



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

DE PIL IN HET PAKKET

Na een langdurige voorgeschiedenis heeft de ministerraad besloten anticonceptionele middelen die begeleiding van een medicus nodig hebben als verstrekking in het ziekenfondspakket op te nemen.

Tijdens de algemene beraadslagingen over de begroting 1972 van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne was reeds gebleken, dat een meerderheid van de Tweede Kamer geporteerd was voor het opnemen van „de pil” in het ziekenfondspakket. Er werden verschillende argumenten aangevoerd, de voornaamste waren de afremming van de toename van de bevolkingsdichtheid, het voorkomen van ongewenste zwangerschap en de kosten van de anticonceptie. In zijn antwoord aan de Kamer stelde minister Stuyt onder meer het volgende:

26e JAARGANG - No. 51 - 24 DECEMBER 1971

INHOUD

De pil in het pakket	1343
Noodzaak fundamentele positiebepaling gezondheidszorg in verband met plan- ning van de toekomstige structuur (I) ..	1345
Internationaal perspectief	1351
Een motivatie-onderzoek onder eerstejaars medische studenten te Utrecht nader bekeken	1353
Brieven in de Bibliotheek van de Maat- schappij (XXVI)	1354
Een posthuum, artistiek eerbetoon	1355
Het gebruik van computers bij medische verslaggeving	1357
Onderzoek naar behoefte ziekenhuisper- soneel	1358
Verlenging, verkorting en voorkoming van leven	1359
Het algemene ziekenhuis en de opleiding van specialisten	1363
Universitaire berichten	1364
De S.A.N.O. in het jaar 1971	1365
Van het Centraal Bestuur L.A.D.	1366
Van het Centraal Bestuur L.S.V.	1366
Van de S.P.M.S.	1367
Uit de afdelingen	1367
Brieven aan de redactie	1368
Varia	1368

Hoofdredacteur: F. A. Bol, arts.
Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens
en R. A. te Velde.

Colofon op bladzijde 1370.

„Ingevolge het regeerakkoord dient de medische controle op het gebruik van voorbehoedsmiddelen deel uit te maken van het ziekenfondspakket. Zoals bekend vormt dit thans nog onderwerp van een gerechtelijke procedure tussen de ziekenfondsen en de Landelijke Huisartsen Vereniging. Voorzover mij bekend, is in die gerechtelijke procedure nog geen uitspraak gevallen. De Regering heeft met het uitdrukkelijk in het regeerakkoord opnemen van genoemd standpunt duidelijk naar voren willen brengen, dat zij positief staat ten opzichte van het gebruik van anticonceptionele middelen en dat zij de begeleiding daarvan ziet als een normaal onderdeel van het takenpakket van in eerste aanleg de huisarts.

„In samenhang hiermede heeft de Regering voorts overwogen, dat in het klimaat dat thans rondom de anticonceptiva is ontstaan het niet onder de verzekering brengen van die middelen waarvan het gebruik medische begeleiding behoeft de indruk zou doen postvatten, alsof de Regering om welk motief dan ook — dáár zou juist de verwarring kunnen ontstaan —

bezwaar zou hebben tegen het gebruik van deze middelen op doktersvoorschrift. Uit het voorgaande kan de conclusie worden getrokken, dat ik mij niet onwelwillend opstel ten aanzien van het opnemen van de anticonceptiva in het ziekenfondspakket."

In mei van dit jaar heeft de Ziekenfondsraad met vijftien tegen veertien stemmen besloten geen uitbreiding te geven aan de verstrekking van de pil voor ziekenfondsrekening. De overwegingen die tot deze beslissing hebben geleid zijn uitvoerig weergegeven in M.C. nr. 48/1971 blz. 1273. Hieruit blijkt onder meer, dat er vele argumenten zijn aangedragen om een medische indicatie te formuleren die de verstrekking van de pil als anticonceptioneel middel in bepaalde gevallen zou rechtvaardigen.

Het is in dit verband van belang nog eens na te gaan op welke farmaceutische hulp de verzekerde recht heeft. In artikel 8 van de uitvoeringsvoorschriften (C1-6) van de Ziekenfondswet wordt bepaald dat de verzekerde recht heeft op genees- en verbandmiddelen, met inachtneming van de daarvoor gestelde regelen, voor zijn geneeskundige verzorging. Nu wordt geneeskundige verzorging binnen de ziekenfondswetgeving altijd gehanteerd als een curatieve zorg. Andere vormen van geneeskundige zorg, zoals preventie, worden buiten de ziekenfondsverstrekking gehouden. Er is evenwel een aantal verstrekkingen dat duidelijk ligt in het grensgebied van curatieve en preventieve zorg. Zo heeft een verzekerde recht op influenza-vaccin, indien hij lijdt aan een of meer met name genoemde ziekten. De motivering van deze verstrekking is, dat influenza de bestaande ziekte kan verergeren en dat de vaccinatie ter voorkoming van influenza als een behandeling van de bestaande afwijking kan gelden. Vollediger informatie is te vinden in de circulaire „Preventieve gezondheidszorg”, die is opgenomen in de medisch-farmaceutisch voorlichting van de Regeling en Klapper.

In dit licht bezien is de uitspraak van de Ziekenfondsraad begrijpelijk. Wij menen dan ook dat de beslissing van de ministerraad, anticonceptionele middelen waarbij medische begeleiding nodig is zonder beperking — dat wil zeggen zonder een medische indicatie in de huidige

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 elgen 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.

Het doktersmapje is tegen contante betaling verkrijgbaar bij het ziekenfonds „A.N.O.Z.” afd. B.S.P., Kromme Nieuwe Gracht 56 te Utrecht, tel. 030 - 25643. Verzekerden die lid zijn van het aanvullingsfonds kunnen dit mapje één keer gratis ontvangen en voorts kan het worden besteld via de diverse kantoren van het A.N.O.Z. In den lande, het Centraal Bureau voor de Rijn- en Binnenvaart, Koningin Emmaplein 6 te Rotterdam en de erkende werknemersorganisaties.

zin — op te nemen in het ziekenfondspakket, verstrekkende gevolgen kan hebben. Gevolgen voor een aantal zaken van belang die momenteel nog geen ziekenfondsverstrekking zijn, zoals bijvoorbeeld periodiek geneeskundig onderzoek van bedreigde groepen, screening op bepaalde ziekten, vaccinaties en de overigens afnemende verstrekking van fluoridetabletjes.

Het is reeds meermalen betoogd, dat het nauwelijks meer zinvol is om een al te scherpe scheiding te maken tussen preventieve en curatieve geneeskunde, zeker wanneer het betrekking heeft op de individuele patiënt. Het ware toe te juichen dat ook in het betalingssysteem deze grens minder scherp zou worden getrokken, in het midden gelaten wie dan de betalende instantie zou zijn.

B.

Noodzaak fundamentele positiebepaling gezondheidszorg in verband met planning van de toekomstige structuur (I)

Door Dr. E. Dekker, socioloog

**verbonden aan de Medische Faculteit Rotterdam
afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg***

1. Inleiding

Nog maar kort geleden heeft Medisch Contact een artikelenreeks gepubliceerd over het onderwerp Toekomstige structuur gezondheidszorg¹. Dit artikel (*dat zal worden gepubliceerd in twee delen*) is in zoverre een vervolg op deze reeks, dat ook hier de grote lijnen van de organisatie in de toekomst aan een analyse worden onderworpen. Tegelijkertijd wijkt mijn opzet nogal principieel af van het merendeel van de artikelen in deze reeks, omdat ik het object gezondheidszorg te smal vind en liever de gehele welzijnszorg onder de loep neem. De redenen hiervoor zal ik uitgebreid uit de doeken doen. Verder laat ik de financiële aspecten bijna geheel buiten beschouwing. Deze zijn mijns inziens langzamerhand van secundair belang geworden, wanneer het om de structuur gaat. In de toekomst zal in de eerste plaats aandacht moeten worden geschonken aan de bestuurlijke en organisatorische aspecten van de welzijnszorg.

Aanleiding tot deze analyse wordt gevormd door een drietal factoren. In de eerste plaats het actuele gegeven van de op stapel staande wetgevingen bij Volksgezondheid en C.R.M. die ordening en planning van de welzijnszorg beogen. Verder noopt een groeiende bezorgdheid in de aan belang winnende sector van de geestelijke gezondheidszorg betreffende die ordening en planning tot serieuze aandacht aan de verlangens uit die hoek. Tenslotte vragen de huidige ontwikkelingen in de welzijnszorg, met bijvoorbeeld zijn plannings-, samenwerkings-, en informatieproblemen vooral om bezinning ten aanzien van de bestuurlijke en organisatorische aspecten van de welzijnszorg.

In dit artikel wordt uitgegaan van de geestelijke gezondheidszorg, welke als een brug wordt gezien tussen de algemene gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Het terrein waarop de geestelijke gezondheidszorg zich op het ogenblik

beweegt, vraagt om een afstemming op elkaar van de systemen van de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Bij de algemene gezondheidszorg bestaan eveneens vele functionele relaties met de maatschappelijke dienstverlening. Deze relaties hebben echter nooit zo expliciet geleid tot een behoefte aan een gemeenschappelijke organisatiestructuur. De omstandigheid dat in de geestelijke gezondheidszorg naast het zogenaamde „medische model” het zogenaamde „sociale model” aan invloed wint, zal niet vreemd zijn aan het streven de relaties tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening te intensiveren.

Op welke wijze kan men nu nagaan hoe beide genoemde systemen van welzijnszorg zich verhouden? Men zou hiernaar een empirisch onderzoek kunnen doen, maar dat kost zeer veel tijd en geld. Praktischer en meer beleidsrelevant lijkt het om na te gaan welke voornemens er bestaan ten aanzien van beide systemen. *In concreto komt dit er op neer dat het systeem van het voorontwerp Wet gezondheidsvoorzieningen wordt vergeleken met de grote lijnen van de plannen om tot vormgeving van het sociale en culturele welzijn te komen.* Aan het slot van het artikel wordt een aantal suggesties gedaan om te komen tot een all-round systeem van welzijnszorg.

2. Het terrein van de geestelijke gezondheidszorg

Allereerst moet nog worden aangegeven hoe het komt dat in de geestelijke gezondheidszorg een groeiende belangstelling bestaat voor een nauwe relatie met de maatschappelijke dienstverlening. Naarmate in de geestelijke gezondheidszorg meer oog komt voor de noodzaak de primaire preventie en de positieve geestelijke gezondheidszorg (tezamen: psychohygiëne) te ontwikkelen, komen duidelijker dan voorheen de raakvlakken en overlappingsen met de maatschappelijke dienstverlening naar voren. Algemener gesteld: voor de psychohygiëne is het medische model te beperkt². De aandacht die Trimbos, Huyts, Weyel en anderen voor een sociaal

* Met dank aan de heren Dr. P. Baan, Prof. Dr. L. Burema, D. van Beek, Dr. C. Buis, Mr. P. Cras, K. A. Klom, E. Laffr  , Drs. H. Konijnenberg, Drs. J. D. G. Poldermans, Mr. B. Rietveld en Mr. E. J. v. d. Schouw voor hun suggesties en opmerkingen bij het concept van dit artikel.

1. M.C. nrs. 2 t/m 14/1971.

2. Nota, p. 8 (zie literaturopgave).

model vragen is een uitvloeisel van fundamentele overwegingen over de aard en oorzaak van de geestelijke stoornis en de normen voor geestelijke gezondheid.

Afgezien van de psychohygiëne bestonden en bestaan reeds vele raakvlakken en overlappingsen tussen de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Genoemd kunnen worden:

- het werk van de Kruisverenigingen;
- de psychosociale hulpverlening in Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen;
- de zwakzinnigenzorg;
- de huisartsengeneeskunde, die — vooral wanneer deze wordt beoefend in groepspraktijken — meer en meer de hulp van het maatschappelijk werk inroept³;
- de bejaardenzorg (relatie tussen bejaardenhuizen en verpleegtehuizen);
- de jeugdzorg (J.A.C.'s en dergelijke);
- de zorg voor bepaalde typen van afwijkend gedrag waarbij zowel somatische, psychische als sociale factoren een rol spelen: alcohol- en druggebruik, homofilie en dergelijke, delinquentie;
- seksuele en huwelijksvoorlichting (eventueel in het kader van een Bureau voor Levens- en Gezinsvragen);
- de revalidatie;
- de preventieve en curatieve dienstverlening op scholen en in bedrijven;
- de gezinsbehandeling in Medisch-Opvoedkundige Bureaus en Instituten voor Medische Psychotherapie.

Uit de aard der zaak betreffen de bedoelde raakvlakken en overlappingsen zaken die òn in het medische òn in het maatschappelijke vlak liggen. Aangezien nu juist in de geestelijke gezondheidszorg dit „tussengebiet“ steeds grotere aandacht begint te krijgen, ontstaat langzamerhand de figuur dat de geestelijke gezondheidszorg een intermediair wordt tussen de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. Het is dan ook niet toevallig dat juist bij de behandeling van de Nota betreffende de geestelijke volksgezondheid in de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer, op 8 maart 1971, zowel door de regerings- als oppositiepartijen werd aangedrongen op een nauwe samenwerking tussen C.R.M. en Volksgezondheid bij de komende wetgevende arbeid. Ook uit praktische overwegingen is dit gewenst. Vooral op de elkaar overlappende gebieden blijkt vaak hoe belemmerend het is indien er verschillen bestaan in de wijze van financiering, besturing, rapportage en dergelijke. Voeg hierbij nog de attitudeverschillen en competentiekwesties en het beeld van de „lappendeken“ is compleet.

Ik zal nu in het kort de plannen bespreken welke bestaan ten aanzien van de vormgeving van de maatschappelijke dienstverlening en de gezondheidszorg, alsmede de voornaamste punten van kritiek op deze plannen.

Abonnementsprijs M.C.

De voortdurende stijging van de produktiekosten en vooral de blij herhaling en nu andermaal verhoogde posttarieven dwingen tot verhoging van de abonnementsprijs voor Medisch Contact met ingang van 1 januari 1972. De abonnementsprijs voor niet-leden zal dan worden gebracht op f 50,— plus f 2,— B.T.W. = f 52,— per jaar. De prijs voor abonnees buitenland wordt f 55,—, die voor losse nummers f 1,56 (Incl. B.T.W.).

Aan betalende abonnees wordt individueel mededeling gedaan van deze prijsverhogingen.

Bestuur M.C.

3. Beschrijving van de plannen voor de sector van de maatschappelijke dienstverlening

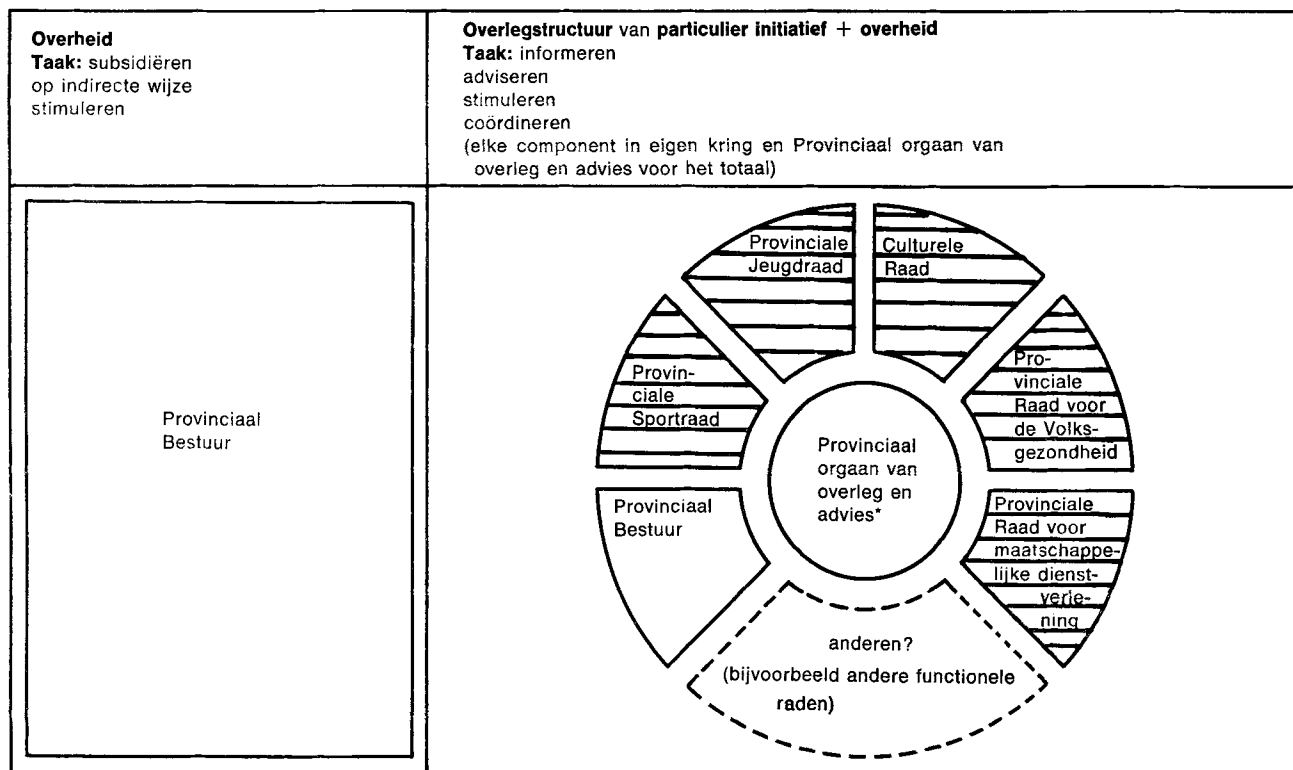
3.1. Het Memorandum voorbereiding Wetgeving Maatschappelijk en Cultureel Welzijn, 1970

Het Memorandum is bedoeld om de discussie te stimuleren met betrekking tot het wettelijk regelen van een aantal sectoren van maatschappelijke en culturele welzijnsbehartiging welke onder het departement van C.R.M. ressorteren. Deze sectoren zijn (in alfabetische volgorde): a. jeugd- en jongerenwerk; b. kunst en cultuur; c. maatschappelijke dienstverlening; d. recreatie; e. samenlevingsopbouw; f. sport en lichamelijke vorming; g. vorming en ontwikkeling van de burgers. De behoefte aan een regeling van de sociaal-culturele welzijnszorg komt voort uit het gebrek aan coördinatie, planning en evaluatie, kortweg: rationeel bestuur, bij de uitvoerende organisaties. Het Memorandum wil verder, dat er meer waarborgen worden geschapen voor de afstemming van de voorzieningen op de behoeften van de bevolking. De uitvoering zou plaats moeten vinden op drie niveaus: plaatselijk, regionaal en provinciaal. De jaarlijks vast te stellen plannen zouden moeten zijn gebaseerd op de voorstellen van in te stellen functionele raden voor de afzonderlijke sectoren en van een orgaan voor het maatschappelijk en cultureel welzijn in zijn totaliteit (R.O.A.'s: Raden van Overleg en Advies). Een goed inzicht in het geheel van de ontworpen constellatie op provinciaal niveau geeft bijgaand schema⁴. De organen van de lagere niveaus zouden worden herhaald op nationaal niveau in de vorm van een college van beperkte omvang (15 personen) — Raad voor het

3. Zie: „Over het huisartsentekort“, M.C. nr. 35/1971 blz. 911, waarin om samenwerkingsrelaties wordt gevraagd in het eerste echelon met het oog op de psychosociale hulpverlening.

4. Ontleend aan: Leppink, 1970, p. 390.

**Vermoedelijke toekomstige situatie:
Gecoördineerd welzijnsbeleid**



* zgn. generale functies van het provinciaal orgaan van overleg en advies:

- documentatie
- onderzoek
- planning
- samenlevingsopbouw
- algemene voorlichting over welzijnsaspecten

onder meer ten dienste van
alle functionele raden

= functionele raden in de zin van het Memorandum (N.B. de Provinciale Jeugdraad is eigenlijk een categorale raad)

bestuur provinciaal orgaan van overleg en advies:

bestuursleden aangewezen door diverse, in buitenste cirkel vervatte autonome instanties.

Maatschappelijk en Cultureel Welzijn te noemen — waarin zitting zouden hebben vertegenwoordigers van landelijke organisaties (6), kringen van de gemeente (3), kringen van de provincie (3), en onafhankelijke deskundigen (3).

3.2. Reacties op het Memorandum

Een van de meest opvallende, positieve, aspecten van het Memorandum is de activering van de discussie over het maatschappelijk en cultureel welzijn. Het stuk is niet, zoals veel regeringsnota's, een inventarisatie opgesierd met enige — voorzichtige — uitspraken over een mogelijk beleid. Integendeel: een analyse van de bestaande toestand ontbreekt geheel, maar er wordt wel een visionair plan aangeboden dat bepaald vergaand en ingrijpend is. Tenslotte „een kritische en vruchtbare gedachtenwisseling op gang (te) brengen”⁵ worden de plannen in een vroeg stadium van meningsvorming en in zeer ruime kring bekend gemaakt. Het is dit voorbeeld

van democratisch bestuur dat veel waardering oogst. Intussen ligt het voor de hand, dat op deze manier ook veel kritiek loskomt. Zoveel zelfs, dat wij veilig mogen aannemen dat de plannen, zoals ze in het Memorandum worden neergelegd, nooit zullen worden gerealiseerd. Wij kunnen de reacties ordenen naar de volgende gezichtspunten:

- a. de politieke en staatsrechtelijke implicaties;
- b. de grenzen en de reikwijdte van het object;
- c. de doelmatigheid van de voorgestelde structuur.

ad a. De politieke en staatsrechtelijke implicaties

De aanleiding voor de in het Memorandum in het vooruitzicht gestelde wettelijke regeling is de behoefte om het subsidiebeleid (pseudo-wetgeving) te

5. Klompé en v. d. Poel in Ten Geleide bij Memorandum.

vervangen door een regeling die meer rechtszekerheid biedt⁶, dit mede tegen de achtergrond van de uitbreiding van het A.W.B.Z.-pakket naar de maatschappelijke gezondheidszorg. Dit betekent dat de bestaande relatie met het georganiseerde particuliere initiatief moet worden omgevormd, volgens het Memorandum zelfs vergaand geïnstitutionaliseerd.

Hieraan zitten drie bezwaren. Allereerst kan men zich afvragen of men nog wel van particulier initiatief kan spreken indien de overheid het systeem opzet en de particuliere initiatief-organen met de uitvoering worden „belast”. Op zijn minst zal men, in plaats van particulier initiatief, particuliere uitvoering moeten lezen! Een tweede bezwaar is nu, dat het Memorandum de institutionalisering van het particulier initiatief presenteert als „inspraak van de bevolking” (p.14), „betrokkenheid van de bevolking” (p.17). Ten derde kan men stellen dat door het particulier initiatief vergaand te gaan organiseren, de spontane groei wordt belemmerd⁷. „Het Memorandum presenteert een veel te gestructureerde opzet — ondanks de filosofie van de decentralisatie —, waardoor de politieke markt grotendeels wordt gemonopoliseerd door het bestaande particulier initiatief”⁸.

Afgezien van de vraag of niet naast het bestaan de particuliere initiatief ruimte moet zijn voor participatie door de bevolking, kan men zich afvragen of het particulier initiatief zelf nu wel een geschikt middel voor participatie is. Dit laatste nu wordt steeds meer in twijfel getrokken. „Het particulier initiatief — gezien als de bestuurlijke activiteit van een met verondersteld geestelijke leiderschap toegeruste sociale groepering — komt steeds meer in het luchttedige te verkeren. De bewegingen die op het ogenblik allerwegen onder de professionals vallen te constateren, wijzen met grote nadruk in die richting”, en: „Het particulier initiatief bestaat grotendeels uit een conglomeraat van stichtingen — zoals bekend geen schoolvoorbeelden van democratische beïnvloeding — die op het punt van participatie en beïnvloeding geen overtuigende papieren kunnen overleggen”⁹. Egas stelde in een interview met Dekkers¹⁰, dat het particulier initiatief, in de zin van verouderde instellingen, de participatie van de burgers in de weg staat. Ook directeur-generaal Hendriks vindt het blijkens hetzelfde interview onjuist om te stellen dat het particulier initiatief dicht bij de bevolking staat. Oud-staatssecretaris Van der Poel tenslotte stelde zelf dat het particulier initiatief niet gelijk te stellen is met participatie van de bevolking¹¹.

De overheid en de maatschappelijke organisaties ontmoeten elkaar „in dem vorparlementarischen Raum”. Hoe aantrekkelijk deze procedure kan zijn uit bestuurskundig oogpunt, men moet wel bedenken dat er geen garantie is voor het werkelijk representant zijn van de overlegpartners en dat het overleg veelal niet openbaar is¹². Tenslotte kan als bezwaar van staatsrechtelijke aard worden aangevoerd dat de bevordering van de participatie, zoals door het Memorandum onder meer wordt beoogd,

in feite een politisering inhoudt of althans een politieke activiteit betekent. Het is niet duidelijk welke gevolgen dit heeft voor de besluitvorming in de gemeenteraden en provinciale staten. Het argument: er is slechts sprake van advisering door de diverse raden van overleg en advies aan de politieke besluitvormende colleges, maakt geen overtuigende indruk. Ieder weet dat degelijk en deskundig voorbereide adviezen in de praktijk de besluitvorming doorslaggevend beïnvloeden¹³.

Samenvattend kan worden gesteld dat de impliciete gelijkstelling van georganiseerd particulier initiatief met participatie door de bevolking een fundamenteel bezwaar vormt van het Memorandum en dat de democratisering respectievelijk participatiebevordering vermoedelijk weinig gediend is met verdere institutionalisering van het particulier initiatief, zoals wij dat tot nog toe kennen. In de onlangs gepubliceerde Proeve van een Wet op de organisatie voor de maatschappelijke en sociaal-culturele ontwikkeling¹⁴, welke een alternatief voorstel behelst van een aantal deskundige functionarissen uit de welzijnszorg, is getracht op een reële wijze de participatie in te bouwen. Er zou een centraal register moeten komen waarin organisaties, waaronder ook initiatiefgroepen en ook actiegroepen, zich kunnen laten inschrijven, mits zij voldoen aan bepaalde voorwaarden van onder meer interne democratie. Deze suggestie levert ongetwijfeld interessante perspectieven.

ad b. De grenzen en de reikwijdte van het object

De grenzen en de reikwijdte van de plannen van het Memorandum worden in de eerste plaats bepaald door de huidige taken van het ministerie van C.R.M. Ten aanzien hiervan moet door middel van de nieuwe regelingen worden gestreefd naar een meer „samenhangend maatschappelijk en cultureel welzijnsbeleid” (Memorandum, 13). Men kan zich echter met reden afvragen of de min of meer toevallige bestuurlijke eenheid van het ministerie van C.R.M. wel een weerspiegeling is van de in de samenleving geldende relaties tussen maatschappelijke sectoren.

Zoals hiervoor is uiteengezet, is de verbinding

6. Een zelfde streven bestaat ten aanzien van de geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg. Nota 1971, p. 33.

7. Peper, 1970, 379; M.J.R.-reacties, 1971, 8.

8. Peper, 1970, 380.

9. *ibid.*, 380-383.

10. Dekkers, 1971, 135.

11. v. d. Poel, Staatscourant 16 november 1967, pag. 3, kolom 3.

12. Dekker, 1969, 23.

13. Zie ook Van Lieshout, Eerste Kamer, 1970-71. 561.

14. Proeve van een Wet, 1971.

tussen de maatschappelijke dienstverlening en de volksgezondheid een vrij nauwe, althans nauwer dan tussen de maatschappelijke dienstverlening en de kunstbeoefening, om twee zich extreem verhoudende C.R.M.-taken te noemen. Vanuit de praktijk van de maatschappelijke dienstverlening, de maatschappelijke en de geestelijke gezondheidszorg is dan ook veelvuldig aangedrongen op integratie van deze takken van welzijnszorg. De Wiardi Beckmanstichting¹⁵ bepleitte daarom integratie van volksgezondheid, maatschappelijke dienstverlening, reclassering, kinderbescherming en zorg voor psychisch gestoorde delinquenten tot één organisatie voor welzijnszorg. De laatste jaren is in de reclassering en de kinderbescherming een discussie op gang gekomen, onder meer inhoudende dat aansluiting wordt gezocht bij de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening. De Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn¹⁶ vindt een van de hoofdbezwaren van het Memorandum de continuïteit van de scheiding tussen de — deels historisch bepaalde — structuren voor de verschillende welzijnssectoren. Anderen¹⁷ hebben eveneens hierop gewezen, zeggende onder meer dat C.R.M. geen monopolie van welzijnszorg heeft. Weliswaar laat het Memorandum de mogelijkheid open om verbindingen naar andere sectoren te leggen (p. 10, 11, 29), maar prioriteit wordt toch gegeven aan de samenhang van de C.R.M.-taken.

Helaas volgen de opstellers van de Proeve van een Wet¹⁸ op dit punt het Memorandum geheel. Ook hier wordt aan de min of meer toevallige departementale indeling als organisatiecriterium de voorrang gegeven boven de in de samenleving feitelijke bestaande relaties. De proeve laat de mogelijkheid open om instellingen, geregeld bij de (nog in te dienen) Wet gezondheidsvoorzieningen, aan te wijzen als instellingen op het gebied van de maatschappelijke en sociaal-culturele ontwikkeling. Ik geloof niet dat de gezondheidszorg hier nu op zit te wachten!

Samenvattend: de reikwijdte van het Memorandum wordt bepaald door de min of meer toevallige indeling van C.R.M. en niet door de functionele relaties tussen de diverse sectoren van de welzijnszorg.

ad c. De doelmatigheid

Wanneer men het doel van het Memorandum als gegeven beschouwd, namelijk een samenhangend maatschappelijk en cultureel welzijnsbeleid dat is afgestemd op de behoeften van de bevolking, dan kan men zich afvragen of de gekozen middelen wel adequaat zijn.

In 3.1. werd een overzicht gegeven van de ontworpen radenstructuur. Het is tegen deze structuur dat veel bezwaren zijn gerezen. Vooral het scheppen van functionele raden, naast de raden voor overleg en advies op zowel het niveau van de provincie, als de regio/ressort c.q. (grote) steden roept het beeld op van een „bureaucratisering van de Welzijnszorg”¹⁹. Dit bouwwerk, wel aangeduid met radenkoninkrijk²⁰, zou evenals de reeds genoemde insti-

tutionalisering van het particulier initiatief remmend kunnen werken op de beoogde participatie van de bevolking. Intussen kan niet worden ontkend dat iedere actie die bedoeld is voor een collectiviteit en een zekere continuïteit moet hebben, nu eenmaal moet worden georganiseerd en in bepaalde mate geformaliseerd. Er moeten tussenoplossingen mogelijk zijn tussen enerzijds de spontane actiecomités, die wel een relevante inbreng hebben maar te zeer een voorbijgaand verschijnsel zijn, en anderzijds de langzaam reagerende, niet flexibele, maar wel duurzame bureaucratie. Zeker lijkt in ieder geval dat zo'n structuur open moet zijn, dat wil zeggen toegankelijk voor velen en naast een reële relatie met de gekozen politieke organen een voldoende mate van eigen speelruimte om een werkelijke relatie met de bevolking te kunnen opbouwen. De hiervoor genoemde suggestie van de proeve lijkt zo'n tussenoplossing te zijn. Een ander bezwaar dat men tegen de plannen kan aanbrengen, is dat niet duidelijk wordt dat er een reële verhouding bestaat tussen de functies en de structuur. De structuur wordt vrij gedetailleerd geschetst, maar wat daar inhoudelijk „achter” of „in” zit wordt niet geëxpliciteerd. Ik vind dat men eerst de zinvolheid en de maatschappelijke behoefte moet aantonen alvorens een dergelijk bouwwerk neer te zetten.

3.3. Wetgeving maatschappelijke dienstverlening

Uit de in de vorige paragraaf gereleveerde kritiek op het Memorandum blijkt, dat de plannen niet zonder meer in de voorgestelde vorm zullen worden uitgevoerd. Dit sluit niet uit dat voor bepaalde onderdelen van de sector van het sociaal-cultureel welzijn een wettelijke regeling wordt ontworpen die min of meer als concretisering van de gedachten van het Memorandum kan worden gezien. Als eerste onderdeel dat voor regeling in aanmerking komt is de maatschappelijke dienstverlening gekozen.

In de Memorie van Toelichting bij de begroting van C.R.M. voor 1971 schrijven de bewindslieden voornemens te zijn het terrein van de maatschappelijke dienstverlening nader wettelijk te regelen, voornamelijk vanwege de bezwaren verbonden aan het subsidiesysteem. In de Memorie van Toelichting bij de begroting voor 1972 (p. 26) wordt medegedeeld dat intussen een Commissie wetgeving maatschappelijke dienstverlening (commissie-Belinfante) is ingesteld. Deze commissie heeft tot taak te adviseren over de uitgangspunten voor en de reikwijdte van wettelijke maatregelen die kunnen worden ingepast in de voorgenomen wetgeving op het maatschappelijk en cultureel welzijn. Bij de behandeling van de

15. v. d. Bergh e.a., 1970.

16. Commentaar etc., 1971.

17. Dekkers en Ras, 1970, 235-236; Leppink, 1970, 393.

18. Proeve van een Wet, 1971, 168 en 205.

19. Dekkers en Ras, *ibid.*, 238.

20. De Wolff, Tweede Kamer, 1970-1971, 1036.

begroting 1971²¹ bleek dat een belangrijke stimulans voor de plannen tot wetgeving heeft bestaan uit de uitbreiding van het A.W.B.Z.-pakket met de maatschappelijke en voor een deel de geestelijke gezondheidszorg. De regeling zou betrekking moeten hebben op twee onderscheiden sectoren, namelijk: a. het algemeen maatschappelijk werk en daarmee verbonden vormen van dienstverlening, zoals: gezinsverzorging, bejaardenhulp en dergelijke, en b. diverse vormen van psycho-sociale hulpverlening, zoals bijvoorbeeld de advisering in huwelijks- en persoonlijke moeilijkheden, zoals deze is geregeld in de regeling voor Bureaus voor Levens- en Gezinsvragen, de telefonische hulpdiensten en dergelijke.

Als eerste stap tot concretisering van deze plannen werd in het voorjaar van 1971 de hiervoor reeds genoemde commissie-Belinfante ingesteld. Zoals het zich thans laat aanzien zal deze commissie inderdaad spijkers met koppen kunnen slaan. In het regeerakkoord-Steenkamp²² is immers bij het ministerie van C.R.M. vermeld: „Het nieuwe kabinet zal ernaar streven het subsidiebeleid te institutionaliseren en waar mogelijk te normeren in het kader van een algemene regeling voor het sociaal-cultureel welzijn”. Hoewel derhalve spoed mag worden verwacht bij de realisering van de wetgeving, zullen er toch nog jaren mee gemoeid zijn alvorens er een Wet maatschappelijke dienstverlening ligt. Intussen is evenwel de noodzaak ontstaan om op korte termijn een wettelijke regeling te maken voor die categorie van dienstverlening die van het subsidiesysteem is overgeheveld naar A.W.B.Z.-financiering (art. 6 lid 3 A.W.B.Z. geeft mogelijkheden om „C.R.M.-voorzieningen”, zoals dagverblijven voor gehandicapten en bejaardenoorden, onder de werking van die wet te brengen). Dit brengt mee, dat de stuurmogelijkheden die in het subsidiesysteem nog aanwezig zijn, door het A.W.B.Z.-regime komen te vervallen. De financiering wordt steeds meer als een onvoldoende middel voor het besturen gezien.

Met het oog hierop is onlangs een ontwerp-Verstrekkingswet maatschappelijke dienstverlening bij de Tweede Kamer ingediend. Deze wet wordt gezien als een beleidswet, die voorafgaat aan de meer definitieve wetgeving op de maatschappelijke dienstverlening, waarvoor de commissie-Belinfante is ingesteld. Het wetsontwerp zal, eenmaal wet geworden zijnde, de bestaande subsidie- en bijdragenregelingen van het ministerie van C.R.M. buiten werking stellen, voorzover en zodra de desbetreffende voorzieningen krachtens art. 6 derde lid van de A.W.B.Z. zijn aangewezen en het desbetreffende besluit voor die voorzieningen in werking treedt. De verstrekkingswet geeft dan de regels voor die voorzieningen in de plaats van de daarvoor thans nog bestaande regelingen van het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk. De in-

houd van het wetsontwerp is in de volgende punten samen te vatten:

1. De planning, in de zin van behoeftenbepaling, onderzoek naar omvang, aard, spreiding en dergelijke van de voorzieningen en dergelijke wordt opgedragen aan of de provincie en/of de gemeente, afhankelijk van de grootte van het verzorgingsgebied. Deze vorm van decentralisatie wordt „in evenwicht” gehouden door centrale „aanbevelingen en leidraden”.
2. Het erkenningenbeleid op het gebied van de gezondheidszorg zal te zijner tijd uit de A.W.B.Z. worden gelicht en worden ondergebracht in de toekomstige Wet gezondheidsvoorzieningen. De erkenningen op het terrein van de maatschappelijke dienstverlening worden, in overeenstemming met de bedoelingen van Volksgezondheid, in de Verstrekkingswet geregeld en wel in nauwe relatie met de planning. Alleen die instellingen kunnen worden erkend, welke op het plan voorkomen. De erkenningen zullen geschieden op overeenkomstige wijze als bij de A.W.B.Z.; de Ziekenfondsraad wordt gehoord. De normen en voorwaarden zullen in een Algemene Maatregel van Bestuur worden geregeld en dus openbaar zijn.
3. De controle en de indicatiestelling der verstrekkingszaken zullen zijn aangepast aan het eigene van de maatschappelijke dienstverlening. De vaststelling van de normen met betrekking tot de indicatiestelling zal om redenen van doelmatigheid en rechtszekerheid centraal plaatsvinden. De controle wordt voorzover het om intra- en semimurale voorzieningen gaat, in handen gelegd van ziekenfondsen, echter met mogelijkheid van inschakeling van deskundigen uit de sector van de maatschappelijke dienstverlening, zulks om het specifieke van die dienstverlening veilig te stellen. Ten aanzien van de extramurale voorzieningen zal nog studie nodig zijn om te komen tot een adequaat systeem van controle en indicatiestelling (specifieke factoren: de duur, het collectieve karakter, de niet-toerekenbaarheid van vele kostensoorten, de psychische drempel, de gewenste anonimiteit en dergelijke).
4. Het toezicht, als kwaliteitscontrole, wordt opgedragen aan toezicht houdende ambtenaren. Aan hen wordt gevraagd samen te werken met de uitvoeringsorganen der sociale verzekering.
5. De normering van de kosten der verstrekking zal geschieden op basis van de prijzenwet en nog te scheppen regelingen.
6. Ook worden geregeld: het recht van beroep, de advieslichamen en de verplichte verstrekking van (statistische) gegevens.

Het geheel overziende kunnen wij concluderen, dat C.R.M. met dit wetsontwerp een belangrijke stap heeft gezet op weg naar de noodzakelijke structurering van de maatschappelijke dienstverlening.

(Wordt vervolgd)

21. Tweede Kamer, 1971, 1028-1101.

22. Staatscourant, 21 juni 1971, paragraaf 6 punt C.

Enige aspecten van de gezondheidszorg in Tanzania

Door H. F. J. M. Crebolder, arts

Inleiding

In Tanzania rust de medische zorg op twee peilers: het gouvernement en missie + zending (= „voluntary agencies” = V.A.). Bovendien zijn of waren er in de grote steden nogal wat (meest Aziatische) artsen die een privé-praktijk hebben. Hun bijdrage aan de medische voorzieningen van de lokale bevolking is te verwaarlozen. Als gevolg van de nationalisatiepolitiek van de Tanzaniaanse regering vindt er nu een exodus plaats van privé-artsen.

De twee genoemde peilers — gouvernement en V.A. — zijn onafhankelijk van elkaar hun bestaan begonnen; zij gaan steeds meer samenwerken en worden zeer geleidelijk samengesmolten tot één nationale gezondheidszorg. De regering van Tanzania heeft echter nog niet voldoende fondsen en functionarissen om alie ziekenhuizen zelf te leiden. Het onderwijs van medisch en para-medisch personeel is voor een belangrijk deel in handen van de V.A. De public health en preventieve geneeskundige programma's (lepra, tuberculose, baby- en moederschapszorg) zijn gewoonlijk door de V.A. begonnen en worden nu in toenemende mate ingepast in het nationale plan en door de regering gesubsidieerd.

De verdeling van de bedden capaciteit voor de ruim 12 miljoen inwoners is als volgt (de cijfers dateren van 1969):

gouvernement	49%	(6476)
voluntary agencies	51%	(6125)

De medische behandeling van de zijde van het gouvernement is geheel gratis. De V.A. zijn in het algemeen gedwongen om geld te vragen voor hun behandeling. Zij worden echter — als zij een zinvolle en geïntegreerde positie innemen binnen het geheel van de nationale gezondheidszorg — gesubsidieerd door de regering. Dit is de zogenaamde „grant in aid”-regeling. De onderlinge verhouding tussen de beide componenten, gouvernement en V.A. is goed en blijkt in een aantal andere Afrikaanse landen ook goed op gang te komen — een waarneming die dus een stuk positiever is dan hetgeen onlangs werd geuit ter begeleiding van de grote Memisa-inzamelingsactie. De goede verstandhouding in Tanzania is in belangrijke mate te danken aan de Nederlandse collega E. Schroeder, die vele jaren de overkoepelende organisatie van V.A.-artsen, de Tanzanian Christian Medical Association (T.C.M.A.), heeft geleid en een bijzonder goede

De auteur van nevenstaand artikel was van 1968 tot 1971 voor Medicus Mundi Nederland werkzaam in Tanzania; hij was daar als District Medical Officer gestationeerd in het Sumve Hospital, Mwanza Region. Zijn artikel, dat vooral handelt over de structuur van de Tanzaniaanse gezondheidszorg, kan worden gezien als een aanvulling op twee eerder in Medisch Contact verschenen stukken (M.C. nr. 24/1971, blz. 671 en nr. 45/1971, blz. 1177), waarin de socioloog Van Etten en de arts Van Amelsvoort — als team van de Katholieke Universiteit in Nijmegen eveneens actief in Mwanza — veel aandacht besteedden aan de ontwikkeling van het medisch onderwijs en de opbouw van de gezondheidszorg ter plaatse.

werkverhouding met het Tanzaniaanse ministerie van Volksgezondheid heeft weten te scheppen.

De voluntary agencies in Tanzania streven er bewust naar om zich in toenemende mate in te passen in het nationale plan. Er zijn in de afgelopen jaren bijvoorbeeld door de Nederlandse missiecongregaties twee districtsziekenhuizen (Biharamulo en Mwambani) gebouwd in gebieden waar voordien helemaal geen ziekenhuis was. Dit werd gedaan in overleg met het Tanzaniaanse ministerie van Volksgezondheid en de T.C.M.A. Onmiddellijk na de voltooiing van de bouw werden de ziekenhuizen samen met een arts en een paar andere staffunctionarissen (religieuze zusters) overgedragen aan de regering van Tanzania. Dit is natuurlijk uiterst efficiënte ontwikkelingshulp. Het kapitaal is goed besteed, het project past in het grote geheel, de bedrijfskosten worden onmiddellijk door de regering van het ontwikkelingsland overgenomen en gedurende de eerste paar jaar blijven er enige staffunctionarissen uit het donorland werken om het project te begeleiden. Zij ontvangen hiervoor een lokaal salaris van het ontvangende land.

Designated District Hospitals

Er is één groep ziekenhuizen die een illustratieve brugpositie inneemt tussen de beide peilers van 's lands gezondheidszorg. Dat is een aantal zogenaamde „Designated District Hospitals” (D.D.H.). Toen Tanzania in 1961 de onafhankelijkheid ver-

wierf was er een aantal districten die geen gouvernementenziekenhuizen binnen hun grenzen hadden. Indien er dan wel op een redelijke centrale plaats een V.A.-ziekenhuis stond, kreeg dat ziekenhuis de status van „Designated District Hospital” (D.D.H.). Dat houdt in, dat de bedrijfskosten van het ziekenhuis volledig door het gouvernement worden overgenomen. De dagelijkse leiding van het ziekenhuis blijft in handen van de V.A., die dan ook verantwoordelijk is voor het aantrekken van voldoende staf. De voeding van de patiënten, de betaling der salarissen en het onderhoud der gebouwen komt dus in zulk een geval volledig voor rekening van Tanzania. De patiënten worden gratis behandeld, evenals in ieder ander gouvernementenziekenhuis.

Deze politiek onderstreept het vertrouwen van de regering in de voluntary agencies en vermijdt de bouw van kostbare overbodige ziekenhuizen.

De arts

Door deze nieuwe status weten de artsen en de staf van een D.D.H., dat zij een uiterst nuttige plaats innemen binnen de structuur van de nationale gezondheidszorg. Terzelfder tijd zijn zij verlost van de pijnlijke verplichting om geld te vragen voor de behandeling. Er zijn heel wat artsen in Afrika, vol enthousiasme en slecht voorgelicht, in zinloze of bijna zinloze ziekenhuizen terechtgekomen. Deze ziekenhuizen waren dan ook vaak bij een missie- of zendingspost gebouwd, zonder dat er voldoende rekening was gehouden met de medische noodzakelijkheid van zulk een ziekenhuis. Het kon gebeuren dat een gouvernementenziekenhuis of een ziekenhuis van een andere (concurrerende) V.A. op een paar kilometers afstand lag, of dat de populatie te gering was voor de grootte van het nieuwe instituut. De arts ontdekt deze frustrerende situatie vaak pas als hij ter plaatse is en kan er dan weinig meer aan veranderen. En dan te bedenken, dat er in een land als Tanzania maar 1 arts per 20.000 inwoners is.

Sumve Hospital

Sumve Hospital is sinds 1965 één van de zogenaamde Designated District Hospitals voor een bevolking van circa 320.000 mensen (Kwimba District). Het ontvangt van de Tanzaniaanse regering jaarlijks 4500/- E.A. shilling (= 2.200 gulden) per ziekenhuisbed. Er zijn 207 bedden; voor de 30 bedden voor tuberculosepatiënten krijgt het ziekenhuis iets meer. Het totale bedrag waarmee dus alles moet worden gedaan (salarissen inclusief) is dus: 950.000/- E.A. shilling (= 450.000 gulden). Voor dit bedrag van 450.000 gulden werden in 1970 ruim 113.000 poliklinische consulten gegeven, 5.500 patiënten klinisch behandeld, 334 grote en 1600 kleine operaties

verricht, 3.500 röntgenfoto's gemaakt en ruim 65.000 laboratoriumonderzoeken verricht.

Voorts werd er veel aandacht besteed aan verpleegsters- en andere opleidingen. Ook werden de 40 buitenposten in het district regelmatig bezocht. Speciale klinieken (tuberculose, lepra, family planning, baby's, zwangeren, „sickle all”-kinderen) werden zo goed mogelijk georganiseerd en verzorgd. Vaccinatiecampagnes (pokken, mazelen, BCG) vonden plaats.

De medische staf van het ziekenhuis bestond uit: 3 artsen, 1 „medical assistant” en 2 „rural medical aids”.

Mobile Health Teams

Er is één nieuwe ontwikkeling in de huidige Tanzaniaanse gezondheidszorg die ik graag iets uitgebreider wil toelichten: die van de zogenaamde „mobile health teams”. Deze ontwikkeling hangt samen met het toenemende besef — en dat komt in het vigerende 5-jarenplan zeer duidelijk tot uiting — dat meer voor de 90% van de bevolking die op het platteland woont moet worden gedaan. Zeer veel medische centra zijn in de steden gevestigd. De ziekenhuizen worden in feite slechts benut door die mensen die er op korte afstand vandaan wonen en functioneren in het algemeen nauwelijks voor de mensen die werkelijk op het platteland wonen. Onder meer collega V. van Amelsvoort en de socioloog G. van Etten hebben dit probleem in maat en getal uitgedrukt, in een recente studie over Mwanza Region.

Het ministerie van Volksgezondheid in Tanzania tracht nu de medische faciliteiten voor een groter aantal mensen bereikbaar te maken. Ieder ziekenhuis, ieder „health centre” en een aantal buitenposten worden geacht één of twee maal per week een medisch team uit te zenden naar een betrekkelijk afgelegen plaats in de omgeving. Zo'n team bestaat uit een medisch geschoold persoon, een vroedvrouw en een hygiënist, soms vergezeld door een lokaal politicus. Het vervoer gaat per auto, bus of fiets, of te voet. Het team geeft dan ter plaatse een eerste medische hulp en vooral voorlichting op velerlei gebied: voeding, moeder- en kindzorg, hygiëne; vaccinaties worden uitgevoerd. De bevolking is in het algemeen zeer enthousiast over dit initiatief maar raakt na een aantal keren toch teleurgesteld, als de verwachte en hooggewaardeerde injecties uitblijven!

Sumve Hospital en een aantal buitenposten in het district zijn ook begonnen met deze teams. Het is echter nog te vroeg om over deze nieuwe bijdrage aan de gezondheidszorg te oordelen. Het siert in ieder geval Tanzania dat het met grote inspanning, ook in het medische vlak, probeert de *gehele* bevolking betere levensomstandigheden te verschaffen.

Een motivatie-onderzoek onder eerstejaars medische studenten te Utrecht nader bezien

Met het motivatie-onderzoek onder eerstejaars medische studenten te Utrecht — waarvan een verslag stond afgedrukt in M.C. nr. 47/1971, blz. 1244 — werd een schip vol feiten binnengehaald zonder echter de stuurman aan wal veel wijzer te maken. Dat gevoel hadden kennelijk ook Jan den Hartog, Paul Heuberger, Ineke Smeeke en Anton Smulders, leden van de voormalige werkgroep onderwijs van de Medische Faculteit Utrecht. In het Fakblad van 24 november 1971 geven zij enige aanvullende beschouwingen over de studiemotivatie van medicijnenstudenten ten beste. Hun opmerkingen, die van vorig jaar dateren, vormen een onderdeel van een rapport over het medisch onderwijs dat ongepubliceerd bleef. Het leek ons alleszins terecht ze hier integraal over te nemen.

Wat ons allereerst is opgevallen bij de bestudering van de studiemotivatie van de medische studenten, is het feit dat hierover zo weinig bekend is. De weinige onderzoeken die over dit onderwerp zijn verricht hebben voornamelijk betrekking op de keuze-motivatie (de redenen waarom iemand heeft gekozen voor een medische studie), terwijl over het motivatieverloop in latere studie jaren nauwelijks iets bekend is. Pogingen onzerzijds om het beperkte literatuuraanbod aan te vullen met gegevens uit andere bronnen, met name het psychologisch adviesbureau voor studenten en de studentendecaan, zijn helaas gestorven in schoonheid.

De beslissing om medicijnen te gaan studeren wordt meestal genomen, omdat men het beroep van arts aantrekkelijk vindt, minder omdat men de indruk heeft dat de studie zo interessant is ($\frac{2}{3}$ van de eerstejaars stelt zich op het standpunt: ik wil arts worden en studie is daarvoor noodzakelijk). Omdat men op vrij jeugdige leeftijd veelal reeds een beeld heeft van het beroep „arts”, vindt de keuze om geneeskunde te gaan studeren vaak in de eerste jaren van de middelbare school plaats (de helft van de medische studenten heeft deze beslissing voor het 16e jaar genomen). Hierbij is opmerkelijk, dat een intensief contact met medici (bijvoorbeeld met een vader die arts is) het tijdstip van keuze vervroegt. Wat betreft het moment van keuze kan men zeggen, dat in het algemeen de motivering sterker en meer omschreven is naarmate de beslissing om medicijnen te gaan studeren op latere leeftijd werd genomen. In overeenstemming met het belang van het beroepsbeeld dat men heeft is het feit, dat relatief veel studenten (ongeveer $\frac{1}{3}$) hun studie beginnen met een hun bekende arts voor ogen (bijvoorbeeld eigen huisarts, Albert Schweitzer en dergelijke) als ideaalbeeld, en het feit dat $\frac{2}{3}$ van de eerstejaars reeds een duidelijk omlijnd idee heeft over zijn latere werkzaamheden (specialist, huisarts).

Het beroep van arts vindt de aankomende student

om verschillende redenen aantrekkelijk. Vooral van belang lijken motieven als: contact met mensen en mogelijkheden om mensen te kunnen helpen, en verder ook: afwisselend werk, creatief werk, vrij beroep en goede honorering, waarbij men in het oog moet houden dat hetgeen de aankomende student zich bij de hiervoor genoemde punten voorstelt niet altijd met de realiteit hoeft overeen te komen.

Tijdens de pre-klinische fase blijkt het aantal studenten dat de studie positief waardeert te dalen van de helft in het eerste jaar tot minder dan een kwart 4 jaar later. Als redenen hiervoor worden genoemd: de studie is te saai, te theoretisch, en staat te ver af van het latere beroep. Ook dit wijst er weer op, dat het beroepsbeeld een overheersende invloed heeft bij de keuze. Gebleken is, dat veel studenten (bijna $\frac{3}{4}$) de studie als vrijblijvend ervaren in die zin, dat het de student gaat om het te zijner tijd behalen van het artsexamen, terwijl hij zich weinig betrokken voelt bij de studie die hem daarheen voert.

Als men ervan uitgaat, dat de medische student een beroepskeuze maakt en niet zozeer een studiekeuze, dan kan men, door de student een studie aan te bieden die overeenkomst vertoont met het medische beroep in de praktijk, hem de waarde doen inzien van zijn studie, waardoor de kans wordt vergroot dat de student plezier beleeft aan zijn studie. Met een dergelijke studie immers zou men aan de verwachtingen van de student, die voornamelijk op het vlak van de beroepsuitoefening liggen, kunnen voldoen, en zouden — en dat is een essentiële voorwaarde — de verwachtingen van de student ten aanzien van zijn latere beroep overeenkomen met de praktijk van het artsberoep.

Hieruit volgt, dat een goede introductie met een duidelijke weergave van het werk en de verschillende beroepsmogelijkheden van de arts een eerste vereiste is. Als de aankomende student, alvorens zijn definitieve beslissing te nemen, een juist beeld heeft van zijn toekomstig beroep, kan een studie die gerelateerd is aan de praktijk alleen maar motiveerend werken. Voorts kan de motivatie worden vergroot door het bieden van keuzemogelijkheden, die bij de verschillende oriëntatierichtingen van verschillende studenten aansluiten alsook door het bieden van mogelijkheden om persoonlijke belangstelling te ontplooien.

Kort samengevat komt het hierop neer:

1. Zorg dat de aankomende student een juist en duidelijk beeld krijgt van zijn latere mogelijkheden.
2. Zorg dat hij zich vanaf het begin in zijn opleiding met dit beeld kan identificeren.
3. Zorg dat de student zijn persoonlijke ideeën in het kader van zijn studie kan ontplooien.

Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (XXVI)

*Een brief van S. J. van Geuns
aan M. J. Busch*

Waarde en zeer geëerde Neef!

Vergeef mij doch mijn verzuim en schandelijke nalatigheid, in het tot hier toe uitstellen van aan U te schrijven, en U mijnen dank te betuigen voor het aangenaam present, waarmede Gij mij vereerd hebt. In 't eerst verhinderden mij van tijd tot tijd tussenkomende drukten, in 't laatst wagte ik naar gelegenheid, dat er eens naar Groningen geschreven wierd; - doch beide die redenen, ik beken het, zijn niet genoegzaam tot mijne verschoning! Uwe gezondene physiologische praeparaten waren mij bijzonder aangenaam, en ik heb er reeds verscheidene keeren op mijne physiologische lessen gebruik van gemaakt. Het fraaie monster heb ik aan mijn Vader, op zijn verzoek afgestaan, en dus vermeerderd en versiert het thans zijne collectie van welgeschapene en monstreuse foetus. Ook bedank ik zeer voor Uwe dissertatie, die mij ook behulpzaam tot mijn collegie is geweest, gelijk zij dan ook door Blumenbach, wiens Handboek van Physiologie ik volg, aangehaald en geprezen wordt.

Ik heb steeds alle reden van zeer te vrede met mijne nieuwe standplaats te zijn. Hoezeer ik ook tamelijk mijne bezigheid vind in het opstellen van mijne lessen, kan ik echter thans niet klagen over al te grote drukten, daar ik, in dit saeison geen Botanica doceerende, alleen maar 4 maal 's weeks physiologie te houden heb; dit verschafft mij steeds eene aangename bezigheid, en dit is thans ook mijne eenige gezette bezigheid, daar ik althans in dit eerste jaar niet practiseer. Het getal der medische studenten is hier thans 29 à 30, waarvan ik er 22 op mijne Botanische en 20 op de physiologische lessen tot auditores heb. Ook over de vlijt en de attentie mijner studenten en over het respect dat zij mij bewijzen heb ik alle reden van ten uitersten voldaan te zijn. Het Compendium van Blumenbach bevat mij onder het uitwerken steeds zeer wel, niet alleen wijl het alle nieuwste ontdekkingen behelst en in eene zeer goede orde rangschikt, maar ook wijl het meer dan andere compendia de functione et usu partium handelt, en het anatomische, de fabrica partium, 't welk van de meeste andere compendia wel de helft uitmaakt, slegts hoofdzakelijk en kort behelst.

Mijn Vaders inaugureele oratie zal nu binnen eenige dagen uitkomen; de mijne zal ik ook over eenige weken ter persse brengen.

Te Harderwijk bloeit thans de academie niet zeer. Nog geen 50 studenten in 't geheel; en slegts 7 medici zijn daar tegenwoordig. Veelal zal dit laatste

komen van het lang verwijl, een de plaats van mijn Vader weer vervuld is geworden.

Considerabel groot is dat aantal Uwer inenting in dit jaar reeds! Gelukkig Groningen waar zoo weinig vooroordeel meer tegen deze zoo heilzame bewerking heerst. Hoeveel verschilt dit niet nog van de meeste andere provincien. Ook hier moet nog, evenals te Amsterdam, bij elke inenting request aan de Vroedschap gepresenteerd worden. Thans zijn hier echter geen pokjes - maar ten platten lande heeft sedert eenigen tijd veel scarlatina anginosa geheerst.

Na mij in Uwe aanhoudende vriendschap aanbevelen, en mijne complimenten aan Uwe geëerde Familie verzogt te hebben, noem ik mij met de meeste hoogachting, Waarde en zeer geëerde Neef,

Uwen gehoorz. dienaar en Neef
S. J. van Geuns

Utrecht, 5 february 1792

In deze brief brengt van Geuns dank aan Busch voor de gezonden praeparaten, waarvan hij gebruik zal maken voor zijn colleges. Ook zegt hij dank voor de dissertatie van Busch. Verder schrijft van Geuns o.a. over zijn nieuwe functie.

Steven Jan van Geuns, zoon van Matthias van Geuns, is 18 november 1767 in Groningen geboren. Hij studeerde van 1782 tot 1788 te Harderwijk. Daarna ging hij naar Leiden en vervolgens promoveerde hij in mei 1789 in Harderwijk tot Doctor philosophiae. Daarna ging hij op reis, studeerde in Göttingen (waar hij bevriend was met Alexander von Humboldt), bezocht Leipzig, Halle, Jena en promoveerde in juni 1790 tot Doctor medicinae. Vervolgens deed hij een jaar praktijk in Amsterdam en werd in 1791 benoemd tot Prof. med. physiol. et botan. in Utrecht. In 1794 werd S. J. van Geuns ook belast met het onderwijs in chemie, doch reeds in mei 1795 is hij, slechts 27 jaar oud, overleden.

Marcus Jan Busch, zoon van Marcus Busch die ook medicus was, promoveerde op „De mechanismo organi vocis huiusque formatione, Groningen 1770”. Deze dissertatie is in de Bibliotheek van de Maatschappij aanwezig. Verder is er een handschrift bekend van 150 bladz., waarin Busch de chirurgische gevallen beschrijft, die hij in de jaren 1769-1770 onder leiding van Camper heeft waargenomen.

Dr. J. A. van Dongen

Een posthuum, artistiek erbetoon

Drie vrienden van de in mei 1970 overleden arts Dr. J. F. A. Beins hebben zich geruime tijd geleden gewend tot de kring van bekenden, onder wie velen, die te Groningen hebben gestudeerd, met de gedachte een boek samen te stellen, dat een bloemlezing zou bieden uit het beste dat Dr. Beins aan tekeningen, houtsneden en litho's heeft nagelaten en waarmee hij, vooral in zijn studietijd, ter illustratie van almanakken, kalenders en gelegenhedsprenten voor corps en subverenigingen veel heeft bijgedragen. Hoewel daar dadelijk aan moet worden toegevoegd dat Dr. Beins naast dit illustratieve werk zeer veel vanuit een eigen persoonlijke artistieke aandrang en visie heeft gecreëerd, zoals uit het inmiddels tot stand gekomen boek duidelijk kan blijken.

Want de drie initiatiefnemers, Mr. I. J. Dutilh, Dr. P. Schierbeek en Mr. D. H. Schortinghuis hebben voor hun gedachte onmiddellijk zoveel bijval gevonden, dat zij gerealiseerd kon worden. En zo is dezer dagen in een oplage van ongeveer 700 exemplaren dit bijzondere boekwerk verschenen, waarvan in een eenvoudig samenzijn dezer dagen aan mevrouw Beins het eerste exemplaar is aangeboden.

Dr. Schierbeek heeft ons inzage gegeven van de drukproeven van dit door vrienden gedragen en gefinancierde boek, waarin men Dr. Beins herkent als een werkelijk kunstenaar, die niettemin de geneeskunst als professie beoefende. In zijn vroege jeugd greep hij al naar het tekenstift, het was voortdurend in zijn handen in zijn studententijd, waarin hij zowel om zijn artistieke begaafdheid als om zijn daaraan gepaard gaand gevoel voor humor, in zijn illustraties tot uitdrukking gebracht, een gezocht man was. Roemruchte Groningse studentengezelschappen uit zijn dagen, zoals bijvoorbeeld de Linetrekken, deden menigmaal en nooit tevergeefs een beroep op hem. Beins' begaafdheid werd niet alleen binnen studentenkringen erkend, ook daarbuiten vond zijn werk veel waardering, getuige onder meer het door hem ingeloste verzoek van de Groninger Maatschappij voor Landbouw tot illustratie van het ter gelegenheid van het 100-jarig bestaan dezer Maatschappij uitgegeven gedenkboek.

Uit die studentenjaren dateren enkele onverbreekelijke vriendschappen, die dan nu hebben geleid tot het verzorgen van een indrukwekkend posthuum

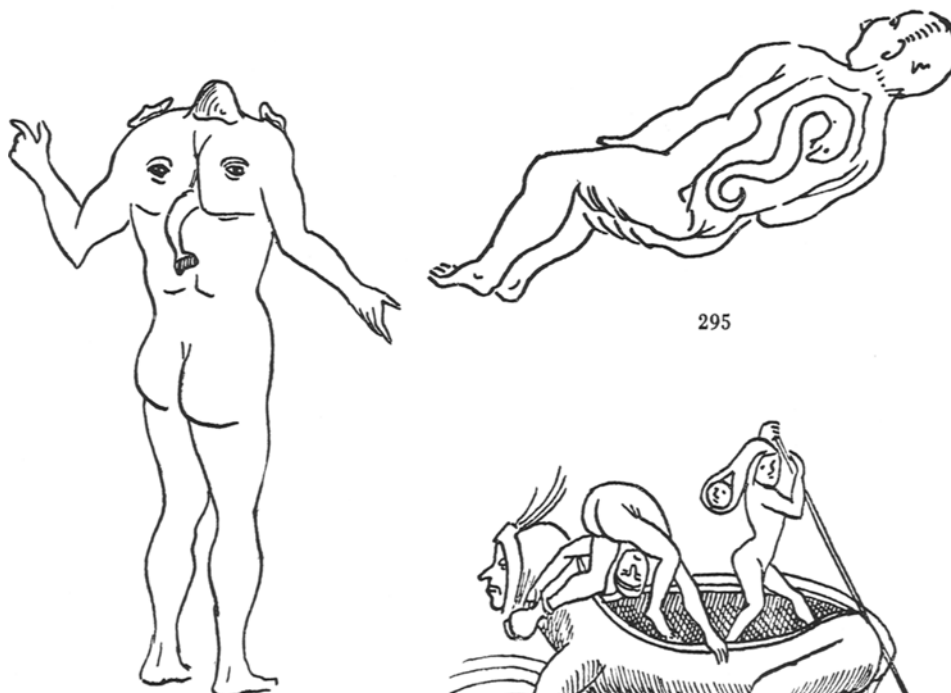


eerbetoon in de vorm van dit unieke boek waarin het veelzijdig georiënteerde werk van Dr. Beins is gereproduceerd na een korte voorafgaande tekst. Om een indruk te geven van zijn veelzijdigheid reproduceren wij daaruit hier een losse speelse tekening, op papier geworpen ter gelegenheid van de geboorte van Prinses Beatrix, een kleine rake houtsnede en een pagina uit zijn dissertatie „Misvorming en verbeelding”.

Dr. Beins, die zich na de voltooiing van zijn studie in 1943 als huisarts vestigde in Terborgh-Gaanderen, promoveerde in 1948 op een proefschrift, waarin hij belangstelling wilde opwekken voor de grensgebieden van de medische wetenschap, geboeid als hij was geraakt door de wijze, waarop onze voorouders reageerden op aangeboren misvormingen, en waarin dus een merkwaardig aanrakingspunt was gelegen van de geneeskunde met de we-



294



295

293



296

293. Fabelwezen met ogen en slurf op de rug. Naar *Licetus*.⁷¹⁾
 294. Craniorhachischisis. Gevolg van de haarmode! Naar een vliegend blad uit 1640. Uit *Holländer*.⁶⁷⁾
 295. Misgeboorte met slang in rug uit 1494. Naar *Lycosthenes*.⁷⁴⁾
 296. Open rug als bootje. Uit de „H. Christophel”, gravure naar *Bosch*. Privé. Zwitserland.

reldbeschouwing en godsverering van ons voorgeslacht. Mogelijk is hij mede tot dit onderwerp geïnspireerd door de fantasieproducten van Jeroen Bosch, wiens talrijke diabolische figuurtjes uit allerlei onverenigbare elementen zijn samengesteld en waarbij hem bij bestudering van deze „diableries”^{*} was gebleken, dat een aantal daarvan veel overeenkomst vertoonde met goed bekende menselijke misvormingen. Zijn dissertatie telt niet minder dan ruim vijfhonderd schetsen.

Zijn gehele leven is Dr. Beins — naast de geneeskunde als professie — artistiek werkzaam gebleven. In het nu verschenen boek treft men ook werk aan uit de periode na de oorlog, toen hij twee jaren als officier van gezondheid in Indië dienst vervulde. Na zijn terugkeer werd hij verbonden aan de G.G. en G.D. van Amsterdam en in de tien laatste jaargangen tot 1970 vindt men in het tijdschrift van deze dienst geen tekening, of ze is van zijn hand.

Dr. Schierbeek, die met een menging van weemoed en verering over zijn vriend Beins sprak, terwijl hij ons de drukproeven voorlegde, heeft ons ongewild aangezet om hier van „professie” te spreken in zeer prozaïsche zin, want de geneeskunde, meent Dr. Schierbeek, heeft nooit helemaal Beins hart gehad, hoewel hij zijn „professie” zeer nauwgezet beoefende. Veel dieper geboeid in het „vak” geneeskunde geraakte na haar huwelijk met hem



mevrouw Beins, die toen de medicijnen-studie aanving, vlot voltooide en nu als anesthesiste te Amsterdam werkzaam is. Zij is de vrienden van wijlen haar man behulpzaam geweest met het ter beschikking stellen van haar persoonlijke archieven voor de samenstelling van deze als eresaluut bedoelde uitgave.

v.M.

^{*} Door deze „diableries” geboeid toont zich ook de schrijver Theun de Vries in zijn op Jeroen Bosch geïnspireerde roman waarin hij deze „diableries” aanduidt als „moergrobber”, tevens de titel van deze imposante roman.

Het gebruik van computers bij medische verslaggeving

Dr. G. A. M. HUNFELD schrijft ons:

In hun boek: *The Data Bank Society*, schrijven Malcolm Warner en Michael Stone het volgende over het gebruik van de computer in de geneeskunde:

„The doctors surgery is the moderne confessionnal for many, and the notes of GP's and specialist should remain confidential. This data would make a most interesting dossier for an over inquisitive eye. The medical profession has an extremely high standard in its tradition of secrecy, and has its fears that computerized systems, with all their advantages, are potentially far less secure from unqualified and unscrupulous intrusion than the documentary systems of the present.”

Hoe veilig deze systemen in Engeland zijn in vergelijking tot Nederland beschrijven zij als volgt:

„The medical records of N.H.S. Patients belong to the Minister of Health... Whether the records... are available... is purely a matter for the Minister's discretion...”. Zij vervolgen: „This is clearly unsatisfactory. Unless it could be proved, that the benefits would outweigh the disadvantages, we see no reason, why records should not be confidential in a legally watertight fashion.”

Tot zover een beschrijving van het merkwaardig

beheer van medische gegevens in Engeland. In de Nederlandse vertaling zijn deze passages weggelaten, waardoor veel kritiek niet op Nederlandse situaties slaat. Het is duidelijk dat een medische databank in Engeland een geheel andere betekenis heeft dan in ons land.

Hoe is het met de confidentialiteit van de ziektegeschiedenissen in ons land gesteld? De juristen Leenen en Rang houden ons artsen voor, dat de arts geen recht heeft op het geheim, dat hem door patiënten wordt toevertrouwd. Hij heeft de plicht tot zwijgen. Het object van het geheim is het „eigendom” van de patiënt.

Het is duidelijk dat de patiënt zijn geheim bij de behandelend arts veilig moet weten. De uitoefening van de geneeskunst is slechts mogelijk op basis van vertrouwen. Het misverstand begint daar, waar men het onderscheid tussen ziektegeschiedenis van een identificeerbare patiënt en het geval de ziektegeschiedenis van een anonieme patiënt niet maakt.

Na ontkoppeling van de identiteit kan de plicht tot zwijgen het functioneren van de ziektegeschiedenis anders dan als middel bij de behandeling niet meer in de weg staan. De continuïteit van de geneeskunde zou zonder deze ontkoppeling niet goed mogelijk zijn.

Op het W.H.O.-symposium van dit jaar in Toulouse hebben afgevaardigden uit de aangesloten landen zich beraden over het gebruik van computers in en

buiten de ziekenhuizen. Het ging o.a. om de vraag of bij de huidige ontwikkeling van de geneeskunde de computer als instrument bij de verslaggeving buiten het ziekenhuis kan worden gehouden. Een uitgebreid onderzoek toonde aan dat met de conventionele methode in toenemende mate informatieverlies optreedt. Het gemiddelde verlies per ziekenhuis bedraagt thans meer dan 10%. Men verwacht een gestadig stijgen, tengevolge van een steeds insufficiënter worden van de conventionele systemen. De eerste stap, die moet worden gezet voordat men de computer kan inschakelen is de verbetering van de verslaggeving.

De Stichting Medische Registratie heeft in belangrijke mate bijgedragen aan deze ordening. Het rapport van de commissie medische status handelend over de inrichting van het medisch dossier blijkt in een behoefte te voorzien. Het is duidelijk dat in een goed ingericht medisch archief in een ziekenhuis met volledig en nauwkeurig bijgehouden ziektegeschiedenissen een schat aan medische ervaring ligt opgeslagen. Hij is moeilijk bereikbaar. Door koppeling van de identiteit van de patiënt aan de verslag-

geving van de ziekte is het als object van het geheim eigendom van de patiënt.

De vragen, die de Stichting zich thans stelt zijn, hoe kunnen medisch belangrijke gegevens beschikbaar komen voor enerzijds klinisch, anderzijds wetenschappelijk gebruik, zonder het embargo van de zwijgplicht te schenden, hoe moet de controle op het gebruik van een te ontwikkelen systeem zijn? De beantwoording van deze vragen is thans met de werkgroep medische ethiek van de Kon. Ned. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst onderwerp van studie. De inbreng van de Stichting is de methodiek en de techniek van een data bank. De controle op het gebruik die de medische professie en het publiek vragen kan slechts door een wettelijke regeling, die voor alle data banken zal moeten gelden, tot stand worden gebracht.

De vraag dient te worden beantwoord of een medische databank, naar te verwachten onmisbaar instrument bij de uitoefening van de geneeskunst, thuis hoort bij commerciële instellingen zoals bijvoorbeeld Exerpta Medica.

Onderzoek naar behoefte ziekenhuispersoneel

De directeur van de Nationale Ziekenhuisraad, Mr. L. C. Wesseldijk, heeft de indruk dat het met het tekort aan verplegend personeel in de ziekenhuizen over het algemeen nogal meevalt. Hij heeft die indruk opgedaan uit reacties op een plan van de N.Z.R. voor een gezamenlijke, landelijke wervingscampagne.

Slechts een kwart van de ziekenhuizen wil aan de wervingscampagne meedoen. Verschillende andere ziekenhuizen lieten weten, dat zij voldoende verpleegkundigen hadden. In een gesprek met de pers zei Mr. Wesseldijk, dat als er ziekenhuisafdelingen leeg staan door gebrek aan personeel dit waarschijnlijk meer te maken heeft met de sfeer in de betrokken ziekenhuizen. De personeelstekorten blijken bijzonder plaatselijk bepaald te zijn.

De Nationale Ziekenhuisraad laat een onderzoek op lange termijn uitvoeren naar de werkelijke behoefte aan verplegend personeel, mede met het oog op de experimenten met een schoolopleiding voor verpleegkundigen. Inmiddels neemt het aanbod van gediplomeerde gehuwde vrouwen niet onaanzienlijk toe en geeft ook het aantal mannelijke verpleegkundigen een stijging te zien: een belangrijk punt, want in tegenstelling tot veel vrouwen blijven de mannen doorwerken als ze trouwen.

Van de factoren die de ziekenhuizen met betrekking tot de kostenstijgingen wel zouden willen maar niet kunnen beïnvloeden, noemde de N.Z.R.-directeur het oplopen van de rentevoet (1955: 3,75%, nu bijna 10%), het stijgen van de bouwkosten en de loonstijgingen. De Nationale Ziekenhuisraad overweegt nu de oprichting van een coöperatief waarborginstituut, waarbij de leden van de N.Z.R. (675 algemene ziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen en verpleegtehuizen) zich samen garant stellen voor de door elk ziekenhuis apart te lenen investeringsbedragen voor de bouw. De rente van een niet door de overheid gegarandeerde lening ligt ongeveer 0,5% hoger dan die van een gegarandeerde; door de eigen garantie zou het renteverschuil kunnen worden teruggebracht. Bij een jaarlijkse investering van f 300 miljoen, voor welk bedrag in 1971 ziekenhuisobligaties zijn uitgegeven, zou men zo per jaar f 750.000,— kunnen besparen. Bovendien zou overschakelen van een obligatielening op een onderhandse lening nog eens een eenmalige besparing van 2,5% of f 7,5 miljoen kunnen opleveren. Met het oprichten van een waarborginstituut voor de ziekenhuisbouw zou, meent Mr. Wesseldijk, een stap in de richting van een ziekenhuisbank kunnen zijn gezet.

Verlenging, verkorting en voorkoming van leven

Door Dr. Mr. Dr. W. Schuurmans Stekhoven

In de nabije toekomst zal de juristenwereld in toenemende mate worden geconfronteerd met levens- en doodsproblemen, waarmede de artsenwereld hoe langer hoe minder raad weet. Ditmaal doel ik speciaal op de zogenaamde „euthanasieproblematiek”. De artsen zijn gewend scherp te onderscheiden en te scheiden:

- a. het opzettelijk nalaten of staken van een levensverlengende behandeling - wat zij gewend zijn „passieve euthanasie” te noemen;
- b. het opzettelijk toepassen van een levensverkortende of levensbeëindigende behandeling - wat zij gewend zijn „actieve euthanasie” te noemen.

Om misverstand bij voorbaat te voorkomen: die termen actieve en passieve euthanasie zijn medisch gebruikelijke termen, maar de daaraan voorafgaande delictomschrijving („opzettelijk”, enz.) zal men natuurlijk in geen medische verhandeling vinden. Het verschil derhalve tussen *dolus* (opzet) en *culpa* (schuld) is de gemiddelde arts vreemd. Wat de arts vanzelfsprekend niet ontgaat, althans niet helemaal, is het verschil tussen (juridisch geformuleerd):

1. het opzettelijk toepassen van lijden verlichtende middelen, zonder dat het oogmerk op levensverkorting of levensbeëindiging is gericht (maar onder erkenning en aanvaarding van het risico dat levensverkorting respectievelijk levensbeëindiging daaraan meekomt, althans kan meekomen);
2. het opzettelijk toepassen van lijden verlichtende middelen in zodanige dosering, dat redelijkerwijs daarvan aanmerkelijke levensverkorting respectievelijk snelle levensbeëindiging mag (moet) worden verwacht.

Met andere woorden: de artsen zijn er zich wel min of meer van bewust, dat passieve euthanasie (waaronder zij 1 brengen) en actieve euthanasie (die zij bij 2 niet durven ontkennen) aan elkaar grenzen of als men wil vloeiend in elkaar overgaan. Medisch bekeken: het kan een kwestie van een paar milligram meer of minder zijn. De jurist zal onmiddellijk de grensproblematiek tussen opzet (zekerheidsbewustzijn) en voorwaardelijke opzet (mogelijkheidsbewustzijn, grenzend aan waarschijnlijkheidsbewustzijn) herkennen.

Hyperactuele aanleiding tot het op schrift stellen van deze inleidende, zich tot enkele forse lijnen beperkende beschouwingen is het feit, dat de tv-journalist van de NCRV, Mochel, op de beeldbuis is gekomen met het interview van een kennelijk serieuze huisarts, die daar in alle gemoedsrust beschreef

hoe hij bij de „stervensbegeleiding” van een ongeheelbare patiënt zowel van de zijde van de innig meelevende familie als van de zijde van de patiënt(e) van zelf in toenemende mate was geconfronteerd met eerst de vraag van de lijdensverlichting en met tenslotte de vraag van de bewuste levensverkorting, ja levensbeëindiging. Zo groeide ongemerkt het „uitdrukkelijk en ernstig verlangen” van familie en patiënt: „Dokter, zou u er geen einde aan kunnen maken?” Het behoeft nauwelijks betoog, dat dat „Dokter, zou u enz.” van de mensen kwam, terwijl de kwalificatie „uitdrukkelijk en ernstig verlangen” — uit het (juristen)brein van de schrijver afkomstig — ontleend is aan de delictomschrijving van artikel 293 Wetboek van Strafrecht.

De sympathieke huisarts liet zich verleiden en plein public te vertellen, dat hij toen een „overdosering” (zonder vermelding waarvan en hoeveel) had gegeven (ingespoten) en dat de patiënt(e), die het anders mogelijk nog een paar maanden zou hebben uitgehouden, de volgende dag overleed. Door tijdgebrek kregen de aanwezige ziekenhuisdirecteur en jurist maar een paar minuten. De eerste verklaarde alle sympathie te hebben, maar volgens zijn mening bij zijn artseneed te hebben verklaard 's lands wetten te eerbiedigen. De tweede was nog korter: „’t Mag niet, maar ik ben er voor”. Die opmerking van de ziekenhuisdirecteur was niet juist, omdat de artseneed de belofte tot wetseerbiediging beperkt tot de op de uitoefening van geneeskunst wettelijk vastgestelde bepalingen (artikel 21 van de Wet van 21 december 1878, Stbl. 222). Strafrechtelijk zijn er twee elementen:

I. is wel een dodelijke dosis toegediend (het oogmerk om te doden is niet voldoende, causaal verband tussen overdosering en dood zou moeten worden bewezen terwijl ook „poging” strafbaar is);

II. bestond er een persoonlijke strafbaarheidsuitsluitingsgrond of een buitenwettelijke rechtvaardigingsgrond?

Tuchtrechtelijk is het vrijwel onmogelijk een dergelijke consciëntieuze arts een „handeling die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnt” in de schoenen te schuiven. De vraag of de euthanasieproblematiek rijp genoeg is om die op deze wijze voor de beeldbuis te brengen pro memorie.

Dieper delvend ontkomt men niet aan de conclusie — als medicus, als psycholoog, als filosoof —, dat in dergelijke gevallen van zogenaamde „mercy-killing” het werkelijke motief zelden of nooit (meer) als „lijdensverlichting” in de zin van pijnverlichting

moet worden geduid. „Psychofarmaca” die pijn afdoende bezweren zijn er eerder te veel dan te weinig. Het werkelijke motief pleegt te zijn dat de draaglast, meekomende aan „het liggen en zien liggen wachten op de dood”, de draagkracht van patiënt en familie te boven gaat. Dat tijdperk begint, wanneer dokter, patiënt en familie alles hebben uitgesproken, uitgepraat, wanneer men alles heeft geregeld, zich met de dood (in het verschiet als eindpunt van het reeds langer of korter begonnen stervensproces) heeft verzoend, met het leven heeft afgerekend, de balans heeft opgemaakt, figuurlijk en letterlijk aan het afscheid toe is. Ook voor wie dan geen doodsangst (meer) kent — juist voor wie dan geen doodsangst (meer) kent — groeit dan het verlangen, dat het doek eindelijk valt. Anders geformuleerd, voor wie mocht menen dat bovenstaande overwegingen op hem of haar hetzij een te rationalistische, hetzij een te irrationalistische indruk maken: er komt een ogenblik, waarop wachten op de dood als zinloos wordt ervaren, heel simpel omdat het (verder) leven zinloos is. Is dat niet de diepere problematiek van een eerbiedwaardig uitdrukkelijk en ernstig verlangen van alle betrokkenen om de laatste bladzijde van het onderhavige levensboek nu maar om te slaan?

Uiteraard impliceert deze casuspositie een besluitvorming door patiënt, familie en arts, die aan de hoogste eisen voldoet, eisen van handelingsbekwaamheid, vrijwillige toestemming, belangeloosheid (onbaatzuchtige liefde), enz. Want het euthanasie-probleem heeft behalve het al meer dan voldoende gecompliceerde aspect van de „mercyc-killing” van bij vol bewustzijn „stervenden” het nog veel moeilijker aspect van de geoorloofdheid van:

A. pogingen tot kunstmatige levensverlenging van onherstelbaar bewustelosen door hersenletsel, die bij voorbaat hun toestemming tot zodanige pogingen hebben geweigerd;

B. onbeperkt blijven pogen het leven kunstmatig in stand te houden met alle moderne medische hulpmiddelen, wanneer door ouderdomsslijtage de geest is uitgeblust;

C. door operatie bij pasgeborenen in stand houden van levens, waarvan bij voorbaat vaststaat dat lichamelijke en (of) geestelijke ontplooiing buitengesloten is.

Pro memorie zij aan dit lijstje toegevoegd de ongeoorloofdheid van levensbenoeming aan waardelose en zinloze levens. Groep A is in dit blad al van alle kanten bekeken. Groep B is die van de demente ouden van dagen, die elk jaar een groter percentage van de Nederlandse bevolking gaan uitmaken (mede in verband met de daling van het geboortecijfer).

Zij lijden niet door en onder hun aftakeling, maar eisen bij doeltreffende verzorging — die door de jeugd wordt afgewezen — een steeds groter aandeel op van het nationale inkomen. Die verzorging omvat niet alleen hun ouderdomsrente, maar ook hun inrichtingsverzorging en hun geneeskundige verzorging. „Onderhoudsplicht” is er niet meer bij. De „geriatrie” als nieuw specialisme maakt de problematiek te hunnen aanzien niet kleiner en alleen maar groter, juist omdat zij over middelen beschikt zoals bijvoorbeeld penicilline) om dodelijk verloop van pneumonietjes te voorkomen. Groep C omvat onder meer de pasgeborenen met open ruggetjes (spina bifida), myelo-meningocete en waterhoofden, (hydrocephalus) waarbij tot nu toe de ouders over leven en dood beschikten door wel of geen toestemming tot opereren te geven. Thans overweegt men van overheidswege aangifteverplichting van aangeboren afwijkingen en gebreken in te voeren, met of zonder de bijgedachte aan de mogelijkheid de kinderrechter over de behandelingsverplichtingen te laten beslissen.

Wij zitten bij de groep B en C al op de grens van de problematiek van de „Vernichtung lebensunwertter Lebens”, dubbel zwaar affectief beladen door de bijna niet meer voorstelbare deraillementen van het nationaal-socialisme in die richting, wat de na 1945 geboren generaties, die daaraan geen herinnering meer hebben, niet belet met gedachten in die richting te spelen.

Om vele redenen is vrijwel overal in deze problematiekschets het nemen van stelling — rationeel of irrationeel — vermeden. Dat daardoor het betoog voor sommigen klemmender en zelfs beklemmender kan zijn geworden, beschouwt de schrijver als een voordeel. Zijn hoofddoel is de artikelen 293, 294, 295 e.v. Wetboek van Strafrecht even zo scherp mogelijk uit euthanasie-oogpunt te bezien, anders geformuleerd: uit het oogpunt van het al dan niet bestaan van het recht van de mens over leven en dood te beschikken, een recht dat rationeel bezien niet en irrationeel bezien wel kan worden ontkend. Daarom zal de lezer(es) verstaan waarom het op ernstig en uitdrukkelijk verlangen van het leven beroven, aanzetten tot, behulpzaam zijn bij en de middelen verschaffen tot zelfmoord en de vruchtverwijdering een onmiskenbaar gemeenschappelijk „euthanasiekarakter” dragen en ook dat het verbod van die tegen het leven gerichte misdrijven in wezen een meer irrationele dan rationele beperking is van het zelfbeschikkingsrecht van de mens. Bij de bestudering van de onvoorstelbare en onvoorstelbaar snelle normverschuivingen waarmede zowel de artsen- als de juristenwereld wordt geconfronteerd — mede tegen de achtergrond van de ontkerstening — schijnt het nuttig tot het diepste wezen van deze problematiek door te dringen.

Het algemene ziekenhuis en de opleiding van specialisten

***Bijdrage van Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen
aan een symposium in Haarlem***

In Nederland bestaat de merkwaardige situatie, dat er een ongeveer paritaire verdeling is tussen het aantal opleidingen aan de universiteiten en aan de niet-universitaire ziekenhuizen.

Op 1 januari 1967 waren er 114 universitaire en precies ook 114 niet-universitaire zogenaamde A-opleidingen, naast 89 B-opleidingen. Een B-opleiding is een opleiding in een ziekenhuis dat geen A-bevoegdheid kan krijgen, maar dat op grond van bepaalde regels in staat kan worden gesteld artsen voor een of twee jaar in een specialisme op te leiden. De op te leiden arts moet dan later of voor die tijd een A-opleiding volgen. De B-opleiding is zeker niet minderwaardig, maar heeft een ander karakter. Er zijn specialistische opleidingen bijvoorbeeld voor gynaecologie en verloskunde, waar men een combinatie van A- en B-opleidingen eist en in het algemeen is er een ontwikkeling in deze richting.

Op 1 januari 1968 waren er 128 universitaire en 112 niet-universitaire opleidingen. Op 1 januari 1969 waren er 134 universitaire en 118 niet-universitaire opleidingen. Op 1 januari 1970 waren er 134 universitaire en 112 niet-universitaire opleidingen. Op 1 januari 1971 waren er 140 universitaire en 129 niet-universitaire opleidingen. De universitaire lopen in aantal dus iets uit op de niet-universitaire opleidingen.

Er zijn enkele niet-universitaire opleidingen ingetrokken, naast overigens ook enkele universitaire opleidingen, er zijn enkele B-opleidingen verdwenen omdat zij niet meer werden erkend of omdat zij overgingen tot een A-opleiding, maar in feite bestaat er altijd nog een redelijk evenwicht tussen het aantal universitaire en niet-universitaire opleidingen.

Welnu, wanneer men dan de entourage beziet, waarin deze opleidingen plaatsvinden, dan blijkt er een toch wel schokkend verschil te zijn. De nu 140 universitaire opleidingen, hebben voor de opleiding 894 medewerkers terwijl de 129 A-opleidingen slechts 302 medewerkers hebben. Dit bij een beddenbestand van de universitaire opleidingen van 8500 en voor de A-opleidingen van 12000.

In de universitaire opleidingen waren per 1 januari 1971 1174 assistenten in opleidingen, in A-opleiding slechts 487. Dat betekent dat in universiteitsopleidingen ieder assistent de beschikking heeft over 7.2 bedden en in de A-opleiding ieder assistent 24 bedden moet verzorgen (gemiddeld). Dat betekent ook, dat er per 10 bedden in de universitaire opleiding één wetenschappelijke medewerker is, terwijl dit in de A-opleidingen per 40 bedden slechts

Ter gelegenheid van de officiële opening van de nieuwe huisvesting van het St. Elisabeth's of Groote Gasthuis te Haarlem is een symposium gehouden over taak en functie van het algemene ziekenhuis nu en in de nabije toekomst. Aan dit symposium werd deelgenomen door Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, die de betekenis belichtte van het algemene ziekenhuis voor de opleiding van specialisten. Uit zijn beschouwing geven wij hier de paragrafen weer, waarin Dr. Van Nieuwenhuizen zijn teleurstelling uitsprak dat niet-universitaire ziekenhuizen zijns inziens duidelijk zijn achtergesteld in de mogelijkheid tot het opleiden van artsen tot specialisten.

één is. De verhouding van medewerker aan de opleiding tot specialist bedraagt voor de universitaire opleiding 1 : 1,3 en voor de A-opleidingen 1 : 6. Deze zeer ongunstige ontwikkeling heeft zich in de loop van de jaren voorgedaan en er is niets dat er op wijst dat deze discrepantie niet zal voortschrijden.

Juist omdat de zogenaamde A-klinieken toenevend betrokken zijn bij de opleidingen van studenten tot arts, klemt dit verschil nog meer, maar het is bepaald desastreus ten aanzien van de opleiding van artsen tot specialisten. Er bestaan in de niet-universitaire ziekenhuizen grote mogelijkheden tot het opleiden van specialisten, maar deze worden afgeremd door de honoreringssituatie. Volgens een merkwaardig verouderde vinger en duimregel uit 1938, mogen op de verpleegprijs worden afgewenteld voor de eerste 150 bedden 1 assistent en voor de volgende 100 bedden steeds weer een assistent. Dat betekent dat een groot ziekenhuis van laat ons zeggen 700 bedden, in feite de beschikking heeft over 6,5 assistent. In werkelijkheid zijn er in zo'n ziekenhuis (en ik neem nu mijn eigen ziekenhuis) belangrijk meer assistenten in opleiding; in mijn ziekenhuis bijvoorbeeld 50. Dat betekent dat 43 assistenten door de specialisten zelf moeten worden betaald.

Daarnaast echter bestaat in deze ziekenhuizen een onvoldoende wetenschappelijke top. Slechts via

associatie kan men zich verzekeren van medewerking bij de opleiding. Terwijl dus de opleiding op geen enkele wijze wordt gehonoreerd (eerlijkheidshalve moet men stellen dat ook de hoogleraren daarvoor geen aparte honorering krijgen) is het ook zo, dat de specialisten de assistenten in opleiding voor het grootste gedeelte zelf moeten betalen. En daar begint nu de schoen te wringen, omdat terecht de assistenten-salarissen steeds verder zijn opgetrokken en de specialisten daardoor niet meer in staat zijn voldoende assistenten te betalen. De wat laconieke opmerking, dat de specialisten toch verdienen via hun assistentie, omdat die een deel van het werk doen, is al lang achterhaald door de werkelijkheid, omdat de assistenten ook al weer terecht steeds meer tijd vragen voor wetenschappelijk onderzoek en voor zelfstudie en in feite de specialist wel helpen, maar in belangrijk mindere mate dan vroeger.

Behandeling van zieken gekortwiekt

Meer dan tien jaar heb ik gevochten voor een erkenning van de niet-universitaire ziekenhuizen als opleidings-instituut, maar daarnaast ook als wetenschappelijk centrum. Er zijn voorbeelden te over van grote niet-universitaire ziekenhuizen waar zich in belangrijke mate wetenschappelijk werk heeft ontwikkeld. Dit gaat echter altijd ten koste van extra tijd van de specialisten die daarvoor op geen enkele wijze anders in de gelegenheid worden gesteld en meestal worden deze onderzoeken verricht met slechts geringe subsidies en dus voor een groot deel uit eigen kapitaal. Daarvoor zijn meerdere saillante voorbeelden te geven. Het valt dan ook niet te verwonderen dat er verschillende grote ziekenhuizen zijn van waaruit noodkreten komen en aan het Centraal College zijn verschillende brieven gezonden van centra, die mededelen dat zij binnenkort de opleiding van specialisten moeten stoppen, en dat terwijl er zulk een ontstellend tekort is.

Ruim een jaar geleden heb ik over dit onderwerp een gesprek gehad met de voorzitter van de Commissie Ziekenhuistarieven, de heer De Pous. Ik werd daarbij vergezeld en gesteund door minister Veringa en staatssecretaris Kruisinga. Laatstgenoemde heeft erop gewezen dat de intensiteit van de behandelingen dermate is toegenomen, dat de vinger en duimregeling uit '38 niet meer toe te passen valt. Men ging er bij deze vinger en duimregel vanuit, dat dit minimum-aantal assistenten noodzakelijk was voor de „algemene dienst” in het ziekenhuis, dus bijvoorbeeld het opvangen van acute patiënten, de nachtdiensten, etc. Het is duidelijk dat er verschillende gebieden zijn waar deze normale regel te enen male te kort schiet. Wanneer men nagaat dat bijvoorbeeld een hartbewakingsafdeling voortdurend onder toezicht moet staan van een arts, met name een assistent in opleiding tot specialist, dan is wel duidelijk dat daarvoor een bezetting nodig is die ver uit gaat boven de nu toegestane. Wanneer men uitgaat van een 8-urige werkdag dan betekent dat op een hartbewakingsafdeling drie assistenten, die

bij toerbeurt verantwoordelijk zijn voor de gang van zaken. Hetzelfde geldt voor de traumatologie, voor de nierdialyse, voor de post-operatieve intensive care. Het is alleen maar navrant dat de verantwoordelijke instanties op geen enkele wijze bereid zijn gevonden om op korte termijn hierin verandering aan te brengen. Dat de diensten dan nog lopen, komt eenvoudig door grote opoffering van de assistenten zelf, maar men kan dit op de duur niet blijven vragen.

Men vraagt zich af welke beweegredenen de verantwoordelijke instanties hebben om de behandeling en verzorging van zieken op een dergelijke wijze te kortwieken. Voor wat betreft de wetenschappelijke top, ook na ruim tien jaar pleiten, is tenslotte minister Veringa overtuigd geraakt van de ernstige vorm van discriminatie, en heeft — met zijn altijd zeer ruime blik op ingewikkelde vraagstukken — een bepaald bedrag op de begroting opgevoerd ter verdeling aan die opleidingen die met een belangrijk aantal assistenten duidelijk in staat zouden zijn de opleiding te verbeteren, dat wil dus zeggen dat dit opleidingen zijn waarin de assistenten niet alle uren van de dag worden ingezet voor het normale klinische werk dat op de afdeling moet worden gedaan. Er moet dus tijd zijn voor wetenschappelijk onderzoek en voor de opleiding.

Het is alleen maar merkwaardig dat, nu er overeenstemming werd bereikt over dit grondprincipe en er ook een bedrag voor werd uitgetrokken, het tot vandaag de dag nog niet mogelijk is geweest dit nu reeds een jaar uitstaande geld te verdelen, omdat nu weer moeilijkheden zijn gerezen van de kant van het departement over het instellen van de commissie, die deze gelden zou moeten verdelen. Ook hier weer eerder tegenwerking dan krachtige bevordering van een noodzakelijkheid.

Men vraagt zich af hoe het komt, dat de specialisten in Nederland zich nog altijd zo gelaten gedragen onder deze ontstellende gang van zaken. Terwijl in de universitaire ziekenhuizen de assistenten belangrijk minder bedden te verzorgen hebben, de wetenschappelijke top ongeveer zesmaal zo groot is als in de niet-universitaire ziekenhuizen, ziet men in de niet-universitaire ziekenhuizen deze situatie, die reeds negatief was, nog verder achteruitgaan omdat bij de stijgende honoraria van de assistenten het de specialisten steeds moeilijk wordt hen te honoreren.

Het is ook merkwaardig te zien dat Prof. Querido, die adviseur is van de regering omtrent de ontwikkeling van het medisch onderwijs, in een interview (Haagse Post 20 nov. 1971) tot de conclusie komt dat er belangrijk minder artsen moeten worden opgeleid en dat degenen, die geen plaats kunnen krijgen, eventueel zou moeten worden aangeraden een zogenaamde mediane opleiding te volgen. Men zou kunnen zeggen in de richting van een paramedische hulpkracht. In welke vorm dat zou moeten gebeuren mag voorlopig open blijven, maar ik ben het met deze opvatting volstrekt eens.

Ik meen ook dat wij een open oog moeten hebben

voor de medewerking van paramedische en verpleegkundige krachten. De tijd is voorbij dat de specialist het alleen maar wist, de tijd is allang angebroken waarin de specialist met paramedische hulpkrachten en met verpleegsters tot een gezamenlijk beleid moet komen. Ieder die bijvoorbeeld op intensieve afdelingen heeft gewerkt, heeft niet anders dan de grootste bewondering voor de verpleegsters, de klinische assistenten, en bijvoorbeeld de electronici met HTS opleiding, die op dit gebied hun krachten inzetten.

Het is echter merkwaardig dat Prof. Querido in het hele vraagstuk met geen woord rept over de niet-universitaire ziekenhuizen. Wanneer hij dan constateert, dat er een numerus fixus moet komen, wordt daarbij de mogelijkheid van opvang door de niet-universitaire ziekenhuizen niet onder ogen gezien (afgezien van het vraagstuk van de preklinische opleiding die deze ziekenhuizen nooit zullen kunnen geven, maar die in cursorisch verband en door intensivering van het onderwijs toch moet kunnen worden opgevangen). Het is in dit verband overigens wel humoristisch te moeten vaststellen dat er in Italië op dit ogenblik ongerustheid is gewekt door een plan van de regering om studenten, die geen middelbare schoolopleiding achter zich hebben, toch toe te laten tot de medische studie en dat terwijl er in Italië al een enorme overvloed aan medici is.

Te geringe klinische ervaring

Terwijl er in de A-klinieken dus in feite door de assistenten te veel arbeid moet worden verricht gezien het groot aantal bedden dat moet worden verzorgd en overigens ook de opleiding schade lijdt door het ontbreken van een wetenschappelijke top, moet men anderzijds vaststellen dat in de universitaire klinieken de schade naar de andere kant doorslaat, omdat er te veel assistenten met te weinig patiënten bezig zijn en in feite dus een te kort hebben in dat deel van de opleiding dat tot klinische ervaring moet leiden. Men ziet dan ook in de universitaire klinieken het accent hoe langer hoe meer gelegd op de fundamentele onderzoekingen, maar men vergeet daarbij dat degene, die daarna in de specialistenpraktijk komt, voor alles klinische ervaring nodig heeft, naast uiteraard voldoende inzicht in de fundamentele problemen om zich verder zelfstandig te kunnen ontwikkelen. Terwijl dus de A-klinieken een tekort hebben aan de mogelijkheid tot fundamenteel onderzoek hebben de universiteitsklinieken toenemend een te kort aan patiënten, noodzakelijk voor het opdoen van ruime klinische ervaring tijdens de opleiding.

Naar mijn mening moet men bovendien afstappen van de gedachte dat „advanced medicine” uitsluitend moet worden ontwikkeld in de universitaire ziekenhuizen. Er zijn al diverse voorbeelden van, dat deze advance medicine plaats heeft gevonden in grotere niet-universitaire ziekenhuizen, maar het zou even, om dezelfde reden, schadelijk zijn voor de ontwikkeling van de geneeskunde in ons land, wanneer

de niet-universitaire ziekenhuizen werden geremd in het aantrekken van wetenschappelijke medewerkers en paramedische en verpleegkundig personeel bij het ontwikkelen van dergelijke deelgebieden van de specialistische geneeskunde.

Er zijn nu al voorbeelden genoeg om te tonen dat een dergelijke ontwikkeling in een niet-universitair ziekenhuis mogelijk is. Wanneer mijn indrukken mij niet bedriegen is er in toenemende mate sprake van belangstelling van de niet-universitaire ziekenhuizen voor het verrichten van wetenschappelijk werk en voor de ontwikkeling van deze vooruitgeschoven gebieden van de specialistische geneeskunde. Men moet deze animo niet remmen maar bevorderen. Dat daarbij financiële problemen een rol spelen valt niet te ontkennen, maar men zal ze dan toch onder ogen moeten zien onder een ruimere visie. Men zal moeten komen tot een integratie van de werkzaamheden tussen de universitaire en grotere niet-universitaire ziekenhuizen en overigens ook tussen de grotere en middelgrote niet-universitaire ziekenhuizen om te komen tot de juiste spreiding van alle medische activiteiten. Daarom verdienen de pogingen tot integratie van bepaalde werkzaamheden op geneeskundig gebied ruime belangstelling. Dat daarbij zeer grote moeilijkheden moeten worden overwonnen is wel zeker. Het valt zelfs te bezien of bij de praktische verstarde verhoudingen in ons land een dergelijke doorbraak nog wel mogelijk is. Dat zou dan voeren tot een uit elkaar groeien van universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen, waaraan ook een ziekenhuiswet niets kan veranderen. Het gaat immers om de mentale instelling, eerder nog dan om technische of organisatorische problemen.

Samenvattend:

Elk ziekenhuis heeft een drie-delige taak: a. onderzoek en behandeling van patiënten, b. opleidingen en c. research.

Ten onrechte worden aan de niet-universitaire ziekenhuizen wel vele studenten aan de opleider toevertrouwen maar ontbreekt het aan steun voor research.

Bij de opleiding van arts tot specialist bestaat er een onrechtvaardig verschil in mogelijkheden tussen universitaire en niet-universitaire klinieken voor wat betreft het aantal assistenten en de grootte van de wetenschappelijke top belast met het geven van onderwijs.

De affiliatie heeft ten aanzien van deze discrepantie geen invloed kunnen uitoefenen.

De discrepantie tussen het aantal bedden per assistent in universitaire ziekenhuizen en niet-universitaire ziekenhuizen, alsmede het aantal wetenschappelijke medewerkers, neemt per jaar toe.

Het is de hoogste tijd dat de niet-universitaire ziekenhuizen faciliteiten krijgen voor het aanstellen van assistenten, dit vooral met het oog op het toenemend catastrofaal tekort aan specialisten dat in Nederland dreigt. Het valt niet moeilijk te voorspellen dat het onderzoek, door het Centraal College opge-

dragen aan het Ziekenhuis Instituut, op dit gebied een alarmerend beeld zal geven. Het is reeds bekend dat de noordelijke, oostelijke en zuidelijke provincies, niet alleen relatief, maar ook in absolute zin ontvolkt worden van specialisten. Maar ook het aantal specialisten voor de randstad Holland is belangrijk te klein. Demografisch onderzoek toont aan dat Nederland in specialistische dienstheid ver bij de omringende landen achterligt.

Een vérgaande integratie tussen de drie functies van de universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen is de enige mogelijkheid tot het oplossen van moeilijkheden, zowel van de universitaire als van de niet-universitaire ziekenhuizen.

Bij alle maatregelen, welke men wenst te nemen ten aanzien van de opleiding van de medici aan de universiteiten, dient het aandeel in deze opleiding van de niet-universitaire ziekenhuizen in de overwegingen te worden betrokken.

Het niet-universitaire ziekenhuis heeft als eerste de initiatieven ontwikkeld om paramedische krachten een toenemende verantwoordelijkheid te geven bij het behandelen van de patiënten, een ontwikkeling die men in de toekomst in versnelde mate moest stimuleren.

Wanneer de autoriteiten reeds tien tot vijftien jaar geleden de huidige ontwikkeling onder ogen hadden gezien, had ik deze voordracht niet behoeven te houden.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties

Drs. B. K. Bootsma te Utrecht promoveerde aan de Rijksuniversiteit van Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „R-R interval analysis at rest and during exercise in patients with atrial fibrillation and in healthy subjects.” Promotores waren: Prof. Dr. F. L. Meijler en Prof. Dr. J. Strackee.

Drs. T. Bottema te Amsterdam promoveerde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Experimentele gezwellen in het neusslijmvlies van de rat. Een histologisch onderzoek over het ontstaan en de groei van gezwellen, geïnduceerd door diaethylnitrosamine.” Promotor was Prof. Dr. R. Donner. Copromotor Prof. Dr. G. de Wit.

W. J. A. Goedhard promoveerde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Visco elastische eigenschappen van de arteriewand.” Promotor was Mr. W. F. de Gaay Fortman.

Drs. W. B. J. Jansen te Delft promoveerde aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Osteosynthese van fracturen van het bovenste sprong-

gewricht met functionele nabehandeling.” Promotor was Prof. Dr. W. J. H. Schmidt.

Drs. P. A. van Keep te Conches (Zwitserland) promoveerde aan de Rijksuniversiteit van Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Family planning in Mexico D.F.”. Promotor was Prof. Dr. A. A. Haspels.

A. W. Mulder promoveerde aan de Medische Faculteit van Rotterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De inspanningsproef en roeitraining.” Promotor was Prof. Dr. J. Gerbrandy.

B. H. Stolte te Vinkeveen promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Plethysmografie volgens de methode van Whitney.” Promotor was Prof. Dr. J. G. G. Borst.

K. E. W. P. Tan te Utrecht promoveerde aan de Rijksuniversiteit van Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Vision in the ultraviolet. De zichtbaarheid van ultraviolet licht.” Promotores waren: Prof. Dr. M. A. Bouman en Prof. Dr. J. ten Doesschate.

J. G. van den Tweel te Leiden promoveerde aan de Rijksuniversiteit van Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „The thymus in vitro. De thymus in weefselweek.” Promotor was Prof. Dr. A. de Minjer.

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 eerste 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.

De S.A.N.O. in het jaar 1971

Dat de letters S.A.N.O. betekenen: Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden mag bij de lezers bekend worden verondersteld. Slechts weinigen evenwel zullen op de hoogte zijn van de tot dusver door het werk van S.A.N.O. bereikte resultaten. Daarom lijkt het gewenst — ook al is 1971 nog niet ten einde — reeds een overzicht te geven van hetgeen in dit jaar is bereikt en tevens een blik vooruit te werpen teneinde ons af te vragen wat in het komende jaar kan worden verwacht.

In het jaar 1970 werden door het ministerie van Buitenlandse Zaken, directie Internationale Technische Ontwikkelingssamenwerking (DTH) tien artsen gesuppleerd (vier werden via DTH uitgezonden, zes via particuliere instanties), terwijl een negental artsen door S.A.N.O. zelf werd gesuppleerd. Volgens de thans bekend staande gegevens zullen er in het jaar 1971 dertig artsen naar de ontwikkelingslanden worden uitgezonden met een door DTH uitgekeerde suppletie. Tien van deze dertig artsen staan in dienst van de regeringen der betrokken ontwikkelingslanden, en zijn door bemiddeling van de Nederlandse regering i.c. DTH uitgezonden. De overige twintig artsen gaan uit door bemiddeling van particuliere instanties (missie en zending). Zij worden te werk gesteld bij particuliere ziekenhuizen in de ontwikkelingslanden. Zij ontvangen eveneens suppletie van de zijde van DTH omdat na onderzoek blijkt dat zij werken in ziekenhuizen, die door de regering van het betrokken land in het nationale gezondheidsplan zijn ingepast. Artsen die in aanmerking komen voor suppletie maar niet behoren tot de maximaal twintig die door DTH worden gesuppleerd, tracht S.A.N.O. zelf te suppleren. Dat lukt dank zij onder andere de giften ontvangen van artsen in Nederland.

Voor uitzending in het jaar 1972 zijn er op dit moment bijna dertig artsen op de lijst voor uitzending met suppletie door DTH ingeschreven. De verwachting bestaat dat een 10-tal artsen uit te zenden door het Particulier Initiatief (PI) ook voor suppletie door DTH in aanmerking zal komen. S.A.N.O. zelf wil in 1972 eveneens een aantal artsen suppleren. Naast de negentien in 1970, de dertig in 1971 en de te verwachten bijna veertig in 1972 met suppletie uit te zenden of uitgezonden artsen gaat er nog een aantal artsen naar ontwikkelingslanden die worden gehonoreerd door particuliere instanties zonder aanvullende suppletie. In een aantal van die gevallen is het voor deze instanties moeilijk om de betrokken collega's verantwoorde uitzendings- en salarisvoorwaarden aan te bieden. S.A.N.O. blijft ernaar streven in deze lacune te voorzien. De gehele groep van ruim honderd artsen betekent een corps medici, dat allen theoretisch en praktisch is opgeleid voor de taak als tropenarts.

Het blijkt dat de belangstelling onder de jonge

artsen voor het werken in de tropen, na de stagnatie van enkele jaren geleden, weer duidelijk toeneemt. Deze stagnatie ontstond nadat in 1967 het suppletiebeleid van de regering werd omgebogen. Zonder suppletie of bijdragen van Nederland uit is uitzending van artsen naar ontwikkelingslanden financieel niet verantwoord. Mede dank zij het werk van S.A.N.O. zijn er nu weer goede mogelijkheden een aantal jaren als medicus mee te helpen de sociaal-economische ontwikkeling van de „derde” of „andere” wereld te bevorderen (zie „Dr. H. Smits' Uitzending artsen naar ontwikkelingslanden” in Internationale Samenwerking 4e prg. no. 4, april 1971).

De gang van zaken in het afgelopen jaar overziend, geeft reden tot enige voldoening. Maar het aanbod van artsen voldoet nog lang niet aan de vraag van de ontwikkelingslanden. Wellicht dat door onze activiteit iets van die nood wordt gelenigd. De contacten met het ministerie en met de minister waren niet altijd direct bevredigend. Er bleken soms meningsverschillen die wel bijna altijd konden worden overbrugd. Vooral de bespoediging van de procedure stemt tot tevredenheid. In dit najaar is alles zover geregeld dat de suppletie die aan een aantal uitgezonden artsen was toegekend, door het ministerie via S.A.N.O. betaalbaar is gesteld. S.A.N.O. is bezig met spoed de betalingen te verrichten. Dit houdt in het uitbetalen van de verzekeringspremies voor betrokkenen en het afwikkelen van de overige financiële zaken.

Het S.A.N.O.-bestuur is dankbaar voor de financiële steun welke het ontvangt van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde. Hierdoor kon via het Koninklijk Instituut voor de Tropen een medewerker worden aangetrokken. Overigens is een woord van dank aan het Koninklijk Instituut voor de Tropen voor de verleende huisvesting en de gegeven hulp op zijn plaats. Tenslotte, maar niet in het minst, gaat onze dank uit naar een aantal Nederlandse artsen die ons door hun jaarlijkse bijdrage in staat stelt suppletie toe te kennen aan uit te zenden artsen, voor zover deze wel voldoen aan de voor suppletie gestelde eisen maar die deze suppletie niet op andere wijze verkrijgen.

De S.A.N.O. heeft in 1971, naar mag worden gesteld, haar waarde bewezen en het bestuur zal er naar streven met de verkregen ervaring in 1972 nog meer te voldoen aan de doelstelling: de verantwoorde uitzending van artsen naar ontwikkelingslanden te bevorderen.

G. Dekker, arts
secretaris/penningmeester S.A.N.O.

Convocatie ledenvergadering der L.A.D. op zaterdag 22 januari 1972

Convocatie voor de voortzetting van de ledenvergadering, welke een aanvang nam op zaterdag 27 november 1971, op zaterdag 22 januari 1972 te 10.00 uur in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, Jaarbeursplein te Utrecht.

Agenda met referte aan de nummering van de agenda voor 27 november 1971 (men zie Medisch Contact nr. 40/1971)

1. (1) Heropening van de vergadering.
2. (2) Appèl nominaal der afgevaardigden.
N.B. Aan de afgevaardigden wordt verzocht zich te melden door het plaatsen van de handtekening op de voor hen relevante, gereedliggende presentielijsten.

N.B. Aan belangstellende leden, niet zijnde afgevaardigden, wordt eveneens verzocht zich te melden door tekening op een gereedliggende presentielijst.
3. (3) Aanwijzing van een commissie van handelingen.*
4. (8b) Voortzetting van de discussie over het door het centraal bestuur te voeren beleid, mede in verband met de inleiding van de voorzitter (men zie: Medisch Contact nr. 48/1971).
5. a. (9a) Verslag van de commissie voor de geldmiddelen.
b. (9b) Begroting voor 1972 met toelichting van de penningmeester.
c. (9c) Vaststelling van de contributie voor 1972.
6. (10) Verkiezingen.**
Aan de beurt van aftreden zijn: H. Voorzanger, K. Visser, en Dr. C. K. J. Kaaijk, die ingevolge artikel 31 van het huishoudelijk reglement terstond herkiesbaar zijn. Het centraal bestuur stelt voor de collegae Voorzanger, Visser en Kaaijk te herkiezen.

* Aan degenen, die op 27 november 1971 bereidgevonden werden om zitting te nemen in de commissie van handelingen, is verzocht om op 22 januari 1972 eveneens als commissie van handelingen te functioneren.

** Opgemerkt wordt, dat geen tegenkandidaten zijn ingediend, zodat de verkiezing van Dr. C. K. J. Kaaijk, K. Visser en H. Voorzanger en de verkiezing van Dr. P. G. Vertin nog uitsluitend formele bekrachtiging van de ledenvergadering behoeven.

Tussentijds heeft per 27-11-1971 bedankt als bestuurslid collega Dr. B. van Dijk (officiële zittingsduur tot 1-1-1973). Voor de hierdoor ontstane vacature stelt het centraal bestuur kandidaat Dr. P. G. Vertin, bedrijfsarts.

Herinnerd wordt aan artikel 33 en artikel 34 van het H.R. luidende:

Artikel 33

Kandidaten voor deze vacatures kunnen aan de ledenvergadering worden voorgedragen door:

- a. het centraal bestuur, gehoord de relevante bundelingen van categorale groepen, genoemd in artikel 23;
- b. ten minste 25 leden der vereniging.

Artikel 34

De namen van de middels art. 33,b gestelde kandidaten moeten ten minste twee weken voor de datum der ledenvergadering, waarin de verkiezing zal plaatsvinden, schriftelijk bij het bureau der vereniging worden ingediend. Zij worden uiterlijk één week vóór deze datum door het bureau der vereniging ter kennis gebracht van de afgevaardigden.

7. (11) Rondvraag.

8. (12) Sluiting.

Nota's extra contributie 1972

Een dezer dagen zijn de nota's voor de risicoregeling ten behoeve van weduwen en wezen aan de leden van de Landelijke Specialisten Vereniging verzonden. Hierbij is helaas vergeten een gironummer te vermelden. Deelnemers aan de regeling die via hun girorekening aan de Algemene Bank Nederland te Amsterdam wensen te betalen kunnen dit doen op postrekeningnr. 5005 van de ABN, Amsterdam ten gunste van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten.

Met collegiale hoogachting,

G. Groenewoud,
penningmeester.

Opgave pensioengelden specialisten 1970

Onlangs werd door de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten aan alle in de administratie opgenomen specialisten een opgave verzonden van de op hun naam geboekte pensioengelden over het tijdvak 1 januari tot en met 31 december 1970. Deze gelden zijn door de ziekenfondsen en de specialistenbureaus aan het Pensioenfonds overgemaakt en zijn door de administratie geboekt.

Wij verzoeken dringend iedere specialist, die meent dat op zijn of haar naam over dit tijdvak pensioengelden zijn gereserveerd, doch die geen saldobiljet heeft ontvangen, uiterlijk binnen één maand na deze publikatie hiervan schriftelijk opgave te doen aan de accountants Klijnveld, Kraayenhof & Co., Maliebaan 22, Utrecht.

Utrecht, december 1971

Nijmegen en Omstreken

P.H.V. Nijmegen over abortus provocatus

Na goedkeuring door de ledenvergadering zond het bestuur der P.H.V.-Nijmegen een schrijven aan de Bijzondere Commissie tot voorbereiding van het voorstel van de heren Lamberts en Roethof - der Staten-Generaal. De tekst van dit schrijven, dat in afschrift werd verzonden naar de Vaste Commissie voor de volksgezondheid der Staten-Generaal, het Hoofdbestuur der K.N.M.G. en het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging, luidt als volgt:

De Plaatselijke Huisartsen Vereniging Nijmegen en Omstreken wil graag het volgende onder uw aandacht brengen:

ten eerste, dat wij, huisartsen, in het bijzonder worden geconfronteerd met de reële problemen van de zwangerschapsafbreking;

ten tweede, dat voor ons werkgebied het „Mildred-huis” in Arnhem in de praktijk een aanvaardbare mogelijkheid biedt voor die collega's, die hun patiënten hiervoor willen verwijzen;

ten derde, dat deze mogelijkheid hen niet mag worden ontnomen zolang er geen alternatieve oplossing is gevonden, waarbij tevens de begeleiding en opvang van de patiënte en de zorg voor een goede anti-conceptie in samenwerking met de huisarts is gewaarborgd.

De advertentie-exploitatie Medisch Contact is gevestigd:

*Uitgeversmij. Kruyt N.V.,
Groot Hertoginnelaan 28, Bussum,
telefoon 02159 - 1 62 41*

aan welk adres ook brieven op advertenties onder nummer gezonden moeten worden

Voordrachten

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

Emmeloord en Omstreken: R. Strikwerda, chirurg, onderwerp: „Acute laesies van het bewegingsapparaat.”

Friesland-Noord: Prof. Dr. A. Arends, onderwerp: „Relatie experimentele en menselijke glomerulonephritus.”

Friesland-Noord: W. G. J. Imhoff, onderwerp: „Wijkgezondheidszorg.”

Friesland-Oost: Prof. P. W. Boer, hoogleraar urologie, onderwerp: „Klein panorama van de urologie, plaatjes met een praatje.”

Groningen en Omstreken: Dr. J. L. de Jongste, arts, onderwerp: „Sportmedische begeleiding. Van trimmen tot Olympische Spelen in München.” Dr. H. J. Th. Thalen, arts, onderwerp: „De huidige stand van zaken in verband met de oprichting van een Medisch Sportcentrum in Groningen.”

Leiden en Omstreken: Prof. Dr. P. J. Donker, onderwerp: „De urethra.”

Nijmegen en Omstreken: Dr. R. E. Abraham, zenuwarts, onderwerp: „Gebruik van psychologische technieken in de, op artsen gerichte, geneesmiddelenreclame.”

Oostelijk Groningen: Grünberg (G.M.D.), de heer Rutgers (hoofdarbeidskundige G.M.D.), de heer Van Hees (revalidatie-arts), onderwerp: „De Arbeids Revalidatie Afdeling (ARA) te Winschoten.”

Walcheren: De heer R. Visser, directeur van het Zeeuws Consultatiebureau voor alcoholisme en drugs, onderwerp: „Drug-informatie.”

Westland: H. Fokkens, onderwerp: „Diarrhee bij kinderen.”

Zaanland: Prof. Dr. P. J. Donker, uroloog, onderwerp: „Enkele onderzoekingen over de functie en de pathologie van de urethra.”

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

DE ACTIE DER 200

Als antwoord op het bij monde van de hoofdredacteur van Medisch Contact gedane verwijt in M.C. nr. 46/1971, blz. 1195, onder de titel „Polarisatie”, bovendien te lezen in het ingezonden stuk van collega B. J. Kam uit Zwolle, namelijk het verwijt dat de „actie der 200” te laat zou zijn gekomen, dat althans de 200 niets van zich zouden hebben laten horen op de Algemene Vergadering van 30 oktober, moge het volgende dienen:

Het merendeel dezer collegae moet het wel voor onmogelijk hebben gehouden, dat „hun Maatschappij” in de zaak van de abortus provocatus een genuanceerd standpunt zou gaan innemen, gezien de tot voor kort bestaande hoge medische ethiek, waaraan zij vast willen houden en waaraan honderden artsengeneraties vastgehouden hebben. Het is voor hen onmogelijk om toe te geven aan een afglijdende moraal van een decadente intelligentia, die zich aandient onder het motto van een noodzakelijke, moderne discipline. En nu wordt door het Hoofdbestuur der K.N.M.G. en anderen deze behoudende artsen het verwijt naar het hoofd geslingerd, dat zij in hun vertrouwen in dat bestuur beschaamd zijn geworden!

Ons wordt verweten, dat wij erin trouwden, dat onze collegae niet de weg der misdaad zouden opgaan. Als klap op de vuurpijl schrijft collega

Kam uit Zwolle, dat wie niet meedoet aan de misdaad, als een deserteur moet worden beschouwd. Laatst hoorde ik iemand iets zeggen over „Het laatst der dagen”...

Zeist, 4 december 1971

J. C. C. Meyboom

LIEF ZIJN VOOR DE PSYCHOLOOG

Naar aanleiding van het stuk „De verhouding tussen huisarts en patiënt in deze tijd” van Drs. L. de Vries in dit blad¹, moge ik het volgende opmerken.

De lezer zal zich herinneren dat ik indertijd heb gereageerd op het (onder verantwoordelijkheid van De Vries uitgevoerde) onderzoek naar het beeld dat het publiek van de huisarts zou hebben². Ik heb in deze reactie ernstige kritiek geleverd op het rapport van De Vries³, omdat hij in zijn interpretatie „te lief is voor de dokter”, daarmee in feite de resultaten van het onderzoek vervalsend. Ik heb dat gedemonstreerd aan de hand van een zorgvuldige analyse van de in het betreffende rapport vermelde gegevens. Door de hoofdredactie van M.C. is De Vries toen in de gelegenheid gesteld om op mijn kritiek te reageren; hij heeft van deze gelegenheid echter geen gebruik willen maken.

Nu levert de heer De Vries een voordracht af over „de verhouding tussen huisarts en patiënt in deze tijd”, waarin hij mijn kritiek geheel onbesproken laat. Dat is tot daaraan toe, men kan dat primair zijn verantwoordelijkheid achten. Maar wat ik niet kan accepteren is, dat De Vries mij als een soort rancuneuze bemoeial wil afschilderen, zeggende dat mijn „hier en daar (sic) terechte kritiek duidelijk het doel voorbij schiet door de daar doorheen ge-

weven rancune”. En ik zou met name rancuneus zijn omdat ik „na jaren ook hard te hebben gestudeerd, het (blijk te) moet(en) doen met veel minder tegemoetkomend respect van het publiek”.

Dit is toch onzin meneer De Vries: U zult eerst eens mijn kritiek met argumenten moeten weerleggen, alvorens mij publiekelijk voor schut te zetten. Ik vind dat onfatsoenlijk, het getuigt mijns inziens van een merkwaardige mentaliteit. Meer zal ik daarover op deze plaats niet zeggen.

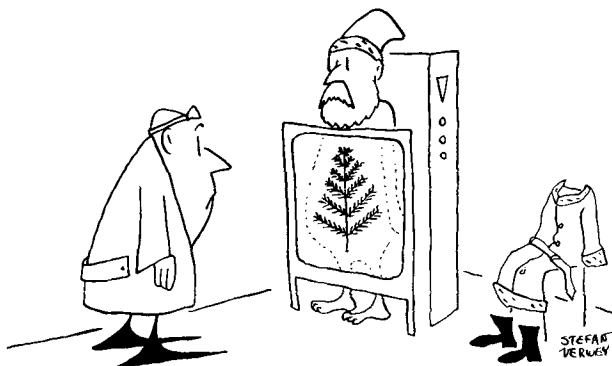
Leiden, 9 december 1971

C. W. Aakster,
rancuneus socioloog

Literatuur

1. L. de Vries. De verhouding tussen huisarts en patiënt in deze tijd. M.C. nr. 47/1971, blz. 1235.
2. L. de Vries. Huisarts en publiek. Een analyse van de relatie tussen de huisartsen en het publiek in Nederland. Uitgave van het Centraal Bureau der Landelijke Huisartsen Vereniging. Utrecht, april 1970 (tevens gepubliceerd in M.C. nr. 19/1970, blz. 479). Samenstelling rapport: Drs. L. de Vries, directeur Makrotest N.V.
3. C. W. Aakster. Lief zijn voor de dokter. Enkele opmerkingen bij het rapport „Huisarts en Publiek”. M.C. nr. 40/1970, blz. 1057.

Nadat de Gemeentelijke Universiteit te Amsterdam al was gekomen met een interdisciplinaire leergang milieu-beheer, overweegt ook de Leidse universiteit de oprichting van een soortgelijke cursus. De Leidse leergang zou zich moeten richten op milieu- en bevolkingsvraagstukken en zou bestemd zijn voor doctoraalstudenten in de natuurwetenschappen, de sociale wetenschappen en de geneeskunde. Het ligt in de bedoeling de cursus, waarvoor de titel „Man and environment” werd bedacht, een internationaal karakter te geven, met het Engels als voertaal. Gestreefd wordt naar samenwerking met buitenlandse universiteiten, speciaal met zusterinstellingen in de Verenigde Staten en in Zweden. De opzet van de cursus werd besproken op een onlangs gehouden internationale workshop, georganiseerd door de Commissie Buitenland van de universiteit van Leiden. Daar werd duidelijk, dat het er vooral om gaat milieubewuste academici te vormen. Men wil proberen het eng-interdisciplinaire model te laten voor wat het is en de sociale wetenschappen evenveel stem in het kapittel



te geven als de andere wetenschappen. Als gelijkwaardige programma-onderdelen zouden achtereenvolgens de onderwerpen „Man and biosphere”, „Man and technology”, „Man and disease” en „Man and man” moeten worden behandeld.



„Wanneer wij onze groepspraktijk zouden uitbreiden, zou ik liever een goed geschoolde barkeeper erbij willen hebben dan een extra huisarts”. Aldus Dr. H. Lamberts, P.v.d.A.-gemeenteraadslid van Rotterdam en een van de huisartsen van de groepspraktijk in Ommoord, blijkens persverslagen van de openbare commissievergadering Volksgezondheid van die gemeente. Dr. Lamberts zei te hebben gemerkt, dat naarmate de groepspraktijk beter gaat lopen de vooraanstaande rol van de huisarts verbleekt. Wethouder G. Z. de Vos en G.G. en G.D.-directeur Prof. Dr. L. Burema luisterden met open oren. De Vos sprak: „De kroegbaas en de waard zijn al duizenden jaren boeiende figuren geweest. Er zijn hele verhandelingen geschreven over hoe die optreden in een groep.” Ook professor Burema had wel oor naar het idee van inschakeling van een professionele luisteraar, maar dan liever in de figuur van Kootje (van het broodje).



De universiteit van Miami heeft een programma opgesteld om tegemoet te komen aan het tekort aan artsen in de Verenigde Staten. Dit tekort, dat op het ogenblik op 50.000 wordt geschat, kan worden opgeheven door het aantal studenten in de medicijnen te vergroten (een advies van de Carnegie Commission on Higher Education). De School of Medicine van de bovengenoemde universiteit tracht een oplossing op kortere termijn te vinden door de afgestudeerden in de biologie, natuurkunde en technische wetenschappen in een 18 tot 24 maanden durende opleiding „om te scholen” tot arts, waarbij men uitgaat van de mening dat deze groep door de gevolgde studie al een deel van de medische studie heeft volbracht en met de reeds behaalde graad niet of zeer moeilijk aan de slag kan komen, onder meer door bezuinigingen in het bedrijfsleven en het hoger onderwijs.



Bij beschikking van 15 november 1971 (gepubliceerd in de Nederlandse Staatscourant van 29 november 1971,

nr. 231) heeft de Staatssecretaris van Sociale Zaken de nieuwe pensioenregeling voor de maatschappelijke gezondheidszorg goedgekeurd, met ingang van 1 januari 1972. Na maanden van onzekerheid of het tot invoering zou komen, is het nu dus zover. Wat de nieuwe regeling inhoudt en voor wie zij geldt kan in het kort als volgt worden beantwoord. Het pensioen zal worden berekend naar (ongeveer) het laatste salaris en over alle dienstjaren in de maatschappelijke gezondheidszorg doorgebracht. Na ingang blijft het pensioen de loonontwikkeling volgen. Er is dus sprake van een zogenaamd welvaartsvast eindlooppensioen. Deze regeling geldt voor de drie groepen werknemers van instellingen voor maatschappelijke gezondheidszorg, die tot deelneming in het P.V.M. verplicht zijn, te weten de verpleegsters in de wijkverpleging en t.b.c.-bestrijding, de werknemers van consultatiebureaus voor t.b.c.-bestrijding en de kraamverzorgsters. Vrijwillige aansluiting voor andere werknemers uit deze sector is evenwel ook mogelijk.



Als direct gevolg van het congres „Criteria voor Milieubeheer”, vorig jaar belegd in het kader van het Europese jaar voor het behoud van de natuur, is begin december 1971 aan de Gemeentelijke Universiteit te Amsterdam een cursus milieubeheer gestart. Aan de faculteiten is gevraagd milieubeheer als doctoraal bijvak te erkennen; bijna alle faculteiten leveren docenten voor de nu begonnen opleiding. Het animo van de studenten voor de nieuwe bijvakstudie is groot; nu al zit men vol. Zo vol dat één programmapunt, de werkweek, anders zal moeten worden geregeld dan voorzien. De 130 studenten en toehoorders, van wie ook een aantal afkomstig van andere universiteiten met name de V.U., nemen tot Kerstmis deel aan hoor- en discussiecolleges over de aard van het milieu en volgen in maart colleges over milieubeheersingstechnieken. In april maakt een deel der cursisten een werkweek mee over het gebied rond het Noordzeekanaal; voor een ander deel zal de Vrije Universiteit waarschijnlijk een werkweek over het groene hart van de Randstad organiseren. Eind volgend jaar wordt de opleiding afgesloten met een schriftelijk tentamen. Per faculteit mogen extra eisen met betrekking tot de stof of de verwerking daarvan worden ingebracht. Het is de bedoeling de cursus, die pertinent geen opleiding voor milieuspecialisten maar veeleer een inleiding

in de milieuproblematiek wil zijn, ieder jaar te herhalen. Een gunstig bijeffect is, dat een nauwer contact tot stand is gebracht tussen de wetenschapsbeoefenaren die op diverse vakgebieden onderzoek naar het milieubeheer verrichten, hetgeen in een blijvende samenwerking tussen de verschillende faculteiten zou kunnen resulteren.



Naar de Ziekenfondsraad mededeelt hebben het ministerie van Sociale Zaken en het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne met betrekking tot de ziekenfondsverzekering voor het jaar 1972 het volgende bepaald: De loongrens voor de verplichte ziekenfondsverzekering wordt voor het jaar 1972 vastgesteld op f 18.800,—. Het zogenaamde maximumdagloon waarover premie wordt geheven wordt vastgesteld op f 61,— per dag. Het premiepercentage voor de verplichte ziekenfondsverzekering is voor het jaar 1972 vastgesteld op 8,2. De voor de bejaardenverzekering te heffen premiebedragen zullen 15 procent hoger liggen dan voor het jaar 1971 geheven bedragen. De bodempremie, welke zal gelden voor de premiereductieregeling vrijwillige verzekering voor het jaar 1972 zal 15 procent hoger liggen dan de voor het jaar 1971 geldende bodempremie. Dit houdt in dat deze bodempremie zal bedragen f 37,45 per maand of f 8,60 per week. Nog geen beslissing is genomen over de vraag, of de voor de landelijke reductieregeling geldende inkomensgrens van f 10.850,— zal worden opgetrokken. Voor het jaar 1972 zullen geen gelden worden uitgetrokken voor het verlenen van reducties door de ziekenfondsen krachtens de bijzondere reductieregelingen.



De vaste Commissie voor Wetenschapsbeleid en Wetenschappelijk Onderwijs, welke belast is met de voorbereiding van de behandeling van de Nota inzake de verbetering van de planning van het postsecundaire onderwijs in Nederland heeft besloten haar onderzoek te beginnen met een openbare hoorzitting. Deze hoorzitting zal worden gehouden op woensdag 19 januari aanstaande in het gebouw van de Tweede Kamer. De Commissie nodigt alle organisaties en instellingen, die gehoord wensen te worden uit om zich vóór 7 januari 1972 aan te melden bij haar griffier, mejuffrouw mr. M. Poelhekke, Binnenhof 1A, te Den Haag. Ter bevordering van de doel-

matige voorlichting tijdens de hoorzitting zelf, dient de aanmelding vergezeld te gaan van een schriftelijke uiteenzetting inzake de te geven inlichtingen. Het door de Commissie aan de hand van het aantal aanmeldingen op te maken tijdschema zal tijdig worden rondgezonden. Behoudens uitdrukkelijk tegenbericht, zal de Commissie aannemen dat de toegezonden schriftelijke uiteenzettingen in afschrift aan de pers ter beschikking kunnen worden gesteld.



Het Internationaal Bureau voor Kankeronderzoek (I.A.R.C.) in Lyon, Frankrijk, heeft voor het volgende jaar een aantal studiebeurzen ter beschikking gesteld ten behoeve van jonge wetenschapsmensen die in laboratorium- en klinisch kankeronderzoek willen worden opgeleid. In het bijzonder worden aanvragen voor opleidingen in epidemiologie, biostatistiek en milieubiologie met belangstelling tegemoet gezien. Gegadigden dienen reeds in research van medische of aanverwante wetenschappen werkzaam te zijn. De studiebeurzen zijn geldig voor één jaar. Een goede kennis van de taal — in woord en geschrift — van het land waar de beurs op van toepassing is, is noodzakelijk. Formulieren en/of meer gedetailleerde inlichtingen kunnen worden aangevraagd bij: The Chief of the Research Training and Liaison Unit, International Agency for Research on Cancer, 16, avenue Maréchal-Foch, 69-Lyon (6e), France. Inge vulde formulieren voor verzoeken om een studiebeurs dienen het I.A.R.C. niet later dan 29 februari 1972 te bereiken.



Het Centre International de l'Enfance te Parijs, een internationaal centrum voor het kind, stelt volgend jaar wederom een studiebeurs ter beschikking, met name voor de van 24 april tot 2 juli 1972 in de Franse hoofdstad te houden cursus sociale kindergeneeskunde. De cursus staat uitsluitend open voor kinderartsen en andere artsen werkzaam bij het universitair onderwijs of bij diensten ter bescherming van jeugd, moederschap en kind. Een gedegen kennis van het Frans is noodzakelijk. Gegadigden die inlichtingen wensen te ontvangen dan wel voor de beurs in aanmerking wensen te komen, dienen zich vóór eind december te wenden tot het directoraat-generaal voor Internationale Zaken, hoofdafdeling Internationale Volksgezondheidszaken, Zeestraat 73, Den Haag.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

Bestuur: Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice-voorzitter; Dr. J. A. Stoop, J. M. Kemperstraat 5, Utrecht, secretaris; G. A. C. Bosch, Amsterdam, penningmeester; J. H. van Meurs, Beverwijk.

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

Uitgever: Uitgeverij. Kruij N.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-16241* 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 opgaaf van redenen worden geweigerd.

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 50,—, plus f 2,— BTW = f 52,—, buitenland f 55,—, losse nummers f 1,56 (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. Kruij N.V., Bussum.

Oplage: 16.990 exemplaren.

Druk: Verweij Mijdreont.

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 16.30 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411:

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

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfonds Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021