



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

SPELREGELS

Een van de kenmerken van deze tijd is wellicht de toenemende complexiteit van onze samenleving. Door de snelle ontwikkeling van wetenschap en techniek en de daaruit voortvloeiende differentiatie en specialisatie is een vergaande organisatie binnen de samenleving noodzakelijk geworden. Wil deze organisatie

voldoen aan haar doel, namelijk het scheppen van die voorwaarden waardoor een optimale ontplooiing van het individu mogelijk is, dan is een goede samenwerking tussen de leden van die samenleving noodzakelijk. Samenwerking evenwel in die zin is alleen mogelijk wanneer wij bereid zijn elkaar en een aantal spelregels te aanvaarden. Dit geldt voor alle terreinen van onze samenleving en natuurlijk ook voor het veld van de gezondheidszorg.

Een van de spelregels binnen de gezondheidszorg betreft de hantering van het beroepsgeheim. In M.C. nrs. 2, 3 en 4/1970 is een uitvoerige analyse gegeven van het beroepsgeheim, gericht op automatische verwerking van geneeskundige gegevens. In dit artikel wordt onder meer gesteld, dat er rondom arts en patiënt een kring is van personen, die óf het geheim mede leert kennen of in het kader van zijn beroepsuitoefening dient te beschikken over gegevens, voortgekomen uit de arts-patiënt relatie.

Indien wij dit betrekken op het ziekenfondswezen, dan is het duidelijk, dat ieder ziekenfonds gebruik dient te maken van een controlerend geneesheer en/of een medisch adviseur. Vele verstrekkingen handelen over verrichtingen die door de arts zijn uitgevoerd in het belang van de patiënt. De behandelend arts zal dan ook alle noodzakelijke inlichtingen verstrekken aan de controlerend geneesheer van het ziekenfonds, hij vraagt immers een verstrekking aan voor zijn patiënt. Het is dan ook alleen de controlerend arts die kan worden gevraagd, te beoordelen of een bepaalde verrichting wel of niet binnen het verstrekkingenpakket van de

25e JAARGANG - No. 50 - 11 DECEMBER 1970

INHOUD

Spelregels	1345
Universitaire berichten	1346
Het Comité Permanent vergaderde te Brussel	1347
Geen paniek om artsdiploma's	1349
Welvaart en gezondheid	1350
Beleidsvoornemens van staatssecretaris Kruisinga ten aanzien van de geestelijke volksgezondheid	1351
Advies van Centrale Raad voor de Volksgezondheid over gewenste voorzieningen geestelijke gezondheidszorg	1353
Memorie van antwoord Wet Ambulancevervoer	1354
De praktische toepassing van de wettelijke bepalingen betreffende crematie	1356
S5 als conflict	1359
Hogere eisen voor toelating tot vroedvrouwexamens	1362
De ontmythologisering van de medicus en de rol van de Maatschappij Geneeskunst Internationaal Perspectief	1363
Van de OLMA:	
Eerste lustrum van de eigen levensverzekeringmaatschappij voor Artsen	1367
Brieven aan de redactie	1369
Varia	1371

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

Colofon op bladzijde 1372.

ziekenfondsen valt. De behandelend arts zal ook alleen inlichtingen kunnen geven, indien hij verzekerd is van de handhaving van het beroepsgeheim, ook binnen het ziekenfondswezen.

Met stijgende verwondering lazen wij dan ook een schrijven, ondertekend door een ziekenfonds functionaris niet-medicus en gericht aan een verzekerde, waarin deze werd medegedeeld dat een verzoek voor verpleging en behandeling in een ziekenhuis terzake van een *abortus provocatus lege artis* werd afgewezen. In deze brief werd verder medegedeeld, dat de indicatiestelling het beëindigen van een ongewenste zwangerschap betreft. De brief gaat dan verder:

„overwegende:

„— dat de specialistische hulp die krachtens de Ziekenfondswet aan ziekenfondsverzekerden mag worden verstrekt, naar zijn omvang bepaald is door hetgeen in de kring van beroepsgenoten gebruikelijk is;

„— dat de *abortus provocatus* ter fine van het beëindigen van een ongewenste zwangerschap vooralsnog in de kring van de betreffende beroepsgenoten niet gebruikelijk is;

„— dat de onderhavige hulpverlening bovendien geen verstrekking kan zijn, omdat zij strijdig is met de wet, i.c. met de desbetreffende bepalingen van Titel XIX Wetboek van Strafrecht,

„luidt onze beslissing dat de onderhavige aanvraag moet worden afgewezen.”

Tenslotte wordt in de brief de weg gewezen waarlangs beroep op deze beslissing mogelijk is. Tot zover dit schrijven.

Wanneer de organisatie — of wellicht beter de desorganisatie — binnen een ziekenfonds zodanig kan zijn, dat zuiver medische gegevens van een patiënt door niet-medici worden gehanteerd, dan wordt de samenwerking tussen behandelende artsen en ziekenfondsen wel uitermate discutabel. Natuurlijk kan bij de directie of het bestuur van een ziekenfonds de vraag rijzen, of een *abortus provocatus lege artis* een ziekenfondsverstrekking is. Dit geldt ook voor vele andere verstrekkingen. De spelregels geven duidelijk aan op welke wijze dan dient te worden gehandeld, onder handhaving van het beroepsgeheim.

B.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

J. Th. M. Burghouts promoveerde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „The influence of an RNA tumor virus infection on poly ribosome profiles. A study in vivo and in vitro”. Promotor was Prof. Dr. H. Bloemendal.

K. G. Go te Groningen promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Studies over hersenoedeem”. Promotor was Prof. Dr. J. W. F. Beks. Co-referent Dr. M. G. Woldring.

H. B. Schreuder promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Glucosetolerantie, vetmobilisatie en insulinesecretie”. Promotor was Prof. Dr. P. Formijne.

C. Walig te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De resultaten van de tuberculosebestrijding bij de Koninklijke Land- en Luchtmacht; i.h.b. de betekenis van de reactie van Mantoux”. Promotor was Prof. Dr. A. Charlotte Ruys.

Benoemingen:

Dr. A. J. C. Huffstadt is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de plastische chirurgie.

Dr. M. J. Kingma is benoemd tot gewoon hoogleeraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de orthopedie.

Dr. L. Penning is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de radiologie, in het bijzonder in de leer der neuro-radiologie.

Dr. L. M. van Putten is benoemd tot bijzonder hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden om onderwijs te geven in de toegepaste radiobiologie.

Dr. A. W. van Voorthuisen is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden om onderwijs te geven in de radiologie met een bijzondere opdracht in de radiodiagnostiek.

Het Comité Permanent vergaderde te Brussel

Een groot deel van de vrijdag 27 en zaterdag 28 november i.l. te Brussel gehouden plenaire zitting van het Comité Permanent — het Permanent Comité der Artsen der Europese Economische Gemeenschap — is gewijd geweest aan langdurige gedachtenwisseling over de vestiging van presidium en secretariaat-generaal in Italië met ingang van 1971. De Italianen hadden daarop aanspraak gemaakt en in een vorige plenaire zitting was tot overplaatsing reeds besloten, zodat Italië na Frankrijk, Nederland, Duitsland en België dan de vijfde zou zijn in de rij van de zes landen. Maar nu de tijd van overplaatsing dan aanbreekt bleken de Italianen enige afstand te nemen van hun aanbod en zij grondten hun reserve op financiële moeilijkheden, verwijzende naar de stevige toeneming van de kosten van presidium en secretariaat-generaal tijdens de vestiging daarvan in België. Die toenemende kosten zijn in de in mei in Luxemburg gehouden plenaire zitting als een punt van ernstige bedenking geweest, vooral van Duitse en Nederlandse kant. Men vroeg daar toen een inventarisatie van taken, een efficiëntere werkwijze, o.a. geografisch centraal gelegen plaatsen voor samenkomsten van de commissies van het C.P. Kortom, men wilde een begroting om tegenover de organisaties in eigen land duidelijk te kunnen toelichten welke kosten met het lidmaatschap van het C.P. zijn verbonden. Een aanvaardbare overschrijding van een begroting zou dan altijd nog zijn te motiveren.

Die bedenkingen hebben er toe geleid dat de delegatieleiders te Oslo bijeen zouden komen — hetgeen onlangs het geval is geweest — om een werkplan voor het C.P. en de financiële consequenties daarvan op te stellen. In Oslo is in een incomplete bijeenkomst van deze delegatieleiders niets tot stand gekomen en een overhaaste poging om aan de vooravond van de nu in Brussel gehouden plenaire zitting nog een raamplan op te stellen is eveneens op een mislukking uitgelopen. Vandaar dat men in feite over deze zaak geen discussiestuk ter tafel had en de gedachtenwisselingen uren lang ongebreideld voortgingen.

Een aspect bij deze zaak is dat België voor het beheer van presidium en secretariaat-generaal steeds een zeer stevige regeringssubsidie heeft ontvangen, een steun, waarvan de landen, die tot nu toe dit beheer hebben gehad, afkerig zijn. Zij menen — ook omwille van behoud van onafhankelijkheid — dat dit beheer, waarvoor alle landen in de basis-kosten bijdragen, nu eenmaal een extra inspanning, ook financieel, vraagt van het land, dat presidium en secretariaat-generaal toevertrouwd heeft gekregen; die inspanningen hebben Frankrijk, Duitsland en Nederland zich ook getroost. Niet ondenkbaar is dat de financiële bijdrage van de Belgische regering er mede toe kan hebben geleid dat de

kosten van het C.P.-beleid tijdens de vestiging bij de zuiderburen zo enorm zijn gestegen; die lopen naar de honderdduizend gulden.

De Italiaanse delegatie, die op deze plenaire zitting praktisch was gereduceerd tot haar jurist Mr. Accardi, vroeg bij herhaling eerst zekerheid dat de bijdragen van de landen in de basiskosten van het beheer van het C.P. zouden worden bepaald pro rato van het aantal in de landen ingeschreven artsen en niet pro rato het aantal bij de representatieve artsenorganisatie, deelnemend aan het C.P., als leden geboekte medici. De goede verstaander begreep dat tussen deze twee normen vooral in België een niet onbeduidend verschil kan liggen. Werd Mr. Accardi, de manoeuvre met zijn restrictie ten spijt, toch in het nauw gedreven, dan poogde hij een andere uitweg te vinden en zinspeelde op de vestiging van het presidium in Italië en van het secretariaat-generaal in België. In de wandelgangen was al bekend dat een dergelijke suggestie wellicht ter tafel zou komen en dat België niet onbereid zou zijn de administratieve zaken voort te zetten, waarbij dan niet uitgesloten te achten zou zijn dat België daarin aanleiding zou kunnen vinden bij de regering op voortzetting van de subsidiëring aan te dringen. Evenwel, vooral van Duitse en Nederlandse kant werd een dergelijke splitsing van presidium en secretariaat-generaal resoluut van de hand gewezen en van die kant ook werd er bij herhaling op aangedrongen dat Italië een duidelijk antwoord zou geven op de vraag of het bereid en in staat was presidium en secretariaat-generaal op zich te nemen. Mr. Accardi kwam tenslotte in een positie te verkeren waarin verdere ontwijken, met hoeveel hoffelijkheid en virtuositeit ook bedreven, niet meer mochten baten en gaf zich tenslotte gewonnen met de uitspraak: „U bent volgend jaar welkom in Rome!”

Overigens heeft deze wijdlopijge discussie dan bij herhaling het accent gelegd op de noodzaak van doelmatiger werkwijze van het C.P. Van de zijde van Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen werd aangedrongen op de vorming van een Comité d'étude, een klein college, waarvan de instelling eens te meer zin heeft nu de richtlijnen voor de uitwisseling van artsen op weg zijn naar de ministerraad van de E.E.G. en een grondige studiebegeleiding van de representatieve artsenorganisaties van de zes landen bij verdere ontwikkeling van de inmiddels verkregen stand van zaken meer nut kan afwerpen. De in deze plenaire zitting van enkele kanten opgeworpen vraag, of — nu de richtlijnen met advies van het Europese Parlement naar de ministerraad van de E.E.G. zijn doorgezonden — het C.P. zichzelf zou hebben overleefd zou ontkennend kunnen worden beantwoord indien men er naar streefde uit dit C.P. nu een doelmatiger werkzaam Comité d'étude te

laten resulteren, eventueel met behoud van het C.P. als zodanig, dat dat in zijn plenaire zittingen goede discussiestukken van een dergelijk comité zou kunnen krijgen voorgelegd. Zo'n comité zou ook een functie kunnen worden toegedacht van permanent overlegorgaan voor de regeringen. Dr. Van Nieuwenhuizen heeft schrijver dezes toegezegd zijn bedoelingen met de instelling van een Comité d'étude in een beschouwing van zijn hand in M.C. te zullen uiteenzetten. Daarnaar moge dan verder worden verwezen.

Wat de richtlijnen betreft bleek er duidelijke teleurstelling te bestaan over het advies, dat het Europese Parlement daarover aan de ministerraad van de E.E.G. heeft uitgebracht, afgezien van de teleurstelling, reeds eerder (in Luxemburg) uitgesproken over de inhoud van die richtlijnen, waarbij aan tal van wensen en vermaningen van het Comité Permanent is voorbijgegaan. Het advies van het Europese Parlement aan de ministerraad van de E.E.G. (M.C. no. 37/1970 blz. 974) over deze richtlijnen (M.C. no. 28, 29 en 30/1969, resp. bladz. 791, 815 en 835) houdt evenmin rekening met door het C.P. geformuleerde voorstellen. Dat is tot uitdrukking gebracht in een in deze plenaire zitting door alle delegaties aanvaarde motie, waarin deze teleurstelling wordt uitgesproken in de enigermate scherpe formulering, dat het Europese Parlement in zijn advies in feite de werkelijke belangen van de volksgezondheid negeert. Ook wordt in deze motie gezegd dat dit advies de inspanningen ongedaan dreigt te maken van de artsen der zes landen van de E.E.G., welke tot een nu reeds sedert jaren bestaand eensgezind standpunt hebben geleid betreffende de noodzaak van een specifieke opleiding voor huisartsen; waarbij er dan op wordt gewezen dat landen buiten de E.E.G., zoals bijvoorbeeld Oostenrijk, reeds uitstekende resultaten met een dergelijke opleiding hebben bereikt. De nadruk wordt er in deze motie op gelegd dat de verklaring van het Europese Parlement elke ontwikkeling verlamt van de evolutie van de huisartsgeneeskunde, strekkende tot een werkelijke bevrediging van de essentiële behoeften van de bevolking om te kunnen beschikken over een steeds betere en aan de vooruitgang aangepaste verzorging.

Voor goed begrip moge er aan worden herinnerd dat het Europese Parlement zich in zijn advies aan de ministerraad wel bezorgd heeft getoond over de moeilijke positie van de huisarts in heden en toekomst, maar daarbij stelde dat deze moeilijke positie niet kan worden verholpen door een aanvullende speciale opleiding of door een na de studie te volbrengen stage in een ziekenhuis, doch alleen door hervorming van de opleiding en bijscholing.

Wat de huisartsgeneeskunde betreft was er ook teleurstelling, zo niet verontwaardiging te beluisteren over een uitspraak van het college van rectoren van Duitse universiteiten, die, zoals Prof. Fromm het hier formuleerde, het C.P. eigenlijk kwalijk heeft genomen dat het zich — als artsorganisatie — met de totstandkoming van richtlijnen meent in



te kunnen laten. Die uitspraak was volgens Prof. Fromm ingegeven door de wens tot behoud van de autonomie bij de universiteiten in zijn land en in wezen van weinig waarde, omdat deze rectoren van de universiteiten rectoren zijn van ook andere dan de medische faculteiten.

Het essentiële van deze te Brussel gehouden plenaire zitting van het C.P. lijkt met het vorenstaande wel in zeer grote lijnen te zijn gereleveerd. Er zijn nog enkele commissieverslagen uitgebracht, maar men zou kunnen zeggen dat deze zitting nog eens duidelijk heeft aangetoond dat men tot een doelmatiger werkwijze zal moeten komen en dat herstructurering en meer in het bijzonder de vorming van een Comité d'étude spoedige en ernstige overweging verdient. Daarbij is, wat de financiële aspecten aangaat, dan ook alle aandacht te schenken aan hetgeen de Nederlandse delegatieleider C. Landheer met klem naar voren heeft gebracht: dat het bij efficiënt beleid en duidelijke vaststelling van de normen, volgens welke elk land in de basiskosten van het C.P. bijdraagt, ook mogelijk moet zijn dat Luxemburg met zijn klein aantal artsen (253) presidium en secretariaat-generaal kan gaan waarnemen; dat is een gelijkheid, die in een harmonieus samengaan van de artsenorganisaties der zes landen passend geacht kan worden, zo niet vereist is.

Van verscheidene kanten heeft men de Belgen dank en waardering betuigd voor de wijze, waarop zij enkele jaren in presidium en secretariaat-generaal de belangen van het C.P. hebben gediend en voor de gulle gastvrijheid, waarmee zij de deelnemers aan de plenaire zittingen hebben omringd.

v.M.

Geen paniek om artsdiploma's

Door Mr. W. B. van der Mijn, secretaris-jurist der K.N.M.G.

I Met zijn artikel „Artsdiploma's, voldoen sedert 1 september 1968 niet geheel aan wettelijke vereisten" in Medisch Contact 1970/45 heeft Dr. Mr. Dr. W. Schuurmans Stekhoven voor enige onrust gezorgd. Hij heeft de twijfel geuit of degenen, die sedertdien hun artsexamen hebben afgelegd, wel de hoedanigheid van arts en de bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunst hebben verkregen. Is deze twijfel terecht?

II Bij Koninklijk Besluit van 8 oktober 1968 tot wijziging van het academisch statuut is een nieuwe examenregeling voor de studierichting der geneeskunst ingevoerd en wel met terugwerkende kracht tot 1 september 1968. Deze nieuwe examenregeling vervangt, zoals bekend, het semi-artsexamen door een assistent-artsexamen, omvattende het onderzoek van de kennis en de vaardigheden, noodzakelijk voor het uitoefenen van de geneeskunst (art. 27, lid 1.). Het artsexamen nieuwe stijl omvat het onderzoek van de bekwaamheid en de geschiktheid tot het zelfstandig uitoefenen van de geneeskunst (art. 28). Meer bepaalt het academisch statuut omtrent beide examens niet.

De aandacht zij overigens gevestigd op het woord „zelfstandig" in artikel 28. Het is de bedoeling dat de assistent-arts tijdens zijn opleiding tot arts wordt voorbereid op — zoals de Nota van Toelichting zegt — het dragen van de volle verantwoordelijkheid die op de arts rust. Het is ook de bedoeling dat deze voorbereiding zal geschieden onder supervisie of binnen een bepaald kader. Hoe een en ander in de praktijk zal dienen te verlopen, is nog onderwerp van beraad. De verwachting bestaat dat in de loop van volgend jaar voor de eerste maal het assistent-artsexamen nieuwe stijl en een jaar later het artsexamen nieuwe stijl zal worden afgenomen.

III Uit het voorgaande blijkt reeds dat de nieuwe examenregeling weliswaar van kracht is geworden met ingang van 1 september 1968, maar slechts betrekking had en kon hebben op examens welke op basis van een nieuw — nog uit te werken — curriculum zouden worden afgelegd. Degenen, die al in opleiding waren op basis van het oude curriculum, zouden het semi-artsexamen en het artsexamen oude stijl afleggen. Deze logische gang van zaken zou geen discussie hebben losgemaakt indien de nieuwe examenregeling een overgangsbepaling zou hebben bevat, welke ongeveer als volgt zou kunnen luiden:

„Zij die vóór de inwerkingtreding van het besluit reeds met de studie in de geneeskunde waren begonnen, kunnen tot een nader te bepalen datum

examens afleggen op de voet van de bepalingen van het academisch statuut, zoals die luiden vóór genoemde inwerkingtreding."

Een bepaling van deze aard is niet ongebruikelijk. Echter, bij dit K.B. komt deze overgangsbepaling niet voor, zoals Dr. Schuurmans Stekhoven terecht heeft opgemerkt. Hij verbindt daaraan echter de conclusie dat de hoedanigheid van de arts en de bevoegdheid om de geneeskunst uit te oefenen daardoor op losse schroeven zijn komen te staan. Deze conclusie kan naar mijn mening op goede gronden worden bestreden.

IV Verschillende argumenten kan men naar voren brengen voor de opvatting dat in dit geval een overgangsregeling niet noodzakelijk was.

- a In de eerste plaats kan men stellen dat het vanzelfsprekend is dat een nieuwe opleiding- en examenregeling niet geldt voor degenen die reeds in opleiding zijn, tenzij uitdrukkelijk anders wordt bepaald. Dit argument acht ik wel valide, maar het neemt niet weg dat men in de regel en om twijfel uit te sluiten, wel een overgangsbepaling pleegt op te nemen. Het academisch statuut kent daarvan zelf de voorbeelden.
- b In de tweede plaats kan men als argument aanvoeren dat de thans in artikel 28 gebruikte formulering: „het onderzoek van de bekwaamheid en de geschiktheid tot het zelfstandig uitoefenen van de geneeskunst" toch zeker ook van toepassing is op de artsexamens oude stijl, zodat er helemaal geen behoefte bestaat aan een bepaling, waarin tot uitdrukking zou komen dat dit niet geldt voor het artsexamen oude stijl. Dit argument spreekt mij echter niet aan. Vóór 1968 bepaalde het academisch statuut dat het artsexamen een aantal genoemde vakken omvatte en het bepaalde niets omtrent de bekwaamheid en de geschiktheid tot het zelfstandig uitoefenen van de geneeskunst. Het onderzoek naar die bekwaamheid en geschiktheid, juist met het oog op de zelfstandigheid, zal in beginsel meer kunnen omvatten dan een onderzoek naar de kennis van de genoemde vakken. Het kan daardoor een zwaardere examen zijn dan voorheen. Het zal in elk geval door de gedifferentieerde opleiding in het zevende jaar een ander examen zijn of kunnen zijn.
- c In de derde plaats kan men aanvoeren dat de nieuwe examenregeling vrijwel alles overlaat aan de verschillende medische faculteiten, zowel wat het curriculum als wat de inhoud van het examen betreft. Men kan dan ook niet volstaan met een simpele overgangsbepaling zoals

sub III werd geformuleerd, maar men zal op zijn minst de woorden „tot een nader te bepalen datum” moeten vervangen door de woorden „tot een nader door elke faculteit afzonderlijk te bepalen datum”. Een dergelijk weinig zeggende en weinig houvast biedende overgangsbepaling wordt echter in departementale kringen niet noodzakelijk geacht. Voor dit standpunt heb ik begrip.

V De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat een overgangsbepaling wel aanbeveling zou hebben verdiend, althans elegant zou zijn geweest, maar in juridische zin niet onmisbaar is. Wij kunnen Dr. Schuurmans Stekhoven erkentelijk zijn dat hij de aandacht op dit punt heeft gevestigd. Het kan voor juristen een extra prikkel zijn om bij de voorbereiding van wettelijke maatregelen zo zorgvuldig mo-

gelijk te werk te gaan. Er is echter geen reden om bij de Departementen van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van Onderwijs en Wetenschappen aan te dringen alsnog een overgangsregeling op te nemen.

Er is ook geen reden voor paniek. Degenen die sedert 1 september 1968 hun artsexamen hebben afgelegd, behoeven niet bevreesd te zijn dat aan hun hoedanigheid van arts en aan hun bevoegdheid om de geneeskunst uit te oefenen werkelijk zal worden getwijfeld. Niemand, overheid of welke instantie ook, zal de geldigheid van de artsdiploma's betwisten. Met deze zekerheid zullen de sedert 1 september 1968 afgestudeerde artsen gebruik kunnen maken van hun bevoegdheid de geneeskunst uit te oefenen.

Utrecht, 26 november 1970

Welvaart en gezondheid

In het navolgende enige fragmenten uit een rede, uitgesproken door Drs. H. A. M. Elsen, hoofd van de directie Gezondheidszorg van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, op de algemene ledenvergadering van de Katholieke Unie van Verpleegkundigen en Verzorgenden te Utrecht.

„Het bereiken van welvaart en gezondheid staat voorop en heeft altijd voorop gestaan bij de streven van de mens. Is er evenwicht in dat streven, evenwicht bij ons individueel, evenwicht in deze maatschappij? Zijn wij welvarend genoeg om gezond te kunnen zijn? Ik geloof van wel, vandaag in Nederland. Zijn wij gezond genoeg om onze welvaart te kunnen vergroten? Ook dat is het geval.

„Gunnen auto, bromfiets, lift, telefoon, radio, televisie en wasmachine ons tijd voor lichaamsbeweging? Het aantal zittende beroepen neemt toe en er wordt te weinig gedaan om de nadelen daarvan te compenseren. Wij roken te veel. Tussen 1958 en 1968 is het gebruik van sigaretten met ongeveer 25% per hoofd van de bevolking toegenomen. De welvaart stelt ons daartoe in staat en veroorzaakt thans in ons land meer dan tienduizend sterfgevallen aan longkanker en hartziekten. Wij drinken te veel. Vorig jaar voor 3½ miljard gulden. Dat is drie-maal zoveel als in 1960. Het aantal verslaafden neemt toe, evenals het leed veroorzaakt door verkeersongevallen na gebruik van alcohol. Wij eten verkeerd. Wij jachten teveel, wij rijden te hard. De helft van alle sterfgevallen in Europa in de leeftijd van 15 tot 24 jaar wordt veroorzaakt door het verkeer. Kortom, we willen meer vruchten plukken van de boom des levens dan een wankel ladder en broze takken ons toestaan te bereiken. Er is geen evenwicht, geen harmonie. Welvaart en gezondheid dreigen elkaars vijanden te worden.

„Maar niet alleen het gebruik van de welvaart bedreigt onze gezondheid. Ook de productieprocessen zelf gaan ons overwoekeren. Ook hier een verstoring van het evenwicht. Het nationaal inkomen neemt toe, maar de drinkbaarheid van het water neemt af. Het aantal auto's groeit, maar de koolmonoxyde evenzeer. De beschikbaarheid over schaarse goederen neemt toe, het bezit van vrije goederen als lucht, water, grond en stilte nemen af. Het bruto nationaal produkt neemt toe. Maar het houdt, zoals Kennedy zei, geen rekening met de gezondheid van onze kinderen, de kwaliteit van hun onderwijs of het plezier van hun spel.

„Steeds veelvuldiger komt de gemeenschap in verzet. Veel van dit verzet — niet alles — moet serieus worden genomen. Het dringt door tot het Binnenhof. Van de 49 schriftelijke vragen van Kamerleden, die op het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid in behandeling zijn, hebben er 42 betrekking op de volksgezondheid. Maar niet alleen het milieu vervuult. Ook de psychohygiëne vraagt in toenemende mate onze aandacht. Vreemding, eenzaamheid, hoogbouw, lawaai, zijn oorzaken van geestelijke stoornissen bij velen. Agressie en verslaving zijn gevolgen voor anderen.

„Welvaart en gezondheid. De cijfers tonen aan dat de bestedingen in de gezondheidszorg meer toenemen dan de stijging van de welvaart. Een steeds groter deel van de jaarlijkse inkomensstijging gaat naar de gezondheidszorg. De gezondheidszorg presenteert de rekening aan de welvaart. Ik hoop niet dat de econoom Huetting, die in deze tijd de vanouds vrije goederen als zuivere lucht en fris water bestempelt als schaarse artikelen, ooit de gelegenheid zal krijgen ook de medemenselijkheid te rekenen tot zijn „nieuwe schaarste”.”

Beleidsvoornemens van staatssecretaris Kruisinga ten aanzien van de geestelijke volksgezondheid

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga heeft de Tweede Kamer een brief doen toekomen, waarin hij uitvoerig ingaat op de vraag — door mevr. Veder-Smit gesteld bij de begrotingsbehandeling 1969 — om een organisatieschema van de geestelijke volksgezondheid, waarin zowel de situatie wordt geschetst, zoals die op 't ogenblik is, als in wordt gegaan op het beleid, dat de bewindslieden zich voorstellen te gaan voeren. Uit deze brief — een zeer lijvig document — wordt gezegd, wat de beleidsvoornemens betreft, dat de Wet Ziekenhuisvoorzieningen zal worden uitgebouwd tot een Wet Gezondheidsvoorzieningen, waarin naast de intramurale ook de extramurale zorg zal worden geregeld. Met dit stuk wetgeving zal dan een integrale regeling van alle gezondheidsvoorzieningen zijn samengebracht, met het doel de toegankelijkheid, de optimale spreiding, de onderlinge samenwerking, de kwaliteitscontrole en de evaluatie van de doelmatigheid van deze voorzieningen in één wettelijk kader onder te brengen. Het ligt in het voornemen van de staatssecretaris nog in deze kabinetsperiode een voorontwerp naar de betrokken adviesinstanties te zenden. Het na langdurige voorbereiding tot stand gekomen advies van de Centrale Raad van de Volksgezondheid inzake de gewenste ontwikkeling van de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg in Nederland vormt een belangrijke bijdrage voor de nadere uitwerking van de bedoelde wettelijke regeling. Dr. Kruisinga kan zich voor wat de hoofdlijnen betreft verenigen met de inhoud van dit advies, dat dezer dagen voor publicatie is vrij gegeven (zie bladz. 1353 in dit nummer).

Ten aanzien van de financiering van de voorzieningen in de sector van de geestelijke gezondheidszorg wijst Dr. R. J. H. Kruisinga er in de brief nog eens op, dat invoering van de A.W.B.Z. een belangrijke impuls heeft gegeven aan de totstandkoming van noodzakelijke verbetering en uitbouw van de intramurale voorzieningen ten behoeve van de geestelijke gezondheidszorg. Deze ontwikkeling is, ondanks het zeer actief bouwprogramma van de afgelopen jaren, nog niet geheel voltooid. Nog steeds is er een zekere achterstand in de bouw van zwakzinnigeninrichtingen en van tehuizen voor psychisch gestoorde bejaarden. Het laat zich aanzien dat bij voortzetting van de huidige groei dit tekort over een aantal jaren goeddeels zal zijn verdwenen. De staatssecretaris vestigt er daarbij de aandacht op dat sinds 1 januari 1970 de medische kindertehuizen, die ook een functie vervullen in de geestelijke

gezondheidszorg, een verstrekking in het kader van de A.W.B.Z. zijn geworden.

De uitbreiding van het verstrekkingenpakket van de A.W.B.Z. (c.q. de Ziekenfondswet) met een aantal semi- en extramurale voorzieningen wordt, zo zegt de bewindsman voorts, een belangrijke stap naar verbetering in de toegankelijkheid en naar verdere uitbouw van de ambulante geestelijke gezondheidszorg. Afgezien van de betere financiële basis, welke deze sector hierdoor zal verkrijgen, mag ook worden verwacht, dat een betere aansluiting op intramurale zorg zal worden verkregen. In de afgelopen jaren is de psychiatrische dagbehandeling als verstrekking in het kader van de Ziekenfondswet opgenomen terwijl de niet-klinische psychotherapeutische behandeling eveneens werd opgenomen als verstrekking en later werd uitgebreid. Thans wordt overwogen de sociaal-psychiatrische diensten en de dagverblijven voor geestelijke gehandicapten op korte termijn als verstrekking in het kader van de A.W.B.Z. in te voeren. Eerstdaags is een advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid te verwachten over de mate en het tempo waarin verdere inbreng van ambulante voorzieningen als verstrekking in de A.W.B.Z. mogelijk en wenselijk wordt geoordeeld. Dr. Kruisinga zegt in de brief toe ook dit advies zo spoedig mogelijk ter kennis te zullen brengen van de Tweede Kamer der Staten-Generaal.

Ten aanzien van de wetenschappelijke onderbouw, de evaluatie en de bijsturingmogelijkheden van het beleid in de geestelijke volksgezondheid wijst de staatssecretaris op de noodzaak van het verkrijgen van gegevens en informatie ten behoeve van de planning van de voorzieningen. Op 10 juli 1967 heeft hij hierover advies gevraagd aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Inmiddels is door de Raad op 29 december 1969 een interim-advies uitgebracht en worden de werkzaamheden in overleg met de staatssecretaris voortgezet. Op 14 oktober 1970 heeft de staatssecretaris advies gevraagd aan de Gezondheidsraad over de toekomstige behoefte aan voorzieningen op het gebied van geestelijke gezondheidszorg.

Het staatstoezicht op de Volksgezondheid, zo zegt Dr. Kruisinga voorts met betrekking tot de wetenschappelijke onderbouw, evaluatie en bijsturingmogelijkheden van het beleid, heeft reeds gedurende enige jaren een unieke landelijke patiëntenregistratie voor de intramurale zorg tot stand gebracht en is bezig met de verdieping en verbetering in het registratiesysteem en met de uitbouw in de richting van de ambulante zorg. Een belangrijke aanvulling op de verstrekte gegevens zou kunnen

worden verkregen door gebruikmaking van de wettelijke mogelijkheden ingevolge de A.W.B.Z. bepaalde gegevens te verzamelen. De staatssecretaris is voornemens deze wettelijke bevoegdheid te hantieren ter aanvulling van de informatie die nodig is voor een gefundeerde toekomstplanning.

Het wetenschappelijk onderzoek en ontwikkelingswerk ziet de staatssecretaris als een uiterst belangrijk instrument om aan het toekomstige beleid gestalte te geven en hij zal, evenals in het verleden, trachten deze activiteiten te stimuleren door middel van de sterk gegroeide begrotingsposten die beschikbaar zijn voor dit doel. Dit geldt niet alleen voor verdieping van de kennis, die de kwaliteit van de zorg kan verbeteren, doch evenzeer voor activiteiten, die er toe kunnen leiden dat door een rationele aanwending van middelen en mankracht een meer efficiënte vorm van dienstverlening kan worden bereikt. Onder meer kan hiertoe worden gerekend de overeenkomst die is gesloten om de automatisering in ziekenhuizen te bevorderen aangezien in dit project ook een psychiatrische inrichting is betrokken.

Met betrekking tot de internationale samenwerking brengt de staatssecretaris naar voren dat mede op initiatief van Nederlandse zijde in de afgelopen jaren een begin is gemaakt met de uitvoering van een programma door de Regio Europa van de Wereld Gezondheids Organisatie op het gebied van de geestelijke volksgezondheid met name ook met betrekking tot jeugdigen. Dr. Kruisinga acht dergelijke initiatieven voor de toekomst van de grootste betekenis, omdat door internationale samenwerking het onderzoek-potentieel en deskundigheid kunnen worden gebundeld en meer doelmatig kunnen worden aangewend. Voorts kan door de tot stand gebrachte samenwerking een uitwisseling van gegevens en ervaringen worden bereikt die op andere wijze nauwelijks tot stand te brengen zijn.

Ten aanzien van de aanpassing van de wetgeving ter bescherming van de geestelijke gestoorde is de staatssecretaris voornemens — afgezien van de in de aanhef genoemde wettelijke regeling — nog in deze kabinetsperiode een ontwerp Wet geestesgestoorden bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal aanhangig te maken. Dit wetsontwerp zal de huidige Krankzinnigenwet vervangen en in zeker opzicht een aanvulling zijn van het genoemde wetsontwerp Gezondheidsvoorzieningen en wel in die zin, dat slechts die elementen in een voor geestelijk gestoorde specifieke regeling zullen worden opgenomen, die niet elders in het daarvoor geëigende wettelijke kader kunnen worden ondergebracht. Het voorontwerp van Wet op de geestelijke gestoorden met bijbehorende memorie van toelichting is begin november aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid voor advies gezonden.

In de bijlage van de brief wordt een overzicht gegeven van enkele recente maatregelen, die de staatssecretaris heeft bevorderd met betrekking tot de geestelijke volksgezondheid. Deze maatregelen betreffen onder meer: Uitbreiding van wettelijke aanspraken ingevolge wettelijke ziektekostenverzekeringen.

a. Ziekenfondswet: behandeling en verpleging in inrichtingen voor psychiatrische dagbehandeling; uitbreiding van de niet-klinische psychotherapeutische hulp; erkenning van ziekenhuizen (psychiatrische inrichtingen) en van inrichtingen voor psychiatrische dagbehandeling.

b. A.W.B.Z.: verpleging en behandeling in ziekenhuizen (psychiatrische inrichtingen), in verpleeginrichtingen voor geestelijk gestoorden en inrichtingen voor zwakzinnigen; verblijf in medische kindertehuizen; erkenning van inrichtingen als vorenbedoeld.

Uitbreiding van voorzieningen voor geestelijk gestoorden:

a. in de persoonlijke sfeer: toeneming van het aantal psychiaters met circa 20% in de afgelopen vijf jaren; toeneming van het corps verplegenden.

b. bouwproductie in miljoenen guldens

	1966	1969	1-1-70 waarde in uitvoering zijnde werken
psych. inrichtingen	28,1	35,2	73,6
zwakz.inr.	11,0	39,1	74,2
verpleegtehuizen psych. gestoorde bejaarden	5,4	30,6	61,0

c. ook in de gewone verpleegtehuizen is grote uitbreiding gerealiseerd die ten dele ook de geestelijk gestoorde bejaarden in belangrijke mate is ten goede gekomen. Het aantal bedden nam vooral toe wegens de grote bouwactiviteit van ongeveer 12.000 in 1966 tot ongeveer 24.500 in 1970. Het aantal leerling ziekenverzorgsters verdrievoudigde in die periode namelijk van 2.200 in 1966 tot 6.600 in 1970.

d. extramurale voorzieningen: De subsidiëring van deze voorzieningen is over het geheel genomen verbeterd en bevorderd wordt op korte termijn te komen tot een financiering welke aansluit bij die van de intramurale voorzieningen ingevolge de A.W.B.Z.

Bevordering doelmatig gebruik: tariefbewaking; door de uitbreiding van de toepassing van de Wet Ziekenhuistarieven tot alle inrichtingen, die worden erkend of voorlopig worden erkend krachtens de A.W.B.Z., is ook voor de inrichtingen voor geestesgestoorden een goede tariefstelling gewaarborgd.

Advies van Centrale Raad voor de Volksgezondheid over gewenste voorzieningen geestelijke gezondheidszorg

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid advies uitgebracht inzake de gewenste ontwikkeling van de voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg in Nederland. De Raad geeft aan het slot van dit tot een boekwerk uitgegroeid advies een samenvatting daarvan alsmede conclusies. Daaraan ontleen wij dat in het rapport zestien specifieke voorzieningen of groepen van voorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg worden geïnventariseerd. Beschreven wordt welke functies deze voorzieningen in het kader van de bestaande structuur van de geestelijke gezondheidszorg zouden dienen te hebben.

De Raad gaat ervan uit dat de huidige structuur van de geestelijke gezondheidszorg niet adequaat meer is. Een aantal beginselen voor een toekomstige organisatie van de geestelijke gezondheidszorg in Nederland wordt geformuleerd in de vorm van voorwaarden, waaraan de concrete zorgverlening moet voldoen, en voorwaarden waaraan de voorzieningen in organisatorisch opzicht dienen te voldoen.

De Raad acht het gewenst de geestelijke gezondheidszorg zo te structureren dat een zo goed mogelijk samenspel van positieve, preventieve, curatieve en op resocialisatie gerichte activiteiten gegarandeerd is. De zorg zal enerzijds voldoende gedifferentieerd moeten zijn om aan allerlei specifieke behoeften te kunnen voldoen; anderzijds zal in de hulpverlening de continuïteit van de zorg verzekerd moeten zijn.

Met betrekking tot de organisatorische problematiek is de Raad van oordeel dat het ongewenst is dat de geestelijke gezondheidszorg zich blijft afspeelen in het kader van kwetsbare micro-organisaties. Schaalvergroting is daarom noodzakelijk. In de tweede plaats meent hij dat de levensbeschouwing, die een integrerend element in de zorgverlening uitmaakt, niet tot een dwingend organisatieprincipe behoeft te worden gemaakt.

Met betrekking tot de curatieve geestelijke gezondheidszorg wordt als structureringsprincipe het model van „echelons” ingevoerd. Dit betekent dat de functies van de diverse voorzieningen in drie echelons worden ingedeeld. Het eerste echelon, dat op gezondheidszorg in zijn algemeenheid gericht is, omvat een aantal niet of weinig gespecialiseerde (polyvalente) functies. Dit echelon staat in directe, open verbinding met de gemeenschap en fungeert als het voornaamste, eerste aanrakingsvlak van de hulpzoekende met de gezondheidszorg. De functies in dit echelon selecteren welk gedeelte van de problematiek naar het tweede echelon wordt doorge-

geven. Het tweede echelon is in zoverre gespecialiseerd dat het specifiek op de geestelijke gezondheid is gericht. Het omvat die functies, die zich met een breed spectrum van psycho-sociale problematiek bezighouden en kan daardoor als selectie-orgaan voor het derde echelon optreden. Het derde echelon groepeerde de hoger gespecialiseerde functies, die zich beperken ten aanzien van diagnose, behandeling en/of categorieën van problematiek binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het goed functioneren van de verschillende echelons ten opzichte van elkaar is bepalend voor de wijze waarop de patiëntenstroom zich door het systeem beweegt.

Naast een echelonsgewijze opbouw wordt regionalisatie noodzakelijk geacht. De grootte van het werkgebied wordt enerzijds bepaald door de overweging dat de voorzieningen voor ieder binnen redelijke afstand bereikbaar moeten zijn, anderzijds door de omvang van de bevolkingsgroep die het draagvlak voor de voorziening vormt. Men zal de wijk als actieradius voor een voorziening kiezen, indien voorzieningen nodig zijn die dichtbij en gemakkelijk toegankelijk voor de bevolking zijn. Voorzieningen die een grotere bevolking als draagvlak nodig hebben, kunnen beter de streek als actieradius hebben. De regio als werkgebied komt alleen in aanmerking voor bijzondere voorzieningen, waarvan slechts een beperkt aantal nodig is.

De Raad spreekt zich uit voor een ideaal-typische structuur, waarin op het niveau van de wijk een centraal knooppunt is, dat de verbinding vormt met voorzieningen op streek-niveau. Gedacht wordt daarbij met name aan samenwerkingsvormen waarin huisartsen, wijkverpleegsters en maatschappelijk werkers participeren. Op streekniveau ziet hij het streekcentrum voor geestelijke gezondheidszorg als een dergelijk knooppunt, waarin de verbindingen met de voorzieningen in de wijk en regio samenkomen.

Plaats en functie van het streekcentrum worden nader omschreven. In het centrum moeten positieve, preventieve, curatieve en op resocialisatie gerichte activiteiten zoveel mogelijk geïntegreerd zijn. Het moet een bron zijn van voorlichting, advies, consultatie, informatie en vorming. Het fungeert als opvangcentrum met diagnostische teams voor kinderen, volwassenen en bejaarden, waar ook niet-langdurige en niet-ingrijpende behandelingen gegeven kunnen worden. Tenslotte zal een documentatiebureau in het centrum gevestigd moeten zijn. Dit zal o.a. onderzoek mogelijk moeten maken.

De Raad is van mening dat de functies van de sociaal-psychiatrische dienst, de jeugdpsychiatri-

sche dienst, het medisch-opvoedkundig bureau, het bureau voor levens- en gezinsmoeilijkheden, de sociaal-pedagogische zorg, het adviesbureau voor zwakzinnige kinderen, het psychogeriatrische adviesbureau en het crisiscentrum geheel en al in het streekcentrum kunnen worden geïntegreerd. In de tweede plaats meent hij dat de meer algemene functies (opvang, voorlopige diagnostiek en eerste hulp) van het psycho-therapeutisch instituut, voorzieningen voor alcoholisme en andere verslavingsziekten, het reclasseringsbureau, het bureau van de districtspsychiater (justitie), alsmede het jeugadviescentrum eveneens in het kader van het streekcentrum tot hun recht zouden kunnen komen.

Wat de externe relaties van het streekcentrum voor geestelijke gezondheidszorg betreft, meent de Raad dat indien in een streek naast elkaar een G.G. en/of G.D. met een afdeling geestelijke gezondheid en een particulier streekcentrum voor geestelijke gezondheidszorg bestaan, beide een overeenkomst kunnen aangaan voor samenwerking en taakverdeling. Ook is denkbaar dat de gemeente en de betrokken particuliere organisaties tezamen een stichting oprichten waaraan de taken van het streekcentrum worden opgedragen.

Tussen een streekcentrum en een psychiatrische inrichting met een streekfunctie kan, met behoud van eigen functies, een zeer nauwe organisatorische verbinding bestaan.

Een algemeen ziekenhuis met een psychiatrische afdeling die een streekfunctie heeft, kan met het streekcentrum voor geestelijke gezondheidszorg een overeenkomst sluiten over samenwerking en taakverdeling.

Tenslotte heeft de Raad in enkele hoofdlijnen geschetst, in welke etappes het tot stand komen van een volledig geïntegreerd streekcentrum zou kunnen

verlopen. Voor de realisering worden contactorganen op streek- en regioniveau gewenst geacht. Ook zal de hulp van deskundigen op het gebied van „social change” niet kunnen worden gemist.

De Raad is het geheel eens met de opvatting van de staatssecretaris, dat tot de essentiële vereisten voor een goede gezondheidszorg behoort, dat de diverse voorzieningen in functioneel, in geografisch en in financieel opzicht bereikbaar zijn voor alle bevolkingsgroepen. In dit advies heeft de Raad voor de geestelijke gezondheidszorg aangegeven, hoe naar zijn mening de functionele en de geografische bereikbaarheid zouden kunnen worden gegarandeerd. Over de financiële consequenties daarvan heeft hij zich niet uitgelaten. Ook het beleidsplan en de eisen, die aan het beleidsapparaat van de overheid zouden kunnen worden gesteld, zijn buiten beschouwing gebleven. Beide vraagstukken zouden geïntegreerd een onderwerp van studie moeten zijn voor de gezondheidszorg in toto, aldus de Raad.

De zestien specifieke voorzieningen of groepen van voorzieningen op het terrein van de geestelijke volksgezondheid, die in het advies — als boven vermeld — worden geïnventariseerd, zijn: sociaal-psychiatrische diensten; jeugdpsychiatrische diensten; medisch-opvoedkundige bureaus; bureaus voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden; voorzieningen voor alcoholisme en druggebruik; psychotherapeutische instituten; vrijgevestigde zenuwartsen; psychiatrische poliklinieken; psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen; instituten voor psychiatrische dagbehandeling of avondbehandeling; psychiatrische inrichtingen; therapeutische gezinsverpleging; complementaire voorzieningen (sluisinternaat, hostel, verpleegtehuis); voorzieningen voor geriatrisch-psychiatrische patiënten; voorzieningen voor zwakzinnigen; forensisch-psychiatrische voorzieningen.

Memorie van antwoord Wet Ambulancevervoer

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal ingediend de Memorie van Antwoord op het voorlopig verslag van de Vaste Commissie voor de Volksgezondheid naar aanleiding van het ontwerp van de Wet ambulancevervoer (M.C. no 51-52/1969, bladz. 1423).

In zijn Memorie spreekt de staatssecretaris uit verheugd te zijn over de door de Vaste Commissie betuigde erkentelijkheid voor de indiening van het wetsontwerp en de waardering van vele leden voor de gedecentraliseerde opzet van de regeling. Uitgangspunt voor de wettelijke regeling is een goede coördinatie van ambulancevervoer van hoge kwaliteit, waarbij de coördinatie van het ambulancevervoer geschiedt vanuit een centraal punt — de centrale post — binnen een bepaald gebied. Het voor-

gestelde systeem betekent niet, dat er voor elk gebied een ambulancedienst tot stand zou moeten worden gebracht, die het gehele vervoer in dat gebied verzorgt. Een dergelijke vergaande centralisatie acht de bewindsman voorhands niet noodzakelijk. Inschakeling van zowel gemeentelijke diensten als particuliere vervoerders staat in het wetsontwerp centraal.

Hoeveel tijd er nodig zal zijn om een optimale situatie te bereiken is nog niet nauwkeurig aan te geven. Wel bestaat, aldus de staatssecretaris, de indruk dat de kwaliteit van het ambulancevervoer gedurende de laatste jaren aanmerkelijk is verbeterd.

Voor wat de optimale uitrusting van het ambulancepark betreft, gaan zijn gedachten uit naar een functioneel gebruik van de auto's, in die zin dat in

beginsel elke patiënt vervoerd zal moeten worden met die ambulance-auto die voor hem is geïndiceerd.

Of de zgn. hartrenwagen de meest geschikte oplossing is voor het probleem van de vroege dood bij het hartinfarct, staat thans nog niet vast; hiermede zijn experimenten gaande.

Met betrekking tot de deskundigheid van het begeleidende personeel merkt de bewindsman op, dat omtrent de vraag of dit verpleegkundigen zullen moeten zijn, de opvattingen verdeeld zijn. Afgezien van de schaarste aan verplegend personeel zou naar het oordeel van de staatssecretaris een specifieke scholing en een andersoortige opleiding voor de functie van zgn. brancardier mogelijk meer adequaat kunnen worden geacht. Omtrent deze gelegenheid heeft de staatssecretaris inmiddels aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid advies gevraagd.

In zijn Memorie merkt de bewindsman voorts op, dat bij de onderhavige regeling specifieke verantwoordelijkheden worden toevertrouwd aan bepaalde overheidsorganen die hiervoor het meest geschikt moeten worden geacht. Zo is aan het provinciaal bestuur grote regelende bevoegdheid gegeven voor wat met name de organisatie en uitvoering van het ambulancevervoer betreft. In de voorgestelde regeling is niet, zoals in het ontwerp Wet ziekenhuisvoorzieningen, een bepaling opgenomen dat de minister ter zake van de aan het provinciaal bestuur opgedragen taak richtlijnen geeft. Bij nadere overweging heeft de bewindsman hiertoe alsnog de mogelijkheid willen openen. Hij beschouwt dit echter als een bevoegdheid waarvan alleen gebruik ware te maken indien hiertoe aanleiding mocht blijken te bestaan.

De vraag of het niet wenselijk zou zijn de provincie-indeling rampbestrijding en de rayonindeling ambulancevervoer op elkaar af te stemmen, wordt door Dr. Kruisinga bevestigend beantwoord. Naar zijn oordeel behoeven deze indelingen niet identiek te zijn, maar verdient het wel de voorkeur dat zij op elkaar zijn afgestemd. Meer in het algemeen acht de staatssecretaris het gewenst, dat de gebiedsindeling voor het ambulancevervoer zoveel mogelijk zal aansluiten bij het reeds georganiseerde. Een zelfde beginsel acht hij aangewezen voor de planning en opzet van de centrale posten. Bij aanwezigheid van een g.g. en g.d. of een districtsgeneeskundige dienst ligt het zijns inziens voor de hand, dat de centrale post bij deze dienst wordt ondergebracht.

In dit verband merkt de bewindsman verder op, dat het wenselijk moet worden geacht dat belanghebbenden — zoals ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars, ambulancevervoerders en ziekenhui-

zen — worden gehoord alvorens een centrale post wordt ingesteld of uitgebreid of belangrijke wijzigingen worden aangebracht in de organisatie hiervan. Een daartoe strekkende wetsbepaling wordt bij Nota van Wijzigingen voorgesteld.

Met betrekking tot de inschakeling van helioppers merkt de bewindsman op, dat de inschakeling daarvan naar zijn gevoelen niet in de lijn der verwachtingen ligt. Deze zienswijze baseert hij mede op de conclusies van het Eindrapport van de Werkgroep Helicopters. Unaniem oordeelt de werkgroep, dat proefondervindelijk is bepaald dat in Nederland, gezien de infrastructuur, helicopterassistentie bij verkeersongevallen geen snellere afvoer van de slachtoffers naar de ziekenhuizen waarborgt. De mogelijkheid tot inschakeling van helioppers wordt overigens in het wetsontwerp opengelaten.

Ten aanzien van de financiering van het ambulancevervoer deelt de staatssecretaris mede, dat hij voorstander is van een ongedeelde financiering via de verzekering. Voor een goed gecoördineerde gezondheidszorg acht hij het van zeer veel belang, dat de honorering van het ambulancevervoer in grote lijn op dezelfde wijze geschiedt als die van de ziekenhuizen.

Op basis van de door de Ziekenfondsraad voor 1971 geraamde kosten voor het ambulancevervoer worden de totale kosten van het ambulancevervoer voor ziekenfondsverzekerden voor 1971 globaal geraamd op een bedrag in de orde van grootte van circa 52,5 miljoen gulden. De meerkosten worden geraamd op circa 10 miljoen gulden.

Dr. Kruisinga merkt tenslotte nog op, dat een spoedige melding van het ongevalsgebeuren belangrijk is voor een snelle behandeling van de slachtoffers. In dit verband wordt medegedeeld, dat aan het einde van het jaar 1971 naar mag worden verwacht ruim 200 km autosnelweg van praatpalen zal zijn voorzien.

De resultaten van de proef met het uniforme alarmnummer in Tilburg en omgeving over het eerste halfjaar zijn, aldus de bewindsman, verheugend en bemoedigend.

Omtrent het sluitstuk van de hulpverlening, te weten de opvang in de ziekenhuizen, deelt de bewindsman tenslotte mede, dat de Coördinatiecommissie opvang in ziekenhuizen haar eerste interimrapport heeft aangeboden. In dit rapport geeft de commissie kennis van haar belangrijkste voorlopige conclusies met betrekking tot een aantal facetten van de opvang. Voorts bevat het rapport een voorlopige classificatie van de ziekenhuizen van ons land met betrekking tot de opvang van patiënten die spoedeisende hulp behoeven. Het rapport is als bijlage bij de Memorie gevoegd.

De praktische toepassing van de wettelijke bepalingen betreffende crematie

Door H. Th. P. Cremers, politiearts te Rotterdam

De praktische toepassing van de wettelijke bepalingen betreffende crematie vraagt om aanpassing. De werkzaamheden die de tegenwoordige wet met betrekking tot crematies van een gemeentelijke lijkschouwer verwacht, zijn wat natuurlijke sterfgevallen betreft niet alleen onnodig maar ook nog bijzonder tijdrovend. Wanneer crematie in de toekomst gekozen zal worden voor alle overledenen (en dat zal wel moeten gebeuren), dan zal er op moeten worden gerekend dat met een 40-urige werkweek door een arts ongeveer 30 crematiegevallen per week kunnen worden behandeld. Dat betekent in een stad als Rotterdam, met meer dan 125 sterfgevallen per week, minimaal 4 artsen bereid moeten worden gevonden alleen maar dit soort nare werk te doen. Op het ogenblik bedraagt het aantal crematies circa 25 per week. Of andere artsen dit soort werk als belangrijk dagelijks bijwerk willen doen, blijft eveneens de vraag. Dat zal dan, om de zaak deskundig verantwoord te doen zijn en administratief in de hand te kunnen houden, een beperkt aantal GG en GD.-artsen moeten zijn, maar de GG. en GD. kampt met een voortdurend tekort aan artsen voor het reeds aan deze instantie toebedeelde werk. Het is duidelijk, dat uitbreiding van het aantal gemeentelijke lijkschouwers met bovenomschreven dagtaak geen haalbare kaart is. Mogelijk wel een wetswijziging die de beoogde controle én beter én efficiënter kan maken. Daartoe wordt hier een voorstel gedaan.

Eerst 2 belangrijke artikelen uit de wet op de lijkbezorging:

art. 29 p: „Lijkschouwing, gevolgd door afgifte van een verklaring van overlijden, geschiedt hetzij door de behandelende geneeskundige, hetzij door een gemeentelijke lijkschouwer, die aan de overledene of aan de moeder van het doodgeboren kind gedurende de laatste 2 jaren geen genees-, heel- of verloskundige raad of bijstand heeft verleend.”

art. 4-4: „Verlof tot verbranding mag niet worden verleend zolang niet is overgelegd een verklaring van overlijden, afgegeven door de gemeentelijke lijkschouwer, of dan wel een verklaring van geen bezwaar tegen verbranding afgegeven door de officier van justitie, nadat een geneeskundige de dood heeft geconstateerd.”

Dan bestaat er ook nog een crematoriumbesluit,

Hoeveel te meer het aantal crematies in ons land toeneemt, zoveel te moeilijker wordt het om de wetsregels hieromtrent in de praktijk na te leven.

In bijgaand artikel bepleit de Rotterdamse politiearts H. Th. P. Cremers een verruiming van de wet in die zin, dat voor het verkrijgen van toestemming voor een crematie lijkschouwing achterwege kan blijven, indien de behandelend geneesheer een natuurlijke dood heeft geconstateerd; het toezicht op het verdere verloop (administratie, identificatie) zou aan de zorg van niet-medici moeten worden overgelaten.

waarvoor een formulier is gemaakt waarop de lijkschouwer van een gemeente verklaart, dat in zijn tegenwoordigheid het lijk van een bepaalde persoon is gekist en dat de kist in zijn tegenwoordigheid is gesloten en zodanig van een lakzegel is voorzien dat de kist zonder verbreking der zegels niet kan worden geopend.

De bedoeling van de wet en het besluit met betrekking tot crematie is, te voorkomen dat iemand met een niet-natuurlijke dood wordt verbrand zonder dat de toedracht bij de justitie bekend is, alsmede te voorkomen dat er verwisseling van lijken plaatsvindt. Bovendien zou crematie van ongecontroleerde kisten de mogelijkheid bieden tot opruiming van slachtoffers van misdrijven.

De praktische toepassing is als volgt: De begrafenisondernemer verwittigt de gemeentelijke lijkschouwer of de instantie die de administratie en organisatie ervan regelt, dat een overledene zal worden gecremeerd. De gemeentelijke lijkschouwer neemt contact op met de behandelend geneesheer en vult na lijkschouw de formulieren in. Vervolgens is hij tegenwoordig bij het kisten en sluiten van de kist. Op deze manier beschreven lijkt het een vrij eenvoudige aangelegenheid, die weinig tijd kost. Een nadere analyse leert anders: Iemand overlijdt. De behandelend geneesheer is erbij of wordt geroepen, stelt de dood vast en gaat zijns wegs. De begrafenisondernemer wordt geroepen, verneemt dat het een natuurlijke dood is en weet dat hij de benodigde overlijdenspapieren zal krijgen van de behandelend geneesheer. Hij verzorgt de overledene direct na of voor besprekingen over begrafenis of crema-

tie. Als tot het laatste wordt besloten, dan wordt de gemeentelijke instantie gewaarschuwd die voor lijkschouw en benodigde formulieren zorg zal dragen. Deze waarschuwing geschiedt meestal vele uren, zoniet één of meer dagen na het overlijden. De overledene ligt intussen opgebaard, al of niet reeds in een kist. De gemeentelijke lijkschouwer zoekt dan telefonisch contact met de behandelend geneesheer. Als hij geluk heeft gaat dat voorspoedig, maar vaak moet hij meerdere pogingen doen. Dit vergt tijd, niet alleen van de gemeentelijke lijkschouwer maar ook van de behandelend geneesheer die vaak uit zijn werk moet worden geroepen. Ook komt het voor, dat nieuwe artsen de stem van de gemeentelijke lijkschouwer niet herkennen en weigeren informatie te geven via de telefoon. Voor of na dit gesprek wordt dan de lijkschouw gedaan, die afhankelijk van de mogelijkheid tot inpassing in een visiteroute een half tot een heel uur kan kosten, althans in een grote stad. Een beschrijving van de situatie en de praktische uitvoering van de lijkschouw laat ik aan ieders verbeelding over. Inmiddels heeft de administratieve staf de benodigde formulieren gereedgemaakt en kan de gemeentelijke lijkschouwer de doodsoorzaak invullen en een verklaring van natuurlijke dood afgeven. Op grond van die verklaring wordt op de afdeling bevolking een verlof tot cremen gegeven. Op een later tijdstip moet dan, vaak op een bepaalde tijd, de verzegeling van de kist plaatsvinden; dit kost in een grote stad weer een half tot een heel uur. Al met al mag worden aangenomen, dat een natuurlijk sterfgeval (waarmee een andere arts reeds bemoeienis heeft gehad) een gemeentelijke lijkschouwer 1½-2 uur kost, afgezien van de tijd daaraan besteed door administratieve krachten.

Dan de praktische achtergrond. Voor de gemeentelijke lijkschouwer berust de uitoefening van zijn verantwoordelijke taak praktisch gesproken geheel en al op goed geloof in collega-artsen en begrafenisondernemers. De gemeentelijke lijkschouwer tekent in goed geloof voor de hem vertelde doodsoorzaak en voor de identiteit van naam en lijk van een hem onbekende. De gemeentelijke lijkschouwer kan praktisch gesproken noch het een noch het ander controleren, omdat hij goede redenen moet hebben voor sectie respectievelijk identificatie. Het is mijns inziens van elke realiteit gespeend om zekerheid die de behandelend geneesheer terecht heeft voor goed geloof en veel onzekerheden te ruilen. Het is in deze tijd met personeelstekorten in vele sectoren niet te verdedigen twee even betrouwbare artsen precies hetzelfde te laten doen. Het is in deze tijd met toegenomen technische mogelijkheden niet te verdedigen op ouderwetse, tijdrovende en daardoor kostbare en toch nog onbetrouwbare wijze werk te laten verrichten door artsen als een eenvoudig lijkenpaspoort door middel van polaroidfoto's identificatie en eventuele verzegeling van kisten door niet-medici mogelijk maakt. Tenslotte is het duidelijk, dat crematie de oplossing is voor het grote aantal overledenen. In de grote steden reeds dringt de tijd voor

een efficiënte en reële aanpak. Zowel de wettelijke bepalingen als de toepassing vragen dus duidelijk om herziening. Omdat de praktische uitvoering tot problemen leidt, is eerst een bespreking hiervan op zijn plaats.

1. De lijkschouw door de gemeentelijke lijkschouwer. Is die in alle gevallen zinvol? Neen, als de behandelend geneesheer volkomen op de hoogte van het ziektegeval reeds een lijkschouw heeft verricht en zonder twijfel een natuurlijke dood vaststelt. Ja, als dat niet het geval is.

2. De extra administratieve werkzaamheden. Zijn die in alle gevallen zinvol? Neen, in alle gevallen van een duidelijke natuurlijke dood. Ja, in alle andere gevallen.

3. De verzegeling. Is die in alle gevallen zinvol? Neen, als er geen identificatie plaats heeft. Ja, als dat wel het geval is, maar dan kan de verzegeling ook plaatsvinden door beëdigde niet-medici.

4. Conclusie. Het is zinloos gemeente-artsen extra werk te laten verrichten om verlof tot cremen te verkrijgen voor natuurlijke sterfgevallen. Identificatie en verzegeling of identificatie alleen kan in deze gevallen aan niet-medici in de crematoria worden overgelaten.

ad 1 de lijkschouw. Het herhalen van een door de behandelend geneesheer gedane lijkschouw door de gemeentelijke lijkschouwer bij een zonder twijfel aangenomen natuurlijke dood is een zinloze zaak. Als iemand een bekend ziektegeval, bijvoorbeeld een carcinoom-lijder, in zijn stervensuren iets toedient dat geen tekenen nalaat, dan krijgt de behandelend geneesheer geen argwaan en dan ontdekt de gemeentelijke lijkschouwer dat ook niet. Het is evenmin reëel te opperen, dat dan mogelijke kogel- of mesverwondingen een ingeslagen schedel of andere grove letsels over het hoofd kunnen worden gezien. Mocht de behandelend geneeskundige die de dood komt vaststellen dodelijke letsels missen, dan zijn er ook nog de begrafenisondernemers die het lijk moeten „behandelen“ en bij ontdekking van vreemde letsels beslist de alarmklok luiden. Maar dat zijn allemaal fantasiegedachten voor het geval het een normaal sterfgeval betreft, in een voor de huisarts bekende familiesfeer of in een ziekenhuis. Fantasie is niet verenigbaar met efficiënt werken. Daarom ben ik van mening, dat indien een behandelend geneesheer meent zeker te zijn van een door hem vastgestelde natuurlijke dood de verantwoordelijkheid moet blijven waar die het meest betrouwbaar ligt, namelijk bij de behandelend geneesheer. Wanneer de behandelend geneesheer meent die verantwoordelijkheid niet te kunnen dragen, dan is dat voor de gemeentelijke lijkschouwer een goede reden om nader op het sterfgebeuren in te gaan.

ad 2 de verzegeling. De gemeentelijke lijkschouwer moet na de lijkschouw ook nog eens terugkeren om de kist te verzegelen. In veel plaatsen gebeurt dit

kort voor het vertrek naar het crematorium. Aangenomen dat hem bij de lijkschouw de juiste overledene is voorgelegd (denk aan de grote steden met hun volbezette rouwkamers!), dan kan het voorkomen dat hij na enkele dagen en na veel andere lijkschouwen het lijk niet zeker meer herkent. Hij moet geloven in een papertje of in het getuigenis van de begrafenisondernemer. Waarom kan die herkenning niet plaatsvinden door beëdigde leken, met behulp van door de behandelend geneesheer gesigioneerde polaroidfoto's, die kort na overlijden werden gemaakt?

ad 3 de administratieve werkzaamheden. Indien de behandelend geneesheer de volle verantwoordelijkheid meent te kunnen dragen voor een overlijdensverklaring, dan is er geen reden om andere instanties dan de afdeling bevolking met extra administratieve beslommingen te belasten (tot nu toe hebben de G.G. en G.D., respectievelijk de medische afdeling van de politie en ook de officier van justitie nog uitgebreide administratieve bemoeienis met natuurlijke crematiegevallen). Het enige zinvolle zou zijn, de door de behandelend geneesheer opgegeven doodsoorzaak (in gesloten couvert) te laten nalezen door een gemeentelijke lijkschouwer teneinde herhaaldelijk voorkomende misvattingen met betrekking tot natuurlijke en niet-natuurlijke doodsoorzaken te kunnen corrigeren en zonodig om opheldering te vragen. De gehele extra administratieve bezigheid van de gemeentelijke lijkschouwer, nodig voor crematie bij natuurlijke overlijdensgevallen, zou dan het zetten van een handtekening zijn; de zaak zou dan evenals bij andere normale sterfgevallen verder kunnen worden afgehandeld door de afdeling bevolking van de gemeente.

ad 4 de conclusie. Het is duidelijk, dat er voor de gemeentelijke lijkschouwer bij natuurlijke sterfgevallen waarvoor tot crematie van het stoffelijk overschot werd besloten geen andere zinvolle taak ligt dan het kritisch lezen van de opgegeven doodsoorzaak. Dit werk kan door een arts achter een bureau worden gedaan. De andere maatregelen ten aanzien van de beveiliging van het lijk kunnen door beëdigde niet-medici op een zekerder en efficiënter wijze worden uitgevoerd.

Als praktische oplossing mag het volgende worden voorgesteld: Bij een duidelijke natuurlijke dood vult de behandelend geneesheer precies dezelfde formulieren in als nu het geval is voor begraven. Is het lijk bestemd voor crematie, dan stempelt en signeert hij ook een lijkenpaspoort met goed gelijkende polaroidfoto van de overledene (na het overlijden door de begrafenisondernemer gemaakt). De

Buitendienstmedewerkers van de O.L.M.A.

Inlichtingen over de betekenis, welke de OLMA — de door de Maatschappij Geneeskunst ingestelde Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen — voor u kan hebben, worden gaarne verstrekt wanneer u, wonende in de westelijke helft van Nederland (inbegrepen de provincie Utrecht), de buitendienstmedewerker J. van Elzelingen Skabo-Brun te Amsterdam opbelt: 020-229.225.

De buitendienstmedewerker voor de drie zuidelijke provincies is de heer E. J. M. Ghering, Leijparkweg 41, Tilburg, tel. 04250-32354; voor de andere dan de genoemde delen van ons land treedt als buitendienstmedewerker op de heer R. Th. van der Garden te Epse-Gorssel, tel. 05759-1825.

gemeentelijke lijkschouwer krijgt officieel verlof het B-formulier (waarin doodsoorzaak en ziekteverloop beschreven staan en dat als geheim document alleen voor het Centraal Bureau voor de Statistiek is bedoeld) in te zien. De gemeentelijke lijkschouwer tekent vervolgens een verklaring van geen bezwaar tegen crematie op de door de behandelend geneesheer getekende overlijdensakte. De afdeling bevolking kan dan een verlof tot crematie afgeven. Het lijkenpaspoort vergezelt de kist en dient om niet-medici in staat te stellen de inhoud van de kist te controleren. Waar dit gebeurt, zonder verzegeling van de kist in het crematorium of met verzegeling van te voren, is vrijblijvend.

Op deze wijze dacht ik het extra werk voor crematies tot een minimum te hebben beperkt en toch de nodige controle mogelijkheden te hebben gehandhaafd. Bij overlijdensgevallen waarvoor de behandelend geneesheer geen handtekening kan (niet-natuurlijke dood, niet in behandeling) of wil plaatsen (bijvoorbeeld bij vraagtekens ten aanzien van de overlijdensstoe dracht) wordt, zoals nu ook het geval is, direct de gemeentelijke lijkschouwer respectievelijk de politie gewaarschuwd. De gang van zaken die tot nu toe voor dit soort overlijdensgevallen gebruikelijk was, moet gehandhaafd blijven.

S 5 ALS CONFLICT*

Door G. R. van Urk, arts

Communicatie schijnt een grondprobleem te zijn. De filosoof Wittgenstein heeft zich de studie van de verbale communicatie als levenstaak gesteld. De resultaten waren bijzonder triest. Hij kwam na lange jaren van onderzoek tot de slotsom, dat er over hoegenaamd niets op zinvolle wijze te praten valt. De laatste zin van zijn verhandelingen is dan ook de verbluffende uitspraak: „Worüber man nicht sprechen kann, darüber muss man schweigen...”. De conclusie van Wittgenstein is een ernstige aanwijzing om zich bij elk woord bewust te zijn van de grenzen van de in de taal gegeven communicatiemogelijkheden. Het betekent echter nog niet, dat niets anders rest dan met de filosoof de daad bij het woord te voegen en — als Wittgenstein — tuinman te worden. De beperktheid van verbale communicatie behoeft niet te leiden tot een eindeloze treurigheid over de mogelijkheid ervan, wat voldoende basis geeft om te komen tot het onderwerp van dit artikel: de kwestie S 5.

S 5 als type

Het pad van de S 5-er in de burgermaatschappij gaat niet over rozen. De S 5-er behoort tot een groep van mensen die maatschappelijk niet of nauwelijks worden aanvaard. Dat is een gevolg van de omstandigheid dat de maatschappij in al zijn geledingen bepaalde mensen discrimineert. Zoals het in een gezin kan voorkomen, dat de ouders voor het ene kind duidelijk meer liefde aan de dag leggen dan voor het andere, zo worden in de grote mensenfamilie door degenen die het voor het zeggen hebben bepaalde mensen voorgetrokken en anderen achtergesteld.

Welk soort mensen haalt men nu over het algemeen met gejuich binnen en wie ziet men liever gaan dan komen? Wie valt de attractie ten deel en wie treft de repulsie? Het best zijn diegenen af, die het geluk hebben zichzelf in de voorhanden ordeningen en structuren terug te vinden; die zich ermee kunnen verenigen en zich er soms zelfs mee kunnen identificeren. Zij voelen zich als een vis in het water en dat is duidelijk aan ze te merken ook. Ze zijn zozeer met de hen omringende situatie vergroeid, dat ze er geheel in opgaan; er is niets of zij doen eraan mee. Overal treft men ze aan; altijd enthousiast voor de zaak en steeds bereid om een handje te helpen. Van iedere werkopdracht lijken zij zelf de ontwerper. Beoordelingsrapporten over hen spreken dan ook van grote energie, prijzenswaardige ijver, zeer goede contactuele eigenschappen en leidinggevende capaciteiten. Maar zo zijn lang niet allen. Er zijn ook mensen, die de bestaande maatschappelijke verban-

S 5 is de code voor om redenen van „geestelijke instabiliteit” voor de militaire dienst afgekeurd. In dit artikel wordt het S5-probleem mede gezien in het bredere kader van het maatschappelijke vraagstuk van dissident gedrag. Een mogelijkheid om dit vraagstuk op te lossen is naar de mening van de schrijver gelegen in een fundamentele aanvaarding van het conflict en een positieve waardering van het conflict als noodzakelijk maatschappelijk groeiferment.

den en ordeningen niet zo vanzelfsprekend vinden; die zichzelf er maar heel moeilijk of helemaal niet in herkennen. Ze zijn niet een vis in het water, maar iemand die de kat eens even uit de boom kijkt. Ze zijn in eerste instantie dan ook niet bepaald actief. Je ziet ze niet veel en als je ze wel ziet, lijken ze niet enthousiast. En bij werkopdrachten is het net of ze er eerst over willen nadenken of ze het wel zullen doen. Zij lijken nooit het initiatief te nemen en als zij tenslotte actief worden, is het nota bene om kritiek uit te oefenen op de gang van zaken. De beoordelingsrapporten spreken van gebrek aan werklust, gebrek aan initiatief, slechte contactuele eigenschappen, gemis aan leidende capaciteiten. Het gaat hier over de *dissenters*. Zij veroorzaken moeilijkheden en zij ondervinden moeilijkheden. Als het laatste lang genoeg duurt, worden ze ziek; want de kruik gaat slechts zolang te water tot ze breekt. Als men ze herkent, houdt men ze buiten de kring; hen valt niet de attractie ten deel, maar treft de repulsie.

Deze weergave is schematisch en typologisch; de werkelijkheid is uiteraard genuanceerder. Niettemin leert de dagelijkse ervaring dat dit typologische onderscheid een zeer bepalende, zo niet de voorname rol speelt in het maatschappelijk verkeer.

De vraag die kan opkomen is, waarom de één dissenter is en de ander niet, waarom de één coöperatief is tegenover de voorhandenheid en de ander zich als rebel manifesteert. Ik heb daar geen afdoend antwoord op. Wel zijn de typen herkenbaar; ik kom daar straks op terug. Maar herkenbaarheid op o.a. fysiologische gronden betekent nog niet, dat de voorwaarden voor het dissente zonder meer zijn

* Bewerking van een voordracht, uitgesproken op een studiedag van de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie op 20 juni j.l. in het Dijkzigt-ziekenhuis te Rotterdam.

gegeven in de constitutie. De kwestie van oorzaak en gevolg is hier volkomen onduidelijk. Hoe dikwijls de levensgeschiedenis predisponeert tot dissente instelling en dissente gedrag, weet ik ook niet. We weten alleen, dat de vervreemding en de verwijdering van de anderen al in de kinderjaren heel sterk kan worden ervaren. Wat verder opvalt is, dat het aantal dissente mensen toeneemt. Dat kan een overgang zijn van het latente naar het manifeste; het kan ook zijn, dat de maatschappelijke ontwikkelingen de oorzaak vormen van een toename van het fenomeen. In ieder geval wordt de afwending van de voorhanden situatie veelvuldiger en in de vlucht eruit valt — althans voor een deel — een herleving van de romantiek te bespeuren. Het verschil is, dat men zich heden ten dage niet alleen innerlijk van de voorhandenheid distantieert, maar dat men deze vervolgens ook te lijf gaat.

De S 5-er en de maatschappij

Het leven is voor de dissenter gevaarlijk. Want men stoot hem uit! Daarom is het leven ook voor de S 5-er in tweede instantie gevaarlijk. Want wat is de S 5-er in tweede instantie voor iemand? Het is iemand die weliswaar aanvankelijk is goedgekeurd, maar door het militaire leven zozeer onder druk kwam te staan, dat hij er tenslotte geestelijk negatieve gevolgen van ondervond. Na herstel wordt hij met een medisch stempeltje weer de burgermaatschappij ingeschoven. De S 5-er in tweede instantie is iemand, die een of meerdere dingen van het militaire leven niet *wilde* en toch *moest*; of die het héle militaire leven niet *wilde* en toch ondergaan *moest*. Al met al is de S 5-er in tweede instantie iemand, voor wie de kruik zolang te water ging tot hij brak. Zodra de kruik gebroken is, gaat het slachtoffer vervroegd de dienst uit. Daarna is het niet best met hem. Want als hij eens mocht solliciteren naar een betrekking, dan stellen keurende artsen zich vaak afwerend tegenover hem op. De kans op afkeuring is groot. Hetzelfde geldt ook voor de S 5-er in eerste instantie, die dus reeds werd afgekeurd bij de eerste militaire keuring. Nu is het een illusie te menen, dat de S 5-kwestie geen rol zou spelen, omdat de militaire instanties immers geen gegevens verstrekken aan keurende artsen. Door keurende artsen wordt meestal gevraagd naar afkeuring voor militaire dienst en als men daarvoor — gedreven door angst of waarheidsliefde — openlijk uitkomt, zullen dikwijls inlichtingen worden ingewonnen bij de huisarts. Als de huisarts geen opening van zaken geeft, kan de conclusie worden getrokken dat het dan wel niet zo best zal zijn, waardoor de kans op afkeuring groot wordt. Geeft hij wel opening van zaken, dan komt er wat betreft de S 5-er in tweede instantie de een of andere psychiatrische diagnose op tafel en dat is zonder meer iets, waar keurende artsen vrijwel nooit mee in zee durven; zij nemen dan maar liever het zekere voor het onzekere en keuren af, of op zijn best voorwaardelijk goed.

Deze gang van zaken is helaas reëel, hoewel vol-

komen onzinnig. Er is namelijk geen enkele grond voor aan te voeren om een S 5-er voor bepaalde functies minder geschikt te achten dan een ander. In wezen gaat het daarbij ook niet om het belang van de persoon in kwestie en het gaat ook niet om de mogelijkheid van een goede functieuitoefening als zodanig; in wezen gaat het om het speciale soort risico dat men met deze mensen meent te lopen. Nu is men daarbij al dadelijk ten onrechte zo bevreesd. Want lang niet allen die dissenter bleken tegenover het militaire apparaat, zijn het in de burgermaatschappij, die immers andere en ook veel meer aspecten heeft. Maar ook in die gevallen waarbij algemeen dissente trekken tot uiting komen, gaat het niet aan om de betrokkenen buiten de poort te houden. De S 5-er in eerste instantie en de S 5-er in tweede instantie lopen bij de sollicitatie dus een kwade kans. Zij worden op een hoop gegooid bij de groep van de zogenaamde geestelijk instabielen, een term die niets dekt. Dat de term wetenschappelijk gezien nonsens is, betekent echter niet, dat hij in zijn uitwerking indifferent is. Integendeel! Rond de term „geestelijke instabiliteit” kunt u in keuringsreglementen een aantal zeer agressieve stijlbloempjes aantreffen. Wie dan ook eenmaal het ongeluk heeft gehad met de term „geestelijk instabiel” bejegend te zijn, is in de burgermaatschappij niet al te best af. Dat geldt niet alleen voor de aanstellingskeuring. De S 5-er, alias de geestelijk onstabiele, loopt een „goede” kans op verzekeringspolissen een clause te krijgen. Dit risico ligt er vooral voor de S 5-er in tweede instantie, wat er dus op neerkomt dat de betrokkene als gevolg van zijn verblijf in militaire dienst — waarin hij ten onrechte werd opgenomen — zijn hele verdere leven wordt afgestraft, omdat hij het risico van een eventuele toekomstige break-down zelf moet dragen. Behalve met de dreiging van de zijde van keurende artsen en verzekeringsmaatschappijen heeft de S 5-er nog met een derde te doen, met zijn werkbaas namelijk. Hij verwisselde immers zijn burgerbetrekking voor het militaire dienstverband en als hij hieruit vervroegd ontslagen bij zijn baas terugkomt, kan daaruit gemakkelijk een sceptische instelling voortvloeien voor de toekomst. Dit kan bijvoorbeeld worden afgeleid uit het verzoek aan de bedrijfsarts om te willen nagaan of de betrokkene nog wel geschikt is voor zijn vroegere functie. Deze invloeden zijn uiteraard niet te schatten in hun gewicht. Men kan slechts constateren dat ze er zijn, en vaststellen dat er onder bazen en personeelschefs nogal wat lieden zijn die een geval van vervroegd ontslag uit militaire dienst — anders dan om lichamelijke redenen — in hun herinneringsbeeld bijzetten in de categorie „kneusjes”.

Nu zou er inderdaad een heel stuk van de problematiek zijn opgelost, als er niet zoiets als „S 5” bestond. Toch is daarmee de kwestie de wereld niet uit. Want ook al zou de kwalificatie S 5 zijn afgeschaft, dan blijven toch de S 5-ers als mensentypen bestaan; want het zijn dissenters. Onze maatschappij nu kent — ook los van militaire ervaringen

— vele dissenters. Naast de grote groep van enthousiaste ja-zeggars hebben we in onze wereld een toenemend aantal mensen die bezield zijn door de Geist der Verneinung, die leven vanuit het sentiment door Marcuse aangeduid als The Great Refusal. Deze mensen hebben wel altijd bestaan, maar beginnen eerst sedert kort in de kleine kring van filosofen waardering te krijgen. Maar in het dagelijkse leven treft hen met volle kracht de repulsie. Want wij leven nog steeds in een gemeenschap die heftig intolerant is tegenover een wezenlijke negatie van de in de gemeenschap dominerende waarden.

Men moet vooral niet denken dat het meevalt. Het feit is namelijk dat de dissenters te herkennen zijn, soms al bij een eerste contact. Want de instelling en de grondstemming worden nu eenmaal openbaar in het behaviour. Wie dagelijks ervaart, dat zijn gezindheid samenstemt met de voorhanden situaties, zal een houding ontwikkelen van zekerheid en doortastendheid. Wie echter steeds weer discongruentie bemerkt tussen de richting die de dingen nemen en wat hij als gewenst beschouwt, die ontwikkelt een onzeker en weifelend gedrag. Wie zich in de beste van alle denkbare werelden waant, treedt zijn medemens open en onbevangen tegemoet. Wie daarentegen ernstig twijfelt aan de juistheid van bestaande toestanden, wordt teruggetrokken, verlegen of aggressief. Wie vertrouwen heeft in de feitelijke ontwikkeling, schiet steeds toe om deze ontwikkeling nog verder te helpen bevorderen. Wie zich echter zorgen maakt over de fundamentele juistheid van de ingeslagen richting, gedraagt zich aarzelend en weigerachtig en komt tenslotte tot duidelijk verzet. Aan dit alles is de dissenter dus in grote lijnen te herkennen. Dat hij dissenter is, wordt openbaar uit zijn woorden, zijn stem, en zijn hele mimische en pantomimische uitdrukking. De dissenter is iemand die niet zonder meer „ja” zegt tegen het leven; hij heeft zijn reserves en vaak zegt hij recht toe recht aan „nee”. En dat kost hem de kop! Zéér veelzeggend in dit verband is bijvoorbeeld het jargon van personeelsfunctionarissen: onder het hoofdstuk „ongewenste eigenschappen” treft men termen aan als: „aarzelend”, „onzeker”, „verlegen”, etc. Het zijn echter niet alleen personeelsfunctionarissen die zich van deze onwetenschappelijke en discriminerende termen bedienen. Ook bij artsen en psychologen kan men dezelfde stijbloempjes aantreffen. Wij allen als enkelingen en wij allen als functie van vakgroep of discipline hebben gehoor gegeven aan het decreet van de dominante invloeden van de voorhandenheid. De geschetste constellatie is fnuikend voor de S 5-er; hij is evenzeer fnuikend voor allen die anderszins — buiten de kazerne — als dissenter openbaar worden. De verliezen zijn echter niet alleen aan de kant van de gediscrimineerden; waarschijnlijk is de samenleving als geheel wel de grootste verliezer, als gevolg van haar onwijze gedrag. We hebben niet alleen onze ja-zeggars nodig, maar ook onze nee-zeggars. Zodra iedereen overtuigd is, moét er één opstaan die zegt dat hij het toch nog niet ziet. Als het feest van de overwinning in volle

gang is, moet er iemand komen die naar de doden wijst die op het slagveld achterbleven.

Evenwel: de dissenters worden *niét* aanvaard. De dissenters *moeten* tal van dingen die ze niet *willen*. Iedere dag weer en ieder uur! Dat houdt geen mens vol. Veel dissenters worden dan ook ziek; wat vroeger of wat later. En als zich dat heeft voorgedaan, dan is hun lot bezegeld. Ze worden bijgezet in de categorieën der afdankertjes: de „kneusjes” van de personeelschef, de „geestelijk instabielen” van de afkeurende arts, en de „asocialen” van de psycholoog. De vraag is wat hiertegen gedaan moet worden. Wat betreft de S 5-ers ligt de zaak niet zo moeilijk. Als iemand zegt „waar een wil is, is een weg”, dan heeft hij gelijk. Maar evenzeer geldt dat met iemand die *niét* wil, geen land te bezeilen valt. Daarom is wat betreft de S 5-ers maar één oplossing mogelijk: iemand die *niét* in militaire dienst *wil*, *behoéft* het voortaan ook niet meer. Hij kan metéén rechtsomkeert maken en naar huis gaan; gewoon als iemand die niet wil, zonder dat er een psychiatrische schijnbeweging als een S 5 aan te pas hoeft te komen. Want „willen” en „niet willen” zijn zeer respectabele eigenschappen; in ieder geval komen in „wil” en „onwil” alle draden samen van vitaliteit, persoonlijkheid en overtuiging; „wil” en „onwil” vormen de condensatie van alles wat een individu beweegt en men kan ze dan ook niet straffeloos negeren.

De dissenter als ferment

Aanzienlijk moeilijker lijkt de oplossing voor de moeilijkheden van de dissidenten in de burgermaatschappij: de druk der omstandigheden is voor hen zeker niet minder zwaar. De „burgerplichtige” — om het zo maar eens te noemen — wordt niet minder sterk gemangeld dan de dienstplichtige. In dit verband is het van belang dat we ons realiseren, dat er weliswaar grote verschillen bestaan tussen de militaire en de burgermaatschappij, maar dat er toch ook overeenkomsten zijn aan te wijzen. Wie goed toeziet, komt al gauw tot de ontdekking dat beide in wezen hetzelfde stelsel van hiërarchische gewelddadigheid bezitten; en dat de sociaal-psychologische gevolgen die eruit voortkomen zeer analoog zijn. Niet alleen de politie en de marechaussee, maar ook het bedrijfsleven vormt voor een belangrijk deel een militaire organisatie. Tegen dit systeem van hiërarchische gewelddadigheid loopt de burgerplichtige dissident even hard te pletter als zijn collega-dienstplichtige in de kazerne. De consequente dienstplichtige dissident krijgt gevangenisstraf; als hij geluk heeft, wordt hij met een S 5 geloozd. Het lot van de dissenter in de burgermaatschappij is iets anders. Uit alle menselijke relaties en maatschappelijke betrekkingen wordt hij telkens weer weggestoten. Van hot naar her geslingerd vindt men hem na vele botsingen dikwijls terug in een functie ver beneden zijn capaciteiten. Zo ontstaan de zonderlingen op de afdelingen van kantoren en bedrijven. Op de personeelslijst staan ze geboekt als „kneusjes”; wat een navrante waarheid

behelst, want het zou wel een wonder zijn als men uit zoveel botsingen ongekneusd tevoorschijn kwam.

De klemmende vraag — ook een vraag in dit bestek — is, hoe het probleem van de dissenter in de burgermaatschappij moet worden opgelost. Persoonlijk zie ik slechts één mogelijkheid: dat men begint met conflictsituaties principieel te aanvaarden en dat men niet de quasi-oplossing blijft hanteleren van Piet te verwijderen ter wille van Jan. Men zal voortaan andere wegen moeten gaan; men zal het conflict moeten leren zien als een onontbeerlijk ferment van onze samenleving. Willen wij met het S 5-probleem klaarkomen, dan zullen wij moeten klaarkomen met het probleem van de dissenters in de burgermaatschappij. Dit stelt vervolgens weer onze hele maatschappij als vraagstuk aan de orde. Alleen door dit vraagstuk op te lossen, kan er wezenlijk worden bijgedragen aan de groeiende spanning tussen het noordelijk en zuidelijk halfmond, tussen rijkdom en armoede. De rekening zal onze kinderen worden gepresenteerd, als wij falen. Geen rekening met zakelijke cijfers. Deze rekening zal worden aangeboden op bladen „*wit en hel van haat!*”

Hogere eisen voor toelating tot vroedvrouw-examen

In de Memorie van Antwoord op het voorlopig verslag van de Vaste Commissie voor Volksgezondheid der Tweede Kamer over de voorgestelde wijziging van de wet van 25 december 1878, houdende regeling der voorwaarden tot verkrijging der bevoegdheid van arts, tandarts, apotheker, vroedvrouw en apothekersassistent en van de wet van 1 juni 1865, regelende de uitoefening der geneeskunst (zie M.C. nr. 44/1968, blz. 1160) zegt de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid dat hij het met de vaste Commissie zeer wel denkbaar acht dat het verlenen van verloskundige raad of bijstand door mannen wordt uitgeoefend, aangezien eveneens mannelijke artsen gynaecologie en verloskunde beoefenen. In die gedachtengang zou het inderdaad beter zijn de term „vroedvrouw” te vervangen door het woord „verloskundige”. De titel verloskundige wordt trouwens ook nu al door vele vroedvrouwen gevoerd. Ook volgens artikel II van het ontwerp van wet zal dit geoorloofd zijn. De staatssecretaris zal naderhand gaarne een wijziging van bedoelde titel in overweging nemen. Het is alleen niet goed doenlijk om bij deze gelegenheid al het woord vroedvrouw door het woord verloskundige te vervangen. Er zijn nog een aantal andere wetsartikelen in deze en in andere wetten, waarin de term vroedvrouw voorkomt en die nu niet in dit wetsontwerp aan de orde zijn. Bovendien zijn dan andere redactionele aanpassingen nodig. Bij een volgende gelegenheid is de staatssecretaris bereid hierop terug te komen.

Bij het indienen van het onderhavige ontwerp van

wet heeft de staatssecretaris medegedeeld, dat het hem juist voorkwam om in de toekomst geen andere leerlingen toe te laten tot de vroedvrouwenopleiding dan verpleegsters. Deze maatregel leek wenselijk om het beroep van vroedvrouw aantrekkelijk te houden, hetgeen noodzakelijk was omdat het aantal vroedvrouwen geleidelijk afnam. Inmiddels is gebleken, dat de terugloop van het aantal vroedvrouwen tot stilstand is gekomen. De vraag naar dienstverlening door vroedvrouwen in ziekenhuizen en kraaminrichtingen is toegenomen. Het is gebleken dat de huisartsen meer dan voorheen de aanstaande kraamvrouw adviseren de vroedvrouw in te schakelen. De vroedvrouwenorganisaties zijn unaniem van mening dat de opleiding tot vroedvrouw een geheel eigen karakter heeft en uit dien hoofde open behoort te staan voor kandidaten met een bepaald niveau van algemene ontwikkeling, die niet eerst een andere vakopleiding gevolgd behoeven te hebben. Hiernaast zal de mogelijkheid moeten open blijven om bijvoorbeeld verpleegkundigen de opleiding te doen volgen.

Onder deze omstandigheden is de staatssecretaris tot de conclusie gekomen dat het, zulks in afwijking van hetgeen in de Memorie van Toelichting op dit ontwerp van wet is medegedeeld, de voorkeur verdient beide toegangen tot de vroedvrouwenopleiding te handhaven. Dit neemt de noodzaak van de voorgestelde maatregelen uiteraard niet weg. Een nieuwe algemene maatregel van bestuur tot modernisering van de opleiding en de examens van vroedvrouw blijft noodzakelijk, waarbij uiteraard de betrokken organisaties zullen worden geraadpleegd. Wanneer de nieuwe algemene maatregel van bestuur de mogelijkheid laat bestaan om met uitsluitend het niveau van m.a.v.o. IV-onderwijs tot de opleiding van vroedvrouw te worden toegelaten, spreekt het vanzelf dat de toelating ook open staat voor degene die medicijnen studeert. Dat de student in de medicijnen na het behalen van het kandidaats-examen nog een beperkte bevoegdheid op het terrein van de gezondheidszorg zou nastreven is overigens een gedachte, welke de staatssecretaris met de minister van Onderwijs en Wetenschappen zal bespreken in het kader van de verdere wijziging in de artsenopleiding. In datzelfde kader past ook de gedachte in het voorlopig verslag uitgesproken, dat een scandering in de medische beroepsuitoefening mogelijk moet zijn. De staatssecretaris verstaat hier dan onder dat een gedeeltelijk gevolgde artsenopleiding wellicht als grondslag kan dienen voor een kortere beroepsopleiding voor een medisch of paramedisch beroep.

MEDISCH CONTACT IN 1971

Het eerste nummer van Medisch Contact in 1971 zal uitkomen op 8 januari; dientengevolge zullen in de (26ste) jaargang 51 nummers verschijnen.

De ontmythologisering van de medicus en de rol van de Maatschappij Geneeskunst

Door Dr. A. J. M. van Beusekom-Kits van Heijningen

Het proces van herwaardering c.q. ontluistering, dat zich op het ogenblik allerwege afspeelt, heeft constructieve en destructieve facetten. Het is ten dele een blijk van volwassener worden van de samenleving als geheel, dat alle overgeleverde normen, waardeoordelen en taboes weer eens aan een kritische beschouwing worden onderworpen, en dat een aantal vervolgens met een zucht van verlichting, ontluisterd, overboord wordt gezet. Het is de logische consequentie van de toegenomen geestelijke ontwikkeling van de individuen in de samenleving en het werkt alleen maar verhelderend en bevrijdend, waardoor een verdere ontplooiing wordt bevorderd. Wie uit angst voor verlies van zekerheden tracht dit getij te keren, miskent het probleem en de toekomstmogelijkheden die het biedt. De toenemende macht van de mens over de wereld om hem heen vereist een toenemende discipline van individu en samenleving, die niet langer kan zijn gebaseerd op angst voor de toorn der goden die zich in de geheimzinnige ruimte om de aardbol heen bevinden. Wij ervaren die ruimte niet langer als geheimzinnig, wij zijn er zelf geweest; de toorn der goden heeft, mede daardoor, lang niet meer op iedereen de afschrikwekkende werking van vooreen. De prikkel tot zelfbeperking zal voortaan moeten komen uit angst voor onszelf, of liever uit een helder, goed gedocumenteerd besef van de consequenties van ons huidige doen en laten voor de bestaansmogelijkheden van onze samenleving nu en in een verdere toekomst. De ontluistering als herwaardering vormt een noodzakelijk element bij de inspectie van de mogelijkheden waarover de samenleving beschikt om deze opgaaf te volvoeren.

Anderzijds kan een dergelijke ontluistering óók uiting zijn van een spanning tussen de samenleving en het individu, dat onmachtig is aan de gestelde normen te voldoen en zijn onvrede met zichzelf projecteert op de maatschappij. Bij discrepantie tussen het individu en de eisen die de samenleving stelt zijn er altijd twee mogelijkheden: het individu verbeteren of de norm verlagen. Er zijn groepen die deze laatste oplossing nastreven door aan te tonen dat de norm voos is en er om die reden niet aan behoefte te worden voldaan. Een dergelijke denormering van de maatschappij ter bestrijding van het onrecht van frustratie voor degenen die beneden de maat blijven, heeft als uiterste consequentie bestrijding van iedere norm en zeker van al datgene dat door zijn kwaliteit de gefrustreerde nijd opwekt van de ondermaatsen. Het is een uitzichtloze ontwikkeling, omdat ook de ondermaatsen niet gelukkiger worden wanneer de totale ontreding is bereikt en zij kunnen zeggen: zie je wel,

dat hebben we altijd wel gezegd. Zij hadden namelijk veel liever ongelijk, maar een samenleving die zich tegen een dergelijke stormloop op wel aanvaardbare waarden niet meer verweert, bewijst daardoor inderdaad haar voosheid. Constructieve en destructieve ontluistering zijn zó verwarrend verweven, dat het een voortdurende waakzaamheid eist om beide elementen in ieder ontmythologiseringsproces te kunnen scheiden.

Het spreekt vanzelf, dat alle professies die aanzien genieten voor herwaardering in aanmerking komen, en zo zien wij dat naast hoogleraren, rechers en geloofsdienaren ook de arts met zijn beroep tussen priester en mecanicien — drager van onaanvaardbare autoriteit en tegelijk hinderlijk onmisbare hulp bij reparaties — voorwerp van herwaardering is. Voorzover een volwassener en beter geïnformeerd patiëntenbestand extra nascholing van zijn medicus verkiest boven een extra schepje met mystiek paternalisme gesausde toewijding, en zijn medicus ook wel zover als gewoon mens doorziet dat hij zijn veelgeprezen dag en nacht voor iedereen klaar staan met een korreltje zout neemt, valt die ontwikkeling alleen maar toe te juichen, ook al valt het de medicus wel eens moeilijk van zijn voetstuk te klimmen en te aanvaarden, dat ook zijn werk op kwaliteit en niet op goede bedoelingen wordt gekeurd. Daarnaast echter en daar doorheen, wordt ook de arts voorwerp van heftige en vaak goed georganiseerde aanvallen van de gefrustreerde ondermaatsen, die juist de positieve hoogtepunten in het bestaande bestel willen ondermijnen om het geheel ten val te kunnen brengen. De procedure verloopt in grote lijnen als volgt: 1e. Hij is niet zo'n beste vakman. 2e. Hij is helemaal niet zo edel, integendeel: eigenlijk is die man alleen uit op de centen en buit daarbij zijn monopolie-positie uit, terwijl hij bovendien het schijnheilige masker opzet, dat hem de volksgezondheid zo ter harte gaat. Ieder incidenteel falen wordt opgeblazen tot bewijs van de stelling, dat het hele beroep rot is en dat men er nu dank zij de publiciteitsmedia niet lang meer in zal slagen dit feit verborgen te houden. Alle redelijke of onredelijke eisen tot inkomensverbetering of kostendekking worden vervormd tot bewijs voor de aasgierenmentaliteit van de gehele professie. Het is daarbij verontrustend te zien, hoe een aantal collegae struikelt over de baard van de haast om de progressieve beeldenstormers voor te blijven in het zwart maken van hun eigen beroep uit angst om voor conservatief te worden aangezien. Een constructief verweer tegen de destructieve tendensen in deze ontluisteringsprocedure is broodnodig.

Te zeer heeft de Maatschappij Geneeskunst het

odium op zich geladen de hoedster te zijn van vooral de economische belangen van het medisch „establishment”. Zij heeft niet tijdig onderkend, dat door de opkomst van een grote groep artsen in dienstverband aan de universiteiten binnen de groep belangentegenstellingen en inkomensdiscrepancies zijn ontstaan, die het geheel dreigen te ontwrichten. De aspecten die nu aandacht behoeven zijn:

1. Verbetering van de kwaliteit niet alleen door repressieve tuchtrechtelijke controle. Het is nodig dat de Maatschappij blijk geeft van haar zorg voor de kwaliteit, door waar mogelijk te waken tegen verdere niveauverlaging van de opleidingen. Zij zou bijvoorbeeld moeten tonen het belang van medisch-wetenschappelijk onderzoek voor de handhaving van het niveau in te zien, door zoveel mogelijk bij te dragen tot inrichting van een opleiding tot medisch-biologisch onderzoeker. Zij zou er daarbij blijk van moeten geven van teamwerk met onderzoekers van andere disciplines noodzakelijk te achten door voorkeur uit te spreken voor samenwerking met andere instanties in dezen.
2. De toenemende campagne over de fantastische specialisteninkomens en -honoraria kan o.i. alleen worden bestreden door opening van zaken te geven. Dan zal daar misschien uitkomen, dat er een aantal specialisten is dat inderdaad

exorbitante inkomens verwerft, maar dan moet daar ook eens duidelijk tegenover worden gesteld hoe kort deze mensen dit kunnen doen, hoe lang deze mensen moeten worden opgeleid en hoeveel kosten zij zich moeten getroosten. Zo lang er geen studieloon bestaat dat aansluit op het einde van de leerplichtige leeftijd, ligt het voor de hand dat deze kosten — gedeeld inkomen van een ongeschoolde en niet verworven pensioenaanspraken inbegrepen — worden gekapitaliseerd en doorberekend in de uiteindelijke kosten der arbeidsprestatie. De K.N.M.G. zou dan daarbij duidelijk moeten tonen, dat zij bereid is „het onkruid in eigen tuin te wieden” door onverantwoorde discrepanties te helpen gladstrijken. Waar nodig, zou zij dit moeten doen óók door offers te eisen, niet alleen door degenen die er het ongunstigst aan toe zijn op te trekken naar het niveau van hen die er het gunstigst aan toe zijn. Met deze laatste tactiek kan zij bepaald niet geloofwaardig maken, dat de Nederlandse arts niet alleen en in de eerste plaats streeft naar verbetering van zijn inkomen over de rug van zijn patiënten.

Al deze activiteiten moeten worden gezien als facetten van één streven: de Nederlandse arts zijn niet geheel ten onrechte geschonden aanzien terug te geven door zijn niveau in ieder opzicht te verbeteren.

Societas Medica et Chirurgica Neerlandia

De Societas Medica et Chirurgica Neerlandia zal op zaterdag 30 januari 1971 om 9.30 uur in de RAI te Amsterdam in het openbaar vergaderen over het onderwerp: „Thrombosepreventie in de heelkunde”. De Societas Medica et Chirurgica Neerlandia is in principe een gezelschap dat besloten zittingen houdt, doch ditmaal een vergadering wil uitschrijven waarbij een actueel en controversieel onderwerp zal worden behandeld. Diverse specialismen zullen hierbij zijn betrokken, hetgeen de reden is om de beslotenheid voor deze vergadering bij wijze van uitzondering prijs te geven. Leden van vele verenigingen zullen worden uitgenodigd.

In de ochtendbijeenkomst, geleid door Dr. J. Roos, 's-Gravenhage, zullen onder het motto: „Veranderende inzichten over de veneuze thrombose” een aantal voordrachten worden gehouden inzake de veranderende inzichten over: de diagnostiek van de veneuze thrombose (Dr. G. H. J. den Ottolander, Rotterdam); de diagnostiek van de longembolie (Prof. Dr. C. L. H. Majoor, Nijmegen); het ontstaan van thrombose (Dr. J. J. Sixma, Utrecht); de farmacologie van coumarineverbindingen (Prof. Dr. C. Haanen, Nijmegen); de controlemethodiek (Prof. Dr.

E. A. Loeliger, Leiden); het couperen van de behandeling met anticoagulantia (Dr. P. F. Bruning, Leiden); het opereren onder anticoagulantia (Dr. J. N. Keeman, Amsterdam); beschikbare gegevens uit de literatuur (Dr. J. M. Greep, Amsterdam); de statistische interpretatie bij proefonderzoeken (Dr. V. M. Oppers, Amsterdam).

In de middagvergadering zal een panel, onder leiding van Prof. Dr. W. van Enst, Amsterdam, discussiëren over: „Dagelijkse problemen bij de thrombosepreventie” in de algemene heelkunde, de vaatchirurgie, de urologie, de orthopaedie en de gynaecologie. Het panel zal bestaan uit: Dr. C. Cornil, Rotterdam; Dr. R. J. A. M. van Dongen, Sittard; Dr. T. K. A. B. Eskes, Amsterdam; Dr. J. M. Greep, Amsterdam; Dr. J. N. Keeman, Amsterdam; Dr. H. J. de Mol van Otterloo, Den Haag; Prof. Dr. H. Muller, Rotterdam; Prof. Dr. R. J. Scholtmeyer, Amsterdam; Dr. J. L. Terpstra, Leiden. Prof. Dr. J. Vreeken, Amsterdam, zal een samenvattende beschouwing geven.

Voor nadere inlichtingen: Dr. J. M. Greep, Sint Lucas Ziekenhuis, Jan Tooropstraat 164, Amsterdam. Tel.: 020-186555/tst. 334.

De huisarts als centrale figuur in de Joegoslavische gezondheidszorg

Door Dr. J. M. L. Phaff

In tegenstelling tot andere Oosteuropese landen en Rusland heeft Joegoslavië de huisarts als centrale figuur in de gezondheidszorg sterk naar voren gebracht. Het is vooral Andrija Stampar geweest, die zowel de huisartsgeneeskunde als de sociale geneeskunde heeft bevorderd. Mede hierdoor heeft zijn medewerker Vouletic reeds sedert 1960 een specialistische opleiding tot huisarts na het arts-examen ingesteld. Deze opleiding wordt gegeven aan enkele instituten, die aan een universiteit zijn gelieerd. In deze instituten worden ook sociaal-geneeskundige opleidingen gegeven. Prototype van een dergelijk instituut is de Andrija Stampar Public Health School in Zagreb.

De — overigens vrijwillige — opleiding tot huisarts duurt drie jaren. Zij vindt plaats na het arts-examen. Het programma bestaat uit een halfjarige ziekenhuisopleiding, telkens afgewisseld met een half jaar praktijk. Bovendien zijn er seminars en studiebijeenkomsten betreffende bepaalde onderwerpen. De opdrachten voor literatuurstudie als voorbereiding voor de stage in een klinische afdeling worden gedurende het halve jaar praktijk voorbereid. Na afloop van de opleiding verkrijgt de huisarts een titel. Het salarisniveau is hoger dan dat van niet-opgeleide huisartsen, leidende functies in de huisartscentra staan open, evenals functies aan de universiteit: assistent, lector, hoogleraar. Ook in de studie vóór het artsexamen is de huisartsgeneeskunde ingevoerd. In het eerste jaar is dat een algemene oriëntatie, in het vierde jaar een stage van veertien dagen op het platteland ter oriëntatie over de algemene gezondheidszorg, en in het vijfde jaar een stage van veertien dagen bij een huisartscentrum, waar onder supervisie zelfstandig praktijk wordt gedaan. Deze opleiding geldt voor alle artsen, dus ook voor die studenten, die zich later in een andere richting willen specialiseren. De belangstelling om huisarts te worden groeit mede door deze onderwijsmogelijkheden van 10% in het eerste jaar tot 50% in het zesde jaar, terwijl uiteindelijk 20% van alle afgestudeerden huisarts wordt.

Een probleem voor de opleiding van studenten wordt gevormd door de grote toeloop. Voor Zagreb bestaat een aanmelding van 1000 eerstejaars, waarvan er 400 kunnen worden geplaatst. Maar ook dit aantal is reeds veel te groot voor de bestaande staf en outillage: in Nederland stelt men het maximum op 200. De selectie wordt in Joegoslavië verricht op grond van de cijfers van de middelbare school en van een psychologische test. De artsenstudie duurt

Uit „Medezeggenschap en inspraak in de gezondheidszorg. Experimenten in Joegoslavië”, een verslag van Dr. J. M. L. Phaff, publiceerden wij reeds (in M.C. nr. 48/1970, blz. 1301) het gedeelte dat in het bijzonder was gewijd aan het zelfbestuur. Vandaag komt in een tweede en laatste bijdrage de huisarts daar te lande aan de orde.

Reeds gedurende de zes jaar van zijn opleiding maakt de medische student in Joegoslavië via een drietal stages kennis met de huisartsgeneeskunde. Na het behalen van de artsenbul kan hij zich in drie jaar tot huisarts specialiseren. Eenmaal zover komt hij meestal te werken in een huisartscentrum. Aan de evaluatie van die groepspraktijk wordt in het land veel aandacht besteed.

6 jaren; men kent 28 specialistische richtingen. De keuze voor het latere beroep is volledig vrij, ook de mogelijkheid tot emigratie staat open. Daarvan maken vele artsen en verpleegsters gebruik: grote aantallen zoeken een werkkring in West-Duitsland, Zweden, de USA of elders. Ook dit schept weer problemen in Joegoslavië zelf, dat de kosten voor de opleiding draagt.

Indien men zich als huisarts wil vestigen, kan men solliciteren naar een vacature bij een huisartscentrum. In een dergelijk centrum is een vacaturecommissie, die bestaat uit drie gemeenteraadsleden en drie artsen. Volgt benoeming, dan wordt de huisarts in een groepspraktijk geplaatst. De overige groepspraktijkleden hebben hierin geen rechtstreekse medezeggenschap. De meeste artsen prefereren een specialistenopleiding boven een huisartsenplaats, ondanks het feit dat huisartsen, vooral op afgelegen en weinig in trek zijnde gebieden, een hoger salaris kunnen verdienen dan een specialist. Het salaris van een arts, gemiddeld f 8.000,—, wordt vastgesteld door het bestuur van het huisartscentrum, dat uit de artsen en andere werkers bestaat. Indien men op weinig aantrekkelijke plaatsen toch artsen wil aantrekken, probeert het bestuur van de huisartsorganisatie daar via zijn directeur (eveneens een arts) bij ziekenfonds of gemeente een hoger salaris te claimen. De jonge huisarts is deel van het team dat in het gezondheidscentrum werkt, meestal bestaande uit een viertal huisartsen, een kinderarts, enkele verpleegsters en doktersassistenten. Eén van de

artsen wordt aangesteld als coördinator. Hij zorgt voor alle organisatieaspecten en roept zijn collega's ook op voor de wekelijkse teambesprekingen, die op zaterdag plaatsvinden; de verpleegsters zijn hierbij niet aanwezig. In deze teambesprekingen worden organisatievraagstukken besproken, naast probleempatiënten en algemene beleidslijnen die de patiëntenbehandeling betreffen; er bestaan geen sancties. Met specialisten in het ziekenhuis is weinig contact. Opgenomen patiënten worden niet bezocht. Er is een gezinsdossier met uniforme patiëntenkaarten, die veel lijken op de NHG-kaarten.

De werktijden zijn voor twee van de artsen: 7 - 13 uur, voor de beide anderen: 13 - 19 uur. De werktijden wisselen iedere dag, de artsen maken gebruik van elkaars spreekkamer. De nachtdienst gaat in om 19 uur en eindigt om 7 uur; deze wordt geregeld vanuit één centrale post in de stad (600.000 inwoners in Zagreb), ziekenhuisassistenten maken met ambulancewagens spoedvisites, er is een goede outillage van de ambulances. De spoedvisites betreffen slechts peracute gevallen; de patiënt betaalt hiervoor een bedrag per visite. Iedere nacht is er één ziekenhuis dat dienst heeft en waarop opnamen worden afgevoerd. Particuliere praktijk is niet verboden, maar deze is niet te verenigen met een betrekking aan een huisartscentrum of een ziekenhuis. Particuliere praktijk is slechts op zeer geringe schaal gerealiseerd. Het gemiddeld aantal diensten per patiënt is 5 per jaar, er worden slechts 3 à 4 huisvisites per arts per dag gemaakt. De patiënten krijgen hun reiskosten naar de huisartspraktijk vergoed. Bevallingen worden, althans in de steden, praktisch geheel klinisch door de gynaecologen geleid. De kinderarts in het huisartscentrum verzorgt alleen de preventieve zorg voor kinderen van 0-15 jaar.

Een zekere mate van integratie van preventieve en curatieve zorg wordt door dit systeem wel bereikt. Toch is men niet gelukkig met de scheiding van behandeling tussen huisarts, kinderarts, gynaecoloog en bedrijfsarts. Op een enkele plaats wordt een experiment gedaan om al deze functies weer samen te brengen bij één huisarts, die een praktijkomvang moet hebben die afwijkt van het gemiddelde van 3000 patiënten: die omvang zou dan 2000 tot 1500 moeten bedragen. Men tracht vooral uit opleidingsoogpunt de kwaliteit van de huisarts te evalueren, om zodoende de waarde van de specifieke huisartsenopleiding te kunnen beoordelen. Deze waarde wordt door sommige klinische specialisten, waaronder hoogleraren, nog altijd niet hoog aangeslagen. Velen zeggen dat men de huisarts alleen goed kan opleiden in de kliniek. De stages in de huisartspraktijk hebben, zeggen sommigen, negatieve waarde, omdat men de studenten dan toont hoe zij niet moeten werken; ook de wetenschappelijke waarde van de huisartspraktijk wordt aangevochten. Ondanks deze negatieve gevoelstonen van een aantal klinische specialisten, overigens een mondiaal verschijnsel, heeft Prof. Vouletic zijn opleiding doorgezet. Zeer vele huisartsen, gezondheidsautoriteiten en

een toenemend aantal klinische specialisten hebben grote waardering voor de „specialistische” huisartsenopleiding. In Kroatië heeft de helft van alle huisartsen de opleiding gevolgd; aan enkele andere universiteiten is eenzelfde opleiding begonnen.

Langs drie wegen tracht men een evaluatie tot stand te brengen, namelijk door een arts als buitenstaander het werk van de huisarts te laten registreren en beoordelen, door een administratieve beoordeling van verrichtingen toe te passen (verwijzingen, receptuur, laboratoriumonderzoek), en door betrokkenen bij de huisartsbehandeling naar hun oordeel te vragen, zoals de coördinerend huisarts, de specialisten, patiënten. Ook kent men een visitatiecommissie, die te vergelijken is met de gelijknamige commissies in Nederland die de opleidingsziekenhuizen bezoeken namens de Specialisten Registratie Commissie. Overtredingen van artsen worden op drieërlei wijze beoordeeld: indien er geen schade is toegebracht aan een patiënt, is er een commissie uit de artsenvereniging, die te vergelijken is met onze afdelingsraad; indien er wel schade is toegebracht, kan de patiënt een klacht indienen bij de civiele rechter; indien er sprake is van wetsovertreding, dient de zaak voor de strafrechter te komen.

„Medezeggenschap en inspraak in de gezondheidszorg. Experimenten in Joegoslavië” dateert van 12 mei 1970. Afgezien van de algemene inleiding en een korte conclusie bevat het rapport de paragrafen: organisatie van de gezondheidszorg; financiering van de gezondheidszorg; de huisarts; zelfbestuur, medezeggenschap en inspraak. De beide laatste paragrafen werden in dit blad afgedrukt.

Literatuur:

- Constandse, A. L. Joegoslavië; land, volk, cultuur. Het Wereldvenster Baarn 1968.
- Evans, M. J. B. The organization and planning of health services in Yugoslavia. Gestencild rapport 1967 (niet in de handel).
- Jahn, E. Der öffentliche Gesundheitsdienst in den Osteuropäischen Ländern. Off. Gesundheitsdienst 27, 1965, 305.
- Landheer, T. Studiereis van een arts naar Joegoslavië. Med. Contact 37, 1964, 608, 636.
- Mulder, M. Medezeggenschap: mythe of werkelijkheid? Jubileumpublicatie Van de Bunt & Co, Amsterdam 1969 (niet in de handel).
- Shain, M. Health services in Yugoslavia. Medical Care VII, 1969, 481.
- Stampar, A. Serving the cause of public health. Zagreb, 1966.
- Vuknanovic, C. The system and statistics in Yugoslavia compared with other countries. Milbank Memorial Fund Quarterly 43, 1965, 291.
- Van de Weg, E. Organisatie gezondheidszorg in Joegoslavië. Med. Contact 22, 1967, 315.
- Nieuwe Rotterdamse Courant, 9 januari 1970. Arbeiderszelfbestuur niet uit te voeren zonder socialisme.
- Andrija Stampar. School of public health. Annual report 1968-1969, Zagreb 1969.

en om bij te blijven:

De vakbeweging, 2 oktober 1970. Joegoslavië's ziekenhuizen moeten zich zelf bedruipen.

Eerste lustrum van de eigen levensverzekeringmaatschappij voor artsen

Op 10 december 1965 vond de officiële oprichting plaats van de verzekeringmaatschappij die thans onder de naam O.L.M.A. nogal wat bekendheid geniet in de medische wereld. Eerder in dat jaar — het was de 30e januari — was de Algemene Vergadering van de K.N.M.G. bijeengekomen om de belangrijke beslissing te nemen en aan de Commissie Oudendagsvoorziening onder voorzitterschap van Dr. I. A. van Goor werd toen de opdracht verstrekt de oprichting zo spoedig mogelijk te realiseren. Met het gevolg dat de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen nog datzelfde jaar werd geboren. Maar er was één „moeilijkheid”... want om als levensverzekeringmaatschappij in ons land werkzaam te kunnen zijn, dient een kapitaal geplaatst te zijn van tenminste 1 miljoen gulden. Vandaar dat de ledenvergadering van de L.H.V. en L.S.V. indertijd besloten om aan haar leden gedurende twee jaar een extra-contributie te vragen om dit benodigde kapitaal bijeen te brengen. Samen met een bijdrage van de L.A.D. hebben deze maatschappelijke verenigingen het bedrag van 1 miljoen gulden ter beschikking van de O.L.M.A. gesteld. Hierbij mag opgemerkt worden, dat de O.L.M.A. over dit beginkapitaal een normale rente vergoedt, waardoor de Nederlandse artsen op indirecte wijze als het ware „aandeelhouder” van de O.L.M.A. zijn.

Een onderlinge waarborgmaatschappij

Als rechtsvorm heeft de O.L.M.A. de vorm gekregen van een onderlinge waarborgmaatschappij. De algemene leiding ligt in handen van een bestuurscollege van 7 commissarissen die benoemd worden door de Algemene Ledenvergadering van de O.L.M.A. uit een bindende voordracht, op te stellen door de K.N.M.G. (2 zetels), de L.H.V. (2 zetels), de L.S.V. (2 zetels) en de L.A.D. (1 zetel). Op deze wijze is bereikt dat er twee wegen zijn die de O.L.M.A. als een orgaan van de georganiseerde artsenmaatschappij laten functioneren. Enerzijds rechtstreeks, doordat de arts-verzekerde op de Algemene Ledenvergadering als lid van de O.L.M.A. zijn invloed kan laten gelden - anderzijds indirect, doordat alle artsen-groeperingen in het beleidsorgaan van de O.L.M.A. zijn vertegenwoordigd.

10 december 1965 - 7 juli 1966: zes maanden van nadere voorbereiding

Tussen de datum van oprichting en de datum, waarop de O.L.M.A. effectief van haar bestaan kon laten blijken, lag nog een zekere spanne tijds. Naast het regelen van een administratieve opzet, ontwerpen en laten vervaardigen van formulieren etc. en

het aantrekken van het benodigde personeel om een en ander uit te voeren, was het belangrijkste punt in deze periode het contact met de Verzekeringskamer, het van Overheidswege ingestelde toezicht-houdend orgaan op het verzekeringswezen in Nederland. Op 7 juli 1966 verleende de Verzekeringskamer de officiële toestemming aan de O.L.M.A. om het levensverzekeringbedrijf te gaan uitoefenen.

En toen verder...

Sinds de oprichting heeft de groei van de O.L.M.A. de verwachtingen overtroffen. Want wat slechts met een naam begon, werd al spoedig tot een begrip voor de vele artsen die hun weg tot de O.L.M.A. vonden. Enkele cijfers tonen dit aan:

Het totaal verzekerd bedrag per 1 december 1970 bedraagt f 96½ miljoen. Het premie-inkomen over 1970 zal naar schatting f 2,3 miljoen bedragen. Het belegd vermogen per 1 december 1970 is f 11½ miljoen. En het aantal verzekerden per 1 december 1970: 1910.

In feite vertellen deze cijfers niet meer dan het bekende topje van een ijsberg dat zich boven water laat zien. Want over een uitgestrekt gebied — direct samenhangend of in verder verwijderd verband met verzekeringen — heeft de O.L.M.A. in de loop der jaren vele activiteiten ontplooid en contacten gelegd. Dit behoeft geen verwondering te wekken omdat door de veelzijdige werkzaamheden, uitsluitend onder artsen, bij de O.L.M.A. een gespecialiseerde kennis werd opgezameld, een „know-how” die aanzienlijk verder reikt dan het beperkte gebied van levensverzekeringen alleen. Geen wonder dus dat in de loop der jaren — in samenwerking met enkele bankinstellingen — het gebied van de praktijk-financieringen met groot succes werd betreden. Vele miljoenen guldens zijn, na beoordeling en op advies van de O.L.M.A., aldus geleend aan artsen in verband met praktijk-overname associatie en aankoop of (ver)bouw(ing) van een woon- of praktijkpand. De daarmee in verband staande levensverzekeringen zijn beperkt gehouden tot het allernoodzakelijkste, met name aflopende risicoverzekeringen voor het ongedekte deel van een aldus opgenomen krediet.

Research en röntgen; de O.L.M.A. als vraagbaak

Naast het afsluiten van levensverzekeringen, risicoverzekeringen en pensioenverzekeringen en behalve het financieren van praktijken, doet de O.L.M.A. ook aan verzekeringsresearch om „de tijd vóór te blijven” en om aan de hand van verzamelde en verwerkte gegevens de Nederlandse artsenstand

optimaal van dienst te kunnen zijn met gedegen adviezen. Niet alleen beperkt tot levensverzekeringen, maar zich uitstrekkend over het gehele verzekeringsgebied, worden lopende verzekeringsportefeuilles doorgelicht. Fiscale en juridische problemen van velerlei soort — samenhangend met het medische beroep — worden aan de O.L.M.A. voorgelegd, alsook vragen die in een zuiver persoonlijke sfeer liggen, variërend van het opzetten van een huishoudelijk budget tot beleggingsadviezen voor artsen-weduwen. Op al deze vragen kon en kan — in vele gevallen in goede samenwerking met de K.N.M.G. en haar organen of met de aan de O.L.M.A. verbonden adviseurs — de arts op bevredigende wijze worden ingelicht of hem de weg worden gewezen naar de juiste persoon of instantie voor verdere informatie.

Een veelheid van taken waar zeven mensen achter staan

De veelheid van taken, die op de schouders van de O.L.M.A. rust, wordt door zeven mensen met enthousiasme opgevangen. Vijf medewerkers zijn sedert de oprichting aan de O.L.M.A. verbonden, waaraan er naderhand nog twee zijn toegevoegd toen de werkzaamheden zich verder gingen uitbreiden.

Kleine mijlpaal

Vijf jaar is maar een kleine mijlpaal. Maar ondanks dat, hebben wij gemeend dit eerste lustrum van de O.L.M.A. niet onopgemerkt voorbij te mogen laten gaan. Omdat in deze betrekkelijk korte periode de O.L.M.A. bewezen heeft een grote vitaliteit en levensvatbaarheid te bezitten. Getuige de opmerkelijke groei. Gelet op haar betekenis die zij in de artsenmaatschappij heeft verworven. Dit alles te meer opmerkelijk wanneer men bedenkt, dat alles op basis van vrijwilligheid is ontstaan. Als arts had en heeft men de volle vrijheid om al dan niet van de diensten van de O.L.M.A. gebruik te maken. En het volgende lustrum? Waarschijnlijk zal het in een iets gewijzigde situatie plaatsvinden, want naast de vrijwillige voorzieningen bij de O.L.M.A. bestaan dan — althans naar verwachting — de verplichte voorzieningen via de Beroepspensioenfondsen. Maar binnen het kader van deze verplichting zal de arts zijn vrijheid behouden tot eigen keuze van een verzekeraar. Steunende op het verleende vertrouwen waarin de O.L.M.A. zich gedurende de eerste vijf jaar mocht verheugen — en niet zonder een gevoel van erkentelijkheid daarvoor — kan de toekomst met vertrouwen worden tegemoetgetreden.



Op de foto ziet u Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse, die u bij telefonisch contact met de O.L.M.A. als eerste zult ontmoeten. Afhankelijk van uw vragen zal zij u de gewenste inlichtingen verstrekken, dan wel u doorverbinden met de directeur, Drs. S. Duursma. Of zij zal ervoor zorgen dat een der buitendienstmedewerkers, J. van Elzelingen Skabo-Brun (West-Nederland), R. Th. van der Gar-

den (Oost-Nederland) of E. J. M. Ghering (Zuid-Nederland) contact met u opneemt voor een persoonlijk gesprek. Of mocht het nadere schriftelijke informatie betreffen in de vorm van een offerte, financieringsbegroting of anderszins, dan wordt daarvoor zorggedragen door de administrateur, H. P. M. Arts en de administratieve medewerker, M. Rebergen.

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

VERSLAVENDE GENEESMIDDELEN OF GENOTMIDDELEN

Na lezing van het artikel „De harde lijn tegen soft drugs” van collega J. H. van Meurs, zenuwarts, (M.C. nr. 45/1970, blz. 1221), waarin betrokkene bange vermoedens uit jegens deze harde lijn, wilde ik het volgende opmerken.

Niet alleen voor de leek blijkt soms verwarring te bestaan of „drugs” nu geneesmiddelen zijn of genotmiddelen. Onder „drugs” dient men te verstaan geneesmiddelen (denk aan drug-fever, drugstore, drogisterij, drogeren). Geneesmiddelen dienen, wil men er baat bij vinden, te worden voorgeschreven door een arts. Het geneesmiddel is bij de arts in veilige handen. Gezien de werking van wat u „drugs” noemt, vind ik het een onjuiste en gevaarlijke gedachte deze stoffen voetstoots onder de genotmiddelen te rangschikken. Gaarna stel ik daar tegenover, dat volgens het geordend denken o.a. tijd en plaats niet alleen belangrijk zijn maar ook maatgevend. Gezien de factoren tijd en plaats is het nu in dit land niet meer mogelijk alcohol, tabak en koffie als geneesmiddel te zien, dit zijn sinds mensenheugenis min of meer verslavende genotmiddelen en als zodanig staan zij ook genoteerd. Het alcoholgebruik is historisch gezien de medicus te vroeg af geweest, tegenover het tabaksgebruik staat de medicus soms te laks en koffie is de meestgeschonken drank in de kliniek. Het vereist geneeskunst van de medicus het gebruik van deze genotmiddelen in goede banen te leiden bij de zieke. De categorie stoffen als haschisch, marihuana en andere narcotica, maar ook wekaminen, hynotica, sedativa, psychofarmaca etc. welke in ons land langere of kortere tijd in omloop zijn, is uit een oogpunt van veiligheid het beste onder de geneesmiddelen te rangschikken. Kwamen er recentelijk nieuwe middelen het land in (marihuana, haschisch) dan doet de bevoegde instantie een keus, in dit geval gelukkig een veilige keus, zodat de vrije handelswijze en de vrije beschikking over dit soort middelen wordt beperkt. Vrijheid zullen velen zeggen is een kostbaar goed, en dat is zeker zo, mits men er een verstandig gebruik van maakt. Gevaarlijke geneesmiddelen en

zeker de verslavende blijven daarom achter slot.

Elke stof welke men op eigen houtje of onder toezicht gebruikt tot lichamelijk of geestelijk welzijn, verdient een juiste toepassing. De medicus is van het juiste gebruik het beste op de hoogte, ook al omdat hij zich objectief buiten de gebruiker opstelt. Doch bij het gebruik van wat u „soft drugs” noemt, bepaalt de gebruiker de dosering zelf. Dat wil zeggen, dat denkt hij, want de soortnaam en de concentratie van de „drugs” zijn hem onbekend. Alleen dit is al een zeer griezelige zaak. Het onderscheiden van „hard en soft drugs” is mijns inziens een kwestie van het publiek en de journalistiek zand in de ogen strooien. Ik heb in mijn praktijk in verschillende ziekenhuizen en in verschillende plaatsen nog nooit behoefte gevoeld dit onderscheid te maken, terwijl ik dagelijks met narcotica en hypnotica werk en de uitwerking goed kan voorspellen. Het gebruik van de woorden soft of hard drug is niet verhelderend maar begripsverwarrend.

Nogmaals, het effect van een geneesmiddel hangt af van de gebruikte concentratie, de van te voren gekozen dosering, de hoofd- en al of niet toxische bijwerkingen op het individu. Bij zogenaamd „druggebruik” hoopt de gebruiker het „hard of soft drugeffect” zelf in de hand te hebben, doch ook met de door u genoemde Warenwet lijkt mij dit als anesthesist een illusie. Dan noemt u via raadpleging van één deskundige een percentagegrens van verslaving aan cannabis van niet meer dan 3%. Bij vrij algemeen gebruik van deze middelen zou het totale aantal verslaafden fors op kunnen lopen. Een verslaafde en vooral een jeugdige verslaafde beschouw ik en velen met mij als een zieke van het allerbeklagenswaardigste soort. Daarom snap ik niet waarom u zo luchthartig over deze 3% heenstapt. Wat u de harde lijn noemt is een juist antwoord om dit niet te onderschatten leed te miniseren.

Dat een behoorlijke research door het verbod aanzienlijk wordt bemoeilijkt zie ik geenszins. Research is toch niet het vermelden van het aantal verslaafden dat aan de sluikhandel ten offer valt, na het gebruik van wat en hoeveel? Men dient eerst research te verrichten en daarna komt het geneesmiddel vrij en niet omgekeerd. Men dient niet een middel op de bevolking los te laten, ook niet op de subcultuur (zelf zie ik de cultuur liever als een geheel), als de werking niet voor de volle 100% vaststaat. Er zijn immers genotmiddelen genoeg.

Verslavende genotmiddelen kunnen een geestelijke milieuverontreiniging

veroorzaken. Met de jammerlijke resultaten van het alcohol- en tabaksmisbruik word ik bijna dagelijks geconfronteerd. De invoering van een wetmatig toelaatbaar promillage voor weggebruikers is een grote stap vooruit geweest. Nog scherpere voorschrijvende en controlerende overheidsmaatregelen met betrekking tot het alcohol en tabaksgebruik zijn denkbaar en misschien aan te bevelen, doch vallen buiten dit bestek. Een mensenkind is als een jonge scheut, de wind kan het gemakkelijk ombuigen. Maar na een aantal jaren verstart het jonge boompje en wordt hard als een boom. Dan kan het niet meer omgebogen worden, maar blijft doorgroeien in de vorm die het heeft aangenomen. Voor een fraaie wasdom kunnen wij het slingerend onkruid zoals de Indische hennep heel goed missen. De boom tenslotte wordt gekend aan zijn vruchten. Een goede oogst voorspelt een volgende goede generatie.

Eindhoven, 17 november 1970

P. Eddes, anesthesist

MEDISCH COMITÉ NEDERLAND-VIETNAM

In M.C. nr. 46/1970, blz. 1235, is een bericht opgenomen onder het opschrift: „Medische hulp voor Noord-Vietnam en het Nationaal Bevrijdingsfront van Zuid-Vietnam.” Naar aanleiding van dit bericht hebben wij ons afgevraagd,

- 1 of in de gebieden van Zuid-Vietnam die niet worden beheerst door het Bevrijdingsfront geen behoefte bestaat aan medische hulp; en
- 2 of de informatie die het comité zich voorstelt te verschaffen niet het karakter van propaganda voor één der strijdende partijen zal aannemen.

Rotterdam, 18 november 1970

H. H. Santman, J. Huibregtsen

GENUANCEERDE BEGELEIDING BIJ ABORTUS PROVOCATUS

Bij het artikel van collega E. C. P. van Gils (M.C. nr. 44/1970, blz. 1185) zou ik graag enkele kanttekeningen willen plaatsen.

Met zijn opmerking, dat het denken in zwart-wit-schema's niet verstandig en onwetenschappelijk is, kan ik geheel instemmen. De vraag is echter, of het rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie werkelijk aanleiding kan geven tot denken in zwart-wit-schema's, zoals collega Van Gils veronderstelt. Het rapport analyseert volgens mij slechts een aantal elementaire houdingen ten aan-

zien van de abortus provocatus. De „ja-tenzij-houding”, die ik zelf van harte kan onderschrijven, is echter niet zo ongenueanceerd als collega Van Gils wil doen voorkomen; het tenzij houdt immers in, dat eventuele contra-indicaties zorgvuldig dienen te worden overwogen. Het feit, dat wij nog te weinig weten omtrent de psychologie van de vrouw die ongewenst zwanger is, doet aan de mogelijkheid van een genuanceerde benadering niets af.

Met Van Gils kan ik het ook eens zijn, dat de vraag van een vrouw om een abortus provocatus een vooronderzoek vereist, een vooronderzoek dat zich met name dient te concentreren rondom de achtergronden van deze vraag en waar de verwekker zo mogelijk mede in betrokken behoort te worden. Waarom echter de leiding van zulk een abortus-team persé in handen van medici behoort te zijn, is mij niet duidelijk. Psychologische en sociologische factoren spelen in vele gevallen een belangrijke rol; het is niet aan de arts om zich op al deze terreinen een adequate deskundigheid aan te meten. In een aantal gevallen van ongewenste zwangerschap zal er zeker meer aan de hand zijn dan alleen een ongelukje, hoewel de falende anticonceptie ten gevolge van een slechte begeleiding door de arts of door een tendentieuze voorlichting met betrekking tot de orale anticonceptie niet al te gemakkelijk als oorzaak van de niet-gewenste zwangerschap over het hoofd moet worden gezien. In zulke gevallen waarbij men van een iatrogen-ongewenste zwangerschap zou kunnen spreken, lijkt een uitgebreid psychologisch onderzoek eerder gecontra-indiceerd. Ik neem zonder meer aan, dat psychologisch onbewuste motieven een grote rol kunnen spelen bij het ontstaan van een zwangerschap die voor de vrouw of het gezin als ongewenst wordt beleefd. Welk percentage deze zwangerschappen uitmaken op het totaal van ongewenste zwangerschappen, vermeldt collega Van Gils helaas niet. Dit is wellicht ook niet bekend; zelf heb ik de indruk, dat dit aantal kleiner is dan veelal wordt vermoed.

In de interactie tussen de arts en de vrouw die ongewenst zwanger is, is het verder de vraag of de arts niet (onbewust, afhankelijk van zijn instelling) zoekt naar motieven die hem in staat kunnen stellen de vraag naar een zwangerschapsonderbreking af te wijzen. Voor zover mij bekend heeft er nog nauwelijks enige evaluatie plaats gevonden met betrekking tot de motieven van de arts of het team om een vrouw deze medische behandeling te weigeren. Ook een hoog-ethisch stand-

punt kan op onverwerkte conflicten berusten; elke arts kent dit verschijnsel in zijn behandeling van neurotici. Daar ook artsen gewone mensen zijn, die tijdens hun opleiding over het algemeen niet zijn getraind in het hanteren van de eigen emoties, lijkt mij zulk een onderzoek zeer noodzakelijk. In dit verband zou ik ook willen wijzen op de slotbeschouwing van Prof. Oldendorff in zijn boek „Lichamelijkheid, sexualiteit en cultuur” (Paul Brand, 1968).

Hoe dit alles ook zij, zeker is dat bij gehuwden en ongehuwden ongewenste zwangerschappen zullen voorkomen, berustend op onbewuste, niet verwerkte problematiek. Maar wat dan nog? Ook het oplopen van een griep door vrijen in een portiek of het ontstaan van een hartinfarct in een stress-situatie kan bewust ongewenst en onbewust gewenst zijn. Voor geen enkele arts is dit in dergelijke situaties een reden om de patiënt niet zo goed mogelijk te behandelen. Men kan zich trouwens de vraag stellen, of over het ontstaan van ziekten al erg veel bekend is. Zeker is, dat niet uitsluitend fysieke factoren (waarover zeer veel bekend is) een ziekte kunnen doen ontstaan. In wellicht vele gevallen lijkt ziekte een compromis te zijn tussen draaglast en draagkracht. Mede met het oog hierop is het bij vele ziekten zinnig te discussiëren omtrent de vraag wat onder een zo goed mogelijke behandeling moet worden verstaan. In dit verband zou ik slechts enkele voorbeelden als surmenage, maagulcus en astma willen noemen. In een groot aantal gevallen van ongewenste zwangerschap kan men spreken van een dreigende crisis-situatie. Men kan zich dan de vraag stellen, of de patiënt in een dergelijke situatie werkelijk wordt geholpen met het afbreken van de zwangerschap; voor het niet afbreken van de zwangerschap geldt hetzelfde. Dat men zich deze vragen ernstig moet stellen lijkt mij het uitgangspunt van de „ja-tenzij-houding”. In het overleg met de vrouw of het echtpaar zal elke medische discipline die bij deze beslissing is betrokken, de nodige bescheidenheid in acht dienen te nemen; dit geldt evenzeer voor de psychiatrie. Immers, hoewel men door psychologisch onderzoek wel zal kunnen uitmaken in hoeverre een niet-gewenste zwangerschap een uiting is van een niet-verwerkte problematiek, dan nog blijft mijns inziens de vraag van de patiënt (cliënt) een zwaar gewicht in de schaal van overwegingen leggen, een vraag die juist met het oog op de psychiatrische gegevens hoogst ernstig dient te worden genomen. Want de beslissing de zwangerschap al dan niet af te breken, leidt op zichzelf niet tot een oplossing van de geconstateer-

de stoornissen. Ook een niet-verwerkte jeugdproblematiek kan nimmer het uitgangspunt voor het moederschap betekenen. Het nog ongeboort kind zal na de geboorte in een situatie worden grootgebracht die op zich weer aanleiding kan geven tot ernstige stoornissen en een niet-optimale levensontplooiing van dit kind.

Ik ben van mening, dat huisartsen in het kader van hun zuigelingen- en kleutercontroles hierover belangrijke informatie zouden kunnen bieden, indien een systematisch onderzoek zou kunnen worden opgezet naar gedragsstoornissen bij kinderen die niet gewenst waren. Zolang hierover nog vrijwel niets bekend is, is een grote mate van zorgvuldigheid vereist ten aanzien van de beslissing de zwangerschap niet af te breken. Het lijkt mij in dit verband tevens zinnig om alle pleitbezorgers voor de rechten van de nog ongeboort vrucht te vragen om in hun overwegingen eveneens te betrekken de vraag of men het ongeboort kind geen onrecht doet met het te laten worden geboren. Wanneer men de Declaration of Human Rights and Fundamental Freedoms leest, dan blijkt zonneklaar dat er voor de nog ongeboort vrucht niet uitsluitend een recht op geboren worden bestaat. De fundamentele rechten van de mens omvatten meer dan alleen het recht op leven in biologische zin.

Het kardinale punt waaraan collega Van Gils mijns inziens voorbijgaat, is dat een ongewenste zwangerschap weliswaar het gevolg kan zijn van onverwerkte jeugdproblematiek, maar dat de wezenlijke behandeling in zo'n geval niet een afwijzen van de abortus betekent, maar een intensieve psychologische begeleiding van de patiënt (cliënt), vóór, tijdens en na de vrijwel zeker noodzakelijke abortus provocatus lege artis. De abortus op zichzelf speelt in deze begeleiding niet meer dan een ondergeschikte rol. Hoofdzaak dient te zijn het opbrengen van aandacht en tijd voor een vrouw, verkerend in een crisissituatie.

Het bovenstaande samenvattend, zou ik aan collega Van Gils willen vragen, of hij het eens kan zijn met de volgende uitgangspunten:

1. Een vrouw die ongewenst zwanger is, verkeert potentieel in een crisis-situatie.
2. Afbreken van de zwangerschap betekent niet meer dan één facet van de zo mogelijk integrale behandeling. Uitgaande van het principe, dat elke ziekte een causale behandeling behoeft, dient derhalve het zwaartepunt te liggen niet op een symptomatische behandeling (i.e.

- de abortus), maar op het behandelen van de stoornis die tot dit symptoom (zwangerschap) heeft geleid.
3. Een groot aantal verzoeken tot abortus provocatus geschiedt op in hoofdzaak sociale motieven, dan wel als gevolg van het falen van de gebruikte anticonceptie. In zulke gevallen is een uitgebreid psychiatrisch onderzoek gecontra-indiceerd.
4. Behalve de noodzaak, de motieven van de vrouw nader te analyseren, is het tevens dringend geboden de motieven die de arts brengen tot het al dan niet inwilligen van het verzoek tot abortus aan een nader onderzoek te onderwerpen.

Amsterdam, 19 november 1970

G. J. Schiethart, huisarts

EEN DUBBELE RECTIFICATIE

In M.C. nr. 47/1970 is in de rubriek „Brieven aan de Redactie" tot tweemaal toe een aantal regels op de verkeerde plaats beland.

In het stuk van Dr. M. H. Tromp op blz. 1277, kolom 1, zijn de onderste drie regels weggevalen. Zij verhuisden naar kolom 3 onderaan, hetgeen de brief van Dr. A. A. Fischer en A. van Dantzig er evenmin leesbaarder op zal hebben gemaakt.

De heer Van Meurs zag vier regels uit zijn artikel op blz. 1277, 2e kolom, tweede regel van onderen, terechtkomen op blz. 1278, 1e kolom onderaan, midden in de brief van Dr. J. P. Kuiper.

Red. M.C.

MC | VARIA

De staatssecretaris van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk, Mr. H. J. van de Poel, heeft in een rondschrijven een dringend beroep gedaan om waar zulks nodig is te waarschuwen tegen de gevaren verbonden aan verkeerd stoken, slechte verwarmingsapparatuur, ondeugdelijke of niet geveegde schoorstenen en dergelijken. De staatssecretaris is er door zijn collega van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan herinnerd dat er zich onder de bevolking elk jaar tijdens het stookseizoen koolmonoxyde-vergiftigingen met dodelijke afloop voordoen. Mr. Van de Poel wijst er op dat het gevaar van deze kolendampvergiftigingen door verschillende oorzaken bij bejaarden groter is dan bij andere volwassenen. Een eenvoudige, in begrijpelijke woorden gestelde persoonlijke

benadering door degenen die bejaarden uit hoofde van hun functie thuis bezoeken, zal in vele gevallen meer effect sorteren dan een technische uiteenzetting. Voor zover nodig, vestigt de staatssecretaris de aandacht op de brochure van het Groene Kruis, getiteld: Tien geboden voor veilig stoken".

Van de 37 dienstplichtige artsen op de school voor reserve-officieren geneeskundige dienst te Neerijnen hebben 32 zich met een schrijven gewend tot de minister van Defensie. Daarin zeggen zij het als een onwettige situatie te beschouwen, in strijd met de wet op de uitoefening der geneeskunst, dat het medisch functioneren van de militaire arts valt onder de verantwoordelijkheid van een militair commandant. Wijzende op nog andere problematiek en op conflictsituaties spreken zij tenslotte als hun mening uit dat het dringend gewenst is toekomstige militaire artsen, die reeds gebonden zijn aan hun artseneed, vrij te stellen van de verplichting tot het afleggen van de officierseed. De 32 — die inmiddels de officierseed hebben afgelegd — wijzen er daarbij met zoveel woorden op, dat zij hun arts-zijn steeds zullen stellen boven hun militair-zijn, ook indien dit tot conflicten aanleiding zal geven.

Het Academisch Ziekenhuis te Leiden heeft eind november de eerste diploma's van de opleiding intensive care uitgereikt. Het is het eerste ziekenhuis in Europa, dat een dergelijke basis-opleiding heeft ingesteld. Hiertoe werd besloten op grond van de behoefte aan stafleden, die in acute crises snel en efficiënt kunnen optreden. Daartoe moeten zij vertrouwd zijn met mogelijkheden, werking en bediening van de moderne medische apparatuur in het bijzonder op het gebied van beademing, thorax recovery, neurochirurgie en coronary care. De nieuwe opleiding kan dienen als uitgangspunt voor een verdere specialisatie op de verschillende intensive care-afdelingen. De opleiding duurt 36 weken. Zij omvat een theoretisch gedeelte van 10 aaneengesloten weken, gevolgd door een viertal roulerende stages op de diverse afdelingen en afgesloten door weer een theoretisch gedeelte van 2 weken. Eventuele deelnemers moeten in het bezit zijn van het diploma A

verpleegkundige; zij moeten verder werkzaam zijn op een intensive care unit.

Het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Medische Hypnose stelt zich voor om in het voorjaar van 1971 een cursus medische hypnose te houden. Aangezien dit een praktische cursus zal zijn, waarbij ook door de deelnemers zal worden geoefend, zou het bestuur gaarne willen worden geïnformeerd over de belangstelling die voor deze cursus bestaat en over de wetenschappelijke vorming van de eventuele deelnemers. Zij, die belangstelling hebben voor een dergelijke cursus, wordt verzocht contact op te nemen met de secretaris van de vereniging, W. P. J. Viëtor, zenuwarts, Bilthovenseweg 4, De Bilt, tel. 030-760894.

De klacht van de secretaris van het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam, dat er de laatste jaren tengevolge van de toeneming van het aantal klachten een duidelijke achterstand bij het College is ontstaan, is gefundeerd. Hetzelfde geldt, zij het in mindere mate ook voor het Tuchtcollege te 's-Gravenhage. Met spoed wordt gewerkt aan de voorbereiding van een wijziging van het Reglement medisch tuchtrecht en oplossing van geschillen, een algemene maatregel van bestuur, waardoor de samenstelling der colleges in eerste aanleg kan worden uitgebreid. Zodra deze wijziging haar beslag zal hebben gekregen en voldoende gegadigden kunnen worden gevonden voor het lidmaatschap zal een versnelde behandeling van de nog aanhangige zaken kunnen plaatsvinden.

Het bovenstaande is de beantwoording door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid van hem door het Tweede kamerlid Prof. De Vreeze (K.V.P.) terzake gestelde vragen.

Een commissie van de nationale federatie Het Wit-Gele Kruis heeft zich in een nota uitgesproken voor financiering van het kruiswerk door middel van de sociale verzekering, eventueel met een eigen risico. De commissie vindt, dat de financiering moet worden ondergebracht bij een volksverzekering, omdat zij van mening is dat de

gehele bevolking recht heeft op de diensten van de kruisverenigingen. Op het ogenblik komen de benodigde gelden binnen via subsidies van rijk, provincie, gemeente en Praeventiefonds, en uit contributies en retributies voor verleende diensten, ziekenfondsbijdragen, collectes en dergelijke. Overheids-subsidies dekten in 1969 rond 60% van de lasten van de drie kruisverenigingen, in totaal f 172 miljoen, de kraamzorg buiten beschouwing gelaten. In de toekomst zouden de lasten als volgt moeten worden verdeeld: overheid — blijft — 60%, ziekenfondsen 20% kruisverenigingen 20%. De contributies maken nu gemiddeld een kwart van de inkomsten uit. De financieringsmiddelen zouden op basis van de reële kosten aan de plaatselijke en provinciale kruisverenigingen moeten worden toebedeeld en wel zo, dat een landelijke uniforme basis-contributie kan worden doorgevoerd.



In een buitengewone algemene vergadering hebben de leden van de vereniging Onderlinge Vrouwenbescherming (O.V.) zich uitgesproken vóór fusie met de Katholieke Centrale Vereniging tot hulpverlening aan niet-gehuwde Moeders (K.C.V.M.). Laatstgenoemde vereniging besloot al eerder tot een statuutswijziging, waardoor zij in een algemene organisatie werd omgezet. De nieuwe vereniging zal de naam Centrale Vereniging van Organisaties voor hulpverlening aan niet-gehuwde Moeders (C.O.M.) dragen. Zij krijgt het beheer over 12 tehuisen en 21 bureaus voor niet-gehuwde moederzorg; daarnaast wordt in een vijftiental plaatsen een spreekuur gehouden. De hulpverlening geschiedt door beroepskrachten, die aan deze instellingen verbonden zijn. Geholpen worden niet alleen de ongetrouwde zwangere vrouw en de ongehuwde moeder, maar zo nodig allen die bij hun situatie zijn betrokken.



Het Interdisciplinair Genootschap voor Biologische Psychiatrie zal bijeenkomen in het RAI Congres Centrum te Amsterdam, op vrijdag 29 januari 1971 voor een symposium gewijd aan het thema: „Ondervoeding en gedrag.” Het symposium zal om 10.15 uur aanvangen en eindigen om 17.30 uur. De voertaal zal Engels zijn. Het symposium is ook toegankelijk voor niet-leden van het Genootschap.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 40,—, plus f 1,60 BTW = f 41,60, buitenland f 45,—, losse nummers f 1,04 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 16.620 exemplaren.

Druk: Verweij Mijdrecht.

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

Ondersteuningstonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021