



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

Dr. L. van der Drift voorzitter der Maatschappij

In de persoon van Dr. L. van der Drift heeft de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst voor 1970 een voorzitter, die zich bewust is een omstreden figuur te zijn. Gedurende de vier jaren van zijn hoofdbestuurslidmaatschap heeft hij zich doen kennen als een man, die zeer geprononceerd zijn opvattingen ten aanzien van vraagstukken



25e JAARGANG — No. 2 — 9 JANUARI 1970

INHOUD

Dr. L. van der Drift voorzitter der Maatschappij	25
Presidium en Dagelijks Bestuur der Maatschappij	26
Open venster - open deur	28
Hanteren van het beroepsgeheim	29
Studiegroepen Medische Psychologie	34
„Medische Macht en Ethiek“, een boekbespreking	35
Internationaal perspectief	37
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Besluiten van de Algemene Vergadering .	41
<i>Van het Centraal Bestuur L.H.V.:</i>	
Convocatie Ledenvergadering	42
Brieven aan de redactie	42
Varia	43

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

Colofoon op bladzijde 44.

en het te voeren beleid onder woorden bracht en allerm minst schroomde, steeds met open vizier, zijn wel eens wat scherpe degen met die van anderen te kruisen. Een zekere verbeterheid, welke men geneigd zou zijn hem toe te schrijven, heeft men echter leren onderkennen als een oprechte gedrevenheid om de organisatorische zaken een vitaal beloop te geven, daartoe zelf bijdragend door zijn bevattelijke, heldere, snelle en zeer intelligente betoogtrant.

De kenmerken van zijn persoonlijkheid — en hij heeft zichzelf daarvan bij enkele gelegenheden terdege bewust verklaard — konden weerstanden uitlokken en hebben hem dikwijls bij verschil van inzichten tot een vervaarlijk en geducht tegenstander gemaakt, fervent-hartstochtelijk standpunten verdedigend, maar ook bereid die prijs te geven mits hem zeer overtuigend kon worden aangetoond dat de voorkeur aan een van de zijne afwijkende visie moest worden gegeven.

Kortom, geen gemakkelijk man, maar gekenmerkt door zodanige kwaliteiten, dat het hoofdbestuur hem als zijn voorzitter heeft gekozen. En, scherpzinnig en reëel als de nieuwe en van zelfkennis geenszins gespeende voorzitter is, heeft hij na zijn verkiezing de aarzelenden jegens zijn persoon gerust gesteld met de woorden te citeren van Robespierre, toen deze tot het hoogste ambt in de republiek werd geroepen: „Un Jacobin ministre n'est pas un ministre Jacobin". Met andere woorden, Dr. Van der Drift matigt zijn motorische, soms op hoog toerental draaiende inbreng aan stuwende gedachten in het hoofdbestuur en ziet zijn taak als Maatschappij-voorzitter nu meer omgebogen naar het geven van leiding aan het door het hoofdbestuur te voeren beleid. Dit zijnerzijds wegnemen bij de aarzelenden van de vrees, dat zij in 1970 met een sterk individueel voorzittersbeleid zullen worden geconfronteerd, houdt natuurlijk allermint in dat bij Dr. Van der Drift nu van een overschakeling van intensieve activiteit naar gelaten passiviteit sprake zal zijn. Geenszins. Ook in het leiding geven aan het beleid zal zijn motorische instelling zich wel duidelijk aftekenen. Doelmatig vergaderen, bevorderen van de eenheid binnen de Maatschappij door tijdige informatie en coördinatie van de de Maatschappij samenstellende onderdelen, intensieve beleidsvoorbereiding tot het bereiken van uitgewogen opinievorming, slagvaardige besluitvorming, zorg voor het imago van de arts door bezinning op eigentijdse vormgeving aan de essentiële kenmerken van de arts-patiënt verhouding - dat zijn zo enkele punten van zijn voorzitterstaak, die hij ons in een kort gesprek toevertrouwde.

Na Dr. Z. Nauta in 1968, G. C. M. van Maarseveen in 1969, is Dr. Van der Drift de derde longarts in successie aan de Maatschappijtop. Maar in deze specialist ontmoet men vooreerst de medicus pur sang, zoon van een huisarts, wiens drie zonen medisch specialist zijn geworden, longarts, oogarts en psychiater. De nieuwe Maatschappij-voorzitter, in 1921 geboren, stu-

deerde te Utrecht en is in 1949 arts geworden. Na zijn specialistenopleiding bij Prof. Dr. J. K. Kraan in het Beatrix Oord vestigde hij zich in 1952 te 's-Gravenhage. In 1950 was hij gepromoveerd op een proefschrift over de lobectomie en pneumonectomie wegens longtuberculose; Prof. Dr. L. D. Eerland was zijn promotor. In zijn Haagse tijd heeft Dr. Van der Drift vele jaren het penningmeesterschap vervuld van de toen nog geheten Bond van Haagse Medische Specialisten, een taak die hij vervulde op een wijze, welke men hem het erelidmaatschap van deze groepering waardig deed zijn. Vele jaren was hij voorzitter van de Landelijke Vereniging van vrij gevestigde longartsen in Nederland en men telt hem nu nog onder de actieve leden van de Medische Raad van het Nederlands Astma Fonds.

Deze medicus van huis uit, organisatorisch ervaren, wenst men — en daarmee de Maatschappij Geneeskunst — van harte welslagen in zijn voorzittersjaar, waarin vele problemen en spanningen grote stuurmanskunst zullen vergen. Zijn grote integriteit en persoonlijkheid rechtvaardigen het vertrouwen, dat Dr. Van der Drift zijn taak op bekwame wijze ten uitvoer zal weten te leggen.

F. A. Bol

Presidium en Dagelijks Bestuur der Maatschappij

In de eerste, zaterdag 3 januari gehouden vergadering van het hoofdbestuur in dit jaar hebben de verkiezingen geleid tot de volgende samenstelling van presidium en dagelijks Bestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst gedurende 1970:

Voorzitter: Dr. L. van der Drift, 's-Gravenhage.

Ondervoorzitter: Prof. Dr. Th. Vossenaar, Utrecht.

Leden Dagelijks Bestuur: Dr. J. Hage, Tilburg; mevr. Dr. L. Hemmes, Heemstede; Dr. F. H. J. Kortenhorst, Delft.

Plaatsvervangende leden Dagelijks Bestuur: J. J. de Konink, Akkrum; Dr. A. E. Leuftink, Hoog-Keppel; Dr. R. Vermeer, Goes.

In de vacature in het hoofdbestuur, ontstaan door het overlijden van het hoofdbestuurslid G. A. Fluitman in november 1969, is voorzien — conform het huishoudelijk reglement — door een der einde 1968 afgetreden hoofdbestuurleden uit te nodigen deze plaats in te nemen tot verkiezingen zullen worden gehouden in de in september a.s. te houden

Algemene Vergadering. Dr. Z. Nauta, oud-voorzitter, heeft zich daartoe bereid verklaard en heeft ten vorige jare reeds aan enkele vergaderingen deelgenomen.

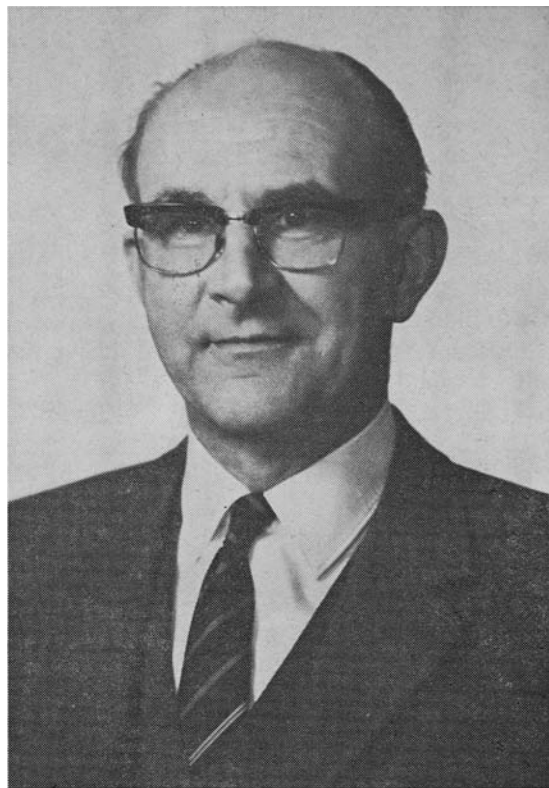
Overeenkomstig dezelfde bepalingen in het huis-houdelijk reglement is ook voorzien in de vacature, ontstaan door het tussentijds aftreden per 1 januari van dit jaar wegens gezondheidsredenen van het hoofdbestuurslid C. Steinz. Voor het completeren van diens zittingsperiode kwamen de per einde 1969 periodiek aftredende hoofdbestuurssleden F. Th. Ter Haar en F. H. M. Jansen in aanmerking. Eerstgenoemde vond geen gelegenheid zijn hoofdbestuurslidmaatschap te continueren en laatstgenoemde zal tot september a.s. zitting blijven nemen in het hoofdbestuur.

Tot het hoofdbestuur zijn thans — in de vacatures Ter Haar en Jansen — toegetreden O. E. G. de Boer, huisarts te Rotterdam en W. van Bork, neuroloog te Zwolle.

Collega O. E. G. de Boer, geboren in 1913, studeerde te Utrecht en behaalde in 1940 zijn arts-examen. Zijn vestiging als huisarts te Rotterdam in 1941 onderbrak hij gedurende 1948 - 1950, toen hij als officier van gezondheid in het tegenwoordige Indonesië zijn dienstplicht vervulde. Hij vervulde tweemaal een zittingsperiode van vijf jaar als bestuurslid van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging te Rotterdam, was afgevaardigde ter ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging, maakte in organisatorisch verband deel uit van onderscheidene commissies, gaf zijn krachten aan de oprichting van het klinisch chemisch laboratorium in de Maasstad, waar hij ook nog op ander gebied van de volksgezondheid, in het bijzonder het kruiswerk, actieve belangstelling ontplooit.

Collega W. van Bork, in 1919 geboren, ging zich na het behalen van zijn artsexamen in 1946 specialiseren, waartoe de vervulling van zijn militaire dienst als officier van gezondheid op hospitaalschepen hem reeds gelegenheid bood. In 1952 vestigde hij zich als neuroloog te Zwolle, waar hij sindsdien als vrij gevestigd specialist werkzaam is. Hij was geruime tijd secretaris-penningmeester van de destijds bestaande Nederlandse Vereniging van Specialisten. Zijn organisatorische belangstelling trad ook aan de dag in zijn lidmaatschap gedurende enkele jaren van het Centraal Bestuur van de Landelijke Specialisten Vereniging.

In deze 3 januari gehouden hoofdbestuurvergadering heeft Dr. J. C. Schultsz namens het hoofdbestuur woorden van grote waardering gesproken tot de aftredende voorzitter G. C. M. van Maarsseveen, die gedurende 1970 nog zitting houdt in het hoofdbestuur. Dr. Schultsz prees de aftredende voorzitter, die nu reeds in totaal zeventien jaar zitting heeft in het hoofdbestuur, om zijn kennis en ervaring en voor de ondertoon van vriendschap en sympathie, die steeds bij zijn leiding heeft doorgeklonken. Met overtuiging



O. E. G. de Boer

dankte hij de aftredende voorzitter voor het vele, dat deze in het belang van de Maatschappij heeft gepresteerd en bij welke woorden het hoofdbestuur zich met krachtig applaus nadrukkelijk aansloot.



W. van Bork

OPEN VENSTER - OPEN DEUR

In Medisch Contact van 4 april 1958 schreef, ter gelegenheid van de gedaanteverwisseling van dit blad, de toenmalige voorzitter van het M.C.-bestuur, collega Vaandrager, het volgende:

„Het belangrijkste is, dat Medisch Contact beter moet worden gelezen en meer dan voorheen werkelijk voldoet aan het streven van de Algemene Vergadering van de Maatschappij, dat het orgaan een blad wordt, waarin de leden elkander kunnen vinden in een gedachtenwisseling over het grote aantal problemen, waarmede wij allen bij de uitoefening van ons beroep regelmatig worden geconfronteerd. Hiertoe is het medeleven en actief medewerken van vele leden een absolute eis.”

In ditzelfde nummer schreef de toen pasbenoemde hoofdredacteur, collega Royaards, onder de titel „De derde taak”:

„Behalve het bevorderen van de binding tussen de besturen en leden en van de binding tussen de leden onderling, heeft de Algemene Vergadering in 1957 voor Medisch Contact als derde taak gezien en vastgesteld het bevorderen van de wisselwerking tussen onze Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en de buitenwereld.”

Een even verder:

„Het veld van de gezondheidszorg in Nederland is uitermate complex gedifferentieerd en gespecialiseerd. Het wil ons voorkomen, dat ons orgaan goed zal doen te trachten voortdurend een beeld te geven van de ontwikkelingsgang op dit gebied, van de veranderingen, de nieuwe wetten en bepalingen, kortom allerlei, mogelijk naar onze eigen inzichten gunstige of ongunstige, ontwikkelingen. Dit alles mede ten dienste van de positiebepaling van de arts in onze samenleving.”

Op 6 maart 1964 schreef de toen juist be-

noemde opvolger van Royaards als hoofdredacteur, collega Van Woelderen:

„Het gebouw, (bedoeld is Med. Cont.) dat de nieuwe bewoner binnentreedt, is degelijk van constructie en hechter dan men misschien wel dacht. Hij vindt een stevig fundament niet alleen, maar ook een sterke inwendige structuur. Zijn taak zal het zijn voort te bouwen op dit hechte fundament, geschraagd en gesteund door de reeds aanwezige degelijke opbouw.”

En tenslotte, toen Medisch Contact weer een nieuwe omslag werd meegegeven, schreef de redactie op 5 juli 1968:

„Omdat in de buitenwereld niet steeds voldoende wordt onderscheiden in het „officieel orgaan van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst”, dat redactionele inzichten en mededelingen niet identiek behoeven te zijn met die van de Maatschappij, wordt met ingang van dit nummer duidelijk aangegeven welke berichten als „officieel” en daarmee van de Maatschappij, maatschappelijke verenigingen of andere organen in Maatschappijverband afkomstig zijn.

Mijn taak zal het zijn de weg, door mijn voorgangers aangegeven, samen met bestuur en redactie verder te volgen; nog steeds zijn de hierboven geciteerde taken actueel. Bij de genoemde „derde taak” zou ik gaarne een kanttekening willen plaatsen:

Er is wel eens gezegd, dat Medisch Contact een venster op de buitenwereld dient te zijn. Door dit venster kan de redactie de blik richten op de ontwikkelingen en veranderingen in die buitenwereld. Door dit venster kijkt de buitenwereld ook naar binnen in de Maatschappij. Het is deze wisselwerking welke zo open mogelijk zal moeten zijn; zouden wij van dit venster wellicht een „open deur” kunnen maken? Tenslotte zijn wij een deel van die „buitenwereld”.

F. A. Bol

HANTEREN VAN HET BEROEPSGEHEIM (I)

Een analyse van het beroepsgeheim gericht op automatische verwerking van geneeskundige gegevens

Door Dr. A. B. Haartsen, arts, Dr. Ir. W. Hoekstra en Th. Sybesma, arts

Inleiding

Het huidige tijdperk wordt gekenmerkt door een versnelling in ontwikkeling op alle gebieden. De ontwikkelingen op het gebied van wetenschap en techniek hebben in enkele decennia het maatschappelijk proces grondig gewijzigd. Rationalisering stond hierbij centraal. Door de mechanisering, de versnelde communicatie en speciaal de laatste jaren de automatisering, werd een structurele opbouw van de maatschappij, tot uitdrukking komend in haar organisatie, onvermijdelijk. Hierdoor ontstond een groter maatschappij-bewustzijn, hetgeen leidde tot een wijziging in de opvattingen omtrent het individuele belang en het belang van de maatschappij. Deze vergaande organisatie binnen de samenleving en de daarmee samenhangende ontwikkeling van diversiteit in belangen, heeft consequenties voor de gezondheidszorg. Enerzijds dient de geneeskunde het individueel belang, anderzijds heeft zij haar specifieke verantwoordelijkheid voor het algemeen belang. Wil de geneeskunde een duidelijke positie binnen het maatschappelijk gebeuren handhaven, dan vereist ook de organisatie van de gezondheidszorg een duidelijke structuur. Ook hierbij is rationalisering een niet onbelangrijke factor.

Op vrijwel alle gebieden van de gezondheidszorg heeft zich inmiddels een institutionalisering voltrokken. De huisartsgeneeskunde vormt thans hierop echter nog een uitzondering; maar ook binnen dit aspect van de gezondheidszorg ontwikkelen zich nu initiatieven tot grotere rationalisering en organisatie. Wil de huisarts ook in de toekomst inpasbaar zijn in het totaal van de gezondheidszorg, dan is enige vorm van organisatie noodzakelijk (Van Es, 1969).

Dat de wijziging in structurele opbouw van de gezondheidszorg en de diversiteit van belangen, die moeten worden gediend, een duidelijke opvatting vereisen omtrent hantering van het beroepsgeheim, behoeft geen betoog.

De geneeskunde beperkt zich niet meer tot de hulpverlening aan de zieke mens. Haar arbeidsterrein strekt zich uit over de curatieve geneeskunde, de algemene gezondheidszorg, de bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde. De genees-

kunde wordt aldus in velerlei vormen beoefend. De huisarts is bij al deze vormen van geneeskunde betrokken. Ter aanduiding van de doelstelling van het geneeskundig handelen kan worden gesteld, dat de activiteiten het karakter kunnen hebben van:

- a bevorderen van gezondheid;
- b voorkomen van ziekte;
- c behandelen van ziekte;
- d beoordelen van gezondheid of ziekte.

In deze doelstellingen vindt de uitoefening der geneeskunst plaats onder diverse relatie-vormen. Zo is de curatieve geneeskunde geheel gericht op de arts-patiënt-relatie. In de preventieve geneeskunde speelt enerzijds de relatie arts-patiënt, anderzijds de relatie arts-samenleving. In het kader van de preventieve geneeskunde vindt in bepaalde gevallen de uitoefening der geneeskunst plaats gebaseerd op een opdracht. In dat geval hebben wij te maken met de relatie opdrachtgever-arts-patiënt, óf opdrachtgever-arts-samenleving. De verzekeringsgeneeskunde speelt zich thans geheel af in de relatie opdrachtgever-arts-patiënt. Het is duidelijk, dat in deze diverse relatievormen een verschil bestaat ten aanzien van de afweging van het individueel belang ten opzichte van een ander belang, zoals een algemeen belang of het belang van de opdrachtgever. Een duidelijk inzicht omtrent het hanteren van het beroepsgeheim in de diverse geneeskundige activiteiten is derhalve aangewezen.

Door de snelle opmars van de computer is een nieuwe wetenschap ontstaan: de informatie verwerking. Hoewel wij nog slechts aan het begin van een ontwikkeling staan, zijn op het gebied van de geneeskunde reeds vele toepassingsmogelijkheden van de computer geëxploreerd. Zo zijn met name de ontwikkelingen op het gebied van het automatisch verwerken van geneeskundige informatie indrukwekkend. Beperkt de toepassing van de computer op het gebied van de geneeskunde zich thans nog vrijwel geheel tot de klinische en theoretische geneeskunde, het is zonder meer duidelijk, dat binnen afzienbare tijd ook op het gebied van de extramurale gezondheidszorg toepassingsmogelijkheden zullen worden ontwikkeld.

Een illustratie van deze stormachtige ontwikke-

ling wordt geleverd door Zweden. In dat land is inmiddels ervaring opgedaan met een centrale computer, verbonden met een aantal ziekenhuizen. De patiënten-gegevens worden verzameld en opgeslagen in de „data-bank”, waardoor een snelle toegankelijkheid van deze documentatie mogelijk is. Recent is in de pers het bericht verschenen, dat men in Zweden is overgegaan tot plaatsing van regionale computers, waarbij iedere inwoner in de regio een registratienummer heeft gekregen, welke identificatie zijn gegevens in de computer toegankelijk maakt. Van iedere inwoner kan zo een patiënten-documentatie worden opgebouwd, die middels dit computer-systeem snel toegankelijk is. Eénmaal geregistreerd in het geheugen van de computer kunnen de gegevens voor diverse doeleinden worden opgevraagd. In een dergelijke „data-bank” bestaat ook de mogelijkheid tot selectie van gegevens, zodat alleen die informatie beschikbaar komt, die een bepaalde aanvrager nodig heeft, respectievelijk mag vernemen. Een dergelijk netwerk van informatiestromen door middel van computers vormt geenszins een star systeem. De betrokken artsen, of andere medische instanties zullen met behulp van materiedeskundigen ieder moment iedere redelijke wens gerealiseerd kunnen krijgen.

Wij kunnen met zekerheid stellen, dat een dergelijke ontwikkeling ook in ons land zal plaats vinden. Op alle gebieden van de gezondheidszorg kan dan gebruik worden gemaakt van deze „data-bank”. Het zal duidelijk zijn dat de problemen rondom het hanteren van het beroepsgeheim dan een geheel ander reliëf krijgen. Juist door deze ontwikkeling is het uiterst noodzakelijk, dat men zich een *exact* begrip vormt omtrent het beroepsgeheim. Wij zullen hiertoe dit beroepsgeheim aan een nadere analyse onderwerpen. Bij deze nadere beschouwing zullen wij een terminologie invoeren, die geënt is op een structuuranalyse van de geneeskundige taken. Aan de hand van deze analyse kunnen wij concluderen tot een structurele indeling van de gezondheidszorg. Deze structurele consequenties worden in een volgend artikel nader uitgewerkt.

Analyse van het beroepsgeheim

Iedere arts weet dat hij een beroepsgeheim heeft, maar velen van hen zijn onwetend omtrent de achtergronden van het beroepsgeheim. Het is veelal deze onbekendheid, die geneeskundigen er toe brengt het zekere voor het onzekere te nemen en derhalve altijd te zwijgen. Het beroepsgeheim is inderdaad het eenvoudigst te hanteren, als het als een absolute geheimhoudingsplicht wordt geïnterpreteerd. De mogelijkheid bestaat evenwel, dat door te zwijgen de belangen van de patiënt worden geschaad; in dat geval zou zwijgen onjuist zijn. Hiermee is evenwel de interpretatie van het beroepsgeheim als zijnde de absolute geheimhouding onder alle omstandigheden verworpen. Bovendien zou bij een absoluut geheim alle sociaal-verzekerings- en sociaal-geneeskundig werk onmogelijk zijn. In dit

verband is op te merken dat het absolute geheim al doorbroken is wanneer in het kader van de zuiver geneeskundige behandeling consultants, verpleegsters of paramedische krachten worden ingeschakeld, die in verband met hun behandeling mededelingen moeten ontvangen betreffende de patiënt. Ook wordt een inbreuk gemaakt op het absolute beroepsgeheim door een aantal wettelijke voorschriften. Dit betreft aangelegenheden, waarbij de Wetgever het collectief belang laat prevaleren boven het individueel belang. Voorbeelden hiervan zijn: a de wet van 1884, waarin de verplichting tot het afgeven van krankzinnigheidsverklaringen is vastgelegd; b artikel 30 van het Burgerlijk Wetboek, waarin de aangifteplicht van geboorte is geregeld; c de Besmettelijke Ziekten Wet, die de aangifte van besmettelijke ziekten voorschrijft; d de Wet op de Uitoefening der Geneeskunst, die de medicus de plicht oplegt tot het aangeven van overlijden van zijn patiënten en tot het afgeven van een verklaring omtrent de doodsoorzaak. Een absolute *zwijgplicht* blijkt dus niet te bestaan.

Artikel 218 van het Wetboek van Strafvordering, waarin het *zwijgrecht* is vastgelegd, luidt: „Van het geven van getuigenis of het beantwoorden van bepaalde vragen kunnen zich ook verschonen zij, die uit hoofde van hun stand, hun beroep of hun ambt tot geheimhouding verplicht zijn, doch alleen omtrent hetgeen waarvan de wetenschap hem als zodanig is toevertrouwd”. Bij arrest van de Hoge Raad is gesteld, dat onder hetgeen uit hoofde van zijn beroep als geheim bewaard dient te blijven, niet slechts valt wat is toevertrouwd, doch ook datgene wat men door eigen onderzoek te weten is gekomen en waarvan de patiënt zelf mogelijk onkundig is. Het toevertrouwde en het waargenomene wordt dus op één lijn gesteld. Deze geheimhouding kan onafhankelijk van de wens van de patiënt bestaan; ze ligt stilzwijgend verankerd in de verhouding arts-patiënt. Dit is het beroepsgeheim in engere zin. Het afwegen van belangen van de patiënt en de beslissing, wat als geheim bewaard moet blijven, ligt uitsluitend bij de geneeskundige. Dit kan hem nimmer worden voorgeschreven. De arts moet daarom te allen tijde de verantwoordelijkheid voor zijn beslissing zelf dragen (Hazewinkel-Suringa, 1959).

Rondom de arts en zijn patiënt is een kring van personen, die óf het geheim mede leren kennen óf in het kader van hun beroepsuitoefening dienen te beschikken over gegevens, die voortkomen uit de arts-patiënt-relatie. Dit kunnen derden zijn, die in het kader van de zuiver geneeskundige behandeling moeten worden ingeschakeld; het kunnen paramedische hulpkrachten of personeel zijn of het zijn bedrijfs- of controlerend geneeskundigen. Daarnaast is er de directe omgeving van de patiënt: de familieleden, de vrienden en kennissen, of de werkgever. Wanneer de geheimhouding verankerd ligt in de verhouding arts-patiënt dient de arts in ieder geval, waarbij derden optreden, het belang van zijn patiënt af te wegen tegen het belang, dat wordt gediend, wanneer hij gegevens prijs geeft. In alle gevallen zal

hij slechts datgene mogen prijs geven, wat hij in dat geval noodzakelijk acht; dat wil zeggen, dat hij slechts doelgerichte informatie levert. Het is duidelijk dat ten aanzien van de diverse groeperingen rondom de patiënt de weeg-factor bij het hanteren van het beroepsgeheim zal variëren.

Het medisch geheim in engere zin is exclusief gebonden aan de relatie tussen patiënt en arts. Wanneer derden in het geheim worden betrokken kan men spreken van een collectief geheim. Het collectief geheim is naar haar informatie-inhoud niet identiek aan het medisch geheim in engere zin. Informatie uit het medisch geheim in engere zin, dat ter beschikking komt van het collectief beroepsgeheim, is doelgericht. De intentie is dus bepalend voor de uitgebreidheid van de informatie en daarmee voor de inhoud van het collectief beroepsgeheim. Het collectief beroepsgeheim is te onderscheiden in een primair en een secundair geheim. Bij het primair collectief beroepsgeheim betreft het gegevens, die ten nutte van de gezondheid van de patiënt kunnen worden aangewend. Wordt geneeskundige informatie verzameld in het kader van een opdracht, waarbij niet alleen de gezondheid van de patiënt, maar tevens de elementen beoordeling of selectie ten behoeve van economische maatstaven in het geding zijn, dan spreken wij van secundair collectief beroepsgeheim.

De huisarts is de medicus, die het eerst wordt benaderd door de patiënt. Enerzijds werkt hij in de eerste linie van de gezondheidszorg, waarbij hij zijn patiënten ook in hun dagelijks leven kan vervolgen, anderzijds draagt hij de zorg voor die patiënten, voor wie de medische wetenschap geen genezing

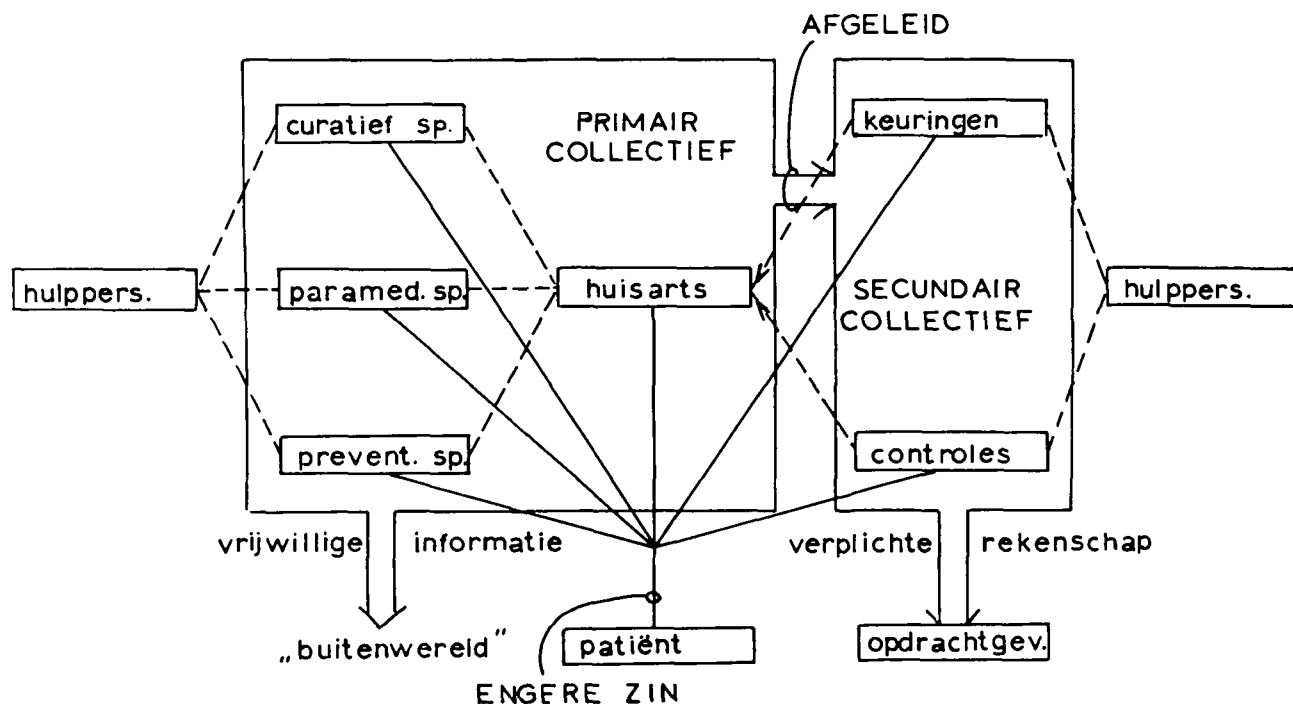
heeft kunnen bewerkstelligen. Het is deze unieke positie, die de huisarts in het centrum plaatst van de geneeskundige informatie.

Wij zullen nu eerst nagaan hoe de huisarts dient te handelen bij het verstrekken van informatie aan de diverse groeperingen rondom de patiënt. Wanneer wij hierna spreken over het verschaffen van informatie door de huisarts, dan betreft dit doelgerichte informatie: dat wil zeggen in het belang van de patiënt of in het belang van zijn behandeling. (figuur 1).

De onderlinge uitwisseling van gegevens tussen de diverse personen, die rechtstreeks betrokken zijn bij de zorg voor de gezondheid van de patiënt, vindt plaats onder primair collectief beroepsgeheim. Hierbij is de curatief geneeskundige, de preventief geneeskundige en de sociaal medische zorg in het geding. De betreffende deskundigen zullen al die informatie krijgen, die de geneeskundige verzorging ook maar enigszins ten goede kan komen. Het betreft dus volledige, op het doel gerichte informatie, die evenwel voor de curatief specialist van een andere inhoud moet zijn dan voor de sociaal geneeskundige, terwijl de maatschappelijk werker weer anders gerichte informatie behoeft. De informatiestromen tussen deze deskundigen en de huisarts zullen in beide richtingen een open karakter tonen.

De gegevens, welke de huisarts aan de groep van geneeskundigen uit de keurings- en controlebranche verschaft, worden met een veel grotere terughoudendheid verstrekt. Om hier een duidelijker inzicht in te krijgen dienen wij eerst de relatie tussen de patiënt en de keurend en controlerend ge-

Figuur 1: Schema betreffende de analyse van het medisch beroepsgeheim.



neeskundige nader te beschouwen. Wanneer hier wordt gesproken over keuring, dan wordt bedoeld: een geneeskundig onderzoek gebaseerd op een opdracht, waarbij de opdrachtgever als uiteindelijk doel heeft óf personeelsselectie óf vaststelling van financiële aansprakelijkheid. Een geneeskundig onderzoek, waarbij uitsluitend de preventie of de vroeg-diagnostiek wordt beoogd, wordt in dit verband niet tot het begrip keuring gerekend.

Zowel bij keuring als bij controle zijn drie partijen betrokken, te weten: de patiënt, de keurend of controlerend arts en de opdrachtgever. De opdrachtgever verlangt melding van resultaten, de patiënt verlangt een zuivere beoordeling. Het is in het belang van de patiënt, dat de keurend of controlerend geneeskundige over alle gegevens beschikt, die hij voor een juiste beoordeling nodig heeft. Ook deze artsen zijn gebonden aan een beroepsgeheim. De medische gegevens, bij keuring of controle verkregen, dienen in een rapport te worden verwerkt, dat slechts in handen mag komen van een medisch adviseur. Deze rapporten mogen geen onnodige vertrouwelijke gegevens bevatten. De opdrachtgever mag uitsluitend met de conclusies van dit rapport in kennis worden gesteld. Teneinde in staat te zijn een juist oordeel te vormen en teneinde ongewenste herhalingen in het onderzoek te voorkomen, is het noodzakelijk, dat de controlerend of keurend arts inlichtingen omtrent de patiënt kan inwinnen bij de huisarts of eventueel de behandelend specialist. Omdat zowel de keurend als de controlerend artsen hun conclusies, die eventueel kunnen indruisen tegen de wensen en verlangens van de patiënt, moeten verstrekken aan hun opdrachtgever, delen deze geneeskundigen niet in het primair collectief beroepsgeheim. De noodzakelijke vertrouwensrelatie tussen de patiënt en zijn huisarts zou door deze verschafing van gegevens aan keurend of controlerend arts in het geding kunnen komen. De huisarts zal daarom inlichtingen verstrekken voorzover de vertrouwensverhouding tussen de patiënt en hem daardoor niet wordt geschaad. Hierbij zal de huisarts echter eveneens moeten overwegen of het belang van de patiënt niet wordt geschaad als hij bepaalde gegevens niet zou verstrekken. In het algemeen zal de huisarts die gegevens kunnen verstrekken aan de keurend of controlerend arts, die deze ook door eigen onderzoek of door het inschakelen van een specialist te weten zou kunnen komen. Inlichtingen omtrent bevindingen, die de controlerend geneesheer niet zelf kan verkrijgen, maar die voor de juiste beoordeling toch van belang kunnen zijn, mogen door de huisarts eveneens worden gegeven; echter ook dan weer voorzover de vertrouwensrelatie daardoor niet zal worden verstoord. Het verdient aanbeveling, dat de patiënt door de arts op de hoogte wordt gebracht van welke informatie aan wie werd verstrekt en waarom. De relatie tussen behandelend arts en de keurend of controlerend arts wordt beheerst door het afgeleid beroepsgeheim. Informatie onder primair collectief beroepsgeheim kan dus middels

het afgeleid geheim ter beschikking komen van geneeskundigen die delen in het secundair collectief beroepsgeheim (*figuur 1*).

De keurend en controlerend geneeskundigen kunnen onderling hun ter beschikking staande geneeskundige gegevens niet vrijelijk uitwisselen. De informatie die zij onder afgeleid geheim hebben verkregen, betreft gegevens waarop het primair collectief geheim rust en die dus een vertrouwelijk karakter dragen, maar die de behandelend arts op een gerichte vraag voor dát speciale doel meende ter beschikking te kunnen stellen zonder daarmee de belangen van zijn patiënt te schaden of het vertrouwen dat de patiënt in hem stelt te beschamen. Deze informatie kan dus niet voor andere doeleinden worden aangewend dan waarvoor hij ter beschikking werd gesteld. De informaties, welke de keurend, respectievelijk de controlerend geneeskundigen zelfstandig verkregen hebben, moeten worden beschouwd als te zijn verschaft „door de patiënt” voor die speciale keuring of controle. Alle geneeskundige informatie, waarop het secundair collectief beroepsgeheim rust, staat vrijelijk ter beschikking voor de huisarts. Wij spreken dus slechts over afgeleid geheim als de informatiestroom gericht is van primair naar secundair.

Zowel vanuit de groep van behandelend en preventief geneeskundigen, als vanuit de groep van keurend en controlerend geneeskundigen, gaat informatie naar hulppersoneel. Door deze verstrekking van gegevens rust op het hulppersoneel een gedelegeerd beroepsgeheim. Vermeld dient te worden dat het hulppersoneel niet gemachtigd en veelal niet in staat is geneeskundige gegevens te verschaffen aan de „buitenwereld”, zelfs niet aan de patiënt.

Bij de huidige verhoudingen in de maatschappij neemt de bedrijfsarts en belangrijke plaats in. Hij heeft tot taak die maatregelen te bevorderen, die de gezondheid in het bedrijf ten goede komen en al die nadelige factoren te bestrijden, die ziekte of invaliditeit van de werknemers in de hand kunnen werken. Zijn taak ligt dus voornamelijk op het gebied van de preventieve geneeskunde; tevens speelt hij een belangrijke rol in de vroeg-diagnostiek van afwijkingen bij de werknemers. Hij is daarom de vertrouwensman van zowel de bedrijfsleiding als van de werknemers. De bedrijfsarts richt zijn aandacht dus enerzijds op de individuele werknemer, geplaatst tegen de achtergrond van een arbeidssituatie, anderzijds op het arbeidsmilieu. De bedrijfsarts is dus in de eerste plaats de arts aan wie men in het bedrijf zijn vertrouwen moet kunnen schenken. Hierdoor is hij in staat eventueel in te grijpen in de arbeidssituatie, wanneer dat op medische gronden noodzakelijk blijkt te zijn. Deze noodzaak kan echter ook naar voren komen in het kader van de behandeling door de huisarts. De huisarts, die het bedrijf niet kent, is echter veelal onvoldoende op de hoogte om een objectief oordeel te vellen omtrent de arbeidssituatie. Een wederzijdse consultatie van huisarts en bedrijfsarts is daarom noodzakelijk. Dit

wil zeggen dat de huisarts en de bedrijfsarts samen delen in het primair collectief beroepsgeheim.

In tegenstelling tot de controlerend arts kan de bedrijfsarts, voor wat betreft zijn preventieve functie ten aanzien van de individuele werknemer, geen meldingsplicht hebben aan een opdrachtgever. De gegevens, die de bedrijfsarts krijgt, moet hij gebruiken om bepaalde maatregelen in het bedrijf te doen realiseren. Deze gegevens mag hij echter nimmer nominatief aan het bedrijf doorgeven. Hij kan ze wel anoniem verwerken in de vorm van statistische bewerkingen of algemene situatiebeschrijvingen. Het vertrouwen, dat de patiënt in deze arts stelt, wordt hierdoor niet geschaad. De problemen ontstaan, wanneer de bedrijfsarts wordt belast met een controlerend of keurende taak. In dat geval zijn andere regels voor hem van toepassing. Hierdoor ontstaat een ongewenste scheiding tussen de huisarts en de bedrijfsarts. De huisarts kan in dat geval immers de bedrijfsarts niet vrij consulteren zonder mogelijk de vertrouwensrelatie tussen hem en zijn patiënt te schaden. De binding van controle aan de bedrijfsgeneeskunde is om deze reden ongewenst te achten. Dit zelfde geldt ten aanzien van de keuring, waarbij aangetekend dient te worden, dat het begrip „keuring” hier slechts wordt gehanteerd, voorzover het een geneeskundig onderzoek betreft ten behoeve van economische motieven van een opdrachtgever. In het eerder aangekondigde vervolg op dit artikel, waarin de structurele consequenties van deze analyse van beroepsgeheim worden besproken, wordt deze nuancering nader uitgewerkt.

De huisarts zal tegenover familieleden van de patiënt meer kunnen en in bepaalde gevallen moeten zeggen, dan tegenover buitenstaanders. In deze gevallen zal hij slechts mogen spreken voorzover de belangen van zijn patiënt er niet door worden geschaad. Wanneer de behandelend arts in deze gevallen spreekt moet hij voortdurend beseffen dat hij gegevens, welke hij in de arts-patiënt-relatie te weten is gekomen, prijs geeft aan personen, die niet aan een beroepsgeheim deelnemen. Ten aanzien van familieleden zal dit meestal geen moeilijkheden geven, hoewel de arts bij de bepaling van wat hij kan en mag mededelen mede de aard van de persoon tot wie hij spreekt in zijn beschouwing moet betrekken. Ten aanzien van de werkgever ligt het probleem gecompliceerder. In het kader van de geneeskundige behandeling is arbeid minstens zo'n belangrijke therapeutische maatregel als het voorschrijven van rust of het verstrekken van medicamenten. Het hanteren van de arbeid in het kader van de therapie vergt evenwel, zoals iedere therapeutische maatregel, de volledige medewerking van de patiënt. Informatie omtrent inzetbaarheid in het arbeidsproces kan daarom alleen dan aan de werkgever worden verstrekt, voorzover de behandelend arts overeenstemming dienaangaande heeft bereikt met zijn patiënt. Mededelingen omtrent gegevens door de patiënt zelf verstrekt, of door onderzoek verkregen, zullen over het algemeen niet aan de werkgever worden gegeven, tenzij de behandelend

arts het in het belang van zijn patiënt noodzakelijk acht. Van de zijde van de werkgever zal nimmer aanspraak gemaakt kunnen worden op het verkrijgen van mededelingen van de behandelend arts. Slechts via de controlerend of keurend geneeskundige is het voor de werkgever mogelijk informatie te verkrijgen op zijn verzoek, omtrent arbeidsgeschiedheid van zijn werknemer.

Nabeschouwing

De informatie van en over de patiënt komt tot stand binnen de relatie arts-patiënt. Hierbij krijgt de arts een deel van de informatie, die de patiënt kan of wil leveren, tot zijn beschikking. Op deze informatie rust het medisch geheim in engere zin. Wanneer dat in het kader van de behandeling van de patiënt noodzakelijk wordt geacht worden gegevens uit de beschikbare informatie onder het primair collectief beroepsgeheim gebracht door verwijzing naar een specialist. Al deze gegevens worden gekenmerkt door middel van het predikaat: „vertrouwelijk”. Een gedeelte van de informatie onder medisch geheim in engere zin leent zich in het geheel niet tot verstrekking aan derden. Dit betreft die informatie, die exclusief gebonden is aan de intermenselijke relatie tussen de patiënt en zijn arts; de patiënt kan eisen, dat de huisarts bepaalde gegevens niet doorgeeft, ook al betreft dit een verwijzing met het oog op behandeling. Deze informatie wordt dan gekenmerkt door het persoonlijk vertrouwen van de patiënt in zijn eigen huisarts. Een informatiekringloop kan ontstaan wanneer op vrijwillige basis via het primair collectief beroepsgeheim, de naaste omgeving van de patiënt wordt ingelicht door de arts. Wij onderkennen in deze informatie-kringloop de dienende taak van de geneeskunde.

Van de grote hoeveelheid gegevens onder primair collectief beroepsgeheim wordt een gedeelte, door middel van het afgeleide geheim, ter beschikking gesteld aan geneeskundigen, op wie het secundair collectief beroepsgeheim rust. De bij keuring of controle verkregen informatie wordt gekenmerkt door de afwezigheid van het vertrouwelijk karakter, voorzover dat de verstrekking van deze gegevens aan de behandelende artsen betreft. Dit vertrouwelijk karakter blijft ten aanzien van niet-medische instanties, zoals de werkgever, gehandhaafd in die zin, dat slechts de conclusies op de beschikbare informatie aan de niet-geneeskundige instanties in hun kwaliteit als opdrachtgever verstrekt mogen worden. De plicht tot melding van conclusies is een kenmerk van de informatie onder secundair collectief beroepsgeheim. Door deze informatiestroom naar de opdrachtgever wordt een tweede kringloop gesloten. Wij onderkennen hier één van de motoren voor het goed functioneren van de op de huidige economievorm gebaseerde maatschappij.

De informatie, die door middel van het afgeleide geheim ter beschikking komt van geneeskundigen, die delen in het secundair collectief beroepsgeheim, onderscheidt zich van de keurings- of controlege-

gevens in die zin, dat als kenmerk het vertrouwelijk karakter blijft bestaan. Dat wil zeggen dat de gegevens doelgericht worden verstrekt door de behandelend arts. De keurings- of controlearts kan de conclusies op zijn informatie verwerken in zijn advies aan de opdrachtgever, maar hij heeft niet het recht deze gegevens voor andere doeleinden te doen aanwenden, dan waarvoor ze zijn verstrekt. De informatie onder afgeleid geheim worden dus gekenmerkt door het vertrouwelijk karakter, maar ook door de plicht tot melding van de conclusies op deze informatie aan de opdrachtgever.

Het blijkt dus dat iedere informatie van een patiënt twee kenmerken kan bezitten, te weten: a een vertrouwelijk karakter; b de plicht tot melding van conclusies op de informatie aan derden. In het volgende artikel zal worden aangetoond, dat met behulp van dit soort kenmerken een juiste behandeling van het beroepsgeheim bij het automatisch verwerken van medische gegevens gegarandeerd kan worden.

Het doel der auteurs was onder de aandacht te brengen, dat bij het automatisch verwerken van medische gegevens op grote schaal het noodzakelijk is stil te staan bij de hantering van het beroepsgeheim. Zij meenden met dit artikel een bijdrage, zo niet een uitgangspunt voor een discussie rond dit probleem te kunnen leveren. Dat naast deze problematiek andere consequenties een rol gaan spelen, wanneer de computer wordt ingeschakeld bij het verwerken van medische gegevens, zijn de auteurs

zich zeer wel bewust. Zo zullen consequenties optreden op het gebied van de structurering binnen de gezondheidszorg. Een totaal nieuwe categorie hulp-personeel, vereist voor de juiste bediening van de „data-bank”, zal moeten worden ingeschakeld. Het probleem of de huisarts eveneens keuringen kan verrichten zal aan de orde komen. Zo zullen vele problemen moeten worden opgelost, maar de auteurs menen, dat de genoemde problematiek — het hanteren van het beroepsgeheim — voorop staat.

Literatuur

- Besluit en rapport inzake geneeskundige verklaringen. Uitg. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.
- Eck, D. van; Het medisch beroepsgeheim. De Geneesheer en het Recht; dl I. Medisch Recht, blz. 57; Uitg. Kluwer Deventer, 1968.
- Es, J. C. van; Structuur van de huisartspraktijk. Inleiding tot de huisartsgeneeskunde, blz. 285; Uitg. Stenfert Kroese n.v. Leiden, 1969.
- Hazewinkel-Suringa, D. De doolhof van het beroepsgeheim. Uitg.
- Informatieverwerking. Uitg. I.B.M. - Nederland n.v., 1969.
- Medical information processing. The KS project Uitg. I.B.M. - Stockholm, 1969.
- Medische ethiek en gedragsleer. Uitg. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

Studiegroepen medische psychologie

Namens de Subcommissie Medische Psychologie van het N.H.G. schrijft collega J. Huls te Andijk ons het volgende:

De enquête die de Subcommissie „Medische Psychologie” van het Nederlands Huisartsen Genootschap heeft gehouden na de laatstgehouden Boerhaave Cursus „Medische Psychologie” heeft het vermoeden bevestigd dat er nog vele artsen zijn die gaarne zouden willen deelnemen aan een studiegroep Medische Psychologie. Daar echter de enquête anoniem werd gehouden is het niet mogelijk om de artsen, die te kennen gaven geïnteresseerd te zijn in deze groepen, persoonlijk te bereiken. Tevens bestaat er de mogelijkheid dat er buiten de deelnemers aan de Boerhaave Cursus nog een aantal artsen is dat belangstelling heeft voor deze vorm van nascholing. Het is ook bekend dat de bestaande Balint-groepen er niet op uit zijn om het aantal deelnemers aan de groep uit te breiden, daar dit vaak storend kan werken op het functioneren van deze groepen. Al met al redenen voor bovengenoemde Subcommissie om pogingen te gaan doen om een aantal nieuwe studiegroepen Medische Psychologie te gaan oprichten.

Hiertoe worden de artsen die in de toekomst willen gaan deelnemen aan een dergelijke groep verzocht dit kenbaar te maken aan: Jhr. Dr. A. H. van Lidth de Jeude, arts, Graaf Janlaan 31, Zeist. Reeds in het verleden sprak men in Frankrijk van: „le phénomène hollandais” naar aanleiding van het succes in Nederland van de Balint-groepen. Wellicht gelukt het om nog meer aanleiding te geven om deze uitdrukking te gebruiken.

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

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

„Medische Macht en Ethiek”

Een boekbespreking door Prof. Dr. S. A. de Lange

In de 48 pagina's van dit geschrift* zet de schrijver uiteen, dat de toegenomen mogelijkheden op medisch gebied vragen om een wijziging in de medische ethiek.

Niet alleen de medische wereld, de gehele Nederlandse bevolking mag er zich over verheugen, dat er veel wordt gedacht en gesproken over de medische ethiek. Geen ethiek, medische of algemene, kan zich permitteren in een snel veranderende samenleving statisch te blijven.

De medische ethiek kan men beschrijven als de verzameling van principiële motieven, die leidt tot het medisch gedragspatroon. Hierbij blijft uiteraard voldoende speling over voor individuele variaties binnen dat patroon. Het is overigens voor een jong medicus lang niet eenvoudig om er achter te komen uit welke bestanddelen de gangbare ethiek nu precies is opgebouwd — de eed of belofte, die bij het artsexamen wordt afgelegd biedt wat dat betreft zo goed als geen houvast.

Wat meer specifieke steun geeft „The declaration of Geneva 1948”. Ten aanzien van het menselijk leven spreekt deze verklaring van een absolute eerbied vanaf de bevruchting. De „International code of medical ethics” (oktober 1949) gaat iets verder en zegt het volgende: „A doctor must always bear in mind the obligation of preserving human life”. Eerbied voor het menselijk leven lijkt een goed uitgangspunt voor een medicus. Het kan immers de basis zijn voor een grote variatie van handelen in diverse omstandigheden en hoeft zeker niet te leiden tot een klakkeloos in stand houden van biologisch leven.

De auteur ziet de inhoud van de vigerende ethiek echter anders. In zijn hoofdstuk over de „Grondwet van de medische ethiek” schrijft hij: „De Grondwet die het medisch handelen sinds mensenheugenis beheerst luidt aldus: het is de arts geboden menselijk leven te behouden, te sparen en te verlengen waar en wanneer hij dat kan”. Men vraagt zich af waar Van den Berg deze „Grondwet” aldus geformuleerd heeft aangetroffen. In een thans gebruikelijke eed of gelofte heeft deze „wet” nimmer neerslag gevonden. De grondslag van wat de schrijver de „oude ethiek” noemt, blijft bovendien onduidelijk, omdat hij ons in het onzekere laat van wat hij onder „menselijk leven” verstaat. Deze onduidelijkheid heeft overigens de aanval op de bovenbeschreven oude ethiek niet weinig vereenvoudigd.

Een der kenmerken van de „nieuwe ethiek” zoals die door de auteur wordt geschetst, is een grote

openheid ten opzichte van de patiënt. Dit zal menig- een zonder moeite onderschrijven — het hoort bij de emancipatie van de mens dat hij tot een uitgebalanceerd oordeel over zijn toestand in medisch opzicht zou moeten kunnen komen, al weten wij allen ook — soms uit ervaring aan den lijve — hoe irrationeel het oordeel over zaken ons eigen lichamelijk (wel)zijn betreffende ook bij rationeel denken de mensen vaak is. Dit doet echter aan het principe niets af, en ten dele is dit, de auteur zegt het met zoveel woorden, een kwestie van opvoeding. In feite is openheid een onderdeel van het principe van het onvervreemdbaar recht van elk individu om over eigen wel en wee te beschikken. Tot zo ver kan men met de opvattingen van de schrijver meegaan.

De openheid in de nieuwe ethiek dient echter volgens Van den Berg ook zo ver te gaan, dat niet alleen de patiënt en de medicus beslissen wat er verder zal gebeuren, maar dat ook familieleden een beslissingsbevoegdheid krijgen, uitgaande boven de in de dagelijkse praktijk toegepaste inspraak, niet slechts ten aanzien van het al dan niet toepassen van een therapie, maar zelfs daar waar het betreft het toepassen van actieve of passieve euthanasie.

Nu wijst de praktijk uit dat familie (bijvoorbeeld ouders of kinderen) meestal zo emotioneel aan de patiënt is gebonden, dat een onevenwichtig oordeel zeker geen uitzondering is, vooral waar het kwesties van leven en dood betreft. Afgezien hiervan, wat zou er van het vertrouwen in de arts bij ouderen of invaliden overblijven wanneer zij hem niet langer zouden kunnen zien als de helper en gezondmaker, maar als de beul, die eventueel op gezag van de familie, de kamer van de bejaarde of zieke kan komen binnenstappen om de „dodende injectie” te geven? Als Van den Berg op pagina 41 stelt, dat „heel de apparatuur, heel de kennis van de arts is gericht op *beter maken*” dan gaat hij voorbij aan die andere, momenteel minstens even belangrijke taak van de arts: de palliatieve therapie, het steunen en begeleiden ook daar waar geen „beter maken” meer mogelijk is. Welk een enorme angst zou er in de geesten van invaliden of demente bejaarden ontstaan, wanneer zij de arts niet meer als een bondgenoot maar als een dreigende figuur zouden leren zien die na overleg met kinderen of andere familieleden over hun voortbestaan beschikt? En wie de maatstaven zou moeten opstellen, volgens welke een leven wel of niet zinvol meer is, vertelt de auteur ons niet.

Een ander bezwaar dat tegen dit geschrift moet worden aangevoerd is dat de macht van de medicus aanzienlijk wordt overtrokken. Weliswaar is het mogelijk biologisch leven zeer lang te rekken, bijvoorbeeld bij comateuze patiënten, maar helaas zijn wij

* „Medische Macht en Ethiek”, door Prof. Dr. J. H. van den Berg (uitgeverij G. F. Callenbach N.V. te Nijkerk, 1969.)

medici lang niet zo onfeilbaar bij het stellen van prognoses als de schrijver ons wil doen geloven. Zo geeft hij als voorbeeld van juiste openheid een vrouw met borstkanker, die samen met de behandelende artsen stap voor stap de diagnostiek en de eventuele therapie volgt en telkens meebeslist over een al dan niet te verrichten ingreep. „Op elk moment kan zij verdere behandeling weigeren, want op elk moment zal zij precies weten waar zij aan toe is.”

„Was dat maar waar!” - zal elke diagnosticus en therapeut verzuchten. De medicus is dus ook met zijn huidige kennis nog relatief onmachtig om prognoses op te stellen; niet alleen de medicus dient zich hiervan bewust te zijn, het zou goed zijn ook de leek hiervan te doordringen. In elk geval zou dit beter zijn dan de patiënt voor te spiegelen, dat hij „op elk moment precies zal weten waar hij aan toe is”.

Het leidt geen twijfel dat de medische mogelijkheden van de laatste decennia kunnen worden misbruikt en zo tot menonwaardige situaties kunnen leiden, vooral waar het betreft het nutteloos in leven houden van vegeterende lichamen waaruit de geest naar alle waarschijnlijkheid reeds is geweken. Het is zeker goed dat de auteur dit medici en lekenpubliek nog eens voorhoudt. Helaas doet hij dit aan de hand van casuïstiek die vele medische onjuistheden inhoudt. Zo zegt hij op pagina 7: „Het patiëntje vertoonde de eerste tekenen van een waterhoofd, wat geen van de deskundigen zozeer verbaasde, omdat door het sluiten van een open rugje de ontwikkeling van een waterhoofd wordt bevorderd”. Dit is niet juist. De hydrocephalus ontstaat in meerderheid van de gevallen bij een myelomeningocoele, geheel onafhankelijk van het defect in de rug; oorzaken kunnen zijn de afwijking van Arnold-Chiari, aquaeductstenose etc. etc. En op pagina 8: „Sterft het kind niet aan de complicaties van de verhoogde hersendruk, dan wordt het toch dikwijls in zijn hersenfuncties zozeer beschadigd, dat het niet tot een verstandig mens kan uitgroeien. Het laatste was eigenlijk min of meer gegeven bij de geboorte. Het kind dat met een open rugje van die omvang ter wereld komt, heeft een niet geringe kans zwakzinnig te zijn of te worden. Ook hier blijkt de auteur niet geheel op de hoogte te zijn. Uit de statistieken onder andere van Laurence blijkt, dat bij onbehandelde hydrocephalus de kinderen met een myelomeningocoele juist tot het beste gemiddelde I.Q. kwamen van de gehele groep der hydrocephalen, en bij tijdig behandelde hydrocephalus is de curve van het I.Q.-niveau bij deze patiënten ten opzichte van normale kinderen slechts weinig naar beneden verschoven.

Wij zijn ook heden ten dage nog zó onzeker in de prognostiek, dat afwachten en conserveren in de meeste gevallen het enig juiste is. Om dit nog eens aan de hand van schrijvers eigen voorbeelden te illustreren: al zijn bij een patiëntje met open rug en waterhoofd bij de geboorte beide benen verlamd, dat wil nog niet zeggen dat zij dit zullen blijven. Ieder die zich met dit soort patiëntjes bezig houdt, weet dat er een aantal is dat een vrijwel normale loopfunctie zal krijgen met een redelijke blaasbeheersing, terwijl het intellect volkomen normaal kan worden. Dit is echter bij de geboorte ook bij zeer nauwkeurig onderzoek nog altijd niet te voorspellen - dit legt ons de plicht op, deze kinderen zo goed mogelijk te helpen, ook al zal later blijken dat een zeker percentage niet opvoedbaar is en verlamde benen houdt.

Eenzelfde onzekerheid kennen wij bij de comateuze ongevalspatiënt. Ook hier meent Van den Berg, dat de arts in staat is de toekomst te voorspellen en aan de hand daarvan de „juiste beslissing” (pagina 37) te nemen. Maar in werkelijkheid kan een comateuze ongevalspatiënt ook na drie of vier maanden nog bijkomen. Hoe zwaar de cerebrale beschadiging dan uiteindelijk zal blijken te zijn weet men van tevoren niet. Wel zal na een coma van bijvoorbeeld een jaar de kans op een redelijk bewustzijn en een op niveau werkend cerebrum uiterst gering zijn en ik kan de auteur geheel volgen in zijn pleidooi om in zulke gevallen het biologisch (niet menselijk) leven niet nodeloos te verlengen. Maar de voorspelbaarheid van deze ontwikkeling zoals de auteur die voorspiegelt, is nu nog illusoir. Het is dringend nodig, dit een lekenpubliek dat zich voor de medische ethiek interesseert, nadrukkelijk duidelijk te maken.

Het is goed dat de medische ethiek ter discussie wordt gesteld. Het is ook zeker juist, dat de medische ethiek, zoals alle andere menselijke opvattingen, aan verandering onderhevig is, een verandering die wij kunnen helpen bevorderen. Het pleidooi van Van den Berg voor meer openheid verdient zeker steun. En dat hij naar een „nieuwe ethiek” toe wil, is begrijpelijk; hij staat hierin niet alleen. Dat dit pleidooi geëmotioneerd is, kan men hem niet kwalijk nemen - niemand die zich met deze problematiek intensief bezig houdt, kan ontsnappen aan de emoties die veel van deze menselijke drama's opwekken. Maar dat zijn betoog oppervlakkig is en zijn casuïstiek medisch niet waterdicht, is betreurenswaardig. De ernst van het onderwerp en de diepe betrokkenheid van artsen en leken hadden beter verdiend.

S. A. de Lange

Nederlandse medici in de Verenigde Staten

**State Board examens afgelegd door afgestudeerden
van Nederlandse medische faculteiten in de jaren 1946-'68:
een vergelijkende analyse**

Door Drs. Marrigje J. A. de Maar

Sinds 1946 werden 989 Amerikaanse State Board examens afgelegd door afgestudeerden van de Nederlandse medische faculteiten; hiervan werden er 967 afgelegd door afgestudeerden van de medische faculteiten van Leiden, Amsterdam (Gemeentelijke Universiteit), Utrecht en Groningen.

Om zich in de Verenigde Staten als arts te kunnen laten registreren en zich vrij te kunnen vestigen moet men óf met goed gevolg het examen hebben afgelegd van de National Board of Medical Examiners óf dat van één van de verschillende State Boards of Medical Examiners. De National Board laat alleen afgestudeerden van Amerikaanse en Canadese medische scholen tot zijn examens toe. Bijna alle buitenlandse medici kunnen slechts worden geregistreerd via de examens van de verschillende staten (State Board examens). Iedere Amerikaanse staat registreert buitenlandse medici alleen in de eigen staat, daarom leggen de kandidaten vaak examens af in meer dan een staat tegelijk. Hierdoor refereren de volgende aantallen niet aan personen maar aan afgelegde examens. Zodoende betekent ook niet ieder met goed gevolg afgelegd examen een nieuwe aanwinst voor de Amerikaanse medische professie. De 3100 door buitenlandse medici met goed gevolg afgelegde State Board examens in 1968 resulteerden in 2.082 nieuwe licenties.

De State Board examens moeten ook worden afgelegd door afgestudeerden van Amerikaanse nationaliteit afkomstig van medische scholen buiten Noord-Amerika. 187 van de 2004 nieuwe licenties die in 1967 aan buitenlandse medici werden uitgereikt, gingen naar zulke in Amerika geboren „buitenlandse” medici; hiervan waren er vier afgestudeerd aan Nederlandse medische faculteiten. De geciteerde aantallen moeten niet worden gezien als een maatstaf voor „brain drain”. Veel meer buitenlandse medici kwamen de Verenigde Staten binnen dan er State Board examens aflegden (voor 1967 was het aantal binnenkomende medici vier maal zo groot als het aantal examenkandidaten). Verder blijven niet alle medici die een State Board examen hebben afgelegd in de Verenigde Staten (de meesten doen dit wel). Zoals boven reeds werd vermeld, representeren de vermelde aantallen geen personen maar afgelegde examens.

De sociologe mej. Drs. M. J. A. de Maar analyseerde tijdens een verblijf in Engeland de resultaten van de Amerikaanse State Board examens voor een aantal landen.

Naderhand vertijnde zij de uitkomsten voor Nederland, terwijl zij thans met eenzelfde doel in Noorwegen werkzaam is.

Nevenstaand haar overzicht van aantallen en examenresultaten van in Leiden, Amsterdam (G.U.), Utrecht en Groningen afgestudeerde medici, die hun studie in de Verenigde Staten vervolgden.

De State Board examens worden bijna altijd afgelegd door buitenlandse medici die reeds eerder met goed gevolg het examen van de Educational Council for Foreign Medical Graduates (ECFMG) hebben afgelegd. Buitenlandse medici die dit examen met goed gevolg hebben afgelegd mogen in ziekenhuizen werken, maar zij kunnen zich niet vrij vestigen. De meesten hebben enige jaren postgraduate training gevolgd in een Amerikaans ziekenhuis voor zij aan een State Board examen deelnemen. De examens variëren in graad van moeilijkheid voor de verschillende staten, maar de buitenlandse medici nemen niet noodzakelijk deel aan het examen in die staten waarvan de examens eenvoudig zouden zijn. In 1967 werden 65% van de examens afgelegd in 8 staten waar het percentage afgewezen kandidaten van 1946-1966 gemiddeld 44% had bedragen, tegenover een percentage afgewezenen voor alle staten van 38%. Men stelt nu pogingen in het werk een meer eenvormig examen te ontwikkelen voor de verschillende staten. De Federation of State Medical Boards of the United States formuleerde een examen, dat in juni 1968 voor het eerst in 7 staten werd afgenomen; in december 1968 sloot een achtste staat zich hierbij aan. Dit examen (FLEX) werd in 1968 afgelegd door 996 kandidaten; 8% van de Amerikaanse en 63%

van de buitenlandse kandidaten werden afgewezen. Deze percentages afgewezen kandidaten zijn zeer hoog in vergelijking met de percentages afgewezen voor alle geëxamineerde kandidaten in 1968: 4,2% van de Amerikanen, 11,3% van de Canadezen en 37,2% van de buitenlanders.

In 1968 namen 4936 afgestudeerden van 317 medische scholen buiten Noord-Amerika aan State Board examens deel in 49 verschillende staten. 5079 afgestudeerden van 84 medische scholen in de Verenigde Staten namen deel aan examens in 53 verschillende staten, daarnaast legden 133 Canadezen van 12 verschillende medische scholen in Canada en 405 afgestudeerden van een aantal speciale Amerikaanse medische scholen (waaronder osteopaten) State Board examens af. Verder namen nog 4678 afgestudeerden van Amerikaanse medische scholen deel aan het examen van de National Board of Medical Examiners.

Aantal door in Nederland afgestudeerden afgelegde examens

Sinds 1946 werden 967 examens afgelegd door afgestudeerden van de medische faculteiten te Leiden, Amsterdam (Gemeentelijke Universiteit), Utrecht en Groningen. Figuur 1 geeft de aantallen examens, die door de afgestudeerden van deze faculteiten werden afgelegd, per faculteit weer. Tot 1952 was het aantal afgelegde examens erg laag, daarna steeg het tot een top in 1959. Deze stijging was het duidelijkst voor de Leidse afgestudeerden. Na 1959 neemt het aantal afgelegde examens af, 1962 vertoont nogmaals een top, maar sindsdien vertoont het aantal afgelegde examens een afnemende tendens. De top in afgelegde examens in 1959 werd voorafgegaan door een top in de output van de medische faculteiten in 1955-1956. Daarna nam ook het aantal afgestudeerden geleidelijk af. De laatste jaren stijgt dit aantal weer, maar deze stijging wordt (nog) niet weerspiegeld in het aantal afgelegde State Board examens.

De meeste examens werden afgelegd door afgestudeerden van de medische faculteit te Leiden, niet alleen absoluut maar ook als percentage van de output per faculteit. Leiden wordt direct gevolgd door Amsterdam (Gemeentelijke Universiteit), terwijl de absolute aantallen en percentages voor Utrecht en Groningen veel lager liggen (tabel 1). Hoewel 27%

ADVERTENTIES

Opgaven van advertenties dienen ter bespoediging van de plaatsing rechtstreeks te worden aangeboden aan:

Uitgeversmaatschappij Kruyt n.v.
Groot Hertoginnelaan 28,
Bussum
(Telefoon: 02159 - 3 22 59)

Tabel 1

Verhouding tussen de output van de medische faculteiten te Leiden, Amsterdam*, Utrecht en Groningen over de academische jaren 1945-46 tot en met 1967-68 en State Board examens afgelegd door afgestudeerden van deze faculteiten over de jaren 1946-1968.

	Output	State Board examens	% van output
Leiden	3103	402	13
Amsterdam*	3331	350	11
Utrecht	3083	158	5
Groningen	1873	66	4

* Alleen medische faculteit van de Gemeentelijke Universiteit.

Bron: Journal of the American Medical Association, Medical Licensure Statistics Issues (worden ieder jaar in mei of juni gepubliceerd).

Opgave van de output van de medische faculteiten zelf.

van de tussen 1946-1968 aan de vier faculteiten afgestudeerde medici afstudeerde te Leiden, werd 41% van het aantal afgelegde State Board examens afgelegd door Leidse medici. Voor Amsterdamse medici was dit verschil iets minder groot (29%-36%). Utrechtse en Groningse medici legden minder State Board examens af dan op grond van hun aandeel in de output was te verwachten. Groningse medici legden zelfs minder dan de helft van het te verwachten aantal examens af (tabel 2).

Niet alleen worden door Leidse en Amsterdamse medici meer State Board examens afgelegd, maar ook meer ECFMG-examens (examen van de Educational Council for Foreign Medical Graduates), dat wil zeggen het examen dat buitenlandse medici het recht geeft in Amerikaanse zie-

Tabel 2

Output van de medische faculteiten te Leiden, Amsterdam*, Utrecht en Groningen en State Board examens afgelegd door afgestudeerden van deze faculteiten: 1946-1968.

	Output 1946-1968	%	State Board 1946-1968	%
Leiden	3103	27	402	41
Amsterdam*	3331	29	350	36
Utrecht	3083	27	158	16
Groningen	1873	16	66	7
Totaal	11390	100	967	100

* Alleen medische faculteit van de Gemeentelijke Universiteit.

Bron: Journal of the American Medical Association, Medical Licensure Statistics Issues (worden ieder jaar in mei of juni gepubliceerd).

Opgave van de output van de medische faculteiten zelf.

kenhuizen te werken. Een vergelijking van het aantal ECFMG-examens, afgelegd door afgestudeerden aan de vier Nederlandse medische faculteiten in 1968, per faculteit, met het aandeel van de faculteiten in de totale output over 1968 (tabel 3), geeft ongeveer dezelfde verschillen in percentages te zien als bij eenzelfde vergelijking van de State Board examens het geval was (tabel 2). Leidse en Amsterdamse medici vertonen dus een grotere belangstelling voor een verblijf van korte of langere duur in de Verenigde Staten, dan Utrechtse en Groningse medici. Van de Nederlandse medici afkomstig van de vier medische faculteiten, die enige tijd in een Amerikaans ziekenhuis hebben gewerkt, zijn de aantallen die besluiten zich vrij te vestigen in de Verenigde Staten evenredig over de vier faculteiten verdeeld.

Examenresultaten in Nederland afgestudeerden

Het percentage afgewezen kandidaten (tabel 4)

Tabel 3

Output van de medische faculteiten te Leiden, Amsterdam*, Utrecht en Groningen en ECFMG-examens afgelegd door afgestudeerden van deze faculteiten: 1968.

	Output 1968	%	ECFMG 1968	%
Leiden	118	28	32	42
Amsterdam*	107	25	26	34
Utrecht	95	23	13	17
Groningen	101	24	5	7
Totaal	421	100	76	100

* Alleen medische faculteit van de Gemeentelijke Universiteit.

Bron: Journal of the American Medical Association, Medical Licensure Statistics 1968, 208, p.2151.

Opgave van de output van de medische faculteit zelf.

Tabel 4

Vergelijking van de resultaten van de State Board examens afgelegd door afgestudeerden van de medische faculteiten te Leiden, Amsterdam*, Utrecht en Groningen: 1946-1968.

	examens afgelegd	afgewezen	%
Leiden	402	66	16
Amsterdam*	350	56	16
Utrecht	158	29	18
Groningen	66	11	17

* Alleen medische faculteit van de Gemeentelijke Universiteit.

Bron: Journal of the American Medical Association, Medical Licensure Statistics Issues (worden ieder jaar in mei of juni gepubliceerd).

Tabel 5

Resultaten van State Board examens afgelegd in de Verenigde Staten: 1946-1968.

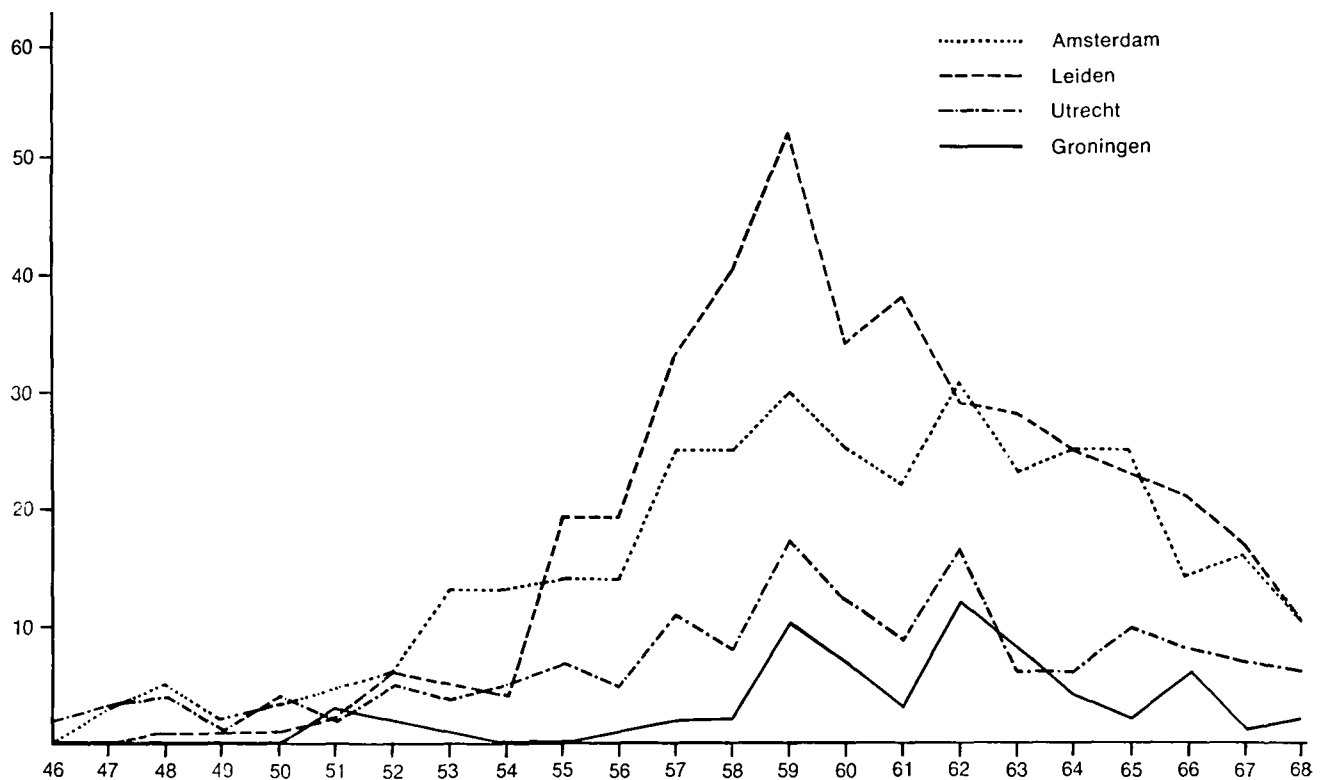
	1946-68 Totaal	Afgewezen	%	1968 Totaal	Afgewezen	%
U.S.A. ¹	123.874	4.276	3,5	5.079 ²	211	4,2
Canada ¹	3.515	341	9,7	133	15	11,3
Totaal buitenland ...	50.129	18.969	37,8	4.936	1.836	37,2
daarvan:						
Europa ³	30.623	12.106	39,5	1.585	613	38,7
daarvan:						
Engeland en Wales	1.136	116	10,2	70	13	18,6
Nederland	989	161	16,3	29	6	20,7
België	503	111	22,1	49	11	22,4
Schotland	704	158	22,4	34	6	17,6
Ierland	1.238	286	23,1	75	19	25,3
Spanje	1.493	371	24,8	212	58	27,4
Zwitserland ..	2.887	760	26,3	94	24	25,5
Frankrijk	790	290	36,7	37	7	18,9
Duitsland	4.937	1.988	40,3	154	51	33,1
Italië	5.036	2.400	47,7	229	104	45,5
Oostenrijk	1.690	810	47,9	39	25	64,1
Griekenland ..	1.379	669	48,5	112	53	47,3

1. Alleen erkende medische scholen
2. Hieraan moeten worden toegevoegd 4.678 Amerikaanse kandidaten die in 1968 deelnamen aan de National Board examens
3. De Skandinavische landen en Portugal, alsmede de Oosteuropese landen zijn buiten beschouwing gelaten, daar hun aantallen of te klein of niet vergelijkbaar zijn.

Bron: Journal of the American Medical Association, Licensure Statistics Issues (worden ieder jaar in mei of juni gepubliceerd).

was voor de afgestudeerden van de vier faculteiten zo goed als gelijk. Indien wij de examenresultaten vergelijken met die van kandidaten uit de Verenigde Staten en uit een aantal Europese landen, vinden wij een groot verschil in percentage afgewezenen (tabel 5). Over de jaren 1946-1968 was het percentage Amerikaanse kandidaten dat werd afgewezen 3,5%; het percentage voor Canada was 9,7% en voor alle buitenlanders 37,8%. Voor geheel Europa was dit percentage 39,5%, maar er is veel verschil tussen de percentages voor de Europese landen onderling. Nederland staat na Engeland op de tweede plaats. In hoeverre de taalfactor meespeelt in de slechte resultaten voor de meeste Europese landen in vergelijking met bijvoorbeeld de Engelse resultaten is niet bekend, maar niet moet worden vergeten dat de meeste kandidaten reeds enige jaren in een Amerikaans ziekenhuis hebben gewerkt voor zij deelnemen aan de examens en dat zij zich dus al enige jaren op hun vakgebied in het Engels hebben moe-

Grafische voorstelling van State Board examens afgelegd door afgestudeerden van de medische faculteiten te Amsterdam*, Leiden, Utrecht en Groningen: 1946-1968.



* Alleen medische faculteit van de Gemeentelijke Universiteit

Bron: Journal of the American Medical Association, Medical Licensure Statistics Issues (worden ieder jaar in mei of juni gepubliceerd).

Maatschappij-agenda 1970

- | | |
|----------------|--|
| 9 april | — Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters |
| 18 april | — Alg. Vergadering Maatschappij |
| 25 april | — Ledenvergadering L.S.V. |
| 12 juni | — Ledenvergadering L.H.V. |
| 12 september | — Alg. Vergadering Maatschappij |
| 24 september | — Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters |
| 2 en 3 oktober | — Ledencongres Maatschappij |
| 24 oktober | — Ledenvergadering L.S.V. |
| 13 november | — Ledenvergadering L.H.V. |
| 14 november | — N.H.G.-congres |
| 21 november | — Ledenvergadering L.A.D. |
| 19 december | — Alg. Vergadering Maatschappij |

ten uitdrukken, zodat enige training hierin wel kan worden verwacht.

Conclusie

In totaal neemt het aantal State Board examens afgelegd door in Nederland afgestudeerde medici af. Nog niets wijst er op, dat de stijging in de output van de Nederlandse medische faculteiten ook een stijgend aantal State Board examens tot gevolg zal hebben.

Procentueel worden meer examens afgelegd door afgestudeerden van de medische faculteiten te Leiden en Amsterdam dan door afgestudeerden van de Utrechtse en Groningse medische faculteit. Leidse en Amsterdamse medici legden respectievelijk de helft en een kwart meer examens af dan op grond van hun aandeel in de output van de vier medische faculteiten kon worden verwacht; Utrechtse en Groningse medici legden aanzienlijk minder State Board examens af. Dezelfde verschillen in percentages werden gevonden voor de ECFMG-examens.

Deze verschillen in Amerika-gerichtheid van de afgestudeerden van de medische faculteiten zijn inte-

ressant, maar kunnen hier niet worden verklaard. Het is heel moeilijk de factoren aan te wijzen, die deze verschillen bewerkstelligen. Zowel verschillen in onderwijs als in recruteringsgebied van de faculteiten en studiemilieu kunnen hier een rol spelen. Een vergelijking met andere academici van de verschillende universiteiten en een meer diepgaande studie van de Amerikavaarders zelf is zeker op zijn plaats.

De examenresultaten voor de afgestudeerden van de vier medische faculteiten waren zo goed als gelijk en liggen in vergelijking met de resultaten van medici van andere Europese landen gunstig.

De schrijfster wil graag dank zeggen voor de financiële steun die zij tijdens het uitvoeren van dit onderzoek van de zijde van de Social Science Research Council te Engeland ondervond.

Eenzelfde analyse werd uitgevoerd voor de afgestu-

deerden van medische scholen in Engeland, Wales, Schotland en Ierland.

Zie: O. Gish en M. J. A. de Maar. Graduates of British and Irish Medical Schools taking State Examinations in America. British Journal of Medical Education, 1969, 3.

Een meer uitgebreide analyse van de examenresultaten van afgestudeerden aan medische faculteiten in Europa werd gepubliceerd in Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicale.

Zie: O. Gish en M. J. A. de Maar. Les Candidats Européens et l'Examen en vue de l'Exercice Médical aux Etats-Unis de 1946 à 1967. Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, 1969, no. 2.

Referenties

American Medical Association Council on Medical Education (1968).

Medical Licensure Statistics for 1967. Journal of the American Medical Association, 204, 1067-1134.

American Medical Association Council on Medical Education (1969).

Medical Licensure Statistics for 1968. Journal of the American Medical Association, 208, 2083-2152.

Besluiten van de Algemene Vergadering

Overzicht van de besluiten van de 154ste Algemene Vergadering, gehouden op zaterdag 20 december 1969 te Utrecht (Esplanade), aanvang 13.30 uur.

1. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering (punt III van de beschrijvingsbrief). Aangewezen worden de voorzitter, de secretaris-penningmeester en L. Sloos, arts te Kouderkerke (district VI).

2. De Algemene Vergadering gaat akkoord met het voorstel van het hoofdbestuur de punten V, VI, VII A. en VIII, onder toepassing van artikel 405 c lid 2 van het huishoudelijk reglement, in behandeling te nemen.

3. Het rapport uitgebracht door de commissie „Scheiding van behandeling en controle” (punt V van de beschrijvingsbrief). De Algemene Vergadering aanvaardt met 34 stemmen vóór, 3 tegen en 4 blanco, het door de commissie uitgebrachte rapport.

4. Het rapport uitgebracht door de commissie „Taak bedrijfsarts” (punt VI van de beschrijvingsbrief). De Algemene Vergadering aanvaardt met algemene stemmen het door de commissie uitgebrachte rapport.

5. Voorstel van het bestuur van Medisch Contact

tot bekrachtiging van zijn benoeming van de heer F. A. Bol, arts te Schoonoord, tot hoofdredacteur van Medisch Contact. Het voorstel wordt conform artikel 902 van het huishoudelijk reglement behandeld en met algemene stemmen aangenomen.

6. Voorstel van het hoofdbestuur tot wijziging van een aantal artikelen van het huishoudelijk reglement (punt VII van de beschrijvingsbrief). De Algemene Vergadering keurt met algemene stemmen de voorgestelde wijzigingen goed *.

7. Voorstel van het hoofdbestuur inzake de inwerkingtreding van de nieuwe regeling op de rechtspraak. (Toegevoegd punt VII A. van de beschrijvingsbrief.) De Algemene Vergadering aanvaardt met algemene stemmen het voorstel, waarbij de datum van inwerkingtreding wordt bepaald op 1 april 1970.

8. Voorstel van het hoofdbestuur inzake het ondertekenen van de „belofte van Genève” (punt VIII van de beschrijvingsbrief). De Algemene Vergadering aanvaardt met 25 stemmen vóór, 3 tegen en 3 blanco, het voorstel van het hoofdbestuur het besluit van 5 februari 1949, inzake het ondertekenen van de belofte, ongedaan te maken. Voorts besluit

* De wijzigingen van het huishoudelijk reglement zullen in Medisch Contact worden gepubliceerd.

de Algemene Vergadering, met 28 stemmen vóór en 2 tegen, aan de nieuwe leden van de Maatschappij tezamen met het huishoudelijk reglement de belofte van Genève ter kennisneming te doen toekomen.

9. De Algemene Vergadering verklaart zich akkoord met de inhoud en strekking van het aan de afgevaardigden enz. toegezonden stuk, inzake de verdeling van de werkzaamheden verbonden aan de functie van penningmeester der Maatschappij; zulks ingevolge de instelling van de functie van secretaris-generaal der Maatschappij.

10. De Algemene Vergadering besluit met algemene stemmen voor het jaar 1970 de bijdrage der Maatschappij aan de S.A.N.O. met f 5.000,— te verhogen en derhalve te stellen op f 20.000,—. De voorzitter sluit te 17.45 uur de Algemene Vergadering.

MC

VAN HET CENTRAAL BESTUUR L.H.V.

Convocatie ledenvergadering

Op de ledenvergadering van 30 december 1969 is afgesproken op 23 januari 1970 opnieuw bijeen te komen om de besprekingen rond de ziekenfondshonoring van farmaceutische hulp door huisartsen voort te zetten.

Deze nieuwe ledenvergadering, die derhalve in het bijzonder van belang is voor apotheekhoudende leden, zal plaatsvinden in het (nieuwe) Jaarbeursgebouw aan de Croeselaan hoek Jaarbeursplein tel. 030-914914.

Aanvangstijdstip: 19.30 uur.

De agenda luidt als volgt:

1. Opening
2. Verzoek om dispensatie van art. 27 lid 1 van het Huishoudelijk Reglement

ADRESWIJZIGINGEN

kunnen om technische redenen niet spoor-slags worden gerealiseerd. Men verzeker zich toezending van Medisch Contact op een nieuw adres door van adreswijziging ten minste vier weken tevoren opgave te doen aan de administratie.

3. Mededelingen

4. Voortzetting bespreking ziekenfondshonoring van farmaceutische hulp door huisartsen
Toelichting ad 4: Aan de afgevaardigden, de plv. afgevaardigden ter Ledenvergadering, P.H.V.-voorzitters en -secretarissen, districtvoorzitters en apotheekhoudende leden der L.H.V. is inmiddels een nota ter bespreking onder dit agendapunt verzonden.

5. Wat verder ter tafel komt

6. Rondvraag

7. Sluiting

Voortzetting Ledenvergadering 19 december 1969

Aangezien de agenda van de ledenvergadering d.d. 19 december 1969 niet geheel kon worden afgewerkt, is besloten deze vergadering op 16 januari 1970 voort te zetten in Esplanade, Lucas Bolwerk 24, Utrecht, (tel. 030- 26088) *aanvang 19.30 uur*

Bij het gevolg van de besprekingen van het agendapunt: „Wat verder ter tafel komt”, zal onder meer worden behandeld het voorstel van District IX betreffende besluitvorming inzake sociale voorzieningen. (Zie mededelingen in M.C. 69/47 blz. 1341 en M.C. 69/48 blz. 1367).

J. I. van der Leeuw, arts,
secretaris

MC

**BRIEVEN
AAN DE REDACTIE**

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

UITSpraak VAN HET MEDISCH TUCHTCOLLEGE TE ZWOLLE (IX)

Het lezen van de uitspraak van het Medisch Tuchtcollege te Zwolle gepubliceerd in Medisch Contact van 20 november 1969 heeft bij vele collegae huisartsen gevoelens van onzekerheid, van onbehagen en ook van verontwaardiging teweeg gebracht.

Na lezen en herlezen van de toe-

toedracht van hetgeen waarover hier wordt geoordeeld bekwam ons een gevoel van verwondering; wat zou hier de onjuiste handeling zijn geweest? Wij zijn bij onszelf te rade gegaan hoe wij in dergelijke omstandigheden zouden hebben gehandeld. Rustig in onze stoel gezeten — niet in de stress van het praktijk doen — kwamen wij tot de conclusie dat wij niet anders zouden hebben gehandeld en dat dit een oplossing voor het onderhavige praktijkprobleem is, die de toets van iedere kritiek kan doorstaan. Wat nu? Hoe nu voortaan in soortgelijke situaties te handelen? Onzekerheid. Bepaald zeer onaangenaam deed het ons aan dat in de overwegingen welke

tot deze uitspraak hebben geleid, een op zijn terechtheid niet nader onderzocht gevoel van teleurstelling van de moeder van getroffene, aangaande de weigering van de huisarts om haar zoon te komen bezoeken, een plaats werd ingeruimd. Het komt de laatste tijd hoe langer hoe vaker voor dat een huisarts op goede gronden meent op een verzoek van een patiënt niet in te moeten gaan. Dat dit bij een patiënt teleurstelling veroorzaakt is duidelijk. Dat deze gefrustreerdheid nu zonder meer wordt aangegrepen als een grond om de arts te veroordelen is een voorbeeld van onjuiste oordeelsvorming, vermoedelijk op grond van vooringenomenheid.

In de gebezigde redenering heeft niet het belang van de patiënt het zwaarst gewogen (dit was immers door de juist gewraakte handelwijze het beste gediend!) maar een gevoel van teleurstelling van de moeder van de patiënt. De keuze tussen deze beiden is ten gunste van de laatste uitgevallen omdat men was vervuld van (= vooringenomen was met) al dan niet juiste gevoelens van onbehagen omdat de artsen de laatste tijd zo moeilijk bereikbaar en bereid zouden zijn om te komen. Hier is een gevaarlijk precedent ontstaan. Het medisch beroep en in het bijzonder dat van huisarts vraagt meer dan welk beroep ook bereidheid tot het dragen van verantwoordelijkheid. Een taak waarvan wij ons naar eer en geweten consciëntieus kwijten. Een taak die soms met zich meebrengt dat wij ons tegenover de (grillige) wensen van het publiek moeten opstellen vanuit weloverwogen achtergronden welke dezelfde zijn van waaruit wij onze verantwoordelijkheden aandurven. Men respecteert de gevolgen van weloverwogen beslissingen — ook wanneer dit soms tot teleurstellingen leidt — zeker wanneer zo duidelijk het wezenlijke belang en niet het vermeende belang, van een medemens de drijfveer van dit handelen was. Dat dit in de onderhavige uitspraak niet is geschied heeft ons gekwetst.

Schiedam, december 1969

P. Sprey

UITSpraak VAN HET MEDISCH TUCHTcollege TE ZWOLLE (X)

Naar aanleiding van het gewraakte vonnis van het Zwolse Tuchtcollege zou ik het volgende naar voren willen brengen:

Op de achtergrond staat de vraag of het nodig is, dat de huisarts altijd komt kijken, ook als de zaak onschuldig lijkt. Het is duidelijk, dat men in een goed ingerichte onderzoekruimte veel meer en beter werk kan verrichten. Bezoeken aan huis zijn vanuit dit gezichtspunt ondingen door tijdverlies (autorit, parkeren, men moet wachten tot de patiënt zich behoorlijk heeft ontkleed) en de onvoldoende outillage bij de patiënt thuis (slechte verlichting, moeizaam onderzoek in bedsteden, ongelukkige houding etc.) en het ontbreken van goede hulp. In andere westerse landen zien wij de ontwikkeling gaan in de richting van vermindering van huisvisites en vergroting van het aantal bezoeken ten huize van de huisarts, die door een afspraksprek-ur aan deze bezoeken meer zin kan geven. Daarom is het vonnis van het

Zwolse College een gemiste kans om aan het publiek duidelijk te maken, dat in de grote meerderheid der gevallen een huisbezoek geen zin heeft. Wat dat betreft is het Nederlandse publiek verwend. Verwennen is nooit goed. Men denkt een goede medische voorziening te hebben door frequente huisbezoeken, maar in feite wordt men in de onderzoekruimte van een huisarts beter geholpen. Ik geloof, dat hier een voorlichtingstaak ligt voor het N.H.G.

Middelburg, 19 december 1969

Dr. L. P. Roegholt

MC

VARIA

De drie ziekenhuizen van Walcheren hebben volgens het A.N.P. een akkoord bereikt over een samengaan. Het zijn de besturen der Godshuizen in Middelburg, het Christelijk ziekenhuis Bethesda in Vlissingen en de stichting R.K. streekziekenhuis St. Joseph in Vlissingen. Besloten is een overkoepelend orgaan in te stellen waarin de drie ziekenhuizen zijn opgenomen. Gestreefd zal worden naar een gemeenschappelijk ziekenhuis op Walcheren met een capaciteit van vijfhonderd bedden. Voor de periode dat nog niet over één gemeenschappelijk ziekenhuis kan worden beschikt denkt men aan een samenvoeging van het ziekenhuis Bethesda en het St. Josephziekenhuis. De drie besturen hopen het samengaan binnen tien jaar te realiseren.

¶

In antwoord op vragen van het Tweede-Kamerlid mejuffrouw Barendregt (P.v.d.A.) over het ontbreken van een tandarts in Pernis heeft staatssecretaris Kruisinga van Sociale Zaken en Volksgezondheid meegedeeld dat dit mede een gevolg is van het gebrek aan tandartsen in het algemeen. Van eind 1966 tot eind 1967 steeg het aantal tandartsen in Nederland van 3.034 tot 3.133, een stijging van ongeveer drie procent. De vooruitzichten op wat langere termijn zijn volgens Dr. Kruisinga gunstiger. Dit laatste is vooral te danken aan de stijgende capaciteit van de tandheelkundige faculteiten. De laatste jaren zijn er naast Utrecht vier faculteiten bijgekomen, namelijk Groningen, de Universiteit van Amsterdam, Nijmegen en de Vrije Universiteit te Amsterdam. Dientengevolge is het aantal tandheelkundige studenten sterk gestegen, van 668 in het cursusjaar '55/'56 tot 1.607 in het jaar '68/'69, een stijging in de laatste dertien jaar met ongeveer 150 procent.

Voor het aantal eerstejaars is gestegen, van 95 in '55/'56 tot 385 in '68/'69, een stijging van 300 procent. Het aantal praktiserende tandartsen steeg van 1.553 in 1947 tot 3.243 in 1968, in twintig jaar dus een verdubbeling. Ook de immigratie van tandartsen met een acceptabele opleiding uit andere landen wordt gestimuleerd. Voor de toekomst acht de staatssecretaris een behoefteprognose en een aanbodprognose van veel belang. Daarom heeft Dr. Kruisinga onlangs aan de Gezondheidsraad gevraagd een commissie in te stellen met als taak deze zaak nauwkeurig te bestuderen en hem zo spoedig mogelijk te adviseren.

¶

„De eerste ervaringen met wijkverplegers zijn zo gunstig dat men mag verwachten dat deze nieuwe functionaris spoedig algemeen geaccepteerd en gewaardeerd zal zijn.” Aldus mej. M. Schreurs in Geestelijke Gezondheidszorg, maandblad van het Wit-Gele Kruis. Bij het Wit-Gele Kruis werken al drie mannen in de wijkverpleging. Een vierde wordt opgeleid. Volgens zuster Schreurs is het nog een vraag of mannen op dezelfde wijze als vrouwelijk verplegerspersoneel kunnen worden ingezet. Zij wijst op weerstanden tegen bijvoorbeeld het verplegen van vrouwelijke patiënten door mannen. Ook op ander terrein kan men bij de bevolking weerstand verwachten. Als voorlopig de verpleger nog niet kan worden ingezet in een „gewone wijk” zou men hem volgens mej. Schreurs kunnen toevoegen aan vier of vijf wijkverpleegsters. Hij zou zich in die situatie met speciale activiteiten kunnen bezighouden, zoals revalidatie, bejaardenzorg en voorlichting. Aanstelling van verplegers biedt de kruisorganisaties mogelijkheden voor verbreding van deskundigheid in de wijkverpleging. De continuïteit en stabiliteit van de personeelsbezetting kan erdoor worden vergroot. Wel vergt, aldus zuster Schreurs, inzet van verplegers een goede voorbereiding en begeleiding.

¶

Een artikel in het Noord-Hollands Dagblad heeft geleid tot schriftelijke vragen aan drie ministers, de bewindslieden De Jong, Roolvink en Bakker. De vragen, geformuleerd door het Tweede Kamerlid mej. mr. M. A. Goudsmit (D'66), werden gesteld naar aanleiding van het volgende bericht: „Twaalf artsen en specialisten uit de omgeving van Alkmaar hebben een perfect functionerend alarmsysteem moeten prijsgeven, omdat de radio-

controledienst van de PTT in Den Haag er zijn veto over heeft uitgesproken. De PTT heeft geweigerd om de artsen voor het gebruik van het zogeheten „Becker draadloos alarm- en oproepsysteem” een machtiging te verlenen. De twaalf medici uit Alkmaar, Heiloo, Bergen, Egmond, Heerhugowaard, Stompvoren en andere dorpen hebben diens gevolg allen hun ontvangapparaten ingeleverd. Ook de zender, die stond opgesteld in het Centraal Ziekenhuis moest buiten werking worden gesteld. Het Becker-systeem, dat overigens wel door de PTT is goedgekeurd bestaat uit een kleine zender, die overal kan worden opgesteld. Voor de nodige installatie ervan is geen uitgebreide technische outillage nodig.”



Meer dan vijftig procent van het totale aantal gevallen van kanker kan in geval tijdige ontdekking worden genezen, zo hebben deskundigen van de Wereldgezondheidsorganisatie in een rapport meegedeeld. Zij verklaren dat het onjuist is te menen, dat kanker zich alleen maar leent voor een behandeling die het lijden verzacht en dat een vroegtijdige diagnose slechts zin heeft voor een verlenging van het leven met enkele maanden of jaren. In werkelijkheid is het zo, dat hoe eerder de diagnose plaats vindt hoe groter de kans op definitieve genezing is, aldus het rapport, waarin voorts wordt gesteld, dat: zijn de huidige behandelingsmethoden niet ideaal, zijn zij bij vroeg genoeg ingrijpen wel vaak doeltreffend. De deskundigen bepleiten een betere voorlichting van het publiek, deze moest er in de eerste plaats op zijn gericht, de redenen duidelijk te maken waarom niet moet worden gewanhoopt. Het pessimisme dient te worden bestreden, het publiek tot actieve medewerking aangezet, opdat tijdiger kan worden ingegrepen.



De 113 bij de Verenigde Naties aangesloten landen hebben op 11 december 1969 een verklaring aangenomen over de sociale vooruitgang en ontwikkeling in de wereld. Deze verklaring, welke een belangrijke rol kan spelen in het op handen zijnde tweede tienjarenplan van de Verenigde Naties richt zich op de ontwikkeling van de mens. Zij levert een aanzienlijke aanvulling op de reeds bestaande financieel-economische en technische visie ten aanzien van de vooruitgang.

De V.N.-verklaring geeft een nieuwe visie op de ontwikkeling van de mens.

In het ontwikkelingsproces zal volledig rekening dienen te worden gehouden met de sociale factoren. De verklaring is bedoeld als een beleidsinstrument ter bevordering van de maatschappelijke ontwikkeling op nationaal niveau overeenkomstig de sociale toestand en omstandigheden van elk land. Het document bevat een Intentieverklaring, Principes, Doelstellingen, Middelen en Methoden voor het bereiken van de doelstellingen. In de Principes wordt gesteld dat de sociale vooruitgang en ontwikkeling de eerbied voor de persoonlijkheid en de waarde van de mens als grondslag heeft en de ontwikkeling en de Rechten van de mens en de sociale rechtvaardigheid dient te bevorderen. Verder wordt benadrukt dat de sociale ontwikkeling een gemeenschappelijk belang is van de wereld. De doelstellingen beogen een zo hoog mogelijk niveau van maatschappelijke ontwikkeling. Het deel Middelen en Methoden bevat meer dan twintig stuurinstrumenten voor het bereiken van sociale vooruitgang, welke door ieder land kunnen worden gebruikt.



De International Union of Associations of Doctor-Motorists houdt van 20 tot 23 mei a.s. in het Esso-Motorhotel te Amsterdam een internationaal verkeers-medisch congres, dat zal worden geopend door de minister van Verkeer en Waterstaat.



MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

Uitgever: Uitgeverij. Kruij n.v., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259*, postgiro 142554.

Advertenties: In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland & 35,—, losse nummers 78 cent (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 15.950 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen: secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-2184; postgiro 111950, Amsterdam.

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