmee vertrouwd contact met de ander. Zeer nadrukkelijk willen wij stellen dat deze instelling niet ten koste moet gaan van de somatiek. De vakkennis, vooral ook op somatisch gebied is en blijft zeer belangrijk.

Uit opleidingsoogpunt vonden wij een deelname van 65 opleiders onvoldoende. Wij menen dat vele opleiders het leereffect van de praktijkstage voor hun arts-assistent nog kunnen vergroten. Uitgaande van deze gedachte en gebruikmakend van suggesties en kritiek uit dit onderzoek, heeft de staf van de beroepsopleiding deelname aan het volgende begeleidingsplan, dat niet persoonsgericht is, verplicht gesteld.

Het volledige rapport 'Begeleiding van huisartsopleiders' is verkrijgbaar bij: Beroepsopleiding Huisartsgeneeskunde Ant. Deusinglaan 4, 9713 AW Groningen.

Oneigenlijk gebruik van bloedmonsters?

Juridische en medisch-ethische vragen met betrekking tot het gebruik van overtollige bloedmonsters voor wetenschappelijk onderzoek

Sedert 1 september 1974 wordt in Nederland de phenylketonurischescreening verricht bij alle pasgeborenen. Deze screening wordt gefinancierd door de AWBZ, hetgeen mogelijk werd gemaakt door het Besluit van 16 mei 1974 houdende wijziging van het Verstrekkingsbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968 (Stb. 323).

In de nota van toelichting wordt medegedeeld dat de tekst van artikel I, onderdeel F, waarbij het onderzoek naar het voorkomen van aangeboren stofwisselingsziekten als verstrekking in het pakket van de verzekering ingevolge de AWBZ wordt opgenomen zodanig is, dat ruimte wordt gelaten voor uitbreiding van het onderzoekprogramma naarmate daaraan behoefte blijkt te bestaan en de technische voorzieningen die daarbij nodig zijn beschikbaar komen. Voorts wordt medegedeeld, dat het mogelijk is om het onderzoek naar PKU zonder grote kosten uit te breiden met een onderzoek naar andere vergelijkbare, aangeboren stofwisselingsstoornissen waaronder galactosaemie. Voor de uitvoering van het PKU-onderzoek wordt gebruik gemaakt van de bevolkingsregistratie van de mechanische entadministratie. De ouders van de pasgeborene worden verzocht hun medewerking aan het desbetreffende onderzoek te verlenen via een voorlichtingsbulletin dat bij de aangifte van het kind op het gemeentehuis wordt uitgereikt. Voor de vroegtijdige onderkenning van deze stofwisselingsziekte wordt gebruik gemaakt van vier bloedmonsters, die via een hielprik op de zevende levensdag van de zuigeling worden afgenomen. Voor het verkrijgen van de

bloedmonsters wordt gebruik gemaakt van specifiek daarvoor geprepareerd filtreerpapier. Voor het onderzoek op phenylketonurie volgens de Guthriemethode, dat wordt uitgevoerd op de streeklaboratoria, zijn gewoonlijk twee bloedmonsters voldoende. De resterende twee bloedmonsters blijven over het algemeen ongebruikt en worden weggegooid.

De verantwoordelijkheid voor de organisatie en registratie van het PKU-onderzoek is opgedragen aan de provinciale kinderartsen, werkzaam bij de provinciale kruisverenigingen. Daar slechts twee van de vier bloedmonsters worden gebruikt is de mogelijkheid aanwezig de resterende bloedmonsters te gebruiken voor het verrichten van wetenschappelijk onderzoek, zoals bijvoorbeeld het ontwikkelen of toetsen van specifieke laboratorium-technieken, het verrichten van serologisch onderzoek op specifieke antistoffen, antigenen, hormonen of enzymen.

Dit wetenschappelijk onderzoek kan mogelijk een bijdrage leveren tot de vroegtijdige onderkenning van andere min of meer ernstige aandoeningen bij de pasgeborene, die al of niet reeds therapeutisch beïnvloedbaar zijn. Ook indien het onderzoek nog geen directe therapeutische consequenties heeft kan het epidemiologisch van belang zijn de prevalentie of incidentie van deze stoornissen te bepalen. Daar het bloed uiteraard met toestemming van de ouders wordt afgenomen voor een specifiek doel, namelijk de screening op phenylketonurie, kan het gebruik voor wetenschappelijke doeleinden van de resterende bloedmonsters worden beschouwd als oneigenlijk gebruik van de bloedmonsters.

Vanuit dit standpunt gezien is het verdedigbaar dat men eerst dan tot het gebruik van de resterende bloedmonsters voor wetenschappelijk onderzoek mag overgaan, indien de ouders daartoe toestemming hebben gegeven. Deze toestemming zou men impliciet kunnen verkrijgen door op het voorlichtingsbulletin te vermelden dat het af te nemen bloed voor de phenylketonurie-screening zal worden aangewend en eventueel voor wetenschappelijke doeleinden kan worden gebruikt. De vraag is of dit juridisch een voldoende basis is. Tevens kan de vraag worden gesteld of deze aanvulling op het informatiebulletin direct noodzakelijk is en of niet de verantwoordelijkheid en de beslissingsbevoegdheid voor het oneigenlijke gebruik van de resterende bloedmonsters ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek kan worden toevertrouwd aan een persoon bijvoorbeeld de provinciaal kinderarts en/of een instantie – bijvoorbeeld, de provinciale kruisvereniging – die reeds de verantwoordelijkheid draagt ten aanzien van de organisatie en uitvoering van de phenylketonurischescreening. Uiteraard kunnen voorwaarden aan deze beslissingsbevoegdheid worden gesteld door bijvoorbeeld vast te stellen dat van de genomen beslissing mededeling moet worden gedaan aan de regionale geneeskundig inspecteur. Indien men de resterende bloedmonsters gebruikt voor wetenschappelijk onderzoek kunnen zich tevens problemen voordoen van medisch-ethische aard, bijvoorbeeld indien men bij serologisch onderzoek aanwijzingen vindt voor een therapeutisch te beïnvloeden aandoening. Men kan de

bloedmonsters namelijk ter beschikking stellen voor wetenschappelijk onderzoek met en zonder code. Indien het wetenschappelijk onderzoek mogelijk therapeutische consequenties kan hebben lijkt het aangewezen de resterende bloedmonsters met code beschikbaar te stellen, zodat men bij positieve bevindingen via overleg met de huisarts en via deze vertrouwenspersoon met de ouders nader diagnostisch onderzoek bij de pasgeborene kan verrichten en indien mogelijk de aangewezen therapie kan toepassen.

Indien het wetenschappelijk onderzoek zodanige resultaten oplevert dat het zinvol kan worden toegepast in het algemeen belang, bijvoorbeeld voor screening van een therapeutisch te behandelen aandoening bij pasgeborenen, dan zijn uiteraard andere procedures nodig zoals inschakeling van de Gezondheidsraad, Centrale Raad voor de Volksgezondheid, Geneeskundige Hoofdingspectie, Ziekenfondsraad, het Departement voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne etc. De in dit artikel aan de orde gestelde problematiek verdient, gezien het algemeen belang ervan voor de volksgezondheid en het wetenschappelijk onderzoek, nadere bestudering.

Dr. A. J. Swaak, arts,
Provinciaal Kinderhygiënist voor de provincie Noord-Brabant.

VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- Amsterdam: Provincie Noord-Holland. Postbus 5180, Amsterdam-1000 NA, tel. 020-713417;
- Arnhem: Provincie Gelderland. Postbus 467, tel. 085-210857;
- Breda: Provincie Noord-Brabant. Postbus 2231, tel. 076-146323;
- 's-Gravenhage: Provincie Zuid-Holland, benoorden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Delft. Postbus 17160, tel. 070-551224;
- Groningen: Provincies Groningen en Drente. Postbus 145, tel. 050-232003;
- Leeuwarden: Provincie Friesland. Postbus 2204, tel. 05100-33393;
- Maastricht: Provincie Limburg. Postbus 46, tel. 043-14772;
- Rotterdam: Provincie Zuid-Holland bezuiden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Gouda en de provincie Zeeland. Postbus 2525, tel. 010-128110;
- Utrecht: Provincie Utrecht. Postbus 14042, tel. 030-516098;
- Zwolle: Provincie Overijssel en Oostelijk Flevoland. Postbus 418, tel. 05200-19828.

Sterke daling huwelijksvruchtbaarheid leidt tot stabilisatie geboortencijfer

De daling van het geboortencijfer is in Nederland minder sterk geweest dan in voorgaande jaren. Het cijfer is nu 12,5 per 1000 inwoners tegen 12,9 in 1976. Het lijkt er dan ook op dat een stabilisatie van het geboortencijfer in zicht is. De gesignaleerde daling is vooral veroorzaakt door een sterke daling van de huwelijksvruchtbaarheid (het aantal geboorten per 1000 gehuwde vrouwen in leeftijd van 15-45 jaar). Zou bijvoorbeeld de huwelijksvruchtbaarheid in 1975 hetzelfde zijn geweest als in 1960, dan zou het geboortencijfer twee keer zo hoog zijn geweest. Dit blijkt uit het jaarverslag van de Rijksplanologische Dienst over 1977.

De daling van de huwelijksvruchtbaarheid is niet uniek. Ook in de Bondsrepubliek Duitsland, Frankrijk en Groot-Brittannië heeft deze plaats gehad. Wat wel verrassend is, zo blijkt uit een aantal onderzoekprojecten in twaalf verschillende Europese landen, is dat politieke en sociaal-economische systemen niet van invloed blijken te zijn op de daling. In Oost-, West- en Noord-Europa vindt men dezelfde tendenties. Overal neemt de gezinsgrootte af en de meerderheid van de jonggehuwde vrouwen verwacht niet meer dan een of twee kinderen te krijgen.

Ook het sterftecijfer is in 1977 gedaald, van

8,3 per 1000 inwoners in 1976 tot 7,9 per 1000 in 1977. Het geboortenoverschot bleef daardoor gelijk aan dat van 1976, namelijk 63 000. Hiermee is voor het eerst sinds 1969 een einde gekomen aan de daling van het geboortenoverschot. De totale emigratie van Nederlanders sinds de Tweede Wereldoorlog is in 1977 gestegen tot boven de 500 000. Het immigratiesaldo bedroeg in 1977 per saldo 23 000. Dit is 1500 meer dan in 1976. Het aandeel van de migranten uit het Middellandse Zeegebied was 10 000 tegen 9 000 in 1976. Al met al groeide de Nederlandse bevolking met 81 000 aan tot 13 896 000 per 31 december 1977.

Kankerpatiënt en kankerbestrijding

Eenzaamheid is een gegeven dat in de gemiddelde ziektegeschiedenis van kankerpatiënten niet wordt vermeld. In de kliniek is het gevoelsleven van de lichamelijke zieke patiënt een wat secundaire aangelegenheid, wellicht vooral vanwege het feit dat de behandelende specialist de kankerpatiënt als ieder ander patiënt behandelt; elke zieke heeft als mens zijn eigen bijzonderheden en aan kennis daaromtrent heeft de specialist niet altijd of in de eerste plaats behoefte.

De zieke mens beseft evenwel dat het lichaam kenmerken vertoont die buiten het normale vallen. Het lichaam zoals hij of zij dat heeft leren kennen gedurende vele jaren is plotseling anders geworden, men kan er niet meer hetzelfde mee doen, erger: het is op onderdelen een nieuw bestaan gaan leiden, iets wat de eigenaar van dat lichaam niet meer beheerst. Zijn lichaam is gedeeltelijk weer vreemd geworden en de psychologen herinneren aan een terugval naar het stadium van ontdekking, een en ander vergelijkend met de puberteit.

Deze ontdekking, het zich weer vertrouwd maken met de mogelijkheden die de kwaal aan de patiënt toestaat, wordt bepaald door de persoon zelf, maar zeker ook door zijn omgeving. De patiënt ligt bijvoorbeeld op de kamer met andere patiënten en de uitwisseling van persoonlijke ervaringen biedt hem een gelegenheid zijn eigen situatie te analyseren. Het dagelijks of althans regelmatig wekerende bezoek dwingt hem als het ware telkens weer aan te geven hoe zijn situatie is: stationair, verergerd of verbeterd; een ontwikkeling die ook wordt bepaald door de ingestelde behandelingswijze.

door **Dr. L. Meinsma**



Dr. L. Meinsma is directeur van de Stichting Koningin Wilhelmina Fonds, Nederlandse Organisatie voor de Kankerbestrijding (NOK).

Maar zijn klachten en verschijnselen kunnen evenals het verloop van zijn ziek zijn nog zo goed omschreven en bepaald zijn, hij blijft zich bezighouden met de oorzaak van deze afwijking, de grondslag van de verschijnselen. En dan bemerkt hij vroeger of later een weliswaar meebuigende, maar in de eerste plaats ondoordringbare muur tussen hem en zijn dokter, tussen hem en zijn verpleegsters, tussen hem en zijn familieleden. Dan voelt hij zich daardoor geïsoleerd, verliest zelf contact en zijn eigen inzichten en fantasieën moeten de gestoorde communicatie tussen hem en derden gaan vervangen. De patiënt gaat een eigen bestaan leiden, waarin de onzekerheid één der bases vormt, maar door vragen te blijven stellen blijft hij zekerheid nastreven. Want er is meer. De andere zieke kamerogenoten beschikken over geheel andere informatie. Zij kennen de door artsen gestelde diagnose als het niet ook kanker is en de daaraan gepaard

gaande behandeling. Hun kennis van zaken is vrij concreet en zij bemoeien zich op hun eigen wijze met de aard van de aandoening van de minder zekere patiënt die onvoldoende feiten kent. De ervaringen in familie- en kennissenkring worden ter tafel gebracht en vermoedens en vergelijkingen worden op waarde getaxeerd.

De patiënt tast mee en zijn klachten zijn daarbij essentieel. Moe van het zoeken naar verklaringen, blij met ieder gevoel van verbetering, reëel of hem door derden gesuggereerd opgedrongen, begint de hoop in zijn eenzaamheid een steeds belangrijker rol te spelen. Hij wordt zich tegelijkertijd van nog iets anders bewust; zijn directe omgeving, zijn gezinsleden verwachten eigenlijk meer dan hij bieden kan: hij gaat niet zo hard vooruit als zijn gezonde of gezondere omgeving hoopt. Het rol-conflict – zijn eigen gedachtengang is anders dan zijn rol tegenover genoemde derden – verscherpt het isolement, zijn eenzaamheid krijgt een bijzonder karakter: hij moet zich naar buiten toe anders opstellen dan zijn situatie hem toestaat.

Zoekend naar lichamelijke veiligheid, zijn herstel, wordt hij op deze wijze geconfronteerd met storingen in de psychische en sociale veiligheid. Hij gaat het contact verliezen met de groep behandelende artsen in wie hij aanvankelijk zoveel vertrouwen had en met de groep gezins- en familieleden bij wie hij zich jaren heeft thuisgevoeld. Zijn isolement wordt compleet, zijn eenzaamheid gaat er bij horen en in die nieuwe situatie zal hij toch gedwongen zijn deze nog nauwelijks verwerkte situatie verborgen te houden voor zijn

omgeving; een contactverarming is het gevolg en verzwakt zijn bestaan. Vanzelfsprekend kan hij niet voorbij gaan aan de vraagstelling of kanker de ziekte is waaraan hij lijdt. De gedachte houdt hem voortdurend bezig, maar hij vermijdt zoveel mogelijk te luisteren naar een bevestiging van zijn gedachten, zelfs als hij de vraag aan derden al stelt. Hij stelt hem in negatieve zin aan zijn arts: 'Het is toch geen kanker, he?' Wacht nauwelijks op en luistert evenmin naar het antwoord dat door de dokter – aanvankelijk nogal eens ontvluchtend, dit vaak met de beste bedoelingen overigens – wordt gegeven. Diens ervaring in dit soort aangelegenheden komt de patiënt vaak goed van pas: kanker zou immers het einde betekenen.

De familie wil hij niet verontrusten en hij zal de vraag in die kring dus wel voor zich houden. Ze zijn er voorlopig niet op voorbereid, ook al kennen ze de aard van de ziekte en ze zouden met medelijden reageren als ze merken dat hij zich daarover zorgen maakt. Dát zeker vermijden, zo voelt de patiënt intuïtief.

Zijn gesprekken met de behandelend geneesheer en met de hem bezoekenden krijgen het karakter van volstrekte oppervlakkigheid, die mede bepaald wordt door de kleine wereld waarin hij zich bevindt. Zijn belangstelling voor de wereld daarbuiten is variërend, afhankelijk van zijn lichamelijke toestand, van zijn gevoel van nog betrokken te zijn bij wat buiten gebeurt en van zijn karakter. Ook zijn talent als toneelspeler blijkt van betekenis te zijn. Wat dit laatste betreft hoeft hij zich niet te onderscheiden van gesprekspartners in gedwongen of noodzakelijke ontmoetingen: de schijn druipt er desnoods af, maar gepraat wordt er.

De patiënt wordt te gelegener tijd uit het ziekenhuis ontslagen met een al of niet grote serie leefregels, toegespitst op het beruchte 'thuis verder opknappen'. De communicatie die routine-matige trekjes krijgt ten aanzien van de langzamerhand kleiner wordende bezoekerskring blijft van gelijkvormige aard; de patiënt is en blijft alléén met zijn ziekte die lang omgeven kan blijven met een geheimzinnig waas.

Aan de huisarts is in de meeste gevallen de taak toegedacht de patiënt verder in te lichten over de sombere

verwachtingen. Al of niet met hulp van pastores of naasten keert hij daarna pas weer terug in de groep waarin hij thuishoort. Maar die kleine groep, het gezin waarin hij is opgenomen, is ook mentaal veranderd. Het contact verloopt aanvankelijk stroever en lijkt weer opnieuw te moeten worden aangeleerd. De nieuwe relatie tussen hem en zijn naasten kan zich evenwel gelukkig herstellen en inhoudvoller worden dan ooit. Of dit zijn gemoedsrust bevordert wordt mede bepaald door zijn ziekte-toestand en zijn aanvaarding van het onvermijdelijke.

De kankerpatiënt, deze mens in zijn geheel, kan door de arts – wellicht vaker dan hij zich dit realiseert – onvoldoende tegemoet worden getreden, omdat de medicus in de eerste plaats wordt opgeleid tot vaststelling van de aard en behandeling van de organische afwijking. Door een geleidelijk groeiende aandacht in het leerprogramma voor de psychische omstandigheden tijdens de ziekte, maar vanzelfsprekend ook naarmate de praktiserende arts ouder wordt overziet deze meer aspecten van de zieke mens en kan zijn optreden daardoor inhoudvoller worden. Hij ziet in de regel geen taak voor de psycholoog als medebegeleider van de patiënt. Zijn oordeel kan daarbij mede gebaseerd zijn op ervaring met geestelijke verzorgers; nog iemand meer aan het ziekbed? Alléén bij kankerpatiënten, nee, dat liever niet! En daarbij gaat de arts voorbij aan het feit dat de kankerpatiënt door hemzelf op zo geheel andere wijze wordt benaderd, waardoor de patiënt zelf al lang leerde beseffen dat hij 'ergens' een bijzondere positie inneemt. Ook de eeuwenoude traditie, die bepaalde dat de arts de vertrouwensman is en wil blijven van de zieke, speelt hierbij een rol van betekenis: blind zijn voor een evolutie die elders overal zichtbaar is, maar ook het uitblijven van voldoende concrete gegevens over de mogelijkheden van het hulp kunnen bieden door een psycholoog. Wel blijkt soms dat de patiënt blijft tobben met zijn situatie, blijkend uit de vragen als: zullen we er nog eens iemand bijhalen? De behandelende specialist en de huisarts beleven een situatie die ze beiden ervaren als het zwaarste deel van hun praktijkvoering.

Wat weet een patiënt van kanker?

Er is evenwel een met het voorgaande samenhangende aangelegenheid waarop moet worden geattendeerd. Dat is het lot van de patiënt, waarvan het bovenstaande een onderdeel is. Dat lot wordt in eerste instantie in niet geringe mate bepaald door de patiënt en de huisarts samen. De patiënt draagt de toch vaak onmogelijke verantwoordelijkheid om het moment te fixeren, waarop hij ziek genoeg is medisch advies in te winnen bij zijn huisarts. Deze bepaalt daarna de ernst van de situatie waarin de patiënt verkeert, stelt hem al of niet terecht gerust, bestelt hem terug of verwijst hem naar de bevriende specialist. De som van deze onderdelen van de diagnostiek bepaalt niet slechts de eventuele 'verzuimde tijd' maar tevens de behandeling als de uiteindelijke diagnose kanker blijkt. De huisarts zou vandaag de dag wel eens onvoldoende in staat kunnen zijn naar de huidige inzichten te beoordelen in welke ziekenhuizen welke vorm van kanker het best zou kunnen worden behandeld. De tendens tot concentratie van de zeldzamere vormen van kwaadaardige gezwelziekten, die bij oncologisch gespecialiseerde specialisten duidelijk waarneembaar is, wordt weliswaar nog niet gebaseerd op betere behandelingsresultaten in ziekenhuis A bereikt, vergeleken met die in ziekenhuis B, maar op de overigens gezonde gedachtengang dat de techniek van behandeling vooral ook wordt bepaald door de verworven ervaring van de specialist. Bevordering van de publikatie van meetbare resultaten van betere behandelingswijzen zal van invloed kunnen zijn op het 'doorverwijzingsbeleid' van de huisarts die eventueel van het gebruikelijke verwijzingspatroon in zijn praktijk kan afwijken. De patiënt draagt de primaire, bijna onmogelijke verantwoordelijkheid zelf het moment van voldoende ziek zijn te bepalen. Het onmogelijke daarvan is van tweeërlei aard. Hij kent immers noch de snelheid van celdeling in de tumor die hij bij zich draagt, noch de mogelijke betekenis van de symptomen van de ziekte die hij bij zichzelf in heel veel gevallen opmerkt. Want de feitelijke prikkels die hem van buiten bereiken zijn in de regel anders. Hij verneemt vooral dat de tweede doodsoorzaak in Nederland

(tientallen vormen van) kanker is en dat hieraan in 1976 ruim 29.000 mensen overleden. Dit feit beheerst de publieke opinie maar ook de mogelijkheden voor een kankerbestrijdingsprogramma. Aangenomen moet worden dat dit sterftegegeven, samen met ervaringen in eigen familie- en/of kennissenkring, de publieke opinie en dus de toekomstige patiënt vooral negatief beïnvloedt; de irrationele roep naar gericht bevolkingsonderzoek 'op kanker' zal er steeds sterker door worden, terwijl positiever berichten over kanker zullen worden geweerd.

Enige verdere gegevens

Uit *tabel I* blijkt dat slechts een beperkt aantal kankerlokalisaties de sterfte wegens kanker feitelijk bepalen. Na longkanker (23% van de totale kankersterfte) bepalen kanker van de maag (10%), borstklieren (9%) en dunne en dikke darm (8%) vooral nog het beeld, dat wil zeggen ongeveer de helft van de kankersterfte is te wijten aan kanker van genoemde organen.

Enige vormen van kanker zijn geheel of praktisch geheel te voorkomen: longkanker (roken), mesothelioma, een zeldzaam voorkomend gezwel in de borstholte (asbest), en de meest optredende vorm van huidkanker (zonlicht), welke vorm van kanker evenwel gelukkig meestal geneesbaar is. Van sommige vormen van kanker kan door gericht bevolkingsonderzoek (vroege opsporing) de diagnose en dus ook de behandeling worden vervroegd. Het betreft hier longkanker (rö-onderzoek), borstklierkanker (rö-onderzoek) en een voorstadium van baarmoedermondkanker (uitstrijk van schedé-inhoud). De genezingskansen voor de verschillende vormen van kanker zijn blijkens *tabel II* sterk verschillend (de genezingskansen worden ondermeer bepaald door het tijdstip van ontdekking, de primaire lokalisatie van de aandoening, de leeftijd van de patiënten en dergelijke). Deze kerngegevens bepalen in de eerste plaats de mogelijkheden van een kankerbestrijdingsprogramma.

De organisatie van de kankerbestrijding

Van Dale omschrijft bestrijding als

Tabel I – Sterfte in 1976 (CBS-gegevens) wegens kanker

lokalisatie	in % van totaal	mannen	vrouwen
maag	10	1819	1130
dunne en dikke darm	8	1135	1312
endeldarm	4	603	458
alvleesklier	5	750	581
longen	23	6308	479
borstklieren	9	23	2479
baarmoedermond	1 1/2		400
baarmoederlichaam	1		367
eierstokken	3		859
prostaat	5	1577	
nieren	2	333	223
urineblaas	3	627	229
ziekte van Hodgkin	1/2	87	62
leucaemie	3	518	410
overige lokalisaties	22	3499	3060
Totaal	100	17279	12049

Tabel II – Gemiddelde genezingskansen (zonder bevolkingsonderzoek)

lokalisatie	genezingskansen in %
huidkanker	tenminste 90
baarmoedermond	60
borstklieren	40
maag	10
longen	5

'het bevechten van' en in deze zin zijn alle maatregelen ter voorkoming van (vormen van) kanker eigenlijk alléén bestrijdende maatregelen. Het begrip kankerbestrijding wordt evenwel in de praktijk in veel ruimere zin gehanteerd en omvat naast voorlichting over preventie en eliminatie van kankeroorzaken ook de vroege opsporing van bepaalde vormen van kanker, de behandeling van kanker en de verdere zorgverlening aan kankerpatiënten, het kankeronderzoekprogramma, enz. Dat betekent derhalve dat de op de patiënt gerichte kankerbestrijding vooral plaatsvindt in ziekenhuizen (diagnostiek en therapie), maar daarnaast is de research een zeer gewichtig deel van de kankerbestrijding. De behandeling van kankerpatiënten, in de ruimste zin van het woord, is onderdeel van het medisch verzorgingspakket, gefinancierd door de ziekenfondsen. Het researchprogramma komt ten laste van de overheid (Academische Ziekenhuizen) en van het Koningin Wilhelmina Fonds.

De praktische betekenis van de vroege opsporing van enige vormen van kanker wordt momenteel ten laste van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, getest in enige regio's in Nederland. Door de Stichting Volksgezondheid en Roken wordt momenteel een nog weinig zinvolle campagne tegen het roken gevoerd. De uitbouw van de strijd tegen kanker bij jongeren komt in de komende vijf jaren ten laste van het speciale KWF-fonds 'Geven voor Leven.'

Publieke belangstelling voor kanker

Wegens het vaak voorkomen van kwaadaardige aandoeningen is de mens (vermoedelijk) in hoge mate geïnteresseerd in het kankervraagstuk, in het bijzonder wanneer men in eigen kring met de ziekte te maken krijgt. De publiciteitsmedia zorgen er verder voor dat buitenlandse berichten over (veelal vermeende) spectaculaire vorderingen in de kankerbestrijding

bekend worden, terwijl ook vorderingen in Nederland grote aandacht verwerven.

Los hiervan is vroege opsporing van (een voorstadium van) kanker van de baarmoedermond via politiek en door pressiegroepen (waaronder zakelijk bij dit onderzoek betrokken medici) in voortdurende discussie.

Veel minder blijvende aandacht trekt de voorlichting over de nadelen van het roken. De op fondsenwerving gerichte publiciteit van de Nederlandse Vereniging tot steun aan het Koningin Wilhelmina Fonds vermijdt een met 'kanker-dreigende' ondertonen nauwelijks.

De Stichting Koningin Wilhelmina Fonds probeert door medische voorlichting over kankeraangelegenheden de bestaande kankervrees te relativiseren. De informatiestroom naar het individu is – zo blijkt uit het vorenstaande – door de verschillende bronnen van herkomst van uiteenlopend karakter met als gevaar: verwarring als gevolg waarvan struisvogelpolitiek niet denkbeeldig is.

Kankerbestrijding en perspectieven

Het is thans mogelijk de meest voorkomende vorm van kanker, longkanker, te voorkomen, indien het roken van tabaksprodukten, vooral van sigaretten, gestopt zou kunnen worden. Door deskundige toepassing van bepaalde cytostatische middelen kunnen o.a. enige hoofdvormen van leucaemie gunstig beïnvloed worden, terwijl voor deze groep van aandoeningen verdere beheersing van beenmergtransplantaties mogelijkheden zou kunnen gaan bieden.

Jarenlange ervaring met vroege opsporing van een voorstadium van cervixca (o.a. in British Columbia, Can.) heeft aldaar een nauwelijks significante sterftedaling van deze aandoening opgeleverd. In de Verenigde Staten gaan steeds krachtiger wordende stemmen op tegen toepassing van röntgenonderzoek (mammografie) bij de opsporing van borstklierkanker bij vrouwen, jonger dan 50 jaar, wegens stralenschade. De stralendoses benodigd voor dit onderzoek zijn namelijk aan de hoge kant. Deze methodiek biedt een betrekkelijke verhoging van de genezingskansen

van borstklierkanker.

De opsporing door middel van röntgenonderzoek van vroege stadia van longkanker is technisch mogelijk, terwijl de verhoogde risicodragers (degenen die roken) gemakkelijk opspoorbaar zijn. Ook hier is echter de genezingskans minder sterk te verhogen dan wenselijk ware, terwijl de doelgroep (de rokers) onvoldoende bereid is aan het opsporingsonderzoek deel te nemen. Opsporing van occult bloed in faeces voor diagnostiek van (pre-) maligne afwijkingen in dikke- en endeldarm bevindt zich in een experimenteel stadium.

Blijkens recente persberichten overweegt de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne door wettelijke bepalingen een einde te maken aan de vrij ongecontroleerde ontwikkelingen op het gebied van bevolkingsonderzoek. Ook de theoretisch aanvaarde mogelijkheden van chemo-preventie (toediening van retinoiden (synthetische vitamine A) die voor een normale celontwikkeling (epitheel) essentieel zijn en wellicht derhalve kanker-preventief van betekenis geacht mogen worden) zijn nog verre van praktisch toepasbaar. De opsporing van kankerverwekkende elementen in het leefmilieu (c.q. industrie) wordt bemoeilijkt door het complexe karakter van dat leefmilieu en de vaak betrekkelijke betekenis van daarmede samenhangend proefdier-onderzoek. Behalve verandering van het rookgedrag van degenen die nog roken en de relatief beperkte participatie in vroege opsporing van enige vormen van kanker, blijft de taak van het individu om de ziekte kanker naar vermogen te bedwingen bestaan uit zijn verantwoordelijkheid bij klachten en/of symptomen die op een kankergezwel zouden kunnen wijzen zo snel mogelijk medische controle in te schakelen. Eliminatie van longkanker en het zo vroeg mogelijk instellen van therapie bij kanker kunnen resulteren in een verhoging van de huidige overall-genezingskansen van ruim 20% tot wellicht 40 à 50%.

Het huidige reageren op deze perspectieven

De mogelijkheden die het individu heeft om passend te reageren op dreiging van kanker zijn blijkens het voorgaande beperkt of worden als

onplezierig ervaren (bijvoorbeeld niet-roken). Bij een sterfte wegens kanker van 1 per 4 sterfgevallen in ons land en een berichtgeving die in zekere mate tot verwarring kan leiden lijkt een klimaat te ontstaan, waarbij:

- van medische zijde in het openbaar optimalisering wordt bepleit van de organisatie c.q. coördinatie van kankerresearch en/of (vroeg)-diagnostiek en behandeling van kanker als een hoopvol perspectief wegens hogere genezingskansen, zonder dat duidelijk wordt gemaakt waarom een nieuwe (administratieve) opzet van bijvoorbeeld de organisatie (zoals integrale kankercentra) werkelijk deze hoop kan rechtvaardigen;
- van para-medische zijde (psychologen, medisch sociologen, enz.) regulatie van begeleiding van kankerpatiënten nadrukkelijk wordt bepleit, zonder m.i. onderliggende feiten omtrent oplossing van problemen, zoals de zeer persoonlijke omstandigheden van iedere kankerpatiënt, in de verschillende stadia van zijn ziekte;
- door de bevolking enerzijds vertrouwen wordt uitgesproken in de hiervoor onder a en b bepleite nieuwe regelingen, anderzijds overschatting plaatsvindt van de mogelijkheden die bevolkingsonderzoek op kanker kan bieden;
- ook de kankervrees lijkt te moeten worden aangewakkerd (ten bate van de hogere opbrengsten voor de kankerbestrijding) door een killer wordende en toenemende professionele aanpak van de kankerfondsenwerving. Men moet vrezen, dat mogelijk enkele procenten hogere dan de huidige (ruim 20% overall)-genezingskansen voor kanker niet of nauwelijks de niet of onvoldoende door onderliggende daadwerkelijke verwachtingen gerechtvaardigde roep compenseren om meer fondsen voor een verdere organisatie van de diagnostiek en behandeling van kanker en indringender wordende wervingscampagnes daarvoor.

Wat zijn we met elkaar aan het doen?

Het lijkt weinig moeite te gaan kosten om vast te stellen dat de kankerbestrijders niet of zeer onvoldoende rekening houden met de patiënt die in het ziekenhuis, maar vooral thuis met zijn naaste omgeving,

zeer langzaam leert beseffen dat, ondanks alle krantekoppen en TV-uitzendingen, zijn verwachtingen tijdens zijn ziekte geleidelijk kleiner worden door die heel eigen en persoonlijke ervaringen. Natuurlijk, de kankerbestrijders moeten vooruitkijken. Maar waarnaar eigenlijk? Tijdens een röntgenologencongres in Duitsland in 1977 werd onder meer opgemerkt dat het in de afgelopen jaren niet gelukt is het genezingspercentage bij kanker door therapeutische maatregelen beslissend te verbeteren. De spreker, een radiotherapeut uit Kassel, had zijn hoop gevestigd op behandeling van kanker, voordat van uitzaaiingen sprake is. Op zichzelf beschouwd allerminst een nieuw element in de discussie, maar daardoor juist wat misleidend en gevaarlijk, omdat het bevolkingsonderzoek andermaal – zij het indirect – bepleit werd. In het voorgaande werd al opgemerkt dat nog voor geen enkele kankerlokalisatie is bereikt, dat door (jarenlang) vroege opsporingswerk de sterfte van de desbetreffende kankervorm afnam.

Ondanks allerlei goede bedoelingen en velerlei inspanningen verkeert de bestrijding van kanker, dat wil zeggen het terugdringen van de vele vormen van kanker, in een fase waarin alle betrokkenen zich dienen af te vragen of – gezien de patiënten-belangen – niet bewust moet worden gestreefd naar beperkingen van de nieuwsstroom. Werkelijke doorbraken zijn er beslist niet, enkele cytostatische (celgroei-remmende) middelen bieden enig perspectief bij bepaalde kankervormen, maar massaal stoppen met tabaksgebruik zou het kankerprobleem ruim 20% verkleinen; maatregelen daartoe blijven echter vooralsnog minimaal. Bij een sterfte wegens kanker van ongeveer 30.000 mensen per jaar in ons land kan men aannemen dat 40.000 à 50.000 mensen wegens deze ziekte bedlegerig of in meer of mindere mate aan huis gebonden zijn. Als meetbaar is dat de zorg rondom de kankerpatiënt en zijn naaste omgeving verbeterd moet en kan worden, dan dient daartoe alles in het werk te worden gesteld.

Wat kan op korte termijn verder gedaan worden?

Naast de zorgverlening aan de

kankerpatiënt zal het van belang zijn, vast te stellen of de kankerpatiënt in ons land in ieder ziekenhuis dat hij kiest of waarin hij terecht komt zo goed mogelijk wordt behandeld, met andere woorden: of de resultaten van behandeling voor elke patiënt in ons land gelijkwaardig zijn. Het verwerven van inzicht in deze aangelegenheid is evenwel bijzonder moeilijk. Het meten van behandelingsresultaten is in de regel niet te baseren op een simpele registratie van kankerpatiënten met een daaraan gekoppelde follow-up administratie. Men zal daarom afspraken moeten maken over de aard van de te verzamelen gegevens, noodzakelijk voor een wetenschappelijk te bepalen therapie-evaluatie. Aan dit onderzoek moeten vanzelfsprekend de toonaangevende behandelingscentra deelnemen, maar ook een representatieve steekproef uit alle andere ziekenhuizen. Wanneer uit zo'n onderzoek duidelijke verschillen in resultaten merkbaar zouden worden dan is het een primaire taak om bijvoorbeeld door middel van extra specialistenopleidingen, enz. hierin verandering te brengen. Het is tevens noodzakelijk om het gerichte bevolkingsonderzoek op kankervormen die plaats te verschaffen die wetenschappelijk verantwoord is; in feite zal dat betekenen het terugdringen daarvan ten gunste van screening van high-riskgroepen. Het tabaks- en alcoholgebruik zijn ernstige risicofactoren met betrekking tot bepaalde kankervormen en hart- en vaatziekten. Het is zaak om door

middel van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding het leefpatroon (ook voeding!) van onze bevolking te beïnvloeden, teneinde de bestaande primaire kankerpreventiemogelijkheden te realiseren en los daarvan de vroege kankerdiagnostiek te bevorderen. Dit zijn voorwaar geen geringe taken in het kader van de kankerbestrijding, maar elke genoemde taak zal op den duur belangrijke effecten hebben. Het is wel duidelijk dat de kankerbestrijders bij de uitvoering van deze taken niet of nauwelijks naar publiciteit moeten streven. Dit werk moet 'binnenskamers' gebeuren, waarbij hulp van psychologen, medische sociologen, enz., niet of nauwelijks nodig is.

Tenslotte weer de patiënt

Het is duidelijk dat de kankerpatiënt vooralsnog zal blijven en daarom de publieke opinie zal blijven bezighouden. Voor zijn omstandigheden en de eventuele verbetering daarvan dient de organisatie van de kankerbestrijding derhalve een open oog te houden. Als in het kader van de eerste- en tweede lijns gezondheidszorg lacunes bekend zijn of kunnen worden opgespoord, dan is het treffen van een pakket regelingen daarvoor een recht voor deze grote groep patiënten. De eenzame kankerpatiënt dient ieders aandacht vast te houden, omdat alle doen en laten op en door deze patiënt gericht moet zijn.

Amsterdam, zomer 1978

MAATSCHAPPIJ-AGENDA 1978

- | | |
|------------------------|----------------------------------|
| 2 juni (vrijdag) | – Ledenvergadering LHV |
| 22 september (vrijdag) | – Algemene Ledenvergadering KNMG |
| 21 oktober (zaterdag) | – Ledenvergadering LAD |
| 28 oktober (zaterdag) | – Ledenvergadering LSV |
| 3 november (vrijdag) | – Ledenvergadering LHV |

Paulus de Wind en zijn proefschrift

Paulus de Wind werd op 8 mei 1714 te Middelburg geboren. Hij is afkomstig uit een Vlaams geslacht, waaruit in de 16e eeuw twee broers zich in Zeeland hebben gevestigd.

De vader van Paulus was Gerard de Wind (1685-1752), die eerst in Amsterdam theologie en later in Utrecht geneeskunde studeerde; in 1703 promoveerde hij *summa cum laude* op het proefschrift *De Ophtalmia*. In verband met het feit dat hij melk en boter verkocht, werd hij ook de 'melkdokter' genoemd.

Uit het huwelijk van Gerard de Wind met Elisabeth van Beekhoven werd Paulus geboren. Toen de jongen 9 jaar oud was ging hij naar de Latijnse school. Op 14-jarige leeftijd trok hij tezamen met zijn oudste broer Jan van Beekhoven de Wind¹ naar Amsterdam om zich op de studie der geneeskunde voor te bereiden. Daartoe dienden onder meer dagelijkse bezoeken aan de Stads- en Gasthuisapotheek en aan de hortus botanicus. Verder studeerde hij anatomie bij Prof. Roëll en botanie bij Prof. Burman. Toen Paulus 16 was ging hij naar Leiden om de medische studie voort te zetten. In 1734, hij was dus pas twintig, ondernam hij samen met zijn Schotse academiëviend Boswell uit Edinburg de reis naar Parijs om onder leiding van de Franse professoren² Grégoire³ en Dussé⁴ zijn studie, met name die van de verloskunde, af te ronden.

Deze gegevens danken we aan Samuel de Wind, Pauls zoon, die een kort levensbericht schreef⁵. Zelf vertelt hij nog in zijn later (1752) verschenen boekje *'t Geklemd hoofd gered*, dat hij omstreeks 1730 een college over de *Institutiones* van Boerhaave volgde, dat toen door Schlichting⁶ werd gegeven.

In de zomer van 1735 keerde Paulus

door **Mw. Drs. C. M. Verkroost**

Uit het Medisch Encyclopedisch Instituut der Vrije Universiteit (hoofd Prof. Dr. G. A. Lindeboom).

naar Middelburg terug, reeds op 26 augustus van dat jaar verdedigde hij zijn proefschrift *de abortu* onder auspiciën van Prof. Jacobus Wittichius (1671-1739). Op 18 december 1735 trouwde de jonge arts Berdina Tak. Het huwelijk was kinderrijk (dertien kinderen), maar alleen Samuel en Elisabeth bereikten de volwassen leeftijd. Na zijn promotie heeft Paulus de Wind zich aan verschillende sectoren van de geneeskunde en de geneeskunst gewijd, maar men kan zeggen dat de keuze van het onderwerp voor zijn proefschrift bepalend is geweest voor zijn latere zowel praktische als wetenschappelijke activiteiten⁷ en vooral ook voor het aanzien dat hij in Middelburg genoot. Daarom zullen we dit proefschrift nader bekijken⁸.

Inhoud

Paulus draagt zijn dissertatie op aan zijn vader, Gerard de Wind, aan zijn oudoom, Hendrik Pookx, en aan zijn oudste broer, Johan van Beekhoven de Wind. Hij legt de nadruk op hun verdienste als geestelijke leiders; Gerard de Wind als voorganger van de Mennonieten te Middelburg, Pookx als diaken en Johan van Beekhoven de Wind als pastor der Doopsgezinde Kerk te Gouda.

In de inleiding maakt de promovendus zijn excuses omdat hij de 'grootse

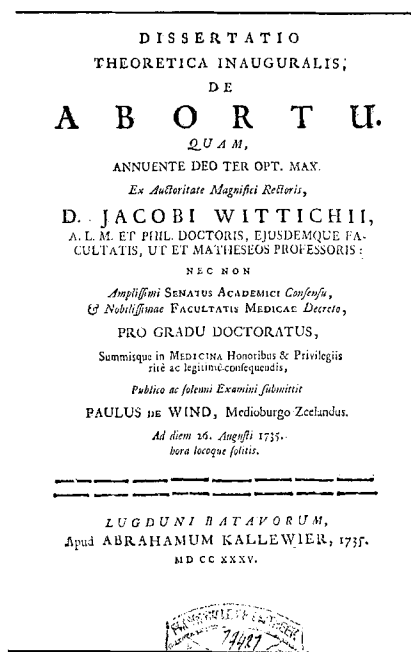
materie' van de theorie van de abortus op zo jeugdige leeftijd – hij was 21 jaar – heeft aangepakt, vooral omdat daarvoor nauwkeurig onderzoek nodig is. Hij wijst er op dat het menselijk leven zeer kwetsbaar is, 'want dat de mens niet alleen vanaf het eerste aanschouwen [van het levenslicht] tot aan het allerlaatste einde van zijn leven blootgesteld is aan duizenden ongemakken en gevaren, maar dat hij al in de moederschoot beproevingen doorstaat en dikwijls door een zeer weinig betekende oorzaak sterft, voordat hij geboren is.' Terugkomend op de belangrijkheid van het onderwerp zegt De Wind aan het slot van zijn inleiding: 'Nu echter mijn zeer geringe vermogens niet in overeenstemming met de verhevenheid en de waardigheid van de stof [zijn] beseffe de welwillende lezer dat ik, een beginneling en niet een meester, aan het woord ben en om deze reden ga ik, meer vertrouwend op uw welwillendheid dan op mijn capaciteiten aangaande deze zaak, ertoe over de theorie van abortus uiteen te zetten.'

De theoretische behandeling van het onderwerp begint met de verklaring van de term 'abortus' uit het Latijn 'aboriri' dat vergaan-verdwijnen betekent. Daarna wijst de auteur op het verwarrend gebruik van het woord; de ene keer is het 'ontijdige bevalling', de andere keer 'immatuure foetus', terwijl ook andere betekenissen voorkomen. Na de omschrijving van de mogelijkheden van het woordgebruik geeft de promovendus zijn eigen definitie, namelijk een onnatuurlijk uitdrijven van de uterus van een onrijpe foetus. Daarna grenst hij het begrip 'abortus' af van het begrip 'mola' en van een

natuurlijke bevalling; voor goede voorbeelden wordt naar A. S. Albinus⁹ verwezen.

Ook verder schrijft de auteur in de behandeling van het onderwerp voorzichtig van definitie tot definitie voort. In § VII bijvoorbeeld, wanneer hij een foetus rijp noemt 'als zijn ingewanden en ledematen zich verheugen in volmaaktheid en kracht, opdat hij zo toegerust, de beschadigingen van onze lucht kan weerstaan en de groei van zijn lichaam door vrij grove voeding kan nastreven.' De schrijver onderkent de moeilijkheid een abortus van een voortijdige geboorte af te grenzen. De meeste medici en rechtsgeleerden, zegt hij, noemen het uitstoten van het foetus tussen de tweede en de zevende maand abortus, daarna spreken ze van voortijdige geboorte. Maar Hippocrates, Sennert¹⁰ en Bohn¹¹ noemen elke geboorte voor het einde van de negende maand abortus. De Wind zelf let op het gevolg van de uitdrijving: blijft het kind in leven, dan spreekt hij van geboorte, indien niet, van abortus.

In § VIII wordt het hele gebeuren van de natuurlijke geboorte beschreven, waarna de auteur het verschil met een abortus uiteenzet. Voor een geboorte gaat hij uit van de samenwerking van twee factoren: de groei van het foetus en de rekbaarheid van de uterus. Een oorzaak van abortus kan derhalve onnatuurlijke stijfheid van de uterus zijn. De belangrijkste oorzaak ziet De Wind echter in onvoldoende samentrekking van de uterus en de buikspieren. Andere oorzaken worden verdeeld in natuurlijke en onnatuurlijke oorzaken; genoemd onder meer (XII) de plethora of volbloedigheid die een barsten van de gespannen uterusvaten kan veroorzaken waaruit een haemorrhagie uteri voortkomt, die dan weer een abortus ten gevolge heeft. De schrijver meent dat de neiging tot abortus de zwangeren eigen is die door plethora, ongunstige bewegingen 'nu eens van hun lichaam, dan weer van hun ziel en veel meer door vrij ruw stoten van hun buik, zoals ook door het opbruisen van het bloed dat geprikkeld is door een luxe dieet, dat rijk is aan wijn en door onmatige beoefening van de liefde.' Volgens § XIII zijn tijdens de zwangerschap alle ziekten met betrekking tot abortus te vrezen; genoemd worden onder meer peripneumonie, pleuritis en variola. In



de volgende paragraaf duidt de schrijver als oorzaak van abortus 'nogal sterke prikkels' aan, 'niet alleen direct maar ook indirect, die de contractie van de uterus kunnen bewerken, bijvoorbeeld door hoesten, braken, kneuzen of stoten van de buik', maar ook nier- of blaassteen, koliek, tenesmus, braak- en purgeermiddelen en diuretica behoren tot de bedoelde stimuli. Ook de uterus zelf kan abortus veroorzaken, namelijk als hij scirrhotisch of geulcereerd is of een litteken draagt. Voor de mogelijkheid dat de vliezen die het foetus omsluiten te dun zijn, noemt De Wind Mauriceau¹² als zegsman (XV). Als natuurlijke oorzaken voor abortus worden aangeduid: temperament, vorm van het lichaam, leeftijd, erfelijke aanleg en geslacht (CVI). Voor de verdeling van de niet-natuurlijke oorzaken van abortus wordt verwezen naar 'de groote Boerhaave, de Hersteller van de geneeskunde' (XXV), die een indeling geeft in vier klassen: de dingen die ingebracht, gedragen, vastgehouden in en uitgescheiden uit en van buiten aangebracht zijn aan het lichaam. In de paragrafen XXXVII, XXXVIII en XXXIX wijst De Wind op de tekenen die een abortus aanduiden en begeleiden.

Stellingen

Van de stellingen noemen we als voorbeelden I, VI en IX:

I. Probabilissimum videtur, corporis humani rudimentum jam ab ipso in in uterum ingressu, animatum esse. (Het lijkt zeer waarschijnlijk dat het eerste begin van het menselijk lichaam al vanaf het binnenkomen in de uterus, beziel is.)

VI. Caeteris paribus exclusio pueri ex utero difficilior est quam puellae. (In gelijke omstandigheden is het uitdrijven uit de uterus van een jongen moeilijker dan van een meisje.) Deze stelling heeft de jonge arts mogelijk ontleend aan gesprekken met moeders en bakers.

IX. Meconii praesentia in utero non semper testatur de morte foetus, ejuve respiratione.

(De aanwezigheid van kindspek in de uterus getuigt niet altijd van de dood van het foetus of van ademhaling.)

Over abortus provocatus spreekt de jonge promovendus niet, ofschoon hij die stellig gekend heeft. Dat hij er toch met geen enkel woord over rept, moet wel samenhangen met zijn hoge waardering van het leven die uit de inleiding en andere plaatsen van het proefschrift blijkt, als hij wijst op de kwetsbaarheid van de mens in het algemeen en de ongeborene in de moederschoot in het bijzonder.

Noten

1. De oudste zoon heeft de naam van zijn moeder vóór zijn eigen naam geplaatst, wat in de 18e en ook in de 19e eeuw vaker gebeurde; zie bijvoorbeeld Conrad Busken Huet (19e eeuw).
2. Het was in de 18e eeuw een verbreid gebruik, ter afronding van de medische studie enige tijd de colleges van een buitenlands, vooral een Frans professor te volgen (zie A. P. C. H. Knegtel: *Nederlandse medici te Parijs in de achttiende eeuw*; in: *Aere Perennius* nr. 27 juli/october 1977, blz. 53-59).
3. Grégoire Martin, arts te Tours en hoogleraar te Parijs, ± 1550.
4. Dussé, 18e-eeuws obstetricus, bekend geworden om zijn verbetering van de verlostang van Palfijn, in 1734, kort voor zijn dood.
5. Samuel de Wind, *summarium vitae Pauli Windii* (1790). Archief, Mededelingen van het Koninklijk Zeeuwsch Genootschap der Wetenschappen 1974 (blz. 11-19).
6. Jan Daniël Schlichting, geboren in 1703, studeerde in Leiden sedert 1729 (zie Haeser, *Geschiedenis der Geneeskunde*, vertaald door Israëls).
7. Publikaties op hetzelfde gebied:
 - a. 't Geklemd hoofd geredt (1752 Middelburg).
 - b. De vraag of het niet afbinden van de navelstreng volstrekt doodlijk is voor een eerst geboren kind (1757).

c. Correspondentie bijvoorbeeld met D. A. Gallandat (zie MC nr. 25/1975, blz. 771).

8. De vertaling van de dissertatie van Paulus de Wind door I. Poestkoke (medica) is in machineschrift aanwezig in het Medisch Encyclopedisch Instituut der Vrije Universiteit te Amsterdam.

9. B. S. Albinus (1697-1770), sedert 1721 hoogleraar in de anatomie en de chirurgie te Leiden. Hij wijdde zich onder meer aan de ontwikkeling van het foetus en liet daarbij instructieve etsen vervaardigen door Wandelaar.

10. Daniël Sennert (1572-1637), 1602 hoogleraar in Wittenberg. Hij stierf aan de pest.

11. Johannes Bohn (1640-1718), promotie 1665 te Leipzig, 1668 hoogleraar in de anatomie.

12. François Mauriceau (1637-1709), werkte in het Hôtel Dieu te Parijs als obstetricus en werd vooral beroemd door zijn werk: *Les Maladies des femmes grosses et accouchées* (1668), dat vele drukken heeft beleefd en in vele Europese talen werd vertaald, in het Nederlands door P. Camper in 1769. Zijn andere publikaties liggen meestal op compilerisch gebied, bijvoorbeeld met het doel Paracelsus met Galenus te verbinden.

Inschrijven voor het Ledencongres in Arnhem

In Medisch Contact nr. 25 van 23 juni jl. is veel aandacht besteed aan het aanstaande Ledencongres van de KNMG dat op 4, 5 en 6 oktober aanstaande wordt gehouden in Arnhem. Het complete programma van het recreatieve en het wetenschappelijk gedeelte, dat laatste gewijd aan het thema 'De adolescent in de geneeskunde', werd daarbij afgedrukt. Ook het inschrijfformulier treft u in dat MC-nummer aan. U gelieve dat tijdig in te sturen, vóór 1 september aanstaande.



Foto-wedstrijd

Vergeet ook niet foto's in te zenden voor de fotowedstrijd die wordt gehouden ter gelegenheid van dit 30ste Ledencongres. Informatie daarover wordt eveneens geboden in MC nr. 25 van 23 juni jl. Inzendingen worden vóór 1 september aanstaande tegemoet gezien door collega A. Jongerius, Van Borsseleweg 5, Oosterbeek (tel. 085-33 45 34)

Rapporten over rook- en drinkgewoonten

Behoeftte aan faciliteiten om met roken te stoppen

In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne werden door de Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek van Alcohol- en Druggebruik (SWOAD) te Amsterdam, onderzoeken uitgevoerd naar recente ontwikkelingen in het gebruik van alcohol, tabak en cannabis (marihuana, hasj) door jongeren van twaalf tot en met achttien jaar, en naar de rook- en drinkgewoonten van de Nederlandse bevolking van twaalf tot zeventig jaar. Het eerste onderzoek, dat zich richtte op jonge mensen van twaalf tot en met achttien jaar, vond in juni 1976 plaats in de gemeente Utrecht. Een van de conclusies is, dat er geen aanwijzingen zijn voor een afname van het roken door jongeren van de genoemde leeftijdsgroep, er zijn zelfs aanwijzingen dat er intensiever wordt gerookt.

Ook het aantal jeugdige alcoholgebruikers blijkt ten opzichte van enkele jaren geleden praktisch onveranderd te zijn, maar wel werd een grotere consumptie opgemerkt. Het roken en drinken versterken elkaar: de jongste rokers drinken meer dan hun leeftijdgenoten die niet roken, en de oudere niet-rokers drinken minder dan op grond van hun leeftijd zou worden verwacht. Een derde van de rokers vindt dat zij teveel roken, eenzelfde aantal verwacht veel moeite te hebben met roken

te stoppen, en de helft deed een vergeefse poging het roken te staken.

In het onderzoek wordt daarom gepleit voor een studie van de maatregelen, die een preventief of een remmend effect op de rookgewoonten hebben. Tevens wordt aangedrongen op het creëren van klinische en ambulante faciliteiten voor hen die met roken willen stoppen.

Uit het onderzoek is gebleken, dat het cannabisgebruik niet van grote betekenis was. Van de onderzochte groep had ten minste drie procent ooit hasj of marihuana gebruikt, en het aantal huidige gebruikers kon op minstens één, maar zeker niet meer dan drie procent gesteld worden.

Uit het onderzoek naar de rook- en drinkgewoonten van de Nederlandse bevolking blijkt dat de stijging van de alcoholconsumptie niet kan worden verklaard door een toename van het aantal alcoholgebruikers, maar een gevolg is van een hogere individuele consumptie. Ook in de regelmaat van het drinken werd een stijging geconstateerd.

De Nederlanders staan zeer tolerant tegenover het gebruik van alcohol: slechts vier procent van de ondervraagden zou jongeren het drinken willen verbieden. Het drinken vindt voornamelijk plaats in de huiselijke kring, zo blijkt uit het onderzoek. De leeftijd waarop het meest

gedronken wordt ligt tussen de negentien en negenentwintig jaar. Van een dagelijks gebruik van alcohol is als regel pas na het veertigste jaar sprake.

Wat betreft de rookgewoonten van de Nederlandse bevolking, kwam uit het onderzoek naar voren dat het aantal mannelijke rokers is gedaald van negen van de tien in 1958 tot zeven van de tien in 1976. Onder de volwassen vrouwen heeft zich daarentegen een stijging van het aantal rokers voorgedaan: van vier van de tien in 1958 tot vijf van de tien in 1976.

Een van de conclusies van het onderzoek is, dat er behoefte bestaat aan therapeutische faciliteiten voor hen die met roken willen stoppen. Met betrekking tot het alcoholgebruik wordt opgemerkt, dat er naast de bestaande alcoholistenzorg behoefte is aan behandelingsmogelijkheden, waar excessieve alcoholgebruikers matig kunnen leren drinken.

De beide rapporten 'Roken, drinken en cannabisgebruik voor jonge mensen' en 'Rook- en Drinkgewoonten, landelijk onderzoek naar de drink- en rookgewoonten van de Nederlandse bevolking' zijn verkrijgbaar bij de SWOAD, de Lairessestraat 39, 1071 NS Amsterdam, door overmaking van resp. f 9,50 en f 10,00 op postgiro nr. 68 67 34.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

Ch. J. Maats, voorzitter, H. Hoencamp, ondervoorzitter, Dr. E. J. C. Lubbers, E. Iwema Bakker, N. A. Meursing, leden; J. W. Jacobze (voorzitter LHV), Z. S. Stadt (voorzitter LAD) en Dr. A. Kastelein (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Mr. W. B. van der Mijl, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultz; 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.

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. Swenker, secretaris; bureautijden van 8.30-12.30 uur, Mw. A. van Zwol.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

J. I. van der Leeuw, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris.
Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

Drs. S. Duursma, directeur; J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur; Mw. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

J. M. G. Hoes, directeur; Mw. Mr. H. J. M. van Boxtel, directiesecretaris; Ellen van der Woude, secretaresse. Telefoon 030-887021 en 885411.

van het centraal bestuur

Aanpassing salarisrichtlijnen per 1 augustus 1978

Blijkens een publikatie in de Nederlandse Staatscourant dd. 21 juli 1978, nummer 140, geldt voor het overheids-personeel per 1 augustus 1978 de volgende salarismaatregel: de ambtenarensalarissen worden per 1 augustus 1978 verhoogd met 1.4%, waarvan 1.1.% wordt toegekend met inachtneming van een minimum, dat voor volwassenen f 19.25 bedraagt.

Tengevolge van deze salarismaatregel dienen de salarissen en andere bedragen, zoals vermeld in de salarisrichtlijnen per 1 juni 1978, gepubliceerd in MC nr. 24/1978, te worden verhoogd. Na deze wijziging luiden de nieuwe bedragen als volgt:

categorie I

aanvang	f 3.451,—
2e jaar	f 3.868,—
3e jaar	f 4.287,—
4e jaar	f 4.706,—
5e jaar	f 5.124,—
6e jaar	f 5.543,—
7e jaar	f 5.961,—

categorie II

aanvang	f 5.961,—
2e jaar	f 6.185,—
3e jaar	f 6.409,—
4e jaar	f 6.633,—
5e jaar	f 6.858,—
6e jaar	f 7.082,—
7e jaar	f 7.305,—

categorie III

aanvang	f 7.305,—
2e jaar	f 7.623,—
3e jaar	f 7.942,—
4e jaar	f 8.260,—
5e jaar	f 8.578,—
6e jaar	f 8.897,—
7e jaar	f 9.215,—

categorie IV

aanvang	f 9.215,—
2e jaar	f 9.522,—
3e jaar	f 9.829,—
4e jaar	f 10.135,—
5e jaar	f 10.441,—
6e jaar	f 10.748,—
7e jaar	f 11.056,—

2.1.1. De specialistentoelage wordt f 324,—

De geadviseerde salarissen voor assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist per 1 augustus 1978 zijn:

	<u>opl. 4 jaar</u>	<u>opl. 5 jaar</u>	<u>opl. 6 jaar</u>
aanvang	f 3.451,—		
2e jaar	f 3.590,—		
3e jaar	f 3.746,—		
4e jaar	f 3.929,—	+ f 324,—	
5e jaar	f 4.114,—	+ f 324,—	+ f 324,—
6e jaar	f 4.297,—		+ f 648,—
7e jaar	f 4.479,—		
8e jaar	f 4.665,—		
9e jaar	f 4.849,—		

2.2.

eerste jaar: aanvangssalaris categorie I f 3.451,—

tweede jaar: derde jaarssalaris categorie I f 4.287,—
derde jaar: vijfde jaarssalaris categorie I f 5.124,—
vierde jaar: aanvangssalaris categorie II f 5.961,—
vijfde jaar: tweede jaarssalaris categorie II f 6.185,—
zesde jaar: derde jaarssalaris categorie II f 6.409,—
enz.

2.2.1. Toelage voor deskundigheid op terrein huisartsen-geneeskunde is f 324,—

4.1. Toelage voor medisch specialisten is $n \times f 324,—$

4.2. Sociaal geneeskundigen toelage is $2 \times f 324,—$

4.3. Huisartsentoelage is $1 \times f 324,—$

5.1.5. De franchise voor het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds is per 1 augustus 1978 f 16.632 (f 1.386,— per maand).

De franchise voor het PGGM blijft onveranderd f 18.798,— per jaar.

5.2. De compensatie AOW/AWW premie blijft ongewijzigd.

5.3.2. De beschikbaarheidstoelage is f 35,— bij diensten op maandag t/m vrijdag van 18.00 uur tot 8.00 uur de volgende ochtend. De beschikbaarheidstoelage voor zaterdag en zondag elk f 51,—, aanvang 8.00 uur zaterdag t/m maandag 8.00 uur.

6. De uurtarieven per 1 augustus 1978 zijn:

voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in de categorie I: f 54,—.

voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in de categorie II: f 65,—.

voor artsen die voldoen aan de criteria voor inschaling in de categorieën III en IV: f 95,— per uur.

Voor het overige blijven de salarisrichtlijnen per 1 juni 1978 ongewijzigd.

van het centraal bestuur

Mededelingen n.a.v. de CB-vergadering dd. 8 juni 1978

Mededelingen naar aanleiding van de vergadering van het centraal bestuur der LAD, gehouden op 8 juni 1978 in de Domus Medica.

1. Excessieve diensten van assistent geneeskundigen in Academische ziekenhuizen

De LVAG wenst ten aanzien van excessieve diensten in Academische ziekenhuizen een financiële tegemoetkoming analoog aan de regelingen als neergelegd in de CAO

voor het Ziekenhuiswezen. Het Centraal Bestuur besluit het verzoek van de LVAG voor te leggen aan de CHA, zodat deze kwestie in het COPWO ingebracht kan worden.

2. Overleg Arbeidsvoorwaarden Kruiswerk en Tuberculosebestrijding (OAKT)

Gezien het gedane verzoek van de Vereniging van Jeugd-gezondheidszorg en het feit dat in toenemende mate artsen in dienstverband werkzaam zijn bij kruisverenigingen besluit het Centraal Bestuur een verzoek te richten aan het OAKT om toegelaten te mogen worden tot het arbeidsvoorwaardenoverleg. Het Centraal Bestuur is van mening dat voor het kruiswerk niet de concept-CAO Welzijnswerk van toepassing kan worden verklaard maar dat een eigen CAO tot stand dient te worden gebracht. Aan de opstelling ervan dienen de representatieve beroepsorganisaties te participeren.

3. Deelname assistent geneeskundigen in PGGM

Nu de NZR zijn bezwaren tegen de verplichte deelneming heeft ingetrokken constateert het Centraal Bestuur dat er juridisch gezien weinig mogelijkheden blijven het besluit van het PGGM-bestuur aan te tasten. Overwogen wordt een proefproces aanhangig te maken dat duidelijkheid kan brengen over de positie van assistent-geneeskundigen in opleiding ten aanzien van de verplichte deelname.

4. Model opleidingscontract voor assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist

Gezien de noodzaak in het kader van de CAO Ziekenhuiswezen om te komen tot een opleidingsovereenkomst is het Centraal Bestuur van mening dat er een werkgroep dient te worden geformeerd, waarin vertegenwoordigers van LAD, LSV, LVAG, Centraal College en Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen zitting hebben. Deze werkgroep zal met het opstellen van een model-opleidingscontract worden belast.



van het Ondersteuningsfonds

Verantwoording

Het bestuur van het Ondersteuningsfonds deelt met grote dankbaarheid mee, dat gedurende het eerste halfjaar van 1978 aan giften en vrijwillige bijdragen in totaal is ontvangen f 1.414,75.

De gebruikelijke verantwoording onder codeletter luidt gespecificeerd als volgt: L f 600,—; M f 114,75; N f 400,—; O f 50,—; P f 50,—; Q f 200,—.

De secretaris-penningmeester, H. Frese



Personalia

Nieuwe leden

J. S. P. Alleman, p/a Julianaziekenhuis, Veenendaal
 R. A. Arendshorst, Strand 32, Lelystad
 J. P. A. Bakker, Cypressenlaan 43, St. Michielsgestel
 A. J. C. M. van Beerendonk, Orionsingel 286, Arnhem
 F. J. M. Bergervoet, Weezenhof 33-01, Nijmegen
 Mw. E. Bergman, Mariënpoolstraat 17 A, Leiden
 F. G. de Boer, Leidijk 68, Drachten
 R. J. de Boer, Leeuwendaallaan 6, Rijswijk
 G. Boormeester, Majoor Fransweg 20 hs, Amsterdam
 J. M. M. van den Bosch, Wallenburg 6, Zeist
 W. Bosma, Hallenstraat 1, Deventer
 Mw. A. E. van der Brug-Hooy, Nic. Grijpstraat 6, Grijpskerk
 A. D. Carstens, J. Ruysdaelstraat 15, Waalwijk
 Mw. N. L. G. Coenraads-van Eerten, Leidekkersdreef 15, Apeldoorn
 Mw. M. A. E. Conijn-v. Spaendonck, Koningslaan 31, Utrecht
 B. R. M. Crook, Laan van Spaland 12, Kethel
 B. V. M. Crul, Hooglandsekerkgracht 12, Leiden
 J. E. Ch. Crul-Kelderhuis, Hooglandsekerkgracht 12, Leiden
 J. Dekker, Dollard 116, Drachten
 Q. J. Disseldorp, Kerkstraat 33, Oude Wetering
 U. J. Dijkstra, Aalsburg 3114, Wijchen
 W. van Eden, Hooglandsekerksteeg 3, Leiden
 K. C. van Egmond, Regentesselaan 290, Den Haag
 W. J. Eyk, Jupiter 215, Duivendrecht
 H. R. Franke, Bongerd 73, Lelystad
 M. G. A. Frenkel, Fr. Halsstraat 17'', Amsterdam
 J. J. de Graaf, Feyenoordkade 16 A, Rotterdam
 R. C. A. Grosfeld, Wagenaarstraat 39, Oosterhout
 A. A. M. Haagen, Molengraaf 8, Vianen
 L. M. Harms, J. v. Galenstraat 26, Nijmegen
 L. de Hartog, 1e Spoorstraat 12, Groningen
 J. Hellemans, Laan van Borgele 103, Deventer
 Mw. K. F. Helderma-Tjia, Eendrachtstraat 31, Bunnik
 Th. J. M. Helmerhorst, Nw. Herengracht 129', Amsterdam
 P. Heres, Nieuwstad 100, Weesp
 T. R. H. Hilkmeyer, Zuiderstraat 9, Adorp (Gr)
 J. Huij, Overtoom 531 B, Amsterdam
 Mw. C. G. M. Jansen-van Amen, Ackersdijkstraat 66 C, Rotterdam
 C. J. Jansen, Ackersdijkstraat 66 C, Rotterdam
 Mw. C. E. de Jongh-v.d. Velde, Appelbongerd 17, Huissen
 P. J. M. Konings, Middelweg 17 A, Leiden
 J. Kranenburg, Mariannalaan 22, Apeldoorn
 G. H. Kremer, Breedeweg 1 A, Castricum
 F. Krijnen, Leidijk 104, Drachten
 H. Landman, c/o St. Elisabeth Hospital, Willemstad, Curaçao
 H. M. P. van Leeuwen, Nieuwe Grachtje 1'', Amsterdam
 M. Lesnik Oberstein, Monstereeweg 37, Den Haag
 T. A. R. van Lier, Overschieeweg 76, Rotterdam
 B. J. Looij jr, Overijsselsestraat 123 A, Rotterdam
 Mw. J. M. H. Manschot, v. Gentstraat 58, Nijmegen
 Ch. H. C. Mayer, Wittemerslag 11, Wijhe
 P. J. van Meenen, Bourgondiëweg 75, Bovenkarspel
 C. R. van Meer, Laan van Nieuw Oost Indië 252, Den Haag
 Mw. H. J. Meppelink, p/a Esmoreitstraat 27, Alkmaar
 R. D. Mes, Helfrichstraat 14, Dinteloord
 D. J. J. Mink, Pr. Bernhardlaan 46, Leidschendam

Dr. J. W. Mulder, Lageweg 26, Garmerwolde
P. P. M. Naus, Bisschop Paredisstraat 34, Venlo
Mw. A. M. van Neck, Weegschaal 25, Dordrecht
C. A. A. M. Noordermeer, Angelenhorst 27 B, Sassenheim
K. T. Oen, Uilenstede 76 kr 504, Amstelveen
E. J. van Olst, Borssenburgplein 19 hs, Amsterdam
C. C. van Ommeren, Handelskade 92, Nieuwegein
Th. B. Paping, Sydwende 102, Drachten
P. J. Peters, Mr. Claessenstraat 2 A, Gronsveld, per 1-9-78
Rhodesstraat 12, Wijnandsrade Lb.
C. M. van de Poel, Admiralengracht 303'', Amsterdam
H. J. Prins, Lokhorst 35, Leiderdorp
Mw. T. E. M. Raassens, Sterreschansweg 31, Nijmegen
B. C. W. Raaymakers, Lankforst 25-42, Nijmegen
B. J. Roelofs, Leimuidentplaats 186, Arnhem
J. Sas, v. Alphenstraat 4, Westbroek
G. J. van Schendel, Vermeerlaan 7, Scherpenzeel
F. A. Senff, Hyacintstraat 2, 's-Gravenzande
J. P. Snellen, Koninginnelaan 23, Oegstgeest
P. E. Stigter, Volmarijnstraat 49 A, Rotterdam
H. Stroink, Rosenveldtstraat 27 C, Rotterdam
J. A. G. Strijbosch, Olympiaweg 350, Rotterdam
A. H. A. M. Sweegers, Joh. Vijghstraat 64, Nijmegen
J. M. H. Timmer, Hoofdweg 134, Westerhaar
R. J. Tjon Sie Fat, Regentesselaan 357, Den Haag
C. P. M. Verhoeff, Jan v. Goyenstraat 50, Nijmegen
F. E. Visser, Ulst 14, Nijkerk
A. M. A. M. de Vocht, Lindenlaan 13, Leende
M. L. de Vries, Hert. Albrechtstraat 1, Bovenkarspel
P. P. van de Vijver, Oude Singel 64, Leiden
M. C. L. Wierenga, Vijverweg 14, Dordrecht
Mw. J. M. Wigboldus, Onstein 74, Amsterdam
R. J. van Zethoven, Nieuweweg 19, Lochem Gld

Adspirant leden

J. E. Bitter, St. Jacobslaan 496, Nijmegen
P. de Boer, Groen van Prinstererstraat 97 A, Rotterdam
L. A. M. Bors, Meyhorst 64-10, Nijmegen
D. G. de Bruin, Lyonnetstraat 128, Den Haag
C. A. de Duc, Uilenstede 254, Amstelveen
Mw. G. Ensberg, Jol 151, Amstelveen
J. W. J. Ernst, Kerkweg 121, Maria-Hoop
E. P. Franken, Binnenban 144, Hoogvliet
H. A. Goetz, Oude Varkenmarkt 6, Leiden
W. Guijt, Tolstraat 56'', Amsterdam
C. A. J. van Houwelingen, Bajonetstraat 37 A, Rotterdam
C. P. Kaiser, Levendaal 86 A, Leiden
F. H. Keyzers, Jubileumstraat 35, Sittard
Mw. J. S. Koops-Korbee, Staniastate 8, Almelo
H. L. M. Loeber, Kwendelhof 118, Tilburg
P. W. A. Metsemakers, Palestrinalaan 623, Zwolle
G. W. T. Odamten, Klikspaanweg 24, Leiden

H. W. J. v.d. Pasch, Prof. Bromstraat 19-13, Nijmegen
A. C. van Rossum, p/a Fresiaplein 16, Wassenaar
R. C. Sardeman, G. J. v. Heekstraat 290, Enschede
H. B. van Zuuren, Berglustlaan 36, Rotterdam
G. C. Zwartjes, Guido Gezellestraat 42, Nijmegen

Overleden

E. E. Driessen, Dr. Goossenstraat 18, Heerlen
J. F. Geurtsen, Prof. Meyerslaan 135, Rijswijk
J. H. Holthuis, Kortenaerstraat 1, Enschede
S. A. de Jong, Wilhelminapark 26, Meppel
J. J. W. van Kemenade, Emmastraat 16, Alkmaar
J. J. Miedema, Pr. Bernhardlaan 33, Doorn
Ch. M. V. Sassen, Oranjeflat 96 D, Scheveningen



Mededeling aan alle leden van de KNMG

Maatschappij blijft 'Koninklijke'

Onder verwijzing naar artikel 31 van de Statuten van de KNMG geeft het hoofdbestuur hiermede kennis aan alle leden van het feit dat bericht zijdens Hare Majesteit de Koningin werd ontvangen dat geen bezwaar bestaat tegen continuering van het predikaat 'Koninklijke' voor de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, ook na de statutenwijziging waartoe door de Algemene Vergadering van de KNMG op 17 maart 1978 met algemene stemmen werd besloten. Van deze statutenwijziging is op 17 augustus 1978 een notariële akte opge maakt en gepasseerd. De gewijzigde statuten (met toelichting gepubliceerd in MC 3/1978, blz. 88-94) zijn met deze kennisgeving – dus op 18 augustus 1978 – in werking getreden.

Namens het Hoofdbestuur

Ch. J. Maats, voorzitter
J. Diepersloot, secretaris-generaal

INHOUD OFFICIEEL

LAD, van het centraal bestuur:

Aanpassing salarisrichtlijnen per 1 augustus 1978	1038
Mededelingen n.a.v. de CB-vergadering dd. 8 juni 1978	1038

KNMG:

Van het Ondersteuningsfonds: Verantwoording	1039
Personalia	1039

Nr. 33 – 18 augustus 1978

Mededeling aan alle leden van de KNMG	1040
---	------