



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

ONJUISTE VISIE OP NUCHTERE FEITEN

In het januari-nummer van „De Ziekenfondsgids”, maandblad van de Federatie van door Verzekerden en Medewerkers bestuurd Ziekenfondsen (V.M.Z.), schrijft de voorzitter van deze Federatie onder de titel „Bij het nieuwe jaar” een artikel, waarin hij een terugblik werpt op de ontwikkeling van de honoraria der mede-

werkers over een langere periode dan het afgelopen jaar. Na een korte inleiding schrijft collega H. Speleers:

„De successievelijke verhogingen van het abonnementshonorarium voor de huisartsen — vooral die als gevolg van het rapport van de Commissie-van der Ven — overtreffen bovendien het gangbare systeem van de jaarlijkse trendverhogingen in aanzienlijke mate, zodat de huisarts in financieel opzicht een belangrijke positieverbetering in de maatschappij heeft bereikt.

„Uit de kritiek daarop, zowel in ziekenfondskringen als daarbuiten, bleek dat men niet de unanieme overtuiging had dat deze financiële opschuiving op de maatschappelijke ladder in het kader van de functie alleszins redelijk was. Dit verschil van opvatting nu in het midden latend, zijn wij van oordeel, dat wij de verdere ontwikkeling op haar eigen merites dienen te beoordelen. Op zijn minst zullen wij de huisartsen enige jaren de gelegenheid moeten geven om waar te maken, dat deze positieverbetering in overeenstemming is met de betekenis en de waarde van hun functie in het totaal van de geneeskundige voorzieningen en van de maatschappelijke verhoudingen.”

Dit, dachten wij, is nu juist niet wat de Commissie Van der Ven heeft bedoeld. Het rapport van deze Commissie stelt duidelijk dat uit de honorering een onderwaardering van de huisarts bleek. De Commissie meende dan ook dat een verhoging van circa 50 procent gerecht-

25e JAARGANG — No. 6 — 6 FEBRUARI 1970

INHOUD

Onjuiste visie op nuchtere feiten	121
L.H.V.-verklaring inzake particuliere tarieven	122
Kunstnierbehandeling voor ziekenfondsrekening	122
Het abortusvraagstuk	122
Over taak en functie van de Afdelingsvertrouwensarts	123
Onderzoeksubsidies druggebruik	124
Mogelijkheden en ethiek van keuren	125
Universitaire berichten	128
Ontmoeting L.S.V.-ziekenhuisstaven (II) ...	129
De gezondheidsrisico's van het roken	132
Onderzoek tot vroegtijdige opsporing en tijdige behandeling van baarmoederkanker	133
Projecten gezondheidsresearch en ontwikkelingswerk	135
Van het Centraal Bestuur L.A.D.: Kort verslag	136
Van de Permanente Commissie Doktersassistenten: Enquête onder doktersassistenten 1968 .	137
Uit de afdelingen	138
Brieven aan de redactie	139
Varia	139

Hoofredacteur: F. A. Bol.
Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens.

Colofon op bladzijde 140.

vaardigd was. De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft dit oordeel overgenomen.

Dezelfde situatie heeft zich in 1955 voorgedaan. Na betrekkelijk lange onderhandelingen is toen het honorarium ook met circa 50 procent verhoogd.

De geschiedenis leert blijkbaar dat er nog al eens sprake is van een onderhonorering, die dan erkend wordt, hetzij door de ziekenfondsen (1955), hetzij door een ministeriële commissie (1966). Een onderhonorering, die dan door een forse verhoging moet worden goedgemaakt.

Even verder schrijft collega Speleers:

Van minstens evenveel belang is de vraag of in de toekomst het huidige systeem van jaarlijkse honorariumaanpassing zal worden gehandhaafd, zulks in verband met het toenemend beslag op het nationaal inkomen voor de gezondheidszorg.

Het is inderdaad zo dat de gezondheidszorg een toenemend beslag legt op het nationaal inkomen. Wij menen evenwel dat dit maar weinig heeft te maken met de jaarlijkse honorariumaanpassing. Het zijn voornamelijk andere factoren, zoals bijvoorbeeld de toenemende mogelijkheden welke de geneeskunst de patiënt kan bieden, de stijging van de verpleegprijzen en het opnemen van nieuwe verstrekkingen (onder andere Ongevallenwet), die het toenemend beslag verklaren.

Wij zouden de voorzitter van de Federatie gaarne willen aanraden eens zeer aandachtig het artikel te lezen van Drs. P. Brandes in Medisch Contact van 20 juni 1969. Een zin willen wij daaruit aanhalen: „Met alle voorbehoud ten aanzien van de cijfers is het duidelijk, dat zij tot de conclusie leiden dat de ontwikkeling der specialistentarieven op zichzelf verlagend en niet verhogend op de ziekenfondspremie heeft ingewerkt.”

F. A. Bol

L.H.V.-verklaring inzake particuliere tarieven

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging heeft in een perscommuniqué het volgende verklaard:

„De laatste tijd zijn voor enkele publiciteitsmedia de tarieven van huisartsen aanleiding geweest tot het lanceren van verwarrende berichten, die de indruk wekken dat er uniforme maximum-tarieven bestaan, welke gelden voor alle huisartsen, voor alle verrichtingen.

„Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen

Vereniging heeft in het verleden — het laatst nog in 1967 — de Nederlandse huisartsen weliswaar minimum-tarieven geadviseerd, doch deze zijn niet meer van kracht, vanwege de sedertdien opgetreden algemene inkomensontwikkeling en de stijging der praktijkkosten.

„Iedere huisarts kan zelfstandig, in eigen verantwoordelijkheid zijn tarieven bepalen, afhankelijk van aard, inhoud en tijdsbeslag van visite of consult en daarmee samenhangende werkzaamheden en kosten.”

Kunstnierbehandeling voor ziekenfondsrekening

Op hem schriftelijk door het Tweede Kamerlid Van den Doel (P.v.d.A.) gestelde vragen, te weten of het waar is, dat in een aantal ziekenhuizen in ons land één of meerdere kunstnieren buiten gebruik staan c.q. hebben gestaan als gevolg van personeelstekorten, heeft de staatssecretaris Dr. Kruisinga geantwoord, dat dit niet het geval is of is geweest. De staatssecretaris voegt aan zijn beantwoording toe dat het voornemen bestaat de kunstnierbehandeling als afzonderlijke verstrekking op te nemen in het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering. De kunstnierbehandeling zal alsdan slechts voor ziekenfondsrekening kunnen worden verstrekt in door de minister c.q. staatssecretaris erkende centra. De bewindsman heeft de Ziekenfondsraad bericht in het erkenningenbeleid naast de technische opzet mede te willen betrekken de gebleken en de te verwachten behoefte en de geografische spreiding. Aldus zal overeenkomstig het interim-advies van de Gezondheidsraad inzake Kunstnier en Niertransplantatie worden gestreefd naar een doelmatige voorziening in de behoefte aan dialyseplaatsen.

Rapport Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie over HET ABORTUSVRAAGSTUK

De afdeling Psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie zal op haar ledenvergadering d.d. 7 februari 1970 beslissen over een door het bestuur uitgebracht rapport over het abortusvraagstuk.

De centrale vraag in dit rapport zal zijn: dient de huidige toestand, abortus is niet toegestaan tenzij er een „medische” indicatie is, niet anders te luiden? namelijk: abortus is toegestaan tenzij er een medische contra-indicatie is.

Na de ledenvergadering volgt een persconferentie. Wij zullen uitvoerig op dit rapport terugkomen.

F. A. Bol

Over taak en positie van de Afdelingsvertrouwensarts

Door A. E. Denekamp, Voorzitter Commissie Geneeskundige Verklaringen

Over het hele land verspreid zijn er — volgens de ledenlijst 1969 der Maatschappij — ruim 130 artsen door hun afdeling aangewezen als afdelingsvertrouwensarts (AVA). Daarnaast moeten er nog ettelijke tientallen als plaatsvervangend AVA fungeren, maar op dat punt lijken de gegevens uit de ledenlijst niet erg volledig.

Al deze collega's vervullen een bijzonder nuttige en niet zelden moeilijke taak, die hun vaak veel tijd kost. Zij verdienen daarvoor — naast de bescheiden vergoeding per verrichting — de oprechte dank van de Maatschappij en van alle leden. Zij verdienen trouwens evenzeer de dank van de maatschappij (met een kleine m), ook al zijn nog niet alle instellingen ervan doordrongen, dat aan een verklaring van de onafhankelijke en neutrale AVA meer waarde mag worden toegekend dan aan een verklaring van de behandelende arts.

De Commissie inzake Geneeskundige Verklaringen pleegt nu en dan een rondschriven aan de AVA's te richten om hen op de hoogte te stellen van nieuwe situaties (zoals onlangs over de verklaringen voor vrijstelling van motorrijtuigenbelasting wegens invaliditeit) en om specifieke problematiek aan de orde te stellen. Het hoofdbestuur achtte het echter gewenst, dat er ook in Medisch Contact, dus ten behoeve van alle leden, een artikeltje zou verschijnen, waarin de positie en de taak van de AVA nog eens zouden worden belicht. Aan dat verzoek wil ik graag voldoen.

Om te beginnen wil ik dan de belangrijkste punten uit de passage, die in het „groene boekje” (§ 7 sub 15, pag. 30) aan de AVA is gewijd, onder de loep nemen.

Wanneer moet de AVA worden ingeschakeld? Dan moet aan drie voorwaarden zijn voldaan:

- a. de b.g. mag de gevraagde verklaring niet zelf afgeven;
- b. een door de instelling aangewezen c.g. is er niet; en
- c. tegen afgifte van de verklaring door een „willekeurige andere arts” bestaan overwegende bezwaren.

Daaruit volgt, dat de b.g. onjuist zou handelen door een patiënt naar de AVA te verwijzen voor bijvoorbeeld:

- een zwangerschapsverklaring, want die mag de b.g. zelf afgeven (D-3);
- een verklaring voor huisvesting, want daarvoor dient de gemeente een c.g. aan te wijzen (D-8);
- een onderzoek voor het rijbewijs, want dat mag door elke willekeurige andere arts worden verricht (E-17).

Uit voorwaarde b volgt bovendien, dat indien door een aangewezen arts reeds een verklaring werd afgegeven, het onjuist is over dezelfde patiënt en voor hetzelfde doel ook nog een verklaring van de AVA te vragen. Het behoort immers bepaald niet tot de taak van de AVA om als contra-deskundige op te treden. Wanneer de b.g. het niet eens is met de uitspraak van de aangewezen arts, zal hij eerst met deze overleg moeten plegen. Mocht dit niet tot resultaat leiden, dan moet hij de patiënt adviseren gebruik te maken van de mogelijkheid tot beroep; indien er geen officiële beroepsmogelijkheid bestaat, zal hij moeten proberen met de aangewezen arts tot overeenstemming te komen aangaande de aanwijzing van een „arbiter”. (Uiteraard is overleg eveneens aangewezen, wanneer de b.g. het niet eens is met de inhoud van de verklaring van de AVA.)

Uitdrukkelijk is vastgesteld, dat de AVA alleen eenvoudige gevallen behoeft te beoordelen. Wanneer er een specialistische deskundigheid is vereist, wanneer er een uitgebreid onderzoek noodzakelijk is of wanneer het om zeer gewichtige consequenties gaat (zoals bij verklaringen, die bestemd zijn om aan de rechter te worden voorgelegd), dan zal er ad hoc (bijvoorbeeld door de advocaat) een deskundige moeten worden aangewezen.

De regel, dat de AVA alleen voor incidentele gevallen mag worden ingeschakeld en niet voor herhaaldelijk-gevraagde verklaringen, is helaas niet volledig te handhaven gebleken. Met name voor de belastingen fungeren de AVA's in feite systematisch als c.g. Hetzelfde geldt voor PTT ten aanzien van de verklaringen voor voorrang bij telefoonaansluiting (over welk punt hopelijk binnen afzienbare tijd mededelingen omtrent een betere regeling zullen kunnen worden gedaan). Ook aan de regel, dat alleen de b.g. bevoegd is patiënten naar de AVA te verwijzen, wordt niet volledig de hand gehouden; aan de inspecteurs der directe belastingen is het toegestaan de belastingplichtigen rechtstreeks naar de AVA te verwijzen.

De algemeen geldende richtlijn „geen inlichtingen van de b.g. vóór de controle” is ten aanzien van de AVA niet van toepassing. Het verdient integendeel aanbeveling, dat de b.g. aan elke patiënt, die hij naar de AVA verwijst, behalve het verwijsbriefje ook een (gesloten!) briefje met inlichtingen meegeeft.

Tot zover de voornaamste punten uit het groene boekje. Daarnaast zou ik echter ook nog enkele andere aspecten kort willen belichten.

Er wordt wel eens gedacht, dat de AVA een soort „verlengstuk” van de b.g. is en dat hij als het ware als plaatsvervanger voor de b.g. optreedt in die gevallen, waar de echte b.g. de gevraagde verklaring niet mag afgeven. Dit nu is bepaald niet het geval.

De AVA treedt op, wanneer er geen aangewezen c.g. is; men zou hem dus eerder een plaatsvervangend c.g. kunnen noemen. Hij neemt dan ook een uitgesproken neutrale positie in, duidelijk in tegenstelling tot de meer subjectieve en helpende taak van de b.g.

In dit verband is het misschien goed er op te wijzen, dat de naam „vertrouwensarts” inhoudt, dat de betrokken medicus het vertrouwen van zijn collega's geniet en bepaald niet dat er een vertrouwensrelatie met de patiënt moet bestaan. De anderen onder ons zullen begrijpen, dat de (tijdens en kort na de oorlog fungerende) vertrouwensartsen-van-de-distributie voor deze naam peet hebben gestaan.

Met het oog op de noodzakelijke objectiviteit spreekt het vanzelf, dat een praktizerend arts, die als AVA is aangewezen, nooit een AVA-verklaring over een eigen patiënt mag afgeven. Om dezelfde reden is het ook onjuist, wanneer een bedrijfsarts, die tevens de functie van AVA vervult, verklaringen over werknemers van zijn eigen bedrijf afgeeft; als bedrijfsarts verkeert hij immers tot op zekere hoogte in dezelfde positie als de b.g.

Daarom — en natuurlijk ook met het oog op vakantie en ziekte — is het noodzakelijk, dat elke afdeling over ten minste één plaatsvervangende AVA beschikt.

Onderzoek subsidies druggebruik

Ingaande op vragen van de heer Kleisterlee, lid van de Tweede Kamer voor de K.V.P., in verband met de subsidiëring van onderzoeken naar druggebruik, antwoordt Dr. R. J. H. Kruisinga, staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, dat door Drs. H. Cohen, medewerker van het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Gemeente Universiteit te Amsterdam, een onderzoek is verricht naar de psychologie, de sociale psychologie en sociologie van het deviante druggebruik. Het is opgezet op verzoek van de Nationale Federatie van de Geestelijke Volksgezondheid. De resultaten van dit onderzoek zijn nog in bewerking en zullen binnen afzienbare tijd worden gepubliceerd.

Op dit moment heeft voorts de Stichting voor Alcoholstudies te Amsterdam met financiële steun van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid een exploratief onderzoek naar het gebruik van alcohol en drugs onder jeugdige personen in Utrecht in uitvoering. Het onderzoek richt zich primair op leerlingen van m.a.v.o., i.v.o., l.a.v.o. en v.h.m.o.-scholen in de gemeente Utrecht. Op beperkte schaal zijn ook de ouders, leerkrachten en andere bij de opvoeding betrokken personen in het onderzoek betrokken. De resultaten van dit onderzoek zijn eveneens in bewerking.

Voorts zijn enkele onderzoekingen op farmacologisch en chemisch gebied, in het bijzonder betref-

fende de schadelijke somatische neveneffecten, in gang gezet.

De staatssecretaris meldt verder, dat tot op heden nog weinig middelen uit de post wetenschappelijk onderzoek ter beschikking zijn gesteld voor onderzoek op het terrein van de „drugs”. Met name betreft dit het sociaal-wetenschappelijk onderzoek naar het gebruik.

Dit hangt samen met het feit, dat tot dusverre onvoldoende verzoeken voor financiële steun voor onderzoeken op dit terrein zijn ingediend ondanks herhaalde pogingen van de zijde van het ministerie de belangstelling voor dit soort onderzoek op te wekken.

In de afgelopen maanden is met verschillende deskundigen overleg gepleegd over de mogelijkheid zowel biochemische research als sociaal-wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de „drugs” te intensiveren. Dit overleg vindt mede plaats naar aanleiding van bij het departement ingediende onderzoekvoorstellen. Het ligt in het voorplan het onderzoek te richten op de factoren en omstandigheden, die het gebruik van verdovende middelen beïnvloeden. Met name is het noodzakelijk meer inzicht te verkrijgen in de vermoedelijk met het gebruik samenhangende psycho-sociale problematiek van de gebruiker en zijn milieu. Voorts zal ook het onderzoek naar de met het gebruik c.q. de verslaving samenhangende lichamelijke veranderingen worden gestimuleerd.

Voor het onderzoek naar het feitelijk gebruik in kwantitatief en kwalitatief opzicht van drugs en de daarbij optredende lichamelijke verschijnselen zal kunnen worden aangesloten bij de gegevens van de klinische en poliklinische behandeling van gebruikers. Hieromtrent vindt overleg plaats met medewerkers van het Wilhelmina Gasthuis en de Jellinick Kliniek te Amsterdam. Voorts wordt op dit moment van de zijde van het departement een financiële bijdrage verleend in een onderzoek met betrekking tot de isolatie van bestanddelen uit cannabis en de farmacologische werking van deze geïsoleerde bestanddelen. Het onderzoek naar de bestanddelen van cannabis wordt in nauwe samenwerking met onderzoekers in het buitenland onder leiding van Prof. Dr. C. A. Salemink uitgevoerd op het Organisch Chemisch Laboratorium van de Rijksuniversiteit te Utrecht. De geïsoleerde bestanddelen worden door het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid farmacologisch getest. Dit onderzoek is erop gericht meer inzicht te krijgen in de in cannabis voorkomende werkzame bestanddelen. Het totale onderzoek zal tenminste twee jaar in beslag nemen.

Gezien het bovenstaande meent de staatssecretaris, dat thans de belangstelling voor met steun van het departement te verrichten onderzoek op het onderhavige terrein zodanig is gewekt, dat deze niet ze niet door verdere maatregelen zijnerzijds behoeft te worden bevorderd. Wel blijft Dr. Kruisinga met belangstelling uitzien naar voorstellen tot nader onderzoek en subsidiëring uit de post wetenschappelijk onderzoek.

Mogelijkheden en ethiek van keuren

Door **F. E. J. Bouricius, arts te Scheveningen**

1. Inleiding

Vrijwel geen enkele Nederlander komt het leven door zonder gekeurd te zijn. Voor een baan, voor een verzekering, voor rijbewijs of voor militaire dienst. Op het moment, dat er gekeurd moet worden, heeft de „keurling” er in het geheel geen behoefte aan medisch onderzocht te worden. Voor zover hij niet van zijn gezondheidstoestand op de hoogte was en daarover wenst te worden ingelicht, zou hij naar zijn huisdokter gaan. De „opdrachtgever”, degene, die de keuring wenst, wil wel weten, hoe het met de gezondheid van de keurling staat; en dat niet omdat hij die op zichzelf zo belangrijk vindt, maar omdat variaties in de gezondheid van de keurling hem in zijn portemonnaie kunnen doen tasten. Ook geschiktheid voor een functie en veiligheid betreffen een financieel risico, alhoewel daarbij ook andere belangen een rol gaan spelen: dat van de gekeurde en het publiek, het algemeen belang. Slechts indien iemand zich inzake wettelijk voorschrift voor het beoefenen van een hobby aan een veiligheidskeuring moet onderwerpen, is daarbij geen direct economisch belang in het spel (sportvliegers, raceroeien).

Keuringen kan men definiëren als medisch onderzoeken en beoordelen. Eigenlijk is elk geneeskundig onderzoek ook een soort keuring. Men pleegt het begrip keuren echter te beperken tot die gevallen, waarin wordt beoordeeld tot welke groep de gekeurde behoort: de goed- of de afgekeurden.

Keuren wordt door degenen, die gekeurd moeten worden, niet als aangenaam ervaren. Daar zijn verschillende redenen voor: de angst, dat een tevoren onbekende kwaal of aandoening ontdekt zal worden; de vrees voor de gevolgen van de afkeuring; misschien het meest de ergernis alle persoonlijke zaken die men liever verborgen hield, aan het licht te moeten brengen: het embonpoint, de overgang, het ekszeem, het dagelijks gebruik van alcohol en sigaretten, de slaap, de eetlust, de homofilie of de geslachtsziekte, afkeuringen voor militaire dienst, ziekteverzekering, enz. enz. Deze bezwaren worden nog sterker gevoeld door hen, die een min of meer ernstige aandoening hebben. Gekeurd worden is een stress voor de gekeurde. Afkeuring is nog een veel grotere stress. De afgekeurde voelt zich uitgesloten, uitgestoten in zekere zin buiten de samenleving. Dit zijn psychologische niet te kwantificeren fenomenen, doch niet minder reëel. Vanuit medisch standpunt valt op te merken, dat een afkeuring, wegens een bepaalde aandoening, deze aandoening objectief kan verergeren: een hyperthyreoïdie, een ulcus ventriculi, een coronairsclerose kunnen daardoor dermate exacerberen, dat de patiënt in levens-

gevaar kan komen, door het simpele feit van afkeuring: een maligne hyperactiviteit der schildklier, een maagperforatie, of een hartinfarct. Dit is deels het gevolg van het zoëven aangestipte psychisch mechanisme, doch ook van de beperking der maatschappelijke vrijheid, die vaak het gevolg is van de afkeuring: geen baan, geen verzekering, noodzaak tot omscholing en daarmee soms geen pensioen, geen sportvliegerij, enz. enz. Vaak zal een meer ernstige aandoening, welke eenmaal een afkeuring ten gevolge heeft gehad, daarna keer op keer tot afkeuring leiden en daarmee keer op keer tot inperking in de maatschappelijke vrijheid en tot frustratie.

Men kan stellen dat tegenwoordig op grond van ernstige aandoeningen maatschappelijk tegen de afgekeurde wordt gediscrimineerd. Hier komt een algemeen belang om de hoek kijken, een publieke zaak, aangezien volgens thans geldende begrippen discriminatie op alle gebied en waar ook aan getroffen verboden is. Gesteld wordt, dat discriminatie de sociale grondrechten schendt. Daarom dient het aantal keuringen tot het strikt noodzakelijke te worden beperkt. Voor elke keuring dient men zich af te vragen of deze keuring wel nodig is. Anders gezegd, er moeten tegenover (potentiële) de nadelen van het keuren zo grote voordelen staan, dat de balans ten voordele van wel keuren uitvalt. Daarbij dient naast het doel der keuring in het betreffende geval ook de effectiviteit ervan betrokken te worden.

Doeleinden der keuring

Keuren kan voor allerlei doeleinden plaatsvinden: in het belang der veiligheid, om geschiktheid voor een betrekking te beoordelen, ter beoordeling van verzekeringsrisico en verder ter verdeling van schaarse goederen, diensten of andere zaken: extra-dieet, andere behuizing, plaatsing in een bejaarden- of verpleeghuis, grootte van een invaliditeits-uitkering enz. enz. In het hierna volgende overzicht zal om begrijpelijke redenen slechts sprake zijn van veiligheids-, geschiktheids- en verzekerings- en risico-keuringen. De problematiek ligt daar namelijk zo geheel anders, dat een vergelijking weinig zin heeft.

Veiligheidskeuringen hebben ten doel te beoordelen, of de aanwezigheid of activiteit van de keurling gevaar kan opleveren voor derden, die zich tegen dit gevaar niet kunnen verdedigen: bij vliegers, stuurlieden, treinmachinisten en buschauffeurs, „foodhandlers”, potentiële lijders aan A-ziekten of quarantaineziekten, enz. enz. Meestal stelt hier de overheid de bij de keuring aan te leggen normen

vast. Er mag slechts worden gekeurd door toegelaten artsen. Vrijwel steeds is er beroep op het resultaat der keuring. Dit is redelijk: het belang van de keuring is goedgekeurd te worden, dat van de gemeenschap is, dat gevaarlijken worden uitgeselecteerd. Hieromtrent kan men een klassieke werkwijze vinden in de Schepenwet en het Schepelingenbesluit: de afgekeurde krijgt van de keurende arts onmiddellijk de uitslag van de keuring, schriftelijk. In geval van afkeuring is op het bewijs van afkeuring vermeld, waar en binnen welke termijn beroep mogelijk is.

Hoewel het de overheid is, die in de meeste gevallen de norm stelt, geeft meestal een particulier of niet-overheidsorganisatie opdracht tot de keuring en draagt daarvan de kosten. Het is de vraag of dit juist is en of alle keuren en herkeuren voor veiligheidsdoeleinden niet in handen van een door de overheid en bedrijfsleven samen gesubsidieerde organisatie moet liggen, waarbij de overheid toezicht kan houden, evenals het bedrijfsleven (werkgevers en werknemers).

Functie- of geschiktheidskeuringen beogen te bepalen of een werknemer geschikt zal zijn voor een functie, welke hij ambieert. Indien deze keuring niet zou worden verricht alvorens de werknemer zijn nieuwe arbeid aanvangt, bestaat de kans, dat hij na kortere of langere tijd niet kan voldoen aan de fysieke eisen, welke het werk stelt en hij dit moet beëindigen. Indien voor een soort arbeid een scholing is vereist dient de geschiktheidskeuring te worden verricht vóór de scholing begint. Indien het resultaat der functiekeuring ambivalent is, kan een „proef-werken” plaats hebben. In zeer vele gevallen is de waarschijnlijkheid van afkeuring voor een functie zo gering, dat men ze gerust kan nalaten: kantoorpersoneel, werk aan de lopende band, enz. Een andere reden van het niet-verrichten van een functiekeuring kan zijn, dat de nieuwe employé reeds langer in een dergelijke functie heeft gewerkt en dat het voldoen aan de eisen van dat beroep niet verandert met de leeftijd.

Het essentiële verschil tussen functie- en veiligheidskeuring is, dat men bij een veiligheidskeuring geen risico mag nemen, bij een functiekeuring wel (in de zin van een proef-werken). Verder zijn beide soorten keuring zo aan elkaar verwant, dat zij meestal wel tegelijk vanuit hetzelfde oogpunt en dezelfde denkwijze kunnen worden verricht. Ook op de ongunstige uitslag van de functiekeuring dient op gronden van algemeen belang beroep mogelijk te zijn. Dit behoeft niet zo stringent geregeld als bij de veiligheidskeuring, doch het „proefwerken” dient beschikbaar te zijn. Ook hier dient de keuringsuitslag schriftelijk aan de afgekeurde te worden gegeven, onder mededeling van beroepsmogelijkheden.

Verzekeringskeuringen zijn er op gericht te (trachten te) bepalen of, en tegen welke voorwaarden, een verzekering tot stand kan komen. Zij kunnen samen worden verricht met veiligheids-

functiekeuringen, doch ook apart. Deze verzekeringen kunnen in drie soorten worden onderscheiden: zij kunnen uitbetalen bij gezond zijn van de verzekerde, bij diens ziekte of overlijden (in beleid gevallen aan de verzekerde of zijn erfgenaam) en ook ter dekking van bedrijfsschade door ziekte of overlijden, wettelijke aansprakelijkheid voor personeel e.d. Al deze keuringen hebben met elkaar gemeen, dat zij een uitsluitend economisch belang dienen, dat soms bij de goedgekeurden ligt (lagere premies), soms bij de werkgever (bedrijfsschades e.d.), en nimmer bij de afgekeurden. Uit een oogpunt van discriminatie is hier de grootste kans op schending der sociale grondrechten.

Ere wie ere toekomt: bij alle verplichte sociale verzekeringen bestaat geen geneeskundige selectie. Deze lof wordt een weinig getemperd wanneer men bedenkt, dat dit slechts kan geschieden via een wijze van administratie, die deze verzekeringen eerder het karakter van belastingheffing met doelbestemming geven.

Effectiviteit der keuring. Technisch gesproken bestaat de keuring uit drie delen: de anamnese, het onderzoek en de evaluatie. Totaal neemt de keuring in het algemeen tussen de 40 en 60 minuten in beslag, met uitschieters naar beneden en naar boven: het onderzoek voor vliegers neemt enige dagen in beslag, het totale onderzoek voor stuurlieden twee uur (een ogen-, een oren- en een algemene keuring). Het opnemen van de anamnese gaat vaak via een door de keurling te vullen standaardformulier, en neemt daarmee ongeveer 10 minuten van de keurende arts. Uitkleden kost ongeveer 5 minuten, evenals het aankleden, Resteert ongeveer 30 minuten voor het lichamelijk onderzoek.

Uit de anamnese kan een aantal aandoeningen naar voren komen, welke niet of zeer moeilijk door onderzoek kunnen worden ontdekt. Daarmee zijn de ernstige aandoeningen, welke het resultaat van de keuring kunnen beïnvloeden, verdeeld in 3 groepen:

A. Aandoeningen, welke zonder bijzondere hulpmiddelen door de keurende arts zullen worden ontdekt, ook zonder nadere mededelingen van de gekeurde: atriumfibrillatie, diabetes met glucose in de urine, longenfyseem, status met anus praeternaturalis, mitraalstenose van ernstige aard, enz.

B. Aandoeningen, welke op het ogenblik der keuring niet kunnen worden gevonden, ook niet na mededelingen van de keurling, en waarvan men dus niet op de hoogte komt indien de keurling daarover zwijgt: sommige vormen van epilepsie, chronische of recidiverende hoofdpijnen, rugpijnen, overgebruik van alcohol of andere genees- of genotmiddelen, slapeloosheid, spastische condities van maag en darmen, enz. enz.

C. Aandoeningen, welke bij het gebruikelijk keuringsonderzoek niet zouden zijn ontdekt, indien de keurling ze niet vermeldt: goed geregelde diabetes,

ulcus duodeni, diverticulose, behandeling met anti-coagulantia, met corticosteroiden behandelde astmatische bronchitis, etc.

Op deze lijst komt een vrij groot aantal ziekten voor, dat het zij slechts met bepaalde technieken, het zij in het geheel niet kan worden ontdekt door de keurende arts. Dit wordt herhaald, omdat hierin een bron van onbetrouwbaarheid ligt bij keuringen. Bij de veiligheidskeuringen heeft de keurling geen belang bij een juist keuringsresultaat, behalve zijn gezond verstand, dat hem zegt, dat naast anderen ook hijzelf risico kan lopen bij een verongelukken door een te gunstig keuringsresultaat. Ditzelfde beroep kan op het gezond verstand gedaan worden bij geschiktheidskeuringen. Bij allerlei verzekeringskeuringen kan dit niet. In feite dwingt hier de verzekeraar, indirect, door middel van de keurende arts, de keurling met een hem bekende aandoening tot een inlichtingen geven tegen hemzelf. Als op een sollicitatieformulier moet worden ingevuld door de sollicitant van welk ras of godsdienst of andere groep hij is, dan zou hiertegen onmiddellijk bezwaar worden gemaakt op grond van discriminatie. Hier geschiedt, zoals reeds hiervoor aangetoond, dezelfde discriminatie. Moreel mag men het de keurling dus niet kwalijk nemen indien hij deze inlichtingen verzwijgt en daarmee het resultaat ervan op losse schroeven zet. Zoals later zal worden aangetoond, behoeft iemand die solliciteert naar een overheidsfunctie, en die men een keuring doet ondergaan, de hem gestelde vragen in het geheel niet te beantwoorden.

Afgezien van alle morele waarden, zal bij veiligheids- en geschiktheidskeuringen een zeker aantal keurlingen de gestelde anamnese vragen niet naar waarheid beantwoorden. Stellen wij dit aantal op ($X\%$). Bij zuivere verzekeringskeuringen zal er een groter aantal zijn, dat vragen onjuist beantwoordt en daarmee het keuringsresultaat onbetrouwbaar maakt. Stellen wij dit aantal op y . Hierbij is y groter dan x . Indien men nu veiligheids-, geschiktheids- en verzekeringskeuring combineert, zal een zeker aantal keurlingen wel goed willen antwoorden op de veiligheids- en geschiktheidsanamnesevragen, doch onjuist op de verzekeringsanamnesevragen. Hun aantal is $y-x$. Stellen wij dat hiervan de helft besluit toch maar de juiste en de helft niet de juiste inlichtingen te verstrekken, dan zal het aantal van hen, die bij veiligheids- en geschiktheidskeuring alleen juist antwoorden, x , toenemen tot $x + \frac{1}{2}(y-x)$. Het aantal onjuiste veiligheids- en geschiktheidskeuringen neemt dan toe met $\frac{1}{2}(y-x)$.

Elke onjuiste veiligheidskeuring kost ongelukken. Indien $\frac{1}{2}(y-x)$ maar $\frac{1}{2}\%$ meer ongevallen zou veroorzaken, kan dat honderden mensenlevens zijn, indien de aantallen maar groot genoeg zijn. Hierbij worden dus mensenlevens opgeofferd aan (potentieel)economisch gewin, niet van een gemeenschap in zijn geheel, maar van delen, namelijk die der werkgevers en goedgekeurden. Vrijwel altijd zullen de kosten van ongelukken niet ten nadele komen

van hen, die deze door een onjuist keuringsbeleid hebben helpen veroorzaken. De opdrachtgevers wensen het odium hiervoor af te wentelen op de keurende artsen. Zij (doen) daarom hen de vraag stellen of de keurende arts meent, dat de keurling de vragen omtrent zijn voorgeschiedenis juist heeft beantwoord. Deze vraag te stellen en een juist antwoord te verlangen is een blijk van volkomen gebrek aan menselijk, medisch en ethisch inzicht. Menselijk, omdat niemand gehouden is aan een manier van vragen mede te werken, welke discriminerend werkt. Medisch, omdat van de keurende arts niet kan worden verwacht dat hij in de korte, hem toegemeten tijd zich een inzicht vormt in de psychische structuur van de keurling. En medisch-ethisch, omdat een juiste beantwoording van de vraag hem in strijd kan brengen met zijn plicht als arts, die hem dwingend voorschrijft: any act or advice which can weaken the resistance of a human being, may be used only in his interest (WMA voorschrijft voor alle artsen, zie Medische ethiek, pag. 158 en 159). Een aanklacht op grond van valsheid in geschrifte kan worden beantwoord met een beroep op overmacht. Vermoedelijk is een groot gedeelte van de antwoorden op deze vraag (omtrent de juistheid) onjuist, merendeels wellicht op grond van medelijden of medeleven.

Een eerste conclusie, op grond van de argumentatie omtrent de afname van de veiligheid bij combinatie van keuringen, moet zijn, dat het niet verantwoord is veiligheids- en geschiktheidskeuringen enerzijds te combineren met verzekeringskeuringen anderzijds. Dit is de ratio van de uitspraak in het nieuwe rapport over bedrijfsgeneeskunde (met fiat van het HB verschenen in M.C.) waarbij wordt vermeld, dat adviseurschap van fondsen in conflict kan komen met een functie als bedrijfsarts.

Bij de meeste verzekeringskeuringen vraagt men de keurende arts een prognose te doen en zijn redenen op te geven indien het risico anders dan zeer goed is. Ook het beantwoorden van deze vraag in alle eerlijkheid is niet mogelijk, indien men zich enigszins verdiept in de psychosomatische geneeskunde. Dan blijkt dat iemands toekomstig gedrag zozeer afhangt van zijn betrekkingen tot andere personen, waarmee hij op het ogenblik der keuring misschien nog helemaal niet in aanraking is geweest, dat het antwoord niet gebaseerd kan zijn op conclusies, getrokken uit waarnemingen, doch slechts op intuïtie. En naar deze intuïtie wordt niet gevraagd. De slotsom kan slechts zijn dat het resultaat, de evaluatie van verzekeringskeuringen, dermate onzeker is, dat daarmee de betrouwbaarheid ervan niet zeer groot mag worden geacht. Beperkte veiligheidskeuringen en geschiktheidskeuringen kunnen, indien juist uitgevoerd en niet gecombineerd met verzekeringskeuringen, een vrij betrouwbaar resultaat opleveren.

Psychische geschiktheid. Aan de keurende arts wordt soms gevraagd te beoordelen of een keurling psychisch geschikt is. Dit behoort niet tot zijn ter-

rein doch tot dat van de psycholoog, die bij de wer-
ving betrokken is en voor dit onderzoek vaak een
dag nodig heeft: de juiste man op de juiste plaats.
Soms verwijzen keurende artsen keurlingen ter be-
oordeling naar een psychiater. Dit moet als onjuist
worden bestempeld: de keuring is het sluitstuk van
een aanstelling, de beoordeling door personeels-
functionaris en eventueel psycholoog heeft dan al
plaats gehad. Het kan zijn dat de keurende arts
meent een psychose vast te stellen. Slechts in dat
geval kan hij advies vragen van een psychiater. De-
ze heeft, naast de psycholoog, wel de taak psychi-
sche abnormaliteiten vast te stellen, doch mist de
training te bepalen welke vereisten op gebied van
psychische structuur de arbeid vereist.

Keuringsbeleid en overheid. Zoals hiervoor werd
uiteengezet, heeft de overheid belang bij alle vor-
men van keuring, alleen al omdat discriminatie moet
worden vermeden. De overheid is nog op andere
manieren daarbij betrokken. Via de medische tucht-
colleges heeft zij een repressief toezicht op het
handhaven van medische ethiek en technische be-
trouwbaarheid van alle artsen, dus ook van keu-
ringsartsen.

Er is nog een bepaling in onze wetgeving, die de
overheid dwingt niet te discrimineren. Artikel 5 der
Grondwet zegt dat de overheid iedereen tot over-
heidsfuncties moet toelaten. Deze bepaling diende
diende aanvankelijk ter vermindering van discriminatie
ten opzichte van degenen, die niet de staatsgod-
sdienst beleden. Het begrip discriminatie heeft zich
uitgebreid en is thans van toepassing op elke
groep, tegen welke op grond van een groepsken-
merk kan worden gediscrimineerd. Dit is van toe-
passing op personen met ernstige aandoeningen.
Derhalve mag de overheid wel bij haar personeels-
beleid gebruik maken van veiligheids- en geschikt-

heidskeuringen, doch niet van verzekeringskeurin-
gen. Pas als het Europees sociaal charter, dat al zo
lang in bestudering is, eens uit de impasse komt en
wordt aangenomen door de lidstaten, kan men ook
de discriminatie bij „particuliere” aanstellingskeu-
ringen tegengaan: dit charter bevat de bepaling, dat
iedereen in vrijheid de door hem gekozen arbeid
moet kunnen verrichten. Een beroep op het Europe-
se Hof wordt dan mogelijk, terwijl ook de nationale
rechter dan met deze bepaling rekening zal moeten
houden. Internationaal is thans alleen beschikbaar
de universele verklaring van de rechten van de
mens.

**

Samenvatting. Analyse van de keuringshandeling
leert, dat deze slechts de garantie van betrouw-
baarheid biedt bij veiligheids- en geschiktheidskeu-
ringen. Discriminatie, van dezelfde aard als rassen-
discriminatie, kan geschieden tegenover die leden
der samenleving, die lijden aan ernstige aandoenin-
gen. Op grond van deze potentiële discriminatie
dient het verrichten van keuringen, welke uitsluitend
economische doeleinden dienen, als medisch-
ethisch ontoelaatbaar worden beschouwd.

De overheid dient haar keuringsbeleid te wijzigen
en terstond alle personeelsselectie op grond van
ziekte-risico en risico's voor het Algemeen Burger-
lijk Pensioenfonds te staken.

Een grondige evaluatie van alle keuringsdoelein-
den, -methoden en resultaten op wetenschappelijk
verantwoorde basis dient de hoogste prioriteit te
verkrijgen.

Het keuren is niet populair. Sommige vormen van
keuren zullen nodig blijven. De medische stand is
het publiek verantwoording verschuldigd omtrent
zijn beleid in deze.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

A. H. Boontje promoveerde aan de Vrije Universi-
teit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde
op een proefschrift getiteld: „Het klinische beeld
van het aneurysma aortale abdominalis”. Promotor
was Prof. Dr. G. den Otter.

J. G. M. Jordans te Enschede promoveerde aan
de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de
geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Poly-
chondritis recidivans”, beschrijving van het ziekte-
beeld en een aantal klinische waarnemingen, met
een onderzoek naar het voorkomen van tegen
kraakbeen-extract gerichte antistoffen. Promotor
was Prof. Dr. E. Mandema. Co-referent Dr. F. H.
Oswald.

A. K. Panders te Eelde promoveerde aan de
Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de ge-
neeskunde op een proefschrift getiteld: „Fibro-
osseuze en fibro-osseuze-cementeuze dysplasie van

de kaken”. Promotor was Prof. Dr. H. N. Hadders.
Co-promotor Prof. Dr. G. Boering.

Benoemingen:

Dr. R. Giel is benoemd tot lector in de faculteit
der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Gronin-
gen om onderwijs te geven in de psychiatrie, in het
bijzonder de sociale psychiatrie.

Dr. M. Koster is benoemd tot gewoon hoogleraar
in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit
van Amsterdam om onderwijs te geven in de inwen-
dige geneeskunde.

D. F. Veldkamp is benoemd tot gewoon hoogle-
raar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijks-
universiteit te Groningen om onderwijs te geven in
de conserverende tandheelkunde.

Dr. H. A. D. Walder is benoemd tot gewoon lec-
tor in de faculteit der geneeskunde aan de Katho-
lieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven
in de neurochirurgie.

ONTMOETING L.S.V.-ZIEKENHUISSTAVEN (II)

Specialistische praktijkuitoefening, vrij beroep of dienstverband

Inleiding, gehouden op de bijeenkomst van de Landelijke Specialisten vereniging met de medische staven van algemene ziekenhuizen door Mr. A. C. Kraayenbrink.

De titel waaronder mijn inleiding staat aangekondigd, wekt de indruk alsof er ten aanzien de rechtsvorm van de specialistische praktijkuitoefening een keuzemogelijkheid zou bestaan, hetgeen in feite niet steeds het geval is. Wil er wel een keus mogelijk zijn, dan zal ten aanzien van de praktijk-uitoefening een „werkgever” aanwezig moeten zijn in wiens dienst de praktijk kan worden uitgeoefend om deze laatste keus realiseerbaar te doen zijn. Voor de huisarts of specialist wiens praktijkuitoefening zich geheel voltrekt buiten een inrichting, zal geen keuzemogelijkheid aanwezig zijn. Er van uitgaande dat ingevolge de bepalingen van de Ziekenfondswet de ziekenfondsen niet als werkgever in aanmerking kunnen komen, zullen deze beroepsbeoefenaars aangewezen blijven op het vrije beroep. In feite moeten wij derhalve de vraag: specialistische praktijkuitoefening, vrij beroep of dienstverband, beperken tot de specialistische praktijkuitoefening binnen het kader van een inrichting die eventueel als werkgever zou kunnen optreden.

Een vijftal jaren geleden werd door mij in de ledenvergadering van de L.S.V. een inleiding gehouden over de rechtsverhouding specialist/ziekenhuis. Hierin werd er op gewezen dat beide vormen van praktijkuitoefening naast elkaar voorkomen, namelijk de praktijkuitoefening in dienstverband in veel bijzondere en categorale inrichtingen (academische ziekenhuizen, militaire ziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen, sanatoria), terwijl de praktijkuitoefening voor eigen rekening en risico in Nederland in de meeste algemene ziekenhuizen wordt aangetroffen. Daarnaast wordt nog een mengvorm aangetroffen in de zogenaamde arts- in ziekenhuizen, waar een deel van de specialistische praktijk, te weten de klinische ziekenfondspraktijk, in dienstverband van het ziekenhuis wordt uitgeoefend en de rest van de praktijk zelfstandig en voor eigen rekening.

Zonder mij in beschouwing te begeven over het vrij beroep in het algemeen (hierover zijn de laatste jaren reeds artikelen in Medisch Contact verschenen) zou ik het vrij beroep willen definiëren als een dienstverlenend beroep op academisch niveau dat zelfstandig en voor eigen rekening wordt uitgeoefend en waarbij deze dienstverlening is gebaseerd op een rechtstreekse contractuele verhouding met cliënten of patiënten. De arbeidsovereen-

komst welke ten grondslag ligt aan het dienstverband omvat twee essentiële elementen, namelijk gezagsverhouding werkgever/werknemer en het voor de verrichte arbeid door de werkgever uit te betalen loon met de daaraan tegenwoordig verbonden secundaire voorwaarden. Dat de ondergeschiktheid welke het kenmerk is voor een dienstverband, volledig verenigbaar is met een zeer grote mate van vrijheid ten aanzien van de eigenlijke beroepsuitoefening, zou ik hier wel duidelijk willen stellen. Ook binnen een dienstverband kan de onafhankelijkheid van de arts ten aanzien van zijn medisch handelen gewaarborgd blijven. Juridisch is het essentiële verschil tussen de praktijkuitoefening in dienstverband en die in het zelfstandige beroep gelegen in het feit dat bij de praktijkuitoefening in dienst van een ziekenhuis er uitsluitend een *contractuele relatie* bestaat tussen ziekenhuis en patiënten, waarbij het ziekenhuis zich verbindt ook de medische hulp te verstrekken, welke hulp in feite dan wordt geleverd door de in dienst van het ziekenhuis werkende specialisten, terwijl in de vrij-beroepssituatie de medische behandeling enz. voorwerp is van de overeenkomst tussen specialist en patiënten. Geschiedt de behandeling van een patiënt in dienstverband, dan kan het ziekenhuis aansprakelijk worden gesteld bij eventuele fouten bij de medische behandeling gemaakt. Is dit niet het geval dan strekt de contractuele verantwoordelijkheid van het ziekenhuis zich niet uit tot de medische behandeling en berust de aansprakelijkheid uitsluitend bij de behandelend specialist.

Indien wij het oog hebben op de specialistische behandeling in dienstverband van het ziekenhuis, dan lijkt het voor de hand liggend er van uit te gaan dat in een dergelijke situatie de specialist volledig in het ziekenhuis werkzaam is. Zijn de werkzaamheden van de specialist verdeeld over een aantal ziekenhuizen, dan lijkt mij het dienstverband moeilijk te realiseren. Toen ik in 1965 mijn inleiding voor de ledenvergadering hield, was het probleem in zoverre actueel, dat er omstreeks die tijd vanuit de ziekenhuiswereld nog al wat stemmen opgingen die het volledig dienstverband van de specialisten in ziekenhuizen bepleitten. Als belangrijk motief daarvoor gold het argument dat de specialist in dienstverband in het ziekenhuis gemakkelijker in de hiërarchische organisatie van het ziekenhuis zijn plaats zou kunnen krijgen. De zelfstandige specialist is immers veel moeilijker in een gebruikelijke organisatiestructuur in te passen. De indruk bestaat dat van de zijde van de ziekenhuizen de aandrang tot het

in dienst nemen van de behandelend specialist niet veel meer wordt gehoord. In specialistenkringen wordt nog al eens het geluid vernomen dat een vast gesalarieerde positie in dienst van het ziekenhuis aantrekkelijke kanten zou hebben en dat deze mening onder de jongeren meer zou zijn verbreid dan onder de ouderen. Het vrije beroep als zodanig schijnt minder aan te spreken en niet meer in al zijn consequenties te worden aanvaard. Zaken als een rechtstreekse vergoeding van de spreekuur-kosten in het ziekenhuis door ziekenfondsen c.q. patiënten, aanvaarding van de verplichting deel te nemen aan een collectieve pensioenregeling worden thans minder dan een aantal jaren geleden in strijd geacht met de vrije beroepssituatie.

Door het Centraal Bestuur werd mij verzocht in deze inleiding een poging te doen de vóór- en nadelen van het dienstverband en de vrije beroepssituatie tegen elkaar af te wegen. Ten aanzien hiervan moet ik vooropstellen dat een dergelijke afweging een uitermate moeilijke zaak is, in die zin dat een de specialisten bekende situatie (immers de grote meerderheid der specialisten is in de algemene ziekenhuizen zelfstandig werkzaam) zou moeten worden vergeleken met een onbekende situatie waarin alle, of de grote meerderheid der specialisten in dienst van het ziekenhuis werkzaam zouden zijn. Op welke voorwaarden de specialisten in dienstverband in de ziekenhuizen zouden komen te werken is immers niet te voorspellen. Waar de salariering enz. van de in dienstverband werkende specialisten tot de kosten van het ziekenhuis zouden gaan behoren, is te verwachten dat het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven een belangrijke stem in het kapittel zou krijgen ten aanzien van dit deel van de arbeidsvoorwaarden van de in dienst zijnde specialisten. Te verwachten is ook dat alsdan (zoals thans het geval is ten aanzien van het aantal assistenten dat op het ziekenhuisbudget mag drukken) eveneens normen zullen worden gesteld ten aanzien van de specialistenbezetting in de ziekenhuizen. Ook indien de specialisten in dit Centraal Orgaan zouden zijn vertegenwoordigd (hetgeen thans niet het geval is) verwacht ik toch dat in een situatie waarbij de specialisten in dienst van de ziekenhuizen zouden treden, van buitenaf veel meer regelend zou worden opgetreden dan thans het geval kan zijn. Nochtans zou ik voor de mij gevraagde vergelijking van de verschillende situaties er even van uit willen gaan dat, materieel gezien, een bevredigende rechtspositie-regeling van de in dienst van het ziekenhuis werkende specialisten zou worden verkregen.

Met het hierboven gemaakte voorbehoud zouden de vóór- en nadelen van de zelfstandige beroepsuitoefening en de beroepsuitoefening in dienst van het ziekenhuis als volgt tegenover elkaar kunnen worden gesteld:

a. De arbeidsovereenkomst tussen specialist en ziekenhuis zal, naar ik aanneem, de specialist een behoorlijk gesalarieerde functie verschaffen met een behoorlijke pensioenvoorziening enz. De zekere

rechtspositie welke de specialist van een dergelijke functie verwacht, zal moeten worden gecreëerd via de opstelling van de contractsvoorwaarden en de salariering, waarbij het dus de vraag is in hoeverre de ziekenhuizen hierbij aan banden zullen worden gelegd. Hierbij moet er de nadruk op worden gelegd dat de wettelijke regeling van de arbeidsovereenkomst, welke in beginsel steeds door elk der partijen opzegbaar is, op zichzelf maar een beperkte garantie voor een blijvende positie geeft.

Het zijn dus de voorwaarden van de te sluiten overeenkomst welke deze rechtspositie nader dienen vast te stellen. Aangenomen dat deze zaken voor de onderscheiden ziekenhuizen op een voor de specialisten redelijke wijze zullen kunnen worden gerealiseerd (niet vergeten dient te worden dat de inkomenspositie van de geslaagde zelfstandige beroepsuitoefenaar thans in gunstige zin de voorwaarden van de arbeidsovereenkomst van medici beïnvloedt) kan de specialist dus verwachten dat hij, regelmatig opklimmend in zijn salariering, zonder financiële zorgen zijn werk zal kunnen doen. Er zal een veel grotere nivellering optreden in de inkomenspositie van de specialisten die — zoals in elk ander vrij beroep — thans een grote spreiding vertoont, afhankelijk van tal van factoren, zoals het meer of minder slagen in de praktijk en de meer of minder goede keus van de plaats van vestiging e.d. In dienst tredende van het ziekenhuis aanvaardt de specialist in beginsel een gelijksoortige rechtspositie in het ziekenhuis als die van de andere topfunctionarissen (directeur, econoom). Hij aanvaardt de gezagsverhouding werkgever/werknemer, welke één der essentialia vormt van de arbeidsovereenkomst. Deze juridische gezagsverhouding behoeft overigens niet in te houden en zal naar is te verwachten ook niet inhouden dat de werkgever rechtstreeks bemoeienis zal willen of kunnen hebben met de behandeling van ziekenhuispatiënten die aan de specialist zijn toevertrouwd. Wel is het denkbaar en gezien de voorbeelden in het buitenland ook wel te verwachten, dat het ziekenhuisbestuur de medische verantwoordelijkheid van het werk op een afdeling zal delegeren aan de specialist die als hoofd van de afdeling dan ook het toezicht zal hebben op het medisch werk van de andere specialisten en artsen, die op zijn afdeling bij de behandeling van patiënten zijn betrokken. De persoonlijke vrijheid en verantwoordelijkheid ten aanzien van het medische werk welke thans bijvoorbeeld elk van drie al dan niet in associatie-verband werkende specialisten hebben, zal dan in beginsel niet meer aanwezig zijn bij de twee specialisten die bij hun medische werkzaamheden ondergeschikt zijn aan het hoofd van de afdeling.

Dat het treden in dienstverband bij het ziekenhuis wat de invloed op de praktijkuitoefening betreft, althans voor een aantal specialisten, belangrijke consequenties kan hebben, is een punt dat als tegenargument tegen de dienstverhoudingen door de specialisten wel goed moet worden gezien. Komen de specialisten in dienst van het ziekenhuis, dan zal het

ziekenhuis ook op grond van het juridisch argument dat het aansprakelijk zal kunnen worden gesteld voor beroepsfouten bij de behandeling van patiënten gemaakt, een argument kunnen aanvoeren om door verdergaande bemoeienis dan thans het geval is, deze aansprakelijkheid zoveel mogelijk te beperken.

b. De verwachting dat de thans dikwijls overbezette specialisten in dienstverband een rustiger werkkring zullen vinden, behoeft geen realiteit te worden. Er zijn meer functies waar men zijn werkzaamheden niet kan verrichten binnen een bepaald aantal „kantooruren”. Het is dus een reële vraag of het therapeutisch medische werk naar zijn aard niet steeds zwaar en veeleisend zal blijven, onder welke contractuele vorm het beroep ook wordt uitgeoefend. Wel is te verwachten dat, indien overmatig hard werken geen extra honorering meer oplevert, de drang groter dan thans zal zijn om meer specialisten (althans indien deze er zijn en de mogelijkheid daartoe wordt geboden) voor het werk aan te trekken. Indien het ziekenhuis niet bereid is of financieel niet in staat wordt gesteld meer specialisten in te schakelen, liggen hier mogelijkheden van conflicten welke de goede verhoudingen kunnen verstoren.

c. Van ziekenhuiskant, althans van de zijde van bedrijfseconomen, wordt als voordeel van het in dienst treden van de specialisten bij de ziekenhuizen gezien, dat deze in die verhouding op de normale wijze in „de bedrijfsorganisatie” worden ingeschakeld; de specialisten zouden dan in deze organisatie een hiërarchieke plaats vinden, terwijl zij — niet meer als zelfstandige beroepsbeoefenaars naast de ziekenhuisorganisatie staande — met deze organisatie tot een behoorlijke samenwerking moeten geraken. Het komt mij voor dat dit argument de specialisten weinig zal aanspreken en dat zij er de voorkeur aan geven via een behoorlijk georganiseerd stafverband hun inbreng te leveren voor een behoorlijke functionering van het ziekenhuisgeheel. In dit verband moge ik er wel op wijzen, dat in het enkele jaren geleden gepubliceerde rapport over de „organisatorische positie van de medisch specialist in het Nederlandse algemene ziekenhuis” wordt gesteld, dat voor de bepaling van deze positie het indifferent kan worden geacht of de specialist al dan niet in dienst van het ziekenhuis werkzaam zal zijn, al dacht ik dat dit rapport op dit punt niet overal even consequent is; bijvoorbeeld waar er van wordt uitgegaan dat de medische behandeling een hoofd-functie is van het ziekenhuis en de behandelend specialist zijn medische taak gedelegeerd krijgt vanwege het ziekenhuis, al zal hem volgens dit rapport bij de vervulling van zijn taak een grote mate van zelfstandigheid en persoonlijke verantwoordelijkheid, aangeduid als een zekere autonomie, door de ziekenhuisorganisatie worden „gelaten”.

d. Als voordeel van het dienstverband wordt wel gezien dat de niet meer naar behoud van de eigen

praktijk strevende specialisten er gemakkelijker toe zouden komen eikander bij het medische werk te betrekken en te komen tot teambehandeling. Hoewel theoretisch voor dit argument wel iets is te zeggen is zal in de praktijk de realisering van deze samenwerking toch steeds afhankelijk zijn van de onderlinge goede persoonlijke verhoudingen van de in het ziekenhuis werkende specialisten, waarbij kan worden aangetekend dat het feit dat men allen in dienst is van het ziekenhuis geen waarborgen kan bieden dat deze goede verhoudingen in elk ziekenhuis steeds zullen kunnen worden gerealiseerd.

e. Een argument vóór een dienstverhouding zou kunnen zijn dat de specialisten beter en rustiger ook wetenschappelijk hun werk zouden kunnen doen indien zij geen eigen financieel belang meer zouden hebben bij opvoering van het werktempo. In bepaalde gevallen zal zulks mogelijk het geval zijn. Hier staat echter tegenover, dat de zelfstandige beroepsbeoefenaar er naar zal streven zijn praktijk zo goed mogelijk te doen, juist omdat deze er belang bij heeft zijn praktijk bijeen te houden en zo mogelijk uit te breiden. De vaste salariering kan er in bepaalde gevallen ook toe leiden dat de activiteit en het streven de praktijk zo goed mogelijk te doen, afnemen. Overigens kan hierbij de vraag worden gesteld of, indien de specialist een belangrijk deel van zijn taak zou gaan vinden in onderwijs en research, het dienstverband voor die situatie niet de voorkeur zou gaan verdienen.

f. Als bezwaar tegen het volledig aantrekken van specialisten in dienst van het ziekenhuis kan worden genoemd dat de totale kosten mogelijk zullen stijgen, indien de in de tarieven gelegen prikkel om de patiënten zo kort mogelijk in het ziekenhuis te houden, zou komen te ontbreken. Verwacht men dat de specialist in dienst van het ziekenhuis niet meer bereid zal zijn de zeer grote werkprestaties te leveren zoals thans in een grote praktijk, dan zal ook de noodzakelijke aantrekking van meer specialisten de totale kosten doen stijgen.

g. Een goed geregelde arbeidsovereenkomst biedt in vele opzichten meer zekerheid met betrekking tot de doorbetaling van het volledige salaris bij vakantie, eventueel vakantie-toelage, terwijl wat de oudedagsvoorziening betreft, de fiscale regeling zoals bekend, de werknemer bevoordeelt boven de beoefenaar van een vrij beroep. Of men deze zekerheden zo zwaar laat wegen dat men ter verkrijging hiervan het zelfstandige beroep zou willen loslaten, is een vraag welke moeilijk in het algemeen is te beantwoorden en welke vermoedelijk door de specialist, die uit zijn eigen praktijk zich een zodanig inkomen verwerft dat hij zonder bezwaar uit eigen middelen minstens eenzelfde oudedags- en weduwnenvoorziening kan opbouwen als welke ten deel valt aan een behoorlijk gesalarieerde arts in dienstverband, eerder ontkennend zal worden beantwoord dan door anderen. In elk geval dient er naar gestreefd te blijven dat de tarieven voor hulp aan zie-

kenfonds- en particuliere patiënten een zodanig inkomen opleveren, dat bij een redelijke praktijkomvang een behoorlijke oudedagsvoorziening uit dit inkomen kan worden opgebouwd. De tot stand te brengen collectieve ouderdoms- weduwen- en wezenvoorzieningen in het kader van de op stapel staande Raamwet zullen in dit verband van grote betekenis zijn indien de hiervoor op te brengen premies fiscaal op analoge wijze zullen worden vrijgesteld als bij de bedrijfspensioenfondsen.

De hierboven genoemde argumenten zouden met meerdere kunnen worden aangevuld. Vooralsnog blijf ik persoonlijk van oordeel, dat de overgang naar een dienstverband op zichzelf geen oplossing geeft voor velerlei problemen die in verband met de medische ontwikkeling binnen de ziekenhuizen aan de orde komen. Ik kan in dit opzicht onderschrijven de stelling van Prof. Vollebergh in zijn verhandeling over de medische samenwerking in „Ziekenfondsvragen” van december 1969, als hij stelt dat „invoering van een dienstverband niet vanzelfsprekend leidt tot het vinden van een nieuwe formule, waarin zowel ruimte bestaat voor een medisch-professioneel beleid als voor een zelfstandige uitoefening der geneeskunst door individuen en teams”. Vollebergh acht het overigens een open vraag, of liever nauwelijks een vraag meer, of de gedachte van het vrije beroep in zijn oorspronkelijke vorm niet tot verdwijnen is gedoemd. Als men

met de vrije beoefenaar in zijn oorspronkelijke vorm op het oog heeft de solitaire beroepsbeoefenaar die geheel buiten het ziekenhuis fungeert, dan valt te verwachten dat deze inderdaad zal verdwijnen indien de tendens zich voortzet dat de specialistische praktijkuitoefening zich geheel binnen de ziekenhuizen zal concentreren. In deze ziekenhuizen is men aangewezen op de noodzakelijke samenwerking met andere in de ziekenhuizen werkende medici en de niet-medische werkers aldaar, zodat de volledige vrijheid die de solitair werkende arts heeft aan beperkingen onderhevig moet zijn. Ook in het kader van een rechtsverhouding specialist/ziekenhuis die niet in de vorm van een arbeidsovereenkomst wordt gegoten, kan een vorm worden gevonden om de eisen die de ontwikkeling stelt, adequaat tegemoet te treden. Ten aanzien van de samenwerking van beoefenaars van eenzelfde specialisme in een ziekenhuis, is de samenwerkingsvorm in associatie-verband praktisch regel geworden.

De staven zijn in de ziekenhuizen van de grond gekomen en anderen hebben u heden er over onderhouden welke belangrijke taken aan deze staven toevallen. Inschakeling van de staven bij het bestuurs- en directiebeleid wordt algemeen toegejuicht en de bijeenkomst die heden is gehouden, moge er blijk van geven dat de specialisten aandacht hebben voor deze problematiek en bereid zijn het op hen gedane beroep in dezen te honoreren.

De gezondheidsrisico's van het roken

Door Dr. L. Meinsma

Enige tijd geleden verscheen het vierde wetenschappelijke rapport in de Verenigde Staten van Noord-Amerika over het verband tussen roken en gezondheid. Dit nieuwe rapport werd wederom opgesteld vanwege de Dienst Volksgezondheid van het Amerikaanse ministerie van Volksgezondheid, Opvoeding en Sociale Zaken door de National Clearinghouse for Smoking and Health (directeur Dr. D. Horn). De titel van het rapport is „The Health Consequences of Smoking; 1969 Supplement”.

Sinds de voorgaande mededelingen* zijn verschenen, zijn geen belangrijke negatieve feiten bekend geworden, die hiermede in tegenspraak zijn. Integendeel, de resultaten van verricht onderzoek, sinds de publikatie van het 1968 Supplement, en bestudeerd door panels van op dit terrein tot oordelen bevoegde deskundigen, bevestigen de vroegere bevindingen en ondersteunen door aanvullende gegevens, dat het roken een gezondheidsrisico vormt.

De voornaamste bevindingen van het voorliggende 1969 Supplement luiden als volgt**:

Roken en hart- en vaatziekten

Aanvullende gegevens, ontleend aan prospectief onderzoek, bevestigen de conclusie, dat het roken van sigaretten een significante risicofactor is, die bijdraagt tot het ontstaan van coronair-vatenaandoeningen, blijkbaar door bevordering van myocardinfarct en arrhythmieën. Analyses door verschillende onderzoekers van andere daarmede samenhangende factoren (hoog cholesterol-gehalte in het serum, hoge bloeddruk en hoog lichaamsgewicht) demonstreren duidelijk, dat het effect van het roken van sigaretten waarneembaar is en blijft, zelfs als deze

* Smoking and Health (1964) P.H.S. Publication no 1103
The Health Consequences of Smoking (1967) P.H.S. Publ. no 1696

The Health Consequences of Smoking; 1968 Supplement (1968) P.H.S. Publ. no 1696-1 (zie o.a. Medisch Contact 24/1969, bladzijde 37)

** Samenvatting, vertaald overgenomen uit voornoemd rapport.

andere factoren zorgvuldig worden geëvalueerd. Obductie-bevindingen doen veronderstellen, dat het roken van sigaretten samenhangt met een belangrijke toeneming van atherosclerose van de aorta en van de coronair-vaten. Experimenteel onderzoek bij proefdieren heeft nieuwe informatie verschaft omtrent het pathologische effect van het roken van sigaretten op de slagaderen. Dit gegeven ondersteunt extra de mening, dat het roken van sigaretten atherosclerose bevordert.

Roken en chronische obstructieve bronchopulmonaire ziekten

Recent onderzoek heeft aangetoond, dat rokers van sigaretten duidelijke afwijkingen in de kleinere luchtwegen kunnen hebben, zonder aanwezigheid van bronchopulmonaire verschijnselen. Deze afwijking wordt aangetoond door het vinden van abnormale ventilatie/perfusieverhoudingen in de longen van sigaretten-rokers. Dierlijk proefonderzoek heeft pathologische gevolgen opgeleverd, veroorzaakt in de long door blootstelling aan sigaretten-rook of door specifieke concentraties van producten in de rook van sigaretten. Condities, vergelijkbaar met long-emphyseem bij de mens zijn opgewekt in sommige van deze onderzoeken. Ander onderzoek was gericht op de pathologische effecten van het roken op long-zuiveringsmechanismen en heeft aangetoond, dat deze longzuivering belangrijk gestoord kan zijn door de gevolgen van het roken van sigaretten. Epidemiologische en laboratoriumgegevens ondersteunen de mening, dat het roken van sigaretten kan bijdragen tot het ontstaan van long-emphyseem bij de mens.

Roken en kanker

Een groot opgezet pathologisch onderzoek van histologische veranderingen in de larynx heeft aangetoond, dat er een dosis-relatie bestaat tussen roken en pre-maligne veranderingen van de larynx. Nieuwe proefdier-modellen voor experimenteel onderzoek van kanker van de ademhalingswegen, die van nut kunnen zijn bij het opwekken van mechanismen van carcinogenese in de luchtwegen, zijn ontworpen en verfijnd. Meer onderzoek werd verricht om die stoffen in tabaksrook te identificeren, die deelnemen in het carcinogenetische proces. Deze onderzoeken kunnen van nut zijn om de precieze biomechanismen te bepalen, betrokken bij de oorzaak en gevolg-relatie tussen het roken van sigaretten en longkanker.

Gevolgen van het roken op de zwangerschap

Er worden nieuwe gegevens gepresenteerd, die de bevindingen bevestigen, dat het roken van zwangere vrouwen in verband staat met lage geboortegewichten bij pasgeborenen en eveneens aangeven, dat roken gedurende de zwangerschap samenhangt met een toegenomen kans op vroeggeboorte, zulks alleen bepaald op basis van het geboortegewicht.

Daarbij wordt bovendien de indruk gewekt, dat het roken van de moeder tijdens de zwangerschap kan samenhangen met een toegenomen kans op spontane abortus, dood-geboorte en zuigelingen-sterfte en dat deze relatie het meest opvallend kan zijn in aanwezigheid van andere risico-factoren.

Roken en niet-cancereuze mondholte-aandoeningen

Het onderwerp: niet-cancereuze afwijkingen van de mondholte wordt voor de eerste maal in een Public Health Service-overzicht behandeld. De beschikbare gegevens leiden tot de conclusie, dat ulceromembraneuze gingivitis, alveolaire bot-degeneratie en stomatitis nicotina vaker gevonden worden bij rokers dan bij niet-rokers. De invloed van het roken op periodontale afwijkingen en gingivitis werkt waarschijnlijk samen met slechte mond-hygiëne. Daarbij komt nog, dat er aanwijzingen zijn, dat rokers vaker hun tanden verliezen en meer last hebben van vertraagde tandkas-genezing.

Tabaksrook bevat een groot aantal en vele variëteiten van verbindingen, die kunnen voeren tot complexe en multiële pathofysiologische gevolgen voor de verschillende weefsels en orgaan-systemen. Terwijl verder onderzoek nodig is om de precieze biomechanismen, betrokken bij de pathologische gevolgen van het roken, te onderzoeken, tonen de feiten duidelijk aan, dat het roken van sigaretten een belangrijk gezondheidsrisico vormt in Amerika.

Onderzoek tot vroegtijdige opsporing en tijdige behandeling van baarmoederkanker

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga heeft zijn medewerking verleend aan de uitvoering van een experiment dat de vroegtijdige opsporing van baarmoederkanker in de huisartsenpraktijk op grotere schaal beproeft. De staatssecretaris beoogt hiermee te onderzoeken of de opsporing en de behandeling van kwaadaardige nieuwvormingen in de vrouwelijke geslachtsorganen (onder andere baarmoederkanker) naar de meest moderne methoden bespoedigt en op grotere schaal kan worden toegepast. Hierbij is door hem overwogen dat de kansen op genezing van deze vorm van kanker in belangrijke mate afhankelijk zijn van de vroege opsporing en vroege behandeling.

De eventuele aanwezige kwaadaardige cellen kunnen bij toepassing van moderne technieken reeds in een vroeg stadium en wel vóórdat verdere infiltrerende groei in het weefsel is opgetreden, worden opgespoord. Daartoe is het verzamelen van een aantal cellen uit de baarmoederwand nodig. Dit geschiedt door het afnemen van een kleine hoeveelheid slijm van de wand. De arts strijkt dit uit op een

glasje en zendt het preparaat voor nader onderzoek naar een cytologisch laboratorium. Daar kan de aanwezigheid van kwaadaardige cellen dan worden vastgesteld. Dit onderzoek wordt reeds in ons land uitgevoerd door gynaecologen. In dergelijke gevallen is tot nu echter steeds sprake van een zeer specifieke indicatie die het uitvoeren van dit onderzoek gewenst maakt.

De methode van onderzoek maakt het echter wellicht mogelijk de daarvoor in aanmerking komende vrouwen, met name ook degenen die in de leeftijd waarop de afwijking veel optreedt geen klachten hebben, regelmatig onder controle te houden. Indien het onderzoek periodiek wordt uitgevoerd kan het voorkomen van eerste verschijnselen die in de richting van de aanwezigheid van baarmoederkanker wijzen, zó tijdig worden ontdekt dat behandeling met zeer veel kans op succes kan plaatsvinden. Met het oog hierop lijkt systematische en periodieke toepassing van deze onderzoeksmethode op grotere schaal mogelijk. Dit betekent dat de uitvoering van het onderzoek niet beperkt zou behoeven te blijven tot het onderzoek door vrouwenartsen en andere medici op bepaalde indicatie. Hiertoe zouden ook de voor het onderzoek noodzakelijke laboratoriumfaciliteiten moeten worden uitgebreid.

Het nu door Dr. Kruisinga gestimuleerde project voorziet in de medewerking van de huisartsen voor de uitvoering van het onderzoek. Het experiment is opgezet in samenwerking tussen het centraal laboratorium voor baarmoederkankeronderzoek van de Rijksuniversiteit te Utrecht, het instituut voor huisartsengeneeskunde van deze universiteit en geschiedt in samenwerking met het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid en het Staatstoezicht op de Volksgezondheid.

Er zal bij het nu inmiddels reeds aangevangen onderzoek worden gestart met een beperkt aantal huisartsen. Dit is in de eerste plaats noodzakelijk met het oog op het niet voldoende beschikbaar zijn van voor de uitvoering van het laboratoriumonderzoek, vereiste personeel namelijk cytologisch-analysten. Het is in de tweede plaats noodzakelijk met het oog op de geleidelijkheid die bij de introductie van deze nieuwe vorm van preventief onderzoek in de huisartsenpraktijk voor een goed verloop van dit onderzoek voor het verkrijgen van goede resultaten nodig is.

De experimentele periode van 3 jaar, waarvoor de staatssecretaris een 100% rijksbijdrage heeft toegezegd, zal tevens moeten worden benut om na te gaan hoe de introductie bij de huisartsen en bij hun patiënten zodanig kan geschieden dat volledige medewerking voor het onderzoek wordt verkregen. In het buitenland heeft juist dit aspect dikwijls ernstige moeilijkheden opgeleverd, bij soortgelijke onderzoekingen. Juist omdat het onderzoek periodiek zal moeten worden herhaald, wil het in verband met de opsporing van deze ziekte de beste resultaten opleveren, is ook de bereidheid van de betrokken groep vrouwen om hieraan mede te werken voor het wel-

slagen onmisbaar. Gedeeltelijk kan bij het onderzoek worden voortgebouwd op de ervaringen die in Engeland en in een enkel ander land zijn verkregen.

Dr. Kruisinga is van oordeel dat gezien deze buitenlandse ervaringen met name zal moeten worden nagegaan welke groepen vrouwen naar leeftijd en of ziektegeschiedenis op de eerste plaats voor deze voorziening in aanmerking moeten komen. Het onderzoek zal op een selecte groep moeten worden gericht. In de experimentele periode zal naar zijn oordeel vooral aandacht moeten worden besteed aan epidemiologische aspecten van het voorkomen van deze ziekte. Terwijl daarnaast de organisatorische en technische aspecten mede in verband met de laboratoriumvoorziening aan de orde moeten komen.

Het ligt in de bedoeling het aantal deelnemende huisartsenpraktijken geleidelijk uit te breiden. Gestart wordt met een groep van ± 60 huisartspraktijken.

Dr. Kruisinga heeft tot leden aangezocht van de groep van deskundigen die gedurende de experimentele periode het project zal begeleiden: Prof. Dr. A. A. Haspels, hoogleraar gynaecologie en obstetrie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht; Prof. Dr. A. de Minjer, hoogleraar in de pathologische anatomie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht; Prof. Dr. J. C. van Es, hoogleraar in de geneeskunde van de huisarts van de Rijksuniversiteit te Utrecht, directeur Nederlands Huisartseninstituut, Dr. F. de Waard, wetenschappelijk hoofdmedewerker sociale geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht; een vertegenwoordiger van de Stichting tot Bevordering der Huisartsengeneeskunde. Voor het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid zal Dr. M. J. Hartgerink van de Geneeskundige Hoofdinspectie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en Dr. J. H. Bekker van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid van deze begeleidingscommissie deel uitmaken.

Verwacht wordt dat reeds gedurende de experimentele periode voldoende gegevens worden verkregen om tot een advies aan de staatssecretaris te komen met betrekking tot de maatregelen die voor een algemene beschikbaarheid van deze voorziening in ons land kunnen worden genomen.

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

zijn voor leden van de Maatschappij verkrijgbaar op het Bureau der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. De prijs van het Maatschappij-embleem (Internationaal model), vervaardigd van astralon, is f 1,—. Ook is verkrijgbaar een embleem van plak-plastic à f 0,50. Men wordt verzocht bij bestelling de kosten te voldoen door overschrijving op postgiro 58083 der Maatschappij.

Projecten gezondheidsresearch en ontwikkelingswerk

Brief van staatssecretaris Kruisinga

Op grond van zijn toezegging, gedaan tijdens de behandeling van de begroting van Sociale Zaken en Volksgezondheid voor 1969, heeft de staatssecretaris, Dr. R. J. H. Kruisinga, thans aan de Tweede Kamer een gedetailleerd overzicht van de projecten gezondheidsresearch en ontwikkelingswerk doen toekomen.

Ter toelichting van dit overzicht stelt de bewindsman, dat projecten van wetenschappelijk gezondheidsonderzoek en ontwikkelingswerk in aanmerking worden gebracht voor financiering indien met betrekking tot de probleemstelling, de wijze van opzet van de projecten, de rapportage, de begeleiding en de publicatie van de gegevens overeenstemming is bereikt. Hierbij worden bepaalde richtlijnen in aanmerking genomen. Als regel gaat het over kort durende projecten met een periode van 3 tot 5 jaar. Bij de toepassing van het beleid op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek wordt ernaar gestreefd de daarvoor meest in aanmerking komende onderzoekers in te schakelen ongeacht of zij werkzaam zijn in het kader van (rijks-) universiteiten, T.N.O.-organisaties, particulier bedrijfsleven, particuliere onderzoekinstanties of overheidsinstituten. De ontwikkelingsexperimenten zijn gericht op het bevorderen van de meest moderne nieuwe werkwijzen en werkmethoden.

In 1970 zullen meer projecten ter bevordering van de efficiency in de gezondheidszorg en op het terrein van de milieu-hygiëne-bewaking, in het bijzonder op het gebied van de lucht- en waterverontreiniging, aan de orde komen. Het streven is erop gericht in het bijzonder aan te moedigen tot wetenschappelijk onderzoekings- en ontwikkelingsprojecten van gezondheidsbevordering en voorkoming van ziekten. De gezondheidsbevordering komt onder andere tot uitdrukking in het bevorderen van de hygiëne (psycho-hygiëne, milieu-hygiëne). Bevorderd wordt, dat de projecten nauwkeurige gegevens omtrent de verspreiding van de ziekten opleveren ten bate van de epidemiologie en analyse, waardoor nieuwe kennis wordt verkregen voor de toepassing op hygiënisch terrein. Hierdoor kunnen deze ziekten worden voorkomen of beter worden bestreden. Op het terrein van het voorkomen wordt ter illustratie het project „Trenddetectie van de Ongeborene” genoemd, dat mede tot uitvoering wordt gebracht door de afdeling Verloskunde van de Vrije Universiteit, Amsterdam en het Medisch-Fysisch Instituut T.N.O. Het project tracht methoden te ontwikkelen voor het voorkomen van afwijkingen. De vroegdiagnostiek ten aanzien van het cervix-carcinoom is een ander voorbeeld. Het project „peilstations” van het Nederlands Huisartsen Instituut, in samenwerking met het Staatstoezicht op de Volksgezondheid levert ook gegevens voor de registratie van de morbiditeit bui-

ten de ziekenhuizen. Het bevorderen van de toepassing van de modernste methoden komt tot uitdrukking door de projecten op het terrein van de kankerresearch, de hart- en vaatziektenbestrijding, de epilepsie, de niertransplantatie en nierdialyse, terwijl het project met betrekking tot de nucleaire geneeskunde het zoeken naar geheel nieuwe wegen bevordert.

De staatssecretaris wijst er op, dat met het Praeventiefonds periodiek overleg plaatsvindt omtrent het op elkaar doen aansluiten van projecten of componenten van projecten. Ter illustratie wordt gewezen op de projecten van het Praeventiefonds aanhakend aan de zes experimentele groepspraktijken, die gericht zijn op de samenwerking van verschillende functionarissen van de gezondheidszorg in de eerste linie. Door opdrachten van ontwikkelingsonderzoek is de voorbereiding van het landelijk meetnet voor de luchtverontreiniging zeer versneld. Voor de basis-plannen van de toekomstige drinkwatervoorziening wordt onderzocht welke zandgebieden in Nederland voor ondergrondse opslag van water in aanmerking komen. Mede vanwege het feit, dat bij deze onderzoeken wordt gebruik gemaakt van de modernste methoden op het gebied van het aardrijkskundig onderzoek naar watervoorvallen, worden hiervoor nieuwe mogelijkheden van drinkwatervoorziening ontwikkeld. De voorlichting op het terrein van de hygiëne en van de voeding wordt in verschillende projecten nauwkeurig nagegaan. Met name de methoden van voedingsvoorlichting vragen versterkte aandacht, omdat de vermeerdering van de calorieënvoorziening van de bevolking vooral het gevolg is van het sterk toegenomen verbruik van bepaalde voedingsmiddelen. Tot nu toe lijkt dit verschijnsel bijzonder moeilijk door voedingsvoorlichting beïnvloedbaar.

In het kader van ontwikkelingsproject heeft de jeugdgezondheidszorg bijzonder de aandacht. Methodes voor de perinatale zorg zijn in ontwikkeling. De psychische problematiek van het jonge kind komt aan de orde in een project met de universiteit van Amsterdam, die bij het werk op het terrein van de kinderhygiëne nl. zuigelingen en kleuterbureaus een psychiatrisch maatschappelijk werker inschakelt. De projecten van jeugdbureaus beogen een vroegtijdige signalering en hulpverlening van bepaalde problemen bij jongeren, zodat een verwijzing naar behandelingsinstanties in een later stadium voorkomen kan worden. De modernisering van de werkwijze van de bureaus voor kinderhygiëne en de efficiency van de schoolartsendiensten is in enige projecten aan de orde. In de provincie Noord-Holland is de motivering van de werkhouding en de werkrelaties van huisartsen, van de sociaal-psychiatrische dienst en van de psychiatrische zieken-

huizen in onderzoek met het oog op de effectiviteit van de verbindingen. In 's-Gravenhage en omgeving functioneert een project, waarbij de verbindingen van de ambulante diensten van de geestelijke volksgezondheid met de klinische instituten volgens bepaalde ontwikkelingslijnen tot toepassing komt.

Naast deze illustratieve voorbeelden geeft Dr. Kruisinga een opsomming van de diverse onderzoeken en projecten. Het in 1967 in deze zin aangevangen beleid is in 1968 en 1969 gecontinueerd en geaccentueerd, het zal ook in 1970 verdere uitbreiding ondervinden. Behalve dat de posten wetenschappelijk onderzoek en ontwikkelingswerk belangrijk zijn opgevoerd, zijn daarenboven in dezelfde sfeer geraamd f 1.820.000,— ter bevordering van doelmatigheid en efficiency en f 815.000,— ter bestrijding van het druggebruik.

OFFICIEEL

MC | VAN HET CENTRAAL BESTUUR L.A.D.

Kort verslag

Kort verslag van de vergadering van het Centraal Bestuur der Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, gehouden op 14 november 1969 in het gebouw der K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

Aanwezig: P. D. van Leeuwen, voorzitter; H. Voorzanger, ondervoorzitter; Dr. S. G. van der Meulen, secretaris; J. H. van Dalen, penningmeester; W. C. de Boer; Dr. B. van Dijk; G. Houwink; Dr. C. K. J. Kaayk; J. J. H. Lammerts van Bueren; E. van Luyt; E. van Leer; Dr. F. A. Nelemans; Prof. Dr. W. Storm van Leeuwen; Prof. Dr. L. Burema (A.N.V.S.G.); Dr. J. A. Dallmeijer (H.B.); J. C. Mann (L.S.V.); Th. N. J. Weterman (L.H.V.); Mr. J. C. Weisz, juridisch adviseur en B. Meier, notulist.

Afwezig met kennisgeving: Mr. J. J. Witteveen, E. van Leer (na de pauze).

Uitvoerig wordt gesproken over het antwoord van het Bestuur van M.C. op het schrijven van het C.B. der L.A.D. inzake de publikatie van collega van Urk in M.C. Besloten wordt nogmaals een brief aan het Bestuur van M.C. te zenden waarin tot uitdrukking wordt gebracht, dat het C.B. der L.A.D. van het Bestuur van M.C. de houding had verwacht die de K.N.M.G. heeft getoond, en dat het C.B. der L.A.D. van mening is, dat het antwoord van het Bestuur van het M.C. de bezwaren van het C.B. niet naar behoren behandelt.

Naar aanleiding van een nota van M.C.-redacteur Van Mechelen inzake contacten met de pers wordt gesteld, dat dit stuk weinig concrete punten bevat, ten aanzien van individuele relaties arts-persorgaan. Men dient in contacten met de pers de nodige voorzichtigheid in acht te nemen, het wordt van belang

geacht, dat men eventuele publikaties vooraf ter inzage krijgt.

Het interim-rapport van de Commissie Smallenbroek wordt besproken en ter fine van advies verwezen naar de Salaris- en Pensioencommissie.

Vervolgens komt ter sprake het in oprichting verkerende Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen, welk fonds voor vele artsen in dienstverband een verbetering in hun oudedagsvoorziening zal kunnen brengen, en wel op vermoedelijk zeer korte termijn.

Er bestaat contact met de L.S.V. door middel van de Commissie Oudedagsvoorziening Specialisten, terzake van de positie van de specialist, die zowel de vrije praktijk beoefent als ook een functie in dienstverband bekleedt. Een oplossing van de problemen rond de verplichte deelname in een „Beroepspensioenfonds van specialisten werkzaam in het vrije beroep”, van specialisten die tevens reeds een voldoende oudedagsvoorziening uit hoofde van hun dienstverband hebben verworven, zou kunnen worden gevonden door het instellen van een franchise: de eerste 20.000 gulden vrije praktijkinkomsten zouden in dat geval voor pensioenpremieheffing niet in aanmerking genomen worden.

De voorzitter der Reorganisatie-commissie deelt mede dat het vervolgrapport der commissie is toegezonden aan de afgevaardigden ter ledenvergadering. Er is een delegatie van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde ontvangen in een vergadering van de Reorganisatiecommissie in verband met bezwaren van een aantal leden van deze vereniging tegen de aansluiting van de L.A.D. bij de C.H.A. en bij de N.C.H.P., de aard van deze bezwaren is daarbij niet geheel duidelijk geworden.

Vrijstelling van aansluiting per individueel lid blijft mogelijk op grond van duidelijk omschreven motieven. Er zal contact worden opgenomen met het H.B. der K.N.M.G. ten aanzien van het vrijstellingsbeleid.

Het rapport van de Commissie Personeelsbeleid wordt ter bespreking doorgezonden aan gedelegeerden, die hierover op 13 december 1969 zullen vergaderen. Alle leden van het C.B. kunnen deze bijeenkomst bijwonen.

De Reorganisatie-commissie heeft een gesprek gehad met de neurologen en psychiaters in dienstverband, over de vraag hoe dezen het beste zouden kunnen worden vertegenwoordigd in het C.B. en in de ledenvergadering. Ook is de vraag aan de orde gesteld of de K.N.M.G. een student in het bestuur zou kunnen opnemen.

Ten aanzien van de huur van een kamer in het gebouw der K.N.M.G. door de A.N.V.S.G. worden de financiële consequenties voor de A.N.V.S.G. besproken, ook in de Commissie van Beheer ziet men deze zaak onder ogen.

Tenslotte wordt afscheid genomen van de C.B.-leden P.D. van Leeuwen, voorzitter van het Centraal Bestuur en van G. Houwink.

Enquête onder doktersassistenten 1968

De permanente commissie doktersassistenten stelt veel belang in het aantal onder toezicht van de commissie opgeleide doktersassistenten en de werkkring van deze meisjes. Daartoe wordt jaarlijks aan alle in het afgelopen jaar geslaagde doktersassistenten een enquêteformulier gezonden, terwijl bovendien onder degenen die bij de vorige enquêtes aangaven in een huisartsenpraktijk, bij een specialist, of in een ziekenhuis werkzaam te zijn een vervolgenquête werd gehouden. Op deze wijze wordt een indruk verkregen van het aanbod van assistenten en de door hen verkregen werkkring, terwijl bovendien het zogenaamde beroepsverloop bekend wordt. Uiteraard zijn deze gegevens van belang voor het beleid inzake de opleiding tot doktersassistenten, zowel wat betreft de inhoud van de opleiding als het al of niet stimuleren van nieuwe opleidingen.

In 1968 schaalden twee opleidingsinstituten zich voor het eerst onder toezicht van de commissie, te weten het N.I.O.D. (Noordnederlands Instituut voor Opleiding van Doktersassistenten) te Groningen en de O.D.U. (Opleiding Doktersassistentes Utrecht).

In 1969 gelukte het voor het eerst één schriftelijk examen af te nemen bij de kandidaten van 5 van de 6 onder toezicht staande opleidingsinstituten. Naar het oordeel van de commissie is hiermede een belangrijke mijlpaal bereikt voor één der taken die de commissie zich heeft gesteld: te komen tot een min of meer uniforme opleiding van zo hoog mogelijk peil.

Tabel 1. *Diploma's uitgereikt van 1963-1968.*

	1963	1964	1965	1966	1967	1968
A.S.O.P.	34	36	32	31	40	41
De Cloese ..	8	13	15	9	26	16
L.O.I.	23	34	50	57	96	127
N.I.P.A.	73	82	74	104	110	110
N.I.O.D.						47
O.D.U.						18
	138	165	171	201	272	359

Sinds de erkenning van het diploma door onze commissie werd dit diploma tot en met 1968 door 1.306 kandidaten behaald. Een jaar na het behalen van het diploma wordt iedere doktersassistente gevraagd welke werkkring zij heeft.

Tabel 2. *Gegevens uit de enquête 1 jaar na behaald diploma.*

Diploma's behaald in	1967	1966	1965	1964	1963
Verzonden formulieren	272	201	171	165	138
Ontvangen formulieren	228	159	158	140	117
Percentage response	84	79	92	80	84
Werkzaam bij huisarts	72	47	47	32	36
Werkzaam bij specialist	45	27	24	26	20
Werkzaam in ziekenhuis	54	43	39	24	16
G.G.D., bedrijfsarts, schoolarts .	9	3	6	8	2
Psych. intr., verpleeginr.	5	3	3	3	1
Laboratorium	4	2	2	1	1
Andere med. functie	24	20	10	14	11
Niet in med. beroep	15	14	27	17	17
Idem procentueel	6	9	17	12	15

Uit deze cijfers kunnen diverse conclusies worden getrokken. Allereerst blijkt het verhoogde aanbod van doktersassistenten geen problemen met het vinden van emplooi te veroorzaken, integendeel: het aantal meisjes dat na een jaar niet als doktersassistente of in een medisch beroep werkzaam is daalt jaarlijks; deze meisjes zijn ten dele gehuwd, ten dele blijken zij door persoonlijke omstandigheden niet in staat te zijn het beroep uit te oefenen. Vervolgens blijkt de verdeling over de categorieën; werkzaam bij huisarts, specialist, ziekenhuis of elders, in deze jaren ongeveer gelijk te blijven 30% werkt bij een huisarts, 20% bij een specialist, 25% in een ziekenhuis. Gevraagd werd tevens hoeveel uur de werktijd per dag (omgerekend naar een vijfdaagse werkweek) bedroeg in de diverse functies. Deze bleek in de ziekenhuizen gemiddeld 8,2 en bij de huisartsen en specialisten 8,4 uur te bedragen.

Ook later dan één jaar na het behalen van het diploma werden doktersassistenten die in 1965 en 1966 hun diploma behaalden geënquêteerd, indien

zij in het voorgaande jaar hadden opgegeven nog als doktersassistente werkzaam te zijn.

Tabel 3. 171 doktersassistenten die in 1965 hun diploma behaalden

jaar van enquête	1966	1967	1968
werkzaam bij huisarts	47	34	20
werkzaam bij specialist	24	13	7
andere medische werkkring	60	56	27
totaal medische werkkring	131	103	54
niet-medische werkkring	20	4	1
gehuwd	7	5	10
enquête niet beantwoord	13	19	38
	171	131	103

Tabel 4. 201 doktersassistenten die in 1966 hun diploma behaalden

jaar van enquête	1967	1968
werkzaam bij huisarts	47	36½
werkzaam bij specialist	27	15½
andere medische werkkring	51	41
totaal medische werkkring	125	83
niet-medische werkkring	29	0
gehuwd	5	4
enquête niet beantwoord	42	38
	201	125

Ook thans blijkt er een aanzienlijk verloop in het beroep van doktersassistente te bestaan: voor zover bekend wordt dit grotendeels door het huwelijk veroorzaakt; naar het schijnt is er een kleinere neiging dan voorheen om naar niet-medische beroepen over te gaan. De vorig jaar gesignaleerde tendens over te gaan van een functie bij een huisarts of specialist naar een functie bij een instelling is dit jaar minder duidelijk aanwezig.

S. van der Kooy
secretaris P.C.D.



De fractie, waarin alle verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen O.L.M.A. worden uitgedrukt, heeft — berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen per ultimo 1969 — voor het eerste kwartaal 1970 een waarde van f 1,250.

MC | UIT DE AFDELINGEN

Voordrachten

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

Alkmaar en Omstreken: J. H. Möller, oogarts, onderwerp: „De moderne behandeling van het cataract”.

Amsterdam: Prof. Dr. T. D. Stahlie, onderwerp: „Hypoglykemieën bij kinderen”.

Bergen op Zoom, Roosendaal en Omstreken: Prof. Dr. Th. G. van Rijssel, onderwerp: „Nieuwe vorderingen bij het kankeronderzoek”.

Breda en Omstreken: F. J. M. Schmidt, onderwerp: „Kleur en persoonlijkheid”.

Deventer en Omstreken: H. P. J. Winters, onderwerp: „De werkgroep lip-, kaak- en gehemelte-afwijkingen”.

Gooi- en Eemland: Prof. Dr. J. J. Groen, onderwerp: „Psychofysiologische onderzoekingen over de aard van de ademhalingsstoornissen bij asthma bronchiale”.

Hunsingo-Fivelingo-Westerkwartier: Prof. Dr. M. N. J. Schweitzer, onderwerp: „Traumatologie in de oogheekunde”.

Rotterdam en Omstreken: Prof. D. C. den Haan, Dr. M. J. van Trommel, E. van der Does, onderwerp: „De huisarts in de medische faculteit”.

Sittard-Geleen: Dr. P. G. A. B. Wijdeveld, onderwerp: „De behandeling van terminale nierinsufficiëntie met kunstnier en niertransplantatie”.

Utrecht: R. W. J. N. Hoppenbrouwers, onderwerp: „Nieuwe aanwinsten in de oogheekunde”.

Walcheren: H. A. van Peperzeel, onderwerp: „Radiobiologische achtergronden van de radiotherapie”.

West-Friesland: Prof. Dr. D. Durrer, cardioloog, onderwerp: „De achtergronden van de alledaagse cardiologie”.

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

UITSpraak VAN HET MEDISCH TUCHTCOLLEGE ZWOLLE (XIII)

Een woord van waardering is op zijn plaats voor de waardige en toch reële wijze, waarop vele collegae stelling nemen tegen de uitspraak van het Medisch Tuchtcollege te Zwolle, gepubliceerd in Medisch Contact van 20 november 1969, bladzijde 1333.

Dankbaar mogen wij zijn, dat een vrije meningsuiting nog altijd mogelijk is in ons land; moge dat zo blijven. Dankbaar mogen wij ook zijn, als blijkt — zoals in dit geval — dat helder en objectief geformuleerde meningen harmoniseren met eigen gedachten in deze en daardoor het gevoel ontstaat, dat er veel is dat ons — als individualisten geclassificeerden — toch als groep bindt. Ook uit de opmerkingen naar aanleiding van het gewraakte vonnis zou men de conclusie mogen trekken, dat deze discussie weer wijst op een gevoel van onbehagen onder de huisartsen, die zich als groep in vele opzichten bedreigd voelt, en vanuit vele richtingen.

Bussum, 16 januari 1970

Dr. H. Kluwers

UITSpraak VAN HET MEDISCH TUCHTCOLLEGE ZWOLLE (XIV)

Het beroep van journalist is tegenwoordig meer in aanzien dan vroeger, zeggen de opinieonderzoekers. De journalist is iemand, die zich inzet voor het belang van zijn medemens. Zijn auto, met de P op de voorruit, wordt bij belangrijke gebeurtenissen ongemoeid doorgelaten. Zijn alibi, de vrijheid van meningsuiting, is bijna even heilig en onaantastbaar als dat andere alibi, het beroepsgeheim. De „onthullingen” van de journalisten lezend of aanhorend, in het bijzonder over de huisarts of ziekenhuisarts, bekruip mij soms het gevoel, dat hier sprake is van groeps-rivaliteit. De toon is rancuneus en opzettelijk kwetsend. Ik heb er geen bewijzen voor. Als het zo is, kan het, dunkt me, geen kwaad het verschijnsel tijdig te onderkennen.

Wel vraag ik mij af, hoever zij met

hun vrijheid van meningsuiting (wettelijk) kunnen gaan, zonder dat er sprake is van laster. Onlangs hoorde ik van een collega, die ternauwernood ontsnapte aan een ingezonden brief in een plaatselijk weekblad van de hand van een woedende patiënt. De hoofdredacteur was zo vriendelijk het fraaie episteltje tussen duim en wijsvinger in de prullemand te deponeren. Maar wat gebeurt er nu, wanneer zo'n hoofdredacteur een slechte bui heeft en besluit het briefje op te nemen in de eerstvolgende editie, in de rubriek „Het vrije woord”, als blikvanger? Zo iets kan ernstige schade aan een praktijk berokkenen. Ik zou wel eens willen weten, hoe hier de verhoudingen juridisch liggen. Is er een grond om eventueel schadevergoeding te claimen; zo ja, bij wie: bij de schrijver van de brief of bij de krant? Als schadevergoeding er niet in zit, is het dan mogelijk zich tegen een dergelijke gang van zaken te verzekeren?

Wij mogen geen reclame maken in ons beroep; best, maar dan ook een behoorlijke bescherming tegen anti-reclame en willekeur van publiciteits-media.

Slidrecht, 23 januari 1970

J. H. Bade, arts

MC | VARIA

Het bestuur van de stichting Medisch Opvoedkundig Bureau (MOB) te Leiden heeft in overleg met het directoraat-generaal van de Volksgezondheid en mede op grond van een door de commissie van onderzoek uitgebracht interim-advies besloten tijdelijk zijn bestuursbevoegdheden in handen te leggen van een vertrouwenspersoon. De commissie onder leiding van de arts P. L. Stal, werd onlangs ingesteld door de staatssecretaris van Volksgezondheid, Dr. R. Kruisinga.

Als vertrouwensman zal optreden de arts J. B. Veraart, oud-geneeskundig hoofdinspecteur voor de geestelijke volksgezondheid. De heer Veraart zal door het bestuur worden gemachtigd al datgene te doen wat hem noodzakelijk lijkt om het MOB in Leiden weer optimaal te doen functioneren. Het bestuur hoopt, dat door het zetten van deze stap op korte termijn een oplossing van de gerezen moeilijkheden zal worden bereikt, aldus een mededeling van het MOB.

De moeilijkheden waren geruime

tijd geleden ontstaan, toen door het bestuur aan de toenmalige directeur J. P. Teuns ongevraagd ontslag werd verleend. Deze weigerde het ontslag, evenals een groot deel van de toenmalige staf, zulks in het belang van de patiënten. De heer Teuns en zijn staf zetten hun werk ten behoeve van de circa zestig kinderen nog steeds (ongesaliëerd) voort in een ander pand in Leiden.

Het massaal ontslag van staf en medewerkers van het Medisch Opvoedkundig Bureau te Leiden, leidde tot vragen in de Tweede Kamer over de doelmatigheid van de bestuursvorm van de M.O.B.'s. Zie voor de beantwoording van die vragen Medisch Contact nr. 46/1969, bladzijde 1317.



Met ingang van 1 februari 1970 is benoemd tot geneesheer-directeur van het Bio Revalidatie Centrum in Arnhem de heer F. B. Venema, revalidatie-arts. Vanaf genoemde datum zal deze de directie van het centrum voeren, samen met mej. W. Edelenbos. De economische leiding van het centrum berust bij de directeur van de Stichting Bio Vacantie-oord: de heer W. J. J. Martinot.

Het Bio Revalidatie Centrum staat open voor motorisch en voor zintuiglijk-motorisch gehandicapte kinderen in de leeftijd van 2 tot 16 jaar. Op de Bio Mytelschool worden tevens externe kinderen toegelaten. Speciale aandacht wordt besteed aan de psychopedagogische problemen welke aan de handicap verbonden zijn.

De staf van het centrum wordt gevormd door: W. C. J. Kouters, revalidatie-arts; Drs. B. Dechesne, psycholoog; K. Klazes, hoofd onderwijs; Mej. R. Roorda, hoofd maatschappelijke dienst; Mevr. E. Hinrichs-Wiebering, hoofd algemene zaken.

Als consultants zijn aan het centrum verbonden: Prof. Dr. W. F. B. Brinkman, keel-neus- en oorarts; Mevr. C. Delissen-Kragten, psychiater; H. L. de Haas, oogarts; A. Hagedoorn, tandarts; H. R. Klazes, orthopedisch chirurg; A. Rodrigues Pereira, uroloog; Dr. G. Schouwink, neuroloog; Drs. J. Tolk, fysicus-audioloog.



De besturen van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, van de Stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid, van de Stichting Katholiek Nationaal Bureau voor Geestelijke Gezondheidszorg en van

de Stichting Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid hebben overeenstemming bereikt over de wenselijkheid van een samenbundeling hunner activiteiten en hebben besloten, voor zover dit in hun vermogen ligt, middels ontbinding hunner organisaties één nationaal samenwerkingsorgaan in het leven te roepen, dat zich voor zijn werkzaamheden zal bedienen van één apparaat. Vertrouwd wordt, dat de totstandkoming van dit nieuwe nationale orgaan voor de geestelijke volksgezondheid binnen twee jaar zal kunnen worden gerealiseerd. Het motief voor dit besluit is de overtuiging van de betrokken partners (zowel op het niveau van de besturen als van de medewerkers), dat een *gezamenlijke aanpak* zal kunnen leiden tot een betere taakvervulling. Het uitvoerende werk, ten dienste waarvan de bureaus staan, is ermee gebaat, dat kwesties omtrent financiering, opleiding en organisatie zo deskundig en efficiënt mogelijk worden aangepakt. De bundeling van de thans beschikbare *mankracht* (25 stafleden en 25 man administratief personeel) schept daarnaast de gewenste ruimte voor een wetenschappelijker en professioneler benadering van psychohygiënische vraagstukken, vooral op het terrein van de voorlichting en de preventie. Verder zijn er vraagstukken, zoals de *samenhang tussen ambulante en klinische zorg*, alsmede die tussen geestelijke gezondheidszorg en andere vormen van welzijnsbehartiging, die een eenduidig beleid vorderen. Alle betrokkenen zijn van oordeel, dat een gezamenlijke inspanning een eis van de tijd is.



Tussen de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde en het Gemeenschappelijk overleg van ziekenfondsorganisaties zijn volgens het A.N.P. besprekingen begonnen over het zogenaamde „Groene plan”. Dit plan voorziet in een integrale tandheelkundige hulp aan dertienjarigen voor rekening van de ziekenfondsen. Zoals bekend, vergoeden de ziekenfondsen lang niet alle tandartsverrichtingen en met name niet de duurdere technische ingrepen zoals het maken van bruggen e.d. Als het Groene Plan doorgaat zullen deze beperkingen niet meer gelden voor de dertienjarigen, die dan ook onder zekere voorwaarden (zoals een goede verzorging van het gebit) de rest van hun leven optimaal zullen worden behandeld. Ieder jaar komt dan bovendien een nieuwe lichting dertienjarigen aan bod. Het plan is niet alleen bijzon-

der kostbaar, maar het vergt ook qua uitvoering veel inspanning, omdat het zonder de medewerking van bijvoorbeeld de scholen en de ouders geen kans van slagen heeft. Het ziet er dan ook niet naar uit, dat het voor 1971 kan worden gerealiseerd. Er moet ook nog worden gesproken over de wijze waarop de honorering van de tandartsen zal worden geregeld, namelijk door een vergoeding van de tijd of een vergoeding per verrichting. In afwachting van een en ander zijn de tandartsentarieven door de ziekenfondsen voor 1970 trendmatig verhoogd met 8,28 procent. De ziekenfondsraad heeft deze overeenkomst al goedgekeurd.



Publikaties over tragische gevallen van eenzaam overlijden van bejaarden hebben eind 1968 de stoot gegeven tot oprichting van de Nationale Stichting „Bejaardenwacht”, die zich tot doel heeft gesteld hulp, recreatie en ontspanning te bieden aan de bejaarden van alle gezindten in Nederland. De stichting heeft een controlesysteem opgezet, waarmee men wil voorkomen dat acute behoeftige omstandigheden van bejaarden de verzorgende instanties onbekend zullen blijven. Voor de werkwijze van het controlesysteem werd gedacht aan de melkdetailhandel, waarvan de landelijk voorzitter werd verzocht of de melkbezorgers bereid zouden zijn „op de bejaarden te letten”. Spontaan werd medewerking toegezegd met het resultaat dat binnen enkele weken in 's-Hertogenbosch de organisatie van start gaat. In iedere plaats wordt een „B.W.”-alarmpost geïnstalleerd waar gegevens als personalia, huisarts, geestelijke, ziekenfondsnummer en de extra wensen van de bejaarde op een persoonskaart aanwezig zijn. Mocht een melkbezorger onraad menen te ontdekken, dan belt hij de B.W., die de politie alarmeert. De controlerende agenten kunnen dan ter plaatse direct die maatregelen nemen, die zij noodzakelijk achten. Steun en hulp is toegezegd door de minister van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, mej. Dr. M. A. M. Klompé, alsook door alle fractie-voorzitters van de politieke partijen.



Op zaterdag 11 april 1970 zal in het Congresgebouw te Utrecht een jubileum-sportartsendag worden gehouden. Dit ter gelegenheid van het 40-jarig bestaan van de Federatie van Bureaux voor Medische Sportkeuring in Nederland.

MEDISCH CONTACT

Verslijnt 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 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland & 35,—, losse nummers 78 cent (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: 16.260 exemplaren.

Druk: Verweij Mijdrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Adres der Maatschappij en haar organen: Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411, postgiro 58083; hoofdbestuur, dagelijks bestuur, boekhouding, bureau voor waarneming en vestiging van 8.30 tot 17 uur, (na 18 uur en ook 's zondags telefoon 020-798984). — Landelijke Huisartsen Vereniging — Landelijke Specialisten Vereniging — Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband — Specialisten Registratie Commissie — Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, O.L.M.A.

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen: secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-2184; 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.