



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

DE 158ste ALGEMENE VERGADERING

Op de zaterdag 30 oktober i.l. in het Jaarbeurscongrescentrum te Utrecht gehouden 158ste Algemene Vergadering der Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst is afgeweken van het gebruik, dat de voorzitter een beeld geeft van hetgeen zich sinds een voorafgaande Algemene Vergadering aan problematiek heeft

voorgedaan en welke de werkzaamheden van het hoofdbestuur zijn geweest. Nu was — teneinde deze informatie en vooral eventuele discussie daarover zinvol te doen zijn — tevoren aan de afgevaardigden een overzicht toegezonden van de belangrijkste onderwerpen welke het hoofdbestuur en dagelijks bestuur sinds de voorgaande vergadering op 24 april 1971 hebben beziggehouden. Deze schriftelijke en uitgebreide informatie — waarvoor men zeer erkentelijk bleek — heeft niet afgedaan aan het verlangen van de voorzitter *Prof. Dr. Th. Vossenaar* om — nadat de sinds 24 april i.l. overleden leden der Maatschappij waren herdacht — toch nog per inleiding enkele onderwerpen aan de orde te stellen, brandende en actuele aangelegenheden, zoals hij zeide.

Vooreerst gaf *Prof. Vossenaar* naar aanleiding van recente soms zeer tendentieuze berichtgeving in de pers een beeld van het ledenbestand met de volgende cijfers. Het ledental der Maatschappij vertoont een jaarlijkse stijging met gemiddeld 380. Bedroeg het ledental in 1954 rond 8.000, het is thans gestegen tot rond 14.500. Deze groei vertoont tot nog toe een constant karakter. In 1970 werden 124 leden afgevoerd in verband met opzeggen van lidmaatschap; hiervan waren 15 LHV-leden, 9 LSV-leden, 61 LAD-leden, onder wie 5 werkzaam aan een medische faculteit, en 39 overige leden. Voor 1971 luiden deze cijfers: 123 leden afgevoerd, van wie 11 LHV-leden, 11 LSV-leden, 70 LAD-leden — 8 werkzaam aan een medische faculteit — en 31 overige leden. Deze cijfers zijn nu reeds bekend in verband met het feit dat de leden reglementair een half jaar na het bedanken worden afgevoerd. Daardoor is ook reeds het aantal af te voeren leden in de periode van 1 januari 1972 tot en met 30 april 1972 reeds bekend, te weten 41 in totaal, van wie 5 LHV-leden, geen LSV-leden, 29 LAD-leden — 9 werkzaam aan een medische faculteit — en 7 overigen.

In de afdeling Groningen werden in 1970 in totaal 10 leden afgevoerd, van wie 1 werkzaam was aan de

26e JAARGANG - No. 44 - 5 NOVEMBER 1971

INHOUD

De 158ste Algemene Vergadering	1139
De integratie van het geneesmiddel in onze samenleving	1143
Voorzitter Nederlandse Unie van Ziekenfondsen over knelpunten in de gezondheidszorg	1147
Commissie Abortusvraagstuk van haar taak ontheven	1149
Ziekenhuiscentrum geopend	1150
Artsencursus 's-Gravenhage	1150
Melding van beroepsziekten	1151
Voorlopig verslag over wijziging Besmettelijke Ziektenwet	1156
<i>Van het Hoofdbestuur:</i>	
Kort verslag H.B.-vergadering d.d. 4 september '71	1157
Verslag over 1970 van de Commissie Boekerij	1158
<i>Van het Centraal Bestuur L.S.V.:</i>	
Tarieven minderjarigen	1159
<i>Van het Centraal Bestuur L.H.V.:</i>	
Ledenvergadering 3 december 1971 ..	1159
<i>Van de S.G.R.C.:</i>	
Nieuwe inschrijvingen	1159
<i>Van de S.V.B.P.H.:</i>	
Verslag over 1969	1160
Verslag over 1970	1162
Brieven aan de redactie	1164
Varia	1165

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

Colofon op bladzijde 1166

medische faculteit aldaar. Dit jaar zijn, wat deze afdeling aangaat in totaal 14 leden afgevoerd, van wie 3 werkzaam aan de medische faculteit. Voor de periode van 1 januari 1972 tot en met 30 april 1972 bedragen deze getallen respectievelijk 9 en 5.

Deze gegevens verstrekte Prof. Vossenaar niet, zo lichtte hij toe, om daarmee te willen zeggen dat er niets aan de hand is of dat er slechts sprake is van een door de pers uitgelokte rel dan wel dat men tevreden is over het tot nu toe gevoerde beleid. Reeds geruime tijd besteedt het hoofdbestuur intensieve aandacht aan het veelomvattende vraagstuk van de ledenproblematiek, een vraagstuk met als kernthema: op welke wijze kan het individuele lid zodanig worden betrokken bij de activiteiten van de Maatschappij, dat hij enerzijds het gevoel heeft actief aan de beleidsvorming bij te dragen en anderzijds duidelijk beseft dat deze organisatie in positieve zin bijdraagt tot zijn functioneren als arts.

Deze ledenproblematiek zal in de komende periode alle aandacht en energie van het hoofdbestuur vergen, waarbij het in de bedoeling ligt via de afdelingen zoveel mogelijk leden hierbij te betrekken. Voorts wordt overwogen om in een volgende Algemene Vergadering over het ledenvraagstuk in den brede van gedachten te wisselen. Intussen is het dagelijks bestuur voornemens op zo kort mogelijke termijn een bespreking te houden met vertegenwoordigers van de medisch-wetenschappelijke werkers teneinde na te gaan welke gemeenschappelijke acties zouden kunnen worden gevoerd. Voorts zal het gesprek met de stichtingen Officium Nobile worden voortgezet opdat zo spoedig mogelijk een werkplan wordt opgesteld met betrekking tot de opbouw van een regionaal leden service-apparaat met centrale begeleiding.

Abortus provocatus

Tweede onderwerp dat Prof. Vossenaar ter sprake bracht was het bekend maken onlangs door het hoofdbestuur van richtlijnen met betrekking tot het vraagstuk van de abortus provocatus. De publikatie van die richtlijnen werd wenselijk geacht, zo lichtte hij toe, gezien de zeer snelle ontwikkeling van de feitelijke gang van zaken sinds de laatste officiële standpuntbepaling van het hoofdbestuur in de loop van vorig jaar tegenover de door de toenmalige ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid en van Justitie ingestelde Commissie Abortusvraagstuk.

Over het tot stand brengen van de richtlijnen bracht Prof. Vossenaar nu naar voren dat ongetwijfeld velen, zoals hijzelf, zijn opgeleid vanuit het principe dat de patiënt moet worden behandeld onder maximale benadering van zijn problematiek met behoud van minimale distantie. Deze minimale distantie houdt in dat men zich bewust dient te zijn van de rol, die de eigen emoties in het geheel spelen. In dit verband wilde de voorzitter der Maatschappij er op wijzen dat het hoofdbestuur geenszins pretendeert met de richtlijnen de mening van alle leden der Maatschappij te verkondigen. Meer nog, in de toe-

lichting op de richtlijnen heeft het hoofdbestuur aangegeven dat deze richtlijnen zijn ontstaan aan de hand van een uitvoerige discussie, gezien het feit dat ook het hoofdbestuur is samengesteld uit leden met verschillende levensopvatting. Dit neemt niet weg dat het door het hoofdbestuur ingenomen standpunt niet moet worden beschouwd als een meningsuiting van het hoofdbestuur *zonder meer*. De richtlijnen zijn opgesteld op grond van uitgebreide gegevens, verkregen uit bronnen van velerlei aard, zowel vanuit de kring van beroepsgenoten als daarbuiten.

Hierbij wees Prof. Vossenaar in het bijzonder op een interim-enquête via de afdelingsbesturen, gehouden gedurende deze zomer. Daarbij werd speciaal aandacht gevraagd voor de feitelijke situatie in de afdelingen ten aanzien van het abortusvraagstuk. Reeds eerder had het hoofdbestuur uit verschillende afdelingen inlichtingen ontvangen over het vraagstuk van de ongewenste zwangerschap in het algemeen, dit naar aanleiding van het door dit bestuur op 10 september 1970 aan de afdelingen gerichte schrijven dienaangaande. Daarbij werd verzocht om uiterlijk in het laatste kwartaal van dit jaar verslag uit te brengen. Nog enkele dagen geleden is een schrijven uitgegaan naar de afdelingen met de vraag of het mogelijk is op korte termijn het hoofdbestuur te informeren aangaande eventuele reacties binnen de afdelingen op het publiceren van de richtlijnen. Ook publikatie of ontvangst van meningen van individuele leden of groepen van leden als bron van informatie stelt het hoofdbestuur op prijs. In dit verband verwees Prof. Vossenaar naar de publikatie van de P.H.V. Haarlem in Medisch Contact van 22 oktober l.l.

Bij dit alles, aldus Prof. Vossenaar, mag echter worden verlangd dat men zich kan distantieëren van eigen emoties, dat de verstrekte gegevens berusten op juiste informatie, dat men vooroordelen weet te elimineren en dat men zich bewust is van eigen blinde vlekken. Indien dit niet het geval is bestaat het gevaar dat men komt tot intolerantie, waarbij aan anderen de mogelijkheden worden onthouden om binnen het kader van de wet eigen wegen te bewandelen, ook als dat niet het pad is dat men zelf zou hebben gekozen.

Het hoofdbestuur dat aan de hand van een zo breed mogelijke informatie zijn beleid in dezen tracht te bepalen, is daarbij van mening dat het een taak is voor de Maatschappij om behulpzaam te zijn bij de formulering van de voorwaarden onder welke abortus provocatus dient te geschieden. Een en ander in aansluiting aan de te verwachten initiatieven van regeringszijde. Daarbij zal gebruik moeten worden gemaakt van de inbreng van alle betrokkenen.

Ook bij het volgen van de ontwikkeling zag Prof. Vossenaar voor het hoofdbestuur een taak. Het acht de registratie en het volgen van de gang van zaken in de eerste plaats een kwestie van intercollegiale toetsing, waarbij het woord intercollegiaal, waar nodig, in interdisciplinaire zin moet worden gehanteerd. Het is naar de mening van het hoofdbestuur

niet een taak van de overheid om door middel van gedetailleerde eisen de regels vast te stellen, waardoor de uitvoering van abortus provocatus moet worden gerealiseerd. Intensief samenspel met de overheid is hier zeer noodzakelijk. Dat geldt in breder verband evenzeer voor het stellen van algemene regels, die een oplossing moeten geven voor het conflict, dat ontstaat door de tegenstrijdigheid van de belangen van de vrouw en de ongewenste zwangerschap. Arts en vrouw hebben hier echter een eigen verantwoordelijkheid. Het is de taak voor de medische beroepsorganisatie om een kader te helpen scheppen, waarbinnen iedere individuele arts binnen de wettelijke mogelijkheden zijn handelen onder individuele verantwoordelijkheid kan realiseren.

Verkiezingen

De in deze Algemene Vergadering gehouden verkiezingen hadden de volgende resultaten.

Tot leden van het hoofdbestuur zijn gekozen: *C. F. A. Heijen*, Tilburg, specialist, mevrouw *M. C. J. van Reekum - van Waasbergen*, Delft, studentenarts en *A. J. Zwartendijk*, Alphen aan den Rijn, huisarts. De twee eerstgenoemde nieuwe leden nemen de plaatsen in van *Dr. J. Hage*, Tilburg, specialist en *Dr. F. H. J. Kortenhorst*, Delft, huisarts, voor een volledige zittingsperiode van zes jaar; *Dr. Zwartendijk* heeft zitting tot ultimo 1973 in de vacature van de tussentijds aftredende *Prof. Vossenaar* — die daarbij toelichtte niet af te treden omdat hij het hoofd in schoot zou hebben gelegd, kunnende hij het hoofdbestuur niet met zijn inzichten meekrijgen — zoals een persorgaan het heeft voorgesteld — doch om strikt particuliere overwegingen.

Tot lid van de Raad van Beroep is herkozen *F. H. Veldhuyzen van Zanten*, Gouda.

Tot lid van de Commissie voor de geldmiddelen in de vacature *A. J. Denekamp*, niet herkiesbaar, is benoemd *G. C. M. van Maarsseveen*.

Tot leden van het bestuur van de Stichting het Ondersteuningsfonds werden gekozen in de vacatures *A. D. J. Berkhout* en *W. J. de Jager*, beiden niet herkiesbaar, *L. W. van Lammeren*, Weert en *Dr. H. Doeleman*, Oegstgeest.

Tot lid van de Commissie van uitvoering voor de steunregeling aan oorlogsslachtoffers is herkozen *Dr. J. C. P. Eeftinck Schattenkerk*, Amsterdam.

Jaarstukken

De behandeling van de jaarstukken was een vlot verlopende zaak, zij het dat niet over doch wel naar aanleiding van het jaarverslag der Maatschappij over 1970 door enkele sprekers uiteenlopende problematiek aan de orde werd gesteld. Met algemene stemmen werd het jaarverslag goedgekeurd en conform werd akkoord gegeven met de jaarverslagen van de Raad van Beroep, het bestuur van Medisch Contact, de commissie voor het bureau voor waarneming en vestiging, de commissie voor de geldmiddelen, het bestuur van de Stichting het ondersteuningsfonds en de commissie van uitvoering voor de steunregeling aan oorlogsslachtoffers.

Wat de financiële stukken aangaat is eerst bij de behandeling van de rekening en verantwoording van Medisch Contact over 1970 door voorzitter *Prof. Vossenaar* naar voren gebracht, in aansluiting op hetgeen reeds summier in de april-vergadering kon worden gezegd, dat het hoofdbestuur en het bestuur M.C. niet tot een vergelijk konden komen over de vraag of de hoofdredacteur in fulltime dienst werkzaam zou moeten zijn, hetgeen er toe heeft geleid dat men de voor beide partijen bindende uitspraak heeft gevraagd van een commissie van drie oud-voorzitters, welke commissie zich voor een fulltime-functie van de hoofdredacteur heeft uitgesproken. Het hoofdbestuur is aan deze uitspraak gebonden, de Algemene Vergadering niet, zo bracht *Prof. Vossenaar* onder de aandacht en hij maakte de vergadering opmerkzaam dat zij zich over deze vraag zou kunnen uitspreken door al dan niet aanvaarding van de begroting voor Medisch Contact voor 1972, waarin wordt uitgegaan van de aanstelling van de hoofdredacteur in fulltime-verband.

Na een toelichting op de visie van het bestuur van M.C. door zijn voorzitter *Dr. J. Degenaar* heeft *Prof. Dr. G. C. Heringa*, oud-hoofdredacteur van M.C., een pleit gevoerd voor een volledig dienstverband, waarin hij met overtuiging naar voren bracht dat de taak van de hoofdredacteur zo veelomvattend is, dat deze over al zijn tijd daartoe moet kunnen beschikken zonder daarbij te worden gehinderd door zorgen voor i.c. de eigen praktijkvoering. *Prof. Heringa* toonde zich er niet blind voor dat Medisch Contact een uitgave is van de Maatschappij en mede haar belangen in acht heeft te nemen, doch voerde daarnaast aan dat daarin ook alle facetten van het maatschappelijke leven moeten worden belicht waar toch de Maatschappij met de hoofdletter deel uitmaakt van de maatschappij met de kleine letter. Medisch Contact moet veel meer dan tot dusver open staan voor stemmen uit het maatschappelijke leven en daarbij kan het de taak zijn van de hoofdredacteur discussies over de onderscheidene onderwerpen, die ook door niet-artsen aan de orde worden gesteld, in goede banen te leiden. De deur moet wijd worden open gezet en daarom moet de hoofdredacteur zoveel mogelijk vrijheid worden gegeven, zo ongeveer *Prof. Heringa*, die aan zijn beschouwingen enkele persoonlijke waarderingen noptens de kwaliteiten van de tegenwoordige hoofdredacteur toevoegde.

Van andere kant is naar voren gebracht dat men in sommige beleidskringen niet steeds gelukkig is geweest met het hoofdredactionele beleid dan wel dat men — gelet op de aanduiding „Officieel orgaan van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst” — een duidelijker markering wonste van hetgeen de mening der Maatschappij is en hetgeen een daarvan onafhankelijke redactionele visie is, omdat de buitenwereld gegeneigd blijft het geschreven als door de Maatschappij gehuldigde opvattingen aan te merken.

Rekening en verantwoording over 1970 en begroting voor 1972 van M.C. zijn daarna met algemene

stemmen goedgekeurd, waarmee de Algemene Vergadering dus tevens instemde met de aanstelling van de hoofdredacteur in fulltime dienstverband. Eveneens met algemene stemmen werd akkoord gegaan met de financiële stukken van de Stichting het Ondersteuningsfonds voor behoeftige geneeskundigen en voor behoeftige weduwen en wezen van geneeskundigen, waarmee tevens goedkeuring werd gehecht aan het voorstel de maximale bijdrage voor dit fonds voor het jaar 1972 te verhogen van f 50,— naar f 65,—. Zonder enige discussie werden daarna rekening en verantwoording van de Maatschappij over 1970 en de begroting voor 1972 — inclusief het voorstel de contributie voor 1972 te verhogen van f 200,— tot f 256,— aanvaard.

Bij de behandeling van al deze stukken is dank gebracht aan secretarissen voor het uitbrengen van jaarverslagen en aan penningmeesters, alleen gedéchargeerd, voor het gevoerde beheer; een speciaal woord van erkentelijkheid richtte de voorzitter tot De Jager, aftredend als penningmeester van het ondersteuningsfonds, voor de toegewijde plichtsgetrouwe en consciëntieuze wijze waarop deze vele jaren dit fonds heeft beheerd.

*
**

Het voorstel tot wijziging van de artikelen in het huishoudelijk reglement met betrekking tot de verkiezing van afgevaardigden en plaatsvervangend afgevaardigden en leden van de districtsraden — na een ter vorige vergadering reeds genomen principebesluit — kwam er ook moeiteloos door onder toevoeging van een enkele redactionele aanvulling en hetzelfde gold voor het voorstel tot wijziging in dit reglement van de artikelen terzake van de contributie; aangetekend mag worden dat het daarin gestelde, dat artsen, die gedurende vijftig jaar lid zijn van de Maatschappij, in de laagste contributieklassse worden geplaatst, op grond van een ingediend en aanvaard amendement, is gewijzigd in die zin, dat deze reductie in de contributie wordt verleend nadat men 45 jaar lid is.

Er zijn nog enkele beschouwingen gegeven uit de vergadering naar aanleiding van de aan de afgevaardigden toegezonden „inleidende opmerkingen ten behoeve van een discussie over de structuur der verzekeringen tegen de kosten van medische verzorging”, welke beschouwingen, naar de voorzitter constateerde, mede konden bijdragen tot een nu binnen eigen kring te ondernemen pogen om te komen tot de opstelling van een proeve van de structuur der ziekteverzorgingsverzekering, waarbij dan blijkens de gevoerde gedachtenwisseling de vraag kan opkomen of men zich daarbij richt op de gezondheidszorg, zoals die zou zijn te realiseren, dan wel dat men die zorg beziet binnen het raam van de mogelijkheden, welke verzekeringen bieden en begrenzen.

Voor de rondvraag is nog een motie aanvaard waarin teleurstelling is uitgesproken over het afwijzend advies van de Ziekenfondsraad om de pil in het verstrekkingenpakket op te nemen en is voorts

van de zijde van het hoofdbestuur mededeling gedaan dat in 1972 Algemene Vergaderingen zullen worden gehouden op 22 april en 28 oktober; voor deze laatste datum, liggende buiten de daarvoor reglementair voorgeschreven periode, werd dispensatie verleend.

De rondvraag werd afgesloten door K. Vaandrager, die de volle aandacht vroeg van het hoofdbestuur voor de problemen bij de kraamzorg, waarvan de kosten onbetaalbaar worden voor degenen, wier inkomen boven de loongrens ligt en die voorts namens de vergadering voorzitter Vossenaar dank bracht voor zijn aan deze vergadering gegeven uitstekende leiding.

v.M.

Opname in niet-erkende inrichtingen voor rekening van de A.W.B.Z.

Op 1 oktober 1971 is in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (A.W.B.Z.) een belangrijke regeling in werking getreden. Ingevolge de A.W.B.Z. hebben patiënten het recht om, als dat nodig is, te worden opgenomen in een erkende verpleeg- of zwakzinnigeninrichting. Het komt voor dat patiënten, ondanks het feit dat zij noodzakelijk in een dergelijke inrichting moeten worden verpleegd, wegens plaatsgebrek niet kunnen worden opgenomen. Deze patiënten worden dan vaak verpleegd in een tehuis dat niet is erkend, omdat het niet aan de erkenningsnormen voldoet. Tot dusverre kwamen de aan zo'n opname verbonden kosten niet ten laste van de A.W.B.Z.

Om deze patiënten tegemoet te komen is de nieuwe regeling getroffen. Zij komt erop neer, dat patiënten, voor wie een indicatie geldt voor opname en verblijf in een krachtens de A.W.B.Z. erkende verpleeg- of zwakzinnigeninrichting en die wegens plaatsgebrek niet in zo'n inrichting — gelegen op redelijke afstand van hun woonplaats — kunnen worden opgenomen, aanspraak hebben op een vergoeding.

De desbetreffende niet-erkende inrichting — in de regeling „tehuis” genoemd — dient een capaciteit te hebben van tenminste tien bedden, die bestemd moeten zijn voor de behandeling dan wel verpleging of verzorging van zieken of gehandicapten. De vergoeding zal niet aan de betrokken patiënten zelf worden uitgekeerd; indien een patiënt voor de vergoeding in aanmerking komt, zal de vergoeding rechtstreeks aan het tehuis worden uitbetaald. Niet alle kosten, die de tehuizen in rekening brengen, worden door de A.W.B.Z. vergoed. Nadrukkelijk zijn uitgesloten de kosten van onderwijs, kleedgeld en zakgeld.

Patiënten, die menen voor de vergoeding in aanmerking te komen, kunnen deze aanvragen bij hun ziekenfonds of andere instelling, waarbij zij voor ziektekosten zijn verzekerd. Voor vele patiënten, die op 1 oktober al in een niet-erkend tehuis verbleven, zal de aanvraag kunnen worden geregeld door het ziekenfonds dat als contactorgaan voor het tehuis is aangewezen.

De integratie van het geneesmiddel in onze samenleving

In de jaarlijkse openbare vergadering van de Farmaceutische Industrie — gehouden op woensdag 27 oktober i.l. in De Doelen te Rotterdam — was ditmaal de integratie van het geneesmiddel in de samenleving het onderwerp van enkele inleidingen.

In een beschouwing, getiteld „De integratie van het geneesmiddel in de samenleving als ecologisch vraagstuk” somde *Dr. F. Doeleman*, hoofd van de afdeling onderwijs van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde TNO, vijf aspecten op van de wijze, waarop het medicament in de huidige samenleving is geïntegreerd. Eerste aspect noemde hij het officiële gelaat van het geneesmiddel, dat de snel gegroeide en nog steeds groeiende macht weerspiegelt om langs farmacologische weg pathologische verschijnselen te voorkomen en ziekteprocessen gunstig te beïnvloeden. Als tweede aspect noemde *Dr. Doeleman* dat juist mede door de grote macht van het moderne, industrieel bereide geneesmiddel nieuwe maatschappelijke problemen ontstaan zoals vergrijzing van de samenleving en het in het leven blijven van geestelijk gehandicapten en ongeneeslijk zieken. Een derde aspect van het geïntegreerd zijn van het geneesmiddel in de samenleving is dat het meer en meer waarschijnlijk wordt dat er ernstige tekortkomingen in ons huidige maatschappelijke bestel zijn, die ons welzijn bedreigen en waarvan de uitingen zich presenteren als medische klachten en ziekte. Het is duidelijk, zo bracht *Dr. Doeleman* daarbij naar voren, dat hier van een causale therapie geen sprake is en dat het ongezond-zijn van de samenleving niet met slaapmiddelen, drugs en andere psychofarmaca kan worden bestreden; integendeel, het gebruiken van geneesmiddelen heeft in deze gevallen het nadelige effect dat de ware oorzaak verhuld blijft. Het medicament maskeert dan het eigenlijke probleem, te weten onze onmacht om een goed werkende samenleving te stichten.

Als vierde met het voorgaande nauw samenhangende aspect zag *Dr. Doeleman* dat de farmaceutische industrie zelf ook een, zij het bescheiden, bijdrage levert tot de milieuvervuiling, waarbij dan niet kan worden voorbijgegaan aan de vraag nopens het maatschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel van de industriële leiders. Als vijfde en laatste voor hem als arts misschien wel het ernstigste aspect — omdat het de doelmatigheid van het medisch handelen betreft — stelde *Dr. Doeleman* de vraag in hoeverre de arts, die de toegangspoort tot het geneesmiddelenparadijs bewaakt, deze ingang werkelijk bewaakt. Tot op grote hoogte is dat het geval, anderzijds is het vaak zo dat de arts wel vermoedt dat het gezondheidsprobleem van de patiënt niet met een tablet of een injectie kan worden opgelost, maar dat hij of de tijd of de leest of de vaardigheid mist

om na te gaan waar het eigenlijk aan schort in het leven van de patiënt en wat daaraan zou kunnen worden gedaan. Ziek zijn is een maatschappelijk aanvaarde vluchtroute om persoonlijke problemen te ontgaan. Het behandelen van de verschijnselen en a fortiori de medicamenteuze therapie blijven in deze gevallen een „kurieren am Symptom”, dat bovendien de patiënt versterkt in de mening dat hij lichamelijk iets mankeert. Al deze dingen zijn al vele malen gezegd en toch blijkt het in het huidige bestel bijzonder moeilijk te zijn voor de arts om naar fundamentele psychische, sociale of milieu-problematiek door te stoten. Zolang en voor zover dit niet mogelijk is zullen de medicamenten, welke de medicus deze patiënten voorschrijft, stenen voor brood blijven, stenen, die uiteindelijk door de farmaceutische industrie ter beschikking zijn gesteld, aldus *Dr. Doeleman*, die betoogde dat men zelden in een complexe situatie oplossingen bereikt met op zichzelf staande maatregelen, die niet met het netwerkarakter van de maatschappij rekening houden en die voorts van mening was dat de maatschappij als geheel zal moeten veranderen willen bepaalde uitwassen in de relatie tussen het geneesmiddel en de samenleving kunnen worden uitgeweid.

Drs. J. I. Cohen, apotheker te Rotterdam ging daarna in op de problematiek van de voorlichting over het geneesmiddel aan de gebruiker en vervolgens sprak *Drs. I. C. M. van Royen*, directeur van de Nederlandse Stichting voor Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, over de rol van de gezondheidsopvoeding bij de integratie van het geneesmiddel in de samenleving.

Uit de beschouwing van *Mr. C. J. Goudsmit*, voorzitter van de Geneesmiddelencommissie is naar voren te brengen de door hem gestelde vraag of niet met een zekere reserve moet worden geconstateerd dat tengevolge van de enorme vermeerdering van kennis, ook op het gebied der geneesmiddelenvoorziening, leven wordt behouden dat niet meer dan lijden is. Als men, aldus *Mr. Goudsmit*, het uit het jaar 1959 daterende boekje over medische ethiek en gedragsleer van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst opslaat, treft het, dat daarin nog de absolute leer wordt verdedigd, dat de strijd voor het behoud van het leven van de patiënt de eerste opdracht van de arts is en dat deze die strijd in overeenstemming met de formulering van de World Medical Association „met absolute eerbied voor het menselijk leven” zal hebben te voeren. De betekenis hiervan is — zo zeggen de richtlijnen verder — dat de arts zelf nooit een ander standpunt zal mogen innemen dan wat het behoud van het leven beoogt en

dat hij nooit bijvoorbeeld voor een lijdende mens een daad zal mogen stellen die ten doel heeft het leven te verkorten, om zodoende „naar zijn inzicht” het lijden te beperken.

Wij zien intussen, aldus Mr. Goudsmit, dat ook hier de geesten in sterke beweging zijn. Naast het behoud van het leven is het 's artsens taak wel degelijk om leed te voorkomen. De ontwikkeling van het geneesmiddel heeft er ook toe geleid dat meer dan voorheen lijdend leven kan voortduren. De vraag, welke oplossing in zulke gevallen moet worden gekozen, is er een waarover zeker niet alleen de arts beslissen mag. Is dit niet een vraagstuk, voor de oplossing waarvan zij, die zich met de technische zijde van de geneesmiddelenvoorziening bezighouden — en met zulk een succes bezighouden — hun inbreng niet achterwege mogen laten?

De tweede vraag is deze: leeft bij hen, die geneesmiddelen produceren, afleveren, voorschrijven en tot zich nemen, wel in voldoende mate het bewustzijn dat aan het gebruik van heel veel, zo niet van alle geneesmiddelen schadelijke bijwerkingen verbonden kunnen zijn? In het enthousiasme om genezing te bevorderen worden de bezwaren, die aan het gebruik, en zeker aan een te veel gebruiken van geneesmiddelen zijn verbonden, vaak onderschat. Ook daarop kan niet voldoende aandacht worden gevestigd. Ik wil, zo zeide Mr. Goudsmit, thans het bijzondere facet hiervan: „het drug-gebruik” niet uitvoerig onder het oog zien, doch slechts signaleren. Alleen moge worden opgemerkt dat de ontwikkeling op dit gebied, die zeker nog niet tot definitieve conclusies heeft geleid, ook weer zo duidelijk aantoonde dat maatschappelijke en wetenschappelijke opvattingen op het gebied der volksgezondheid altijd in beweging zijn, dat een oudere generatie moeite heeft zich te verplaatsen in de denkbeelden van jongeren en dat anderzijds de jongeren zich veelal moeilijk met de bestaande, in de zich maar langzaam evoluerende wetgeving neergelegde, denkbeelden kunnen verenigen.

Drs. H. van Winzum, directeur van Merck Sharp & Dohme Nederland n.v. besprak de industrie en de integratie van het geneesmiddel in de samenleving. Na te hebben vooropgesteld dat hij zijn persoonlijke ideeën weergaf, zij het na die te hebben getoetst in een discussie met collegae, hield hij een beschouwing, welke wij hier welhaast in haar geheel woordelijk laten volgen. *Drs. Winzum* betoogde:

Een onderneming wordt vandaag de dag niet meer alleen beoordeeld op haar financiële succes, maar meer en meer ook naar de sociale rol die zij speelt. Ik kan me niet aan de indruk onttrekken dat tegenwoordig voor velen „sociaal zijn” nog steeds hetzelfde is als het zoveel mogelijk persoonlijke verantwoordelijkheid en autoriteit aan het individu ontnemen en de mens een deel maken van één éénvormige, maar amorfe massa. Het verzorgen van de wieg tot het graf is zover gegaan dat de persoonlijke betrokkenheid erbij is verloren gegaan.

In het proces dat zich in onze maatschappij langs deze lijnen afspeelt en de reacties daarop, die de laatste jaren steeds duidelijker worden, zie ik een parallel met wat zich in de industrie heeft afgespeeld. De stroomlijning van de produktie heeft immers geleid tot een vergaande specialisatie, waarvan de lopende band de verontrustende climax is. De werker aan zo'n band hoeft maar één bepaalde handeling te verrichten. Hij heeft niet meer de bevrediging van de totale job, die bestaat uit analyseren, plannen, doen en controleren. In de industrie heeft dit proces geleid tot een onbevredigende situatie, gekenmerkt door een lage graad van motivatie, hoog verzuim en geringe identificatie met het bedrijf waarin men werkt. De industrie is begonnen de les te leren en is op de weg terug: wij gaan de taken weer meer inhoud geven en de mens meer betrekken bij het werk. De democratie, welke men in de industrie zich ziet baanbreken, wordt gekenmerkt door vergaande delegatie van verantwoordelijkheid en autoriteit.

De gevoelens van ongenoegen die men gedemonstreerd ziet in veel facetten van onze maatschappij zie ik als een gevolg van het missen van persoonlijke betrokkenheid bij wat besloten wordt en van het missen van persoonlijke autoriteit en verantwoordelijkheid. Ik ga ervan uit dat er een kentering gaande is in onze opvattingen over het begrip „sociaal” en dat wij groeien naar een maatschappijvorm waarin aan de individuele mens weer een grotere waarde gaat worden toegekend. Uit alles blijkt dat de mens om een grotere persoonlijke betrokkenheid bij elk gebeuren schreeuwt. Ik hoef maar te herinneren aan de vele actiegroepen die wij tegenwoordig hebben en aan de behoefte aan medebeslissingsrecht van de werker in de onderneming. Wij zien, dacht ik, dezelfde tendens bij de mens in zijn relatie tot het terrein van de gezondheidszorg.

In onze evoluerende samenleving zijn de begrippen gezondheid en ziekte onderworpen aan een ontwikkeling. De Wereldgezondheidsorganisatie definieert gezondheid als „a state of complete physical, mental and social wellbeing”; maar juist binnen deze definitie is evolutie van de begrippen mogelijk. Immers wat vandaag bijvoorbeeld „complete mental wellbeing” genoemd wordt, kan morgen achterhaald zijn. Toch is de definitie van de WHO wel bruikbaar, mits wij „complete” dan maar zien in het licht van de tijd die wij beschouwen. Ziekte is dan alles wat „the state of physical, mental and social wellbeing” minder dan „complete” maakt. In het licht van deze overweging krijgt ook het begrip geneesmiddel een steeds veranderende betekenis.

Ik dacht te kunnen stellen dat de farmaceutische industrie zich nog niet ten volle bewust is van de mogelijke betekenis van het woord „geneesmiddel” in de toekomst en nog zoekende is naar de omschrijving van haar doelstellingen in dat licht. Daarom moet ik mij in hoofdzaak beperken tot beschouwingen over het geneesmiddel in de huidige betekenis, waarbij ik slechts hier en daar een richting zal

kunnen aangeven waarheen, naar ik denk, de ontwikkeling zal gaan.

Er zijn vele redenen om een toeneming van de vraag naar geneesmiddelen te verwachten: 1. Er komen steeds meer mensen - de verwachte toename van de wereldbevolking tussen 1970 en 1980 ligt in de orde van grootte van 800 miljoen; 2. de groep mensen van 65 jaar en ouder, die de meeste geneesmiddelen nodig heeft, wordt relatief en absoluut steeds groter; 3. de financiële capaciteit van de samenleving groeit, waardoor meer geld voor gezondheidszorg beschikbaar komt; 4. optimale gezondheidszorg is geen voorrecht meer, maar een fundamenteel menselijk recht; 5. het individu gaat steeds hogere eisen stellen aan zijn gezondheidszorg; 6. het arsenaal aan therapeutische mogelijkheden groeit; 7. meer vrije tijd en ruimere geldmiddelen doen een grotere vraag ontstaan naar geneesmiddelen die in verband staan met vrijetijds-besteding (bijvoorbeeld middelen tegen zonnebrand, reisziekte, insectebeten, verstuijkingen, verrekkingen en — tot op zekere hoogte — de „pil”); 8. het geneesmiddel is goedkoop.

Het is eigenlijk jammer dat deze laatste stelling toelichting behoeft. Van het totale ziektekostenpakket maakt het geneesmiddel in ons land nog geen 10% uit. Besparingen daarop kunnen slechts komen uit de distributiekosten (circa 50% van de publieksprijs), de netto winst van de fabrikant en, naar sommigen menen, uit voorlichtingskosten en research. Uitgaande van het feit dat de distributie in geen maatschappijstructuur voor niets kan gaan, dat er altijd voorlichting moet zijn en de fabrikant iets mag verdienen, kan ik niet verder komen dan een mogelijke besparing van 1 à 1,5% van het totale ziektekostenpakket. De grote boosdoener evenwel is het ziekenhuis. Het is al vele malen bewezen dat het goede geneesmiddel de noodzaak van verpleging in een ziekenhuis enorm kan terugbrengen. Wij behoeven maar te denken aan TBC, geestesziekten, een aantal virus- en bacterieziekten.

Een groter en vooral eerder gebruik van geneesmiddelen zal ongetwijfeld besparend werken. Elektronische en biochemische diagnose zal de arts in staat stellen ziektebeelden veel eerder dan vroeger te onderscheiden en hem meer kans bieden door tijdig gebruik van geneesmiddelen de patiënt uit het ziekenhuis te houden. Ook kan door goed gebruik te maken van bijvoorbeeld moderne antibiotica en anesthetica de tijd, welke iemand na een operatie in het ziekenhuis moet doorbrengen, aanzienlijk worden bekort. En dit alles zal financieel werkelijk zoden aan de dijk zetten, ook al omdat de patiënt korter aan het arbeidsproces zal behoeven te worden onttrokken.

Nu treden er op velerlei gebied veranderingen op die verhouding mens-geneesmiddel beïnvloeden:

1. Er is een groeiend tekort aan dienstverlenend personeel en daardoor komt er meer vraag naar „kant-en-klare” therapie.

2. De toenemende invloed van de consumentenbeweging („consumerism”) werkt in de richting van

het kwalitatief best gegarandeerde merkprodukt en bewerkt een steeds betrouwbaarder worden van de (reclame)voorlichting. Het groeiend kwaliteitsbesef van de consument zou wel eens een sterker wapen kunnen blijken tegen het nog veelvuldig voorkomen van dikwijls medisch-farmaceutisch onverantwoorde substitutie die deskundigen van ziekenfondsen menen te kunnen voorstaan.

3. De wetenschappelijke vooruitgang heeft steeds grote interesse gewekt bij de publiciteitsmedia en zal dat blijven doen. Het publiek wordt daarvoor beter geschoold.

4. Hierdoor zal de drang naar zelfmedicatie toenemen.

5. Om dezelfde reden zal er gaandeweg meer druk worden uitgeoefend door de patiënt op de arts om een door de patiënt gewenste therapie te krijgen.

6. Een en ander zal de artsen ertoe brengen hun acties tegenover de patiënt te gaan verdedigen, met andere woorden zij gaan de patiënt meer en meer duidelijk maken dat hij de best mogelijke behandeling krijgt en waarom hij de behandeling in kwestie krijgt. Dit op zich werkt ontwikkelend op de kennis van het publiek; ongetwijfeld zal ook het besef bij de patiënt toenemen van de beperktheid van de eigen kennis op het diagnostisch en therapeutisch gebied. Er blijft een geweldige hoeveelheid onwetendheid bij het publiek op deze terreinen, maar veel meer mensen zullen kennis van en interesse in medische zaken hebben dan in het verleden het geval was.

7. De toenemende kennis bij het publiek zal ongetwijfeld door industriële reclame-campagnes worden uitgebuit.

8. Omdat voorkómen beter — en vooral goedkoper — is dan genezen, zal er door overheden en private organisaties toenemende nadruk worden gelegd op preventieve geneeskunde.

In het zojuist geschetste krachtenveld vindt de research van de farmaceutische industrie plaats. Resultaten laten langer op zich wachten dan in het verleden omdat de geneesmiddelen, die wij nu hebben, in het licht van de beschikbare fundamentele kennis nagenoeg optimaal zijn, omdat de eisen, die aan een geneesmiddel worden gesteld alvorens het de markt op kan, met de toeneming van de kennis steeds strenger en ingewikkelder worden en ten derde omdat uitbreiding van de fundamentele kennis, nodig voor een nieuwe generatie geneesmiddelen, een tijdrovende en kostbare zaak is.

De richting waarin de ontwikkeling zal gaan tekent zich wel reeds enigermate af. Wij zullen meer geneesmiddelen gaan krijgen die op het preventieve vlak liggen. Dit zullen niet alleen vaccins zijn, maar ook stoffen die tot andere afweermechanismen aanzetten dan de vaccins doen. Op het gebied van enzymen en het zgn. interferon — of misschien moet ik wel interferonen zeggen — wordt belangrijke vooruitgang geboekt. Er zal ook een verschuiving gaan optreden van symptoombestrijding naar echte genezing en de komende geneesmiddelen zullen

hoogstwaarschijnlijk specifiekere werken dan de huidige.

Ik wil pogen om in grote lijnen een aantal trends aan te geven die ik belangrijk acht voor de nabije toekomst.

— Behandeling met geneesmiddelen zal eerder worden ingezet (betere diagnose, te dure ziekenhuis), maar voorlopig zeker nog in veel gevallen voor de rest van het leven moeten worden voortgezet (bijvoorbeeld verhoogde bloeddruk, hart- en vaatziekten, reumatische aandoeningen).

— De geest zal meer en meer op hetzelfde vlak komen te liggen als het lichaam wat betreft behandeling met medicamenten. Waarom mag men lichamelijke pijn bestrijden en waarom zou men een geestelijk minder welbevinden niet mogen wegwerken met geneesmiddelen? Dat zal een vraag zijn waarop mijns inziens het antwoord duidelijk is. Ik verwacht dan ook dat de houding van de politici ten aanzien van tranquillizers en „moodlifters” verder zal veranderen. In verband hiermee zullen de opvattingen over drugs zich ook verder ontwikkelen. Een gedeelte van wat nu nog drugmisbruik wordt genoemd zal, naar mijn mening, straks als normaal worden gezien. Wie immers zal het plezier meten dat sommigen krijgen uit het gebruik van „middelen”. Met andere woorden de mogelijkheid van verantwoord sociaal gebruik van geneesmiddelen zit er voor wat de toekomst betreft mijns inziens dik in, maar dan onder de termen van de wet getest en geproduceerd.

— Onze geestelijke instelling en sociaal gedrag zullen zich daardoor, dacht ik, nog verder wijzigen. Onder invloed van bepaalde middelen zal ons denkpatroon vrijer worden. Als iemand vrij is zich voor de trein te werpen, waarom zou het dan strafbaar zijn als iemand drugs wil gebruiken. Natuurlijk zullen wij beide trachten te voorkomen, maar moet dat nu per se met kracht van wet?

— Er staan geneesmiddelen te komen die ons leerproces kunnen beïnvloeden en ons geheugen kunnen verbeteren. Het effect hiervan op bijvoorbeeld het onderwijsbudget laat zich nog slechts raden.

— Het proces van veroudering zal worden verlangzaamd en ook hier staan wij voor een vergroting van de huidige problemen.

— Belangrijke vorderingen worden gemaakt op het terrein van de „genetic engineering”, het experimenteel ingrijpen in de genetische informatie van de celkern en in de overdracht van die informatie, met andere woorden wij kunnen te zijner tijd gaan manipuleren met de erfelijke aanleg. Denkt u eens in wat dat kan betekenen: de verhouding vrouwelijke tot mannelijke mensen kan worden aangepast aan eisen en behoeften, wij kunnen genieën gaan maken maar ook schurken.

— Naarmate de mens als individu weer grotere invloed krijgt, zal het aantrekkelijk worden voor de farmaceutische industrie om zich direct, zonder tussenschakeling van de arts, tot de klant te wenden en dat niet slechts via advertenties, maar met

services. Dat gebeurt al enigermate: pollenonderzoek, zwangerschapstests, zgn. multifase screening, dat is gelijktijdig bevolkingsonderzoek op meer aandoeningen.

Ik kan mij voorstellen dat de schrik u om het hart slaat als u zich probeert te realiseren wat er allemaal staat te gebeuren. Er gaan stemmen op dat de research maar niet vrij kan worden gelaten omdat de maatschappelijke implicaties van te ernstige aard zijn. Ik ben het hier niet mee eens en ik sluit mij aan bij wat anderen, die met meer kennis van zaken dan ik heb, over de verantwoordelijkheid van natuuronderzoekers hebben gezegd. Ik citeer Prof. Quispel: „Het gevaar ligt niet in de natuurwetenschap zelf, maar in de mentaliteit, waarmee wij deze wetenschap hanteren. Waar ligt hier de schuld van de natuuronderzoeker zelf, waar vinden wij een basis voor de ethiek van de natuuronderzoeker? Zonder twijfel is de vaak verregaande specialisatie hier een hoofdschuldige. Hoeveel onderzoekers vallen niet onder het begrip vakidioten? Hoeveel zijn alleen geïnteresseerd in het eigen beperkte vakgebied en zijn blind voor de consequenties, die hun werk op andere gebieden oproept en doof voor de argumenten die door anderen worden aangevoerd? Deze wetenschappelijke oogkleppenmentaliteit wordt nog door een algemeen menselijke versterkt. Het is de oogkleppenmentaliteit, die slechts het belang ziet van de eigen groep en van de eigen tijd. Wanneer worden ooit de belangen van de korte termijn geofferd voor het werkelijk belang van de lange termijn? Wanneer wordt een groepsbelang geofferd ten bate van het algemeen welzijn?” Tot zover Prof. Quispel.

Ik zie maar één goede uitweg. De wetenschappelijke ontwikkeling stuiten is, dacht ik, onmogelijk; hooguit kan er iets geremd worden. In gemeenschappelijk overleg moet de ontwikkeling in goede banen worden geleid. Een open gesprek tussen overheid, industrie, professie en consument lijkt mij de aangewezen weg. Pers, radio, televisie en andere communicatiekanalen moeten daarbij worden ingeschakeld, maar primair het onderwijs. Dit zal de wetenschapsman, in casu de man van de farmaceutische industrie, dwingen in voor de leek begrijpelijke taal te zeggen waaraan hij werkt. Slechts op zulk een wijze kan men zich tijdig rekenschap geven van de maatschappelijke consequenties van nieuwe ontwikkelingen.

Een dergelijke discussie is niet alleen nuttig voor de industrie, maar ook voor de arts en de apotheker, die zich evengoed aan de evoluerende samenleving moeten aanpassen, ook voor de patiënt-consument, die niet onmondig wenst te blijven en ook voor de overheid die de geneesmiddelen van straks moet gaan toelaten tot de markt, op een wijze die een minimum aan „human loss” garandeert.

Het feit dat wij deze middag organiseerden moet voor ieder van u een duidelijk bewijs zijn dat wij, de niet alleen in Nederland, maar in de hele wereld opererende farmaceutische industrie, een begin hebben willen maken met die discussie en popelen

om die voort te zetten, maar wel als vrije industrie, die bewezen heeft uw vertrouwen waard te zijn, die zijn verantwoordelijkheid aan kan en die als volwaardige partner in het discussieteam niet kan worden gemist.

*
**

Ter verwelkoming van de zeer vele gasten op deze openbare vergadering 1971 van de Farmaceutische Industrie voerde Ir. J. P. H. Nieuwerkerke, voorzitter van Nepropharm het woord waarna Dr. P. Side-

rius, secretaris-generaal van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne met een korte beschouwing het te behandelen thema inleidde. Drs. H. G. Snijders, voorzitter van de Bipa sloot de bijeenkomst af met een slotwoord, waarin hij er de aandacht op vestigde dat de bezoekers op een hun bij het binnentreden uitgereikt biljet konden aangeven of zij belangstelling zouden hebben voor eventueel te beleggen discussie-samenkomsten, waarop op de behandelde stof nader kritisch zou kunnen worden ingegaan.

Voorzitter Nederlandse Unie van Ziekenfondsen over knelpunten in de gezondheidszorg

Ter inleiding van de Algemene Vergadering van de Nederlandse Unie van Ziekenfondsen, woensdag 27 oktober j.l. in Utrecht gehouden, heeft de heer J. Hendriks, voorzitter van deze Unie, een rede gehouden waarin hij nader inging op enkele knelpunten op het terrein van de gezondheidszorg, zoals het vraagstuk van het eigen risico, de kosten van ziekenhuisverpleging, alsmede van de intramurale hulp via de A.W.B.Z. en de complexe problematiek rondom het inrichtingswezen. Aan die laatste problematiek was overigens het grootste gedeelte van deze bijeenkomst gewijd. Zo besprak Mr. L. C. Wesseldijk, directeur van de Nationale Ziekenhuisraad, de ordening van de bouwactiviteiten als gevolg van de totstandkoming van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, terwijl Drs. D. J. Wagner, directeur van de Stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven, nader inging op de tariefstellingen van inrichtingen.

Alvorens in te gaan op bovengenoemde kwesties stond de heer Hendriks even stil bij de relatie tussen ziekenfondsorganisaties en medewerkers, met name bij de vraag of deze relatie zich uitsluitend dient te beperken tot wat in het algemeen onder „onderhandelen” wordt verstaan, dan wel of beide groeperingen gezamenlijk in de „overleg”-sfeer zich zouden moeten beraden over de structuur van de gezondheidszorg. „Dit klemmt te meer”, aldus de heer Hendriks, „nu overal om ons heen gevoelens van onbehagen in de praktijkvoering de overhand krijgen”. De heer Hendriks wees in dit verband ook nog op iets concreets:

„Het is met grote voldoening dat wij vandaag mogen vaststellen dat deze gesprekscyclus met het bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging niet alleen reeds van de grond is gekomen, maar bovendien dat de wijze waarop het overleg plaatsvindt getuigt van een grote openheid en oprecht vertrouwen jegens elkaar. Wij achten dit een goede zaak en spreken gaarne de hoop uit dat deze sfeer er toe zal leiden in gezamenlijk overleg tot resulta-

ten te komen waarvan beide partijen profijt zullen hebben. Ik herhaal: wij zien het duidelijk als onze taak de L.H.V. te steunen bij het zoeken naar nieuwe wegen en onze blijvende hulp zeggen wij gaarne toe. Ditzelfde geldt mutatis mutandis ook voor de overige medewerkers-groeperingen waarbij wij aantekenen, dat dit de enige weg is om de medewerkers zich in de meest letterlijke zin van het woord medewerkers te doen gevoelen. Een optimale dienstverlening tegen aanvaardbare prijs zal hiervan het resultaat zijn en de gezondheidszorg en met name de patiënt zal hier wel bij varen.”

Het eigen risico

Op dit thema voortgaande, bracht de heer Hendriks de kwestie van het eigen risico ter sprake:

„Sinds het optreden van de huidige regering is het punt van het eigen risico opnieuw actueel geworden. Waarom — zo mag men zich afvragen — wordt een zaak waarover tallozen het hoofd hebben gebogen — overigens zonder resultaat — opnieuw gepresenteerd en nog meer klemmt deze vraag als wij de wijze van presentatie daarbij betrekken. Men kan zich afvragen wat de regering beoogt met een eventuele invoering van het eigen risico. Gaat het om een andere verdeling van lasten? — ja, zegt de minister — of gaat het veeleer om de te verwachten mindere consumptie? Men kan hier eindeloos over praten, maar een ding staat vast: de verzekerde wordt duidelijk beperkt in zijn mogelijkheden door een systeem van bijbetaling op diverse verstrekkingen. Het ware toch een goede zaak hier even bij stil te staan en er op te wijzen dat elk eigen risico — hoe dan ook — ergens een plafond zal moeten hebben. Waarmee terzelfder tijd vrij nauwkeurig te berekenen valt wat de totale opbrengst van het eigen risico zou kunnen zijn. Het ware verstandig dan ook eens te becijferen wat deze maatregel aan meerkosten zou kunnen gaan betekenen bij de uitvoe-

ringsorganen, i.c. de ziekenfondsen. Men zou dan wel eens kunnen schrikken van het resultaat, met andere woorden, de uitvoering zou dermate belast gaan worden met de becijfering van het risico per individu of gezin dat de kosten hiervan een groot deel van de baten zouden te niet doen. Een meer averechts effect kunnen wij ons nauwelijks voorstellen en de verantwoordelijke bewindslieden zouden goed doen dit in hun overwegingen te betrekken."

De heer Hendriks vroeg zich af of er wel sprake is van overconsumptie: „Is er bijvoorbeeld een aantoonbaar verschil in het consumptiepatroon van de ziekenfondsverzekerde in vergelijking met de niet-verzekerde? Ik dacht het niet, maar vastgesteld is zulks in ieder geval nog nooit en enige voorzichtigheid bij het plegen van deze stelling ware dan ook wel op zijn plaats. Maar zelfs indien deze wel zou kunnen worden bewezen — dan nog mag men zich afvragen wie hiervoor de verantwoordelijkheid draagt. Men kan hier lang over filosoferen, maar duidelijk is dat de patiënt — i.c. de verzekerde — hier bepaald geen overheersende rol in speelt — zelfs niet kan spelen. Dat kan eenvoudig niet in ons systeem."

De heer Hendriks adstrueerde dit als volgt: „Slechts één stap zet de patiënt in alle vrijheid, namelijk zijn eerste gang naar de huisarts. Indien naar objectieve maatstaven gemeten hier een te ruim gebruik van zou worden gemaakt, mag men zich toch in gemoede afvragen of de patiënt zelf in staat is zulks te onderkennen. Maar eenmaal de huisarts gepasseerd is de invloed van de patiënt op het verdere verloop van zijn behandeling nihil. Hij wordt gestuurd naar de polikliniek en er wordt in het gehele verdere medische gebeuren over hem beschikt zonder dat hij de feitelijke mogelijkheid heeft zich daaraan te onttrekken om de eenvoudige reden dat hij de gehele situatie niet kan beoordelen en de moed niet opbrengt zich te weer te stellen tegen de opvattingen van de hem behandelende medicus."

De Unie-voorzitter wilde duidelijk stellen: „In een systeem, waarin geen enkele prikkel zit tot zuinigheid, niet voor de patiënt, maar bepaald ook op geen enkele wijze voor de medewerkers, in de meest ruime zin van het woord, is het al te dwaas de weg van de minste weerstand te kiezen en zeer eenzijdig de verzekerde te belasten met de kwalijke gevolgen hiervan — notabene een verzekerde die toch reeds een hoge — en jaarlijks stijgende — premie betaalt. Een zeer eenzijdige belasting derhalve voor een kostenstijging welke hij allerminst zelf veroorzaakt en waarom hij nog minder vraagt. Indien er moet worden bezuinigd — en er kan naar onze overtuiging inderdaad worden bezuinigd zonder iemand schade te berokkenen — dan ware het juist alle betrokkenen bij de gang van zaken te interesseren. Maar wij passen er voor om er aan mee te werken dat dit probleem over de rug van de verzekerde zou worden uitgevochten. Er dient dan ook geen misverstand over te blijven bestaan: de Unie — welke zich beschouwt als representant van de patiënt-verzekerde — wijst een eigen risico in deze zin ca-

tegorisch van de hand. En indien dit eigen risico alsnog onontkoombaar zou blijken te zijn dan moge men weten dat wij waar mogelijk onmiddellijk de Aanvullingsfondsen zullen inschakelen om ter handhaving van de solidariteit in eigen kring de financiële gevolgen van dit eigen risico voor een op zich lage premie in verzekering te nemen. L'histoire se répète. Nog fris in het geheugen ligt de geschiedenis rond het tientje van Veldkamp. Toen stonden wij klaar om de kwalijke gevolgen op te vangen — het zal nu niet anders zijn."

Na deze kloeke woorden vervolgde de heer Hendriks aldus: „Wij willen de ogen niet sluiten voor de onrustbarende kostenstijging in de gezondheidszorg in de afgelopen jaren. Een duidelijke taak zal het zijn alle uitgaven bij voortdurend te blijven bewaken en de grootst mogelijke zorgvuldigheid in acht te nemen bij de totstandkoming van overeenkomsten. Het zou een goede zaak zijn via de overeenkomsten ook de medewerkers financieel te interesseren en een prikkel tot weloverwogen handelen in te bouwen."

Ziekenhuisvoorzieningen

Zonder zulks evenwel te bagatelliseren, stelde de heer Hendriks voorts, dat wanneer men inderdaad wil bezuinigen, het voor de hand ligt eerst te kijken naar de grotere posten en pas daarna — hoe belangrijk op zichzelf ook — naar de kleinere. De Unie-voorzitter kwam dan tenslotte via een kritische kanttekening over de vele en onrustbarende stijgingen van de verpleegtarieven op het hoofdthema: de financiering van de ziekenhuisvoorzieningen in Nederland. Hij vroeg zich af of wij met onze plannen en investeringen wel op de goede weg zitten: „Wij zien namelijk een pakket van nieuwbouwplannen dat om miljarden zal vragen. Miljarden, die worden onttrokken aan andere aanwendingsmogelijkheden. Miljarden, die kunnen worden aangewend voor doeleinden die ook een belangrijke prioriteit hebben, om maar simpele voorbeelden te noemen: milieuhygiëne,

Voor abonnementen en advertenties

wende
men zich
tot
de Uitgeversmij.

KRUYT N.V. TE BUSSUM

Telefoon 02159 - 3 22 59 *

woningbouw. Met als grootste bezwaar dat men zich nu reeds — doch volstrekt fantasieloos — richt op de mogelijke situatie in de jaren '80-'85. Fantasieloos, omdat vrijwel nergens rekening wordt gehouden met voor de hand liggende verschuivingen in het behandelingspatroon in de komende jaren; omdat niemand zich bijvoorbeeld afvraagt of de ziekenhuizen welke wij vandaag bouwen in '85 nog bemand kunnen worden met personeel - en dat op een tijdstip, nu, waarop reeds op diverse plaatsen om deze reden bedden leegstaan.

„Wij stellen vast een insufficiënt systeem van ziekenhuismanagement, waarbij men zich bovendien moet afvragen of het besturen van een ziekenhuis, ondanks de ongetwijfeld edele motivatie der bestuurders, nog wel mogelijk is indien zulks in hoofdzaak dient te gebeuren in vrije tijd door lieden die ook uit anderen hoofde reeds bezet zijn, met andere woorden of dit ook niet een stuk professionele arbeid dient te zijn. De gevolgen zijn o.m. waarneembaar, indien men vaststelt, dat bij functioneel vergelijkbare ziekenhuizen de investeringsniveaus dermate grote verschillen vertonen dat zulks eenvoudig om opmerkingen vraagt. Dat in deze gedachtengang een duidelijke afbakening van taken tussen bestuur en directie noodzakelijk is moge voor zichzelf spreken.

„Daarbij zij dan nog te bedenken dat onze gehele ziekenhuisbouw plaatsvindt aan de hand van vuistregels, vooral wanneer het gaat om de behoeftebepaling. Wij in Nederland gaan uit van een behoefte van vijf bedden per duizend inwoners, zonder dat waar dan ook is gebleken dat zulks inderdaad correspondeert met de werkelijkheid, anders, dan door vast te stellen dat vrijwel al onze bedden bezet zijn. Vrijwel geen week gaat voorbij of wij lezen van ziekenhuizen welke — tegen hoge rente — een obligatielening uitgeven en dan te weten dat wij ultimo '68 in ons land reeds de beschikking hadden over 5,41 per duizend. En intussen bouwen wij maar door. Als ik hier nu nog aan toevoeg een recente uitspraak van een der medisch adviseurs van de ziekenfondsen — mede namens vele collega's — dat naar zijn stellige overtuiging een niet te verwaarlozen percentage van de patiënten die vandaag onze ziekenhuizen bevolken daarin beslist niet thuishoren dan — dunkt mij — blijkt voldoende hoe glad het ijs is waarop wij schaatsen”, aldus de heer Hendriks, die als een duidelijke stellingname naar voren bracht dat het gehele gebeuren in en om ziekenhuizen aan een kritisch onderzoek dient te worden onderworpen: „Veel meer dan bij de ziekenfondsen zou hier een taak kunnen liggen voor een goed opgezet organisatie-onderzoek door daartoe geëigende instituten.” Daarbij stelde de Unie-voorzitter vast, dat de begeleiding van de bouw en de controle op de omvang der investeringen door de overheid bepaald inadequaat is; dat de bijna volstreckte autonomie van het ziekenhuisbestuur duidelijk de neiging tot overbesteding in de hand werkt; tenslotte dat ondanks vele pogingen in die richting een verschuiving van kliniek naar polikliniek tot nu toe niet zichtbaar is.

De heer Hendriks zei het noodzakelijk te achten te komen tot een nationaal plan: „Een plan dat zich niet alleen richt op de functie van het ziekenhuis en de daarin werkzame specialisten, doch wat daarnaast tevens een blauwdruk zou dienen te zijn voor de hele situering van de eerste-lijns-gezondheidszorg. Zodanig, dat men in deze sector optimaal op elkaar kan inspelen en ondanks wellicht hoge investeringen in het begin, op de duur bepaald een verschuiving zal bewerkstelligen van de duurdere naar de minder dure voorzieningen en daarom in hoge mate kostenbesparend zal kunnen werken. Een plan derhalve, dat in alle rust zal moeten worden voorbereid en uitgewerkt - een plan evenwel dat niet als de bekende mosterd na de al even bekende maaltijd mag komen. Gaan wij door op de huidige weg dan staat voor ons vast dat wij over weinige jaren geen plan meer nodig hebben om de eenvoudige reden dat er van alles reeds te veel is.”

Dit betekent volgens de heer Hendriks een rigoureuze temporisering van de bouw — nu — uitgezonderd uiteraard zeer urgente projecten, waarbij z.i. overigens de nadruk zou dienen te worden gelegd op de uitbreiding van de poliklinische faciliteiten, eerder dan op die in de klinische sector. De heer Hendriks voegde hier tenslotte nog aan toe, dat binnen het bestuur van de Unie momenteel ernstig wordt overwogen om — al dan niet in samenwerking met anderen — fondsen af te zonderen ten einde op korte termijn en ook wetenschappelijk verantwoord, een onderzoek naar het behoeft patroon in Nederland te laten instellen. De Unie van Ziekenfondsen vindt dit een zaak van nationale betekenis: „Wanneer andere instanties, die daarvoor eerder dan wij in aanmerking komen, dit blijkbaar niet kunnen doen dan zullen wij het doen”, zo besloot de heer Hendriks zijn betoog over dit vraagstuk.

Commissie abortusvraagstuk van haar taak ontheven

De Staatscourant van 27 oktober publiceert een besluit van de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van 20 oktober l.l. waarbij de Commissie Abortusvraagstuk (Commissie Kloosterman) op de meest eervolle wijze van haar taak wordt ontheven onder dankzegging voor de waardevolle bijdrage aan de meningsvorming, die de commissie door het uitbrengen van haar interimrapport op 5 maart 1971 heeft geleverd. Dit besluit wordt voorafgegaan door de overweging daartoe, te weten dat de in het regeerakkoord getrokken grenzen, waarbinnen een in te dienen wetsvoorstel tot wijziging van de wetgeving betreffende abortus provocatus zich zal bewegen, de Commissie Abortusvraagstuk — in 1970 ingesteld door de toenmalige staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de minister van Justitie — onvoldoende ruimte laat om haar adviserende taak te voltooien.

Ziekenhuiscentrum geopend

De officiële ingebruikneming van het „Ziekenhuiscentrum” geschiedde vrijdag 29 oktober i.l. in een bijeenkomst in de Domkerk te Utrecht door H.K.H. Prinses Beatrix. Voorafgaande aan deze ingebruikstelling door de Prinses voerde Prof. Mr. J. Th. M. de Vreeze, voorzitter van de Nationale Ziekenhuisraad, het woord alsook Dr. J. C. J. Burkens, voorzitter van het Nationaal Ziekenhuisinstituut. Na afloop van deze officiële ingebruikstelling begaf men zich ter bezichtiging daarvan naar het gebouw aan de Oudlaan, waarin het Ziekenhuiscentrum is gevestigd.

De Nationale Ziekenhuisraad is de vereniging van alle Nederlandse ziekeninrichtingen en heeft ten doel de bevordering van een nationaal beleid met betrekking tot het ziekenhuiswezen in Nederland, dat gericht is op een doelmatige ordening en functionering daarvan, alsmede, binnen deze doelstelling, de behartiging van de belangen van haar leden. Het Nationaal Ziekenhuisinstituut is het centrale orgaan van onderzoek, informatie, advies en bijstand op vaktechnisch gebied voor de intramurale gezondheidszorg, de overheid en andere be-

langhebbenden. Het NZI heeft ten doel ten behoeve van de Nederlandse ziekenhuizen, de organisaties van ziekenhuizen alsmede de overheid en belanghebbenden werkzaam te zijn als orgaan van onderzoek op wetenschappelijke grondslag en als centrum van informatie advies en bijstand op vaktechnisch gebied, zulks ter bevordering van het optimaal functioneren van de ziekenhuizen en het ziekenhuiswezen, een en ander mede met betrekking tot de overige sectoren van de gezondheidszorg.

Het aan de Oudlaan te Utrecht opgetrokken gebouw, waarvan de kosten negen miljoen gulden hebben bedragen, ontworpen door Ir. R. D. Bleeker te 's-Gravenhage heeft onderscheidene vergaderzalen, ook een grote zaal voor 120 personen. Het voor de medewerkers bestemde restaurant kan ook worden gebruikt voor grotere bijeenkomsten. De bibliotheek biedt gelegenheid voor studie aan personen buiten het gebouw, die ook van de verdere faciliteiten van het Ziekenhuiscentrum gebruik kunnen maken. Er is parkeergelegenheid voor 120 auto's bij deze nieuwe huisvesting, gelegen aan de Rondweg om Utrecht op tien minuten gaans van de halteplaats Overvecht in een rij van vijf soortgelijke kantoorgebouwen, waarvan er nog drie moeten worden gebouwd.

Artsencursus 's-Gravenhage

In ondervolgend schema is het eerste gedeelte van de artsencursus 1971/1972 van de Vereniging

Artsencursus 's-Gravenhage weergegeven. De voordrachten vinden steeds op dinsdagmiddag plaats; het eerste lesuur begint telkens om 16.30 uur, het tweede om 17.15 uur. De kosten per cursusjaar bedragen f 15,—, over te maken op gironummer 63574.

Tijd:	Plaats:	Referent en onderwerp:
dinsdag 2 november	Rode Kruis Ziekenhuis	1. Dr. L. v. d. Drift, longarts: Chronische bronchitis therapie. 2. A. C. Nieuwenhuijzen Kruseman, gynaecoloog: Hormonale therapie in de menopauze.
dinsdag 9 november	Bronovo Ziekenhuis	1. Dr. C. E. v. d. Hoog, kinderarts: exanthematische ziekten en hun immunisatie. 2. Dr. W. A. Herrmann, dia's.
dinsdag 16 november	Oogziekenhuis, Leyweg	1. P. P. H. Alkemade, oogarts: erfelijkheidsproblemen in de oogheelkunde. 2. Jhr. Dr. C. H. O. M. von Winning: „wat zien ik?”.
dinsdag 23 november	Rode Kruis Ziekenhuis	1 en 2. Mej. Th. F. S. M. van Schaik, secretaris voedingsraad: Huidige voedingsproblemen in Nederland.
dinsdag 30 november	Diaconessen Ziekenhuis Voorburg	1. J. S. Stelling, KNO-arts: Gehoorverbeterende operaties. 2. Ph. P. Bieger, zenuwarts: Psychiatrische medicatie in de huispraktijk. NB: voordrachten in huiskamer van Zusterhuis.
dinsdag 7 december	Rode Kruis Ziekenhuis	1. Dr. L. J. Endtz, neuroloog: Neurologisch allerhande. 2. Dr. C. M. Sparling, cardioloog: Aritmieën in het algemeen.
dinsdag 14 december	Nebo Ziekenhuis	1. K. Oosterhuis, chirurg: Appendicitis. 2. J. T. Goei, longarts: Allergie.
dinsdag 21 december	Ned. Zeehospitium Kijkduin	1 en 2. J. F. M. M. Glansbeek en A. M. van 't Zelfde-Zevenbergen, revalidatie-artsen: Revalidatie. Patiëntendemonstratie.

MELDING VAN BEROEPSZIEKTEN

probleem van een probleem

**Door Dr. J. P. Kuiper, medisch adviseur
bij de Arbeidsinspectie te Voorburg**

1. *Population at risk*

1.1. *Beroepsziekten op macroniveau.* In hand- en leerboeken over bedrijfsgeneeskunde en arbeidshygiëne worden honderden schadelijke stoffen en andere agentia genoemd die in het arbeidsmilieu een bedreiging kunnen vormen voor het gezonde bestaan van werkende mensen. Wie kennis neemt van deze lange lijst van gevaren en niet de industriële situatie zelf kent, moet zich er wel over verbazen dat zoveel arbeiders na hun dagtaak weer gezond en wel huiswaarts keren. In werkelijkheid is het aantal ziektegevallen, of met andere woorden het aantal reële of actuele bedreigingen van het gezonde bestaan samenhangende met factoren in de arbeidssituatie relatief gering. Van 1946 t/m 1963 werd door de Sociale Verzekeringsbank een uitkering verleend voor 19.003 gevallen van beroepsziekte. Daarvan kwam een vrij groot gedeelte voor rekening van beroepsziekten bij mijnwerkers, o.a. een kleine 5000 gevallen van silicosis. In achttien jaar werden dus ongeveer 14.000 gevallen van beroepsziekten in de industriële sector door de S.V.B. erkend. Het jaarlijkse aantal verzuimdagen voor deze gevallen (berekend over een periode van 1952 t/m 1963) bedroeg ruim 98.000. Uitgaande van 1,5 miljoen werknemers in de industrie en 300 werkdagen per man per jaar, is er sprake van een arbeidsverzuim ten gevolge van beroepsziekten van 0,2^o/_{oo}. Ook indien men aanneemt dat het werkelijke aantal beroepsziekten het dubbele, of zelfs het viervoudige kan zijn van het aantal dat in verband met de strenge normen en de beperkte omvang van de lijst van beroepsziekten in de Ongevallenwet door de S.V.B. officieel werd erkend, moet worden geconstateerd dat de beroepsziekten op macroniveau nauwelijks sociaal economische betekenis hebben.

1.2. *Potentiële bedreigingen op mesoniveau.* Het gaat echter arbeidshygiënist niet om het getal der beroepsziekten doch om kennis van de omvang en de ernst der potentiële bedreigingen in de arbeidssituatie. Zij zijn geïnteresseerd in de population at risk voor elke schadelijke factor. Op de kennis daarvan moeten zij (o.a. de Arbeidsinspectie en de bedrijfsartsen) hun beleid baseren.

Welke situaties moeten speciaal onder controle worden gehouden, welke personen periodiek geneeskundig onderzocht?

Bij het bepalen van de omvang van de population at risk bewegen wij ons op het veld van de tweede preventie. Op het veld van de eerste preventie gaat het om het gescheiden houden van mens en scha-

delijk agens. Daar vindt dus geen interactie plaats tussen deze beide en treedt er geen storing op in het menselijk organisme. Het zou niet juist zijn om hier reeds te spreken van population at risk. Deze term dient te worden gereserveerd voor hen die in interactie verkeren met een schadelijk agens, die potentieel worden bedreigd. Op het veld van de tweede preventie wordt getracht deze potentiële bedreigingen zodanig binnen de perken te houden dat bij de wisselwerking van de mens en een schadelijk agens de mens royaal blijft winnen. Patiënten met beroepsziekten zijn geen potentieel bedreigden meer: zij zijn reëel bedreigd in hun gezonde bestaan. Hun afwijkingen herinneren er ons aan dat er achter hen een onbekend grote groep potentieel bedreigden staat.

Het vaststellen van de omvang van de population at risk kan geschieden: a. door actieve opsporing; b. passief geleid door meldingen van beroepsziekten.

2. *Opsporing van potentiële bedreigingen*

2.1. *Ervaringen van de medische dienst der Arbeidsinspectie.* Globaal gesproken kan men drie wegen kiezen om vast te stellen hoeveel personen een schadelijke inwerking kunnen ondervinden van bepaalde agentia in hun arbeidssituatie: Twee indirecte wegen: 1. onderzoek van beoefenaars van eenzelfde beroep; 2. onderzoek van een gehele bedrijfsbevolking. Een directe weg: 3. onderzoek van alle personen (met verschillende beroepen of functies in uiteenlopende bedrijven) die in meerdere of mindere mate zijn blootgesteld aan een bepaald schadelijk agens (toxische stof, schadelijke stof, straling, lawaai).

In de loop van haar bijna zeventig jaarig bestaan heeft de medische afdeling van de Arbeidsinspectie alle drie wegen bewandeld. Een volledig overzicht van de activiteiten van deze dienst kan hier niet worden gegeven. Met enkele voorbeelden ter illustratie moge worden volstaan.

Voorbeelden van de eerste weg zijn: een algemeen onderzoek van 373 kleermakers in 16 gemeenten (1907/08), een onderzoek van \pm 240 huisschilders in 57 werkplaatsen en van 560 schildersgezellen in dezelfde jaren waarbij wel in het bijzonder werd gelet op de invloed van loodwit op de algemene gezondheidstoestand, doch ook alle andere mogelijke afwijkingen werden genoteerd. Vele jaren later (1929) vinden wij o.a. nog vermeld een onderzoek van 447 bakkers op het voorkomen van bakkersexzeem. De indruk bestaat echter dat steeds

meer de voorkeur werd gegeven aan de tweede weg, die overigens ook reeds van het begin af werd bewandeld. Enkele voorbeelden: onderzoek van het lompensorteerdersbedrijf (1911), van kunstmestfabrieken (1910), van een vleeswarenfabriek (1913), van cichoreidrogerijen (1922), van een witglasfabriek (1927), van steenfabrieken (1928), van spinnerijen (1929) en van een sigarenfabriek (1931).

De derde weg, die men ook in de beginperiode niet geheel links liet liggen — het onderzoek van de schilders was zoals reeds gezegd voor een belangrijk deel gericht op de invloed van het schadelijk agens lood — is na 1945 in toenemende mate bewust bewandeld. Zo werd onder andere gezocht naar de ernst en de omvang van de blootstelling aan DNOC, parathion en andere bestrijdingsmiddelen (1955 en volgende jaren), aan elementair kwik (1965), organische kwikverbindingen (1962), methylbromide (1966 en volgende jaren), talkstof (1961) en lood (1966).

Bij al deze onderzoeken, waarbij soms tientallen, doch dikwijls honderden personen waren betrokken, lukte het nooit de werkelijke population at risk te bepalen. Steeds ging het om slechts een min of meer willekeurig deel daaruit. De onvolkomenheden die aan dergelijke onderzoeken van beperkte omvang kleven — voorzover het tenminste gaat om het bepalen van de population at risk — kwamen nog eens bijzonder aan het licht tijdens het thans nog gaande onderzoek naar de omvang van het asbestprobleem in ons land. Door medici van de Arbeidsinspectie werden bij verschillende onderzoeken (1953, 1954, 1955, 1963 en 1965) vele honderden isoleerders onderzocht. Deze met betrekking tot asbest meest bedreigde groep werd onuitgesproken gerekend de population at risk te zijn. De alarmerende berichten over het verband tussen asbest en pleuramesotheliom, die in het begin der zestiger jaren in de vakpers verschenen, deden de gedachten opkomen dat het de moeite waard zou zijn ook andere aan asbest geëxponeerde groepen werknemers te onderzoeken. Bij een eerste raming werd de totale groep op ruim 2000 personen geschat. Reeds tijdens het onderzoek in 1969 bleek dat het aantal bedrijven waar met asbest werd gewerkt veel groter was dan aanvankelijk werd aangenomen. In een tweede ronde werden nog eens meer dan honderd bedrijven bezocht en vele duizenden personen onderzocht.

Ook nu kan echter nog niet worden gezegd dat wij de gehele population at risk kennen. Zelfs bij een groots opgezet onderzoek moet men om praktische redenen wel een min of meer arbitraire grens aanleggen beneden welke weliswaar een potentiële bedreiging aanwezig is, doch waar de kans op een reële bedreiging zo bijzonder klein is dat extra aandacht aan de situatie geen rendement zou opleveren. Criteria voor het vaststellen van een dergelijke grens zijn bijvoorbeeld: het jaarverbruik van het agens in het betreffende bedrijf, de soort bewerkingen die het materiaal ondergaat dat het agens bevat en de wijze waarop met het materiaal wordt

omgesprongen. Hoewel de directe opsporing van de population at risk de meeste kans biedt om zoveel mogelijk potentieel bedreigden te vinden, zijn er in de praktijk toch wel enkele bezwaren aan verbonden. Het voornaamste is wel dat het op deze nauwkeurige wijze vaststellen van de omvang en de ernst van de bedreigingen door een enkel schadelijk agens enorm veel tijd vraagt die intussen niet kan worden besteed aan andere problemen die arbeidshygiënisch minstens zo urgent zijn. Het gevaar bestaat dat de uitgebreidheid en de nauwkeurigheid van het onderzoek het gaan winnen van de maatschappelijke en gezondheidkundige relevantie.

2.2. Ervaringen van bedrijfsartsen. De bovengenoemde bezwaren tegen de directe opsporing van de population at risk gelden speciaal als voor de opsporing van de potentiële bedreigingen van het bestaan in het arbeidsmilieu een dienst met beperkte omvang, zoals de medische afdeling van de Arbeidsinspectie, verantwoordelijk wordt gesteld. Begaanbaarder zou deze weg worden als de kennis van bedrijfsartsen over de situatie in hun bedrijven kon worden gebundeld. Daar slechts een kleine minderheid van hen een jaarverslag in de openbaarheid brengt, is de mogelijkheid tot die bundeling nog steeds gering. Enige aanwijzingen omtrent het belang van de klassieke arbeidshygiënische problematiek kunnen worden gevonden in de antwoorden van bedrijfsartsen op de door het College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgeneeskunde gehouden enquête over de bedrijfsgeneeskundige activiteiten in 1969. De 100 respondenten die gezamenlijk door 103 bedrijfsgeneeskundige diensten in 830 ondernemingen ruim 458.000 werknemers bedrijfsgeneeskundig verzorgden verschaften de in *tabel 1* vermelde gegevens.

Tabel 1. Bedrijfsarts en klassieke arbeidshygiënische problematiek.

Probleemveld	Aantal respondenten met activiteiten op de genoemde velden	Aantal onderzochte personen (in verband met expositie aan schadelijke agentia)
Toxische stoffen	69	7974
Schadelijke stof (kwarts, asbest e.d.) ..	14	1199
Ioniserende stralen	51	1230
Lawaai	37	5667
Extreme temperaturen ..	7	189

Melding werd gemaakt van een kleine vijftig toxische stoffen of groepen van stoffen. De helft der 69 respondenten die met toxische stoffen hadden te maken noemde slechts één stof. Stoffen waarop in meer dan één bedrijfsgeneeskundige dienst totaal meer dan 100 personen werden onderzocht waren: benzeen, beryllium, cadmium, epoxyharsen, isocya-

naten, koolwaterstoffen, kwik, lood, oplosmiddelen en trichloorethyleen.

Meer dan een voorlopige indruk kunnen deze gegevens niet opleveren. In elk geval kan niet zonder meer worden geconcludeerd dat de population at risk in de 830 industriële ondernemingen niet groter is dan de genoemde aantallen.

Waarschijnlijk geven de cijfers wel iets weer van de betrekkelijke waarde die de genoemde klassieke problematiek heeft voor het geheel van het werk van de bedrijfsarts. Collegiale samenwerking van bedrijfsartsen en de medische afdeling van de Arbeidsinspectie zou er toe moeten kunnen leiden om de omvang van populations at risk nauwkeuriger vast te stellen, voorzover van belang voor het bepalen van arbeidshygiënisch beleid.

3. Melding van beroepsziekten

3.1. *Geschiedenis.* Reeds in het verslag van de inspecteurs van de arbeid over de jaren 1905/06 wordt op enkele plaatsen gewezen op het nut van aangifte van beroepsziekten, zoals die ook reeds bestond in Engeland. De inspecteur van het achtste district zegt: „Bij gemis aan feitelijke gegevens moet op grond van theoretische kennis de aanwezigheid van schadelijke invloeden aangenomen worden”. In de verslagen over 1907/08 vindt men o.a. de opmerking dat in de arbeidssituatie de gezondheidsgevaaren belangrijker zijn dan het gevaar van ongevallen en dat het ontbreken van een aangifte van beroepsziekten het nemen van juiste maatregelen belemmert.

In de Arbeidswet 1911 wordt dan in artikel 21 de aangifte van gevallen van beroepsziekten door behandelende artsen verplicht gesteld (bij de herziening van de wet in 1919 kwam deze bepaling terecht in artikel 82). Aan de Nederlandse artsen werd toegezonden de „Handleiding voor de Geneeskundigen, bij toepassing van artikel 21 der Arbeidswet 1911”.

Aan de hooggespannen verwachtingen werd niet beantwoord. Slechts een betrekkelijk klein aantal artsen deed aangifte van gevallen van beroepsziekten, zoals blijkt uit *tabel 2*.

Tabel 2. Aangifte van beroepsziekten op grond van de Arbeidswet.

Jaar	Aantal aangiften	Aantal artsen die aangifte deden
1912	466	222
1913	261	128
1914	221	117
1915	201	85
1916	201	76
1917	254	86
1918	155	56
1919	105	54

Reeds in het Centrale Verslag van de Arbeidsinspectie over 1912 wordt geconstateerd dat uit industrieel belangrijke delen van het land geen enkele aangifte is binnengekomen (p. 322). In de daarop volgende jaren komt deze klacht steeds terug. In 1920 wordt opnieuw actie gevoerd om de behandelende artsen bekend te maken met de verplichting tot aangifte van gevallen van beroepsziekte, doch in het Centraal Verslag van dat jaar wordt met een ondertoon van verwijt gezegd (p. 203): „Het is zeer te betreuren dat het meerendeel der geneesheeren, ondanks een opnieuw tot allen gerichte bekendmaking, in gebreke blijft om aan deze verplichting te voldoen”. In het Centraal Verslag van 1925 (p. 248) wordt verzucht: „Het ware te wenschen, dat de medici beseften, dat zij menigmaal door het doen van zoodanige aangifte wellicht nog meer nut stichten dan door het verleen van geneeskundige hulp aan het enkele slachtoffer dat zich tot hem wendt”.

Twee jaar daarna schijnt er een opleving te komen. Het aantal aangiften dat in de voorafgaande vijfjaarsperioden gemiddeld per jaar resp. 270, 228 en 226 was geweest, stijgt in dit jaar tot 631 en blijft enige jaren op dit niveau zodat het jaargemiddelde in de periode van 1927 t/m 1931 komt op 545 aangiften. Toch is het blijkens een opmerking op p. 304 van het Centraal Verslag 1927 nog steeds een kleine groep artsen die „getrouw” is. Het zijn thans de artsen in de mijnstreek die gevallen van beroepsziekten melden. Het rondschriven aan de andere artsen in de tweede helft van 1927 had nog geen succes gehad en zal ook later resultaten opleveren.

In het Centrale Verslag van 1930 (p. 335) wordt het laatste verwijt gericht aan „het overgrootste meerendeel der practiseerende geneeskundigen” die hun plicht veronachtzamen. Het volgende jaar wordt nog eenmaal gezegd (1931; p. 214) dat de artsen in de mijnstreek hun aangifteplicht nauwgezet nakomen, maar in de jaren daarop blijft elk commentaar afwezig. Blijkbaar heeft men zich maar bij de feiten neergelegd. Bovendien werd het gemis aan rechtstreekse informatie door de behandelende artsen in toenemende mate vergoed door de meldingen die op grond van de Ongevallenwet en de Landen Tuinbouwongevallenwet binnenkwamen. In *tabel 3* is een overzicht gegeven van het voortschrijdende jaargemiddelde van de aangiften der beide soorten over perioden van 5 jaar (zie de volgende bladzijde).

Na 1937 overtreft het aantal aangiften op grond van de Ongevallenwetten dat van die op grond van de Arbeidswet in toenemende mate. Terwijl het totale aantal aangiften belangrijk toeneemt daalt het aandeel der Arbeidswetaangiften tot beneden de 100 per jaar. In 1958 is het gedaald tot 12. Daarna wordt in de jaarverslagen der Arbeidsinspectie geen opgave meer gedaan van de aangifte van beroepsziekten.

3.2. *De situatie thans.* In de Centrale Verslagen van de Arbeidsinspectie wordt tot 1959 slechts melding gemaakt van de onderzochte gevallen van be-

Tabel 3. Voortschrijdende jaargemiddelden van aangiften beroepsziekten over perioden van vijf jaar.

Pentaden	Arbeidswet	Ongeval- wetten	Totaal
1932 tot en met 1936	224	147	371
1933 tot en met 1937	212	199	411
1934 tot en met 1938	213	210	413
1935 tot en met 1939	207	213	420
1936 tot en met 1940	258	201	459
1937 tot en met 1941	251	359	610
1938 tot en met 1942	260	544	804
1939 tot en met 1943	258	766	1024
1940 tot en met 1944	223	855	1078
1941 tot en met 1945	164	812	976
1942 tot en met 1946	146	677	823
1943 tot en met 1947	113	493	606
1944 tot en met 1948	80	365	445
1945 tot en met 1949	69	805	874
1946 tot en met 1950	74	1069	1143
1947 tot en met 1951	71	1199	1270

roepsziekten en in de verslagen van de Sociale Verzekeringsbank van de erkende gevallen. Om enigermate een vergelijking te kunnen maken tussen de perioden vóór en na de liquidatie van de Ongeval-
lenwet (per 1 juli 1967), werden in 1966 en begin 1967 door de medici bij de Arbeidsinspectie alle S.V.B.-aangiften verzameld die betrekking hadden op: infectieuze aandoeningen, intoxicaties, pneumoconioses, oogaandoeningen, huidaandoeningen, aandoeningen van het bewegingsapparaat en enige niet nader te categoriseren andere beroepsziekten. Tabel 4 geeft hiervan een overzicht.

Een merkwaardige bevinding was de onverklaarbare onregelmatige verdeling van de aangiften over de verschillende districten van de Arbeidsinspectie.

Tabel 4. Verdeling berekend over een periode van twaalf maanden (1966-1967) van aangegeven gevallen van beroepsziekten over enige categorieën.

Categorie	Aantal	Percentage
Infectieuze aandoeningen	132	3,5
Intoxicaties	264	6,9
Pneumoconioses	22	0,6
Oogaandoeningen ¹	875	22,8
Huidaandoeningen	1254	32,8
Aandoeningen van het bewegingsapparaat	1222 ²	31,9
Overige beroepsziekten	54	1,4
	3823	99,9

1 Hierbij zijn niet inbegrepen de lasogen.

2 Daarvan hadden 1095 gevallen betrekking op tendovaginitis crepitans.

Gehoopt werd dat na 1967 door de afdeling statistiek van het Directoraat-Generaal van de Arbeid een verklaring van dit verschijnsel kon worden gegeven. De gegevens van 1968 waren echter nauwelijks meer vergelijkbaar met die van 1966. In tabel 5 worden de aangiften van de beide jaren voor de verschillende districten naast elkaar gezet. Om enigszins een indruk te geven van de functionele omvang der districten worden in de kolommen na de globale aanduiding van de geografische ligging de aantallen vermeld van de vestigingen van industriële en niet-industriële ondernemingen en instellingen met meer dan 20 werknemers in de verschillende districten en de aantallen werknemers die in vestigingen van deze omvang gezamenlijk werkzaam zijn. Bij lezing dezer getallen moet worden bedacht dat hierin o.a. niet zijn begrepen de vele landbouwbedrijven met minder dan 20 personeelsleden. Voor ons onderwerp is dit van belang omdat uit de agrarische sec-

Tabel 5. Aangiften beroepsziekten in de verschillende districten van de Arbeidsinspectie over de jaren 1966 (via de S.V.B.) en 1968 (via de Bedrijfsverenigingen).

District Arbeids- inspectie	Geografische ligging (ongeveer)	Aantal vestigingen van ondern. met ≥ 20 werkn	Aantal daar werkzame werknemers	Aangiften beroepsziekten	
				1966	1968
I	Limburg en Oost-Brabant	1797	218489	249	354
II	West-Brabant en Zeeland	1613	158153	286	265
III	Rotterdam e.o.	1993	256129	216	352
IV	Utrecht	1517	150456	132	143
V	Amsterdam e.o.	1907	200306	223	134
VI	Rest van Noord-Holland	1197	127751	289	158
VII	Gelderland	1722	171737	708	232
VIII	Overijssel	1200	125881	375	152
IX	Groningen, Friesland, Drente	1680	141784	1268	300
X	rest Zuid-Holland	1832	176058	77	226
				3823	2330

tor een niet onbelangrijk deel der aangiften van beroepsziekten afkomstig was.

Het aantal meldingen van beroepsziekten is ondertussen nog verder teruggelopen. Op grond van thans beschikbare cijfers zullen dat in 1970 ongeveer 1200 zijn geweest. Er is geen reden om aan te nemen dat dit aantal zal stijgen. Aan een analyse van de oorzaken dezer daling zullen wij ons hier niet wagen. Wij moeten constateren dat de melding via de bedrijfsverenigingen slechts een klein deel van de informatie verschaft die de Arbeidsinspectie kreeg via de S.V.B. Om deze reden werd in het voorjaar van 1971 nogmaals rechtstreeks een beroep gedaan op de behandelende artsen om gevallen van met de beroepsarbeid samenhangende aandoeningen te melden aan de Arbeidsinspectie. In de maanden april t/m juli 1971 kwamen 39 meldingen binnen van 34 artsen, betrekking hebbende op 54 gevallen van beroepsziekte. De vrijwillige aangifte (na de opheffing van artikel 82 Arbeidswet maart 1971) blijkt, voorlopig althans, niet beter te gaan dan de verplichte.

3.3. *Het nut van de melding van beroepsziekten.*
Van de melding van beroepsziekten werd verwacht:

— informatie omtrent de belangrijkste bedreigingen van de gezondheid in het arbeidsmilieu

— een basis voor een goede statistiek van beroepsziekten. Toen de Arbeidswet van 1911 in de Tweede Kamer werd behandeld zei minister Aalberse dat nu eindelijk de voorwaarden geschapen werden voor het tot stand brengen daarvan.

Bestudering van de tabellen 3 en 5 doet vermoeden dat de statistische waarde van de aangiften vrij illusoir is. Er zijn belangrijke schommelingen in de aantallen aangiften per jaar en er blijken onverklaarbare verschillen tussen de aangiften per district. Wanneer de beroepsziekten object van sociale verzekering waren gebleven en de lijst van door de Ongevallenwet erkende beroepsziekten steeds meer in overeenstemming was gebracht met de lijst van beroepsziekten in de Arbeidswet, dan hadden de aangiften op den duur inderdaad een goede basis voor de statistiek van beroepsziekten kunnen vormen. De aangiften die thans binnen komen en die slechts een willekeurig kwart deel vormen van de in werkelijkheid voorkomende beroepsziekten hebben voor de statistiek geen waarde.

Dat houdt in dat Nederland niet aan zijn internationale verplichtingen kan voldoen betreffende de opgave van een beroepsziektenstatistiek. Een grote ramp is dit niet. Wel zou het een ramp zijn als er het aantal meldingen steeds verder zou teruggelopen. Nog steeds zijn geldig de opmerkingen in het Centraal Verslag van de Arbeidsinspectie van 1912 (p. 322):

„Uit deze staat (van aangiften van beroepsziekten J.P.K.) blijkt wel zoo duidelijk, dat het aantal aangiften geenszins mag beschouwd worden als ook maar

bij benadering aan te geven den omvang der beroepsziekten in de Nederlandsche industrie”.

„Is hierdoor de statistische waarde van de verzamelde gegevens uiterst gering, menige aangifte heeft geleid tot het onmiddellijk voorschrijven of aanbevelen van maatregelen om de ziekteoorzaak zooveel mogelijk weg te nemen, terwijl andere aangiften aanleiding waren om aan sommige bedrijven bijzondere aandacht te schenken”.

Van 1912 t/m 1958 kwamen bij de Arbeidsinspectie ongeveer 10.000 meldingen van beroepsziekten binnen op grond van de Arbeidswet. Op grond van de Ongevallenwetten kwamen daar nog eens bijna 18.000 bij. Tot 1931 vinden wij in de Centrale Verslagen van de Arbeidsinspectie na een kort overzicht van de aangegeven ziektegevallen een paragraaf „Eenige mededeelingen omtrent enkele belangrijke aangegeven ziektegevallen”. Vanaf 1932 treffen wij het hoofdstukje: „Geneeskundig onderzoek van beroepsziekten en ongevallen”, doch pas sinds 1948 wordt in een noot vermeld dat de cijfers in de gegeven rubriek alleen betrekking hebben op de onderzochte en niet op de aangegeven gevallen van beroepsziekten en ongevallen. Wij kunnen slechts met voldoende zekerheid informatie verschaffen over de aantallen door de medici bij de Arbeidsinspectie onderzochte gevallen na 1948. In de periode van 1949 t/m 1958 kwamen ruim 10.000 aangiften binnen. Daarvan werden ongeveer 7.000 nader onderzocht. In de jaren 1959 t/m 1970 onderzochten de medici bij de Arbeidsinspectie nog eens bijna 5.000 gevallen van beroepsziekten.

Het onderzoek van een geval van beroepsziekte houdt in, naast het vaststellen van de klinische diagnose, een min of meer uitgebreide inspectie van het arbeidsmilieu en leidt in veel gevallen tot het geven van arbeidshygiënische adviezen of voorschriften. Deze kunnen betrekking hebben op de ventilatie in de ruimte, de lokale ventilatie, de persoonlijke beschuttingsmiddelen, de werkwijze, de persoonlijke hygiëne of de ruimtelijke hygiëne. Ze kunnen ook liggen op organisatorisch gebied of inhouden de suggestie een minder gevaarlijk middel te gebruiken. In enkele gevallen wordt een advies gegeven tot werkverandering van de patiënt.

4. Conclusie

Resumerende kan worden gezegd dat getallen omtrent beroepsziekten zelfs bij een ideale aangifte, nog geen inzicht verschaffen in de omvang van de verschillende populations at risk. Zij zijn echter wel een belangrijk hulpmiddel bij het opsporen daarvan, omdat één gemeld geval aanleiding kan zijn een gehele bedrijfstak of beroepsgroep nader te onderzoeken. Dat was onder andere het geval met een aangifte van een dodelijk verlopen geval van vergiftiging door een organische kwikvergiftiging, die leidde tot een uitgebreid onderzoek van alle zaai-zaadontsmettingsbedrijven in Nederland.

Het voordeel van een melding van een beroeps-

ziekte is dat men niet meer hoeft te twijfelen aan de gezondheidkundige relevantie van een nader onderzoek. Deze twijfel kan wel bestaan bij een uitgebreid onderzoek in het kader van een actieve opsporing. Daarbij kan zowel de onderzoeker zich zelf als de toeschouwer de vraag stellen of er niet te veel leeuwen en beren op de weg worden gezien.

De aangifte van beroepsziekten blijft daarom een onontbeerlijk hulpmiddel voor de opsporing van arbeidssituaties die een bedreiging kunnen vormen voor de gezondheid van werknemers.

Abonnementsprijs M.C.

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

Aan betalende abonnees wordt individueel mededeling gedaan van deze prijsverhogingen.

Bestuur M.C.

Voorlopig verslag over wijziging Besmettelijke Ziektewet

In het Voorlopig Verslag van de vaste commissie der Tweede Kamer inzake het wetsontwerp tot wijziging van de Besmettelijke Ziektenwet (M.C. no 16/1971, blz. 451) wordt onder meer gezegd dat de leden van de commissie, behorende tot de fractie van de P.v.d.A., het wetsontwerp toejuichen, aangezien dit belangrijk zal zijn voor een goede epidemiologie en het door dit wetsontwerp mogelijk zal worden de schadelijkheid van een toenemend aantal chemische stoffen, die het leefmilieu bedreigen, te onderkennen. Wanneer deze leden, zo stelden zij vervolgens, verder dachten aan de gevolgen van het innemen van geneesmiddelen als softenon, dan zouden zij het eveneens toejuichen, indien ook verplicht zou worden aangeboren anomalieën ten spoedigste te melden. Wanneer denkt de minister dit wettelijk te regelen, zo informeerden zij.

Deze leden drongen er op aan, dat vooral de opsporing van venerische ziekten sterk wordt bevorderd. Zij zouden ook gaarne zien, dat het nieuw te ontwerpen aangifteformulier zo eenvoudig en efficiënt mogelijk wordt gemaakt, opdat vooral voor de aangevende artsen weinig administratie nodig is. Zij wezen er ook op, dat in grote steden als bijv. Rotterdam, zij het onwettig, de mogelijkheid bestond aan te geven ziekten telefonisch door te geven, hetgeen van de zijde van artsen zeer gewaardeerd werd en in de hand werkte, dat minder aangiften werden vergeten.

De leden van de commissie, behorende tot de fracties van K.V.P., A.R.P. en C.H.U. stemden in met de strekking van het wetsontwerp. Ook achtten zij het juist, dat op ziekten met een epidemisch karakter, niet veroorzaakt door micro-organismen, maar bijv. door chemische stoffen, de wet van toepassing kan worden verklaard. Juist omdat telkens nieuwe smaak-, reuk-, kleur- en conserverende of corrigerende chemische stoffen worden gebruikt in de voedingsmiddelenbranche en ook telkens nieuwe chemische stoffen in de land- en tuinbouw en de vee-

teelt en in de farmaceutische industrie worden gebruikt, is een dergelijke bepaling voor de bescherming van de volksgezondheid van uitzonderlijk belang. Deze leden zouden gaarne vernemen of ook de nieuwe minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne deze wetswijziging ziet als een eerste stap in de richting van een moderne epidemiologische wetgeving. Welk tijdschema heeft hij zich hiervoor gedacht, zo informeerden zij.

Het effect van sommige stoffen, gebruikt tijdens de zwangerschap, blijkt pas bij de geboorte van een gehandicapt kind. Zowel in het belang van een zo vroeg mogelijke behandeling als in het belang van een zo snel mogelijke identificatie van het schadelijk agens is door de vorige bewindsman een wettelijke verplichting tot registratie van gehandicapt geboren in uitzicht gesteld. Met een dergelijke wet zijn o.a. in Denemarken goede ervaringen opgedaan. Hoever is de voorbereiding hiervan gevorderd?

Ook de leden van de commissie, behorende tot de V.V.D.-fractie, konden zich verenigen met de strekking van het wetsontwerp. Zal door de voorgenomen uitbreiding van de aangifteplicht de waarde van het medisch beroepsgeheim niet aanmerkelijk worden aangetast? Uit de toelichting op het wetsontwerp blijkt niet, aan welke instanties ter zake advies is gevraagd. Is zulks geschied met de Gezondheidsraad, de Centrale Raad voor de Volksgezondheid en/of de Kon. Ned. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst? Op welke wijze zal de aangifte op grond van artikel 2 lid 5 (nieuw) formeel worden geregeld? Moet uit de opmerking in de memorie van toelichting, dat nominatieve aangifte van geslachtsziekten bepaaldelijk ongewenst is, worden afgeleid dat nominatieve aangifte bij andere ziekten wel in het voornemen ligt?

Tenslotte merkten de hier aan het woord zijnde leden op, dat enkele onderdelen van het wetsontwerp nog zullen dienen te worden gewijzigd in verband met de nieuwe departementale indeling.

Kort verslag H.B.-vergadering d.d. 4 september 1971

Kort verslag van de vergadering van het hoofdbestuur, gehouden op zaterdag 4 september 1971 in het gebouw van de Maatschappij, Lomanlaan 103 te Utrecht.

De voorzitter opent te 15.30 uur de vergadering.

Terzake van een commissie ad hoc ter bestudering van het Wetsontwerp gezondheidsvoorzieningen gaat het hoofdbestuur akkoord met het door de commissie ad hoc uitgebrachte advies ten aanzien van het instellen van twee werkgroepen, te weten een werkgroep met betrekking tot de planning van de problematiek en een, die zich zal beraden inzake de spreiding van de werkers in de gezondheidszorg. Aan het dagelijks bestuur worden de taak en samenstelling overgelaten. Eventueel zal een deskundige van buiten de Maatschappij worden aangetrokken.

Wat betreft middelen ten behoeve van zelfdiagnostiek en medisch zelfonderzoek wordt ten aanzien van een bloeddrukmeter voor zelfcontrole gesteld dat de werking van dergelijke meters nauwkeurig moet worden gecontroleerd. Herijking zal na verloop van tijd nodig zijn. De arts, die als routine met een bloeddrukmeter werkt, zal uiteraard sneller op mogelijke afwijkingen van de normale waarden in een dergelijke meter worden geattendeerd dan een patiënt, die geen grote ervaring heeft. Het ligt in de bedoeling om te gelegener tijd via het periodiek overleg dat de Maatschappij met het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft, dit ministerie op de ontwikkeling, zoals die zich door de introductie van een dergelijke bloeddrukmeter aftekent, te attenderen. Tegen de achtergrond van een dergelijke ontwikkeling is het wellicht gewenst om na te gaan in hoeverre de Wet op de medische hulpmiddelen kan worden ingeschakeld. Ingevolge artikel 4 van deze wet kan in het belang van de volksgezondheid via een Algemene Maatregel van Bestuur de aflevering van bepaalde medische hulpmiddelen worden verboden of voorbehouden aan personen van bepaalde categorieën, terwijl daarnaast kan worden bepaald dat de aflevering slechts op voorschrift van bepaalde deskundigen kan geschieden. Vooral nog lijkt het verstandig aan te geven dat voor dit gebruik in elk geval overleg en samenwerking met de behandelend geneesheer noodzakelijk zijn.

Met Medisch Contact zal overlegd worden eventueel een artikel aan deze materie te wijden.

Het hoofdbestuur gaat akkoord met de begroting van de Commissie Kadercursus 1971.

Bij de bespreking van het vraagstuk van de abortus provocatus komt de onderhavige problematiek opnieuw ter bespreking vanwege het feit dat

a. de Bijzondere Commissie uit de Tweede Kamer, belast met de openbare behandeling van het initiatiefwetsontwerp Lamberts-Roethof een hearing zal houden;

b. deze problematiek eveneens in de Commissie Verstrekkingen van de Ziekenfondsraad speelt. Een gesprek met deze commissie heeft inmiddels plaatsgevonden.

c. de minister van Volksgezondheid heeft medegedeeld van mening te zijn dat voor de Maatschappij het ogenblik was aangebroken dat zij in de openbaarheid treedt met een nadrukkelijke omschrijving van de regels, die met betrekking tot het vraagstuk van de abortus provocatus in het geding zijn.

Ten opzichte van de commissie-Kloosterman heeft de Maatschappij zich op het standpunt gesteld dat de strafbepaling voor de arts uit de wet zal moeten worden geëlimineerd, aangezien dit voor vele artsen een belemmering inhoudt om hulp bij ongewenste zwangerschap te verlenen. Bij het vervallen van de strafbepaling uit het wetboek van strafrecht pleit de commissie-Kloosterman een aantal procedureregels in de Wet op de uitoefening der geneeskunst op te nemen. De Maatschappij heeft zich een jaar geleden achter dit standpunt geplaatst. Wat betreft de registratie is men van mening dat indien men de oplossing al wil zoeken in een verplichte registratie, dit dient te geschieden door een aan te wijzen soort intercollegiaal toetsingsorgaan. Het doel van een dergelijk orgaan is geen controle maar het volgen van de ontwikkeling aan de hand van de binnenkomende opgaven. Op grond van de ontvangen enquêtegegevens kan men stellen, dat men in het algemeen zeer gereserveerd staat ten opzichte van een verplichte registratie.

Vervolgens gaat het hoofdbestuur akkoord met de opgestelde richtlijnen ten behoeve van de uitvoering van abortus provocatus. Aan de richtlijnen zal een memorie van toelichting worden gehecht. Richtlijnen en toelichting zullen worden gebruikt tijdens de hearing in de Tweede Kamer-commissie. Publikatie zal in Medisch Contact plaatsvinden.

Via de conceptbeschikking, houdende een rege-

ling met betrekking tot het afleveren van verdovende geneesmiddelen op recept, heeft de regeling met betrekking tot het afleveren van verdovende geneesmiddelen aan duidelijkheid en eenvoud gewonnen. Met deze regeling is een meer sluitend administratief controlesysteem in het belang van een goede uitvoering van de Opiumwet tot stand gekomen.

Voorts wordt er in deze beschikking een onderscheid gemaakt tussen het incidenteel toedienen van verdovende geneesmiddelen (in spoedsituaties), waartoe op het recept dan de vermelding „tot uitoefening der geneeskunst” wordt aangebracht en het afleveren van bijvoorbeeld grotere hoeveelheden aan de patiënt door middel van de arts, wat dan door de toevoeging „in manu medici” wordt aangegeven.

Behoudens enkele kanttekeningen in verband met de administratie voor apotheekhoudende artsen gaat het hoofdbestuur akkoord met de conceptbeschikking.

Betreffende de organisatie van de nascholing van artsen wordt besloten dat het hoofdbestuur op korte termijn tezamen met de vertegenwoordigers van de Rijksuniversiteiten Leiden en Groningen en met de directeur-generaal voor Wetenschappen van het departement van Onderwijs en Wetenschappen een onderhoud aanvragen met de ministers van Onderwijs en Wetenschappen en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Een en ander omdat het gewenst lijkt

te vernemen in hoeverre in het kader van de algemene bezuiniging door de overheid van de zijde van de faculteiten gevraagde garanties kunnen worden verstrekt alvorens over te gaan tot de oprichting van een Instituut voor Voortgezet Medisch Onderwijs.

Het hoofdbestuur gaat akkoord met de voorgestelde procedure ten aanzien van het voorstel aan de Algemene Vergadering tot wijziging van de artikelen van het huishoudelijk reglement der Maatschappij met betrekking tot de contributie en de verkiezing van afgevaardigden, plv. afgevaardigden en leden der districtsraden.

Ter tafel wordt gebracht een nota Structuur Ziekteverzorgingsverzekeringen in Nederland. Opgemerkt wordt dat het in de bedoeling ligt dit stuk als discussienota aan twee districten toe te zenden met het verzoek voor de Algemene Vergadering een advies uit te brengen. Hiertoe zijn enkele vragen geformuleerd. Dit stuk zal tevens met de districtsvoorzitters en -secretarissen worden besproken. Besloten wordt dat ook een kleine groep uit het hoofdbestuur zich over deze nota zal buigen.

De voorzitter brengt naar voren dat een bezoek is gebracht aan de nieuwe minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne; het betrof hier een algemeen oriënterend gesprek ter kennismaking.

Vervolgens sluit de voorzitter de vergadering.

Verslag over 1970 van de Commissie Boekerij

Van het drietal commissieleden, dat tot taak heeft het nazien der boeken voor onze Maatschappij door aankoop of geschenk in het afgelopen jaar verkregen, was onze vriend, collega Arthur Polak overleden. Hij was een kenner van oude munten, en had ervan een prachtige collectie verzameld. Zijn liefde voor het boek in het algemeen en het oude boek in het bijzonder had hem tot onze commissie gebracht. De integere, charmante Arthur zullen wij blijven missen.

Daar ons derde lid ook dit jaar verhinderd was, mocht ik alleen, doch met de deskundige hulp van bibliothecaris en conservator, de opgedragen taak vervullen. Er waren weer veel nieuwe boeken en een heel groot aantal dissertaties. Van bijzondere betekenis is echter, wetende hoe moeilijk het is antiques items te bemachtigen, dat het toch is gelukt tal van antiques exemplaren te verkrijgen. De nauwkeurige omschrijvingen met interessante opmerkingen van de schrijvers, ook van enige medische manuscripten, kunt u vinden in het jaarverslag 1970 aangaande de Bibliotheek van de Maatschappij in Medisch Contact van 14 mei 1971 van

onze bibliothecaris Dr. J. A. van Dongen. Vooral is er de heerlijke aanwinst van de 16e-eeuwse Nederlandse vertaling van het werk van Fernelius, die inging tegen het misbruik van de aderlating. De Nederlandse vertaling, in Amsterdam reeds in 1596 verschenen, is een zeldzaam boek, niet voorkomende in de Bibliotheca Walleriana. Een interessant boek, niet door de zeldzaamheid, is het academisch proefschrift van J. Sasse (1891). De auteur schrijft over ontwikkelingsgeschiedenis en rassenleer. Hij belooft ons in het komend beschaafde Europa mensen met aan beide voeten vier tenen en zonder verstandskiezen. Lees over de rest in Medisch Contact.

Wij zijn dank verschuldigd aan de bibliothecaris Dr. J. A. van Dongen en de conservator C. H. Koene voor hun streven het boekenbezit der Maatschappij te verrijken, waarin zij ook dit jaar zo succesvol zijn geslaagd.

Amsterdam, 23 oktober 1971

B. Luza

Ledenvergadering 3 december 1971

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept een ledenvergadering bijeen op vrijdag 3 december 1971 te Utrecht, in het Jaarbeurs Congres- en vergadercentrum, Jaarbeursplein. (tel. 030-914914)

De vergadering vangt aan om 19.30 uur.

Deze ledenvergadering is de voor het vierde kwartaal reglementair voorgeschreven vergadering (art. 26 lid 1 H.R.). Zoals reeds eerder in Medisch Contact is medegedeeld, komt hiermede de vergadering van 19 november a.s. te vervallen.

Agenda

1. Opening
2. Notulen
3. Mededelingen
4. Reglementswijzigingen
5. Begroting 1972, tevens vaststelling bijdrage voor dat jaar idem voor A.C.
6. (Her)verkiezing C.B. leden;
(her)verkiezing voorzitter
7. Sociale voorzieningen
8. Tariefzaken
9. Wat verder ter tafel komt
10. Rondvraag
11. Sluiting

Toelichting

ad. 4, 5, 7, 8. Stukken volgen.

ad 6. De periodiek aftredende CB-leden G. A. Sekhuis en J. Helfrich stellen zich niet herkiesbaar. Kandidaten voor deze vakatures kunnen aan de ledenvergadering worden voorgedragen conform art. 13 lid 2 en 3 van het Huishoudelijk Reglement. Verkiezing voorzitter: Collega F. N. M. Bierens stelt zich herkiesbaar als voorzitter.

Utrecht, 29 oktober

F. A. van Spanje, arts
secretaris

Tarieven minderjarigen

De tarieven voor de behandeling voor onder toezicht gestelde en voorlopig aan de raden voor de kinderbescherming toevertrouwde minderjarigen zijn recentelijk gewijzigd. Onderstaand volgen de tarief-bedragen zoals deze vanaf 1 januari 1971 gelden.

I *Psychiaters en kinderartsen verbonden aan Medisch Opvoedkundige Bureaus*

Psychiaters: f 41,25 per uur
Kinderartsen: f 41,25 per uur

II *Medische specialistische consulten*

Voor bloedige specialismen:

eerste consult: f 37,30
vervolg consult: f 14,90

voor onbloedige specialismen:

Eerste consult: f 41,05
vervolg consult: f 41,10

III *Onderzoeken en therapeutische behandelingen*

Voor onderzoeken en therapeutische behandelingen door zenuwartsen *niet* verbonden aan een Medisch Opvoedkundig Bureau geldt het volgende tarief:

per zitting van 45 minuten: f 52,25

Opgemerkt zij nog dat de bedragen onder II en III inclusief een bijdrage ten behoeve van de oudedagsvoorziening zijn.

Namens het Centraal Bestuur der L.S.V.
Dr. J. P. M. Leikens, secretaris

Nieuwe inschrijvingen

De Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft de volgende artsen ingeschreven in het register van erkende sociaal-geneeskundigen.

tak Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde

per 1 april 1971: A. de Ruigh te Rotterdam
per 16 augustus 1971: N. D. Verhoef te Leiden

tak Jeugdgezondheidszorg

per 1 april 1971: Dr. J. Degenaar te Epe
per 1 juli 1971: Mw. R. R. R. Huijsman-Rubingh te Purmerend
per 1 juli 1971: Mej. M. E. Maas te Amstelveen
per 16 augustus 1971: W. J. Diehl te Weesp
per 16 augustus 1971: P. H. J. Dinjens te Heijthuisen (L)
per 16 augustus 1971: Mw. W. H. van Essen-Oostinga te Deventer

tak Verzekeringsgeneeskunde

per 16 augustus 1971: L. Dj. Go te Dordrecht
per 16 augustus 1971: P. G. H. L. Hommes te Bennekom

Met ingang van bovengenoemde datum komt de inschrijving voor de tak Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde te vervallen.

Utrecht, 7 oktober 1971

Verslag over het jaar 1969

Hierbij brengen wij het definitieve verslag uit over het jaar 1969. Het voorlopige verslag verscheen in november 1970.

Inmiddels zijn de door de huisartsen ontvangen reacties naar aanleiding van de verzonden specificaties over 1969 met betrekking tot de afgedragen pensioengelden voor zover nodig in de administratie verwerkt.

Naar de mening van de ondergetekenden is geen of vrijwel geen belasting in het kader van de Wet op de Vennootschapsbelasting verschuldigd en hiermede is bij de opstelling der cijfers dan ook geen rekening gehouden.

In het kader van de „Interne Richtlijn” werden aan 17 weduwen en 26 wezen van huisartsen die in 1969 overleden onverplichte uitkeringen gedaan. Per ultimo december 1969 vonden in totaal aan 62 weduwen en 115 wezen uitkeringen plaats. De uitkeringen aan nabestaanden van in 1967 en 1968 overleden huisartsen zijn in het jaar 1969 voortgezet en tevens onverplicht met 14%, respectievelijk 5,6% verhoogd.

Het rendement op de beleggingen heeft 6,96% bedragen.

De effecten bevinden zich in open bewaarneming bij De Nederlandsche Bank N.V. te Amsterdam, de Algemene Bank Nederland N.V. te Amsterdam alsmede bij de buitenlandse correspondenten van deze bankinstellingen.

Medische informatiekaart

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

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

Bestuur:

J. F. A. van Rijn - voorzitter
J. I. van der Leeuw - secretaris
C. van der Marel - penningmeester

Commissie van Toezicht:

Drs. H. H. J. Bunschoten - voorzitter
Prof. Mr. J. M. M. Maeijer - lid
R. Zaalberg van Zelst - lid

Directeur:

J. M. G. Hoes

De coördinatie der werkzaamheden door de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten en de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen binnen de Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfonds Artsen verliep geheel overeenkomstig de plannen van de beide besturen.

De accountantsverklaring van Klynveld, Kraayenhof & Co. op de definitieve cijfers is aan dit verslag toegevoegd.

Utrecht, september 1971

Het Bestuur:

J. F. A. van Rijn - voorzitter
J. I. van der Leeuw - secretaris
C. van der Marel - penningmeester

De Directeur:

J. M. G. Hoes

Accountantsverklaring

Op grond van onze controle verklaren wij dat wij ons kunnen verenigen met de bijgaande Balans per 31 december 1969 en Rekening van lasten en baten over 1969, tezamen met de toelichtingen in het vorenstaande Verslag over het jaar 1969 van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen.

Voor wat de Voorziening voor onverplichte uitkeringen aan weduwen en wezen betreft hebben wij vastgesteld dat deze in overeenstemming is met de door de heer Drs. H. H. J. Bunschoten goedgekeurde berekeningen.

september 1971

Klynveld, Kraayenhof & Co.

BALANS PER 31 DECEMBER 1969

Activa

Effecten: (tegen aanschaffingswaarden incl. aankoopkosten)	
niet converteerbare	
obligaties	f 3.351.174,19
aandelen	„ 2.403.795,68
	<u>f 5.754.969,87 ¹⁾</u>
Leningen op schuldbekentenis	„ 8.700.000,—
Kortlopende leningen en deposito's ..	„ 50.224.215,66
Interestgevende saldi bij geldinstellingen	„ 4.087.839,08
Interestloze saldi bij geldinstellingen .	„ 438.026,71
Overlopende interest en dividenden ..	„ 2.964.189,87
Door de ziekenfondsen in 1970 over 1969 af te dragen pensioengelden ...	„ 4.564.424,71
Debiteuren	„ 409.081,03
Voorlopig aandeel in de sterftewinst van de verzekeraars over 1967, 1968 en 1969	„ 626.783,—
	<u><u>f 77.769.529,93</u></u>

Passiva

Stichtingskapitaal	f 100,—
Beschikbaar voor inbreng in de toekomstige pensioenregeling	„ 73.498.506,76
Voorziening voor onverplichte uitkeringen aan weduwen en wezen („Interne Richtlijn”)	„ 3.754.359,—
In 1970 te verrichten uitkeringen over 1968 en 1969 aan weduwen en wezen ..	„ 17.711,67
Crediteuren en transitoria	„ 498.852,50
	<u><u>f 77.769.529,93</u></u>

¹⁾ Beurswaarden der effecten per ultimo 1969
f 5.586.155,—

J. F. A. van Rijn,
voorzitter.

J. I. van der Leeuw,
secretaris.

C. van der Marel,
penningmeester.

J. M. G. Hoes,
directeur.

REKENING VAN LASTEN EN BATEN OVER 1969

Lasten

Premies aan de verzekeraars	f 1.788.856,54
Uitkeringen over 1969:	
aan weduwen	„ 165.735,26
aan wezen	„ 79.253,64
Vermeerdering van voorziening voor onverplichte uitkeringen aan weduwen en wezen („Interne Richtlijn”)	„ 1.007.503,—
Beheerskosten	„ 256.468,54
Beschikbaar voor inbreng in de toekomstige pensioenregeling; overgebracht naar de balans	„ 29.000.407,31
	<u><u>f 32.298.224,29</u></u>

Baten

Van de ziekenfondsen ontvangen pensioengelden over 1969	f 27.252.179,12
Interest en dividenden	„ 3.774.509,44
Van de verzekeraars ontvangen risicokapitalen ter zake van in 1969 overleden huisartsen	„ 806.238,—
Interest van de verzekeraars	„ 42.144,09
Voorlopig aandeel in de sterftewinst van de verzekeraars over 1969	„ 423.153,64
	<u><u>f 32.298.224,29</u></u>

J. F. A. van Rijn,
voorzitter.

J. I. van der Leeuw,
secretaris.

C. van der Marel,
penningmeester.

J. M. G. Hoes,
directeur.

Verslag over het jaar 1970

Hierbij hebben wij het genoegen het verslag over het jaar 1970 van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen uit te brengen.

Inmiddels is aan de huisartsen een specificatie over het jaar 1970 verzonden, waarop de op hun naam door de ziekenfondsen afgedragen pensioengelden zijn vermeld. De hierop van huisartsen ontvangen reacties zijn voor zover noodzakelijk in de administratie verwerkt.

Naar de mening van de ondergetekenden is geen of vrijwel geen belasting in het kader van de Wet op de Vennootschapsbelasting verschuldigd en hiermede is bij de opstelling der cijfers dan ook geen rekening gehouden.

Op grond van het bepaalde in de „Interne Richtlijn” werden aan 22 weduwen en 54 wezen van in 1970 overleden huisartsen onverplichte uitkeringen gedaan. Per ultimo december 1970 vonden in totaal aan 84 weduwen en 152 wezen uitkeringen plaats. De uitkeringen van nabestaanden van in 1967, 1968 en 1969 overleden huisartsen zijn in het jaar 1970 gecontinueerd en tevens per 1 januari 1970 verhoogd tot het niveau van de uitkeringen, die voor nabestaanden van in 1970 overleden huisartsen gelden. Deze verhoging bedraagt ongeveer $7\frac{3}{4}\%$. In de post „Vermeerdering voorziening voor onverplichte uitkeringen aan weduwen en wezen” over 1970 is hiermede rekening gehouden.

De omvang van het belegde vermogen bedraagt aan het einde van het verslagjaar ruim 106,2 miljoen gulden (vorig boekjaar 68,7 miljoen gulden). Het rendement van de beleggingen heeft $7,63\%$ bedragen (vorig boekjaar $6,96\%$).

De effecten bevinden zich in open bewaarneming bij De Nederlandsche Bank N.V., de Algemene Bank Nederland N.V. alsmede bij de buitenlandse correspondenten van De Nederlandsche Bank N.V.

Inschrijvingen vonden plaats in de Schuldregisters van Nederlandse Staatsleningen en in de Grootboeken der Nationale Schuld.

De besturen van de in de Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen samenwerkende Stichting Pensioenfonds Medische Specialist en de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen worden — met behoud van eigen verantwoordelijkheid — geadviseerd op het gebied van het te voeren vermogensbeheer door de Financieel Economische Raad. De Raad kan tevens adviezen geven van algemene aard. De leden van de Raad zijn hun werkzaamheden op 1 januari 1970 begonnen.

De accountantsverklaring van Klynveld, Kraayen-

Bestuur:

J. F. A. van Rijn - voorzitter
J. I. van der Leeuw - secretaris
C. van der Marel - penningmeester

Commissie van Toezicht:

Drs. H. H. J. Bunschoten - voorzitter
Prof. Mr. J. M. M. Maeijer - lid
R. Zaalberg van Zelst - lid

Directeur:

J. M. G. Hoes

Financieel Economische Raad:

Mr. E. A. Brouwer
Mr. J. S. van der Kroft
Prof. Mr. J. M. M. Maeijer
Dr. J. F. G. M. de Meijer

Adviseur van de directie:

Drs. H. W. Deunk

hof & Co. op de cijfers van dit verslagjaar is toegevoegd.

Utrecht, september 1971

Het Bestuur:

J. F. A. van Rijn - voorzitter
J. I. van der Leeuw - secretaris
C. van der Marel - penningmeester

De Directeur:

J. M. G. Hoes

Accountantsverklaring

Op grond van onze controle verklaren wij dat wij ons kunnen verenigen met bijgaande Balans per 31 december 1970 en Rekening van lasten en baten over 1970, tezamen met de toelichtingen in het vorenstaande Verslag over het jaar 1970 van de Stichting Voorlopig Beheer van Pensioengelden voor Huisartsen.

Voor wat de Voorziening voor onverplichte uitkeringen aan weduwen en wezen betreft hebben wij vastgesteld dat deze in overeenstemming is met door de heer Drs. H. H. J. Bunschoten goedgekeurde berekeningen.

September 1971

Klynveld, Kraayenhof & Co.

BALANS PER 31 DECEMBER 1970

Activa

Effecten. (tegen aanschaffingswaarden incl. aankoopkosten, verminderd met winst op verkochte effecten)	
niet converteerbare obligaties	f 21.416.053,97
converteerbare obligaties	„ 487.065,66
aandelen	„ 13.238.716,22
	f 35.141.835,85 ¹⁾
Leningen op schuldbekentenis	„ 29.660.000,—
Kortlopende leningen en deposito's	„ 36.200.000,—
Interestgevende saldi bij geldinstellingen	„ 5.154.495,07
Interestloze saldi bij geldinstellingen	„ 10.114,72
Overlopende interest en dividenden	„ 3.062.373,20
Door de ziekenfondsen in 1971 over 1970 af te dragen pensioengelden	„ 2.490.651,03
Debiteuren	„ 977.567,06
Voorlopig aandeel in de sterftewinst van de verzekeraars over 1967 tot en met 1970	„ 735.962,—
	f 113.432.998,93

Passiva

Stichtingskapitaal	f 100,—
Beschikbaar voor inbreng in de toekomstige pensioenregeling	„ 106.905.464,09
Voorziening voor onverplichte uitkeringen aan weduwen en wezen („Interne Richtlijn")	„ 5.505.123,—
In 1971 te verrichten uitkeringen over 1970 aan weduwen en wezen	„ 716,—
Crediteuren en transitoria	„ 1.021.595,84
	f 113.432.998,93

¹⁾ Beurswaarden der effecten per ultimo 1970
f 35.323.472,—

J. F. A. van Rijn,
voorzitter.

J. I. van der Leeuw,
secretaris.

C. van der Marel,
penningmeester.

J. M. G. Hoes,
directeur.

REKENING VAN LASTEN EN BATEN OVER 1970

Lasten

Premies aan de verzekeraars	f 1.943.890,97
Uitkeringen over 1970:	
aan weduwen	„ 241.767,76
aan wezen	„ 104.374,07
Vermeerdering voorziening voor onverplichte uitkeringen aan weduwen en wezen („Interne Richtlijn")	„ 1.750.764,—
Beheerskosten	„ 343.109,09
Beschikbaar voor inbreng in de toekomstige pensioenregeling; overgebracht naar de balans	„ 33.406.957,33
	f 37.790.863,22

Baten

Van de ziekenfondsen ontvangen pensioengelden over 1970	f 29.510.138,80
Interest en dividenden	„ 6.532.374,48
Van de verzekeraars ontvangen risicokapitalen ter zake van in 1970 overleden huisartsen	„ 1.577.409,—
Interest van de verzekeraars	„ 61.761,94
Voorlopig aandeel in de sterftewinst van de verzekeraars over 1970	„ 109.179,—
	f 37.790.863,22

J. F. A. van Rijn,
voorzitter.

J. I. van der Leeuw,
secretaris.

C. van der Marel,
penningmeester.

J. M. G. Hoes,
directeur.

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

CONTACTADVERTENTIES



Ik voel mij behoorlijk beledigd door de publikatie van het NISSO-rapport op blz. 985 van Medisch Contact van 24 september j.l.

Met de meeste hoogachting,

J. F. M. de Kok,
zenuwarts te Eindhoven

MEDISCHE RAPPORTEN

Ik ben het met de strekking van het artikel van collega A. M. van Dongen uit Nieuwveen (M.C. nr. 39/1971, blz. 1028) geheel eens. Volgens mij bestaat hier echter een juridische moeilijkheid: de opdrachtgever en dus ook de betaler van deze rapporten zal moeten beslissen, of één exemplaar naar de huisarts kan worden gestuurd. Het ligt voor de hand de door collega Van Dongen genoemde instanties te verzoeken, een afschrift te sturen aan de huisarts van de onderzochte: ik zou aan zijn lijst nog willen toevoegen juridische instanties, zoals de Raden van Beroep. Persoonlijk stuur ik van een rapport steeds drie exemplaren in, zodat de opdrachtgevende instantie eventueel copieën kan distribueren. Instanties zoals het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds en de Raden van Arbeid

alsook de Gemeenschappelijke Medische Dienst zouden dan af moeten stappen van het toezenden van formulieren, c.q. enkele blanco exemplaren van deze formulieren dienen in te zenden bij hun verzoek om rapport.

Enschede, 10 oktober 1971

E. A. Penrhyn Lowe,
orthopaedisch chirurg

„HET RECHT OP DE DOOD”

De lezing van het artikel van Ds. M. A. Krop onder bovenstaande titel (M.C. nr. 40/1971, blz. 1033) doet mij hem de volgende vragen stellen, omdat het artikel mijns inziens meer suggestief dan concreet is:

1. Meent Ds. Krop (als exponent en voorlichter voor de lezers van Medisch Contact vanuit de christelijke religie), dat in bepaalde individuele gevallen actieve euthanasie is te overwegen c.q. moet worden toegepast?
2. Meent hij, dat als het verzoek hier toe van de patiënt (of diens ouders) uitgaat, de behandelende medicus de patiënt mag of moet doden?

Aarst-Waalre, 20 oktober 1971

Dr. G. F. van Balen

Antwoord Ds. Krop: Ik ben geen exponent noch voorlichter vanuit de christelijke religie. Ik probeer als pastor mee te denken, mee te praten en te schrijven. Inderdaad ben ik van mening, dat in bepaalde gevallen actieve euthanasie te overwegen is c.q. mag worden toegepast. Eveneens ben ik van mening, dat wanneer het verzoek hier toe van de patiënt, diens ouders of naaste omgeving uitgaat, de behandelende geneesheer het leven van de patiënt mag en misschien wel zal moeten beëindigen. Het is belangrijk hier niet alleen incidenteel te spreken, maar het gehele probleem van levensbeëindiging te plaatsen in de bredere context der doodsbeweging. Omdat alleen vanuit de dood de waarde van het leven kan worden gesteld, zowel individueel als maatschappelijk.

GELD IS MEER DAN GELD ALLEEN

Wat moet men doen om volkomen onherstelbaar leed te verzachten? In de eerste ellende, de acute fase, kan de persoonlijke inzet van familie, vrienden en kennissen de in nood verkerende helpen. Maar als de tijd verstrijkt gaat een ieder weer geleidelijk zijn eigen gang en degene die het leed draagt moet tenslotte ook weer overgaan tot de orde van de dag. De mees-

ten slagen er wel in om na verloop van tijd een nieuw evenwicht te vinden, zeker wanneer het trauma weliswaar hevig maar tot het normale bestaan behoort, zoals de dood van een bejaarde ouder. Een minderheid, en vooral zij die exceptionele traumata ondergaan, blijven lijden aan de defecten en diepe littekens van ogenschijnlijk geheelde wonden. Zo verwijst het zichtbare litteken van het getatoeëerde nummer van de „Häftling” van het vernietigingskamp Auschwitz naar een dergelijke ogenschijnlijk herstelde toestand. Slechts een handvol jongere lieden met een krachtig lichamelijk gestel — en dan nog uit de laatste transporten — heeft het overleefd. Maar zij hebben aan meer geleden dan aan lijfelijke vervolging alleen: hun familie, hun vrienden en kennissen waren omgebracht en het overleven confronteerde hen met het feit dat hun milieu gestorven was. Zij waren alleen en toen het eerste medelijden wegebde in de roes van bevrijding en de ijver van herstel, bleven zij alleen. Vervolgd waren zij, vereenzaamd bleven zij.

Ervaringen bij de expertise voor de „Wiedergutmachung” van de Duitse emigranten, die na 1933 naar Nederland waren gevlucht, leerden dat een dubbel noodlot zeer moeilijk verwerkt kan worden. Deze emigranten lukte een adaptatie aan het nieuwe Nederlandse milieu nog wel, maar de hernieuwde vervolging, enige jaren later, is voor degenen die het overleefden nauwelijks te verwerken geweest tengevolge van het wegvallen van hun milieu. Nu deze mensen boven de vijftig komen ziet men heel duidelijk hoe hun adaptatie-mechanismen gaan falen. Zowel in het kamp, om hun leven te redden, als in de jaren daarna hebben deze overlevenden een grote hoeveelheid psychische energie moeten aanwenden om het materieel bestaan te kunnen volhouden. Een typisch verschijnsel is dat velen niet willen erkennen gekwetst te zijn geweest door deze onmenselijke ervaringen. Het traumatische bestaan van het leven in een vernietigingskamp, de dodenmarsen in de winter van 1945, maar vooral het trauma van de dood van ouders, broers, zusters, vrienden, kennissen en collega's, de dood van het milieu dat een mens voor zijn geestelijke gezondheid even nodig heeft als brood, is doorslaggevend voor de late gevolgen van de vervolging. Het wegvallen van het milieu was een tweede confrontatie met de dood.

Hetzelfde mechanisme — „ze krijgen me er niet onder” — deed hen na de oorlog blind doorvechten om er weer boven op te komen. Zeer frequent zijn deze symptomen: ze wilden geen dok-

ters meer zien (selectie-vrees), ze wilden geen claim indienen (angst voor opvallen en registratie, woede omdat leed niet met geld te vergelden zou zijn, ontkennen dat de vervolgers geslaagd waren in het toebrengen van leed) en ze spraken er totaal niet meer over, een enkeling hoogstens met zijn vrouw, maar de kinderen hoefden het niet te weten. Deze mechanismen zijn pas laat ontdekt, in het begin van de zestiger jaren, toen allerlei politieke besluiten al waren gevallen.

De Nederlandse Joodse gedeporteerden hebben ernstig geleden onder dit dubbele trauma van de eigen vervolging én de dood van hun milieu. Toen de vrees voor het eigen leven verdween met de bevrijding, ervoeren de sociale dood, het volkomen afwezig zijn van de voor het emotionele leven zo fundamentele voedingslijnen van de relaties met familie en vrienden.

Men zegt — uiteraard niet ten onrechte — dat geld deze immense nood niet kan verhelpen, noch de schuld van de schuldigen kan delgen. De ervaringen met de beoordeling van de psychische toestand van de Duitse emigranten ten behoeve van de „Wiedergutmachung” leerden dat het toch even anders ligt. Het bleek dat de uitkering een grote zekerheid had gegeven. Juist bij deze mensen, wier milieu ook dood was, was de maandelijksche uitkering de erkenning van de gerechtvaardigheid van hun klachten. Waren zij eenmaal over de drempel dat zij konden toegeven dat zij recht op hulp hadden, dan was de erkenning van dit recht door de wederpartij van grote psychologische betekenis en werd geleidelijk aan een steun waarbij vooral de wijze waarop de steun verleend werd van groot belang was. Het feit dat de maatschappij door de vaste uitkering erkent dat zij ten opzichte van de lijdende gefaald heeft, gaat veel verder dan de financiële betekenis van die uitkering alleen. Geld is meer dan geld alleen.

De vastheid van een uitkering betekent een bodem in het inkomen, waardoor een mate van vrijheid en onafhankelijkheid beleefd wordt in tegenstelling tot de lijfelijke afhankelijkheid in het concentratiekamp. Zeker voor de Duitse emigranten, met hun vaak zeer krachtige binding aan de Duitse cultuur van voor de oorlog, is de maandelijksche cheque een „reminder”: wij hebben u onrecht gedaan, wij weten dat geld uw leed niet kan verzachten, het tatouage nummer zal niet door geld verbleken, meer dan het leven makkelijker maken kunnen wij niet, sta ons dit toe. De Nederlandse overlevenden missen een dergelijke steun.

Waar het hier meestal vrij vitale

mensen betreft die in de kampen voor hun leven gevochten hebben (o.a. zonder enig blijk van belangstelling van het Rode Kruis), van wie velen aanvankelijk niets van het indienen van een claim wilden weten, is het bitter nu de inzichten hieromtrent veranderd zijn, gediscrimineerd te worden met een regeling volgens de Bijstandswet. Ook al geeft de Bijstandswet een recht en geen aalmoes, het is psychologisch wezenlijk iets anders dan een recht op speciaal pensioen. Het is voor velen niet begrijpelijk en het onbegrip voor deze subtiele onderscheiding versterkt het gevoel van gediscrimineerd te zijn, verheft de rancune over het in de steek gelaten zijn.

De Nederlandse gedeporteerde is aanvankelijk afgescheept met een „lump sum” in de meest letterlijke zin een lompe som; vervolgens is er een moeizame bureaucratische regeling getroffen, de Rijksgroepregeling Oorlogsslachtoffers als onderdeel van de Algemene Bijstandswet. Deze vrij jonge wet wordt nog niet als recht beleefd, men ziet het nog steeds als „leven van Sociale Zaken”, temeer daar de uitvoering bij gemeentelijke diensten behoort. Daardoor behoudt deze regeling de geur van „Maatschappelijk Steun”, van „armenzorg”. Natuurlijk was de Nederlandse regering, in tegenstelling tot de Duitse, geen schuldige; wel blijkt nu hoe fout het is geweest de „Wiedergutmachung” af te kopen met een rond bedrag. Men had moeten volhouden dat ook de Nederlandse slachtoffers onder de Duitse „Wiedergutmachung” hadden moeten vallen. Nu dit beleid niet gevolgd is door de toenmalige regering betekent het dat we de fout moeten herstellen. Want een fout niet herstellen is een tweede fout maken.

Een vast pensioen voor deze kleine groep oorlogsslachtoffers is veel meer dan geld alleen.

Amsterdam, 21 oktober

Prof. Dr. J. A. Weijel

MC | VARIA

Het jaarlijkse studentensymposium van de medische faculteit aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen vindt dit jaar plaats in de week van 1-5 november. 's Ochtends zijn er inleidingen, 's middags kan er in groepen worden gediscussieerd. Na enige voordrachten op het theoretische vlak op de eerste dag komen achtereenvolgens aan de orde: reactiemechanismen, het

gezinsmilieu, het arbeidsmilieu en het ziekenhuismilieu. Sprekers zijn, in volgorde van opkomst: Prof. Dr. S. J. Geerts, Drs. W. J. M. Neefs, Dr. F. Sturmans en Dr. J. T. Buma; Dr. J. A. Bernards, Drs. A. C. Blom en Prof. Dr. J. J. G. Prick; Drs. W. J. M. Neefs, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, Dr. H. G. M. v.d. Velden en Prof. Dr. F. A. Huygen; Drs. J. Bosman, Drs. P. A. van Wely, Dr. J. T. Buma en Dr. K. E. Malten; Dr. J. J. C. B. Bremer, Prof. Dr. J. Th. R. Schreuder en Prof. Dr. J. J. Groen. Het symposium, 1-5 november 1971, wordt gehouden in de blauwe collegezaal op de eerste etage van het N.P.I.-gebouw, Heydendaal, Nijmegen. Ook belangstellenden van buiten de medische faculteit zijn welkom.



De Stichting „De Drie Lichten” nodigt gegadigden uit vóór 1 december 1971 hun aanvragen in te dienen bij haar secretaris. Steun kan worden verleend aan Nederlandse artsen ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op medisch gebied. Zulk een steun betrefte bij voorkeur levensonderhoud van hen, die een onderzoek zouden willen verrichten, doch daarvan door financiële omstandigheden worden weerhouden. Daarnaast bestaat de mogelijkheid gelden ter beschikking te stellen voor te maken onkosten, exclusief apparatuur. Voorts kan worden overwogen iemand in de gelegenheid te stellen hulppersoneel in dienst te nemen. De aanvragen, te richten aan de secretaris van de Stichting „De Drie Lichten”, Prof. Dr. A. Schaberg, Pathologisch Laboratorium, Wassenaarseweg 62, Leiden, dienen een nauwkeurige omschrijving te geven van de doelstellingen en vergezeld te gaan van aanbevelingen.



De Vereniging voor Sportgeneeskunde zal in samenwerking met de Nederlandse Sport Federatie en de Federatie van Bureaux voor Medische Sportkeuring in Nederland op 13 november 1971 op het Nationaal Sport Centrum „Papendal” te Arnhem de jaarlijkse „Open Sportartsendag” houden. Het onderwerp voor deze dag luidt: „Testmethoden bij sportbeoefening”. Het programma is als volgt samengesteld: 10.15 uur ontvangst in de filmzaal; 10.30-11.15 uur Dr. H. A. van Leeuwen: „De bruikbaarheid van de steptest bij de sportkeuring”; J. R. van Reekum, arts: „De onbruikbaarheid van de steptest bij de sportkeuring”. 11.30-12.45 uur Prof. Dr. P. A. Biersteker: „Een inzicht in verschillende methoden van

belasting". 13.00-14.00 uur lunch.
14.15-15.00 uur J. A. Vos: „Spierkrachtmetingen". 15.15-16.00 uur algemene discussie onder leiding van Dr. J. Jongh. 16.00 uur sluiting. Met het oog op de plaatsruimte worden belangstellenden — ook niet-artsen — die deze sportartsendag wensen bij te wonen, verzocht hiervan kennis te geven aan het secretariaat van de Vereniging voor Sportgeneeskunde, p/a Postbus 484, Arnhem, Tel. 08308-441, toestel 218.



Het bureau voorlichting van het Universitair Medisch Centrum Leiden bericht het volgende:

Nu de herkansingen voor het propedeutisch examen zijn afgesloten, kan ook voor de Leidse medische faculteit de balans worden opgemaakt wat de zgn. wachtlijst voor de toelating tot het tweedejaars-onderwijs betreft. In eerste instantie waren alle vóór de zomer geslaagde studenten reeds tot het tweede jaar toegelaten. Daarenboven is een aantal Surinaamse studenten toegelaten die op grond van een overeenkomst met de faculteit te Paramaribo in Leiden het eerste- en tweedejaars-onderwijs volgen, doch daarna in Paramaribo verder zullen studeren.

Van de thans in september/oktober geslaagde studenten blijken, na optelling van de behaalde punten, allen met een puntentotaal van 65 en hoger, d.w.z. met een gemiddelde van 6½ en meer, nog tot het tweede jaar te kunnen worden toegelaten. Een totaal van 16 voor het propedeutisch examen geslaagde studenten is niet tot het tweede jaar toegelaten en komt derhalve in aanmerking voor preferentiële toelating in de cursus 1972/1973 (de wachtlijst). Een aantal van deze studenten heeft inmiddels besloten om in Amsterdam, waar nog plaatsen open waren, verder te studeren. Of voor de resterenden nog studie-faciliteiten kunnen worden geboden, zoals het afleggen van niet aan practica gebonden tentamens, wordt door de faculteit nog bestudeerd.



„Niet vanzelfsprekend" is een film van de Amsterdamse oorspecialist Dr. J. P. A. Gilissen, die handelt over het dove kind. Dr. Gilissen, die de film maakte als eindexamenstuk voor de Nederlandse Filmacademie, zegt erover: „Wat je ook met deze kinderen doet, het blijven gehandicapten, die zich maar moeilijk verstaanbaar kunnen maken. Onderling communiceren zij niet met spraak, maar met gebaren".

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

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

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

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

Oplage: 16.910 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht

telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Bureau voor waarneming en vestiging:

van 9 tot 16.30 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411:

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

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021