medisch contact

Nr. 23 – 4 juni 1976

redactioneel

In dit nummer:

- **'Bloemenhove' werkt veilig, even veilig – zo niet veiliger – als de gynaecologische afdeling van een algemeen ziekenhuis. Na ingrepen in de Bloemenhovekliniek, waar zwangerschappen volgens de methode-Finks (embryotomie) worden afgebroken, traden weinig vroege complicaties op. In 1975 moesten 11 (van de 4.558) patiëntes naar het Elisabeth Gasthuis worden doorgestuurd. Ernstige complicaties zijn zeldzaam. Dit schrijft medisch coördinator A. S. van den Bergh.**
  De aan het Elisabeth Gasthuis verbonden vrouwenarts E. W. Loendersloot noemt het alleszins gewettigd, dat de medewerkers van 'Bloemenhove' trots op hun resultaten zijn. Wel is serieuze kritiek op de gehanteerde methode mogelijk. Te weinig is vooral bekend over de late gevolgen van de ingreep. Van den Berghs weerstand tegen behandeling in algemene ziekenhuizen acht Loendersloot weinig beargumenteerd; veel vrouwen prefereren die behandeling in het algemeen ziekenhuis, indien abortus als een 'normale' ingreep wordt beschouwd.

- **Gezondheidszorg kost – steeds meer – geld. Een explosief (derde) rapport van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.**

- **Medisch Tuchtrecht: statussymbool of Damocleszwaard? K.N.M.G.-secretaris Mr. W. B. van der Mijn helt over naar het laatste.**

- **De commissie-Becht moet van de fondsen in de hoek. M.C. stond er bij.**

- **'Elke wetenschappelijk gevormde medicus dient psychologie gestudeerd te hebben. Frederik van Eeden dixit; zie: Geschiedenis der geneeskunde.**

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie 738
Inzender: H. P. A. Wolters

Gezondheidswerkers stappen weer op de fiets 740

De Bloemenhovekliniek (II): Vroege complicaties bij mid-trimester abortus, door *A. S. van den Bergh* 741

Commentaar op het voorgaande, door *E. W. Loendersloot* 744

Derde kostenrapport Centrale Raad voor de Volksgezondheid 746

Het medisch tuchtrecht als zwaard van Damocles, door *Mr. W. B. van der Mijn* 747

Frederik van Eeden en zijn medisch proefschrift (1886), door *Dra C. M. Verkroost* 753

Rapport commissie-Becht gekritiseerd. Algemene vergadering Federatie van Ziekenfondsen V.M.Z. 756

OFFICIEEL 757

Inhoudsopgave officieel 764

MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoording verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de K.N.M.G. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

Dr. J. Degenaar, voorzitter;
B. Q. A. Enneking, onder-voorzitter;
Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M. Kemperstraat 5, Utrecht);
G. A. C. Bosch, penningmeester;
F. Moerman.

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
G. W. Valkenburg-van Straten, redactrice;
C. R. van der Goot-van der Sluijs, secretaresse;
W. G. Juffermans-Kaltofen, secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgeverij

Tijl Media B.V.,
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.

Abonnementen

Voor niet-leden van de K.N.M.G. *f* 69,—; buitenland *f* 80,—; losse nummers *f* 2,— (exclusief BTW). Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd. Opgaven uitsluitend bij de uitgeverij.

Adreswijziging

Leden der K.N.M.G. uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

Brieven

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

INTEGRATIE TOETSING NASCHOLING HUISARTSEN

Nu het functioneren van de huisarts wederom ter discussie staat en bij velen vragen rijzen over begrip en inhoud van onderlinge toetsing, lijkt het zinvol te bezien of via bestaande of nog te ontwikkelen programma's van nascholing een acceptabele vorm van toetsing haalbaar is. De ontwikkeling van de laatste jaren heeft geleerd dat er naast onderwijs *ex cathedra* een vorm van groepsgewijze nascholing is ontstaan, waarbij interactie en het onderling ter discussie stellen van het functioneren zeer belangrijke elementen zijn. Daarnaast is duidelijk geworden dat relevantie van de leerstof en motivatie tot deelname elkaar positief beïnvloeden: het lijkt daarom zinvol leemten op te sporen niet alleen bij de deelnemer (subjectieve én objectieve behoefte) maar ook bij inhoud en vorm.
Het begrip toetsing (= beoordelen aan de hand van maatstaven) dekt het zich bloot geven én eigen of andermans functioneren ter discussie stellen binnen een groep aan de hand van normen door de beroepsgroep opgesteld; hierbij wordt duidelijk dat in groepsgewijze nascholing een toetsend element aanwezig is dat nog onvoldoende wordt benut.
Deze groepsgewijze nascholing zal voor iedere huisarts beschikbaar moeten zijn: deelname van andere disciplines en of echelons als gelijkwaardig groepslid zal de waarde van de nascholing en de objectiviteit van de toetsing zeker goed doen. Het dient overwogen te worden ook de patiënt hierbij te betrekken.
Welke vormen van nascholing benaderen dit ideaal?
Warffumcursus: de reeds veel geprezen aanzet die door verdere perfectionering nog aan waarde kan winnen (bijvoorbeeld behoeftepeiling en effectmeting); in het spreekuur dient een duidelijk programma van zelfevaluatie te worden opgenomen. Naast het 'learning principle' als essentiële factor staat de onderlinge interactie garant voor actieve deelname.
'Bedside-teaching': het gaat om een groepsgewijze benadering van de patiënt door huisartsen met specialist of vertegenwoordigers van andere disciplines. Na een wat trage start is de deelname in de regio Eindhoven, mede dank zij de flexibele opzet en een bijsturen vanuit beide invalshoeken, sterk gestegen. De frequentie kan erg hoog zijn en het is goed in te passen in het schema van praktijkvoering; het is zodoende toegankelijk voor elke huisarts en specialist. Het is evident dat de communicatie tussen huisarts en specialisten in het meewerkende ziekenhuis sterk verbetert; het kan een goede springplank zijn voor individuele overdracht van technieken.
Balintgroep: na het relativeren van eigen onmacht- en insufficiëntiegevoelens komt men in een stadium waarin men meer oog heeft voor de emotionele aspecten van de arts-patiëntrelatie; een en ander leidt tot grotere tolerantie en een sneller herkennen, waarna de behoefte aan steun bij de benadering van probleempatiënten afneemt.
Waarnemingsgroep met weekenddienstbespreking: door de vaak grote leeftijdsverschillen ideaal om allen te betrekken bij de discussie over het eigen functioneren en bij het onderzoek naar en stimulatie tot nascholing. Gespreksgroep met andere disciplines binnen het eerste echelon en al die groeperingen die zich met het maatschappelijk welzijn bezighouden; het gaat over meer algemene problemen of in kleiner verband over problemen van het individu binnen deze maatschappij. Ook hier blijkt een duidelijke communicatieverbetering hetgeen een betere taakverdeling mogelijk maakt. Het lijkt mij duidelijk dat een goede gesprekstechniek een gunstige invloed moet hebben op groepsgewijze nascholing; deze mag derhalve in dit artikel niet ontbreken.

Het lijkt aannemelijk te veronderstellen, dat dwang tot deelname aan groepsgewijze nascholing minder invloed op het effect zal hebben dan bij nascholing ex cathedra. Doelmatiger opzet en mentaliteitsverandering kunnen mogelijke dwang overbodig maken.

Nuenen, 12 mei 1976

H. P. A. Wolters

Varia

Werkgroep hartchirurgie – De beoogde uitbreiding van de hartchirurgische capaciteit, met name bij de universitaire centra, is achtergebleven ten opzichte van de planning gebaseerd op adviezen van de Gezondheidsraad (1972, 1973). Mede als gevolg hiervan zijn de wachtlijsten voor operaties langer dan gewenst zou zijn, terwijl sommige

doorlezen naar blz. 740

HARTZEER

De indruk, dat in Nederland honderden patiënten overlijden als gevolg van een onvoldoende capaciteit binnen de hartchirurgische centra, is zeker niet juist. Uitspraken namens de Nederlandse Hartpatiëntenvereniging zouden gemakkelijk de verwachting kunnen wekken, dat coronairchirurgie een panacee is voor alle dreigende en ontstane hartinfarcten. Dit is niet in overeenstemming met de feiten en het is dus te betreuren indien dergelijke verwachtingen inderdaad zijn gewekt.
Patiënten met een dringende indicatie bij wie uitstel van opereren funest zou zijn, kunnen – zo is ons bij navraag gebleken – onmiddellijk worden geholpen. Dit betekent niet, dat wat betreft de hartchirugie alles prima in orde is. Al in 1971 heeft de commissie-Nieveen er in een interimrapport op gewezen, dat wil men aan de vraag voldoen uitbouw van de bestaande universitaire cardiochirurgische centra een dringende noodzaak is. In 1971 ging de commissie ervan uit, dat tijdens de eerste fase van de uitbreiding gemikt zou moeten worden op 1.300 hartoperaties bij kinderen en 3.000 operaties ten gevolge van afwijkingen van de coronairvaten. Men schatte toen dat er per jaar ongeveer 10.000 coronair-angiografieën zouden kunnen plaatsvinden, waarvan ongeveer een derde in aanmerking zou komen voor operatie. Dit aantal operaties wordt nog lang niet gehaald.

Nu is de indicatie tot operatie niet simpelweg te stellen. In het ene centrum worden ruimere criteria gehanteerd dan in het andere. Een van de voornaamste effecten van coronairchirurgie is het verdwijnen van de angineuze pijn. Over de oorzaak van deze symptoomverbetering bestaat onder de deskundigen geen communis opinio. De voor de hand liggende oorzaak: een betere bloedvoorziening van de hartspier, schijnt na de operatie niet altijd bewaarheid te zijn. Vele patiënten met angineuze bezwaren kunnen evengoed, zo niet beter, met medicamenten worden behandeld. Het aantal te opereren patiënten wordt dan ook in sterke mate bepaald door het selectiecriterium dat wordt aangelegd.
Punten die voorts voor een beoordeling van de hartchirurgische capaciteit van belang zijn, zijn het operatierisico en de overlevingsduur. Een bekend cardioloog heeft eens de uitspraak gedaan: 'Je kunt veiliger op de wachtlijst van de cardiochirurg staan dan op zijn operatietafel liggen'. Dat is natuurlijk een grapje, maar het houdt wel verband met de wijze van selecteren. De operatiemortaliteit per centrum loopt uiteen van iets minder dan 0,5% tot ruim 16%. Het is daarom beslist noodzakelijk dat er zeer nauw wordt samengewerkt tussen het cardiologische team aan de ene kant en het chirurgische team aan de andere kant. Men dient elkaars werkwijze en mogelijkheden precies te kennen. Dat is alleen mogelijk, indien men gedurende niet te korte tijd met elkaar heeft samengewerkt.

Indien iedere Nederlander gebruik zou moeten kunnen maken van alle therapeutische mogelijkheden ter wereld die hier niet in volle omvang bereikbaar zijn, zouden wij binnen afzienbare tijd wel eens bankroet kunnen zijn

Het cardiologisch centrum van het Antoniusziekenhuis in Utrecht heeft in de afgelopen tijd een zestal patiënten in een centrum in de Verenigde Staten laten opereren. Dit was mogelijk, doordat een deskundige uit Utrecht gedurende een langere periode in dat Amerikaanse centrum had gewerkt. Het opereren van hartpatiënten in de V.S. op enigszins grote schaal – een mogelijkheid die onder meer wordt gesuggereerd door de kreet: 'een luchtbrug voor hartpatiënten' – is een utopie, die niet van gevaar is ontbloot tenzij men zich beperkt tot die patiënten die een operatie het minst nodig hebben.
Het blijft een moeilijke zaak de capaciteit van therapeutische centra te bepalen, zeker wanneer de selectiecriteria rekbaar zijn. Het is niet alleen een kwestie van optimale gezondheidszorg, maar ook een kwestie van financiële mogelijkheden. Indien iedere Nederlander gebruik zou moeten kunnen maken van alle therapeutische mogelijkheden ter wereld die hier niet in volle omvang bereikbaar zijn, zouden wij binnen afzienbare tijd wel eens bankroet kunnen zijn.
Het komt ons voor dat met spoed moet worden gestreefd naar een hartchirurgische capaciteit als in het rapport-Nieveen omschreven. Reeds jaren wordt hierop door deskundigen aangedrongen. Het is alleen jammer dat daar blijkbaar acties als die van de heer Fievet voor nodig zijn.

B.

patiënten soms onverantwoord lang op een operatie moeten wachten. De begeleidingscommissie Hartchirurgie van de Gezondheidsraad heeft derhalve – zo blijkt uit een persbericht van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne van de 17e mei jongstleden – besloten een kleine werkgroep in het leven te roepen, die op verzoek van en in overleg met de hartchirurgische centra de coördinatie en begeleiding ter hand zal nemen van die gevallen waarin een operatie in een buitenlands centrum noodzakelijk blijkt. Samenstelling van de werkgroep: Prof. Dr. F. L. Meyler, cardioloog; Prof. H. A. Huismans, cardiochirurg; en Prof. Dr. J. M. Greep, chirurg. Aan het werkgroepoverleg zal worden deelgenomen door de heer L. L. Marselis, algemeen secretaris van de Ziekenfondsraad. Voorts zal er contact zijn met de vereniging van hartpatiënten. Inschakeling van buitenlandse centra werd tijdens het beraad dat aan de instelling van de werkgroep voorafging overigens slechts als een tijdelijke noodmaatregel gezien. De coördinatiecommissie Hartchirurgie zal op korte termijn nagaan langs welke weg de uitbreiding van de hartchirurgische capaciteit tot het geplande niveau in de eerste fase – tot plusminus 2.100 hartoperaties – kan worden bereikt; daarbij zal de Gezondheidsraad tevens advies uitbrengen met betrekking tot de verdere ontwikkeling van de hartchirurgie in ons land. De werkgroep is (voor ernstige gevallen) te bereiken via de afdeling Cardiologie van het Academisch Ziekenhuis Utrecht, tel. 030-372500.

Hartoperaties academische ziekenhuizen – Op het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen en bij de academische ziekenhuizen wordt hard gewerkt aan de uitbreiding van de hartchirurgie. Staatssecretaris Klein – zo berichtte voormeld ministerie d.d. 17 mei 1976 – wil zo spoedig mogelijk beginnen met universitaire kinderhartchirurgie in het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht. Bij zijn beleid op het terrein van de hartchirurgie gaat de bewindsman uit van het streefgetal van 250 operaties per academisch ziekenhuis per jaar. Dit komt er op neer, dat wanneer alle zeven academische ziekenhuizen mee zouden doen er in totaal 1.750 open hartoperaties per jaar zouden moeten plaatsvinden. (Het academisch ziekenhuis in Utrecht en dat van de Vrije Universiteit doen nog niet mee.) In 1974 gaf Dr. Klein een extra financiële injectie van *f* 17 miljoen voor een versnelde uitbouw van de capaciteit in de academische ziekenhuizen ten behoeve van hartoperaties. In dat jaar werden in academische ziekenhuizen in totaal 1.211 hartoperaties verricht, 904 open en 307 gesloten hartoperaties. In 1975 bedroeg het totaal 1.278: 977 open en 301 gesloten. In 1976 zullen naar verwachting in de academische ziekenhuizen 1.520 hartoperaties kunnen worden verricht, waarvan 1.105 open en 415 gesloten. Ten opzichte van 1974 betekent dit een stijging met 22%. In algemene ziekenhuizen zullen dit jaar naar raming 775 open hartoperaties plaatsvinden, namelijk 635 in Utrecht en 140 in Amsterdam.

Gezondheidswerkers stappen weer op de fiets

Het succes van de Eerste Nederlandse Wielerkampioenschappen op de weg voor artsen, dierenartsen, apothekers, tandartsen en fysiotherapeuten gehouden in het recreatiepark van de Beekse Bergen te Tilburg in oktober vorig jaar, waar door ruim 140 deelnemers verwoed om iedere meter circuit gestreden werd, noopt tot een nieuwe poging om de Nederlandse 'medico-cyclisten' bijeen te brengen voor een confrontatie op sportief gebied.

In Nederland worden twee evenementen georganiseerd:
25 augustus: een tourtocht door de Maasvallei, met als centrum Geleen; tijdens deze tocht ook enkele competitie-elementen voor de liefhebbers.
25 september: het Nederlandse kampioenschap op het circuit van de Beekse Bergen bij Tilburg. Dit bestaat uit: een wedstrijd van ± 20 km voor beginners; een wedstrijd van ± 60 km voor geoefenden, (ingedeeld in 2 leeftijdscatagorieën); daarnaast ook een tourtocht van ± 40 km.

In Frankrijk en België worden jaarlijks vele ritten gehouden. Van de V.M.W. (Vlaams Medische Wielerkring/Cercle Cycliste Medical Flamand) kregen wij als belangrijkste data door:

20 juni: kampioenschap van Vlaanderen, Zaffelare;
27 juni: Belgisch kampioenschap, St. Truiden;
10-11-12 september: Wereldkampioenschap, Gerardsbergen;
26 september: de klassieker van Luik (Sart-Tilman) reeds bij vele Nederlanders bekend (dus daags na de Beekse Bergen).

Inlichtingen Frankrijk en België: V.M.W., Dorp 18, 8921 Poelkapelle, tel.: 09-5748802.

Inlichtingen Nederlandse ritten:

Bij het secretariaat: 030-312883 (M. Verpalen) of op een van de volgende nummers: 05224-1500 (J. v. Gooswilligen); 04490-7592 (L. Schattenberg); 05908-32340 (A. Mantingh); 013-342045 (D. Ausems).

Na aanmelding wordt u genoteerd en voortaan rechtstreeks van de activiteiten op de hoogte gehouden.

Om organisatorische redenen kan dit jaar geen sprake zijn van wedstrijddeelname 'buiten mededinging' dat wil zeggen alleen opgave van afgestudeerde artsen, dierenartsen, tandartsen, apothekers en fysiotherapeuten is mogelijk.

Verkenning welzijnswerk – De *Council of International Programs for Youth Leaders and Social Workers*, Cleveland (U.S.A.), geeft ook voor 1977 weer aan een zestal Nederlanders gelegenheid tot een viermaands verblijf in de Verenigde Staten om kennis op te doen van het welzijnswerk aldaar. Het programma houdt in een studiecursus van zes weken in Chicago, Philadelphia of een andere grote stad, praktijkwerk gedurende tien weken en een kort verblijf in New York en Washington. (Voor twee kandidaten is de mogelijkheid aanwezig de verkenning met negen maanden te verlengen). Voor selectie komen in aanmerking: jeugd- en vormingsleiders, cultureel werkers, maatschappelijk werkers, vrijwilligers in het jeugdwerk, B.L.O.-onderwijzers, beroepskrachten in ziekenhuizen en inrichtingen en anderen. Vereisten: leeftijd 23 tot 40 jaar, redelijke beheersing van de Engelse taal, praktijkervaring. De reiskosten zijn in beginsel voor rekening van de deelnemers, maar daarin wordt (door enkele ministeries) ruim gesubsidieerd. Men kan zich voor selectie (die in oktober plaatsvindt) alsook voor verdere informatie richten tot het secretariaat van C.I.P./Holland, Nationale Raad voor Maatschappelijk Welzijn, Eisenhowerlaan 146, Den Haag, (tel. 070-512141).

Vroege complicaties bij mid-trimester abortus

door *A. S. van den Bergh*

Op 29 november 1974 verscheen in dit tijdschrift een overzicht over de gang van zaken in de toen ruim een jaar functionerende abortuskliniek in Heemstede, die zich van alle andere onderscheidt door speciaal verder gevorderde zwangerschappen af te breken[1]. Daarin werd een overzicht gegeven over de beweegredenen, de herkomst, de selectie, de leeftijdsverdeling en verschillende andere variabelen van een groep van 135 door de schrijver behandelde Nederlandse vrouwen. Ook werd nagegaan waarom deze vrouwen zich pas in een zo laat stadium van de zwangerschap hadden aangemeld.
Uitvoerig werd ingegaan op de methodiek van de methode Finks, het gebruikte instrumentarium en de additionele farmacotherapie.
Nu, na bijna drie jaar Bloemenhove, lijkt het wenselijk met uitvoeriger gegevens te komen, met name betreffende de – statistisch voorspelbare – complicaties.

Samenvatting
Dit artikel bevat een overzicht van de vroege* complicaties die zich voordeden bij het afbreken van 4.558 zwangerschappen in het tweede trimester volgens Finks. Het aantal ernstige complicaties is zeer gering. We schrijven dit toe aan de superspecialisatie van artsen en personeel en de optimale condities waaronder wordt gewerkt. Ook de verhouding tot het aantal vroege complicaties bij poliklinische behandeling (tot maximaal 13 weken) is verrassend gunstig. Twijfel blijft bestaan omtrent de late gevolgen van de behandeling.

In het jaar 1975 werden in het Bea Huis en de Bloemenhovekliniek tezamen 17.695 zwangerschappen afgebroken: waarvan 13.137 poliklinisch (tot een zwangerschapsduur van 13 weken) en 4.558 klinisch (zwangerschapsduur van 13 tot 19 weken). Deze behandelingen werden uitgevoerd door 20 part-time werkende artsen, waarvan er 4 werkzaam waren in de klinische afdeling.

Analgesie

In 1975 werd bij de poliklinische behandeling vrijwel door alle artsen overgegaan op het geven van lokale anesthesie door middel van pericervicaal block met Xylocaïne. Bij de klinische abortus werd in de loop van 1974 van algehele narcose geleidelijk overgeschakeld op neuroleptanesthesie. Na veel proefnemingen kwam intraveneuze toediening van de combinatie van 30 mg Diazepam met 30 mg Pentazocine als meest effectieve uit de bus. Gecombineerd met de lokale anesthesie, volgens Finks, komt men in meer dan 95% van de gevallen hiermee uit.
Bekend was dat gasnarcose (vooral Fluothane is berucht) uterusatonie kan veroorzaken, waardoor dan heftig bloedverlies optreden kan[2]. De voordelen van de 30:30 analgesie (Valium ® en Fortral ®) zijn evident. De cliënte is somnolent, aanspreekbaar en kan pijn aangeven. De anterograde amnesie door de Valium ® maakt dat zij achteraf zich niets herinnert van de ingreep. De gevallen waarbij de vrouwen zo verkrampt zijn dat men niet uitkomt met de 30:30 analgesie, reageren vrijwel steeds uitmuntend op een additionele intraveneuze injectie van 20-100 mg Brietal ® (natriummethohexital).
Alhoewel van de zijde van de anesthesisten bij de combinatie 30:30 wel vraagtekens worden gezet, hebben wij thans ruim 6.500 vrouwen zonder enig ernstig probleem en met de beschreven voordelen kunnen behandelen. Ook de wetenschappelijke afdelingen van de fabrieken van de genoemde farmaca kenden geen literatuur, waarin reëel gevaar van deze nieuwe methode wordt bewezen. Diverse ziekenhuizen in de omgeving van de Bloemenhovekliniek, alsmede de gynaecologische afdeling van het Academisch Ziekenhuis in Utrecht, hebben deze methode van analgesie overgenomen.
Buiten Nederland wordt deze vorm van NLA (neuroleptanesthesie) veelvuldig toegepast in Japan, Mexico, Israël en de Verenigde Staten. Het is echter merkwaardig, dat alhoewel men de fortral per patiënt doseert tot ruim 90 mg[3], men met het toedienen van valium zeer terughoudend is en zelden hoger doseert dan 20 mg.

Complicaties

Bij de behandeling van deze 17.695 (klinisch en poliklinisch behandelde) vrouwen, of binnen enkele uren daarna, werden 26 vrouwen op verdenking van een ernstige complicatie ingestuurd naar het Elisabeth Gasthuis te Haarlem. Bij 2 vrouwen geschiedde het verwijzen reeds voor de behandeling had aangevangen, omdat gedacht werd aan een – mogelijk door het vooronderzoek – gebarsten tubair graviditeit. Een andere evenmin in behandeling genomen patiënte werd onder verdenking van een adnex-tumor terugverwezen naar haar gynaecoloog in Duitsland. Op de weg naar huis deden zich echter zulke alarmerende verschijnselen voor dat zij in het Academisch Ziekenhuis te Utrecht moest worden opgenomen, waar bij onderzoek eveneens gebarsten extra-uterine graviditeit werd vastgesteld.
Uit de teruggezonden formulieren, die de vrouwen invullen samen met de arts die de nacontrole na drie weken verricht (voor de Nederlandse vrouwen 88% en de buitenlandse vrouwen 67%), konden wij ook een overzicht verkrijgen over het voorkomen van de niet

* Onder 'vroeg' verstaan wij optredend gedurende de eerste drie weken in aansluiting aan de ingreep.

tijdens het verblijf in de kliniek optredende vroege complicaties.
Bekijken we het staatje *(tabel 1)* dan lijkt het met de risico's nogal mee te vallen. In de literatuur wordt voor het eerste trimester meestal een perforatie-percentage opgegeven dat schommelt tussen de ½ en 2%[4]. Voor het tweede trimester liggen de percentages minimaal 3 maal zo hoog[5]. Nog duidelijker ligt dat voor het abundante bloedverlies. Zoals destijds[1] beschreven, wordt bij alle klinisch behandelde vrouwen voor de ingreep de baarmoederhals zorgvuldig geïnfiltreerd met een mengsel van Xylocaïne 1% + Noradrenaline 1 : 100.000.
Hierdoor wordt geopereerd in een vrijwel bloedleeg operatieveld en wordt ruim bloedverlies vermeden.
Het is opvallend dat het cijfer voor het bestaan van abundant bloedverlies in de polikliniek bijna driemaal zo hoog ligt. Een van de vervelendste complicaties bij abortus arte provocatus, het blijven bestaan van de zwangerschap na behandeling, kwam bij de klinische behandeling nimmer voor.
Infecties, vroeger bij abortus provocatus zo gevreesd vooral ook om de mogelijke erna optredende steriliteit, werden vrijwel niet gezien. De klinisch behandelde vrouwen krijgen op de dag van de behandeling profylactisch al 300 mg Vibramycine (100 mg intraveneus en 200 mg per os) en daarna nog 3 dagen 100 mg per os per dag. De poliklinisch behandelde vrouwen krijgen de capsules mee naar huis. Van 1 van de 4 vrouwen die een endometritis kreeg, is bekend dat zij de antibiotica niet had ingenomen.

Tabel 1. Complicaties Bea Huis + Bloemenhovekliniek in 1975

	behandeld totaal	opnames	perforaties	fluxus 200 cc	infecties*	retenties	anders
kliniek	4.558	11	9=1/506	2 =1/2.279	0	0	0
polikliniek	13.137	15	14=1/931	17=1/773	4=1/3.284	19=1/691	verdenking E.U.G. gebarsten E.U.G.

*) De temperatuurstijging boven 38,5 °C die hospitalisatie vereiste.

Naar het Elisabeth Gasthuis

Alvorens mij te wagen aan beschouwingen over de mogelijke oorzaken van onze gunstige uitkomsten, laat ik hier een overzicht volgen van de complicaties die na de kliniekbehandeling (mid-trimester) tot opneming op de gynaecologische afdeling van het Elisabeth Gasthuis aanleiding gaven.

1. Op 29 januari werd een 19-jarige ongehuwde Duitse patiënte (no. 34887) ingestuurd. Patiënte had reeds een 2-jarig kind. Er bestond bij deze labiele jonge vrouw niet ten onrechte angst voor vruchtbeschadiging. Zij had tweemaal een ontwenningskuur in verband met hard drugs-gebruik doorgemaakt. Bij nacontrole, direct na de ingreep volgens Finks, waarbij een 15 weken oude vrucht was verwijderd, bleek vlak achter een ostium internum een gulden grote perforatieopening te bestaan. Patiënte vloeide evenwel niet. In het Elisabeth Gasthuis werd de buikholte laparoscopisch geinspecteerd. Er was een hematoom in het parametrium, geen bloed in de vrije buikholte. Patiënte werd conservatief behandeld met uterotonica en antibiotica. Na 10 dagen verliet zij het ziekenhuis in goede toestand en klachtenvrij.

2. Op 11 maart werd een eveneens Duitse patiënte (no. 36834) ingestuurd. Het betrof een 39-jarige grande multipara met 10 kinderen. Het 5e, het 9e en het 10e kind waren in min of meer ernstige graad gehandicapt door congenitale afwijkingen. Na de ingreep, waarbij een 18-19 weken oude vrucht werd verwijderd, bleef patiënte vloeien ondanks toegediende uterotonica. Bij aankomst in het Elisabeth Gasthuis was het bloedverlies spontaan gestopt. De volgende dag vloeide patiënte toch nog ruim zodat tot curettage onder laparoscopische controle werd besloten. In het parametrium bestond een hematoom. Er werd geen perforatie gezien. Patiënte werd door middel van tubacoagulatie gesteriliseerd. Na twee dagen werd patiënte klachtenvrij en in goede toestand ontslagen.

3. Patiënte no. 37696 is een ongehuwde 27-jarige Portugese 4e gravida-2e para die op 27 maart werd ingestuurd. Het jongste kind was een half jaar oud. Als beroep gaf zij op schoonmaakster te zijn. De partner, een zeeman, was onbereikbaar. In aansluiting aan de behandeling volgens Finks waarbij een 18 weken oude vrucht werd verwijderd, deden zich alarmerende symptomen voor van een 'acute buik'. In het Elisabeth Gasthuis werd dezelfde avond een proeflaparotomie gedaan, waarbij een geperforeerde uterus werd gevonden en een verscheuring van het peritoneum aan de mesenteriale zijde van het sigmoïd. Er was geen darmperforatie. Postoperatief waren er geen problemen, de wondgenezing was ongestoord. In goede algemene conditie verliet patiënte na 9 dagen het ziekenhuis.

4. Op 13 mei werd een Franse, 38-jarige nullipara no. 39814 behandeld. Zij vindt zich zelf te oud voor kinderen en heeft er naar haar zeggen een hekel aan. Zij werkt als ambtenaar op het ministerie van Justitie en moet haar man (oorlogsinvalide) onderhouden. Doordat de uterus bij uitwendig onderzoek myomateus lijkt te zijn, wordt een klinische ingreep voorgesteld. De amenorrhoe is 12 weken. Met de zuigbuis (8 mm) wordt geperforeerd. Op 14 mei onderging zij een laparotomie, waarbij enucleatie van een groot myoom in fundo en coagulatie van beide tubae volgde. Het postoperatief beloop is ongestoord. Op 26 mei werd patiënte in goede toestand ontslagen.

5. Een Oostenrijkse, 42-jarige 3e para (no. 40427) met een amenorrhoe van 12-13 weken, werd op 26 mei ingestuurd. Zij was zwanger geworden na een extramatrimonieel contact. De echtgenoot is potator, het jongste kind is 16 jaar. De operateur vertelde dat de zuigbuis – *zonder* enige weerstand te ontmoeten – tot aan het handvat naar binnen werd gebracht. Patiënte werd onmiddellijk ingestuurd. Na laparoscopie waarbij veel bloed in de buik werd gezien, werd een laparotomie verricht waarbij een fundusresectie plus beiderzijdse tubectomie volgens Pommeroy

werd uitgevoerd. Het stuk uteruswand waarin zich de perforatie-opening bevond, vertoonde bij P.A.-onderzoek een beeld van 'gewoekerd chorionepitheel dat in de spierwand is gedrongen'. Het lijkt hier een placenta increta te hebben betroffen, hetgeen tevens de 'moeiteloze' perforatie verklaart. Het postoperatief beloop werd gecompliceerd door slecht op gang komende darmperistaltiek en een urineweginfectie. Pas na 17 dagen kon patiënte het ziekenhuis verlaten.

6. Een 39-jarige Franse weduwe (no. 43110), als onderwijzeres werkzaam in Algerije, is zwanger geworden met een I.U.D. Haar oudste zoon is 21 jaar, het jongste kind 12 jaar. Tijdens de ingreep volgens Finks op 17 juli wordt de voorwand van de myomateuze uterus met een curette geperforeerd. De vrucht was 15-16 weken oud. Patiënte vloeit niet en heeft geen enkel verontrustend symptoom. Daar de operateur zeker is van de perforatie, wordt patiënte toch ingestuurd. Bij onderzoek in het Elisabeth Gasthuis werd (volgens de ontslagbrief) een uterus gepalpeerd met een grootte overeenkomend met een zwangerschapsduur van ongeveer 20 weken. Patiënte vloeide niet extreem, zodat volstaan werd met een Piton-infuus en bedrust. Daags na de opname was de uterus niet meer palpabel (!). Patiënte had geen klachten en op de derde dag werd zij ontslagen met uterotonica en antibiotica.

7. Een 29-jarige Duitse 5e gravida-2e para (no. 45923), werd op 4 september ingestuurd. Zij is een zeer nerveuze vrouw, die twee keer een spontane abortus had doorgemaakt als gevolg van – naar het zeggen van haar gynaecoloog – medicijngebruik. Ook nu weer heeft zij veel medicijnen geslikt voor hoofdpijn en zij is erg bang voor vruchtbeschadiging. Na de behandeling volgens Finks, waarbij een 16 weken oude vrucht wordt verwijderd, blijft patiënte vloeien. Bij opname is het vloeien gestopt. Er deed zich ook geen bloedverlies meer voor. Na 2 dagen werd patiënte in goede toestand ontslagen.

8. Patiënte no. 46234 is een 25-jarige Nederlandse 3e gravida-1e para. Zij is ongehuwd en geruime tijd onder psychiatrische behandeling in wekelijkse contacten. Bij behandeling op 10 september volgens Finks wordt een vrucht van 18 weken verwijderd. Er word geperforeerd (naar later blijkt: *tweemaal*) en patiënte wordt, zonder alarmerende verschijnselen overigens, opgenomen. De onderbuiksklachten nemen echter duidelijk toe. Bij laparotomie op 11 september wordt een zeer groot retroperitoneaal hematoom gevonden, hetwelk zich uitstrekt tot het cavum subfrenicum. Aan de voorzijde is het hematoom uitgebreid tot onder en rondom de blaas. Het linkerparametrium is eveneens volledig hematomateus veranderd, hierin bestaat een guldengroot gat. Ruim 3 liter bloed wordt uit het rechter retroperitoneaal hematoom weggezogen. Er blijkt nu een perforatie-opening te bestaan in het rechter paracolpium ter hoogte van de A. en V. Uterinae. Na veel moeite gelukt het deze bloedende vaten te ligeren. Tot tweemaal toe scheurt de A. Uterina rechts door. Na de definitieve hemostase moet worden geconcludeerd, dat de rechter bloedvoorziening van de uterus is onderbroken. Gezien de leeftijd van de patiënte wordt besloten geen uterusextirpatie te verrichten doch te hopen op behoud van de uterus door collateralisatie en de toevoer van de A. Uterina sin. Patiënte krijgt totaal 4 liter bloed. Postoperatief volgde een vlot herstel. Het litteken genas per primam. Bij gynaecologisch onderzoek – voor het ontslag op 4 oktober – was de uterus klein en mobiel, de adnexa nog verdikt.

9. Patiënte no. 50765, die op 3 december werd ingestuurd, was een Duitse 3e gravida-2e para van 27 jaar. De kinderen waren met een sectio geboren, waarna patiënte beide keren slechts langzaam herstelde. Een eventuele derde sectie wordt door patiënte afgewezen. Patiënte is trouwens zwanger geworden tijdens pilgebruik. Bij een amenorrhoe van 15 weken wordt er tijdens de behandeling, volgens Finks, geperforeerd met de tang. Patiënte gaf direct postoperatief heftige pijn in de onderbuik aan. Bij laparotomie bleek de A. Uterinae dext. en het lig. latum beschadigd. Het lukte niet de A. Uterinae te redden en besloten werd tot hysterectomie, die zonder complicaties verliep. Op 12 maart werd patiënte in goede conditie ontslagen.

10. Heidemar B. is een 22-jarige Duitse studente (no. 50972), die 16 weken zwanger lijkt te zijn bij vooronderzoek. Omdat zij de 'pil' nauwgezet gebruikte, dacht ze niet aan zwangerschap. Bij nacurettage tijdens de ingreep wordt in fundo geperforeerd. Alhoewel er geen bloedverlies noch andere alarmerende verschijnselen zijn, wordt patiënte op 8 december ingestuurd. Observatie gedurende twee dagen gaf geen aanleiding tot andere dan de gebruikelijke antigiotische therapie.

11. Op 24 december wordt een 16-jarige nullipara (no. 51645), die 14 weken zwanger was, ingestuurd. Dit kinderlijke meisje is (volgens haar zeggen) op school door 'vriendjes' aangerand, doch heeft aanvankelijk thuis niets durven zeggen. Door een constructiefout van de gebruikte tang ontstond bij het begin van de behandeling een perforatie in de voorwand van de uterus. Patiënte werd terstond ingestuurd. Na laparoscopie waarbij bloedstolsels werden gezien tussen blaas en uterus werd tot laparotomie besloten. De blaasbodem blijkt intact te zijn. Het cavum uteri wordt gecuretteerd. De perforatie gesloten. Gezien de aard van de laesie raadt de behandelende gynaecoloog in de toekomst een primaire sectio aan. Het postoperatief verloop is ongestoord en patiënte gaat op 8 januari naar huis in goede toestand.

Bespreking

Van 4.548 vrouwen die therapeutische mid-trimester abortus arte provocatus ondergingen, volgens Finks, werd bij 9 vrouwen geperforeerd, waarvan bij 2 met een zuigbuis (Bierers canule 8 mm), bij 6 met een forceps en bij 1 met een curette. Bij 6 vrouwen was laparotomie noodzakelijk, hetgeen bij 4 onmiddellijk geïndiceerd leek, terwijl bij 2 vrouwen de indicatie pas na laparoscopie werd gesteld. Bij 1 vrouw – die overigens geen kinderwens meer had – moest hysterectomie gedaan worden wegens beschadiging van de arteriële bloedvoorziening. Bij een andere vrouw gelukte het de uterus te behouden na eenzijdige onderbinding van de bloedtoevoer. Bij 2 andere vrouwen werd volstaan met observatie; 1 vrouw werd aan laparoscopie onderworpen, waarbij bleek dat van verdere therapie kon worden afgezien; 2 vrouwen werden ingestuurd wegens haemorrhagia post abortum, doch bij beide patiëntes stopte de bloeding spontaan.
Het valt op dat een deel van de vrouwen behoort tot vier van de zes duidelijke *risico-groepen*. Zoals in onze kliniek is uitgezocht zijn dit:

1. vrouwen met zeer veel kinderen (no. 36834);
2. vrouwen met myomateuse uteri (no. 39814 en 43110);

3. vrouwen met jonge zuigelingen (no. 37696 en 46234);
4. vrouwen bij wie voorafgaande operaties plaatsvonden (no. 50765);
5. jonge multiparae;
6. adipeuze vrouwen, die niet gravida bleken te zijn.

E. James Lieberman[6] beschreef al in 1971 de duidelijke *voordelen* van de *gespecialiseerde klinieken* en in ons land vatte Bekkering[7] ze samen:

1. Er wordt de vrouw geen patiëntenrol opgedrongen.
2. De vrouw staat centraal in de communicatie met de verschillende hulpverleners.
3. Alle vrouwen worden door uitsluitend gemotiveerd personeel benaderd.
4. De cliëntes zitten allemaal in het zelfde schuitje; dit bevordert de openheid, waardoor in een ontspannen sfeer over en weer gediscussieerd en steun geboden wordt door de vrouwen onderling. Zij komen daarenboven niet op een kraamafdeling te liggen, waar uit de kamer ernaast babygehuil klinkt.
5. De specialisatie heeft tot gevolg, dat de voorbereiding van cliënte op de ingreep plaatsvindt door geroutineerd personeel, dat de moeilijkheden van de vrouwen tijdig onderkent.

Conclusie

Werd in 1972 in dit blad[8] reeds aangetoond, dat abortus arte provocatus minstens net zo net zo goed poliklinisch kon worden verricht als in het algemeen ziekenhuis op de gynaecologische afdeling, thans is aangetoond, dat ook de late (mid-trimester) abortus even goed – zo niet beter – in een gespecialiseerde kliniek kan worden uitgevoerd.

Niet alleen blijkt in de Bloemenhovekliniek het psychische klimaat prettiger te zijn voor de vrouw in nood, zuiver medisch-somatisch is het risico van complicaties kleiner. Dit zelfde fenomeen heeft men ook in Engeland waargenomen waar de zogeheten 'private clinics' opmerkelijk veel betere resultaten hebben dan de 'National Health' Service-hospitals[11].

Het bestaan van een direct en goed onderhouden contact met een ziekenhuis in de buurt, waar (de gelukkig zeldzame) complicaties kunnen worden opgenomen, is essentieel voor deze vorm van abortushulpverlening.

Commentaar

door *E. W. Loendersloot,* gynaecoloog van het Elisabeth Gasthuis te Haarlem

Het eerste dat opvalt bij lezing van het voorgaande artikel, zijn de zeer geringe aantallen complicaties bij de verrichte zwangerschapsafbrekingen in het tweede trimester. Ieder die weleens door middel van de embryotomie-methode een zwangerschapsafbreking in het tweede trimester heeft verricht, weet hoe snel – ook ondanks betrachte uiterste voorzichtigheid – een perforatie kan ontstaan. Een perforatiepercentage van 0,2 is buitengewoon laag, wat ook blijkt uit vergelijking met de cijfers van het Elisabeth Gasthuis over de jaren 1970 t/m 1974: totaal werden door middel van embryotomie 2.739 zwangerschappen in het tweede trimester afgebroken, waarbij 21 perforaties ontstonden (0,8%). Ik meen dat de medewerkers van de Bloemenhovekliniek dan ook alle reden hebben om trots op dit resultaat te zijn. Dit is zeker mede te danken aan de grote ervaring van de sterk op vaardigheid geselecteerde kliniekartsen.
Dat wil echter nog niet zeggen, dat deze cijfers tegelijkertijd inhouden dat tegen de embryotomie-methode geen ernstige bezwaren zijn aan te voeren. Hoe relatief gering ook de frequentie van de directe complicaties is, te weinig is in feite bekend over complicaties op langere termijn. Hoeveel jonge vrouwen worden ten gevolge van deze behandeling naderhand ongewenst infertiel, hoeveel latere gewenste zwangerschappen worden gecompliceerd door de gevolgen van de al dan niet vlekkeloos verlopen embryotomie?

Wat gebeurt er in feite bij de embryotomie volgens Finks: na infiltratie van de cervix uteri met een combinatie van Xylocaïne 1% en Noradrenaline 1:100.000, wordt vervolgens het cervicaal kanaal opgerekt tot maximaal 16 mm. Tijdens dit oprekken valt vooral bij jonge primigravida op, dat de weerstand die wordt ondervonden na het oprekken tot 12 mm plotseling sterk vermindert. Betekent dit ook een beschadiging van het normale 'sluitspiermechanisme' van het ostium internum en zal dit ook bij latere gewenste zwangerschap leiden tot een secundaire cervix-insufficiëntie? De mij bekende literatuur laat bevestiging noch ontkenning toe; mijn vrees blijft onverminderd.
Nadat vervolgens het zwangerschapsprodukt met meer of minder moeite middels de speciale abortustang volgens Finks verwijderd is uit het cavum uteri, zal in de meeste gevallen nog nacurettage plaatsvinden. Hoe vaak zal door deze ingrepen het endometrium ook in de diepere lagen worden beschadigd met als gevolg een grotere kans op littekenvorming in het cavum uteri, mogelijk leidend tot latere ongewenste infertiliteit of het ontstaan van placenta ac- of zelfs increta bij later gewenste zwangerschappen? Ook hierover is niets bekend.

Als wij ons beperken tot de beschreven patiënten met direct herkende complicaties, dan verdienen alleen de patiënten 1, 10, 11 en mogelijk ook 8 onze aandacht in dit opzicht : bij deze nog jonge vrouwen met mogelijk kinderwens in de toekomst, betekent de opgetreden perforatie in ieder geval grotere kans op complicaties bij eventuele latere zwangerschappen. Zeker is dan ook, dat de grote kans op complicaties bij zwangerschapsafbreking in het tweede trimester zonder meer moet inhouden dat de indicatie hiertoe zwaarwegend is. Maar dat is in de praktijk ook vrijwel altijd het geval: juist deze vrouwen komen vrijwel nooit pas zo laat met hun verzoek uit 'nalatigheid', opvallend is hier juist de grote weloverdachtheid van de verzoeken.

Wij moeten ons echter afvragen of er geen *andere mogelijkheden* zijn tot afbreken van de zwangerschap in het tweede trimester. Ik wil mij daarbij beperken tot in ons land toegepaste methoden: afbreken door middel van:

- hysterotomie, dat wil zeggen sectio parva;
- intra-amniotische transfusie van hypertoon zout of ureum;
- prostaglandines, hetzij intraveneus of intra-uterien toegediend.

Zeker is, dat de sectio parva de minst

verkieselijke methode is: hogere morbiditeit en relatieve hoge mortaliteit, terwijl meestal – gezien de kans op een uterusruptuur bij een eventuele volgende zwangerschap – ook onmiddellijke sterilisatie bij de ingreep noodzakelijk is (J. P. S. A. Report[4]). Over het afbreken met prostaglandines bestaat veel tegenstrijdige literatuur; zeker is dat de bijwerking vaak zeer onaangenaam is en dat cervixrupturen kunnen worden voorkomen[9].

De ervaring met intra-amniotisch getransfundeerd 20% zout is recentelijk naar voren gebracht door de staf van de Vrouwenkliniek van het Wilhelmina Gasthuis (Treffers e.a., 1976[10]). Bij 83 aldus behandelde vrouwen waren de belangrijkste complicaties: aanzienlijk bloedverlies bij 8% en bij 1 patiënte dubieuze thrombose. Beschadiging van de uterus of cervix trad nimmer op. Over het optreden van eventuele latere ongewenste infertiliteit en complicaties in de latere zwangerschappen is mij weinig bekend; het lijkt mij echter aannemelijk, dat met name de kans op het ontstaan van een cervix-insufficiëntie veel kleiner is dan bij bijvoorbeeld de embryotomie. Toch kleven aan de hypertone zout of ureum abortus zeker ook grotere bezwaren:

- het inbrengen van de vloeistof in de amnionholte is pas goed mogelijk na de 16e week van de amenorrhoe, zodat vaak een wachttijd nodig is;
- de periode plus het inbrengen van de hypertone oplossing en het op gang komen van de baring is gemiddeld meer dan 24 uur;
- nacurettage wegens achterblijven van placenta'resten' is bij minstens een kwart van de patiënten nodig;
- de patiënte ondergaat het inbrengen van het zout en de bevalling van een dood kind bij vol bewustzijn;
- de last van de begeleiding van dit trieste proces rust in een algemeen ziekenhuis als het Elisabeth Gasthuis onevenredig zwaar op de schouders van de verpleging, terwijl juist daar veelal een grote emotionele afkeer tegen de hele gang van zaken bestaat.

Ik geloof echter dat voor met name jonge primigravidae met mogelijk zwangerschapswens in de toekomst de medische voordelen van de hypertone zout of ureum abortus zwaarder moeten wegen dan de praktische (vooral psychologische) nadelen, terwijl juist voor vrouwen die zeker geen kinderen meer willen hebben en vooral indien de amenorrhoe nog niet verder gevorderd is dan zo'n 18 weken, de methode-Finks verre de voorkeur verdient.

Speciale kliniek nodig?

Of de zwangerschapsafbreking bij voorkeur moet plaatsvinden in een abortuskliniek of juist in een algemeen ziekenhuis zal individueel moeten worden beoordeeld.
De door Van den Bergh in navolging van Bekkering aangevoerde lijst van bezwaren tegen de behandeling in een algemeen ziekenhuis is wel erg ongenuanceerd.

De ervaring in ons ziekenhuis leert dat, indien de abortus als een 'normale' ingreep wordt beschouwd, veel vrouwen behandeling in een algemeen ziekenhuis prefereren. Dit neemt niet weg, dat de resultaten in de gespecialiseerde abortuskliniek als Bloemenhove beter zullen zijn dan in de algemene ziekenhuizen waar zwangerschapsafbrekingen slechts af en toe worden gedaan.
Goede samenwerking met een algemeen ziekenhuis voor de opvang van eventuele complicaties is daarbij natuurlijk een absolute voorwaarde.

Literatuurverwijzing

1. Medisch Contact (1974) *30*, 1555.
2. S. R. Dunn, J. Secker Walker, D. L. Aston en D. Cripps. Effect on anaesthetic technique on blood loss in termination of pregnancy. Brit. J. Anaesth. (1973) *45*, 633.
3. Kazuhiko Matsumoto, Kunio Sumita: Radical operation of pansinusitis under anaesthesia with Sosegon (pentazocine) and Horizon (diazepam). Medical treatment 6: 2315-2318 (1973).
4. Stuart L. Stanton: Termination of pregnancy. Med. News letter no. 42 March 1972.
5. Joint Program for the study of Abortion. Tietze C. & Lewit S. Ab. research notes May 1972.
6. 'Abortion in the Clinic and Office Setting'. Soc. for Hum. Abortion, Inc. Madison. Wisconsin Oct. 23-1971.
7. Bekkering P. G. Med. Contact (1975) *30*, 77. Kenmerken van een adequate hulpverlening bij abortus provocatus.
8. Medisch Contact (1972) *27*. Abortus arte provocatus klinisch en poliklinisch, v. Os W., Rhemrev P., v. Seumerem I., v. Velzen F., Wiese J. en v.d. Bergh A. S.
9. Second International Conference on Prostaglandins; Florence, mei 1975.
10. Treffers P. E.; ten Cate J. W.; Ensingh G. en van Royen E. A.: 'Afbreken van de zwangerschap door middel van hyperone zoutoplossing'. Voordracht 449e vergadering Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie 20 maart 1976.
11. Report on the working of the Abortion Act. Justice Lane et al. London, April 1974. Her Majesty's Stationary Office.

Naald- en stempelbanden

Aangepaste naaldbanden Medisch Contact

Verkrijgbaar zijn inmiddels aan het nieuwe formaat van Medisch Contact aangepaste naaldbanden, waarin 26 nummers van een lopende jaargang van Medisch Contact op simpele wijze kunnen worden gebundeld. Wil men gedurende de gehele jaargang de binnenkomende nummers samenbundelen, dan zal men over twee naaldbanden moeten beschikken.

Stempelbanden Medisch Contact 1975

Uiteraard blijft de iets kleinere vaste band (stempelband), waarin de jaargang 1975 kan worden ingebonden, gehandhaafd. Hiervoor heeft men één band per jaargang nodig, indien tevoren het advertentiegedeelte uit de losse nummers wordt genomen.

Naaldbanden en stempelbanden kunnen uitsluitend worden besteld door overmaking van respectievelijk f 18,50 en f 13,50 per band op postgiro 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103, Utrecht.

Derde kostenrapport
Centrale Raad voor de Volksgezondheid

De Centrale Raad voor Volksgezondheid heeft een Derde Kostenrapport gepubliceerd. Eerder bracht de raad over de kostenontwikkeling van de Nederlandse gezondheidszorg rapport uit in 1974 en 1975. Nu melden de rapporteurs:

De kosten van de gezondheidszorg vertonen een voortdurende stijging, die het toch vrij spectaculaire accres van het nationaal produkt nog verre te boven gaat. *Tabel 1* geeft hiervan een indruk. Duidelijk is ook te zien dat deze stijging in de beschouwde jaren een progressief verloop heeft gehad; het beslag dat de gezondheidszorg op de nationale middelen legt, nam in steeds sneller tempo toe.
Deze kostenexplosie heeft zich niet in alle sectoren van de gezondheidszorg met dezelfde kracht voorgedaan. Gewezen kan worden op de verschuiving in het relatieve aandeel van de intramurale en de extramurale zorg, waarvan *tabel 2* een beeld geeft. Deze verschuiving is ontstaan vooral als gevolg van een uiteenlopende ontwikkeling van de volumina in beide sectoren. In tabel 2 is een indruk gegeven van de kostenontwikkeling in het verleden.

Tabel 1. Ontwikkeling van de kosten der Nederlandse gezondheidszorg

	1953	1958	1963	1968	1973
absoluut (mln. gld.)	797	1.416	2.341	5.251	12.477
% van bruto nationaal produkt (B.N.P.)	3,3	3,9	4,5	5,9	7,5
5-jaarlijkse mutaties		+ 0,6	+ 0,6	+ 1,4	+ 1,6

Bron: C.B.S.

Tabel 2. Kosten van de extra- en intramurale gezondheidszorg (in % van de totale kosten)

	1953	1958	1963	1968	1973
extramurale zorg	41,2	42,0	39,9	35,3	30,4
intramurale zorg (incl. poliklinische specialistenzorg)	42,6	42,8	44,6	55,1	61,9

Tabel 3. Kosten van de Nederlandse gezondheidszorg in 1975 en 1980

jaar	alternatief I		alternatief IIA		alternatief IIB	
	mln. gld.	% B.N.P.	mln. gld.	% B.N.P.	mln. gld.	% B.N.P.
1975	17.991	8,9	17.899	8,9	17.846	8,9
1980	37.901	11,0	34.043	9,9	34.963	10,2

Ramingen

Vervolgens is aandacht besteed aan de mogelijke kostenontwikkelingen na 1973. Drie alternatieve ramingen zijn gemaakt (*tabel 3*), die in het rapport worden aangeduid als de alternatieven I, IIA en IIB. Globaal weergegeven zijn deze gebaseerd op:

- een extrapolatie van de volume-ontwikkeling in een aantal recente jaren (alternatief I);
- per sector gedifferentieerde veronderstellingen, waarbij een versterking van de extramurale zorg en een afremming van de groei van de intramurale zorg centraal is gesteld (alternatief IIA);
- een combinatie van alternatief IIA en een meer gedetailleerde analyse van de intramurale sectoren en de sector geneesmiddelen (alternatief IIB).

Alternatief I gaat uit van een trendmatige ontwikkeling, zoals deze in het recente verleden heeft plaatsgevonden.

In de alternatieven IIA en IIB is met een ombuiging van de trend rekening gehouden. Deze ombuiging ligt in de lijn van de beleidsopvattingen die in de Structuurnota Gezondheidszorg naar voren zijn gebracht. Omtrent de mate waarin de ombuiging plaatsvindt, zijn veronderstellingen ingevoerd. Daarnaast is ten aanzien van de huisartsen, tandartsen en specialisten met een autonome ontwikkeling rekening gehouden, waarbij het verwachte aantal beroepsbeoefenaren als uitgangspunt is genomen.

Het verschil tussen de uitkomsten voor het jaar 1975 is zeer gering. In alle ramingen wordt een kostenbedrag gevonden van tegen de 18 miljard gulden en bijna 9% van het B.N.P. De uitkomsten voor 1980 lopen in sterke mate uiteen. Met name tussen alternatief I enerzijds en de alternatieven IIA en IIB anderzijds gaan verschillen ontstaan in de orde van 3 à 4 miljard gulden of circa 1% van het B.N.P.

Het medisch tuchtrecht als zwaard van Damocles

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

Samenvatting

De belangen van de gemeenschap en van de patiënten eisen het bestaan van een medisch tuchtrecht. Artsen zullen hieraan echter alleen hun medewerking kunnen blijven geven, indien ook met hun belangen rekening wordt gehouden. Ook zij hebben recht op rechtsbescherming (paragraaf I). Het medisch tuchtrecht, indien het ooit als statussymbool heeft gediend – hoewel nooit zo bedoeld – is langzamerhand een zwaard van Damocles geworden. De bedreiging welke het medisch tuchtrecht daardoor op dit moment voor de artsen betekent, zal door maatregelen in eigen kring (paragraaf II), door gedeeltelijke toepassing van andere vormen van rechtspraak (paragraaf III), gedeeltelijk door wijzigingen in het medisch tuchtrecht (paragraaf IV) of in de toepassing daarvan (paragraaf V) kunnen worden verminderd. Het verdient aanbeveling dat de wetgever die op het punt staat een gehele herziening van de medische tuchtwetgeving voor te bereiden, dit streven naar verbetering van de toestand ondersteunt. Anders kan de arts, evenals Damocles, zijn werk niet meer goed doen.

I. De positie van de arts

Het medisch tuchtrecht is niet tot stand gekomen in het belang van de arts, maar in het belang dat de samenleving heeft bij een goede beroepsuitoefening door de medische professie. Dit belang is groot, omdat de patiënten zich ten opzichte van de medische beroepsbeoefenaars in een afhankelijke positie bevinden – zij *moeten* wel naar hen toe – en zij hun deskundigheid niet kunnen beoordelen. Bovendien ontbreken in het algemeen andere correctiemogelijkheden. Een eventueel dienstverband biedt in dit opzicht slechts een geringe mogelijkheid, gezien de ook dan bestaande professionele onafhankelijkheid[1].

Het is van belang er al in het begin op te wijzen dat een hoog peil van beroepsuitoefening niet alleen wordt bereikt door het ontdekken en bestraffen van tekortkomingen. De kwaliteit van de beroepsuitoefening wordt vooral bevorderd door een goede opleiding en nascholing, samenwerkingsvormen, intercollegiale toetsing en extern toezicht. Belangrijker is echter nog hetgeen Brutel de la Rivière eens[2] heeft gezegd: 'Een hoog peil kan slechts worden bereikt, wanneer de arts zijn functie als een dienende functie innerlijk aanvaardt en hij zich verantwoordelijk voelt tegenover de mens die zich aan zijn zorgen heeft toevertrouwd'.

Gegeven het *doel* van het medisch tuchtrecht: de handhaving van een hoog peil van beroepsuitoefening, is het begrijpelijk dat aanvankelijk aan de individuele patiënt slechts een beperkte rol in het medisch tuchtrecht is toegekend. Hij had de functie van aanbrenger, kon als getuige worden gehoord, ontving niet de uitspraak maar slechts een mededeling indien zijn klacht ongegrond was verklaard. Deze rol is echter langzamerhand minder aanvaardbaar geacht. De positie van de klager is dan ook onlangs[3] versterkt in die zin dat hij voortaan de uitspraak krijgt, eventueel met weglating van bepaalde gedeelten, terwijl tevens een grotere openbaarheid in het medisch tuchtrecht is ingevoerd. Overigens is de klager geen echte procespartij geworden; nog steeds gaat het niet om zijn persoonlijke genoegdoening. De voorstellen van Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening[4] houden zelfs een zeker terugtreden van de individuele klager in. Daartegenover betekent de voorgestelde wijziging van de norm, namelijk 'tekortschieten in de zorg', toch ook weer een duidelijke gerichtheid op het belang van de patiënt.

Onder druk van de publieke opinie is de laatste jaren het medisch tuchtrecht zozeer bezien vanuit de positie van de patiënt[5], dat gemakkelijk over het hoofd zou kunnen worden gezien dat ook de arts zelf[6] bij het medisch tuchtrecht betrokken is en daarbij een positie inneemt die door het feitelijk functioneren van het medisch tuchtrecht benard gaat worden. Niet zonder reden heeft het hoofdbestuur van de K.N.M.G. in zijn brief van augustus 1975 aan de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne opgemerkt dat de artsen het medisch tuchtrecht als een bedreiging ervaren.

In onderstaande beschouwing wordt speciaal vanuit de optiek van de arts, zoals die in diverse gesprekken met artsen bij mij is overgekomen, de inhoud en het functioneren van het medisch tuchtrecht onder de loep genomen. Deze beschouwing spitst zich dan toe op de vraag: is medisch tuchtrecht een soort statussymbool, zoals – door de buitenwacht althans – wel eens wordt beweerd, of meer een zwaard van Damocles[7], zoals artsen het wel ervaren?

Wanneer hieronder wordt gesproken van medisch tuchtrecht, wordt bedoeld het wettelijk medisch tuchtrecht. Het interne tuchtrecht van de K.N.M.G., dat op dezelfde manier zou kunnen worden besproken, komt in paragraaf III slechts vergelijkenderwijs aan de orde.

II. De kans te worden aangeklaagd

Men kan stellen dat artsen zich voortdurend bedreigd zouden moeten voelen doordat zij de kans lopen dat welke willekeurige patiënt ook, op wat voor willekeurige gronden ook, de arts bij een medisch tuchtcollege aanklaagt. De tuchtcolleges hebben weliswaar de bevoegdheid zonder nader onderzoek de klacht af te wijzen, indien deze kennelijk ongegrond of van onbeduidende aard is, maar de arts moet toch maar afwachten of de tuchtcolleges van deze bevoegdheid gebruik maken[8].

Indien de klacht niet zonder nader onderzoek wordt afgewezen, volgt een gehele procedure met alle narigheid daarvan (zie paragraaf V). De kans dat

de klacht alsnog wordt afgewezen, blijft overigens groot (zie *tabel 1).*

Tabel 1. Medisch tuchtrecht – klachten en afwijzingen

jaar	aantal klachten	afgewezen (al dan niet zonder nader onderzoek)
1970	120	91
1971	165	144
1972	196	154
1973	172	128
1974	154	112
1975[9]	± 250	± 220

Overigens moet bij de interpretatie van bovengenoemde getallen voor ogen worden gehouden dat de arts vaak *niet* wordt aangeklaagd, ook al kan hem naar objectieve maatstaven een (ernstige) tekortkoming worden verweten. De ene patiënt klaagt soms niet over ernstige gebeurtenissen, de andere klaagt over een kleinigheid.

Al bij al blijft de arts in een onzekere positie verkeren. Dit zou niet zozeer het geval zijn, wanneer artsen bij al hun handelen en nalaten precies weten wat zij doen, waarom zij het doen en wat zij van hun handelen mogen verwachten, kortom wanneer zij ten aanzien van hun eigen handelen niet in *onzekerheid* verkeren. Maar die onzekerheid kennen zij wel, zo blijkt uit gesprekken met artsen en beschouwingen van hun eigen zijde. Iedere keer weer zullen zij uit een veelheid van overwegingen een beslissende keuze moeten doen, wellicht soms in grotere spanning afwachtend dan de patiënt – die zijn arts geenszins onzeker acht – of het beoogde resultaat zal optreden. De arts moet zich soms ook positiever uiten dan hij eigenlijk meent te kunnen verantwoorden, maar omdat anders het resultaat van de therapie minder zou worden. Hij loopt in feite grotere risico's, omdat hij zijn patiënten méér wil helpen. Men zou toch de vraag kunnen stellen of artsen er niet verstandig aan zouden doen soms iets van hun onzekerheid tegenover de patiënt te laten blijken, opdat het achterwege blijven van resultaat de patiënt minder aanleiding zal geven het vertrouwen in zijn arts op te geven en hem eventueel aan te klagen. Er worden helaas te weinig tuchtrechtelijke uitspraken gepubliceerd (5 à 7 per jaar) om tot verantwoorde conclusies op dit punt te kunnen komen, maar de indruk bestaat[10] dat bij een betere communicatie tussen arts en patiënt, ook ten aanzien van therapie en prognose, minder zou worden geklaagd. In zijn jaarverslag 1974 merkt de geneeskundig hoofdinspecteur van de volksgezondheid op. 'Het is dan niet zozeer het medisch handelen als wel de communicatie-armoede die de betrokkene tot klager maakt'.

Grotere openheid tegenover de patiënt – welke overigens niet door alle patiënten op prijs lijkt te worden gesteld – is een van de wegen om een veelvuldige toepassing van het medisch tuchtrecht te voorkomen. Er zijn ook andere wegen, deels te vinden in andere vormen van rechtspraak (zie III), deels in de medische beroepsuitoefening zelf.

In de eerste plaats kan worden genoemd een verbetering van de organisatie van de zorgverlening. Uit uitspraken en klaagbrieven blijkt dat door een betere organisatie, bijvoorbeeld in het ziekenhuis of bij waarnemingsregelingen, bepaalde tekortkomingen zouden kunnen worden vermeden. Het is een plicht tegenover de patiënten en een beveiliging van de eigen positie zorgvuldige regelingen ten aanzien van de organisatie te treffen, waarbij de beroepsorganisaties behulpzaam zullen moeten zijn. Er zijn nogal wat klachten tegen huisartsen of hun waarnemers wegens te laat komen. Het aantal gevallen waarin een maatregel wordt opgelegd, is daarbij relatief gezien groot (zie *tabel 2).*

Tabel 2. Klachten bij niet/te laat komen en maatregelen

jaar	klachten wegens niet of te laat komen	maatregel opgelegd
1970	11	5
1971	22	5
1972	21	9
1973	25	10
1974	17	6

In de tweede plaats kan door verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening worden getracht tekortkomingen en klachten daarover te voorkomen. Voor zover klachten wel gegrond worden verklaard, hebben zij nogal eens betrekking op de kwaliteit (onjuiste behandeling, geen of onvoldoende zorg). Terecht staat op dit moment de kwaliteitsbewaking en -bevordering hoog genoteerd in het beleid van de K.N.M.G. en haar maatschappelijke verenigingen. Het is goed daarbij voor ogen te houden dat ook langs deze weg de artsen zichzelf het beste kunnen beschermen tegen klachten, althans tegen het gegrond verklaard worden van klachten. Van de andere kant zal men – ook uit kostenoogpunt – moeten vermijden dat artsen om maar tuchtzaken te voorkomen zoveel mogelijk dure – en voor de patiënt soms pijnlijke – onderzoekingen en behandelingen laten plaatsvinden.

In de derde plaats kan een grotere kennis bij de artsen omtrent de geldende regelingen op het gebied van de beroepsuitoefening bijdragen tot het voorkomen van onjuiste gedragingen. Hierbij kan in het bijzonder worden gedacht aan de regelingen inzake het beroepsgeheim en geneeskundige verklaringen. Nogal eens worden ten onrechte verklaringen in echtscheidingsprocedures afgelegd. Grotere bekendheid met de regels van het 'groene boekje' dient te worden bevorderd.

In de vierde plaats: er komen – altijd weer relatief gezien – nogal eens klachten voor over onjuiste declaraties. Wellicht dat door duidelijker richtlijnen en publikaties daarover – ook toegankelijk voor patiënten – moeilijkheden op dit gebied kunnen worden voorkomen.

Tenslotte, het belangrijkste is de instelling van de arts zelf. Het is waar, dat zelfs de meest toegewijde en meest deskundige arts de kans loopt te worden aangeklaagd en wellicht zelfs nog voor een geval waarin hij juist bijzondere zorg heeft gegeven, al bleef resultaat achterwege. De onmacht van de arts is het publiek minder bekend dan zijn macht. Toch kan in het algemeen worden gezegd, dat het risico te worden aangeklaagd wordt vergroot indien de arts zijn beroep niet meer ziet als een dienend beroep en op grond daarvan niet de toewijding opbrengt die zijn patiënten verwachten en verlangen. Het is uiteraard primair de taak van de medische professie zelf dit probleem onder ogen te zien.

Langs deze en andere wegen kunnen de artsen de kritiek die zij ondervinden en de klachten die daaruit voortspruiten, hopelijk verminderen. De liefde behoeft echter niet van één kant te komen. Daarom zal, na een korte bespreking van de andere vormen van rechtspraak, in paragraaf IV worden bezien hoe binnen het medisch tuchtrecht aan de artsen een grotere bescherming kan

worden geboden dan op dit moment het geval is.

III. Andere vormen van rechtspraak

De arts is niet alleen onderworpen aan het medisch tuchtrecht maar ook aan het strafrecht, het burgerlijk recht en (als hij lid is van de K.N.M.G.) aan de interne rechtspraak. Theoretisch kan hij voor een en hetzelfde feit met al deze vormen rechtspraak te maken krijgen. Is medisch tuchtrecht dan niet teveel van het goede?

Tabel 3. Verschillen strafrecht-medisch tuchtrecht

STRAFRECHT	MEDISCH TUCHTRECHT
a. precies omschreven wat strafbaar is	a. vage normen: ondermijning van het vertrouwen in de stand, grove onkunde, ernstige nalatigheid
b. nodig is opzet of grote mate van schuld	b. voldoende is: onzorgvuldigheid
c. rechtspraak door juristen	c. rechtspraak door beroepsgenoten + jurist-voorzitter
d. alleen Officier van Justitie kan vervolging instellen	d. iedere rechtstreeks belanghebbende kan klacht indienen, bovendien de inspecteur van de Volksgezondheid en het bestuur van een instelling waarbij arts in dienst of ingeschreven is
e. openbaarheid regel	e. beslotenheid (= vertrouwelijkheid) regel

Strafrecht

Het strafrecht komt pas aan de orde, wanneer de arts a. door grove schuld de dood of zwaar lichamelijk letsel heeft veroorzaakt, of b. een met een strafsanctie gedekte wettelijke verplichting niet is nagekomen (bijvoorbeeld aangifte besmettelijke ziekte, visering diploma) of een verbod heeft overtreden (geen overeenkomst aangaan met apotheker), of c. een ander strafbaar feit begaat (bijvoorbeeld schending beroepsgeheim, valse geneeskundige verklaring, (voorheen) abortus). Strafzaken tegen artsen komen in ons land weinig voor. Door overleg tussen Officier van Justitie en inspecteur van de Volksgezondheid wordt, indien tot vervolging wordt besloten, meestal voor het tuchtrecht gekozen. Deze keuze is uiteraard voor de arts niet zonder belang. De verschillen tussen strafrecht en tuchtrecht blijken uit bijgaand overzicht (*tabel 3*).
Er bestaat uiteraard geen enkele behoefte om in de plaats van het medisch tuchtrecht een frequentere toepassing van het strafrecht te bevorderen, nog daargelaten dat talrijke gedragingen wel in het kader van het medisch tuchtrecht, maar niet in het kader van het strafrecht kunnen worden beoordeeld.

Burgerlijk recht

Het burgerlijk recht kan in geval van een werkelijke of vermeende tekortkoming van de arts aan de orde komen door een eis tot schadevergoeding wegens wanprestatie of onrechtmatige daad. Deze eis kan worden ingediend door iedere gelaedeerde, bijvoorbeeld de patiënt zelf, zijn familie, maar ook ziekenfondsen of verzekeringsmaatschappijen die aan de verzekerde-patiënt bepaalde uitkeringen hebben moeten doen. Voor burgerrechtelijke (civielrechtelijke) aansprakelijkheid geldt niet de eis van grove schuld; voldoende is dat in het concrete geval niet die zorg is verleend die een redelijk bekwame beoefenaar van hetzelfde vakgebied in dezelfde omstandigheden zou hebben verleend.
De aandacht is in de laatste jaren – mede onder invloed van ontwikkelingen in een land als de Verenigde Staten sterk op de civielrechtelijke aansprakelijkheid gericht[11]. De vrees dat ook in ons land een ernstige 'malpractice'-situatie als in de V.S. zal kunnen ontstaan is groot[12] maar niet geheel terecht, omdat nu eenmaal in ons land een geheel ander systeem van rechtspraak en juridische hulpverlening bestaat. Misschien mag men ook stellen – al moet men met dit soort nauwelijks te bewijzen stellingen voorzichtig zijn – dat de gezondheidszorg in ons land een betere is. Nochtans moet met een toename van het aantal schadezaken wegens medische fouten ernstig rekening worden gehouden. Deze zaken behoeven uiteraard niet allemaal tot gerechtelijke procedures te leiden. Een aantal zaken zal in minnelijk overleg tussen de assuradeur van de arts en de gelaedeerde (al dan niet door een deskundige bijgestaan[13]) kunnen worden geregeld. Dit moet worden bevorderd, omdat het voeren van processen niet alleen mentaal belastend maar ook zeer kostbaar is.
De premie voor een beroepsaansprakelijkheidsverzekering is in sommige staten van de V.S. voor enkele specialismen al opgelopen tot meer dan 30.000 dollar, vooral veroorzaakt door de vele processen[14]. Voor Nederland gelden gelukkig nog geheel andere cijfers. Belangrijk is wel dat artsen voldoende verzekerd zijn en niet proberen – zowel individueel als collectief – onder hun aansprakelijkheid uit te komen. Het inzicht zal bij de artsen moeten groeien dat iedere arts een fout kan maken en dat daarbij zelden sprake zal zijn van een strafbaar feit, maar dat toegebrachte schade behoort te worden vergoed. Anderzijds zal – het is al zo dikwijls gezegd – niet elke verkeerde beslissing of verkeerd resultaat de arts mogen worden aangerekend, wil men bovendien voorkomen dat hij geen enkel risico meer wil lopen.
Een enkel woord over de verhouding tussen het medisch techtrecht en het civiele recht. De geneeskundig hoofdinspecteur[15] heeft er onlangs over geklaagd dat het medisch techtrecht wordt misbruikt, namelijk 'om ten behoeve van een civiele procedure via de behandeling van de klacht voor de tuchtrechter bewijsmateriaal te krijgen, waartoe men anders moeilijk toegang zou krijgen'. Het is inderdaad zo dat in tuchtzaken de aangeklaagde artsen en de getuigen en deskundigen mededeelzamer zijn[16] dan in civiele zaken, waarbij de arts-gedaagde zich op het standpunt kan stellen dat de patiënt-eiser maar moet bewijzen dat de arts onzorgvuldig heeft gehandeld. Zowel door verbetering van de bewijspositie van de eiser in civiele zaken als door voorlichting aan het publiek over het feit dat de civiele rechter niet gebonden is aan de uitspraak van een tuchtcollege, zal men moeten bereiken dat de meest geëigende weg wordt bewandeld.
Inmiddels is wel gebleken dat het civiele recht het medisch tuchtrecht niet zou kunnen vervangen. Het medisch tuchtrecht heeft de functie van 'fijnere kam' en vervult deze functie naast en niet in de plaats van het gewone recht.

Interne rechtspraak

Wat tenslotte de K.N.M.G.-rechtspraak betreft, welke nuttige functie deze ook vervult[17], zij maakt het wettelijke medisch tuchtrecht niet overbodig, gezien de behoefte ook niet-leden te kunnen corrigeren en gezien de behoefte zwaardere sancties te kunnen toepassen dan schrapping van het lidmaatschap. Het aantal zaken bedraagt per jaar plusminus 120 à 150.
Uiteraard tracht het secretariaat van de Maatschappij zoveel mogelijk te bevorderen dat bij daarvoor in aanmerking komende zaken de K.N.M.G.-rechtspraak wordt benut voor de beoordeling van bij de K.N.M.G. binnenkomende klachten, behoudens zeer ernstige zaken, waarbij naar analogie van artikel 635[18] wordt gewezen op de mogelijkheid een klacht bij het medisch tuchtcollege in te dienen. Of de artsen het aangeklaagd worden voor een districtsraad 'milder' beoordelen dan voor een 'tuchtcollege', is onbekend maar wel waarschijnlijk. Overigens biedt in tegenstelling tot het medisch tuchtrecht de K.N.M.G.-rechtspraak wel de mogelijkheid om in het kader van de geschillenrechtspraak schadevergoedingsacties te behandelen[19].
De samenvattende conclusie van deze paragraaf kan zijn:

– dat het medisch tuchtrecht een eigen noodzakelijke plaats inneemt naast het gewone recht;
– dat frequentere toepassing van het gewone recht ten gunste van toepassing van het medisch tuchtrecht soms mogelijk maar veelal niet aanbeyelenswaardig is;
– dat een veelvuldiger gebruik van de K.N.M.G.-rechtspraak kan worden bevorderd maar niet altijd mogelijk is.

IV. Meer bescherming voor artsen

Tuchtrecht heeft vooral een preventief karakter, stimulerend tot een goede beroepsuitoefening. In deze zin wordt het belang van de samenleving, van de individuele patiënt maar ook van de arts zelf gediend. Deze belangen worden echter niet gediend bij handhaving van het tuchtprocesrecht in de bestaande vorm. Het grote aantal afwijzingen – hoe terecht deze ook mogen zijn – roept bij de klagers zelf en bij het publiek kritiek op ('*De heren beschermen elkaar*'), terwijl het ook voor de tuchtcolleges zelf een zware last is zoveel tijd, energie en geld te moeten besteden aan vele klachten die ongegrond blijken. Maar bovenal, er geschiedt onrecht tegenover de artsen, indien zij niet worden beschermd tegen langdurige processen om zaken van niets. Dit onrecht wordt groter als artsen bovendien worden gedwongen bijstand van een advocaat in te roepen, omdat ook de klager zich van juridische bijstand heeft verzekerd[20].
Hoe kan nu bereikt worden dat enerzijds patiënten niet worden belemmerd in hun recht om te klagen en anderzijds de artsen worden beschermd tegen ongerechtvaardigde klachten? Diverse wegen kunnen worden bewandeld:

1. de tuchtcolleges dienen zoveel mogelijk gebruik te maken van de bevoegdheid, hun toegekend bij artikel 10 van de wet, om na een voorlopig onderzoek door de voorzitter en zonder nader onderzoek (dat wil zeggen zonder behandeling ter zitting) de klacht af te wijzen, indien deze kennelijk ongegrond of van onbeduidende aard is[21]. Hiermede wordt niet een dam opgeworpen tegen klachten, maar slechts een snellere en minder belastende wijze van behandeling bereikt.

2. De klager moet zich niet langer rechtstreeks kunnen wenden tot het tuchtcollege, maar moet ingeval hij wil klagen zich wenden tot de regionale inspecteur van de Volksgezondheid die, indien de klacht hem bij voorlopig onderzoek reëel voorkomt, de klacht als een eigen klacht overneemt. Daarbij behoort dan de bepaling, dat bij niet-overnemen van de klacht de klager zich kan wenden tot het Centraal Medisch Tuchtcollege met het verzoek de indiening van een klacht te gelasten. Deze voorstellen van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening zijn bij het parlementaire debat toch wel goed gevallen. De staatssecretaris meende zelfs dat de positie van de patiënt in menig opzicht wordt versterkt[22]. Mr. P. J. W. de Brauw, de voorzitter van het Centraal Medisch Tuchtcollege, heeft opgemerkt[23] dat 'vele klachten hoogst ondeskundig worden opgezet en daardoor leiden tot een behandeling waarmee noch het algemeen belang noch dat van de patiënt is gemoeid. De klachten worden vaak te laat en als niet meer te ontwarren feitencomplex aangedragen. Door verplichte inschakeling van de inspecteur kan worden bereikt dat de feiten waarover wordt geklaagd in een duidelijke vorm bij het tuchtcollege worden aangedragen'. Aan het bewandelen van de onder punt 1 genoemde weg zal dan weinig behoefte bestaan. Uiteraard zal moeten worden afgewacht hoe de inspecteurs hun taak zullen vervullen. Een uitbreiding van mankracht (ook in juridische zin) en van middelen is in elk geval noodzakelijk, terwijl tevens zal moeten worden bezien of de bevoegdheden van de inspecteurs uitbreiding behoeven. Men kan denken aan de bevoegdheid – onder de nodige waarborgen – inzage te verlangen van medische dossiers, zulks ter (voorlopige) beoordeling van de al dan niet gegrondheid van de door een klager aangebrachte beschuldigingen. Met een dergelijke wijziging van het klachtrecht is de oorspronkelijke individuele klager ook zelf gebaat. Wanneer immers zijn klacht reëel lijkt, kan hij ervan verzekerd zijn dat deze klacht – zij het met de inspecteur als klager – in goede bewoordingen en met een duidelijke weergave van de feiten bij het tuchtcollege terecht komt. Hij bespaart zich bovendien de kosten van juridische bijstand. Als getuige kan hij zijn eigen visie op het gebeuren inbrengen.

3. De openbaarheid, bij wetswijziging van 1972 geïntroduceerd, dient overeenkomstig de voorstellen van de Staatscommissie te worden teruggebracht tot een aanvaardbare mate. Dit wil zeggen dat niet langer de verplichting moet bestaan tot uitspraak in het openbaar in hoger beroep, maar dat de beslissing hieromtrent moet worden overgelaten aan het college zelf. Een deel van de Staatscommissie (waartoe de K.N.M.G.-delegatie *niet* behoorde) heeft wel gepleit voor verplichte openbare uitspraak van veroordelingen. Staatssecretaris Hendriks heeft terecht opgemerkt, dat 'openbaarheid nooit ten koste mag gaan van de patiëntenbelangen en niet verder dan noodzakelijk is, mag gaan ten koste van de beklaagde'. Welnu, *het is geenszins noodzakelijk, anders dan bij schorsing of ontzegging, de arts met naam en toenaam in de publiciteit te brengen,* zeker niet indien men zich realiseert dat daaraan voor de arts ernstige maatschappelijke gevolgen kunnen zijn verbonden, welke ver uitgaan boven de waarschuwing of berisping welke hij heeft gekregen. Zelfs bij vrijspraak kan hem worden tegengeworpen dat men van een college van vakbroeders niet anders behoeft te verwachten. Hierbij komt nog dat – anders dan in het strafrecht – tot dusverre bij het tuchtrecht een instantie ontbreekt die de ingediende klacht eerst op een redelijk vermoeden van

gegrondheid toetst, voordat deze klacht aan het oordeel van een tuchtcollege wordt onderworpen. Dit dient men te bedenken indien men verwijst naar landen als Engeland en Frankrijk, waar uitspraken met de naam van de arts in de krant komen.

4. De mogelijkheden voor de patiënt om zijn grieven (al dan niet terecht) eerst te bespreken met de arts(en) zelf, moeten worden vergroot. De tussenkomst van ombudsmannen die de wegen kennen of van klachtencommissies in ziekenhuizen, kan ertoe leiden dat misverstanden worden opgelost, de zin of onzin van het indienen van een formele klacht kan worden vastgesteld en buiten procedures om vaak de hulp kan worden gegeven waar het de klager eigenlijk om gaat. De opvatting wordt wel verkondigd dat men de mogelijkheden voor patiënten om te klagen niet moet vergroten, maar dat men hen tolerantie moet bijbrengen en het besef dat artsen niet alles kunnen. Hoe belangrijk dit laatste ook is, het komt wenselijker voor patiënten de gelegenheid te bieden hun – niet altijd onjuiste – grieven te bespreken dan de gedachte voedsel te geven dat klagers vastlopen op 'bureaucratisch afhouden, een muur van stilzwijgen', aldus de geneeskundig hoofdinspecteur in zijn jaarverslag 1974.

5. Tenslotte kan tot een betere bescherming van de artsen bijdragen, dat veel meer dan thans het geval is uitspraken worden gepubliceerd, althans dat over uitspraken wordt gepubliceerd. Daargelaten dat het in het algemeen nogal moeilijk is een goed oordeel te krijgen over het functioneren van het medisch tuchtrecht als men zich voornamelijk op getallen en rubrieken moet baseren, kan uit de spaarzame gepubliceerde uitspraken nauwelijks enige richtlijn voor het medisch handelen worden gehaald. Dit betekent niet alleen *dat het medisch tuchtrecht in het algemeen weinig bijdraagt tot de heroriëntering over medische ethiek en gedragsleer*[24], het betekent ook dat de individuele aangeklaagde arts vaak onzeker zal zijn welke uitspraak hem te wachten staat. Hij moet er maar op vertrouwen dat de tuchtcolleges, bemand met collegae die zijn gekozen om hun integriteit en intellectuele kwaliteiten, de normen voor de beroepsuitoefening niet te hoog opschroeven. Hij kan vaak hopen op het beste, maar ook niet meer. Aan de geneeskundig hoofdinspecteur is onlangs verzocht te bevorderen dat, hetzij in zijn jaarverslag hetzij in een jaarverslag van de tuchtcolleges zelf, mededelingen worden gedaan over relevante uitspraken. Het jaarverslag van de Raad van Beroep van de K.N.M.G. zou daarbij als een goed voorbeeld kunnen dienen, al zou een uitbreiding tot uitspraken van districtsraden beslist wenselijk zijn.

V. Verbetering van de procesgang

De last welke het medisch tuchtrecht aan de artsen oplegt – en die zij nu eenmaal dienen te dragen – zou niet alleen kunnen worden verminderd door de in de voorgaande paragrafen aanbevolen maatregelen, maar ook door een verbetering en versoepeling van de procesgang. Voor de goede orde wordt nogmaals opgemerkt, dat dit aspect wordt beschouwd vanuit de optiek van de arts (maar de klager-patiënt is er op dezelfde wijze mee gebaat). De volgende punten kunnen dan worden genoemd:

1. De aangeklaagde arts dient zo spoedig mogelijk (liefst binnen een week) een afschrift te krijgen van het klaagschrift, waarbij hem een redelijke termijn wordt geboden voor het opstellen van een verweerschrift. Het is voorgekomen dat een aangeklaagde arts pas na een jaar het klaagschrift ontving, met het verzoek binnen veertien dagen antwoord te geven. De zaak kan dan geheel uit de herinnering van de arts zijn.

2. Wanneer een college na ontvangst van het verweerschrift voorlopig niet toekomt aan de behandeling van de zaak, dient daarvan aan klager en aangeklaagde bericht te worden gezonden.

3. Bij de oproep voor de terechtzitting ware door een zo goed mogelijke bepaling van het tijdstip rekening te houden met het feit dat de arts zich uit de praktijk moet vrijmaken, hetgeen met name bij zaken van geringe betekenis als een zware last wordt ervaren.

4. Uit menselijke overwegingen kan het wenselijk zijn er naar te streven dat de klager-patiënt en de aangeklaagde-arts niet lange tijd getweeën moeten wachten in de wachtkamer van het tuchtcollege. Deze wachttijd lijkt in dat stadium eerder agressie dan een verzoening te bevorderen.

5. Aangeklaagden hebben soms evenveel moeite als de klager met de wat formele, wellicht wat autoritair aandoende, benadering door (de voorzitter van) het tuchtcollege[25]. Wellicht verwachten zij een meer collegiale benadering, vooral wanneer zij zich volmaakt onschuldig achten. Een korte handleiding omtrent de procesgang, bij de eerste wisseling van stukken uit te reiken, zou een beter inzicht in de positie van de betrokkenen kunnen bewerkstelligen.

6. De tuchtcolleges dienen grote gereserveerdheid te betrachten – en lijken deze ook te betrachten – bij hun beslissingen de zitting openbaar te doen zijn, omdat de aangeklaagde artsen – en ook de getuigen – dan minder mededeelzaam kunnen zijn in verband met hun beroepsgeheim en daardoor in hun verdediging kunnen worden geschaad[26].

7. Het verdient aanbeveling dat klager en aangeklaagde òf binnen vier weken de uitspraak krijgen òf bericht dat het nog enige tijd zal duren. De onzekerheid hoe de uitspraak zal luiden dient niet vele maanden te bestaan, zoals een enkele keer voorkomt door een groot tijdsverloop tussen de uitspraak en de verzending daarvan aan partijen.

Noten

1. Tijdens het parlementaire debat over het rapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening filosofeerde staatssecretaris Hendriks over de vraag óf er wel sprake zou zijn geweest van tuchtrecht in de gezondheidssfeer, indien vanaf den beginne artsen in dienstverband werkzaam zouden zijn geweest. Hoe dit zij, ook voor artsen in dienstverband heeft het medisch tuchtrecht betekenis. Zo zijn in 1974 tegen sociaal-geneeskundigen en andere niet-curatief werkzame artsen 25 klachten ingediend, waarvan 4 gegrond zijn verklaard.
2. Medisch Contact nr. 11/1947, blz. 189.
3. Wetswijziging 1972, in werking getreden 1 augustus 1974; zie 'Belangrijke wijzigingen medisch tuchtrecht', M.C. nr. 28/1974, blz. 909.
4. Zie ook 'Tuchtrecht', M.C. nr. 35/1973, blz. 999.
5. Mijn artikel 'Van klacht tot aanklacht', Metamedica 1975, nr. 5, vormt daarvan een voorbeeld. De patiënt heeft het evenmin gemakkelijk. De drempel om te klagen is hoog, de verwachtingen over de behandeling van zijn klacht zijn eveneens hoog, zijn teleurstelling na afloop is vaak groot.
6. Gemakshalve wordt in het verdere betoog alleen over artsen gesproken, hoewel het medisch tuchtrecht ook geldt voor

tandartsen, apothekers en vroedvrouwen en bovendien een uitbreiding tot verpleegkundigen en paramedische beroepsbeoefenaars is aanbevolen.
7. Voor wie het niet meer weet: de gunsteling Damocles mocht één dag koning zijn, maar boven zijn troon hing een puntig zwaard aan een paardenhaar.
8. In de jaarverslagen van de geneeskundig hoofdinspecteur werd vroeger geen afzonderlijke rubriek gewijd aan klachten die zonder nader onderzoek werden afgewezen. Na verzoek hiertoe bestaat deze rubriek wel sedert 1973 (in 1973: 41 van de 172, in 1974: 41 van de 154 klachten zonder nader onderzoek afgewezen).
9. Deze cijfers zijn nog voorlopig. Bovendien blijkt het aantal beroepszaken sterk toe te nemen, vrijwel steeds leidend tot bevestiging van de afwijzing.
10. Deze indruk wordt ook verkregen uit de vele brieven van patiënten welke het secretariaat van de K.N.M.G. in zijn ombudsfunctie bereiken.
11. De Vereniging voor Gezondheidsrecht heeft in 1973 hierover een pre-advies doen opstellen (Mr. B. Sluyters), verschenen als deel 7 in de serie Medisch Recht, Kluwer Deventer.
12. Zie onder meer het artikel van Mr. F. Kuitenbrouwer in de N.R.C. van 21 februari jl.
13. Schuurmans Stekhoven (N.J.B. 24 mei 1975) meent, dat 'het veld van de lichamelijke en geestelijke iatrogene schadezaken wit is om te oogsten; het wachten is op een voldoende aanbod van ervaren maaiers'. Daarbij denkt hij aan gespecialiseerde advocaten, bij voorkeur tevens arts.
14. Het in voetnoot 12 genoemde artikel haalt de uitspraak aan van een voormalig commissaris voor het verzekeringswezen: 'Er is veel dat erop wijst dat slechte menselijke relaties meer 'malpractice'-processen doen ontstaan dan slechte geneeskunde'.
15. Jaarverslag 1974 (pas in januari 1976 verschenen).
16. De vraag of de aangeklaagde arts tegenover een tuchtcollege *moet* spreken en gegevens moet opleveren, wordt voor zover ik weet door de tuchtcolleges zelf bevestigend beantwoord ('anders kan het tuchtcollege zijn taak niet vervullen'), door mij ontkennend beantwoord. Het Medisch Tuchtreglement bepaalt wel (art. 52) dat de aangeklaagde arts moet worden gehoord, maar niet dat hij ook moet spreken en – zoals voor getuigen en deskundigen is bepaald – niets dan de waarheid zal zeggen. Het beroepsgeheim geldt mijns inziens ook in die zin dat de arts ondanks de toestemming van de patiënt toch in bepaalde gevallen niet alles zal mogen zeggen. Dit geldt ook voor getuigende collegae.
17. In zijn artikel: 'Medisch Tuchtrecht' (in deel 2 boekenreeks N.J.B., 1975) heeft Rang zich waarderend uitgesproken over de K.N.M.G.-rechtspraak, welke hij acht een belangrijke functie te vervullen ten behoeve van het algemeen belang.
18. Artikel 635 H.R. luidt: 'Indien het bureau meent dat een klacht van ernstige aard behoort te worden behandeld volgens de bepalingen van de Medische Tuchtwet, geeft het bureau aan de klager in overweging zijn klacht in te dienen bij het bevoegde tuchtcollege'.
19. Op dit moment is in studie of deze mogelijkheid onbeperkt moet zijn. Daarbij rijzen diverse vragen: kan een districtsraad een arts tot een zeer hoge schadevergoeding veroordelen? zal zijn verzekeringsmaatschappij deze vergoeding voor haar rekening nemen? loopt een lid die kans op veroordeling door het feit van zijn lidmaatschap? kan dit gegeven een beletsel zijn om lid te worden?
20. Dr. Lamberts sprak in het debat in de Tweede Kamer over diverse artsen, die terwijl zij worden vrijgesproken toch *f* 8.700,— tot *f* 9.300,— voor bijstand voor een advocaat moeten betalen. Een verzekering voor rechtsbijstand, ook bij tuchtzaken, verdient aanbeveling.
21. In mijn artikel: 'Het tuchtrecht op de tocht' M.C. nr. 1/1973, blz. 10, van 5 januari 1973 heb ik hiervoor uitvoerig gepleit met een beroep op de bedoelingen van de wetgever (art. 28 Medisch Tuchtreglement). Zoals in voetnoot 8 is opgemerkt verschijnt sedert 1973 een rubriek van op deze wijze afgewezen klachten, waaruit blijkt dat nu al het aantal niet gering is.
22. Blz. 626, rechterkolom.
23. M.C. nr. 4/1974, blz. 110.
24. J. Gerbrandy stelt in: 'Anatomie van een medische tuchtzaak' (M.C. nr. 44/1974, blz. 1417) dat bij het ontbreken van behoorlijke criteria voor het vaststellen van nalatigheid de aangeklaagde arts is overgeleverd aan een zekere willekeur van een tuchtcollege, dat telkens zijn eigen en niet altijd juiste criteria opstelt.
25. Dit klinkt natuurlijk te generaliserend, maar deze klacht van de zijde van artsen die een tuchtproces hebben moeten doorstaan heeft mij toch dikwijls bereikt. Zelfs artsen die als getuige of deskundige zijn opgeroepen vinden soms het optreden van het tuchtcollege wel erg zakelijk.
26. Uitvoeriger daarover in het artikel genoemd in voetnoot 24.



M.C.-artikelenserie gebundeld

Gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen

Voorradig is een – beperkte – oplage bundels van de artikelenserie zoals die over de gezondheidszorg op de Nederlandse Antillen in een reeks afleveringen van Medisch Contact in 1975 is gepubliceerd.

Al gaat het hier om een kwantitatief nogal beperkte bevolkingsgroep en een beroepsgroep van slechts een 150 artsen, de relatief wat grotere aandacht die in Medisch Contact werd gevraagd voor dat stukje koninkrijk in de West leek alleszins gerechtvaardigd vanwege de specifieke problematiek daar, voortvloeiend uit het koloniale verleden, de geografische situering en de bijzondere relatie met Nederland (Groningen) met betrekking tot het medisch onderwijs.
Op veelvuldig verzoek uit met name deze onderwijskringen is overgegaan tot bundeling van de betreffende artikelenserie.

Geïnteresseerden kunnen deze bundels tegemoet zien na overmaking van *f* 12,50 per exemplaar onder het motto 'Nederlandse Antillen' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

Rapport commissie-Becht gekritiseerd

Algemene vergadering Federatie van Ziekenfondsen V.M.Z.

Tijdens de op 20 mei jl. gehouden algemene vergadering van de Federatie van Ziekenfondsen V.M.Z. leverde voorzitter Speleers vrij scherp commentaar op de conclusies, door de commissie-Becht neergelegd in haar kortelings verschenen rapport (zie M.C. nr. 21/1976, blz. 666).

Lichtvaardig

De heer Speleers constateerde, dat de commissie door gemis aan kennis omtrent de praktijk theoretisch te werk is gegaan. Het rapport is zijns inziens duidelijk van achter het bureau samengesteld. Wat er in de praktijk gebeurt, klinkt er nauwelijks in door. Er is achteloos voorbijgegaan aan het feit, dat de ziekenfondsen al zeer ver gevorderd zijn met het realiseren van een controlesysteem op de praktijkvoering van medewerkers op basis van een Landelijk Informatiesysteem Ziekenfondsen. Terwijl de ziekenfondsen en hun organisaties hun best doen om een effectieve controle van de grond te krijgen, komt de commissie-Becht – aldus de heer Speleers – op uiterst lichtvaardige gronden tot de uitspraak, dat de controle beter aan een andere instantie op centraal niveau kan worden toevertrouwd.

De federatievoorzitter vroeg zich af of de commissie wel enig idee heeft wat er bij zoiets allemaal komt kijken. Daarvoor is tijd nodig en die wordt de ziekenfondsen kennelijk niet gegund. Overheveling naar een door de commissie-Becht bedoelde centrale instantie zou verspilling van veel tijd en energie betekenen en onnodige vertraging veroorzaken. Voor deze overheveling heeft de commissie geen redelijke argumenten. Wie beter dan een adviserend geneeskundige van een ziekenfonds kan een medewerker op grond van vergelijkend statistisch materiaal tot de overtuiging brengen dat hij teveel voorschrijft, doorverwijst of laat opnemen? Dit soort contacten vereist kennis van de situatie ter plaatse. De hemel beware ons ervoor, dat een leger van ambtenaren dit werk gaat doen! Aldus de heer Speleers.

Centralistisch

Niet alleen op dit punt, maar ook op andere onderdelen ademt het rapport zijns inziens een centralistische geest. De taak van de regionaal werkzame ziekenfondsen wordt volgens hem op een onverantwoorde wijze en op uiterst dubieuze gronden uitgehold. De zwarte Piet van de kostenstijgingen tracht men klaarblijkelijk in handen van de ziekenfondsen te spelen. De commissie acht kennelijk de ziekenfondsen niet voor hun taak berekend en vraagt zich af of zij nog wel de geëigende instellingen zijn om een wettelijke regeling, waarbij miljarden guldens omgaan, uit te voeren.

Hiertegenover stelde de heer Speleers, dat de ziekenfondsen zich bij voortduring hebben ingespannen om de kostenstijgingen af te remmen. Soms leidde dit zelfs tot een conflict met de medewerkers. In die situaties bleken dan zowel de regering als de vakcentrales aan de ziekenfondsorganisaties onvoldoende steun te verlenen! De heer Speleers wees het verwijt van onvoldoende krachtdadig optreden van de ziekenfondsen fel van de hand. 'Wij hebben in voorkomende gevallen vaak genoeg onze nek uitgestoken!' Hij achtte het dan ook volkomen onjuist, nu in macro-opzicht de financiering dreigt vast te lopen, de ziekenfondsen daarvan in bepaalde opzichten de schuld te geven en te suggereren andere structuren te scheppen, die een betere kostenbeheersing mogelijk zouden maken. In feite zou dit betekenen een verzwakking, zo niet uitschakeling van de ziekenfondsen en hun organisaties en een versterking van de greep van de overheid. Een uitgehold ziekenfondswezen is naar de stellige overtuiging van voorzitter Speleers een verarming voor de Nederlandse samenleving.

Normencommissie

De centralistische geest, die uit het rapport van de commissie-Becht spreekt, past overigens slecht in de plannen die de regering blijkens de structuurnota van staatssecretaris Hendriks met de gezondheidszorg heeft. Die nota voorziet immers in een sterk gedecentraliseerde zorg. Normering bijvoorbeeld van de specialistische hulp zal er zeker moeten komen, maar partijen zijn daartoe – aldus de heer Speleers – beter in staat dan een departementaal bureau. Het is duidelijk, dat de medewerkers moeite zullen hebben met de aanvaarding van de normering omdat het hun vrijheid van handelen op medisch gebied aantast. Toch rekenen de ziekenfondsen op hun medewerking, waarbij een apart orgaan – in casu een normencommissie – een en ander in goede banen kan leiden.
Ondanks de ernstige kritiek die de Federatie van Ziekenfondsen V.M.Z. op het rapport van de commissie-Becht heeft, zal zij zich zeker over de aanbeveling van de commissie serieus beraden. Maar de ziekenfondsen zullen zich daardoor niet laten afhouden van de hun toevertrouwde taak: wij zijn bereid de regering te helpen bij het terugdringen van de kosten van de gezondheidszorg maar dan moet men onze taak niet onnodig gaan uithollen, aldus de heer Speleers.

Overdrukken 'Huisarts waarheen'

Wegens gebleken grote belangstelling is van de discussienota van de Commissie Eerste Echelon over de plaats van de medicus in het eerste echelon, zoals eerder afgedrukt in Medisch Contact nr. 5 van 30 januari 1976, een extra oplage overdrukken aangemaakt.

Geïnteresseerden kunnen exemplaren hiervan tegemoet zien na overmaking van *f* 5,– per exemplaar (bij bestellingen van 20 of meer exemplaren *f* 2,50 per stuk) onder het motto 'Huisarts waarheen?' op postgironummer 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103 te Utrecht.

Frederik van Eeden en zijn medisch proefschrift (1886)

door *Dra C. M. Verkroost**

Inleiding

Frederik van Eeden (1860-1932) is het meest bekend als Nederlands prozaïst. Onder zijn boeken zijn waarschijnlijk het meest gelezen *De kleine Johannes I* (1886) en *Van de koele meren des doods* (1900). Deze twee boeken vormen belangrijke mijlpalen in het leven van de auteur. Dat we behalve met een uitstekend schrijven ook met een arts en psychiater te maken hebben, weet niet iedereen. We zullen proberen het samengaan van bovengenoemde potenties enigszins te begrijpen door hem een eindweegs in zijn voorgeschiedenis en verder naar zijn promotie tot medicinae doctor te volgen.

Jeugd

Eigenlijk heette hij Frederik Willem van Eeden jr. en hij werd op 2 mei 1860 te Haarlem geboren[1]. Zijn voorvaderen hebben zich generaties lang met de tuinbouw beziggehouden, ofschoon ze gewoonlijk andere ambities daarnaast hadden. Zijn grootvader bijvoorbeeld was bloemkweker en tevens secretaris der Nederlandse Maatschappij tot bevordering van Nijverheid (gesticht 1771). Ook schreef hij humoristische gedichten en was hij lid der Rederijkerskamer 'Trou moet blijcken' (te Haarlem).
Frederiks vader, F. W. van Eeden sr. (1829-1901) was in de tuinbouw begonnen en heeft zich later aan de botanie gewijd. Zijn populair wetenschappelijke opstellen in het *Album der Natuur*[2] zijn bekend geworden. Van 1859-1899 was Van Eeden sr. algemeen secretaris der Maatschappij ter bevordering van Nijverheid. In opdracht van dit instituut, dat later herdoopt is in Maatschappij van Nijverheid, legde hij een koloniale verzameling aan, die tot een Koloniaal Museum uitgroeide, aanvankelijk gevestigd in 'de Hout' bij Haarlem. Voor dit museum is het werk van Van Eeden sr. van onschatbare waarde geweest. In zijn vrije tijd beoefende hij de dichtkunst, maar natuuronderzoek beschouwde hij steeds als de basis van onze beschaving en zijn eigen waarnemingen beschreef hij in een keurig verzorgd Nederlands.
De voltooiing van de in 1800 begonnen *Hortus Batavus* (dat is de laatste 8 delen) vormt zijn eigenlijke levenswerk[3]. Verder is voor beter begrip van zijn zoon Frederik belangrijk te weten dat grote denkers als Plato, Spinoza en Kant tot zijn lievelingslectuur behoorden. Frederik van Eeden[4] heeft zelf verklaard: 'Zolang ik me herinner hebben mijn vader en ik steeds ontbeten met Spinoza, Kant, Lucretius, de Indische boeken of de werken van één der Duitse wijsgeren uit de vorige eeuw'.

Studie

Volgens Kalff[5] muntte Frederik van Eeden niet uit door vroegrijpheid. Wél probeerde zijn vader als onverstandig kweker 'de knoppen open te peuteren'. Volgens Albert Verwey[6] heeft hij er aanvankelijk aan gedacht botanie als studievak te kiezen, maar uiteindelijk heeft hij toch aan de geneeskunde de voorkeur gegeven, een vak waarin liefde voor de mens en voor de natuur kunnen samengaan.
Dikwijls komen artsen tot de keuze van hun beroep door ziekte van een geliefd familielid of van een vriend of van henzelf. Wat Van Eedens gezondheid betreft weten we, dat hij op zestienjarige leeftijd de school wegens een oogziekte moest verlaten en dat hij te Münster am Stein bij Kreuznach genezing heeft gezocht. Volgens Kalff[7] werd hij door een kwakzalver door middel van vlees en water genezen. Intussen vormen de dagboeken van Van Eeden de rijkste bron van informatie met betrekking tot zijn somatische en psychische gezondheid: we lezen dat hij allergisch was en des zomers aan hooikoorts leed; des winters klaagde hij over 'neuskatarrh'; hij sliep vaak slecht en had dromen waaraan hij grote betekenis toekende[8]; verder was hij depressief[9]. In ieder geval worstelde hij dag aan dag om een zekere mate van innerlijke rust en evenwicht te verwerven. Zelf schrijft Van Eeden zijn 'melancholie' gedeeltelijk toe aan ongelukkige voorvallen in de praktijk, die hij zich sterk aantrok[9].
Hoe kwam hij dus tot zijn besluit geneeskunde te gaan studeren? Waarschijnlijk door zijn wetenschappelijke belangstelling in het algemeen, door belangstelling voor de natuur in het bijzonder, door sociale aandrift verbonden met diep religieuze behoeften[10], dus door zijn gehele persoonlijkheid.
Frederik van Eeden studeerde geneeskunde in Amsterdam (1878-1885). Zijn ontwikkeling als mens en als kunstenaar vanaf zijn kinderjaren tot aan de volwassenheid, beschreef hij op unieke wijze in het reeds genoemde boek *De kleine Johannes* (1886), dat op zo treffende wijze eindigt met de keuze van de hoofdpersoon, namelijk vóór de mens en zijn weedom: 'En met zijn begeleider ging hij den killen nachtwind tegemoet, den zwaren weg naar de groote, duistere stad, waar de menschheid was en haar weedom'.

Proefschrift

Tenslotte zoeken we naar een verklaring van het feit dat Van Eeden zijn dissertatie schreef over het onderwerp *Kunstmatige voeding bij de tuberculose* (1886).

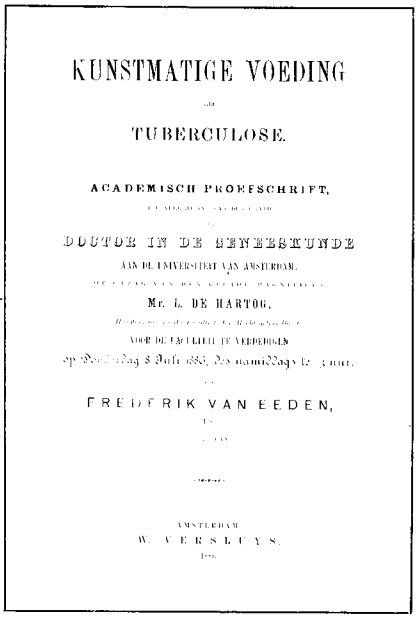
In de 19e eeuw was de tuberculose de gevaarlijke volksziekte. Weliswaar had Robert Koch in 1882 de tuberkelbacil

* Uit het Medisch Encyclopaedisch Instituut der Vrije Universiteit (hoofd: Prof. Dr. G. A. Lindeboom).

ontdekt en was daarmede het begin van de oplossing van het tuberculoseprobleem gegeven, maar de weg naar een afdoende therapie was nog lang. De middelen om de boosaardige bacil te doden moesten nog worden ontdekt[11]. Behalve hoest, opgeven en koorts was vermagering een in het oog springend verschijnsel. Debove[12] heeft dit symptoom als 'omen pessimum' aangeduid. Frederik van Eeden was opgeleid door onder anderen Prof. P. K. Pel (internist), die in het Binnengasthuis te Amsterdam infectieziekten, met name de tuberculose, doceerde[13]. Na zijn artsexamen (17 october 1885) ging Van Eeden naar Parijs waar hij behalve Debove, Charcot leerde kennen.
George Maurice Debove (1845-1920) was een leerling maar ook een vriend van Jean Baptiste Charcot (1867-1930), de grote zenuwarts en chef de clinique aan de Salpêtrière te Parijs. Naast andere medische gebieden had vooral ook de tuberculose de belangstelling van Debove; over deze ziekte heeft hij ook een afzonderlijk werk gepubliceerd (*Leçons cliniques et thérapeutiques SUR la tuberculose,* Paris 1884). Van Debove leerde Van Eeden het nauwe verband tussen de tuberculose en vermagering doorgronden, bij Charcot zag hij de mogelijkheden die de hypnose op het gebied van de neuropsychiatrie bood. bood. Het laatstgenoemde gebied, de neuropsychiatrie, boeide Van Eeden zeer.

Toch aanvaardde hij voor zijn proefschrift het onderwerp van Pel: kunstmatige voeding bij tuberculose. Volgens Elaut[14] gebeurde dit onder invloed van de persoonlijkheid van Pel. De promovendus vertelt zelf[15]: 'Vóór mijn promotie had ik de verschijnsels van suggestie en hypnose reeds bestudeerd. Ik wenschte oover dat onderwerp mijn dissertatie te schrijven. Prof. Pel, bij wien ik moest promoveren, weigerde dit onderwerp, als niet 'wetenschappelijk' genoeg. Het was een groote fout van mij, dat ik mij toen niet zelfstandiger toonde en dat ik mij door dit bekrompen oordeel van mijn weg liet afbrengen. Het zou mijn heele leevensloop veranderd hebben. Ik zou nooit twee jaar hebben verbeuzeld in een dorpspraktijk, waarvoor ik niet deugde', en verder: 'Had ik mijn dissertatie oover dat onderwerp, de psychotherapie, kunnen schrijven, dan was ik terstond met de practijk in Amsterdam begonnen, en had mijn psychologische studie veel beeter voortgezet en misschien nieuwe weegen gevonden'.

De jonge arts schreef zijn proefschrift *Kunstmatige voeding bij de tuberculose* dus met enige tegenzin, maar zijn eigenlijke belangstelling heeft hij niet verloochend[16]. In deze dissertatie gaat het om de therapeutische waarde van kunstmatige overvoeding bij tuberculoselijders. In Leiden was een 'Sammelforschung' georganiseerd om na te gaan in welke gevallen genezing was bereikt. Men kwam op vijftig genezingen die alle het gevolg waren van klimaatkuren. Een kuur in het gebergte was en bleef echter een voorrecht voor weinigen. Men trachtte dus een geneeswijze te vinden die op vele lijders kon worden toegepast.
Het belangrijkste wat men op dit gebied had ontdekt was de vinding van Debove


KUNSTMATIGE VOEDING

TUBERCULOSE.

ACADEMISCH PROEFSCHRIFT,

DOCTOR IN DE GENEESKUNDE

Mr. L. DE HARTOG,

FREDERIK VAN EEDEN,

AMSTERDAM
W. VERSLUYS.

uit Parijs, dat overvoeding meermalen succes had. Prof. Pel stond aan Van Eeden toe in het Binnengasthuis te Amsterdam een onderzoek in te stellen naar de deugdelijkheid en de resultaten van extra voeding aan tuberculoselijders toegediend. De assistenten *Feltkamp* en *Frank* hebben bij het onderzoek geholpen. Het was reeds bekend dat tuberculose met de voedingstoestand samenhangt; in ieder geval had verbetering van voeding een gunstige invloed op het verloop van de ziekte.

Het specificum tegen de tuberculosebacil was niet gevonden; het was dus zinvol tuberculoselijders met alle middelen te helpen, eventueel ook met een speciale voeding. Behalve de samenhang tussen voedseltoestand en verloop van de ziekte, was sedert de onderzoekingen van Chossat bekend dat 40% afname van lichaamsgewicht, afgezien van ziekte, dodelijk is. Gewichtsafname door tuberculose was gesignaleerd en onderzocht. Men noemde getallen als 4 kg tot 11½ kg per jaar[17]. De leuze werd nu: voedt de tuberculoselijder zo goed en zoveel mogelijk. Helaas zijn dyspepsie en anorexie frequent optredende verschijnselen bij de tuberculose. Debove, verbonden aan het hospitaal te Bicêtre, kwam op de gedachte van een maagsonde gebruik te maken om de zieken ondanks hun afkeer van voedsel, een kans te geven om hun ziekte door goede voeding te overwinnen. Debove begon met melk en fijn gehakt vlees en eieren. Hij had uitstekende resultaten en bracht daarover verslag uit in de *Société des Hôpitaux* (november 1881). Dujardin Beaumetz volgde onder de indruk van het succes van Debove diens methode en kreeg eveneens uitstekende resultaten. Paul Pennel, assistent van Prof. Dujardin Beaumetz, geeft een uitvoerige ziektegeschiedenis over negen zieken. Deze beschrijving is ongunstig, volgens Debove, omdat de overvoeding met vleespoeder achterwege was gelaten. Charcot maakte in zijn kliniek te Parijs wél gebruik van vleespoeder; andere artsen – Joffroy, Guyot, Troisier, Milliard en anderen – hadden eveneens gunstige resultaten. Dujardin Beaumetz wees er het eerst op, dat de vleespoeders ook oraal konden worden gebruikt en dat de maagsonde in bepaalde gevallen overbodig was. Broca en Winz stelden een uitvoerig onderzoek in met 38 zieken en beschreven de resultaten. Gezien de gewichtstoename en algemene verbetering werden de eiwitten omgezet en geassimileerd; het ureumgehalte in het bloed nam echter toe. Gedurende de kuur werd gewichtsafname echter *niet* waargenomen.

Van Eeden promoveerde op 8 juli 1886. In de inleiding tot zijn dissertatie noemt hij de collega's die de methode Debove toepasten en beschrijft hun bevindingen. Sommige zieken reageerden met hoge aanhoudende koorts, wat als een contra-indicatie tegen de therapie van de overvoeding werd gesignaleerd. In het tweede hoofdstuk van zijn proefschrift beschrijft Van Eeden de zieken die aan zijn onderzoek hebben deelgenomen en het verloop van hun kuur (p. 27 vlg.). Samenvattend verklaart hij (p. 61) onder andere, dat bij de 17 meegedeelde gevallen 13 een verbetering in de algemene toestand vertoon-

den. In het derde hoofdstuk van zijn dissertatie wijst Van Eeden nog eens op de bijzondere verdienste van Debove. Verder geeft hij reacties van andere onderzoekers (p. 67 vv.). Tenslotte wijst Van Eeden op het feit dat Verdeil in 1849 al heeft geattendeerd op de relatie tussen vleesvoeding en het hemoglobinegehalte in het bloed: eiwitvoeding vermeerdert het hemoglobinegehalte, koolhydraten en vetvoeding hebben het omgekeerde effect. Van Eeden concludeert dat de vermeerdering van zuurstofopname die het gevolg is van het toegenomen gehalte aan hemoglobine niet schadelijk is voor de zieke. Hij beschrijft de zogenaamde Wier-Mitchellmethode tegen vormen van neurasthenie en hysterie. De therapie zou bestaan in afzondering, bedrust, massage, elektriciteit en overvoeding. Van Eeden merkt op dat hoofdzakelijk bedrust en overvoeding voldoende zouden zijn, terwijl massage en elektrische behandeling tegemoet komen aan het gebrek aan lichaamsbeweging. Intussen heeft volgens hem het bergklimaat nog steeds de hoogste therapeutische waarde. Voor de verklaring van dit feit sluit Van Eeden zich aan bij Paul Bert. Deze gaat uit van bergziekte met als oorzaak 'anoxhémie' (gebrekkige zuurstofopname). Bergvolken lijden daaraan niet, doordat zij een hoger hemoglobinegehalte in het bloed hebben. Paul Bert concludeert verder, dat bergvolken immuun zijn voor tuberculose doordat hun bloed meer zuurstof bevat. Het bloed van tuberculoselijders past zich in het bergland aan, waardoor ze een tijdelijke immuniteit verwerven, welke soms behouden blijft.
Het proefschrift eindigt niet met een conclusie; de schrijver wijst er alleen op dat de empirische resultaten van Debove niet in strijd zijn met de opvattingen van de waarde van het hemoglobinegehalte. Hij meent echter dat er veel onderzoek nodig is om tot vaststaande conclusies te komen. Hoofdstuk IV bevat het besluit der dissertatie. Van Eeden vat samen:

De methode van Debove bestaat voornamelijk in het vermeerderen van de eiwitstoffen in de vorm van vleespoeders. De prognose is het gunstigst als er geen hereditaire factor in het spel is of wanneer de ziekte door de slechte voedingstoestand begunstigd is; in de derde plaats hebben de chronisch, langzaam voortschrijdende processen goede kansen. Diarree en maagaandoeningen vat Van Eeden op als indicaties voor het staken van de kuur. Om genoemde moeilijkheden te voorkomen adviseert hij het beginnen met kleine doses die men langzaam aan kan vergroten. Het gebruik van de maagsonde acht hij wenselijk. Tot overvoeding met doses boven 150 gram wil Van Eeden alleen overgaan als geringere kwanta geen succes hebben. Tenslotte moet het afbreken van de kuur geleidelijk zijn en niet abrupt; men kan de kuur laten uitlopen op het gebruik van levertraan. Van Eeden komt tot de conclusie dat de methode-Debove in ons land door onderzoekingen op ruimere schaal moet worden gecontroleerd.
De dissertatie eindigt met een nauwkeurig schematisch verloop van 9 onderzochte ziektegevallen, waarvan 6 in het tweede, 2 in het laatste en 1 in het eerste stadium. De maagsonde werd in 6 gevallen toegepast.

Stellingen

De stellingen waarmee de jonge arts het proefschrift afsluit zijn bijzonder interessant, omdat ze een kijk geven op Van Eedens werkelijke belangstelling[18].
We citeren stelling VII: 'De onderzoekingen van Bernheim, Richer, Charcot, enz. omtrent hypnotisme en suggestie verdienen grote belangstelling'.
En stelling VIII: 'Hysterie als psychische ziekte, is in hoofdzaak een aandoening van de Wil, het is een te sterke, een te zwakke of een verkeerd werkende (niet gecoördineerde) wil'.
Stelling XI: 'Er kan alleen sprake zijn van localisatie der meest elementaire psychische functies'.
Stelling XVII: 'Elke wetenschappelijk gevormde medicus dient psychologie gestudeerd te hebben'.
Na zijn promotie heeft Van Eeden zich niet meer speciaal met de tuberculose beziggehouden. Zoals bekend is, heeft hij zich aan de psychiatrie gewijd; en hij heeft op dat gebied zijn sporen verdiend. De voorgeschiedenis en de stellingen in het proefschrift wezen al in die richting.
Na enkele jaren praktijk in Bussum[19] is Van Eeden in aanraking gekomen met A. W. van Renterghem en is hij toch de weg naar hypnotische geneeswijze, de psychotherapie, ingeslagen (1888). Hij spreekt van een overgangstijd[20] en schrijft zijn beroemd geworden boek *Van de koele meren des doods* (1900), waaruit zijn grootheid als auteur en als psychiater blijkt en waaraan Prof. H. C. Rümke nog in 1964 een uitvoerige studie heeft gewijd. De laatste weet Van Eedens psychiatrisch inzicht te waarderen[21].
Van Eedens eigenlijke betekenis ligt in zijn keuze vóór de mens in zijn nood en in zijn eerlijk streven waarvan zijn dagboeken getuigen.

Noten

1. G. Kalff. *Frederik van Eeden, psychologie van den tachtiger,* Groningen-Den Haag, 1927, p. 12 vv.
2. *Album der Natuur.* A. C. Kruseman, Haarlem.
3. G. Kalff, 1.c. noot p. 17. Het dagboek van Fr. van Eeden sr. is kort voor 1927 ontdekt, maar nog niet uitgegeven.
4. *Ibid,* p. 14.
5. *Ibid.,* p. 12.
6. Albert Verwey. *Frederik van Eeden.* Santpoort 1939.
7. Kalff, p. 50.
8. Vgl. rede over droomen op 22 april 1913 te Londen uitgesproken; opgenomen in *Frederik van Eeden. Over dromen,* door H. v. E. De Driehoek, Amsterdam 1956.
9. *Literatuur en leeven,* VIII, p. 1.
10. Van Eedens moeder was een dominéesdochter, Neeltje van Warmelo (Kalff, 1.c. p. 12).
11. Charles Coury. *La tuberculose au cours des âges.* Suresnes 1972.
12. Debove, Frans, arts, verbonden aan het ziekenhuis in Bicêtre bij Parijs, in zijn rede van november 1881 voor de Société des Hôpitaux.
13. P. K. Pel was bovendien voorzitter van de Amsterdamsche Vereeniging tot bestrijding der tuberculose. Hij heeft meegewerkt aan de oprichting van het Sanatorium voor tuberculoselijders te Hoog-Laren (cf: *Ned. T. Geneesk., 63* (1919), 569: In Memoriam Prof. Dr. P. K. Pel door C. C. Delprat).
14. L. Elaut. Het medisch proefschrift van Frederik van Eeden, *Vlaamsche Gids, 45* (1961), 480-5.
15. *Literatuur en Leeven,* VIII, p. 2.
16. Zie stellingen achter het proefschrift (p. 83-6) en verder dit artikel.
17. Voor literatuur waarnaar Van Eeden verwijst, zie zijn proefschrift.
18. G. C. van Walsum in *Geneesk. Gids, VIII* (1930), 304-5, acht de twaalf stellingen niet opmerkelijk.
19. Villa 'Beukenoord', Kalff, p. 51.
20. *Literatuur en Leeven,* XII.
21. H. C. Rümke. *Over Frederik van Eeden's Van de koele meren des doods.* Scheltema en Holkema, Amsterdam 1964.

medisch contact

Nr. 23 – 4 juni 1976

officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen).

Dagelijks Bestuur	Dr. J. L. A. Boelen, voorzitter, Dr. H. W. A. Sanders, ondervoorzitter, C. F. A. Heyen, L. Th. G. Rozeman, Mevr. E. Smit, leden; S. van Randen (voorzitter L.H.V.), Z. S. Stadt (voorzitter L.A.D.) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter L.S.V.), adviserende leden.
Secretariaat	J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.
Bureau voor waarneming en vestiging	Van 08.00 tot 16.30 uur: Mej. J. de Graaf, tel. 030-885411.
Afdeling comptabiliteit	J. A. Alst; Postgironummer der K.N.M.G.: 58083; AMRO-bank nummer; 45 64 48 969.
Ledenregister	N. W. G. Pastoor (ook voor alle mutaties).
Afdeling buitenland	Mr. B. Schultsz; Mej. M. Th. van der Meulen, secretaresse.
Stichting Ondersteuningsfonds (O.F.)	H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.
Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)	Mr. N. de Graaff, directeur; Mevr. M. J. Blok, chef de bureau.
Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)	Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.
Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)	Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mevr. J. C. Steenbrink, secretaresse.
Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.)	W. J. de Jager, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)	Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; Mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.
College voor Sociale Geneeskunde (C.S.G.)	Mr. B. Schultsz, secretaris; Mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.
Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)	Mr. P. Swenker, secretaris; Mevr. H. Ciuráns y Lledo-Heetebrij, secretaresse.
College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.)	Dr. H. Roelink, secretaris; Mej. L. Beljaars, secretaresse.
Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.)	J. I. van der Leeuw, secretaris; Mevr. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.
Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)	Drs. S. Duursma, directeur; Mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.
Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (S.B.A.)	J. M. G. Hoes, directeur; Mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecr. tel. 030-887021 en 885411.

van het hoofdbestuur

Kort verslag 166ste Algemene Vergadering (I)

Kort verslag van het verhandelde in de 166ste Algemene Vergadering van de K.N.M.G., gehouden op vrijdag 24 oktober 1975 te Utrecht

I. Opening van de Algemene Vergadering te 17.30 uur.

De *voorzitter,* Dr. J. L. A. Boelen, opent de vergadering. Door het herdenken van twee overleden prominente leden wil spreker alle leden, die sinds de vorige Algemene Vergadering de Maatschappij door overlijden zijn ontvallen, herdenken. In de afgelopen periode overleed Prof. Mr. Dr. P. A. H. Baan, Hoofdinspecteur van de Geestelijke Volksgezondheid, die vele jaren werkzaam is geweest op het gebied van de psychiatrie en die belangrijke bijdragen heeft geleverd aan de ontwikkeling van de geestelijke volksgezondheid in Nederland. Hij was hoogleraar in Groningen en in Genève en zijn wetenschappelijk oeuvre is van bijzondere betekenis. Met hem is een zeer beminnelijk collega heengegaan. Voorts overleed prof. Dr. J. Goslings, rheumatoloog in Leiden, die in Nederland en ook daarbuiten grote bekendheid genoot. Toen het specialisme rheumatologie in 1947 werd erkend, trad hij toe tot de Specialisten Registratie Commissie en had hierin tot 1969 zitting. Zijn wetenschappelijk oeuvre is van grote betekenis voor de rheumatologie geweest.

(Alle aanwezigen nemen vervolgens staande enige ogenblikken stilte in acht.)

II. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering.

Tot lid dezer commissie, waarvan de voorzitter en de secretaris-generaal q.q. deel uitmaken, wordt benoemd J. Geldof (VIII).

Van Loon (X) stelt voor, de inleiding van de voorzitter te laten voorafgaan aan het aan de orde stellen van de eerste rondvraag. Z.i. zal men dit in de toekomst steeds moeten doen. De *voorzitter* heeft hiertegen geen bezwaar en stelt vast, dat ook de Algemene Vergadering zich hiermede kan verenigen.

III. Inleiding van de voorzitter

De *voorzitter* wenst te beginnen met de leden van het secretariaat een compliment te maken voor de wijze, waarop zij hun vele activiteiten verrichten. Met de huidige bemanning is het welhaast ondoenlijk een en ander tot in de finesses bj te houden. (Zie voor het vervolg van deze inleiding M.C. 1975/45, bladzijde 1429 e.v.).

IV. Eerste rondvraag

Van Smaalen (VI) heeft in Rotterdam geconstateerd, dat er bij bijna en pas afgestudeerde artsen een drempelvrees ten aanzien van de Maatschappij bestaat vanwege de contributie. Deze is voor de belastingen aftrekbaar, maar een jonge, pas gevestigde arts heeft nog niet veel ruimte voor aftrekposten. Is het niet mogelijk, deze artsen voor een periode van 3 à 5 jaar een verminderde contributie te laten betalen? Artikel 105 *H.R.* biedt de mogelijkheid om vermindering van contributie te vragen, maar men vindt het onaangenaam hierom te moeten vragen. Dit werkt remmend en leidt tot het uitstellen van het lidmaatschap. Het is zeer belangrijk, dat jonge artsen, als zij lid zijn, worden betrokken bij de activiteiten van de Maatschappij en de besprekingen over het vestigingsbeleid en toetsingsproblemen zullen vlotter verlopen, indien zij worden gehouden tussen leden van één vereniging. Het secretariaat zal ongetwijfeld de data van de artsexamens en die van de intrede in de Maatschappij kunnen nazien.

De *voorzitter* wijst erop, dat artikel 109 H.R. bepaalt, dat een lid, wiens lidmaatschap aanvangt binnen een half jaar na zijn artsexamen gerechtigd is, zich voor het lopende kalenderjaar en de twee daarop aansluitende kalenderjaren in de laagste klasse te plaatsen. Overigens heeft spreker uit een onlangs met een groep pas afgestudeerde artsen gevoerd gesprek, waarin onder andere de financiële problematiek aan de orde kwam, niet de indruk gekregen, dat zij de contributie op zichzelf als een belemmering zagen.

Van Smaalen zegt, dat zij hiermede wel moeite hebben in de tijd, dat zij pas zijn gevestigd. Dan zijn de eerste jaren moeilijk.

De *voorzitter* antwoordt, dat iedereen die afstudeert, automatisch een brief krijgt toegezonden, waarin op artikel 109 H.R. wordt gewezen. Op het ogenblik is er in Nijmegen een onderzoek gaande naar de motivering inzake het lidmaatschap van de K.N.M.G. Hierin worden de door collega Van Smaalen aangeduide data genoemd.

Van Loon (X) zegt in verband met het stuk 'Werkzaamheden Structuurcommissie', dat in de zogenaamde juristennota de wensen en verlangens die bij de Maatschappij en haar organen leven, staan vermeld. De L.A.D. wenst een zo groot mogelijke, geheel zelfstandige en representatieve vereniging, de L.S.V. wenst een zo groot mogelijke vereniging die alle

specialisten, ongeacht de juridische basis van hun werkzaam zijn, omvat en voor de L.H.V. geldt hetzelfde. Aangezien alle artsen in gelijke omstandigheden arbeiden in het kader van de volksgezondheid, dienen zij elkaar te kunnen vinden. Daarom heeft de L.S.V. voorgesteld, een wijziging in de statuten van de plaatselijke specialistenverenigingen aan te brengen, zodat alle specialisten in deze verenigingen kunnen worden opgenomen. Hetzelfde zal wel voor de plaatselijke huisartsenverenigingen gelden. Hoe zal het dan echter gaan tussen de L.S.V. en de L.A.D. en tussen de L.H.V. en de L.A.D.? De L.S.V. heeft een uitvoerig stuk geproduceerd, waarin wordt gesproken over een herstructurering binnen de L.S.V. en waarin ook wordt gesproken over een statutenwijziging van de K.N.M.G. Zal de Algemene Vergadering onverhoeds een voorstel tot statutenwijziging worden voorgelegd of moet deze kwestie eerst in de gehele K.N.M.G. worden besproken? Zullen eventuele wijzigingen van de onderstructuren moeten wachten, totdat de K.N.M.G., de moederorganisatie, klaar is met haar studie over de herstructurering?

De *voorzitter* zegt, dat het hem een goede gang van zaken lijkt, dat de leden aan de oordeelsvorming over de structuurverandering van de Maatschappij meedoen. Reeds vele jaren zijn in het hoofdbestuur en in de maatschappelijke verenigingen discussies gaande over de vraag, hoe deze verandering moet geschieden. Er zijn artsen, die zich bij de bestaande structuur niet meer helemaal op hun plaats voelen in de Maatschappij en met name zijn dit de artsen, die zijn verenigd in het C.O.S.A.Z. en in de Vereniging van Medisch Wetenschappelijke Onderzoekers. Bij de huidige Maatschappijstructuur is het zeer moeilijk, deze groeperingen als een aparte zuil van de Maatschappij toe te laten. Het hoofdbestuur zou gaarne zien, dat in de bestaande structuur zo weinig mogelijk verandering kwam en dat toch iedereen zijn plaats in de Maatschappij zou kunnen vinden. Vele universitaire artsen gevoelen zich in de Maatschappij niet thuis. Wil men echter alle artsen in één beroepsorganisatie verenigen, dan dient er ook voor hen een plaats te zijn, waar zij zich thuisvoelen. De groei naar een nieuwe structuur is een proces, dat geleidelijk aan in het gehele land onder de leden moet plaatsvinden, waarbij ook binnen de maatschappelijke verenigingen een bepaalde oordeelsvorming tot stand kan komen. Op het ogenblik doet men er verstandig aan, dit proces rustig zijn gang te laten gaan, totdat er een duidelijk zicht op is, hoe deze zaak kan worden opgelost. De eindbeslissing ligt uiteraard bij de Algemene Vergadering.

Huyssoon (I) merkt op, dat, gezien het geweldige tandartsentekort en het feit, dat vele jonge artsen vooralsnog hun emplooi niet kunnen vinden, het wellicht in het belang van de volksgezondheid en in dat van deze jonge artsen zou kunnen zijn als de Maatschappij met de regering eens zou praten over de mogelijkheid, jonge artsen, bij wie hiervoor animo bestaat, zich te laten specialiseren tot tandarts. Ook na de oorlog heeft men het in Utrecht gepresteerd, spoedcursussen voor tandartsen te organiseren.

De *voorzitter* vermoedt, dat de motivatie van jonge mensen, arts te worden en de neiging van tandartsen hun beroep hoog te houden, in dezen weerstanden zal oproepen. In deze tijd kan dit probleem niet meer worden opgelost op de manier, waarop dit na de oorlog is gebeurd. Een en ander zal echter te bestemder plaatse worden gesondeerd en bij de Maatschappij voor Tandheelkunde zal worden geïnformeerd, of men hierover een opvatting heeft.

De Wit (Rotterdam) wijst erop, dat het verloskundig onderwijs aan studenten, die tot arts worden opgeleid, op grote moeilijkheden stuit doordat er steeds minder bevallingen en steeds meer studenten zijn. Kan hetgeen hier en daar reeds wordt toegepast, namelijk dat degenen die geen huisarts of gynaecoloog worden, minder of in het geheel geen bevallingen doen, niet tot regel worden? Het zou tot gevolg hebben, dat de toekomstige huisartsen, die wel verloskunde willen doen, beter opgeleid in de praktijk konden komen.

De *voorzitter* meent, dat dit een goede suggestie is. Gelet op de eisen ten aanzien van de studie, zal hiervoor waarschijnlijk wel een wetswijziging nodig zijn.

Roelink (secretaris) zegt, dat in het voorjaar van de K.N.M.G. het initiatief is uitgegaan om een overlegorgaan tussen de presidia van de drie opleidingscolleges en de faculteiten te creëren, dat is bedoeld om de aansluiting van de basisopleiding op de specifieke beroepsopleidingen zo goed mogelijk te laten verlopen. In een audiëntie van het College voor Huisartsgeneeskunde met staatssecretaris Klein nam deze het standpunt in, dat het buitengewoon belangrijk is dat de arts, – zeker de huisarts – voldoet aan de elementaire voorwaarden, die, wat de verloskunde betreft, voor zijn opleiding worden gesteld.

Trouw (III) zegt, dat de kruisverenigingen provinciaal autonoom zijn. In Den Helder wordt getracht, het eerste echelon te evalueren door een samenwerking te verkrijgen met bijvoorbeeld de maatschappelijk werker, de wijkverpleegster enz. De 'bottle-neck' in dezen is echter, dat in Noord-Holland de wijkverpleegster niet mag worden verbonden aan een speciale arts, maar wel een eigen regio mag hebben. Indien dit niet het geval zou zijn, zou in het eerste echelon een veel gemakkelijker samenwerking kunnen ontstaan.

De *voorzitter* weet niet hoe dit in het gehele land is geregeld. Vanuit de L.H.V. is er reeds

enige jaren met de kruisverenigingen en met andere werkers in het eerste echelon een intensief contact, maar de resultaten ervan zijn niet om over te juichen.

V. Verkiezingen

Benoeming van een stembureau. Tot leden van het stembureau worden aangewezen de heren A. M. M. van Loon (X), K. J. Lugtmeyer (XIX) en Mr. B. Schultsz.

Denekamp (XVI), die voor de laatste maal de Algemene Vergadering bijwoont, wijst erop, dat het 5de lid van artikel 575 H.R. luidt: 'Iemand kan niet tot lid van een commissie worden gekozen of herkozen, indien hij vóór het einde van zijn zittingsperiode de leeftijd van 75 jaar zal bereiken'. Collega Dekker is in 1904 geboren en zal dus vóór het einde van de nieuwe zittingsperiode ouder dan 75 jaar zijn. Daar hij het zou betreuren, indien collega Dekker niet kan worden herkozen, vraagt spreker, of hiervoor een oplossing is te bedenken.

De *voorzitter* vraagt de Algemene Vergadering, hiervoor dispensatie te verlenen. Hij constateert, dat deze wordt verleend.
Tot leden van het hoofdbestuur worden gekozen: E. Iwema Bakker, huisarts te Amsterdam, Dr. E. J. C. Lubbers, specialist te Nijmegen, en B. S. Polak, huisarts, tevens lector aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Amsterdam.
Tot lid van de Raad van Beroep wordt herkozen: Prof. Mr. A. L. Melai te Leiden.
Tot lid van het bestuur van Medisch Contact wordt herkozen: Dr. J. A. Stoop te Utrecht.
Tot lid van het bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds wordt gekozen: H. H. C. Stapert te Merkelbeek.
Tot lid van de Commissie van uitvoering voor de Steunregeling aan oorlogsslachtoffers wordt herkozen: G. Dekker te Overveen.

De *voorzitter* wenst alle herkozenen en gekozenen geluk met hun herbenoeming en dankt de leden van het stembureau voor de door hen genomen moeite.

VI. Jaarverslag der Maatschappij over 1974

Van Loon (X) zegt, dat in het verleden het heden ligt en in het nu wat worden zal. Hierdoor is een jaarverslag dikwijls een getuigenis van het beleid, dat het bestuur van een vereniging in de toekomst denkt te voeren. Uit het jaarverslag blijkt, dat het dagelijks bestuur van de Maatschappij zich met betrekking tot de pensioenregeling voor huisartsen zorgen maakt over de merkwaardige verhouding van inkomen tot premie, waardoor de kleinere praktijken onredelijk zwaar worden belast. Dit probleem speelt ook bij de L.S.V. en kan als urgent worden beschouwd als men in eigen gelederen redelijkheid en billijkheid in acht wil nemen. In het Rapportenboekje zijn de richtlijnen voor vergoedingen voor waarneming vermeld en is aangegeven wat onder kleine, middelgrote en grote praktijken wordt verstaan. Wanneer men de aantallen ingeschrevenen vermenigvuldigt met het bedrag van *f* 5,01 dat wordt gecompenseerd voor een pensioenpremie en dat voor alle ingeschrevenen geldt, blijkt, dat de minst draagkrachtigen uit eigen middelen de hoogste bijdragen moeten leveren. De premie is een vast bedrag en is voor de huisartsen ongeveer *f* 25.000,—. Iemand met 1.800 ingeschrevenen krijgt *f* 9.000,— gecompenseerd, iemand met een middelgrote praktijk met 3.000 ingeschrevenen krijgt *f* 15.000,— gecompenseerd, iemand met een praktijk met 5.000 ingeschrevenen krijgt de gehele premie van *f* 25.000,— gecompenseerd, terwijl iemand, die nog meer ingeschrevenen heeft, hieraan nog geld overhoudt als besteedbaar inkomen. Dit is niet te tolereren, want hierdoor wordt de rijken steeds rijker en de armen steeds armer. Men zal er met z'n allen iets aan moeten doen, daar hier van een onbillijkheid sprake is.

De *voorzitter* meent, dat dit een zorg is, die zeker ook elders tot uiting zal moeten worden gebracht. In het hoofdbestuur zal deze kwestie ter discussie worden gesteld en er zal worden getracht, zicht te krijgen op een eventuele verandering in dezen. Dit zal echter niet eenvoudig zijn.

Trouw (III) wijst erop, dat op het ogenblik wat de huisarts betreft een basispraktijk van 2.600 ingeschrevenen richtlijngevend is, waarbij voor het ziekenfonds en voor de particuliere praktijk de premie is ingecalculeerd. Het gaat hier om een basispensioen, waarbij nog andere voorzieningen gelden, die men nergens anders op deze manier kan verkrijgen. Als een huisarts een inkomen lager dan een bepaald bedrag heeft, kan hij in aanmerking komen voor een lagere premie, maar hij krijgt dan uiteraard ook een lagere uitkering, daar deze is gebaseerd op de premiebetaling.

Doeleman meent, dat er enkele facetten zijn, die in de K.N.M.G. onvoldoende aandacht krijgen. Met de simpele vermelding: 'Een rapport werd ontvangen van een studiecommissie van vertegenwoordigers van de Federatie van bedrijfsverenigingen, G.M.D. en K.N.M.G. over de uitbreiding van de arbeidsongeschiktheidsverzekering', lijkt het erop, of de K.N.M.G. dit geweldige probleem slechts aanraakt in plaats van zich erin te verdiepen en de nodige initiatieven te ontwikkelen. In de Algemene Vergadering van 20 december 1969 zei spreker naar aanleiding van het rapport Scheiding van Behandeling en Controle, dat aanneming en publiceren van het rapport niet voldoende was en dat ook nodig waren goede voorlichting aan behandelende artsen, waarbij diende te worden gewezen op de gemeen-

schappelijke taak van behandelend arts, bedrijfsarts en verzekeringsgeneeskundige; dat de universitaire opleiding mede gericht diende te zijn op de medische aspecten van de sociale verzekeringwetten; dat men zich bij het personeelsbeleid bewust moest worden van het belang daarvan ten aanzien van het verzuim; dat de verantwoordelijkheid van de werknemer moest worden vergroot en dat de verzekeringsgeneeskundigen meer contact moesten zoeken en vinden en de achtergronden bespreken met de behandelende artsen. Voorts wees spreker er toen op, dat de K.N.M.G. op deze punten zeer actief moest worden, daar aan goed begrip, goede communicatie en wederzijdse waardering nog veel kon worden verbeterd. Men kan zelf beoordelen, wat hieraan is gedaan. Wordt het niet hoog tijd, dat de K.N.M.G. zich gaat bezighouden met de structuur van de sociale verzekering en de wijze van uitvoering? Alle artsen worden dagelijks met deze problemen geconfronteerd, terwijl de verzekerden (patiënten) vaak de dupe van deze structuur worden. Als de randgebieden van de geneeskunde onderwerp voor een Maatschappijcongres kunnen zijn, dan verdient dit belangrijke onderdeel van de geneeskunde zeker een hoge prioriteit.

De *voorzitter* antwoordt, dat de Maatschappij dit jaar op dit punt een grotere activiteit heeft ontplooid, daar – wanneer het volgende jaar de arbeidsongeschiktheidswetgeving tot stand komt – er een belangrijke taak zal zijn weggelegd voor de behandelende artsen en vóór de artsen die in de medische dienst van de uitvoeringsorganen werkzaam zijn. Onlangs heeft het dagelijks bestuur naar aanleiding van een voorstel van de studiecommissie een diepgaande discussie gevoerd over de problemen ter zake. Behalve de aantallen mensen om wie het gaat, is vooral de wijze van informatie-overdracht een praktisch probleem. Misschien zijn enkele regels, die de artsen voor zichzelf als vaststaand in de loop van de jaren hebben neergelegd in het groene boekje, een belemmering voor een goed functioneren van de arts in de samenleving. Men zal iets moeten prijsgeven van dit bouwsel van vaste regels, waarvan onder geen enkele voorwaarde zou mogen worden afgeweken. Het zal een moeilijk proces zijn, deze wijze van functioneren van de arts in zijn relatie met de omgeving om te buigen naar een soepel omgaan met de samenleving.
Het helder en doorzichtig maken van de structuur van de sociale wetgeving is niet een taak van medici alleen, maar voor iedereen in de samenleving. Deze samenleving is zo gecompliceerd geworden, dat een oud-minister nu al acht jaar bezig is, ordening te brengen in de bestaande regels, die bij handhaving ervan tot zodanig hoge uitgaven zullen leiden, dat zij over enige jaren niet meer zullen kunnen gelden. Met deze om financiële redenen nodige verandering zullen ook nog veranderingen moeten worden aangebracht, die het leven in deze samenleving gemakkelijker maken en die ook de plaats van de arts anders zullen maken, namelijk ruimer en wijder dan deze nu is. Hier ligt een taak zowel voor het hoofdbestuur als voor de leden van de Maatschappij.

Rauwerda vraagt, waarom de American Medical Association uit de World Medical Association is getreden. Voorts wil hij weten, hoe de Maatschappij staat ten opzichte van de vrijheid van beroepsuitoefening. Hebben de vrij gevestigde artsen onder de volksverzekering, zoals de staatssecretaris zich deze voorstelt, een mogelijkheid van bestaan?

De *voorzitter* antwoordt, dat de uittreding van de A.M.A. om financiële redenen is geschied. Men moet onderscheid maken tussen de beroepsuitoefening in haar totaliteit en het medisch handelen. De vrijheid van het medisch handelen moet onverkort blijven bestaan, maar de beroepsuitoefening kan wel degelijk worden gebonden aan allerlei eisen, die de samenleving stelt. Als voorbeeld in dezen kan de Belgische wetgeving op dit gebied dienen. Spreker meent, dat het het goed recht van een militair is zich door een vrij gevestigde arts te laten behandelen. Wat hierover zal worden bepaald in de volksverzekering, zo deze er komt, is spreker niet bekend.

Het jaarverslag wordt vervolgens met algemene stemmen aangenomen.

De *voorzitter* dankt de samensteller van het jaarverslag voor de heldere en uitvoerige wijze waarop deze verslag heeft gedaan van de activiteiten van de Maatschappij in 1974.

VII. Overige jaarverslagen

VIIa. Behandeling van het jaarverslag 1974 van de Raad van Beroep. Het jaarverslag wordt goedgekeurd.

VIIb. Behandeling van het jaarverslag 1974 van het bestuur van Medisch Contact. Het jaarverslag wordt goedgekeurd.

VIIc. Behandeling van het jaarverslag 1974 van de commissie voor het Bureau voor Waarneming en Vestiging.

R. P. Boot (VII) vraagt of, gelet op de vele in M.C. gepubliceerde oproepen voor waarneming, waaraan door het Bureau voor waarneming en vestiging niet kon worden voldaan, hiermede in relatie staat het vermelde in het jaarverslag van het bureau, dat 'het onduidelijk is, in hoeverre de mogelijkheden, die de sociale wetgeving aan pas afgestudeerde artsen biedt, de genoemde categorie artsen ervan weerhoudt, zich aan te en als waarnemer'. Kan in het contact met pas en bijna afgestudeerde artsen niet op de wenselijkheid worden

gewezen, dat zij enige collegialiteit betrachten door aanvragen om waarneming te honoreren? De moeilijkheden met waarneming bestaan vooral op het platteland.

Roelink (secretaris) antwoordt, dat juist door de oproep in M.C. praktisch alle aanvragers zijn geholpen. De beschuldigende uitspraak: 'Die jongens lopen tegenwoordig liever in de W.W.', moet in haar algemeenheid van de hand worden gewezen. Opvallend is dat, nu er een specifieke huisartsenopleiding is, de behoefte om nog wat huisartsenwerk te doen via waarnemingen alvorens de praktijk in te gaan, duidelijk minder is geworden. Ook is het typisch, dat juist de mensen die op de oproep in M.C. reageerden, degenen waren, die naast het ziekenhuiswerk in afwachting van hun opleiding tot specialist, enkele vakantieweken wilden gebruiken om in een huisartsprakijk rond te kijken.

A. C. Boot (VII) vraagt, wie mag waarnemen in een huisartspraktijk, als er een specifieke opleiding is. Moet dit dan iemand zijn, die de huisartsenopleiding heeft gevolgd?

Roelink zegt, dat het artsexamen de volledige bevoegdheid geeft, ingevolge de wet. Artsen met een diploma van een 6-jarige opleiding worden gewaarschuwd om, als zij willen waarnemen, zich van een rugdekking in de vorm van een andere arts te voorzien, zodat zij consultatieve mogelijkheden achter de hand hebben. Artsen, die een waarnemer met een niet specifieke huisartsenopleiding krijgen, wordt altijd geadviseerd te zorgen voor enige rugdekking voor de waarnemer.

Rauwerda meent, dat hierdoor de artsen, die niet de specifieke huisartsenopleiding hebben gehad, zeer worden gediscrimineerd.

Roelink antwoordt, dat er niet wordt gediscrimineerd en dat zij dezelfde bevoegdheid hebben. Zij hebben echter minder ervaring, ook minder klinisch-praktische ervaring dan de vroeger opgeleide arts met een diploma van een 7-jarige opleiding. Het betreft hier een waarschuwing en geen discriminatie.

Het jaarverslag wordt vervolgens goedgekeurd.

VIId. Behandeling van het jaarverslag 1974 van de Commissie voor de Geldmiddelen. Het jaarverslag wordt goedgekeurd.

VIIe. Behandeling van het jaarverslag 1974 van het bestuur van de Stichting Ondersteuningsfonds. Het jaarverslag wordt goedgekeurd.

VIIf. Behandeling van het jaarverslag 1974 van de Commissie van uitvoering voor de Steunregeling aan Oorlogslachtoffers. Het jaarverslag wordt goedgekeurd.

De *voorzitter* dankt de samenstellers van de jaarverslagen voor hun activiteiten.

VIII. Financiële stukken met het verslag van de Commissie voor de Geldmiddelen

Van Maarsseveen (voorzitter Commissie voor de Geldmiddelen) betreurt de afwezigheid in deze Algemene Vergadering van de secretaris-generaal, die de Maatschappij vertegenwoordigt in de vergadering van de W.M.A. in Japan. Hij verwijt het secretariaat, dat bij het plannen van de datum van deze Algemene Vergadering geen rekening is gehouden met de datum van de vergadering van de W.M.A., die reeds meer dan een jaar te voren bekend was.
Spreker hoopt, dat de Algemene Vergadering de voorgestelde extraverhoging van de contributie met *f* 8,— zal accepteren, daar hierdoor de post Onvoorziene Uitgaven met ongeveer *f* 85.000,— zou kunnen worden verhoogd, hetgeen noodzakelijk is voor het bedrijfskapitaal. De exploitatie-omzet van de Maatschappij is thans ruim *f* 4 miljoen en met die van de Maatschappelijke Verenigingen meegerekend meer dan *f* 10 miljoen per jaar.
Voorts pleit spreker voor een zorgvuldige doorlichting van de technische mogelijkheden voor een efficiënter en daardoor ook voordeliger manier van werken door de Maatschappij en de maatschappelijke verenigingen.Op het ogenblik zijn besprekingen gaande over een eventuele combinatie van secretariaten van enige colleges als gevolg van het voornemen van collega De Jager zijn functie op te geven. Overwogen zou kunnen worden, de secretariaten van Registratiecommissies te combineren en een financiële ongelijkheid, welke ten opzichte van enige functionarissen bestaat, ongedaan te maken.

De *voorzitter*, die de afwezigheid van de secretaris-generaal ook betreurt, zegt, dat de heer Huetink en de collegae Rozeman en Van Bork eventueel op vragen zullen antwoorden.

VIIIa. Medisch Contact.
1. De rekening en verantwoording van het geldelijk beheer over het jaar 1974 wordt goedgekeurd.
2. De begroting voor het jaar 1976 wordt goedgekeurd.
3. Het voorstel de penningmeester van M.C. voor het geldelijk beheer over het jaar 1976 te dechargeren wordt aangenomen.

VIIIb. Stichting Ondersteuningsfonds voor behoeftige geneeskundigen en voor behoeftige weduwen en wezen van geneeskundigen.
1. De balans per 31 december 1974 wordt aanvaard.
2. De rekening over het jaar 1974 wordt goedgekeurd.
3. De begroting voor het jaar 1976 wordt goedgekeurd. Het voorstel de grondslag voor de maximale bijdrage voor het jaar 1976 te verhogen van *f* 86,— tot *f* 96,— wordt aangenomen.
4. Het voorstel de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds voor het geldelijk beheer over het jaar 1974 te dechargeren wordt aangenomen.

De voorzitter meent, dat het feit, dat de vele werkzaamheden van de penningmeester hier geen enkele reactie hebben opgeroepen, wijst op maximale instemming.

VIIIc. De Maatschappij.
1. De balans per 31 december 1974 wordt goedgekeurd.
2. De rekening en verantwoording van het geldelijk beheer over het jaar 1974 wordt goedgekeurd.
3. De begroting voor het jaar 1976.

Langeler (XII) waardeert het zeer, dat de bibliotheek in de begroting aan haar trekken is gekomen en dat het begrote bedrag zelfs is overschreden. In de toelichting op de onderhavige begroting staat, dat geen verdere reservering voor een nieuwe aanmaak van catalogi is begroot. Betekent dit, dat er binnenkort een nieuwe catalogus komt? Is het mogelijk om in M.C. de nieuwe aanwinsten, eventueel met een bibliografische beschrijving, te publiceren? Dit zou de belangstelling voor de Maatschappij-bibliotheek kunnen verlevendigen.

De *Voorzitter* zegt, dat in de Universiteitsbibliotheek in Amsterdam de zeer zeldzame en zeer kostbare boekwerken van medische wetenschappers van honderden jaren geleden, die eigendom van de Maatschappij zijn, tussen de andere boekwerken verspreid staan. Een eigen medische bibliotheek is niet zichtbaar. De beheerder van deze boeken is thans doende een nieuwe catalogus te maken, ten einde dit bezit van de Maatschappij duidelijker te laten uitkomen en om bij de leden meer bekendheid hieraan te geven. Men kan dus te zijner tijd een voorstel inzake een nieuwe catalogus verwachten.

De begroting voor het jaar 1976 wordt goedgekeurd. Het voorstel de contributie voor het jaar 1976 te verhogen van *f* 340,— tot *f* 396,— wordt aangenomen. Het voorstel de contributie voor de algemene leden en de aspirantleden voor 1976 vast te stellen op *f* 49,50 zijnde 1/8 deel van de voorgestelde contributie ad *f* 396,— wordt aangenomen.

VIIId. De gecombineerde balans der Maatschappij wordt goedgekeurd.

VIIIe Het voorstel het verslag van de Commissie voor de Geldmiddelen goed te keuren wordt aangenomen.

VIIIf. Het voorstel de secretaris-generaal der Maatschappij voor het geldelijk beheer over het jaar 1974 te dechargeren wordt aangenomen.

De vergadering wordt vervolgens enige tijd geschorst en daarna hervat.

(Slot volgt)

---

van de S.P.M.S.

Puntenverslag 61ste bestuursvergadering

Puntenverslag van de één en zestigste vergadering van het bestuur van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, gehouden op donderdag 11 maart 1976 in de vergaderkamer van de Stichting in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht. Aanvang: 19.30 uur.

In het verslag van de zestigste vergadering worden wijzigingen aangebracht waarna goedkeuring en ondertekening volgt.

Bij de behandeling van het agendapunt 'beleggingen' wordt van gedachten gewisseld over het beleggingsvoorstel van de directeur, dat de instemming van de Financieel Economische Raad heeft verworven. Met name wordt gesproken over de inflatieverwachting.

In verband met het feit dat de wettelijke rente onlangs is verlaagd van 10% naar 8% besluit het bestuur tot renteverlaging wegens te late premiebetaling. Vanaf 1 januari 1976 zal 8% rente in rekening worden gebracht.

Het bestuur beraadt zich over de gevolgen voor de collectieve pensioenregeling van het besluit der Landelijke Specialisten Vereniging om af te zien van de verhoging der honoraria per 1 januari 1976.

van de O.L.M.A.

Fractiewaarde

De fractie, waarin de verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, O.L.M.A., worden uitgedrukt, heeft – berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo maart 1976 – voor het 2e kwartaal 1976 een waarde van *f* 1,257.

van het centraal bestuur L.S.V.

Kandidaatstelling

Voor de vervulling van de vacatures waarin tijdens de ledenvergadering d.d. 15 mei 1976 niet kon worden voorzien (zie punt 4 van de agenda voor de extra ledenvergadering d.d. 10 juni 1976) wordt kandidaat gesteld:

door district V: P. Buys, internist te Gouda.

Namens het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging.

G. Groenewoud, secretaris.

personalia K.N.M.G.

Nieuwe leden

Mevr. J. Alexieva-Figusch, Botter 123, Barendrecht.
J. D. Banga, Doornstraat 12, Utrecht.
J. L. ten Berge, Fluitekamp 10, Hoogland.
E. J. Boerma, M. v. Heemskerkstraat 38, Haarlem.
Mevr. Y. Bouma-Oosterhuis, J. P. Thijssepark 263, Naarden.
H. C. T. Branbergen, Badstraat 3, Utrecht.
G. W. A. Diehl, v. d. Hagenstraat 241, Ede.
J. H. C. M. Fouchier, Prinsengracht 653II, Amsterdam.
K. J. Gorter, Nassaustraat 2 bis, Utrecht.
Y. Groeneveld, Titiaanstraat 48II, Amsterdam.
P. G. M. van Hameren, Kouwerplantsoen 36, Utrecht.
F. O. Hermes, Middelstegracht 20, Leiden.
Mej. J. Hessels, Singel 38, Ulrum.
M. J. J. Hoejenbos, Looxmaweg 27 A, Noord-Bergum.
Mevr. M. A. E. Hoelen-Lem, Antiloopstraat 77, Nijmegen.
R. H. Hommes, Aureliushof 123 E, Maastricht.
Mej. R. A. Th. M. van Hooff, Kwendelhof 218, Tilburg.
J. H. ten Hove, Kon. Emmastraat 27, Katwijk aan Zee.
J. M. P. G. Janssen, Malderburchtstraat 434, Nijmegen.
Mevr. M. R. D. Janssens-Bataille, Prof. Dumontstraat 5, Heerlen.
G. Janzen, Herlaerstraat 22 A, Rotterdam.
G. van der Kolk, van der Duyn van Ostadestraat 131, Twello.

inhoud officieel

Van het Hoofdbestuur:
Kort verslag 166ste Algemene Vergadering (I) **758**

Van de S.P.M.S.:
Puntenverslag 61ste bestuursvergadering **763**

Van de O.L.M.A.:
Fractiewaarde **764**

Van het Centraal Bestuur L.S.V.:
Kandidaatstelling **764**

Personalia K.N.M.G. **764**

Nr. 23 – 4 juni 1976