



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

LEDENVERGADERING L.S.V.

**Dr. R. M. Versteegh volgt Dr. J. van Mansvelt op
als voorzitter der Landelijks Specialisten Vereniging**

De tweede gewone ledenvergadering in 1970 van de Landelijke Specialisten Vereniging, zaterdag 24 oktober j.l. gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, zal ongetwijfeld de geschiedenis ingaan als de laatste L.S.V.-vergadering welke werd gepresideerd door *Dr. J. van Mansvelt*, die aan het slot de „hamer” kon overdragen aan

zijn opvolger, *Dr. R. M. Versteegh*. Ondanks deze voorzitterswisseling, een voor de L.S.V. en de gehele Maatschappij Geneeskunst belangrijke en memorabele gebeurtenis, kan deze vergadering toch op de eerste plaats worden gekenschetst als een werkbijeenkomst tijdens welke eensdeels een aantal huishoudelijke zaken werden afgehandeld en waarvan het andere — het meest tijdrovende — gedeelte kon worden benut voor het uitwisselen van informatie en discussie over een aantal actuele vraagstukken, waarmee het Centraal Bestuur zich ziet geconfronteerd.

De meeste van die vraagstukken werden al overzichtelijk op een rij gezet in de inleiding van voorzitter Van Mansvelt, een voordracht welke verderop in dit nummer van *Medisch Contact* integraal wordt afgedrukt. Op enkele daarvan werd in de middagzitting dieper ingegaan:

Dat betrof dan allereerst de mededelingen van de voorzitter van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, de heer *A. M. Gründemann*, die de stand van zaken rondom de oudedagsvoorziening van medische specialisten nader toelichtte, daarbij bijgestaan door de heer *J. M. G. Hoes*, directeur van de Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen. Het voorstel van de Commissie Oudedagsvoorziening Medische Specialisten om ook voor het jaar 1971 een extra contributie te heffen van f 475,— (ter vergadering verhoogd tot f 480,—) ten behoeve van een risicodekking voor weduwen en wezen, werd met algemene stemmen aangenomen.

Daarop was het de beurt aan de voorzitter van de onderhandelingscommissie (Ziekenfondstarieven) der L.S.V., *Dr. H. F. W. Dubois*, om verslag uit te brengen over de onder zijn leiding ontplooiende activiteiten sinds de ledenvergadering van oktober 1969. Dat betrof vooreerst de honoreringsovereen-

25e JAARGANG — No. 44 — 30 OKTOBER 1970

INHOUD

Ledenvergadering L.S.V.	1169
Symposium over kindermishandeling	1172
Nascholingscursus Teleac voor huisartsen ..	1172
Voordracht van L.S.V.-voorzitter Dr. J. van Mansvelt ter inleiding van de tweede ledenvergadering 1970	1173
Waarheid en leugen aan het ziekbed	1181
Discussie over abortus provocatus	1185
Verslag bijscholing oud-kadercursisten ..	1191
Van het Centraal Bestuur L.H.V.: Ledenvergadering op 26 november 1970 ..	1192
Mededeling van de Apotheekcommissie ..	1193
Van het Centraal College: Presidium 1971	1193
Uit de afdelingen	1193
Personalia	1193
Brieven aan de redactie	1194
Varia	1194

Hoofredacteur: F. A. Bol. Redactie: J. J. van Mechelen (secre.), C. C. G. Jansens en R. A. te Velde.

Colofon op bladzijde 1196.



Aan het eind van de ledenvergadering der L.S.V., zaterdag 24 oktober jl. te Utrecht heeft Dr. J. van Mansvelt (rechts) zijn opvolger, Dr. R. M. Versteegh (tweede van links) begroet als nieuwe voorzitter der Landelijke Specialisten Vereniging. Dr. Versteegh schetst daarop — vooruitlopend op het officiële afscheid van zijn voorganger — in het kort de grote verdiensten van Dr. Van Mansvelt voor de L.S.V.

komst 1970, aansluitend diverse herzieningen, welke in het kader van de zogenaamde „technische aanpassingen” tot stand waren gekomen. De besprekingen welke inmiddels met de ziekenfondsen zijn geopend over de honoreringsovereenkomst 1971, zullen onder meer tot een akkoord moeten leiden inzake de trendmatige tariefsverhoging en het doorlopen van de sinds 1968 plaatsvindende reserveringen bij het Pensioenfonds Medische Specialisten. Met het oog op de honoreringsovereenkomst 1971 werd ook nog de aandacht gevestigd op de gevolgen van een mogelijke extra verhoging van de loongrens per 1 januari 1971.

Uitvoerig lichtte daarop de voorzitter de verdere gang van zaken toe met betrekking tot de richtlijnen particuliere honoraria. Daarbij werd van gedachten gewisseld over de aanpassing van die richtlijnen aan de economische ontwikkeling in het afgelopen jaar en op het samenspel ten deze met de overheid, wier beleid zich onder meer uitdrukkelijk richt op het in de hand houden van de lonen en prijzen, hetgeen met name is geconcretiseerd in de uitvaardiging in juni j.l. van de prijsbeschikking medische diensten. Ten aanzien van de toepassing der richtlijnen werd in herinnering gebracht, dat het Centraal Bestuur de instelling van een eigen Landelijke Beoordelingscommissie heeft voorbereid. Meegedeeld kon worden, dat inmiddels de volgende specialisten hun bereidheid hebben toegezegd zitting te nemen in de „vaste kern” van deze commissie: Dr. J. D. Bom, chirurg te 's-Gravenhage; A. C. Regensburg, zenuwarts te Rotterdam en Dr. P. J. A. van Voorst Vader, longarts te Eindhoven. Teneinde de commissie zo vlot mogelijk van start te kunnen laten gaan zouden er per wetenschappelijke vereniging tenminste twee specialisten ad hoc beschikbaar moeten zijn om in voorkomende gevallen deel uit te maken van de commissie.

Als laatste punt van de middagzitting kwam tenslotte aan de orde de follow-up met betrekking tot het onderzoek naar de mogelijkheden van een eventuele afsplitsing der polikliniekkosten uit de ziekenfondshonorering van ziekenhuisspecialisten. Een en ander moest worden toegelicht naar aanleiding van de in augustus 1969 gehouden enquête onder de leden van de L.S.V., welke enquête er onder meer toe diende een indruk te verkrijgen welk percentage van de maandkaarthonorering in feite wordt besteed aan vergoedingen wegens gebruik van de ziekenhuispolikliniek. Als conclusie werd vastgesteld, dat er tot nu toe weliswaar waardevol basismateriaal is aangedragen om tot een eventueel voorstel tot kostenafplitsing te komen, maar dat het nog te vroeg is om aan te geven op welk percentage een voorstel zou kunnen uitkomen. Op korte termijn wil het Centraal Bestuur hierover gaan praten met ziekenfondsen ziekenhuisorganisaties.

*
**

In de ochtendzitting, het besluitvormende gedeelte van deze ledenvergadering, ging men met algemene stemmen akkoord met achtereenvolgens het

Maatschappij-agenda 1970

14 november	— N.H.G.-congres
21 november	— Ledenvergadering L.A.D.
26 november	— Ledenvergadering L.H.V.
11 december	— Ledenvergadering L.H.V.
19 december	— Alg. Vergadering Maatschappij

jaarverslag van de penningmeester over het verenigingsjaar 1969, het accountantsrapport en het verslag van de Commissie voor de Geldmiddelen over het beheer van de penningen, de décharge van de penningmeester en met de begroting voor het jaar 1971, inclusief het voorstel de contributiegrondslag voor 1971 te stellen op f 80,— (de financiële stukken werden eerder gepubliceerd in Medisch Contact nr. 39 van 25 september j.l., bladzijde 1038 e.v.). Penningmeester A. M. Gründemann, die voor het door hem gevoerde financiële beheer applaus oogstte, heeft vanwege zijn drukke bezigheden, voortvloeiende uit het voorzitterschap van de Stichting Pensioenfondsen Medische Specialisten, het fiscaat inmiddels overgedragen aan zijn medebestuurder, de heer G. Groenewoud.

De nieuwe voorzitter

Voor de te vervullen vacature in het Centraal Bestuur, ontstaan door het tussentijds aftreden van Dr. J. van Mansvelt, werd de door district XI gestelde kandidaat, J. Th. Groenewegen, huidarts te Heerlen, met algemene stemmen gekozen. Het Centraal Bestuur had eerder overeenkomstig het bepaalde in artikel 18 van het huishoudelijk reglement der L.S.V. als voorzitter en opvolger van Dr. van Mansvelt gekozen Dr. R. M. Versteegh, K.N.O.-arts te Utrecht, die na het aftreden van de huidige voorzitter vanaf 1 november 1970 en voor het jaar 1971 in deze functie zal treden. Bij acclamatie werd deze keuze van het Centraal Bestuur door de ledenvergadering bekrachtigd.

Aan het eind van de middagzitting was Dr. Van Mansvelt in de gelegenheid zijn opvolger als zodanig te begroeten. Hij zei verheugd te zijn dat Dr. Versteegh zijn benoeming had willen aanvaarden. Daarbij bracht de scheidende voorzitter in herinnering dat de nieuwe L.S.V.-praeses sinds 1964 een zeer actief lid van het Centraal Bestuur is geweest, uitblinkend door zijn rustige en evenwichtige benadering van de problematiek waarmee het C.B. telkens weer te maken krijgt. In een kort afscheidwoord getuigde Dr. Van Mansvelt voorts van zijn grote erkentelijkheid jegens zijn medebestuurders en de staf van het L.S.V.-bureau.

Dr. Versteegh schetste daarop — vooruitlopend op het officiële afscheid van zijn voorganger — in het kort de grote verdiensten van Dr. van Mansvelt voor de L.S.V. De nieuwe voorzitter zei te hopen, dat hij in de gelegenheid zou zijn om behalve de financieel-maatschappelijke belangen vooral de medisch-maatschappelijke belangen voor de L.S.V. te kunnen behartigen.

Maatschappijvoorzitter Dr. L. van der Drift bevestigde tenslotte namens het hoofdbestuur dank en waardering jegens Dr. Van Mansvelt, die behalve

DOKTERSMAPJE

Onder deze benaming is nog steeds verkrijgbaar een plastic portefeuille van gele kleur. Het doel van dit doktersmapje is de behandelend arts inlichtingen te verstrekken over voorafgaande behandelingen en verstrekte medicamenten. Een boekje (groene omslag) in de portefeuille aanwezig geeft namelijk de arts de mogelijkheid voor zijn behandeling kennis te nemen van de bevindingen van zijn voorganger en na zijn behandeling hierin voor zijn collega die na hem de behandeling moet voortzetten de nodige inlichtingen te verstrekken. Op deze wijze is het, met vrijwillige medewerking van de artsen, mogelijk die inlichtingen te verschaffen, die een arts van een niet trekkende patiënt uit eigen ervaring en eigen aantekeningen kent. In de portefeuille bevindt zich achter doorzichtig plastic een witte kaart waarop de naam, het adres enz. van de eigenaar wordt vermeld. In de portefeuille zijn verder aanwezig een aantekenboekje in groene omslag en een vijftal enveloppen.

Op een aantal adressen kunnen bovenbedoelde portefeuilles, alsmede de aanvullingen constant worden gekocht. Deze adressen zijn: Schippersbeurzen, Kantoren van erkende werknemersorganisaties in de binnenvaart, Kantoren van werkgeversorganisaties in de binnenvaart, Centraal bureau voor de Rijn- en binnenvaart te Rotterdam, Kantoren van het Algemeen Ziekenfonds A.N.O.Z.. Schriftelijk kan de portefeuille en de aanvulling met directe betaling van de kosten worden besteld bij de afdeling B.S.P. van het A.N.O.Z., Kromme Nieuwe Gracht 56 te Utrecht.

voor de L.S.V. ook veel heeft betekend voor de Maatschappij in haar geheel vanwege zijn vele en belangrijke adviserende werk in het dagelijks bestuur en hoofdbestuur der K.N.M.G. Dr. van der Drift prees de scheidende L.S.V.-voorzitter, waar deze bij het vooropgaan bij de behartiging der specialistenbelangen, deze belangenbehartiging steeds had afgestemd binnen het grote kader van de bevordering der geneeskunde in het algemeen, waar hij bovendien had getoond een visie op het totale beleid te hebben en deze visie ingang kon doen vinden bij degenen die hij leiding moest geven. De Maatschappijvoorzitter kenschetste deze kwaliteit als „evolutionair leiderschap”.

Na deze voorlopige ceremonie rondom de voorzitterswisseling werd Dr. Versteegh in de gelegenheid gesteld om op symbolische wijze de vergadering te besluiten. Aansluitend aan de ledenvergadering werd tenslotte een informele feestelijke bijeenkomst belegd, waarop de aanwezigen persoonlijk afscheid konden nemen van Dr. Van Mansvelt en diens echtgenote.

A.I.

SYMPOSIUM OVER KINDERMISHANDELING

Het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft besloten op

zaterdag 19 december a.s.

een symposium te houden over het vraagstuk van de

KINDERMISHANDELING

Het doel van het symposium is de artsen in ons land, maar niet alleen hen, zich bewust te doen zijn van de ernst en omvang van deze problematiek en hen te informeren omtrent de rol die zij en anderen kunnen vervullen bij de bescherming van het bedreigde kind.

De bijeenkomst wordt geopend te 10 uur 's-morgens in het

Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht

Als inleiders zullen optreden: *Dr. F. Kuipers*, kinderarts te Amsterdam, en *mevr. J. T. Ch. Valkenburg*, maatschappelijk werkster, verbonden aan het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam.

Na een korte pauze zal te circa 11.15 uur een paneldiscussie worden gehouden. In het panel zullen onder meer zitting hebben: *Dr. J. A. Dallmeyer*, voorzitter, lid van het hoofdbestuur der K.N.M.G., *Dr. F. Kuipers*, *mevr. J. T. Ch. Valkenburg* en *mevr. Th. Cohen Matthijssen*, kinderpsychiater.

Het ligt in de bedoeling het symposium te beëindigen te circa 13.00 uur.

Door deze publikatie worden alle belangstellende artsen uitgenodigd aan dit symposium deel te nemen. Afzonderlijke uitnodigingen zullen worden gericht aan verenigingen, instellingen en personen, die bij deze problematiek nauw zijn betrokken.

NASCHOLINGSCURSUS TELEAC VOOR HUISARTSEN

In november en december aanstaande zal een tweede serie van vier televisielessen voor huisartsen worden uitgezonden. De serie is samengesteld door de Stichting Televisie Academie Teleac en het Nederlands Huisartsen Instituut. Onderwerp van deze reeks vormen de acute cerebrovasculaire circulatiestoornissen.

In de eerste uitzending zal de bloedvoorziening van de hersenen worden besproken, met de nadruk op de betekenis van de collaterale circulatiesystemen en op het onderscheid in extracraniele en intracraniele oorzaken; verder zal aandacht worden besteed aan de ontstaanswijze en de aard van de diverse circulatiestoornissen in cerebro.

De tweede uitzending zal in hoofdzaak zijn gewijd aan anamnese, onderzoek, differentiaal-diagnostiek en medicamenteuze therapie.

In de derde uitzending zal de nadruk liggen op het revalidatie-aspect.

In de vierde uitzending zal dit revalidatie-aspect nogmaals aan de orde komen; bovendien zal een belangrijk deel van deze uitzending worden besteed aan vragen van huisartsen over en naar aanleiding van de drie voorafgaande televisielessen.

Aan deze programma's werken onder meer

mee: Prof. Dr. J. H. Folkerts, hoogleraar in de neurologie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam; Prof. Dr. J. Th. R. Schreuder, buitengewoon hoogleraar in de geriatrie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht; Dr. C. van Proosdij, adjunct-hoofd van de afdeling Geriatrie en Reactivering van het Algemeen Ziekenhuis „Zonnestraal” te Hilversum. Het bij de cursus behorende schriftelijk materiaal is verkrijgbaar door storting van f 4,— op postrekeningnummer 544232, ten name van Teleac, Utrecht, onder vermelding van „Huisartsen”.

De uitzendtijden van de vier lessen over „Acute cerebrovasculaire circulatiestoornissen” zijn (telkens op Nederland I):

les 1 - maandag 16 november, na het laatste journaal; herhaling zaterdag 21 november, 9.30-10.00 uur;

les 2 - maandag 23 november, na het laatste journaal; herhaling zaterdag 28 november, 9.30-10.00 uur;

les 3 - maandag 30 november, na het laatste journaal; herhaling zaterdag 5 december, 9.30-10.00 uur;

les 4 - maandag 7 december, na het laatste journaal; herhaling zaterdag 12 december, 9.30-10.00 uur.

Voordracht van L.S.V.-voorzitter Dr. J. van Mansvelt ter inleiding van de tweede Ledenvergadering 1970

Dames en heren collegae. Toen ik op 27 april 1968 voor het eerst als voorzitter het voorrecht had mij tot u te mogen richten, ben ik begonnen met het volgende: „Indien een vereniging als de L.S.V. in een zo dynamisch tijdperk als wij thans beleven haar werk goed wil verrichten, dan zal zij zich regelmatig de tijd moeten gunnen om zich te bezinnen op haar taak en werkwijze”.

Het spreekt wel vanzelf dat ik dan thans bij mijn afscheid gaarne enige ogenblikken zou willen stillaan om te zien wat in de afgelopen drie bestuursjaren, al dan niet tot stand is gekomen van hetgeen ik mij had voorgesteld te doen.

Informatie en communicatie binnen de L.S.V.

Hoewel het mij bijzonder verheugt te kunnen constateren dat de communicatie en informatie binnen onze vereniging de laatste jaren aanzienlijk is verbeterd, verheelt ik mij niet dat zij nog zeker niet optimaal mag worden genoemd. U hebt zich als afgevaardigden meermalen dankbaar getoond voor de activiteiten van het bureau dat u voorzag van gedegen voorlichting ten aanzien van de punten die op de ledenvergadering aan de orde zouden komen; het contact met de wetenschappelijke verenigingen is gedurende deze drie jaar frequenter geweest dan in alle daaraan voorafgaande jaren tezamen. Bovendien is met de drie grootste wetenschappelijke verenigingen een informatie- en communicatieweg tot stand gebracht door middel van een lid van het Bestuur dat als adviserend bestuurslid van de betreffende wetenschappelijke vereniging tot specifieke taak kreeg het Centraal Bestuur te informeren ten aanzien van de problemen die in de wetenschappelijke verenigingen actueel zijn en vice versa en tevens het Centraal Bestuur er op te wijzen indien het zaken behandelt waarover tevens een advies van de betrokken wetenschappelijke vereniging vereist of gewenst is.

Het contact met de ziekenhuisstaven is op gang gekomen door middel van twee studiedagen welke samen met de Nationale Ziekenhuisraad georganiseerd werden en ik acht het van zeer groot belang dat de Commissie van het Centraal Bestuur inzake advies aan ziekenhuisstaven, onder leiding van onze oud-voorzitter van Giffen, dit contact verder zal uitbouwen. Het is de bedoeling dat deze commissie ondersteund door specifieke studie- en werkgroepen ten aanzien van onderdelen van het stafwerk hieraan richting en leiding zal geven, terwijl zij tevens door middel van correspondenten, aan te wijzen door de individuele ziekenhuisstaven, op de hoogte zal kunnen komen en blijven van de praktische problematiek zoals die zich in deze staven voordoet. De commissie kan daarop dan ook met een gericht advies reageren.

Helaas is het echter niet gelukt in deze drie jaren om ook het aangekondigde losbladige vademecum tot stand te brengen. Ik betreur dit persoonlijk zeer, omdat mijn ervaringen als voorzitter bij de conflicten tussen specialisten onderling en specialisten met ziekenhuizen en ziekenfondsen, mij er van doordrongen hebben dat een belangrijk deel van de problematiek berust op regelrechte onkunde op het terrein van de spelregels rondom de maatschappelijke beroepsuitoefening. Ik wil daarom nog eens herhalen hetgeen ik er in mijn maidenspeech over gezegd heb:

„Hierin zullen dus onderwerpen als vestiging, praktijkovername en financiering, associatie-overeenkomsten, verzekeringen, ziekenfondszaken, A.W.B.Z., inlichtingen en verklaringen, ziekenhuispraktijk, concept-contract en -stafreglement, oudedagsvoorziening en dergelijke in grote lijnen worden behandeld. Maar al te vaak worden het Centraal Bestuur en het bureau geconfronteerd met gevallen waarbij een specialist zich op grond van onvoldoende kennis van zaken heeft begeven in een situatie waarvan eigenlijk te voorzien was dat deze tot teleurstellingen zou moeten leiden, of verzuimd heeft afspraken vast te leggen of regelingen te treffen over zaken waarvan van tevoren duidelijk was dat zij te eniger tijd tot controversen zouden moeten leiden. Bij de uitgave van een dergelijk vademecum gaat het Centraal Bestuur niet uit van de gedachte dat de leden het bureau der L.S.V. minder zouden moeten raadplegen, maar dat de hulp van het bureau doelmatiger kan zijn indien de leden van de grote lijnen op de hoogte zijn.”

Contacten met ziekenhuisorganisaties

Het is bijzonder verheugend dat de contacten met deze organisaties de laatste jaren frequenter en uitgebreider zijn geworden. Eensdeels is dit zeker te danken aan het feit dat de Nationale Ziekenhuisraad tot stand is gekomen, anderzijds is dit ook zeker te danken aan de duidelijke bereidheid tot samenwerking en overleg die de beide voorzitters van de twee vroegere ziekenhuisorganisaties, Bolkestein en de Vreeze, hebben getoond. Een woord van grote dank dat zij naast hun andere zeer drukke werkzaamheden toch regelmatig tijd voor dit overleg hebben willen reserveren, is hier zeker op zijn plaats. De vroeger vaak zeer scherp tegenover elkaar staande standpunten zijn duidelijk meer naar elkaar toegegroeid in het besef dat wij beiden slechts één doel willen dienen en daarbij eenvoudig niet buiten elkaar kunnen. Deze informele wijze van samenwerken waarbij de nadruk ligt op de uitwisseling van gedachten en informatie heeft onze coördinatie en integratie zeker bevorderd, al zal ieder van ons wel wensen dat het op sommige punten nog wat sneller

zou gaan. Tevens is er een over en weer zeer bevredigend informatief contact gelegd met het Nationaal Ziekenhuis Instituut.

Onze gemeenschappelijke spruit: De Stichting Medische Registratie groeit als kool, waarbij het grote probleem is hoe wij kunnen verzorgen dat de toenemende stroom van informatie ook in feite ten goede komt aan ons dagelijks werk.

In de diverse studietoelagen wordt gewerkt aan de bekende onderwerpen als het gemeenschappelijk concept- contract en stafreglement, het instituut van de praktijkoverdracht, terwijl er ook een functioneel contact is gelegd tussen de reeds genoemde commissie voor advies inzake ziekenhuisstaven van het Centraal Bestuur en het Ziekenhuis Instituut, waarbij collega Burkens een zeer stimulerende rol speelt, waarvoor wij hem met anderen zeer dankbaar zijn. Ook is het bijzonder verheugend dat zeer binnenkort het Scheidsgerecht voor het Nederlandse Ziekenhuiswezen officieel voor het voetlicht zal treden, een instelling waarmee ook de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst zijn instemming heeft betoond, en waarin de Maatschappij door het benoemen van 10 specialisten-leden participeert. Wij kunnen straks gezamenlijk aan onze leden adviseren om voortaan de arbitrage inzake geschillen tussen ziekenhuizen en specialisten aan dit College op te dragen. Bij die gelegenheid zal tevens nog eens de aandacht worden gevestigd op de gezamenlijke bemiddelingscommissie L.S.V./N.Z.R., wier opdracht het is om — uiteraard indien zij daartoe door partijen wordt verzocht — dreigende conflicten te trachten door haar bemiddeling in de kiem te smoren.

In dit kader mag ten slotte ook niet onvermeld blijven dat tussen het Centraal Bestuur en het bestuur van het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven recent is afgesproken dat voortaan op directieniveau een soortgelijk periodiek en informatief contact als reeds met het Nationaal Ziekenhuis Instituut en de Nationale Ziekenhuisraad bestaat, zal plaatsvinden. Ik acht dit een verheugende ontwikkeling, omdat de werkterreinen van dit C.O.Z. en de L.S.V. nu eenmaal diverse raakvlakken hebben. Hetgeen wederzijdse informatie en zelfs coördinatie bijzonder wenselijk maakt.

De ziekenfondsorganisaties

Met dankbaarheid wil ik constateren dat gedurende de afgelopen drie jaar de sfeer tussen de L.S.V. en het G.O.Z. goed is gebleven in die zin dat wij elkaar in openheid en zonder er doekjes om te winden die dingen konden zeggen waarvan wij meenden dat zij gezegd moesten worden zonder dat dat afbreuk heeft gedaan aan het wederzijds respect voor elkanders bijdrage aan het doel dat wij gezamenlijk pogen te dienen: de Nederlandse gezondheidszorg. Het is mijn overtuiging dat dit voor het belangrijkste deel te danken is aan de integere mentaliteit en het invoelend vermogen van onze wederzijdse contactpersonen, die met opoffering van veel tijd en ener-

gie zich de moeite getroostten om aan een in meerdere opzichten misschien tekort schietend, moeizaam werkend systeem — *maar welk systeem bestemd voor het scheppen van voorzieningen voor circa 9 miljoen leden schiet niet ergens tekort of werkt niet moeizaam?* — de nodige aanpassingen en flexibiliteit te geven.

Met het bovenstaande wil natuurlijk allerm minst zijn gezegd dat er niet een aantal belangrijke problemen zijn die ook wij graag anders geregeld zouden zien, maar dat doet ons bepaald niet in eerste doch eerder in laatste instantie zoeken naar een geheel ander systeem, in tegenstelling tot wat door andere meer politiek geïnteresseerden die niet direct eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg dragen, zo ijverig wordt gedaan. De argumenten die zij voor de noodzaak van een totaal andere verzekeringsstructuur aandragen, zijn drieërlei, te weten:

- de steeds stijgende kosten en het zogenaamd ontbreken van prikkels tot zuinigheid in het huidige systeem;
- de discriminatie;
- de onbillijke lastenverdeling.

In de periode dat ik met verschillende personen over deze vraagstukken heb mogen discussiëren, heb ik nimmer iemand ontmoet die serieus verdedigde dat in een ander systeem of in een andere structuur van ziektekostenverzekeringen werkelijk waarborgen of zelfs maar de schijn van verwachting zou zijn gelegen dat de totale kosten van de gezondheidszorg minder sterk of minder snel zouden stijgen dan in het huidige, zonder dat men aanzienlijke beperkingen in het verstrekkingenpakket zou aanbrengen ook voor de minder draagkrachtigen. Het lijkt er soms verdacht veel op dat sommigen hun onlustgevoelens over keiharde feiten die hen onwelgevallig zijn, proberen af te reageren door tegen het bestaande systeem te opponderen.

Immers het is duidelijk:

- dat de bestedingen moeten toenemen op een terrein als de gezondheidszorg waarop een stormachtige wetenschappelijke ontwikkeling plaatsvindt, vooral tegen de achtergrond van het algemeen aanvaarde uitgangspunt dat iedere burger recht heeft op een optimale gezondheidszorg;
- dat de hieruit voortvloeiende toeneming van de kosten van de gezondheidszorg in Nederland groter zou zijn dan in andere West-Europese landen een onbewezen stelling is. Voorzover er vergelijkbare indicatoren aanwezig zijn, blijkt dat deze kosten bijvoorbeeld voor de geneesmiddelenvoorziening in Nederland per hoofd van de bevolking lager liggen dan bijvoorbeeld in Frankrijk of in de U.S.A. en dat de gemiddelde kosten per verpleegdag in een algemeen ziekenhuis in Nederland lager liggen dan bijvoorbeeld in Denemarken;
- dat de stijging van het percentage van het nationaal inkomen dat in Nederland aan de gezond-

heidszorg wordt besteed, slechts een fractie bedraagt van de stijging van het zogenaamde welvaartspercentage (het verschil tussen loon- en kostenstijging);

— dat het peil van de geneeskundige voorzieningen en verzorging in Nederland niet lager doch eerder hoger ligt dan het gemiddelde peil van de ons omringende landen;

— dat men op politiek niveau van mening kan verschillen over de vraag hoe hoog nu in feite de totale bestedingen in het kader van de gezondheidszorg „mogen” of „kunnen” zijn in vergelijking met bestedingen voor andere doeleinden, maar dat niemand ons als artsen kwalijk kan nemen als wij menen dat er in dit vlak eerder reden is om aan te nemen dat het bestedingsniveau te laag dan te hoog ligt indien blijkt dat de totale uitgaven voor de gezondheidszorg duidelijk lager liggen dan hetgeen in totaliteit (in winkels) wordt besteed aan tabak en dranken (1968 respectievelijk 3.08 en 3.26 miljard gulden);

— dat de „welvaart” op zich intensivering van de gezondheidszorg vergt alvorens van „welzijn” mag worden gesproken (rede Dr. Kruisinga);

— dat men op uitvoeringsniveau van mening kan verschillen over de vraag of er in het systeem van verstrekkingen in natura nu wel „voldoende” waarborgen zijn ingebouwd voor een goede kostenbewaking, maar dat men zich tevens zal moeten realiseren dat dit in financieel opzicht slechts een ontzaglijk klein randprobleem is tegen de achtergrond van het totaal der bestedingen. Als men dan bovendien nog weet dat het geneesmiddelenverbruik per hoofd van de bevolking in Nederland duidelijk lager ligt dan in andere landen, dan moet men toch erkennen dat *vanuit bestedingsoogpunt* elke discussie over de zogenaamde noodzakelijke sancties bij Regeling en Klapper, of een eigen risico bij de geneesmiddelenvoorziening als kruimelwerk moet worden beschouwd; hetgeen overigens nu ook weer niet wil zeggen dat een afspraak om zich bij de receptuur te richten naar een regeling en klapper op grond van geheel andere motieven niet een nuttige zaak zou kunnen zijn en in mijn ogen ook is.

De zogenaamde discriminatie tussen ziekenfonds-verzekerde en particuliere patiënt

Reeds bij vorige gelegenheden heb ik er op gewezen dat het een hardnekkig misverstand is wanneer men meent dat het feit dat de particuliere patiënt meer betaalt, ook met zich mee zou brengen dat hij „beter” wordt behandeld. De Nederlandse specialist poogt met inzet van zijn totale persoonlijkheid ieder die zijn hulp zoekt individueel zo goed mogelijk te helpen. De welstand van de patiënt speelt ten aanzien van de kwaliteit van de behandeling geen enkele rol. Het zijn allemaal letterlijk dezelfde zinnen die ik in april 1969 ook reeds vanaf deze plaats heb gebruikt. Dat dit argument blijft klinken betekent waarschijnlijk dat men niet kan geloven dat iets dat goedkoper is, toch even goed zou zijn en dat men niet kan geloven — hetgeen toch bewijsbaar het ge-

val is, — dat de bescheiden ziekenfondshonoring in het verleden is ontstaan vanuit de sociale instelling van de medicus die tegen een gematigd tarief toch ook de minst draagkrachtige aan een zo goed mogelijke medische verzorging wilde helpen. In feite wordt door de specialist ook heden nog op geen andere wijze gediscrimineerd dan men in Nederland op andere gebieden algemeen politiek aanvaardbaar of zelfs vereist vindt. Immers het wordt niet als discriminatie beschouwd als iemand met een gering inkomen minder behoeft of „mag” bijdragen aan de algemene middelen.

Wanneer men er op zou attenderen dat er in de ontvangst of afspraken nog onderscheid wordt gemaakt, dan kan hierop worden geantwoord dat mijns inziens alle tekenen er op wijzen dat dit in versneld tempo verdwijnt en dat onzerzijds daar ook alle medewerking aan zal worden gegeven.

De lastenverdeling

Indien men meent dat de kosten voor noodzakelijke geneeskundige verzorging voor sommige bevolkingsgroepen een te zware belasting vormen, dan hebben wij daar alle begrip voor. Met name kunnen wij ons dat voorstellen ten aanzien van de groep lage inkomensstrekkers uit de vrijwillige ziekenfondsverzekering en de groep bejaarden. Deze knelpunten kunnen naar onze mening ook binnen het huidige verzekeringssysteem voldoende worden opgelost door het invoeren van een procentuele premie in de vrijwillige ziekenfondssector met een nacalculatie na een jaar, terwijl men ten aanzien van de groep bejaarden de 65-jarigen en ouderen de gelegenheid zou kunnen geven om te blijven in de verzekering waarin zij gedurende hun werkzame periode waren opgenomen. Indien men zou menen dat door deze ingrepen de procentuele premies in de vrijwillige en verplichte sector, mede onder invloed van de toename van de geneeskundige mogelijkheden en de daaruit voortkomende stijging van de kosten van een goede gezondheidszorg, dusdanig zouden moeten stijgen dat zij een te hoog percentage van het gezinsbudget zouden vergen, dan zou ik mij kunnen voorstellen dat men behoefte zou gevoelen c.q. het sociaal gerechtvaardigd zou vinden om deze kosten dan door een groter draagvlak te laten opbrengen dan door degenen die hierbij zelf direct betrokken zijn.

Er zou mijns inziens dan ook geen enkel bezwaar tegen zijn indien men door de S.E.R. zou laten bepalen welk percentage bij een bepaald gezinsinkomen en een bepaalde gezinssamenstelling nog als sociaal-economisch aanvaardbaar kan worden beschouwd om besteed te worden aan de gezondheidszorg. Voorzover de opbrengst uit deze aldus gelimiteerde premiepercentages de noodzakelijke uitgaven niet volledig zouden blijken te dekken, zou dan het tekort door een gerichte bestemmingsheffing, bijvoorbeeld een volksgezondheidspremie, kunnen worden opgebracht.

Indien zou blijken dat een oplossing in die zin om

administratief-technische redenen niet te verwezenlijken zou zijn, dan zou eenzelfde resultaat ook door middel van een beperkte volksverzekering (ik doel hier op een verplichte verzekering voor elke Nederlander beneden een bepaald welstandsniveau) kunnen worden bereikt. Een oplossing die ik in dat geval niet bij voorbaat zou willen afwijzen. Een andere soortgelijke oplossing zou kunnen worden gezocht in een aan alle verzekeraars uit te keren bedrag per verpleegdag van bijvoorbeeld f 50,— en het hiervoor benodigde bedrag vanuit een gerichte volksgezondheidspremie te laten opbrengen, een gedachte die naar wij menen onlangs nog eens is geopperd door de heer Hougee. In ieder geval is het zonder meer duidelijk dat om een andere, billijker, lastenverdeling tot stand te brengen het absoluut niet noodzakelijk is om over te gaan op een totale volksverzekering; en het zal duidelijk zijn dat bij het ontbreken van een werkelijk steekhoudende argumentatie omtrent de noodzaak van een volksverzekering, de L.S.V. geen enkele medewerking aan het tot stand komen van een dergelijke structuur zal geven.

Men kan de L.S.V. beslist niet verwijten dat zij zich geen moeite heeft gegeven om mee te denken en te zoeken om adequate oplossingen voor reëel bestaande knelpunten in het huidige systeem te vinden en men zal zich dan ook de moeite moeten getroosten om de onzerzijds aangedragen gedachten serieus in de beschouwingen te betrekken wil men niet de indruk vestigen dat het streven naar een volksverzekering in wezen op geheel andere dan tot nu toe ter tafel gekomen motieven berust.

De vraag die aan de orde is berust op de adviesaanvraag van de minister en staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en verzoekt om wegen aan te geven waarlangs een billijker lastenverdeling tot stand kan worden gebracht en waarlangs een meer doelmatig gebruik van beschikbare middelen en mankracht kan worden verkregen. Niet aan de orde behoort te zijn de vraag of men op politieke overwegingen een volksverzekering verkieslijker vindt dan het huidige systeem.

Wat het tweede deel van de adviesaanvraag naar een doelmatiger gebruik van beschikbare middelen en mankracht betreft, kan worden opgemerkt dat vergelijking met het buitenland in ieder geval lijkt te leren dat er door de gemiddelde Nederlandse specialist bijzonder lange werkdagen worden gemaakt, waarbij de vraag onbeantwoord blijft of dit doelmatig in het algemeen is. Het is in ieder geval tegen de achtergrond van de beschikbare mankracht wel de enige mogelijkheid om de steeds toenemende vraag het hoofd te bieden zolang de lang verbeide geboortegolf nog geen soelaas biedt op het terrein van de vele specialismen waar een duidelijk tekort aan deze man- of vrouwkracht bestaat, en een zekere mate van roofofbouw wordt gepleegd op het aanwezige bestand aan specialisten. Verder kan worden opgemerkt dat het nog steeds aanbeveling zou verdienen om de mogelijkheden tot poliklinisch onderzoek en behandeling uit te breiden

en de functieafdeling van de ziekenhuizen ook toegankelijker te maken voor ambulante patiënten door het aantrekkelijk maken van een ambulatorium. Een en ander zal echter moeilijk te verwezenlijken zijn wanneer niet tegelijkertijd een geheel andere maatstaf zal worden gevonden dan het „beddenbezettingspercentage” om het doelmatig functioneren van een ziekenhuis af te meten. Het lijkt mij zeer waarschijnlijk dat door het hanteren van deze maatstaf ten onrechte soms de indruk wordt gevestigd alsof er in het verleden een tekort aan ziekenhuisbedden is geweest en nu nog steeds zou zijn. *Een tekort aan mogelijkheden om gezondheidszorg-functies die doelmatig in een ziekenhuis zouden kunnen worden geconcentreerd daar ook in feite onder te brengen is er zeker, of er een tekort aan ziekenhuisbedden is, is voor mij nog de vraag.*

Verhoging van de loongrens

Aangezien dit punt nog op de agenda van deze vergadering aan de orde zal komen, wil ik er thans slechts kort bij stilstaan, maar het zal uit het bovenstaande reeds duidelijk zijn dat, gezien het feit dat er in wezen sedert het najaar 1969, toen dit punt onverwacht en eenzijdig aan de orde werd gesteld, geen enkel nieuw argument aan de discussie is toegevoegd, ons standpunt in deze materie in beginsel ook ongewijzigd is gebleven. Als reeds uiteengezet in mijn inleiding van 25 oktober 1969, menen wij dat hier eenzijdig een reeds jarenlang gehanteerde procedure doorbroken wordt. Indien de minister en volksvertegenwoordiging deze verhoging van de loongrens toch doorzetten, dan zal dit, indien men op onze medewerking in het huidige systeem prijs stelt, ongetwijfeld zijn consequenties ten aanzien van de ziekenfondshonorering dienen te hebben.

De A.W.B.Z.

Een van de eerste problemen waarmee ik als voorzitter van de L.S.V. werd geconfronteerd, was het feit dat er op spoed werd aangedrongen bij het tot stand brengen van contractuele regelingen in het kader van de A.W.B.Z., die naar ik meen per 1 april 1968 in werking moest treden. Begin januari 1968 vond er een bespreking plaats met de uitvoeringsorganen van de A.W.B.Z., waarbij zonder al te veel moeite een beginselovereenstemming tot stand kwam ten aanzien van de honorering van de zogenaamde ligdagen na de 365e dag, welke overeenstemming ook door de ledenvergadering in beginsel aanvaardbaar werd geacht. Sedertdien is deze kwestie echter geen stap verder gekomen, omdat vergeen werd bij de gelijkschakeling van de psychiatrische inrichtingen met de ziekenhuizen te bepalen dat voor de specialistische hulp hier toch een geheel andere categorie van medische behandeling aan de orde kon zijn dan in het algemene ziekenhuis, zodat geheel buiten de bedoeling van de wet, iemand die reeds veel langer dan een jaar in een psychiatrisch ziekenhuis verblijvend en voor bij-

voorbeeld een blindedarmonsteking in het algemene ziekenhuis zou moeten worden opgenomen en behandeld, nu ook voor rekening van de A.W.B.Z. zou komen, terwijl hij gewoon in het ziekenfonds voor deze behandeling is verzekerd en er dus geen sprake van bijzondere ziektekosten in de zin der wet is. Het blijkt nu administratief bijzonder moeilijk te zijn om voor deze in wezen zeer duidelijke zaak een passende uitweg te vinden, zo moeilijk dat dit tot op heden nog niet is gelukt.

Het zal een ieder duidelijk zijn dat dit soort ervaringen met de bureaucratie rondom een volksverzekering niet geschikt zijn om onze toch al niet grote sympathie voor dit systeem te vergroten. Er was nog een sprankje hoop dat deze materie nog voor mijn afscheid als uw voorzitter zijn beslag zou krijgen, want het was ons bekend dat een geheel aanvaardbare en voor de hand liggende regeling ten departemente was voorbereid, maar het heeft helaas niet zo mogen zijn.

De richtlijnen voor particuliere honoraria

Dit punt dat bij mijn aantreden nog in het geheel geen rol speelde, heeft nadien plotseling zeer veel tijd en energie van het Centraal Bestuur en bureau gevergd, zo veel dat daardoor andere, niet financiële maatschappelijke belangen ten onrechte in het gedrang zijn gekomen. Het was echter een problematiek die wij onmogelijk konden noch wilden negeren, maar gelukkig hebben wij daarna toch nog gelegenheid gehad om aandacht te besteden aan in wezen voor de beroepsuitoefening en de gezondheidszorg meer essentiële problemen zoals de stafvorming.

Hoewel de problemen rondom deze richtlijnen vele malen het Centraal Bestuur zowel binnen als buiten de L.S.V. midden in de branding en ik mag wel zeggen vloedgolven hebben geplaagd, is het toch uiteindelijk gelukt dit schip veilig de haven binnen te loodsen. Wat wij niet hadden verwacht was dat de minister van Economische Zaken het noodzakelijk zou vinden deze richtlijnen in hun geheel in een prijzenbeschikking te doen opnemen, waardoor onze arbeid werd gelegaliseerd. Dat de minister heeft gemeend deze prijzenbeschikking te moeten uitvaardigen betreuren wij, omdat in onze ogen de noodzaak daartoe niet aanwezig was. Overigens respecteren wij natuurlijk volledig de eigen verantwoordelijkheid en motivatie van de minister in dezen, die uiteraard geheel anders zijn dan onze beweegredenen en verantwoordelijkheden.

De verdere ontwikkeling van deze richtlijnen komt straks in deze vergadering nog aan de orde en ik wil daar thans niet verder op in gaan. Wel wil ik er nu reeds op wijzen dat de contacten die naar aanleiding van deze problematiek met de K.L.O.Z., het orgaan der particuliere ziektekostenverzekeraars zijn ontstaan, ook hebben geleid tot vermindering van eventueel nog bestaande discriminerende bepalingen in de polissen ten opzichte van bepaalde specialismen. Zo is ons medegedeeld dat men zich

thans ook als particulier patiënt verzekeren kan voor een psychiatrische dagbehandeling, terwijl ook wordt gewerkt aan de opheffing van allerlei uitsluitende bepalingen bijvoorbeeld ten aanzien van plastisch chirurgische ingrepen.

Uiteraard hebben ook de verzekeraars het niet in hun macht de verzekerde te overtuigen van het feit dat hij meer gediend is met een meer volledige nieuwe polis en dientengevolge zal het verdwijnen van deze onhuiste bepalingen slechts geleidelijk kunnen geschieden. Toch meent de K.L.O.Z. dat het nog voorkomen van deze ook in hun ogen slechte polissen slechts sporadisch zal zijn, zodat ook op dit terrein van zogenaamde „uitschieters” kan worden gesproken. Dienovereenkomstig zal de K.L.O.Z. gaarne bereid zijn ter onzer kennis komende casuïstiek op dit terrein nader te bezien. Wij zijn hierover zeer verheugd. Een zeer belangrijk punt in deze gehele problematiek blijft de huidige vrij grote discrepantie tussen de richtlijnen en het ziekenfondstarief. Van diverse zijden wordt er bij ons op aangedrongen deze discrepantie te verkiezen door de richtlijnen en de ziekenfondstarieven naar elkaar toe te laten groeien.

Reeds eerder heb ik gesteld dat de L.S.V. een dergelijke ontwikkeling voor zover dat in haar vermogen ligt, wil bevorderen, maar, hoewel het ons bekend is dat men ook van overheidszijde het groeiproces wel zou willen bevorderen, vragen wij ons af in hoeverre dit niet een zaak is die meer gediend is met een gelijdelijke ontwikkeling dan met een ingrijpende operatie. De meest direct betrokkenen in dit verband zijn, naast de specialisten, de ziekenfondsorganisaties. Naar mijn mening zal het Centraal Bestuur moeten overwegen of in de naaste toekomst niet initiatieven moeten worden genomen om over deze materie met de ziekenfondsorganisaties tot een gesprek te komen.

De medische specialist en zijn taak bij het onderwijs

Vanuit verschillende gezichtspunten en onderdelen is het C.B. in de afgelopen drie jaar geconfronteerd met onderwijsproblemen en aangezien kan worden verwacht dat deze problematiek in toenemende mate de aandacht van het C.B. zal vragen lijkt het mij nuttig om te trachten enkele hoofdpunten in het kort aan te duiden:

1. *de opleiding van leerling verplegenden.* Van oudsher heeft de medische specialist een actieve rol gespeeld bij deze opleiding. Hij deed dat over het algemeen ook met veel genoegen. De laatste jaren rijzen hier echter aanzienlijke problemen en het is onmiskenbaar dat de huidige situatie aanleiding geeft tot een groeiend gevoel van onbehagen bij de medische staven van de algemene ziekenhuizen. Hierbij spelen verschillende factoren een rol die ik thans niet allemaal kan releveren, maar twee van de voornaamste wil ik toch vermelden:

1e Mede onder invloed van de ontwikkelingen in de geneeskunde neemt het aantal leerling-verple-

genden per ziekenhuisbed relatief en absoluut toe. Daarnaast gaan vele ziekenhuizen over tot de introductie van neven-opleidingen voor bijvoorbeeld ziekenverzorger, operatiekamer-assistente e.d. Parallel hiermee neemt het aantal lesuren per specialist aanzienlijk toe en wel in een periode dat ook de primair specialistische taak namelijk onderzoek, behandeling en begeleiding van de patiënt door de ontwikkeling van de geneeskunde een steeds grotere inzet aan tijd gaat vergen, terwijl bovendien nog de daarmee samenhangende noodzakelijke activiteiten in de zin van staf- en team-werkzaamheden een steeds groter tijdsbeslag vragen.

2e Het onderwijsprogramma wordt qua inhoud uitgebreider en diepgaander hoewel het toch elementair en op verpleegkundig niveau gericht moet blijven. Hierdoor worden aan het lesgeven op zich veel hogere eisen gesteld ten aanzien van de methodiek van de kennisoverdracht.

Het is m.i. dringend noodzakelijk dat degenen die verantwoordelijkheid dragen voor deze opleidingen zich realiseren dat op korte termijn mogelijkheden zullen moeten worden geschapen en stimulansen zullen moeten worden gegeven voor de introductie van nieuwe opleidingsmethodieken, zonder dat daarbij de feitelijk bestaande situatie, die nu eenmaal in Nederland zo is dat het ziekenhuis voor omstreeks 60% van zijn verpleegkundige activiteiten afhankelijk is van de arbeid die de leerling-verpleegkundigen tijdens hun opleiding verrichten, door een plotselinge omschakeling in gevaar wordt gebracht.

Krachtige stimulering van de totstandkoming van regionale of plaatselijke scholen voor een basisopleiding voor verpleegkundige beroepen lijkt dringen gewenst. Deze scholen zouden dan een staf van eigen vaste docenten moeten hebben, die primair worden geselecteerd op grond van hun pedagogische kwaliteiten. Er zou met spoed ook moeten worden gewerkt aan de introductie van moderne onderwijsstechnieken met centrale voorbereiding en aanbidding van audio-visueel lesmateriaal, dat in groepsverband wordt toegelicht en besproken. Het toevertrouwen c.q. opdragen van het feitelijke onderwijs aan de stafspecialisten van een ziekenhuis zal in het algemeen ondoelmatig zijn omdat zij:

1e te druk bezet zullen zijn met werkzaamheden op hun primaire arbeidsterrein en onvoldoende zeker van hun tijdsindeling om een regelmatig lesprogramma te kunnen garanderen;

2e zij allerminst zijn opgeleid en in doorsnee ook niet geschikt voor lesgeven in het algemeen en zeker niet op elementair, verpleegkundig niveau;

3e last but not least: omdat indien zij voor deze lessen adequaat zouden worden gehonoreerd — hetgeen zoals bekend niet het geval is — zij dan te dure leerkrachten zouden zijn, omdat in deze honorering ook de tijdens de lesuren doorlopende praktijkkosten uiteraard zouden behoren te worden verdisconteerd.

Uitgaande van het huidige systeem van blokcur-

sussen geïntegreerd in een voornamelijk praktische opleiding van 3½ jaar zal men wegen moeten zoeken om te komen tot een continue basiscursus in schoolverband van veel kortere duur, afgerond met een theoretisch tentamen, gevolgd door een algemeen verpleegkundige stage in een ziekenhuis begeleid door voldoende praktijkdocenten, afgerond met een verpleegkundig praktijktentamen. Hierop kan dan eventueel een verdere voortgezette opleiding volgen in cursorisch verband met praktijkstage tot een moderne versie van de helaas verdwijnende „verpleegster oude stijl”, tot stafverpleegkundige en tot andere meer gespecialiseerde vormen van medisch-technisch hulppersoneel in de zin van operatiekamer-assistente, anesthesie-verpleegkundige, dialyse-verpleegkundige, coronary-care/intensive-care-verpleegkundige etc.

Het lijkt noodzakelijk en gewenst, dat de stafspecialisten individueel en collectief intensieve medewerking blijven geven aan deze opleidingen, maar niet primair door zelf les te geven doch door begeleiding van het onderwijzend personeel bij de aanbidding, toelichting en uitwerking van de theoretische leerstof en de follow-up tijdens de praktijkstages. Los daarvan heeft ieder staflid een belangrijke en onvervangbare taak bij de bij- en na-scholing van het verpleegkundig en technisch hulppersoneel werkzaam op zijn afdeling in de vorm van klinische afdelingsbesprekingen aan de hand van aanwezige casuïstiek.

Indien men het met de bovengeschetste opzet in beginsel eens is dan zal de L.S.V. er bij de geneeskundige hoofdinspectie op moeten aandringen, dat de verouderde maar veelal nog stringent gehanteerde opvatting dat de docenten van de verpleegstersopleiding praktizerende specialisten moeten zijn, op korte termijn wordt herzien en dat daarvoor in de plaats een met behulp van specialistische-, verpleegkundige- en onderwijsdeskundigen, gestandaardiseerde basisschoolopleiding tot stand komt met daarop geënte cursussen voor voortgezette opleiding in meer gespecialiseerde richtingen.

Dat bij dit alles ook in ruime mate aandacht zal moeten worden besteed aan het verkrijgen van zogenaamde sociale vaardigheid naast theoretisch inzicht en specifiek-technische vaardigheid is zonder meer zeer belangrijk, omdat in een adequaat georganiseerd ziekenhuis werken in teamverband nu eenmaal onontbeerlijk is en het bezitten van sociale vaardigheid voor het slagen van een geordende groepssamenwerking nu eenmaal een noodzakelijke voorwaarde is.

Hieruit moge tevens blijken, dat het beschikken over sociale vaardigheid niet alleen een vereiste is voor verpleegkundigen, maar evenzeer voor alle andere leidinggevende beroepen in een moderne organisatie, dus ook voor medische specialisten, economische- en medische directeurs.

2. *De klinische opleiding van medische studenten in het algemene ziekenhuis.* Met veel interesse heb ik de gang van zaken rondom de zogenaamde affiliatie gevolgd en hieraan zoveel mogelijk mede-

werking verleend, omdat ik ervan overtuigd ben dat in een zich zo snel ontwikkelend vakgebied als de geneeskunde een zo goed mogelijke integratie van de opleiding in de beroepsuitoefening, een noodzakelijke voorwaarde is voor het bereiken en handhaven van een optimaal niveau in deze beroepsuitoefening.

Ik ben er blij om dat het rapport van de Affiliatie Advies Commissie zich heeft beperkt tot het aangeven van een raam, waarbinnen deze voor Nederland nieuwe vorm van samenwerking tussen enerzijds de academische en niet-academische ziekenhuizen, anderzijds de faculteiten en de medische staven van de algemene ziekenhuizen, zich zoveel mogelijk aangepast aan de individuele lokale wensen en mogelijkheden kan ontwikkelen. Het lijkt zeer wel mogelijk, dat geleidelijk vanuit deze affiliatie in bepaalde ziekenhuizen het opleidingsfacet een zwaarder accent zal krijgen, waarbij dit zich in het ene geval meer zal ontwikkelen in de richting van een designatie, in het andere geval meer naar een „teaching hospital”.

Naar mijn mening zal het zeer belangrijk zijn dat de geaffilieerde algemene ziekenhuizen niet zozeer streven naar het creëren van copie-opleidingen van het academisch opleidingspatroon, maar primair gebruik zullen trachten te maken van de andere, in sommige opzichten grotere en gevarieerdere, in andere opzichten beperktere, mogelijkheden van het algemene ziekenhuis om een op de werkelijke praktijk afgestemde opleiding tot stand te brengen.

Dat door deze affiliatie ook een integratie wordt bevorderd tussen het academische- en niet-academische ziekenhuis op het gebied van speurwerk en regionalisatieprojecten is buitengewoon belangrijk, mede omdat het in mijn ogen nog steeds te betreuren valt, dat de positie van de academische ziekenhuizen in het kader van de wet op, de ziekenhuisvoorzieningen, allermint duidelijk is, terwijl zij toch een evidente rol bij vele vormen van regionalisatie zullen moeten spelen.

Ook kan van de affiliatie een stimulerende invloed uitgaan op het tot stand komen van een nauwere coöperatie tussen de medische faculteit en de medische staf terzake van de opleiding van artsen in een of meerdere specialismen, hetgeen in mijn ogen ook bijzonder verheugend zou zijn, aangezien het toch op zijn minst aan twijfel onderhevig is of een uitsluitende academische- of uitsluitende perifere opleiding tot specialist nu wel een optimaal resultaat kan opleveren.

Medische macht en onmacht

Tot slot zou ik, hoewel ik mij ervan bewust ben reeds veel van uw aandacht te hebben gevraagd, toch nog op enkele punten willen ingaan, waarmee ik mede vanuit mijn adviserend lidmaatschap van het hoofdbestuur van onze Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst ben geconfronteerd. Zoals u uit mijn vorige inleidingen kunt weten heb ik mij altijd een groot

voorstander getoond van de organisatorische vorm waarin de artsen in Nederland, vaak in tegenstelling tot het buitenland, zijn gebundeld, namelijk een driedelige behartiging van de maatschappelijke belangen binnen de eenheid van de Maatschappij en daardoor uitdrukkelijke functionerend onder het enige primaire doel van de Maatschappij: de bevordering der geneeskunst.

De laatste jaren is er in toenemende mate kritiek geuit op onze artsengemeenschap en ik voel mij eensdeels schuldig aan het feit, dat wij er niet in zijn geslaagd de Nederlandse specialist een betere „image” te bezorgen dan hij, getuige de vele kritische opmerkingen en artikelen in de communicatiemediën, thans lijkt te hebben. Toch meen ik, dat dit alles niet alleen negatief is. Wij kunnen het ook zien als een stuk zich ontwikkelend realiteitsbesef waar wij verheugd over kunnen zijn. Het beeld, dat men in het verleden nog had van de medicus in het algemeen, was verre van reëel en het is misschien alleen maar toe te juichen, dat men zich zowel binnen als buiten de kring der beroepsgenoten kritischer hier-teenover gaat opstellen.

De voorzitter van de Maatschappij, collega Van der Drift, heeft er herhaaldelijk op gewezen dat zijns inziens de ont-mythologisering van de arts een noodzakelijk en nuttig maatschappelijk ontwikkelingsproces is, terwijl ook ik bij herhaling heb proberen duidelijk te maken, dat de specialist niets meer maar ook niets minder is dan een in doorsnee hard-werkende burger, die over het algemeen met meer dan normale verantwoordelijkheden ten aanzien van zijn patiënten is belast. De doorsnee Nederlandse specialist heeft er bepaald geen behoefte aan om geplaatst te blijven op het voetstuk van de „onbaatzuchtige redder der mensheid” of de „almachtige heerser over leven en dood”, een voetstuk waarop hij door anderen is geplaatst en waarvan hij thans door weer anderen wordt verwijderd.

De behoefte onder de artsen om zich te bevrijden van een aantal knellende verantwoordelijkheden op dit terrein is ongetwijfeld groot. De meesten onzer zijn er zich maar al te zeer van bewust, dat wij steeds meer „kunnen”, maar dat dit „kunnen” helaas niet altijd voert tot het „helen” van de individuele mens, waarin wij dan van oudsher „meester” heten te zijn, ook al trachten wij dit wel te bevorderen. Wanneer wij het antwoord in kritieke situaties soms schuldig blijven aanvaardt men dit niet als uiting van medische onmacht, maar men gaat er vanuit dat wij met onze groeiende kennis ook alles weten en in feite weten wij meestal alleen maar beter wat wij niet weten.

Als wij besluiten een patiënt te re-animeren weten wij niet of het resultaat een „menswaardig” bestaan zal zijn, als wij constateren, dat iemand ten dode is opgeschreven dan weten wij meestal niet welke en hoe lange lijdensweg hij voor zich heeft; ook op ons gebied is de kunst van het hanteren van onze kennis achtergebleven bij de ontwikkeling van de kennis zelf. Dat is op zich geen sohante, want het is het grote vraagstuk op vrijwel ieder gebied van onze

beschaving. Een wezenlijk gemeenschappelijk facet in de klemmende medisch-maatschappelijke vraagstukken rondom abortus, re-animatie, transplantatie en euthanasie ligt mijns inziens in het probleem hoe de mens als individu en collectiviteit wil en kan omgaan met zijn op technologisch gebied verkregen mogelijkheden. Bij dit probleem behoren de medische overwegingen slechts een onderdeel van de totale benadering uit te maken, want het is in wezen een levensbeschouwelijk probleem.

Als straks een door iedere vrouw te hanteren, onfeilbaar zwangerschapsdiagnosticum wordt uitgevonden benevens een gemakkelijk in te nemen chemisch abortivum, dan is daardoor een elegante technische oplossing gevonden voor het nu zo hoog oploaiende emotionele probleem van de door een medicus uit te voeren abortus provocatus. Uiteraard is daarmee allerm minst een oplossing gegeven voor het boven gesignaleerde probleem, want door deze „handige uitweg” komt dit echte eigenlijk niet meer aan de orde. Sommigen zullen er blij mee zijn, anderen zullen het betreuren en dan zullen zich ongetwijfeld zowel onder de „sommigen” als onder de groep van de „anderen” medici bevinden.

Het lijkt gezien de ontwikkeling zeer waarschijnlijk, dat over niet al te lange tijd een ieder de mogelijkheid zal hebben en velen er ook gebruik van zullen willen maken, om onder individueel te bepalen omstandigheden en op een individueel te bepalen tijdstip hun leven te beëindigen, zonder dat daarbij sprake zal zijn van een geestelijke stoornis zoals wij nu nog steeds menen te mogen aannemen bij ieder die zoals dat heet zelf „moord” pleegt. Ook hier zal men ongetwijfeld de medici om hun oordeel en advies vragen vanwege hun vertrouwdschap met „medicijnen” en „toestanden rondom leven en dood” of misschien alleen om „misbruik” te voorkomen. Ook hier gaat het dan primair om het antwoord op de levensbeschouwelijke vraag wat wij als gemeenschap — en dan bedoel ik uiteraard niet de artsengemeenschap, maar onze algemene gemeenschap als burgers — wel en wat wij niet willen doen met de ons ter beschikking staande middelen en mogelijkheden, welke zin, welke richting willen wij geven aan onze samenleving en welke mate van vrijheid willen wij in deze samenleving aan het individu laten om dit soort beslissingen te nemen?

Collega Kruisinga, die op het Ledencongres in Den Haag nadrukkelijk sprak als collega-lid van de Maatschappij en niet als staatssecretaris, had natuurlijk gelijk toen hij, sprekende over de medische keerzijde van de welvaartsmedaille, stelde: „De Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft geen excuus zich deze nieuwe moderne bedreigingen van de gezondheid niet aan te trekken, gezien historie, traditie en uitgangspunt.” Hij had eveneens gelijk, toen hij zei „... dan moeten wij tot de conclusie komen, dat wij er nog niet in zijn geslaagd de wetenschappelijke en technologische ontwikkeling op evenwichtige wijze aan te wenden om het welzijn van de mens te bevorderen. Dan beseffen wij, dat de vooruitgang van wetenschap en tech-

niek de behoefte aan een geestelijk fundament, naar een ideologie, naar het uitgangspunt van het menselijk handelen alleen maar doet toenemen. En beseffen wij, dat de vraag naar het geestelijk fundament, naar de ideologie, naar de oprechtheid en naar het uitgangspunt van het handelen van de mens niet door de vooruitgang van de wetenschap en technologie wordt opgelost, maar dat hij zich als gevolg van die ontwikkeling nog stelliger aandient.”

Wat is welzijn? Wat is het mens- en wereldbeeld waarop wij onze wetenschappelijke en technologische ontwikkeling gecoördineerd willen richten?

Wij zouden collega Kruisinga, die naar bekend goede relaties met de staatssecretaris onderhoudt, kunnen vragen om hem te verzoeken ten spoedigste maatregelen te nemen, zodat:

a) alleen „schone” automotoren mogen worden gebruikt;

b) in Nederland alleen vliegtuigen mogen landen en opstijgen, die niet meer geluid produceren dan een bepaalde, door medisch-fysische onderzoekingen nader vast te stellen, waarde;

c) geen enkele industrie of particulier, na een nader te bepalen termijn, voor levende organismen schadelijke afvalstoffen in hetzij de lucht, hetzij in open of gesloten riolen of andere afvoerwateren, mag lozen;

d) alle voorraden gechloreerde koolwaterstoffen bevattende bestrijdingsmiddelen in Nederland worden geregistreerd en slechts in een nader te bepalen concentratie en met een gelimiteerde totale hoeveelheid per oppervlakte per jaar mogen worden gebruikt en het onderzoek naar en het gebruik van natuurlijke bestrijdingsmiddelen wordt bevorderd.

Het lijkt namelijk wel zeker, dat dergelijke maatregelen in aanzienlijke mate het welzijn zouden bevorderen, maar ik vrees, dat ondanks dat ook dergelijke maatregelen schijnoplossingen zouden betekenen zolang wij niet duidelijker weten naar welk, mens- en wereldbeeld wij op weg willen zijn en ons daarvoor ook gezamenlijk opofferingen willen getroosten. Het is mijns inziens duidelijk, dat wij bij het stellen van deze vragen aan de grens zijn gekomen van hetgeen wij als artsenorganisatie alleen aankunnen. Ik ben het echter geheel met collega Kruisinga eens, dat dit ons nog niet het recht geeft om nu de verdere gang van zaken rustig af te wachten. Het lijkt mij, dat wij deze vragen alleen zinvol kunnen trachten te beantwoorden in samenwerking met vertegenwoordigers van andere wetenschappelijke vakgebieden, waarbij aan de zogenaamde alfavakken een ruimere plaats zal moeten worden toebedeeld dan in de gezondheidsorganisaties meestal gebruikelijk is.

Op deze wijze zouden wij mogelijk uitvoering kunnen geven aan de tweede doelstelling, waarmede de voorzitter van de Maatschappij het Ledencongres in Den Haag besloot: „bezinning op de wijze waarop de artsenorganisatie een bijdrage kan leveren aan de oplossing van vraagstukken van milieubeheersing en bevordering van de mogelijkheden tot welzijn.”

Waarheid en leugen aan het ziekbed

Door **Ds. M. A. Krop**, studentenpastor te Groningen

Deze titel draagt een zuiver persoonlijk karakter. Het gaat om één ziekbed en over iemand, die waarheid of leugen hoort. Daarmede wordt het zieke en de mogelijk daarmede verbonden dood losgehaakt uit het geheel van een sociaal-culturele context. Dat is een ongeoorloofde reductie en daarom een aantal opmerkingen vooraf.

De dood is autoritair. In een tijd van inspraak, mondigheid en medezeggenschap is deze simpele herinnering niet overbodig. De biologie leert, dat er geen leven bestaat zonder dood. Leven en dood zijn structureel met elkaar verbonden. Leven is een afstervingsproces en midden in de dood leven wij. De mens dient zich met de dood te confronteren. Deze confrontatie is voorwaarde tot het bereiken van eigen identiteit. De strijd tegen en de aanvaarding van de dood behoren tot de grandeur en de misère van de mens. In de cultuursituatie van de welvaartsstaat met zijn medische (voor-)zorg voor all enwerkt het autoritair karakter van de dood ook nivellerend. De dood wordt voor allen steeds meer gelijk, nu speciale ziekten bij bepaalde bevolkingsgroepen meer en meer worden beteugeld.

De dood is totalitair. Omdat dood en leven een eenheid vormen, heeft de dood ook met alle levensfuncties te maken. In hetzelfde bed wordt de liefde bedreven, het leven verwekt en gebaard, de haat gekoeld, de verachting uitgesproken, de hoogste verrukking beleefd en de diepste vernedering ervaren, de laatste adem uitgeblazen. Peter Hofstede zegt: „Wij zijn er nog niet aan toe bed, sex en dood zo flagrant te integreren”. Hij maakt deze opmerking naar aanleiding van een t.v.-gesprek met Jan Wolkers over de dood. Op een gegeven ogenblik verzoekt deze zijn vrouw zich te ontkleden, waarna hij haar van top tot teen beschildert met een geraamte. Wegens technische onvolkomenheid werd deze scène niet voor de t.v. gebracht. Jammer, want een dergelijke scène, gebracht via het cultureel nog niet geïntegreerde medium van de t.v., had aanleiding kunnen geven tot een verder gaande discussie over de dood, die niet enkel als eindpunt kan worden beleefd.

Een cultuur wordt gekenmerkt door de wijze waarop het doodsmotief in het gehele culturele patroon is geïntegreerd. Sexvoorlichting is tevens doorlichting der doodsproblematiek. De ontbinding behoort tot het leven. Het is al te naïef te stellen dat sex fijn is en doodgaan eng. De hoogste geluksbeleving weet van tekort en een (bewust) afscheid kan de bekroning van een geheel leven vormen. „Zowel voor het individuele leven als voor het collectieve bestaan fungeren geboorte en dood als de grond-

„Waarheid en leugen aan het ziekbed” werd geschreven door Ds. M. A. Krop, sedert 1947 predikant bij de Groninger universiteit. Het is de bewerking van een lezing, gehouden in de door studenten georganiseerde cyclus Medische Ethiek 1970 te Groningen. Najaar 1968 organiseerde Ds. Krop, als praeses van de Groninger Raad van Kerken, samen met Dr. E. W. Dijk en Dr. H. Hamminga, een symposium voor artsen en pastores over de medisch-pastorale begeleiding van ernstig zieken en hun naaststaanden (nabestaanden).

variabelen. Het zijn de grenspalen waarbinnen ruimte wordt geschapen voor alles wat onder de inrichting van het leven wordt verstaan.” (R. F. Beerling²). De mens is voortdurend bezig aan deze grenspalen te morrelen en ze te verzetten. Aan het feit van het bestaan ervan heeft hij tot nu toe niets kunnen veranderen. Dit irriteert en intrigeert. De mens is het enige wezen, dat zich de dood tot probleem kan maken, maar dat tegelijkertijd weet, dat elk antwoord het karakter moet dragen van beeldvorming. De dood is biologisch natuurlijk, maar slechts weinigen aanvaarden dit gegeven van nature.

De dood is de mens tot probleem. Dit probleem cirkelt telkens om dezelfde vragen: „Wat is dood zijn?” „Waarom deze dood, op deze leeftijd en op deze wijze?” „Waar komt de dood vandaan? Is hij er altijd geweest?” „Is de dood einde, voortgang, begin?”. Het antwoord op deze vragen is zelden rationeel, al wordt het nog zo rationeel voorgesteld. Vestdijk zegt, dat „iedere berusting in de dood, langs welke weg ook verkregen, steeds op zijn minst een zeker religieus accent zal dragen... ook al hebben de termen, waarmede zulk een houding beredeneerd wordt, nauwelijks nog iets met religie te maken”³. Verdringing en ontkenning van dit probleem vervreemden de mens van zichzelf, leiden tot angst over de zinloosheid van het bestaan. Met goed recht kan worden gesteld, dat veel levensangst op dit ogenblik het gevolg is van de verdringing van elke doodsgedachte naar het terrein der (morbiede?) fantasie.

Van waar... waar heen. De mens is meer geïnteresseerd in hetgeen na zijn dood zal gebeuren, dan in hetgeen voor zijn geboorte plaatsvond. De vraag: „Waar ga ik naar toe?” heeft hem meer geboeid dan die „Waar kom ik vandaan?”. Dit laat zich begrijpen. Ik ben een sociaal wezen, verbonden (geweest) met een partner, met kinderen, met vriend

en vijand, met al dan niet indifferente kennissen, met het gebeuren van de dag. Als sociaal wezen sta ik in relatie tot mensen en hun geschiedenis. Zij maken op hun beurt de mijne. Maar ik ga ook dood. Ik ben elke dag stervende. Hoe laten deze beide zich voor mij verbinden? Het mooiste is wanneer ik kan sterven „oud en verzadigd van al mijn dagen”. Maar dat is lang niet altijd het geval. Dan wordt gezocht naar beantwoording der vragen inzake de rechtvaardiging en de zin van het bestaan, de uiteindelijke afrekening tussen recht en onrecht, het tekort mij door anderen aangedaan en schuldgevoelens mijnerzijds. Hier ligt een verklaring, waarom enkelingen en miljoenen altijd weer bereid zijn de dood in te gaan voor idealen, waardoor zij zich in een collectieve onsterfelijkheid opgenomen weten, die op deze vragen voor hen een antwoord geeft.

Tijdsgebonden doodsproblematiek

Leven en dood als beleavingswereld zijn tijdgebonden. Het maakt verschil of men als student leefde in de vagantentijd, waarin Venus, dobbelspel en dood het leven bepaalden (naar de *confessio poetæ*) in afwachting van de komst van hemelse engelen scharen (meisjes afwezig), dan wel in de tijd van de wet-Veringa, met gezondheidszorg voor studenten en voorgeschreven studieverkorting, zonder engelen scharen (meisjes aanwezig). Het maakt verschil of men in de 19e eeuw leefde bij God, deugd en onsterfelijkheid, met sexualiteit als vreemd woord, de eerste huwelijksnacht als angstige ervaring, dan wel in 1970, waar men samen op reis gaat om daarna een verloving eventueel te overwegen en men als partners elkaar voor het huwelijk reeds volledig kent. Het maakt verschil of men leeft in een tijd van epidemie (de zwarte dood!), dan wel in die van de perfect uitgevoerde genocide. Voor onze overgrootouders was het kraambed nog een schrikbeeld; wij praten over pil en legale abortus.

Geboorte en dood zijn nog steeds grenspalen, maar er kan zo mee worden gemanipuleerd, dat de gedachte aan een buitenwereldlijke macht, die geeft en neemt, aan de horizon verdwijnt. De veranderde doodsbeleving is wellicht de diepste cultuurcrisis van onze tijd. Eeuwenlang heeft de kerk zich nog staande gehouden door alle snaren der vergankelijkheid van 's mensen bestaan te bespelen. Ziek- en sterfbed, begrafenissen en pastor hoorden bijeen. Men wist van kerkelijke zijde ook bijzonder veel van hetgeen na de dood zou kunnen gebeuren. Dit blijkt nu weg te zakken. De dood is anders geworden en daarmee geloof en geloofsvoorstelling. Of daarmee de christelijke religie een afstervende is geworden, dient te worden afgewacht. Er kunnen nieuwe symboolwaarden ontstaan. Geloof is statisch, maar geloven betekent antwoord zoeken door de juiste vraagstelling naar dood en leven.

De huidige cultuurcrisis betreffende dood en leven laat ook de medische stand niet onberoerd. De techniek dezer wetenschap laat geen der geldende moraalcodes onaangetaast. Wat is leven? Wanneer

begint het? Wanneer mag het worden beëindigd? Wat is het verschil tussen actieve en passieve euthanasie? In 1967 besprak de geneticus-Nobelprijswinnaar Francis Crick tijdens de Richman Goody-lecture de spanningen tussen traditionele en wetenschappelijke ethiek⁴. Zijn keus is duidelijk: „We kunnen niet doorgaan met alle leven als heilig te beschouwen”. „De legale geboorte dient zijns inziens eerst twee dagen na de werkelijke plaats te vinden. In die tussentijd zou men baby's waarvan te voorzien valt dat zij geen „acceptable member of human society” zullen zijn „het leven” (curs. M.A.K.) kunnen benemen. Deze „acceptance test” kan uiteraard alleen lichamelijke misvormingen beoordelen. Daarnaast zouden mensen van 85 jaar en ouder legaal dood moeten worden verklaard. Dat houdt in de weigering van dure medicijnen, zodat *deze nutteloze leden* (curs. M.A.K.) de maatschappij niet op kosten jagen”. Ik neem aan, dat menig medicus schrikt bij deze gedachte. Zij wekt wellicht afschuw op, maar dan vanuit het bewustzijn, dat de huidige cultuursituatie ook de medische wetenschap en haar beoefenaars niet onberoerd kan laten. Zij kunnen zich niet meer terugtrekken binnen de omheining van een onaantastbaar geachte medische ethiek.

Geen privé-gebied

Elke wetenschap behoort aan iedereen. Ook de medische. Haar beoefenaars en vertegenwoordigers behoren geen privé-gebied, evenmin als de geestelijke stand zich behoeder van het heilige kan wanen. De medische wetenschap is geen geheimkunst. Voor haar dienaren geldt als bij elk ander beroep dat hun falen — aller falen, en hun slagen — aller slagen is. Omgekeerd moet de gemeenschap het dan ook mogelijk maken, dat deze dienst zonder al te grote geheimzinnigheid wordt verricht.

Ik neem als voorbeeld het woord kanker. Dit woord roept een schrikbeeld op en dus mag het niet worden uitgesproken. Geen kanker, maar carcinoom, c.a. of ... de gevreesde ziekte. De medicus vermijdt dit woord ook zoveel mogelijk. Waarom? In mijn jeugd sprak men over vliegende tering, fleuris, pleuris, tuberculose, t.b.c., t.b.; tegenwoordig noemt men de ziekte gewoon bij de naam. Omdat deze in Nederland praktisch overwonnen is? Waarschijnlijk wel. Maar men helpt elkaar het beste door een zo groot mogelijke openheid. De huidige geheimzinnigheid maakt kanker inderdaad tot de gevreesde ziekte, omdat „de waarheid” niet wordt verteld en intussen de patiënt wordt geïsoleerd. Men gaat over haar of hem in de verleden tijd spreken. Bij het leven wordt men afgeschreven. Hofstede vertelt van twee weduwen⁵. De eerste, die op verzoek van de chirurg twee volle jaren lang komedie heeft gespeeld tegenover haar man, die kanker had. Zij moest letterlijk in de kelder uithuilen. Zijn dood werd voor haar een opluchting. Haar huwelijk ging eraan kapot. De tweede doorbrak de barrières van specialist en huisarts. Zij noemde de kwaal bij naam.

Haar man en zij hebben samen met de kinderen nog bijzonder waardevolle maanden beleefd. De gemeenschap heeft er recht op, dat zo bevattelijk en eerlijk mogelijk wordt verteld welke verschillende processen nu nog onder het verzamelwoord kanker worden gebracht, welke bestrijdingsmogelijkheden er zijn, welke verlenging van levensduur bij tijdig ingrijpen mogelijk is. Hart- en vaatziekten vormen doodsoorzaak nummer één. Waarom daar dan zo vanzelfsprekend over gepraat? Geschat wordt, dat 1/3 der mensheid straks een min of meer ernstig verkeersongeluk krijgt. Dat verhindert niemand (of bijna niemand) om achter het stuur te gaan zitten. Wij leven letterlijk en figuurlijk op een bom. Vergeleken daarbij is kanker een te bestrijden ziekte. De schrikreactie der mensen moge voor de medici een aansporing zijn om in samenwerking met anderen duidelijk te maken, dat ook hier kennis van zaken het beste en meest verantwoorde bestrijdingsmiddel is.

Arts en patiënt

Elk ziekbed is een signaal van het sterfbed. Als zodanig wordt het door patiënt, omgeving en arts onderkend. In deze driehoeksverhouding kan geen punt van vergelijk buiten beschouwing gelaten worden. Om te beginnen weet niemand in feite wat de zieke mens werkelijk beweegt, waar zijn gedachten zijn en hoe hij de behandeling ondergaat.

In „Les anneaux de Bicêtre”⁶ vertelt Simenon het gesprek van een hoogleraar met zijn zieke vriend. Hij geeft deze het volledige ziektebeeld en doet een beroep op zijn medewerking om „gezond” te worden. Maar de gedachten van de zieke zijn geheel ergens anders en tegelijkertijd heel dichtbij. Men leze ze zelf (pag. 57-72 in de Nederlandse vertaling). Hamminga stelt⁷: „De arts is als mens gelijkwaardig aan de patiënt.” „De arts is als arts ondergeschikt aan de patiënt.” „De arts geeft deskundige voorlichting en adviezen opdat de patiënt (mondig en zelfstandig) zelf de beslissing kan nemen.” „De mogelijkheid tot zelfverwerkelijking en zelfinterpretatie van de patiënt dient richtsnoer te zijn van het medisch handelen.” Dit betekent, dat de patiënt en zijn omgeving de gelegenheid moeten krijgen tot en zo betrouwbaar mogelijke informatie. Deze blijft vaak achterwege. Ik laat terzijde alle argumenten, die reeds zo vaak zijn opgesomd om „de waarheid” niet te zeggen. Ze zijn even vaak weerlegd.

Ik wijs op een ander punt, namelijk dat de arts ook een zwak mens mag zijn, die moeite heeft met zijn eigen doodsproblematiek en die ook vaak niet heeft geleerd er mee om te gaan. Waarom dit niet erkend? De mogelijkheid bestaat, dat de zieke en stervende mens hem dan in deze problematiek kan helpen. Het lijkt wellicht voor velen een vreemde gedachte, dat een zieke (een stervende) de helpende wordt, die aan de geneesheer de zin van het leven toont. Ik handhaaf haar, omdat ik als pastor de waarheid ervan ervaar. Het kan voor de arts bevrijdend zijn, wanneer hij merkt dat de patiënt begrijpt

hoe moeilijk het voor hem is zijn „nederlaag” te erkennen.

In een gesprek van vraag en tegenvraag hebben patiënt en familie er recht op doorzicht te ontvangen in de situatie. Ook als de arts merkt, dat bij hen beide de vraagstelling is gericht op het „gunstige” antwoord. „Wat wilt u graag weten?” „Waarom?” „Wat zou er voor u veranderen?” „Wat dient eraan te gebeuren?”, etc. etc.

Het maakt verschil of de omgeving gevormd wordt door het eigen huis dan wel door het ziekenhuis. Uit Science⁸ het volgende citaat: „One study has found that in the year following the death of one member of a family, the death rate among close relatives is twice as high if the primary death occurred in a hospital or nursing home as it is if the primary death occurred at home. We have the curious situation that medical progress has made death more stressful for relatives, more expensive for the family, and more troublesome for society. Because these are discomfoting matters, we have pushed them aside; death seems to have replaced sex as the socially taboo topic.” Deze dagen verscheen de Nederlandse vertaling van E. Kübler-Ross „On Death and Dying”⁹ waarin het een en ander wordt gezegd over de omgang met stervenden in het ziekenhuis, te weten hoe weinig mensen zich bewust zijn wat aan deze omgang zou kunnen ontbreken en wat zij van stervenden kunnen leren. Uit eigen ervaring aarzel ik wel de verpleging thuis zoveel hoger te stellen dan die in een ziekenhuis. Daartoe heb ik te veel dankbare herinneringen aan de ziekenhuisverpleging, met name ook aan die der zusters.

Maar thuis of in het ziekenhuis, de naaststaanden spelen een wezenlijke rol. Geven zij gelegenheid tot afscheidnemen, tot het treffen van laatste regelingen? Elk mens is stervende terwijl hij leeft. Hij sterft in zijn eigen beleavingswereld. Hij ziet en hoort wat voor anderen verborgen blijft. Daartoe moet hij de gelegenheid ontvangen, zonder dat hem of haar gewezen wordt op de ernst van de toestand of de zwaarte van het naderend afscheid. Hij (zij) moet ook eenzaam kunnen sterven. Wanneer de dood in het leven is geïntegreerd, dan betekent het sterven geen tragisch gebeuren. Men kan er zich over verbazen, dat met name van kerkelijke zijde de dood zo vaak als chantagemiddel is (en wordt?) gebruikt. De kerk spreekt bij het huwelijk en de doop over de dood, om bij de dood het voorbijgeleven te bezingen. Het is merkwaardig te merken hoe weinig dat nog geschiedt. De stervende heeft er recht op om tot het einde toe volledig bij het gebeuren betrokken te blijven. Het eenmaal uitgesproken afscheid behoeft niet telkens te worden herhaald. Het is bijvoorbeeld voor een moeder heel belangrijk door haar kinderen tot het laatst bij alle kleine en belangrijke zaken te worden geraadpleegd, ook al ligt zij in een ziekenhuis.

Anne Philippe schreef een knap boekje¹⁰. Het behandelt de tijd tussen het eerste doodsoordeel over haar man door de medicus en het definitieve af-

scheid, dat geen afscheid was. Want er is niets gezegd, geen laatste woord, niets, helemaal niets. Ik heb er geweldige moeite mede dit te aanvaarden. Ook voor de kinderen. „Tegenwoordig leef ik in een wereld zonder blik. Ik leef in een ledig. Ik wist, dat het zo zou zijn.” (blz. 6).

De nabestaanden

De naaststaande wordt nabestaande. „Bij de dood zijn er twee partijen die lijden: degenen die het grootste deel daarvan voor zijn rekening krijgt is de nabestaande” (A. Toynbee)¹¹. Hoe wordt een stuk gemeenschappelijke geschiedenis met partner of vriend(in) afgesloten en verwerkt? De dood is in onze cultuur niet geïntegreerd, het treurrecht evenmin. Hoe moet men zijn verdriet beleven? Bij een afgebroken partnersverhouding, die alle stadia van heel goed tot zeer slecht kan hebben doorlopen? De herinnering vervaagt, de stem wordt niet meer gehoord, de reuk niet meer geproefd. Verdriet mag hier worden getoond. De buitenwereld moet zich verbazen over de flinkheid van de overlevende. Wanneer mag men weer vrolijk zijn? Hoe moet het leven verder gaan? Zal de weduwe hertrouwen, en op wie heeft de weduwnaar het oog geslagen? Het wordt zo simpelweg neergeschreven, maar elke arts, met name de huisarts, weet welk een wereld aan eenzaamheid en verdriet hierachter schuilgaat en ook welke lichamelijke klachten dit met zich mee kan brengen. Het is moeilijk hier hulp te bieden, of zelfs maar het goede woord te zeggen. Er wordt raad gevraagd over vele zakelijke dingen. De functie van de arts wordt die van de raadgever.

Een speciaal probleem is het volgende. Veler overlijden vindt plaats op het moment dat één of meer der kinderen zich tot hem of haar in een conflictsituatie bevinden. Wanneer er gelegenheid is om tijdig afscheid te nemen, dan kan dit worden doorgepraat en gerelativeerd, dat wil zeggen in de juiste relatie gesteld. Maar helaas is dat niet altijd mogelijk en dan moet het na de dood worden opgevangen. Dat is verre van eenvoudig. Het zelfverwijt van het kind, de dood van deze ouder te hebben gewild en zijn (haar) heengaan als een bevrijding te hebben gevoeld, kan nog jarenlang in fantasie en droomwereld doorspoken en de goede relatie tot de omgeving verstoren. Ervaring heeft mij geleerd, dat tijdige bewustmaking van dit probleem (zodra de eerste symptomen zich melden) van het grootste belang is. Tenslotte: het overlijden van een der ouders kan aanleiding zijn tot een overhaast huwelijk bij een der kinderen. De achtergebleven ouder kan dit aanvoelen als gebrek aan piëteit. Ten onrechte. De doods-

ervaring roept het levensverlangen wakker. In de bres die geslagen is in de omheining wordt geborgenheid gezocht door voor zichzelf een nieuwe te maken.

Samenvatting

„Waarheid en leugen aan het ziekbed.” Een belangrijke verbijzondering van het geheel der doodsproblematiek. Wij moeten als nieuw met de dood leren leven in een tijd van massavernietiging, waarbij men 40 jaar kan worden zonder ooit een dode te hebben gezien. Als medici en niet-medici dienen wij elkaar tot het einde toe te begeleiden, in alle openheid en betrouwbaarheid. Wij moeten vooral niet al te snel denken, dat de ander toch niet in staat is de waarheid te (ver)dragen. Wat is waarheid anders dan de wetenschap, dat elke verbintenis afscheid nemen betekent? G. K. van 't Reve zegt: Drie dingen zijn wezenlijk: God - sex - en de dood. De meeste van deze is de dood. In het Nieuwe Testament staat: Zo blijven geloof - hoop - en liefde. De meeste van deze is de liefde. Want zonder liefde is elke wetenschap en elke techniek machteloos.

Literatuur

1. Peter Hofstede. Tot onze diepe droefheid. Anthos, uitgave Bosch en Keuning, Baarn 1970, blz. 79.
2. Wijsgerig Perspectief, juli 1969, blz. 390.
3. S. Vestdijk. De toekomst der religie, U. M. Loghum Slaterus. Arnhem 1952, blz. 27 en 28.
4. Ontleend aan Dr. C. v. d. Vate: Apocalyptische biologie? in: Wending juli - augustus 1970, blz. 315-326.
5. T.a.p., blz. 123-128.
6. Georges Simenon. Les anneaux de Bicêtre. Nederlandse vertaling „De klokken van Bicêtre” Bruna, Utrecht. Opgedragen aan allen — professoren, artsen, verpleegsters — die trachten het meest verbijsterende van alle wezens, de zieke mens, te begrijpen en te helpen.
7. Dr. H. Hamminga. Stellingen op de conferentie: „Lijden en begeleiden”. 17 januari 1970, Humanistische Stichting Socrates.
8. 19 juni 1970. Vol. Nr. 3938. Dying with Dignity, by Dael Wolffe.
9. E. Kübler-Ross. On Death and Dying. What the dying have to teach doctors, nurses, clergy and the own family. Nederlandse vertaling „Lessen voor levenden”. Ambo, Balthoven 1970.
10. Anne Philippe. Le temps d'un soupir. 1967. Nederlandse vertaling „Niet meer dan een ademtucht”. Bruna, Utrecht.
11. In: A. Toynbee. Denken over de dood. Bruna, Utrecht 1969.

ABORTUS PROVOCATUS

E. C. P. van Gils, zenuwarts:

TENDENTIEUS RAPPORT

De commissie die namens de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie een rapport uitbracht inzake het abortusvraagstuk (zie M.C. nr. 7 van 13 februari 1970, bladzijde 143 e.v.), meent twee principiële attitudes van de arts ten aanzien van het abortusverzoek te onderkennen, die zij willen onderscheiden als de „nee, tenzij...“-houding en de „ja, tenzij...“-houding. Op het eerste gezicht een schijnbaar bruikbaar en aardig klinkende indeling. Hoewel het rapport dit natuurlijk zo niet formuleert, zitten in het eerste kamp de autoritaire en eigenmachtige „nee-zeggars“ van de oude stempel, mensen die niets van „inspraak“ willen weten, omdat zij (ten onrechte) menen zelf overal verstand van te hebben. Het zijn die artsen die van hun positie misbruik maken door vanuit de medische rechter(s)-stoel te beslissen over het lot van hun medemensen. Daarentegen bevat het andere kamp dan de modern ingestelde medicus van de toekomst, die weet heeft van zijn beperkingen, die meer wil „dienen dan heersen“ en die daarom ruimte geeft aan het zelfbeschikkingsrecht van zijn cliënt.

Ongetwijfeld vereenvoudigt zo'n bondige indeling het stelling nemen van de medici geweldig. Een keus uit twee is altijd heel wat makkelijker dan een keus uit meerdere mogelijkheden. En deze keus uit twee, is al heel voor de hand liggend, want wie wil er in deze tijd nu nog tot groep één (de autoritaire nee-zeggars) worden gerekend. Men kiese dus de ja-tenzij-houding. Tenzij... die indeling in nee-tenzij en ja-tenzij misschien wat al te simpel is. Een indeling die zwart tegenover wit zet is in het algemeen al meestal onjuist en tendentiek, iets wat de samenstellende psychiaters van het rapport toch wel zouden kunnen weten, maar in dit geval is deze poging om de Nederlandse artsen in twee tegenover elkaar staande kampen op te splitsen niet alleen onverstandig en dus gevaarlijk, maar ook onwetenschappelijk.

De eigen verantwoordelijkheid van de vrouw

Het rapport is in feite een pleidooi voor de zogenaamde eigen verantwoordelijkheid (het zelfbeschikkingsrecht) van de zwangere vrouw. Men kan zich nu afvragen: a. wat dient onder eigen verantwoordelijkheid te worden verstaan? en b. wie is psychologisch gezien de vragende vrouw?

Zoals het woord al zegt hangt ver-„antwoord“-elijkheid samen met antwoord geven. Maar een antwoord geven is principieel onmogelijk als je de

vraag niet snapt. Conclusie: je kunt pas dan verantwoordelijkheid dragen als je tenminste enigermate de vraagstelling doorziet. Doe je dat niet, dan is je zogenaamde antwoord een slag in de lucht, oftewel een paniecreactie. Ieder psychisch redelijk gezond mens mag worden verondersteld zijn eigen peulen te kunnen doppen. Maar nu komen we tot „des Pudels Kern“. Zijn *alle* om medische abortus verzoekende vrouwen psychisch redelijk gezonde mensen, of zou het ook kunnen dat een deel, of wellicht wel een groot deel, dit niet is. En dan bedoel ik niet of alle vragenden hun probleemstelling volledig doorzien. Wie doet dit in deze gecompliceerde maatschappij volledig; toch niemand. Ik bedoel wel of dat wat zij menen te zien ook dat is wat er werkelijk is. Wanneer men niet door beslagen brilleglazen zijn eigen situatie ziet, dan uiteraard direct akkoord met het zelf-beschikkings-recht. Maar wat te doen als de brilleglazen zijn beslagen?

Wat zijn dat voor vrouwen?

Dit brengt mij tot mijn tweede vraagpunt, namelijk die naar de psychologie van de vrouwen die om abortus vragen. Wat weten wij daarvan? Opvallend is dat men zelden onderscheid ziet maken tussen de groep van de ongehuwd zwangeren en die van getrouwde vrouwen die met een dergelijk verzoek komen. Alsof dit — bij voorbaat — psychologisch gezien eenzelfde groep zou zijn.

Over de ongehuwd zwangeren weten wij vanuit de jarenlange ervaring der bureaus voor ongehuwde moederzorg heel wat af. Baanbrekend was het boekwerk van psycho-analytische zijde „Out of Wedlock“ van Leoline Young. De zogenaamde ongelukjes-theorie wijst zij van de hand en zij meent dat onbewuste en halfbewuste motieven tot een arrangeren van het zwanger worden hebben geleid. Het merendeel van de ongehuwd zwangeren zou uitermate dominante moeders hebben, waartegen deze dochters zich niet voldoende te weer hebben kunnen stellen. De zwangerschap is een poging om als-nog met moeder op „gelijke voet“ te komen en erg belangrijk is of moeder is te bewegen dochter in deze te accepteren of niet. Een kleiner deel der ongehuwd zwangeren heeft een tirannieke vader, tegen wie zij ageren met gebruikmaking van het kind. De vader wordt in de persoon van de verwekker plaatsvervangend dwarsgezeten. Uiteraard wordt Youngs opvatting met deze paar zinnnetjes veel te beknopt geresumeerd: men leze het boek derhalve zelf.

Intussen is na Young heel wat gezegd en geschreven over de achtergronden van het ongehuwd zwanger worden, waarin met name ook het veelal pathologische micromilieu (het gezin) aan de orde

kwam. Door de veelheid van gegevens is het uiterst moeilijk geworden generaliserend nog iets over de oorzaken van het ongehuwd zwanger worden te zeggen. Wel is mij, ook door een eigen uitvoerig psychiatrisch onderzoek van enkele honderden ongehuwd zwangeren, duidelijk geworden dat op uitzonderingen na, er wel wat meer aan de hand is dan een „ongelukje”. Dit heeft verregaande consequenties, inzake de vraag of deze meisjes, doordat zij met zichzelf overhoop liggen, in staat mogen worden geacht zelf een verantwoorde beslissing te kunnen nemen. Zij zien veelal door beslagen brillenglazen.

Over de groep gehuwde vrouwen die om abortus vragen, is wetenschappelijk bezien, wat hun psychologie betreft, voor zover ik weet, zeer weinig bekend. Als lid van een abortusteam heb ik zelf wel, zij het uiteraard een bescheiden, indruk gekregen in een vaak voorkomende structuur, maar het aantal vrouwen dat ik in dit kader zag is te klein om daaruit al conclusies te mogen trekken. Ik zou slechts één vraag willen stellen: zou de doorsnee vrouw snel met een verzoek tot medische abortus komen? Het antwoord kan zijn dat dit komt omdat de doorsnee-vrouw dit voor zichzelf nog immoreel acht (dus: vanuit cultuur-psychologische motieven nog niet met zulke vragen durft komen). Het antwoord zou ook kunnen luiden, dat een van de doorsnee afwijkend type vrouw deze vraag stelt. Om hierop antwoord te geven is een uitvoerig wetenschappelijk onderzoek dringend gewenst.

What to do?

1. Wij moeten als medici breken met de door de commissie geïntroduceerde tegenstelling tussen een ja-tenzij en een nee-tenzij-houding, daar deze te ongenueanceerd is. Er is een derde houding die wel adequaat is, namelijk bezien in hoeverre de betrokkene zelf al dan niet in staat is de eigen problematiek te doorzien. Zo ja, dan uiteraard het zelfbeschikkingsrecht. Zo nee, dan geen zelfbeschikkingsrecht. Wij moeten er in deze gevallen, maar dan in alle bescheidenheid, weer van overtuigd raken, dat wij soms meer zien dan de betrokkene en dat wij als artsen dan de plicht hebben te dienen door leiding te geven. Precies zoals men dat ook bij de opvoeding van kinderen doet, voorzover zij zelf nog niet overzien wat zij doen.

2. De ervaring leert dat de zogenaamde abortus-teams door een bepaald soort artsen worden „bemand”, namelijk — hetgeen ook heel begrijpelijk is — door diegenen, die onvrede hadden en hebben met de vroeger en ook deels nu nog bestaande toestanden, respectievelijk misstanden op dit gebied. Juist door het onder 1.esignaleerde zijn het merendeels mensen die vanuit een ja-tenzij-houding reageren. Dit brengt vaak met zich mee, dat anderen zich daartegen gaan afzetten, met het gevolg dat het voor kan komen dat als een commissie tot medische abortus adviseert men bijvoorbeeld toch geen gynecoloog of narcotiseur of operatiezuster of

ziekenhuisdirectie bereid vindt mee te werken. En dit betekent soms weer dat werkelijke noodgevallen (waarvan er naar mijn smaak niet heel erg veel bestaan) niet worden geholpen. Ik bepleit daarom abortuscommissies die door de Maatschappij-afdelingen worden gekozen en die dus geen privé-aangelegenheid zijn, maar officiële Maatschappijcommissies.

3. Er zal door zulke officiële abortuscommissies uitvoerig tijd moeten worden uitgetrokken om met name de psychologisch/psychiatrische aspecten te doorzien. Met een kwartiertje wat vragen stellen en een „indruk” krijgen komt men er niet. Tenminste zal door de psychiater drie uur aan onderzoek naar de persoonlijkheidsstructuur moeten worden besteed om in een uitvoerig rapport ook maar „iets” te kunnen zeggen. Ook hetero-anamnestiche gegevens (zoals gesprekken met ouders en echtgenoot) zijn noodzakelijk. Recent heeft de F.I.O.M. (overkoepelende organisatie ongehuwde moederzorg instanties) ervoor gepleit dat zij als centraal punt zullen fungeren. Ik kan daar achter staan, mits men van die zijde de nadruk niet meer op het maatschappelijk werk legt, maar de leiding van het team in handen van de medici is.

4. Uitvoering van een goed geleid onderzoek kost geld. Wanneer dit onderzoek door officiële commissies vanuit de Maatschappij plaats vindt, dienen alle betrokkenen hiervoor naar redelijkheid te worden gehonoreerd. Dit betekent dat de kosten van een dergelijk onderzoek in het ziekenfondspakket moeten worden opgenomen.

Amstelveen, 12 september 1970

J. Hofman, arts te Utrecht:

ABORTUS PROVOCATUS IN ZWEDEN

In een overigens behartenswaardige bijdrage van Dr. M. J. van Trommel, getiteld „Abortus provocatus”, in Medisch Contact no 39 van 25 september 1970, blz., 1031, komt in de voorlaatste alinea een onjuistheid voor, die enige correctie behoeft. Collega Van Trommel stelt hierin, dat de procedure die in Zweden wordt gevolgd ten aanzien van de vraag of een abortus al dan niet geïndiceerd is, aanleiding geeft tot zodanig lange wachttijden dat vele vrouwen van een legale abortus afzien, of anderzijds tot gevolg heeft, dat zwangerschapsonderbrekingen in een later dan noodzakelijk stadium van de graviditeit plaatsvinden. Bovendien suggereert hij, dat er in het hele land slechts één commissie is, die over de aanvragen beslist. Dat deze misvatting bestaat is niet zo verwonderlijk; zij dekt ongeveer de situatie zoals die nog voor enkele jaren was. Aangezien ik gedurende langere perioden in Zweden werkzaam ben geweest, laatstelijk afgelopen zomer, en in de functie van psychiatrisch assistent verschillende keren de indicatie tot een zwangerschapsonderbreking heb gesteld, meen ik voldoende deskundig te zijn,

de huidige situatie te kunnen beoordelen. Het gaat hier niet zo zeer om het wijzen op een onjuistheid als wel om het naar voren brengen van een mogelijk alternatief, waarbij de in Nederland kennelijk zo moeilijk van de grond komende realisatie van een abortusbeleid gebaat zou kunnen zijn. Juist de wijze waarop het probleem in Zweden, een land dat op vele gebieden een duidelijke voorsprong op Nederland en de rest van Europa heeft, is aangepakt, is voor ons instructief, omdat wij, daarvan kennis nemende, misschien een aantal fouten kunnen vermijden, die daar aanvankelijk zeker wel zijn gemaakt, getuige de snelle verandering van opvattingen en beleidslijnen.

Uit het in 1968 verschenen boek „Moderne Zweedse Psychiatrie; onder redactie van Holmberg, Ljungberg en Amark, citeer ik het volgende fragment: De eerste abortuswetgeving in Zweden dateert van 1938, en werd gewijzigd in 1946 en 1963. De nu geldende wet staat abortus toe op medisch-sociale, sociaal-medische (sedert 1946), eugenetische en humanitaire indicatie, en sedert 1963 eveneens in die gevallen, waarbij een risico bestaat voor beschadiging van de vrucht anders dan door eugenetische oorzaken. Laatstgenoemde indicatie werd toegevoegd na de tragische softenonaffaire. De wet staat abortus toe tot de 20e, en in bepaalde gevallen tot de 24e week. De sociaal-psychiatrische commissie van het „Medicinalstyrelsen” (de hoogste medische instantie) behandelt de verzoeken aangaande zwangerschapsonderbrekingen. Het onderzoek en de indicatiestelling worden in het algemeen verricht door een „kurator” (qua functie het beste te vergelijken met een maatschappelijk werkster), een gynaecoloog en een psychiater. Twee artsen, mits werkzaam in een bepaald door de wet omschreven ambtelijk dienstverband (dit geldt voor de meeste Zweedse artsen), kunnen eveneens — behoudens wanneer er sprake is van een eugenetische indicatie, beschadiging van de vrucht of niet-toerekeningsvatbaarheid van de vrouw — tot een abortus besluiten en deze uitvoeren (de zogenaamde twee artsen-verklaring). Eerst na de ingreep wordt het „Medicinalstyrelsen” hiervan op de hoogte gesteld. Na de wetsveranderingen van 1946 steeg de frequentie van legale zwangerschapsonderbrekingen snel. In het jaar 1951 werd een maximum bereikt met ongeveer 7000 aanvragen. Vervolgens daalde de frequentie tot 2000 à 3000 gevallen per jaar, om de laatste jaren weer aanzienlijk te stijgen, zodat het aantal van 1951 in 1967 werd overschreden. In de loop der jaren is er een duidelijke tendens om de toepassing van de wet te liberaliseren. Tot zover dit citaat. Wij kunnen er nog vele kanten mee uit en de vraag is, hoe het in de praktijk functioneert.

Mijn eigen ervaring geldt die van een betrekkelijk kleine provincie stad (Nyköping) van 35.000 inwoners, gelegen (naar Zweedse maatstaven althans) onder de rook van Stockholm. Voor zover mij bekend, is de situatie in andere plaatsen, deels als gevolg van de homogene structuur van het land, deels

als gevolg van de sterke centralisatie, vergelijkbaar. Een vrouw, die meent tegen haar zin en bedoeling in verwachting te zijn, neemt contact op met een gynaecoloog (de tussenkomst van een huisarts is niet noodzakelijk). De gynaecoloog beoordeelt, of hij al dan niet tot zwangerschapsonderbreking wil overgaan. Ongeacht zijn beslissing neemt hij contact op met een speciaal daarvoor aan het ziekenhuis verbonden maatschappelijk werkster(kurator), die een uitgebreide anamnese opneemt en op haar beurt contact opneemt met een tweede arts, bij voorkeur een psychiater maar eventueel ook een andere arts, mits, zoals het er plechtig staat, werkzaam „in een dienstverband, zoals de koning voorschrijft”. Deze onderzoekt eveneens de vrouw, tracht te beoordelen in hoeverre een abortus geïndiceerd is en oordeelt positief, indien hij daarvoor termen aanwezig acht. Indien beide artsen tot een eensluidend positief oordeel komen, wordt de ingreep zo snel mogelijk verricht. De gehele procedure neemt niet meer dan 1 tot 2 weken in beslag. Men spreekt in een dergelijk geval van een abortus op basis van een twee artsen-verklaring. Indien een van beide of eventueel beide artsen een zwangerschapsonderbreking niet geïndiceerd achten, of twijfelen of er een indicatie bestaat, sturen zij het geheel aan verzamelde gegevens naar de zogenaamde sociaal-psychiatrische commissie van het „Medicinalstyrelsen” in Stockholm, die op korte termijn een beslissing neemt en terwille van de snelheid haar beslissing per telegram aan het betreffende ziekenhuis meedeelt. In principe kan de betreffende gynaecoloog dan nog weigeren de abortus uit te voeren; het is dan aan de kurator elders een bereidwilliger operateur te vinden. Voor zover mij bekend is, zijn dergelijke weigeringen een uitzondering. De omweg via genoemde sociaal-psychiatrische commissie brengt een vertraging van globaal een week met zich mee.

Hoe men ook over bovenbeschreven gang van zaken mag denken, het verwijt dat de procedure te omslachtig is of aanleiding geeft tot lange wachttijden, is ongegrond. Ten aanzien hiervan heeft men trouwens zijn leergeld betaald. Wel zou men als bezwaar kunnen aanvoeren, dat de abortus-wetgeving tot enige hypocrisie aanleiding geeft. Men is in feite gedwongen een indicatie te stellen, terwijl men veelal, ook al is een sociaal-medische indicatie nog zo rekbaar, contra-indicaties uitsluit. De „ja, tenzij”-houding van de artsen wordt ingepast in de formele „nee, tenzij”-teneur van de wet. Een en ander kan en zal er ook wel eens toe leiden, dat de arts — hoe weinig bewust ook — de vrouw gaat coachen ten aanzien van wat zij het beste als argumenten naar voren kan brengen, kortom haar de indicatie in de mond legt. Hoewel dit binnen het open karakter van de Zweedse samenleving een nogal merkwaardig fenomeen lijkt, wordt er niet al te zwaar aan getild, hetgeen ook wel weer begrijpelijk is, wanneer men zich de niet-moraliserende, pragmatische humaniteit voor ogen stelt, waarvan de Zweden bijna het alleenrecht schijnen te hebben. Dit sluit overigens niet uit, dat velen op een wetsverandering aandringen, waar-

bij het niet meer noodzakelijk zal zijn, dat vele abortuskandidaten een stukje voor henzelf vernederend toneel moeten opvoeren om hun doel te bereiken.

De wijze waarop het abortusbeleid de laatste 10 jaren is geëvolueerd, blijkt uit de volgende statistische gegevens:

<i>Aantal abortuszoekenden</i>						
jaar	1960	1965	1966	1967	1968	1969
abortusaanvragen bij Medicinalstyrelsen	4.085	6.669	6.499	7.387	7.555	7.660
ingewilligd	2.552	5.745	5.782	6.690	7.012	7.207
in %	62	86	89	91	93	94
2 artsen-verklaring	414	860	1.876	3.318	4.450	7.079
totaal aantal ingewilligd	2.966	6.605	7.658	10.008	11.462	14.286

Bovenstaande gegevens wijzen uit, dat van het totaal aantal aanvragen in 1969 ongeveer 98% werd ingewilligd. Uit de cijfers komen verder drie duidelijke tendensen naar voren: 1. een geleidelijke toename van het aantal aanvragen; 2. een steeds groter percentage ingewilligde verzoeken; 3. een sterke verschuiving, vooral van 1968 op 1969, naar de ongecompliceerde en snelle procedure van de twee artsen-verklaring. Het laatstgenoemde punt duidt op een duidelijke veranderde instelling van de artsen, waarschijnlijk sterk beïnvloed door de ervaring, dat de hoge instantie „Medicinalstyrelsen” een steeds hoger percentage van de verzoeken inwilligde. Uit enkele meer gedetailleerde statistieken over het jaar 1966 komen enkele interessante gegevens naar voren. Getrouwde vrouwen kregen in 92% van de gevallen hun verzoek ingewilligd, gescheiden vrouwen en weduwen in 93% en ongetrouwde vrouwen in 85% van de gevallen. Uit een onderverdeling naar leeftijden blijkt, dat het vooral de oudere leeftijdsgroepen zijn waarbij positief werd beschikt. Ook bleek er een duidelijke correlatie te bestaan tussen het aantal reeds geboren kinderen en de kans op inwilliging van een aanvraag. De volgende cijfers van 1966 geven aan, hoe de verdeling over de verschillende indicatiestellingen is.

<i>Indicatiestellingen bij de verrichte zwangerschapsonderbrekingen</i>	
eugenetische indicatie	9
ziekte (medische indicatie)	1.470
zwakte (medisch-sociale indicatie)	4.433
te verwachten zwakte (sociaal-medische indicatie)	1.205
gevaar voor vruchtbeschadiging	59
humanitaire indicatie (verkrachting, incest e.d.)	78
totaal	7.254

Vergelijking van beide statistieken zal even de wenkbrauwen doen fronsen. In de eerste staat over het jaar 1966 een aantal ingewilligde zwangerschapsonderbrekingen vermeld van 7.658, terwijl uit de tweede statistiek blijkt dat er slechts 7.254 zijn uitgevoerd. Aangezien er onder de 7.254 uitgevoerde abortussen ook nog 3 noodgevallen waren die buiten de procedure vielen, blijkt dus dat van de aanvankelijk 7.658 ingewilligde verzoeken slechts in 7.251 van de gevallen daadwerkelijk is ingegrepen, een verschil dus van 407. Wat gebeurde er met deze 5 à 6% van het totaal. De statistiek zegt hierover het volgende: 209 vrouwen voltooiden de graviditeit; 178 kregen een miskraam; 5 ondergingen een abortus in het buitenland; 3 onbekend; 2 ondergingen een illegale abortus. Dorre cijfers weliswaar, maar in feite de meest intrigerende, omdat zij tot op zekere hoogte een indicatie vormen voor de mate van falen van het abortusbeleid. Dit geldt natuurlijk niet voor die 178 gevallen, ongeveer 2,5% van het totaal, waarbij de graviditeit met een miskraam eindigde. Een dergelijk percentage aan spontane abortussen kan men zich heel goed voorstellen in het tijdsverloop tussen aanvraag en uitvoering van de zwangerschapsonderbreking (de procedure was in 1966 nog betrekkelijk tijdrovend). Wat bewoog die 209 vrouwen (ongeveer 3%) die uiteindelijk toch hun kind ter wereld brachten? Handelden zij al doende tegen beter weten in of was de indicatiestelling onjuist geweest? Denkbaar is ook, dat de omstandigheden lopende de procedure waren verbeterd, dat de aanvraag aanvankelijk als gevolg van een zekere paniek werd gedaan terwijl later de bezwaren konden worden gerelativeerd, of dat het „moedergevoel” sterker werd naarmate de graviditeit voortschreed. Men kan zich afvragen, of deze gevallen niet pleiten tegen een snellere procedure, zoals nu gehanteerd. Het kan ook zijn, dat men een percentage van 3% missers acceptabel vindt, althans minder zwaarwegend dan de bezwaren verbonden



De fractie, waarin alle verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen O.L.M.A. worden uitgedrukt, heeft — berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen per ultimo september 1970 — voor het vierde kwartaal 1970 een waarde van f 1,166.

aan een tijdrovende procedure, zoals die ook door collega Van Trommel zijn genoemd. Het is en blijft een zaak van persoonlijke voorkeur.

Tot zover de situatie in Zweden. Uiteraard is het niet mijn bedoeling te propageren, een dergelijk systeem — ook al zijn de Zweden zelf er redelijk tevreden mee — maar klakkeloos over te nemen. Het Zweedse culturele patroon, waarin deze snelle ontwikkeling mogelijk was, is niet het onze. Toch zijn er in ons land onmiskenbare tekenen van een mentaliteitsverandering. Uitzichtloze en passiviteit legaliserende filosofieën over het recht van de ongebooren vrucht beginnen de laatste tijd gelukkig plaats te maken voor een realistische benadering van de actuele noodsituatie. Het is mede ter stimulatie van deze ontwikkeling, dat ik het abortus-beleid voor het voetlicht heb gebracht van een land, dat zich in deze heeft laten leiden door een op de praktijk gerichte en pretentieloze humaniteit.

Utrecht, 3 oktober 1970

Dr. F. Roest, arts te Wassenaar :

HUISARTS EN GYNAECOLOOG IN DE KNEL

Blijkens zijn reactie in Medisch Contact nr. 39 1970, blz. 1033 deelt Dr. M. J. van Trommel mijn kritiek op het wetsvoorstel van Dr. J. H. Lamberts en Dr. J. H. J. Roethof betreffende abortus provocatus niet. Het is mij opgevallen dat het betoog van collega Van Trommel voornamelijk een pleidooi is voor de *deskundigheid* van de huisarts terzake van de beoordeling van abortusverzoeken van zijn patiënten. Het is echter allerminst mijn bedoeling geweest deze in twijfel te trekken. In principe deel ik de mening van collega Van Trommel, dat de huisarts veel meer dan de specialist in staat kan zijn tot een gefundeerd oordeel over de achtergronden van aanvragen om abortus provocatus van zijn patiënten.

In voorafgaande jaren heb ik met veel respect kennis genomen van de praktijkvoering van collega Van Trommel en het verbaast mij dan ook niet dat hij voor de huisartsen in de bres springt. Het kan hem echter bekend zijn dat ik jegens de man in de frontlijn een zeer positieve instelling heb. Ik heb in mijn loopbaan contact met honderden huisartsen gehad: bij de uitbreiding van hun gezinnen had ik het voorrecht met velen van hen meer dan uitsluitend professionele contacten te onderhouden. Daardoor kreeg ik de gelegenheid te luisteren naar hun opvattingen, hun problemen hun twijfels en hun ergernissen. Een aantal van hen had ik nog als enthousiaste medische studenten in de collegebanken gehad om ze later overwerkt en gedesillusioneerd hun praktijken te zien opgeven. Anderen daarentegen wisten zich goed te handhaven en op voortreffelijke wijze de belangen van hun patiënten te dienen. Toch meen ik, dat een optimale praktijkvoering in het verleden dikwijls te grote persoonlijke

offers van vele huisartsen heeft gevraagd en dat hierin verandering zal moeten komen. Daarom ben ik niet geporteerd voor taakverzwarende factoren, en daartoe reken ik de intensieve behandeling van een toenemend aantal verzoeken om abortus arte provocatus.

In kleine plaatsen kennen de huisartsen over het algemeen het wel en wee van hele families en voor hen zullen abortusaanvragen wellicht geen grote problemen geven, ook al omdat het aantal beperkt zal blijven. In de grote steden en vooral in het Westen van het land is de situatie echter wel enigszins anders. Niet alleen omdat er steeds meer verzoeken om zwangerschapsonderbreking komen, doch ook en vooral omdat het merendeel van de daar gevestigde artsen overbelast is door routinewerk. Uit eigen ervaring weet ik, dat velen van hen absoluut niet de mogelijkheid hebben om zich uitvoerig op de hoogte te stellen van de achtergronden van abortusaanvragen van hun patiënten. In het opleidingsziekenhuis waar ik thans werkzaam ben stromen de abortusaanvragen in voortdurend toenemende mate binnen. Meermalen wordt door de huisarts volstaan met een verwijkskaart, voorzien van de simpele vermelding: „Patiënte gravida, wil er af”, of: „Patiënte twee maanden zwanger, abortus geïndiceerd?”, of: „Wilt u eens uitzoeken, of deze patiënte voor abortus in aanmerking komt?” Zelfs gebeurt het herhaaldelijk, dat patiënten worden ingestuurd bij wie niet is onderzocht of zij werkelijk zwanger zijn. Bij verdere navraag blijkt heel dikwijls, dat de huisartsen hun patiënten nauwelijks kennen en volstrekt niets weten over hun familielevens.

Voor de wekelijkse bespreking (op een vaste tijd in de namiddag) worden de huisartsen die patiënten hebben verwezen altijd uitgenodigd. Hun opkomstpercentage bedraagt nog geen 15%, waarbij opvalt dat huisartsen uit kleine randgemeenten relatief vaker verschijnen dan hun collegae uit de grote stad. Ik verbaas mij over dit alles niet meer, sinds ik weet onder welke omstandigheden vele huisartsen hun taak moeten verrichten. Anders dan collega Van Trommel ben ik het op grond van deze ervaringen wel eens met de veelvuldig gemaakte gevolgtrekking, dat de huisartsen zich over het algemeen slechts in een zeer beperkt aantal gevallen in de sociale, financiële, huiselijke en matrimoniële omstandigheden van de patiënt kunnen verdiepen. Wij maken ons uiteraard aan dezelfde fout schuldig: wij generaliseren. Het is echter niet mogelijk in een kort bestek alle facetten van een probleem tot hun recht te laten komen. Het spreekt vanzelf, dat er huisartsen zullen zijn die voldoende tijd en gelegenheid hebben om alle abortusaanvragen zorgvuldig te behandelen. Ik vrees echter dat hun aantal bij een rigoureuze toename van de verzoeken ernstig zal slinken.

Ofschoon ik het idealisme van collega van Trommel bijzonder waardeer en in zijn huidige functie onontbeerlijk acht, maakt de voortdurende confrontatie met door overbelaste huisartsen verwezen patiënten mij huiverig voor zijn prijzende woorden

ten aanzien van het ingediende wetsvoorstel. Ik twijfel dan ook sterk aan de appreciatie welke de huisarts over het algemeen zal hebben voor het te dezer zake in hem gestelde vertrouwen en de daaraan verbonden plicht om patiënten die zich tot hem wenden met een verzoek om abortus provocatus met alle zorgvuldigheid die een dergelijke ernstige zaak vereist te behandelen. Met de toepassing van het medisch tuchtrecht op in deze problematiek falende artsen ben ik minder ingenomen dan collega Van Trommel, doch dit lijkt mij in een materie die ongetwijfeld uit de hand zal lopen nauwelijks meer van belang.

Het is overigens de vraag welke normen men zou moeten aanleggen bij een oordeel over de mate van zorgvuldigheid. Collega Van Trommel is er wel gerust op, dat de overgrote meerderheid van de huisartsen daarin niet tekort zal schieten en hij maakt een vergelijking met overbelaste gynaecologen, die over het algemeen een zeer druk leven leiden, doch waaruit men niet zou mogen concluderen dat zij niet in staat zouden zijn bepaalde ingrepen te verrichten waartoe zij deskundig kunnen worden geacht. Nu lijkt het mij onjuist om prestatievermogen bij overbelasting als uitgangspunt voor toekomstige regelingen te nemen. Laten wij als medici niet vrijwillig de discrepantie tussen onze arbeidsprestaties en die van de overige beroepsbevolking nog verder vergroten. De vergelijking tussen een overbelaste gynaecoloog en een overbelaste huisarts gaat bovendien op een essentieel punt mank. Als gynaecologen hun vak goed beoefenen, zijn een juiste benadering en begeleiding van de patiënt van zeker zoveel belang als de technische ingrepen welke zij verrichten. Bij werkperiodes van 24 tot 36 uur — (die althans) in mijn praktijk geenszins uitzonderlijk waren — raakt men uiteraard enigszins vermoeid. In deze toestand kost het echter meer zelfoverwinning om aandachtig te luisteren naar de voortkabbelende stem van een patiënte die er behoefte aan heeft een omstandig relaas over haar huiselijke of rechtelijke moeilijkheden te doen dan om een acute operatie te verrichten. De huisarts kent deze variatie echter niet en ik heb dan ook een grenzeloos respect voor hen die in deze situaties nooit versagen, maar ik vrees wel dat dit ras op den duur zal uitsterven. Men kan dit betreuren, maar andere tijden brengen andere zeden; ik meen daarom, dat de leden van de Tweede Kamer de huisarts - „oude stijl” toch maar liever niet als voorbeeld moeten nemen bij hun oordeel over het voorstel van Lamberts en Roethof.

Ofschoon ik het streven naar verbetering van de positie van de huisarts van harte toejuich, ben ik te veel realist om hiervan snelle resultaten te verwachten. Ik heb daarom grote bezwaren tegen het gebrek aan nuances in het voorstel van Lamberts en Roethof, waarin de huisarts tout court een veelomvattende taak krijgt toegewezen. Hij kan weliswaar „desgewenst” andere deskundigen inschakelen, doch bij een toenemend aantal aanvragen zijn de mogelijkheden in dit opzicht beperkt. Bovendien ontslaat dit

Medische informatiekaart

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

De medische informatiekaart van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst — een herziene uitgave van de vroegere „Medicamentenkaart voor noodgevallen” — is bij het Bureau der Maatschappij verkrijgbaar tegen kostprijs. De prijs is vastgesteld op f 0,20 per stuk bij aflevering in plastic hoesje; de verzendkosten zijn hierbij niet inbegrepen. Grotere hoeveelheden van deze medische informatiekaarten kunnen ook worden afgenomen zonder plastic hoesje à f 0,10 per stuk.

hem niet van de plicht eerst zelf een onderzoek in te stellen.

Voorts wordt in het wetsvoorstel geen enkele oplossing aangegeven voor patiënten van negatief geconditioneerde huisartsen. Ook met dit probleem word ik herhaaldelijk geconfronteerd. Patiënten blijven dan na een lange lijdensweg door een hun onbekende huisarts te zijn verwezen. Het spreekt vanzelf, dat deze allerminst in staat is het verzoek om abortus te beoordelen. De gynaecologen in ons team besteden zeer veel tijd en aandacht aan dergelijke patiënten, evenals aan degenen die slechts met een- of tweeregelige verwijzingen komen. Wij moeten dan eigenlijk de taak van de huisarts overnemen, maar wij zouden verre de voorkeur geven aan de ideale situatie zoals door collega Van Trommel geschetst. In een aantal gevallen is daarvan inderdaad sprake, en dan hebben wij er niet de minste behoefte aan ons te laten gelden op een terrein dat niet in de eerste plaats het onze is. De patiënten dreigen door deze gang van zaken echter in de verdrukking te komen. Wij kunnen deze werkwijze door het grote aantal aanvragen niet langer volhouden, wij hebben ten slotte ook nog onze andere patiënten, die eveneens recht op behandeling hebben. We zullen dus — met een bezwaard hart — van alle huisartsen deugdelijke verwijzingen moeten eisen.

Hieraan zal stellig het een en ander blijven ontbreken, en ik zie daarom zeker nog wel een aanvullende taak voor de gynaecoloog, die toch ook enigszins deskundig mag worden geacht. In het wetsvoorstel komt de gynaecoloog als mogelijk adviseur echter volstrekt niet into the picture. Hij is de technicus wiens hulp zo *nodig* zal worden gevraagd. Voorlopig

kunnen anderen zijn taak evenwel niet overnemen, zodat ik de woorden zo *nodig* misleidend voor leken acht. Ik meen, dat duidelijk dient te worden gesteld, dat in het huidige stadium de gynaecoloog de aangewezen man is tot het verrichten van abortus arte provocatus. Indien er sprake zou zijn van een beperkt aantal van deze ingrepen zouden er weinig problemen te verwachten zijn. Ons land telt echter niet meer dan ongeveer 300 praktizerende gynaecologen en dit bestand is reeds thans te krap. In sommige delen van ons land is zelfs sprake van een noodsituatie. Door het tekort aan opleidingsplaatsen is er een te gering aanbod van jonge gynaecologen, zodat er voorlopig geen kentering ten gunste zal optreden. Bij de reeds thans waarneembare tendens tot ruime toepassing van abortus provocatus zal er zonder twijfel een tekort aan mankracht ontstaan. Als hierin niet tijdig wordt voorzien zullen chaotische toestanden het gevolg zijn.

Wie aandachtig kennis neemt van de publikaties over abortus provocatus in de lekenpers ontkomt niet aan de conclusie dat de tijd niet ver meer is dat de vrouw zelf zal beslissen over de beëindiging van haar zwangerschap. Daarmee zal de discussie over normen en verantwoordelijkheden uiteraard zijn achterhaald en zullen met name de huisartsen en gynaecologen in meer dan één opzicht in de knel raken.

Ik kan het met collega Van Trommel eens zijn, dat vele gevallen van ongewenste zwangerschap een

groot stuk menselijke tragiek impliceren. Het berust dan ook inderdaad op een misverstand wanneer hij zou menen, dat ik een vergelijking heb willen trekken tussen de kwaliteit van een appendectomie en een abortus arte provocatus. Ditzelfde misverstand is ook al eens ontstaan ten aanzien van de uiteenzettingen van Lamberts en Roethof. In hun toelichting ging het om het rubriceren van abortus provocatus als medische verrichting, in de mijne om het principe van verantwoord medisch handelen. Men moet in deze maar op de goede intenties van de schrijvers vertrouwen, er is nu eenmaal geen enkele medische ingreep welke overeenkomst vertoont met de abortus arte provocatus.

Overigens verwacht ik een toename van het aantal gevallen waarin nonchalance en gemakzucht prevaleren. Bij een ruime mogelijkheid tot inwilliging van abortusverzoeken zullen voorts vele vrouwen het minder nauw gaan nemen met de toepassing van anticonceptieve maatregelen. Ik hoop oprecht, dat de toekomstige gang van zaken mij in het ongelijk zal stellen en dat wij verzoeken om abortus provocatus even consentieus kunnen blijven behandelen als elke andere medische verrichting. Dit immers is zowel voor collega Van Trommel als voor mij het uitgangspunt van onze discussie geweest. Ik meen daarom, dat wij niet in principe doch slechts in prognose van mening verschillen.

Wassenaar, 8 oktober 1970

Verslag bijscholing oud-kadercursisten

Vrijdagavond 16 oktober j.l. kwamen de deelnemers van groep II in de Internationale school voor wijsbegeerte. Na ontvangst door onze gastvrouw, collega Dr. Louise Hemmes, bijgestaan door de collegae G. C. M. van Maarsseveen en R. Vermeer, werden door de deelnemers de contacten vernieuwd en nieuwe contacten gelegd.

Het eerste deel van het programma had tot onderwerp: Organisatie van de medische hulp bij spoedgevallen en ongevallen. Door collega P. D. van Leeuwen werd een inleiding gegeven, gevolgd door collega J. J. de Konink met aantekeningen over de situatie ten plattelande, en door collega Dr. Z. Nauta over de problemen hieromtrent in de ziekenhuizen.

Tijdens de discussie, die na de voordracht ontstond, was één van de punten van gesprek de vraag of er gegevens bestaan over de tijdsduur, verlopen-tussen de melding van het ongeval, de inbreng in het ziekenhuis, tot het onderzoek door de specialist. De mening bestond, dat de tijdsduur van het tweede gedeelte beperkt zou kunnen worden.

Na het genieten van een slaapmutsje werd het slaapoord opgezocht, dat de volgende morgen om half acht door collega Hemmes, met een harde klopp op de deur, weer tot leven kwam.

De morgenbijeenkomst had als thema: „De image

van de arts”. Door Drs. C. W. Aakster werd een inleiding gegeven, aangevuld met opmerkingen door de heer P. M. Heil en collega F. A. Bol. Een van de discussiepunten betrof het recht van de journalist om bepaalde, voor de arts onaangename situaties te publiceren. Hierbij werd aangetekend, dat de journalist de follow-up in de regel achterwege laat.

Na de lunch en een wandeling over het zonovergoten terrein in herfstkleuren werd geluisterd naar de voordracht van Dr. C. P. Sporken, die sprak over: „Heroriëntering in de medische ethiek”. Nadat men zich in groepjes had verdeeld om dit onderwerp onderling nader te bespreken, volgde de discussie. Een van de punten, die hierbij zeer in de belangstelling stonden, was de actieve euthanasie.

Na de warme maaltijd verenigde men zich voor het laatste gedeelte van deze cursus, de evaluatie. Hiertoe hadden de deelnemers steeds aan het einde van ieder onderdeel een vragenlijst moeten invullen. Collega E. van de Weg toverde uit de antwoorden enige grafieken te voorschijn, waarbij als eindconclusie naar voren kwam, dat de deelnemers deze bijscholingscursus als zeer geslaagd beschouwden.

Nogmaals onze dank voor de goede organisatie door de gastvrouw, collega Louise Hemmes.

D.

Ledenvergadering op 26 november 1970

Ledenvergadering 13 november 1970 afgelast

De ledenvergadering van 13 november 1970 is verschoven naar donderdag 26 november 1970.

Ledenvergadering 26 november 1970

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept een ledenvergadering bijeen op donderdag 26 november 1970, te Utrecht, in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, Jaarbeursplein (tel. 030-914914).

De ledenvergadering vangt aan om 19.30 uur. Deze ledenvergadering is de voor het vierde kwartaal reglementair voorgeschreven vergadering (art. 26 lid 1 H.R.); de agenda luidt als volgt:

1. opening
2. verzoek om dispensatie van artikel 27, lid 1 van het huishoudelijk reglement
3. notulen
4. mededelingen
5. reglementswijzigingen
6. financiële commissie
7. jaarverslag van de penningmeester over het verenigingsjaar 1969 (inclusief accountantsrapport);
décharge van de penningmeester; goedkeuring begroting voor het komende verenigingsjaar 1971, incl. vaststelling bijdrage voor dat jaar
8. verkiezing a. van de voorzitter; b. van 2 leden van het Centraal Bestuur
9. Regeling en Klapper
10. wat verder ter tafel komt
11. rondvraag
12. sluiting

Toelichting

ad 2

Aangezien Medisch Contact officieel op vrijdag verschijnt, is dispensatie nodig voor het feit dat 1 dag te laat in dit orgaan is geconvoceerd.

ad 5 Reglementswijziging. Uitgewerkte voorstellen worden u op korte termijn toegezonden.

ad 6 Financiële commissie. Het Centraal Bestuur stelt voor over te gaan tot instelling van een financiële commissie.

a) De taak van deze commissie zal zijn: de ledenvergadering voor te lichten ter zake van de jaarlijkse begroting en suppletoire begrotingen der Landelijke Huisartsen Vereniging. Zij zal daartoe inzage kunnen krijgen in alle financiële gegevens die hiervoor van belang zijn, via de penningmeester der L.H.V. Zij zal van deze gegevens een gepast gebruik maken. De commissie zal zich hoeden voor het treden in het beleid van het Centraal Bestuur en zal geen adviezen ter zake van de jaarlijkse décharge van de penningmeester voor het gevoerde financiële beleid geven.

b) De commissie zal bestaan uit tenminste 3 leden, welke op voordracht van het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging door de ledenvergadering worden benoemd.

c) Het bestuur zal een voordracht van tenminste 3 leden uitbrengen.

ad 7 De hierop betrekking hebbende stukken zullen afzonderlijk aan alle leden worden toegezonden.

ad 8 De periodiek aftredende bestuursleden zijn de collegae J. F. A. van Rijn (voorzitter), J. I. van der Leeuw, F. A. van Spanje en J. P. M. Trouw. Collega van Spanje stelt zich herkiesbaar.

Kandidaten voor deze vakatures kunnen aan de ledenvergadering worden voorgedragen conform artikel 13 lid 2 en lid 3 van het Huishoudelijk Reglement.

ad 9 Aan de PHV-besturen en afgevaardigden is inmiddels documentatie over dit onderwerp verzonden.

Ledenvergadering 11 december 1970

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept een ledenvergadering bijeen op vrijdag 11 december 1970 te Utrecht. De agenda voor deze vergadering zal nog bekend worden gemaakt. Het belangrijkste te bespreken onderwerp zal zijn *Sociale Voorzieningen*.

Utrecht, 22 oktober 1970

J. I. van der Leeuw, arts
secretaris

Mededeling van de Apotheek-commissie

Nabestaanden van overleden apotheekhoudende huisartsen, die in het bezit waren van obligaties van de Stichting Controle Laboratorium Nederlandse Apotheekhoudende Geneeskundigen, kunnen deze bij de Apotheekcommissie van de Landelijke Huisartsen Vereniging aanbieden. De Apotheekcommissie zal deze desgewenst à pari overnemen.

F. Padeloup, arts
secretaris-penningmeester

Presidium 1971

Tot voorzitter van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten voor het jaar 1971 is benoemd Prof. Dr. G. A. Lindeboom, Amsterdam, en tot ondervoorzitter Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, Utrecht.

Voordrachten

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

Apeldoorn en Omstreken: Prof. Dr. N. M. J. Schweitzer, hoogleraar in de oogheelkunde, onderwerp: „Traumatologie van het oog”.

Arnhem en Omstreken: Dr. C. v. Gastel, L. B. Tan, Dr. J. M. Werre, internisten, onderwerp: „Nieuwe ontwikkelingen in de behandeling van leukemie”.

Assen en Omstreken: Dr. G. van Herpen, onderwerp: „Automatische verwerking van fysiologische signalen o.a. E.C.G.”

Drente's Z.O. Hoek: Prof. Dr. H. O. Nieweg, onderwerp: „Een kijkje in de keuken van de hematologie”.

Eindhoven en Omstreken: J. Boutkan, onderwerp: „Revalidatie van hartinfarct patiënten”.

Gouda en Omstreken: C. A. de Geus, onderwerp: „De nabehandeling en de begeleiding van de carcinoompatiënt door de huisarts”. E. Engelsman, internist, onderwerp: „De problematiek in de kliniek, zoals die zich aan de specialist voordoet”.

Heerlen en Omstreken: M. Kooyman, onderwerp: „Is een druggebruiker een patiënt?”.

Helmond en Omstreken: Prof. Dr. E. Loeliger, hematoloog, onderwerp: „De medicamenteuze behandeling van trombose in het algemeen”.

„Oude IJssel”: G. J. Brouwer, psychiater, onderwerp: „De depressie”.

Voorne en Putten en Rozenburg: Dr. M. J. van Trommel, onderwerp: „De toekomst van de huisarts-geneeskunde”.

Wageningen en Omstreken: Dr. D. Jacobs, onderwerp: „Enkele aspecten van de organisatie van de geestelijke volksgezondheid”.

Zuid-Limburg: G. B. Mastenbroek, sociaal psychiater, onderwerp: „De sociale taak van de medicus bij het voorkomen en begeleiden van ongewenste zwangerschappen”.

Zwolle en Omstreken: J. L. Ellis, internist, onderwerp: „Creatinefosfer kinase bij het acute hartinfarct”. R. J. L. Tulp, chirurg, onderwerp: „Een pseudarthrose behandeling vlg. de A-O methode”. J. Posthuma, onderwerp: „Orgasmusstoornissen bij de vrouw”. Dr. J. B. Mullers, chirurg, onderwerp: „De tragiek van de voorhuid”.

Nieuwe leden:

R. J. J. van Beek, Apothekersdijk 29, Leiden.
J. G. de Bruijn, Raaphorst 35, Leiderdorp.
J. L. Delhez, Andreas Schelfhoutstr. 9, Almelo.
J. van Gijn, Rijnsburgerweg 145, Leiden.
W. E. C. van Haselen, Brandenburgseplein 401, Arnhem.
W. L. van Heijningen, Mozartstraat 265, Leiden.
W. R. W. Hommes, Beelslaan 3, Haarlem.
R. de Jong, Noordikslaan 41, Almelo.
R. H. Mulder, Alberdaplantsoen 33, Voorschoten.
Mej. C. W. Nederburgh, Drieplassenweg 17, Katwijk aan Zee.
H. C. J. Penners, Graaf Florisweg 77, Gouda.
R. H. U. Rammeloo, Maasstraat 96, Almelo.
Mej. E. H. Roorda, Mercuriusweg 484, Purmerend.
Mevr. L. J. Rootmensen-van Keeken „Odyssee”, Jachthavenweg, steiger 7, Amsterdam-11.
J. M. R. Schuermans, Margrietlaan 6, Melick.
J. W. E. Sluiter, Hertog Willemweg 19, Hem.
D. W. Th. Smalbraak, Boerhaavelaan 28, Leiden.
B. M. Takens, Julianaweg 1, Appingedam.
Mevr. A. A. Vaandrager-Havinga, Ambachtstraat 29, Haarlem.

Overleden:

A. Beumer, Schietbergseweg 18, Rheden.
Dr. J. de Graaf, Hondsruglaan 20, Groningen.
H. J. van 't Hul, Fazantenlaan 5, Haren.
F. H. Kuipers, Margrietlaan 2, Geleen.
Jhr. Dr. A. H. van Lidth de Jeude, Graaf Janlaan 31, Zeist.
A. M. C. Lindner, Noordersingel 102, Leeuwarden.
Dr. F. A. Nolle, Wilhelminapark 13, Oegstgeest.
J. F. Verster, Parkflat „de Rheijngaarde”, C 20, De Meern, Utr.

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

WAAROM DEZE FRONTVERANDERING?

Onlangs konden wij tot onze verassing en verwondering, niet tot onze bewondering, de voorzitter van de Maatschappij, collega Van der Drift, tijdens een tv-uitzending verandering horen bepleiten van de wet inzake abortus provocatus, hetgeen diverse vragen deed rijzen. Sprak hij louter als privé-persoon? Dat bleek bij die uitzending niet het geval te zijn. Maar heeft het Hoofdbestuur niet nog kort geleden verklaard „geen voorstander van wetswijziging” (sic) te zijn, een standpunt dat werd gepubliceerd in Medisch Contact? Wat is er sedertdien voorgevallen, dat een andere zienswijze zou rechtvaardigen? Zeker, er zijn allerlei stemmen opgegaan, stemmen pro alsook stemmen contra — onder de laatste die van de Vereniging van Gynaecologen, die toch wel het meest bij een eventuele wetswijziging zouden zijn betrokken. Gaat vorengenoemde collega dan in tegen het Hoofdbestuur? Het bepleiten van een wetswijziging treft te meer, daar deze voor de artsen niet nodig is. Er is in de loop der jaren een gewoonte-recht tot stand gekomen (hetgeen voorheen de hoofdbron was van het strafrecht), een buitenwettelijke rechtvaardigingsgrond. Volgens dit gewoonterecht wordt de arts die naar beste weten en geweten te werk gaat, in geval van gevaar voor de aanstaande moeder niet strafbaar geacht. De wet kan de arts beschermen en vrijwaren tegen aandrang. Wij herhalen: wat is er voorgevallen?

Het is de functie van het Hoofdbestuur om te besturen, niet om bestuurd te worden. Daarbij zou verandering van het Wetboek van Strafrecht, in de zin van legalisering van provocatio abortus, de eerbied voor het leven, ook voor het kiemende leven — vanaf de oudste tijden een streven van de arts — nog meer doen afnemen. De medicus is de „natürliche Anwalt”, aldus Rudolf Virchow, ook in dit opzicht.

Maastricht, 7 oktober 1970

Dr. J. E. Schulte

KRITIEK OP KRITIEK

In haar commentaar in M.C. nr. 42/1970, blz. 1109, geeft de redactie aan-

dacht aan de „lichte sensaties, teweeggebracht door een groep zich kritisch noemende artsen” (v. M., M.C. nr. 41/1970, blz. 1079). De motivering van congresleiding en bestuur om van de voorgenomen discussie van 10 minuten na elke lezing af te zien zoekt de redactie in een reden van organisatorische aard. Veel waarschijnlijker is het, dat congresleiding en bestuur gebelgd waren over de open brief en beducht voor „discussie” in de zin van sommige studentenbijeenkomsten. Het is begrijpelijk, dat een organisatie, die sedert 1848 haar structuur niet wezenlijk wijzigde, een onparlementaire actie als anti-parlementair beleeft.

Voor een spontaan opkomend idee is geen ruimte in de bureaucratische structuur van onze Maatschappij. De armoedige procedure, waarbij een initiatief van een willekeurig lid in de ijzeren greep van het apparaat komt en veelal zal worden gesmoord, wordt nog eens door de redactie beschreven. Een afdeling stelt iets aan de orde, maar wie krijgt de kans om een nieuw idee in een afdeling erdoor te krijgen? De tweede zeef is dan het hoofdbestuur. De derde de algemene vergadering, waar alleen de afgevaardigden stem hebben. Vijf afdelingen zijn nodig om een bijzondere algemene vergadering te doen uitschrijven. Waarom is het niet mogelijk, ditzelfde te laten geschieden op verzoek van een vijftigtal leden zonder nadere precisering?

Wat betreft het ontbreken van een reactie op de oproep van de redactie tot maatschappijkritiek in M.C. nr. 23/1970, blz. 597, het volgende: De redactie heeft mijn stuk in nr. 28 mischien niet meer in haar gedachten gehad (M.C. nr. 28/1970, blz. 745). Er stond dan ook een verkeerde kop boven, namelijk „De Wereld Gezondheids Organisatie en de B.C.-wapens” in plaats van „Dok uit zijn hok?”. Dat is bovendien niet gerectificeerd. Het was trouwens niet het eerste maatschappijkritische stuk in Medisch Contact, gelukkig.

Hier komt een officieuze mededeling: Het district II (Haarlem en O.) komt binnenkort met een motie bij het hoofdbestuur. Daarin wordt onder meer gevraagd om het instellen van een permanente commissie Milieuhygiëne. Dit sluit mooi aan bij de congres-speeches van staatssecretaris en voorzitter. Maar misschien had het hoofdbestuur dit al op de agenda staan. Het vragen om ruimte van de redactie om deze mededeling te doen is alweer ongebruikelijk, zij het niet verboden. Het doorbreekt een gewoonte. Het bekort misschien een procedure. In een verstarde structuur, die

sterk hiërarchisch is opgebouwd, kunnen kleine kortsluitingen nodig zijn, om tot noodzakelijke democratiserende en animerende vernieuwing te komen — noodzakelijk voor het bewaken van de volksgezondheid.

Beverwijk, 19 oktober 1970

J. H. van Meurs, zenuwarts

Het Studiecentrum voor Informatica heeft zich gezet aan de samenstelling van een register voor computertoepassingen op medisch gebied. In het nieuwe naslagwerk zullen projecten op het terrein van de biomedische research, de klinische geneeskunde en het ziekenhuisbeheer, bij de toepassing waarvan gebruik wordt gemaakt van computers, worden beschreven. Tevens kan dan de stand van zaken met betrekking tot het binnenlands gebruik van computers op de genoemde terreinen worden bijgehouden. Het register zal in het Engels worden gesteld. De gegevens zullen door enquëtering worden verzameld. Formulieren zijn te verkrijgen bij de heer Tan Sintuan, Studiecentrum voor Informatica, Stadhouderslaan 6, Amsterdam, tel. 020-187933.



Ons land heeft een stijgend tekort aan legerartsen. Een aantal jonge beroepsofficieren-medici heeft volgens persberichten minister Den Toom van Defensie bij rekest verzocht een eind te maken aan de zorgwekkende toestand waarin de Militair Geneeskundige Dienst verkeert, en wel door het contract van de zogenaamde contract-studenten met terugwerkende kracht tot ten hoogste 5 jaar te verkorten; de contractanten-toelage even hoog te maken als de gewone studiebeurs; meer mogelijkheden te scheppen tot bijscholen en het schrijven van een proefschrift; betere salariering en overplaatsingsmogelijkheden. De artsen doen hun verzoek met het oog op „de zware psychische druk, de morele en sociale belasting die de verbintenis en de functies met zich meebrengen”.



In heel Latijns Amerika zijn op het ogenblik in totaal 3.764 psychiaters. Het cijfer stond in Acta Psiquiatrica y Psicologica de America Latina, Vol. 16, No. 1, aangehaald in JAMA (Jour-

nal of the American Medical Association), 14 september 1970. Een onderverdeling per land geeft de volgende afdalende reeks te zien: Argentinië telt 1.474 psychiaters, Brazilië: 774; Mexico: 381; Venezuela: 211; Colombia: 190; Chili: 180; Peru: 142; Uruguay: 132; Portorico: 96; Ecuador: 32; Cuba: 29; Costa Rica: 22; Panama: 20; Bolivia: 18; Salvador: 15; Guatemala: 12; Paraguay: 11; Nicaragua: 10; de Dominicaanse Republiek: 6; Haiti: 5 en Honduras: 4. Een schijntje, vergeleken bij het gehele artsenbestand en het bevolkingstotaal. Iets kan het nog wel meevallen; de genoemde cijfers zijn niet statistisch exact: de meeste landen in deze contreien kennen geen aparte specialistenregistratie.

¶

Enig verschil in de medische consumptie tussen ziekenfonspatiënten en particuliere patiënten kan niet worden aangetoond. Aldus een van de conclusies van een oriënterend onderzoek naar de achtergronden van de medische consumptie, verricht door het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde/TNO. Van het onderzoek wordt melding gemaakt in het jaarverslag 1969 van het instituut. Blijft, zegt het NIPG/TNO, de vraag hoe praatjes over overconsumerende ziekenfondsverzekerden in de wereld komen. Als factor zou meespelen, dat wie genoemde opvatting huldigen ervan uitgaan, dat mensen uit de lagere sociaal-economische milieus verantwoordelijkheidsgevoel en werkszin missen. Nader onderzoek naar deze ideeën en naar de lieden die ze koesteren, lijkt het instituut uit psychohygiënisch en sociaal oogpunt zowel zinvol als gewenst.

¶

De abortus-situatie in Engeland is het thema van een dag, te houden op de 14e november 1970 in het gebouw van de medische faculteit der Vrije Universiteit, Van der Boechorststraat 7, Amsterdam. Sprekers zijn: Sir John Peel, die een referaat zal houden over „The national effects of the Abortion Act”; verder Dr. R. F. R. Gardner, met het onderwerp: „Confronting the patient — the practical situation”. Eerstgenoemde is immediate past-president van het Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, president-elect van de British Medical Association; Dr. Gardner fungeert als consultant obstetrician and gynaecologist van de Sunderland Group of Hospitals. De

voordrachten worden 's morgens gehouden, en wel vanaf 10.30 uur exact. 's Middags is er een discussie onder leiding van Prof. Dr. G. A. Lindeboom en Prof. Dr. J. Janssens. Voor f 4,- kan een eenvoudige lunch worden gebruikt. Hiervoor gelieve men zich vóór 9 november op te geven bij Mej. C. M. T. Kermer, Medisch-Encyclopaedisch Instituut, gebouw Medische Faculteit V.U., Van der Boechorststraat 7, Amsterdam-Z II, tel. 020-482701.

¶

De Commissaris van de Koningin van de provincie Zuid-Holland, Mr. J. Klaasesz, zal het voorzitterschap op zich nemen van de commissie die, overeenkomstig het bepaalde in art. 57 van het ontwerp van de Wet op de luchtverontreiniging, zal worden gevormd in verband met de aanwijzing van de Rijnmond tot saneringsgebied. De betrokken particuliere en overheidsinstanties hebben reeds een uitnodiging ontvangen in deze commissie zitting te nemen. Mede op verzoek van de voorzitter van de Eerste Kamer zal de behandeling van het wetsontwerp zoveel mogelijk worden bespoedigd. Verwacht mag worden, dat de behandeling in de Eerste Kamer nog dit jaar haar beslag zal krijgen.

¶

Tijdens een bijeenkomst van vertegenwoordigers van Europese spierdystrofie-organisaties, van 2-4 oktober jl. te Driebergen, werd opgericht de European Alliance of Muscular Dystrophy Associations (E.A.M.D.A.). Deelnemende landen zijn België, West-Duitsland, Engeland, Frankrijk, Italië, Joegoslavië en Nederland. Denemarken en Tsjecho-Slowakije hopen op korte termijn eveneens toe te treden. De nieuwe organisatie zal in haar activiteiten spierdystrofie alsmede daaraan verwante spierziekten betrekken. Zij zal contacten onderhouden met de World Federation of Neurology. De eerste officiële E.A.M.D.A.-vergadering is gepland voor september 1971 te Londen.

¶

De British Council stelt voor het studiejaar 1971-1972 beurzen en stipendia in het vooruitzicht: „Applications are invited for British Council Scholarships tenable at universities and other educational institutions in the United Kingdom for ten months covering the academic year October 1971

to July 1972. In exceptional cases scholarships may be extended for a further period to enable the holder to obtain a university degree. Applicants should normally have a minimum status of kandidaat or equivalent professional qualification and be between 21 and 35 years of age. Applications are also invited for Bursaries usually for short periods of up to three months; these are intended to cover a rather wider field than British Council Scholarships, but they may be awarded for purely academic studies. Applicants should normally be over the age of 25 and should be fully and have had some experience in their field of work”. Aanvragen moeten vóór 20 november van dit jaar zijn ingediend. Inlichtingen: British Council, Keizersgracht 343, Amsterdam-C., tel. 020-239333.

¶

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Krusinga, heeft het Instituut voor Toepassing van Atoomenergie in de Landbouw te Wageningen opdracht gegeven onderzoek te verrichten met betrekking tot het gezondheidsbeleid voor mens en milieu. Het onderzoek omvat drie onderdelen: radiobiologische en genetische studies op insecten, alsmede microbiologische en andere „wholesomeness”-studies van bestraald voedsel — projecten die voornamelijk zijn gericht op het binnen de perken houden van de toepassing van chemische bestrijdingsmiddelen; ten derde, studies over bodembesmetting door radio-actieve stoffen, organische kwikverbindingen en fosfaat.

¶

Het Comité Gasalarm, dat onder meer de steun verwierf van de artsenkring Alkmaar (zie M.C. nr. 38/1970. blz. 1005), heeft een succesje geboekt. De petroleummaatschappij Amoco, die de concessie heeft naar aardgas te boren in de duinen rond Bergen en Schoorl, is blijkens een bericht in de Volkskrant van 20 oktober jl. bereid de toekomstige gasbehandelingsstations niet bij de boorlocaties neer te zetten. Die locaties zijn gepland in natuurgebieden met bijzondere landschapzorg bij Camperduin, in het Pirolavlak bij Bergen aan Zee, aan de Groeneweg bij Bergen en in de Bergermeer ten Zuiden van Bergen. Het actiecomité heeft steeds volgehouden, dat de vier installaties voor de verwerking van het gas elders, op een minder schadelijke plek, bij elkaar kon-

den worden gesticht. Maar het gaat „Gasalarm” niet alleen om het verplaatsen van de verwerkingsstations; ook de boorlokatie Groeneweg en Bergermeer zouden moeten worden verplaatst, terwijl de Pirolavlak-lokatie in het geheel niet in exploitatie zou moeten worden genomen. De gemeenten Bergen en Schoorl zijn het daarmee in zoverre eens, dat zij hebben geweigerd bouwvergunningen af te geven voor de lokaties Pirolavlak en Groeneweg.



De Vereniging voor Sportgeneeskunde zal in samenwerking met de Nederlandse Sport Federatie en de Federatie van Bureaux voor Medische Sportkeuring in Nederland op 7 november 1970 in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht haar jaarlijkse „open sport-artsendag” houden. Aanvang 10.15 uur. Het onderwerp op deze dag luidt: „Sport en seksualiteit”. 's Ochtends zullen inleidingen worden gehouden door Mevrouw Dr. E. C. Waalwijk van Doorn, seksuologe, en W. J. Honnebier, gynaecoloog. Van 14.00-15.30 uur zal een forum, onder meer bestaande uit de inleiders, vragen beantwoorden. Forumleider is Dr. F. Wafelbakker, inspecteur bij de Volksgezondheid, afdeling Jeugdgezondheidszorg. Met het oog op de beperkte plaatsruimte dienen belangstellenden (ook niet-artsen zijn welkom) zich van te voren op te geven bij het secretariaat van de Vereniging voor Sportgeneeskunde, p/a Burg. van Karnebeeklaan 6, 's-Gravenhage, tel. 070-632963, toestel 40.



De Jellinek-kliniek zal worden uitgebreid. De capaciteit, nu 67 bedden, komt op 99 bedden. De uitbreiding omvat onder meer een nieuwe afdeling van 12 bedden voor vrouwelijke druggebruikers, met een laboratorium voor systematisch routine-onderzoek op lichaamsvloeistoffen, naast de reeds bestaande kliniek voor mannelijke druggebruikers aan de Linnaesparkweg. Verder zal de bestaande inrichting voor mannelijke alcoholisten aan de Keizersgracht, nu 48 bedden, met 20 bedden worden vermeerderd, zodat aan de ook op dit gebied sterk gestegen vraag naar klinische opnamemogelijkheden zal kunnen worden voldaan. Het staatssecretariaat voor Sociale Zaken en Volksgezondheid, dat de toestemming tot de uitbreiding heeft verleend, wil dat bij het uitwerken van de verbouwingsplannen ook aandacht wordt besteed aan de opvang van niet in de kliniek opgenomen verslaafden en alcoholisten.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

Bestuur: Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice voorzitter; Prof. Dr. S. A. de Lange, Essenweg 54, Rotterdam, secretaris; Prof. D. C. den Haan, Rotterdam, penningmeester; G. A. C. Bosch, Amsterdam.

Redactie: Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

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

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

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland f 35,—, losse nummers f 1,04 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

Adreswijziging: Leden Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst uitsluitend aan Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden aan Uitgeverij. Kruyt N.V., Bussum.

Oplage: 16.500 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411
Postgiro K.N.M.G.: 58083

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Bureau voor waarneming en vestiging:

van 9 tot 17 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411;

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

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021