medisch contact

Nr. 36 – 3 september 1976

redactioneel

In dit nummer:

- **De Algemene Vergadering der K.N.M.G. is met een week vervroegd. Zij vindt nu plaats op vrijdag 10 september 1976. Zie de aankondiging op pag. 140 en lees het hoofdartikel.**
- **Er zijn dit jaar weer echte H.B.-verkiezingen mogelijk. Voor de vier vrijkomende zetels in het hoofdbestuur der K.N.M.G. stelden zich vijf kandidaten beschikbaar. Het zijn de heren G. J. Heederik (Leiderdorp), F. de Jong (Doetinchem), D. B. Kagenaar (Amsterdam), W. S. van der Meer (Gouda) en B. Lammers (Boekelo). Medisch Contact interviewde ze alle vijf.**
- **Staatssecretaris Hendriks verzorgde dezer dagen de officiële start van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker in de regio Nijmegen. Wat hij bij die gelegenheid opperde over bevolkingsonderzoek en proefregio's staat op de bladzijden 1141 t/m 1144.**
- **Bij elk overlijdensgeval dient de eerste vraag te zijn: welke arts mag en zal een papier ondertekenen waarin staat dat hij als behandelend arts overtuigd is van een natuurlijke doodsoorzaak? Politie-arts H. Th. P. Cremers over de verklaring van overlijden, waar lang niet iedereen alles van af blijkt te weten.**
- **De epidemiologische benadering kan met vrucht worden gebruikt bij de preventie, bij het scheppen en beoordelen van nieuwe vormen van zorg, bij het opleiden van artsen en bij de zorg voor de individuele patiënt. Het slotdeel van een serie van twee artikelen over epidemiologie.**
- **Wij gaan door tot het bittere einde. Een uitspraak van het Medisch Tuchtcollege Amsterdam. Een huisarts berispt.**



Uit de boekerij der K.N.M.G.

J. Veslingius, Konstige ontleding des menschelycken lichaems. Amsterdam 1661. – Dit werk van Vesling (Minden 1598-Padua 1649) beroemd anatoom en botanicus, werd vertaald door G. Blasius, Amsterdam.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie 1130
Inzenders: Mevr. A. W. Klinkert-Blokhuis, W. J. Verkade

Hoofdbestuursleden: Vijf kandidaten voor vier vacatures in het Hoofdbestuur der K.N.M.G. 1133

Problemen met bevolkingsonderzoek. Rede van staatssecretaris J. P. M. Hendriks in Nijmegen 1141

Universitaire berichten 1144

Verklaring van overlijden en de wijziging van de Wet op de lijkbezorging, door *H. Th. P. Cremers* 1145

Epidemiologie (II) – Terreinen waarop epidemiologische benadering en gegevens van nut kunnen zijn, door *Dr. F. Sturmans en Prof. Dr. H. A. Valkenburg* 1147

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam – Huisarts onderkende dodelijke malaria niet: berisping 1154

OFFICIEEL 1155

Inhoudsopgave officieel 1156

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.

ABORTUSWETGEVING: HET GROTE 'MISVERSTAND'!?

Hoewel geen lid van, maar mij zeer betrokken voelend bij het wel en wee van de K.N.M.G., ben ik oprecht geschokt door het voorstel dat het H.B. op de wel zeer ongelukkig gekozen datum van 17 september a.s. ter beslissing aan de Algemene Vergadering voorlegt (zie M.C. nr. 33/1976, blz. 1071).
Het zal voor velen een onbegrijpelijke zaak zijn, dat men 'zich bij voorbaat onthoudt' van medewerking aan een adviescommissie die uitsluitend ten doel heeft de naleving van een opstapel staande nieuwe abortuswetgeving zo goed mogelijk te waarborgen. Een wetgeving waarvan de uiteindelijke vormgeving nog in parlementair beraad is en waaraan de medici, die daarbij zo nauw zijn betrokken, een actief aandeel hebben kunnen leveren. Men meent hoop ik toch niet, dat men zich daardoor van de eigen verantwoordelijkheid om welke reden dan ook kan ontdoen?
Ik vraag mij ernstig af, hoe het binnen zowel als buiten de K.N.M.G. overkomt dat men wél te koop loopt, zelfs met staking dreigt, kortom: zich allerminst a-politiek opstelt, wanneer het om een wetgeving gaat die de honorering of de oudedagsvoorziening van de medici veilig moet stellen, maar het laat afweten als het om een nieuwe abortuswetgeving gaat. Waar zijn de moed, het beleid, de visie en de maatschappelijke betrokkenheid gebleven die de heroprichters van de K.N.M.G., voorkomend uit het zoveel bezongen artsenverzet tijdens oorlog en bezetting, hebben geïnspireerd en bezield?
Het valt mij op, dat men té vaak en té veel te hoge prioriteit geeft aan prestige- en procedurekwesties in plaats van een krachtdadige aanpak van de (stapels!) problemen waar ook de K.N.M.G. niet onderuit kan. Slaakte Dr. Boelen niet op een vergadering waarvan ik het verslag las de verzuchting: 'Kunnen wij onze tijd niet beter besteden?' De K.N.M.G. moet zich ook hoeden voor het image, een staatje in de staat te vormen. Zij hoede zich er daarnaast voor, dat zij haar onmisbare monopoliepositie als beroepsgroep onverantwoord of naar willekeur inzet.
De taak van de medicus, de taak van de K.N.M.G., is in de allereerste plaats een dienende taak, in de hoogste zin van het woord. De medicus die vrijwel dagelijks geconfronteerd wordt met het grote mysterie van leven en dood, met vaak diep ingrijpende en zelfs soms stuitende beslissingen, na afweging van vaak zeer tegenstrijdige belangen, op eigen kracht, op eigen verantwoording ten behoeve van de mens, de patiënt die zich aan zijn zorgen toevertrouwt, heeft behoefte aan een werkelijke opvang van een belangenvereniging die zich van haar eigen verantwoording zeer bewust is. Niet de medicus persoonlijk noch de K.N.M.G. komt hierbij op de eerste plaats, wel de mens of de patiënt in geestelijke of lichamelijke nood.
Het zich soms verschuilen achter de medische ethiek, de persoonlijke levensovertuiging, kán ook een laffe vlucht zijn voor de werkelijkheid, het kiezen van de weg van de minste weerstand om zogenaamde schone handen te houden in de zelfgenoegzaamheid van eigen gelijk of deugdzaamheid, of gewoon maar angst om verantwoordelijkheid te dragen, gebrek aan besluitvaardigheid.

Hattem, 20 augustus 1976

A. W. Klinkert-Blokhuis

ONEIGENLIJK GEBRUIK PSYCHIATRISCH ZIEKENHUIS

Het artikel 'Het oneigenlijk gebruik van het psychiatrisch ziekenhuis' van de collegae Timmers en Stenvers in Medisch Contact van 23 juli j.l. (M.C. nr. 30/1976, blz. 969) wil er bij mij wel in. Als iemand op de een of andere manier maatschappelijk moeilijk of niet acceptabel is, 'devieert', staat opneming in een psychiatrisch ziekenhuis min of meer gelijk met vrijheidsberoving zonder medische indicatie. Maar hebben we een andere oplossing? En waarom gesproken van almachtsfantasieën van de huisarts? Ik zie die almacht niet, wel onmacht.
Ik kan me voorstellen dat de huisarts of de politieman een uitweg zoekt voor een onhoudbare situatie waar geen sprake is van duidelijke delinquentie. Bij echte delinquentie zijn er andere wegen, maar die zijn ook niet ideaal; dit terzijde.
De vier beschreven oneigenlijke indicaties tot opneming in een psychiatrisch ziekenhuis zijn allemaal sociale indicaties. Nu meen ik, dat we langzamerhand af moeten van de scheiding tussen medische en sociale indicatie als het om wezenlijke gezondheidszorg gaat; zie de W.H.O.-definitie van gezondheid. Die scheiding is ook in de algemene ziekenhuizen niet te handhaven. Elke ziekte of elk gebrek heeft voor de betrokkene in zijn micro-milieu sociale repercussies. Er is dan dikwijls – bijvoorbeeld bij bejaarden – geen andere mogelijkheid dan ziekenhuisopname. En de betalende instanties zijn gewoon niet bij machte, bij deze mengvormen van ziekte en psychosociale ontsporingen de betaling van de opneming te weigeren, uitzonderingen waar het

Doorlezen naar blz. 1132

168ste A.V. en ABORTUS

In een vorig commentaar vroegen wij om meer duidelijkheid over het werk van de adviescommissie, zoals deze in het abortuswetsvoorstel van V.V.D. en P.v.d.A. voorkomt. Het ziet er op dit ogenblik naar uit, dat de commissie een adviserende en geen toetsende taak krijgt.

Het lijkt dan ook volstrekt onmogelijk, de indicatiestelling tot abortus provocatus te toetsen. Hiervoor zijn immers algemeen aanvaarde normen noodzakelijk. De grote meerderheid van de bevolking accepteert abortus provocatus als een geoorloofde ingreep. Wel lopen de opvattingen over de indicatie tot abortus sterk uiteen. Sommigen gaan alleen akkoord met een zuiver medische indicatie bij dreigend levensgevaar, anderen laten als enige overweging gelden dat de vrouw het kind niet wenst. Dit is niet verwonderlijk, daar ook de levensovertuigingen uiteenlopen van: de vrucht is een menselijk individu vanaf de conceptie tot aan: de vrucht is een weinig gedifferentieerd weefselklompje. Ook iemands politieke ideeën bepalen zijn mening over de toelaatbaarheid van abortus provocatus (M.C. 21/1976). Het is daarom volstrekt onmogelijk algemeen geldende normen op te stellen voor de indicatie tot abortus provocatus. In feite stelt iedere vrouw, in overleg met haar arts, op grond van haar eigen normen de indicatie tot abortus provocatus. Het is bovendien verwarrend om van een medische indicatie tot abortus provocatus te spreken.

Door het uiteenlopen van de opvattingen over abortus is er langzamerhand een grote kloof ontstaan tussen de wet en de praktijk. Men kan spreken van een rechtsvacuüm. Het gevolg daarvan is rechtsonzekerheid. Op de lange duur is deze situatie in een rechtsstaat onaanvaardbaar. Vele abortuswetten werden de laatste jaren ontworpen. Slechts twee zijn nog in behandeling. Daarvan heeft slechts één, het P.v.d.A./V.V.D.-ontwerp, uitzicht op een meerderheid in de Tweede Kamer. Dit voorstel is, zoals gebruikelijk in een parlementaire democratie, een compromis. Niemand krijgt voor 100% zijn zin. Het parlement zal moeten beslissen of dit voorstel, eventueel geamendeerd, de enig mogelijke manier is om aan de rechtsonzekerheid een einde te maken.

De Algemene Vergadering zal zich moeten afvragen of de argumenten om zich van medewerking aan een zo moeizaam tot stand gekomen wet te onthouden voor de Nederlandse artsen wel zo zwaar wegen, dat hun niet het verwijt kan treffen vanuit een ivoren toren te hebben gehandeld.

In feite stelt iedere vrouw, in overleg met haar arts, op grond van eigen normen de indicatie tot abortus provocatus

Deze argumenten dienen uit te gaan van de belangen van de hulp zoekende patiënt. Daaraan ontlenen zwaarwegende uitspraken van een artsenorganisatie hun kracht en hun geloofwaardigheid. De argumenten moeten zwaarwegend zijn, omdat het alternatief bestaat uit het met vele jaren bestendigen van de huidige rechtsonzekerheid.

Het hoofdbestuur stelt voor, wettelijk vast te leggen dat een arts niet verplicht is abortus provocatus uit te voeren noch daaraan mede te werken, het zij bij de uitvoering, het zij bij de verwijzing, het zij bij de besluitvorming. Ook hier wordt een belangrijke beslissing van de Algemene Vergadering gevraagd. Voor het eerst zou in de wet moeten worden vastgelegd dat van de arts niet mag worden geëist dat hij bepaalde, niet strafbare, medische handelingen verricht. Handelingen (mv.) want er zijn ook andere medische handelingen te bedenken waartegen principiële bezwaren kunnen worden ingebracht, zoals het geven van bloedtransfusies (Jehova's getuigen), vaccinaties, psychoanalyse. Moeten ook deze handelingen in een wet worden genoemd? Het voorstel van het hoofdbestuur kán als precedent werken.

De Algemene Vergadering zal zich moeten afvragen of de arts die een of meer van de hierboven genoemde medische handelingen principieel afwijst, niet verplicht is de patiënt in voorkomende gevallen naar een andere arts of instelling te verwijzen die deze medische handelingen wel in zijn therapeutisch arsenaal voert. Beoordeeld zal moeten worden of de handelwijze van de niet verwijzende arts in overeenstemming is met het wezen van de medische beroepsuitoefening.

De Algemene Vergadering zal er zich voorts rekenschap van moeten geven in hoeverre het juist is dat derden voor zover het bovengenoemde medische handelingen betreft zich buiten de huisarts om tot de patiënt dienen te richten ter verkrijging van deze verstrekkingen (H.B.-voorstel punt 2B).

De Algemene Vergadering zal er zich over moeten beraden, wie die voorlichtende derde moet zijn aan wie dan wel een verplichting wordt opgelegd.

Kortom, dit voorstel van het hoofdbestuur kan vergaande gevolgen hebben voor het medisch handelen. Het lijkt voldoende stof te leveren voor een hele zitting. De Algemene Vergadering – die een week is vervroegd (nu 10 september) in verband met de behandeling van de abortuswetgeving in de Tweede Kamer (14-16 september) – berade zich grondig.

B.

er dik bovenop ligt daargelaten. Die uitzonderingen komen veelal eerst aan het licht na langdurig verblijf in het ziekenhuis, als de adviserend geneeskundige over vele klinisch verzamelde gegevens beschikt.
Hoe kan dan in de beginfase, of de acute fase, de huisarts of de politieman een andere oplossing dan opname zien? Die is er eenvoudig niet. En is niet speciaal de psychiatrie het aangewezen specialisme voor de opvang van socio-psycho-(somatisch) gederailleerden? Is er een andere weg dan opname, bijvoorbeeld als inmiddels de sociaal-psychiatrische dienst tekort schoot? Tenzij een opname in een psychiatrisch ziekenhuis de patiënt/cliënt bedreigt met meer langdurige vrijheidsberoving dan nodig is (denk aan de t.b.r.) – maar daar verdenk ik Timmers en Stenvers niet van, daarvoor zijn zij te duidelijk geëngageerd.
Naar mijn bescheiden mening moeten we de mogelijkheid van opneming in een psychiatrisch ziekenhuis niet te strikt trachten af te bakenen, zeker niet waar onze maatschappijstructuur geen goed alternatief biedt. De neurose bijvoorbeeld is toch ook een typisch psycho-sociaal bepaald ziektebeeld, een kwestie van gebrekkige verwerking van levenservaringen, en die neurose wordt door een medicus – in casu een psychiater – behandeld en begeleid. Ik dacht omdat de psychiater niet alleen medicus is, en het psychiatrisch ziekenhuis kan toch niet alleen een medische instelling zijn.
N.B. Welke medicus kan alleen medicus zijn?

Utrecht, 13 augustus 1976

W. J. Verkade, revalidatie-arts

Varia

Jeugdgezondheidszorg – Uit een brief van de Nederlandse vereniging voor jeugdgezondheidszorg aan staatssecretaris Hendriks. 'Onze vereniging, die onder zijn ruim 600 leden vrijwel alle artsen telt die 'full-time' in zuigelingen-, kleuter- en schoolgezondheidszorg werkzaam zijn, heeft in de afgelopen jaren herhaaldelijk de mening uitgesproken dat de historisch ontstane scheiding in organisatie van de longitudinale preventieve gezondheidszorg van jeugdigen de effectiviteit van de jeugdgezondheidszorg ongunstig beïnvloedt door het verloren gaan van gegevens, doublures van onderzoek en competentiekwesties. Vele 'werkers in het veld' streven al jaren naar eenheid in de jeugdgezondheidszorg en vangen de moeilijkheden die de organisatorische scheiding in de praktijk meebrengt zo goed mogelijk op. De opleiding tot jeugdarts is gericht op de samenhang van zuigelingen-, kleuter- en schoolgezondheidszorg. Ook in onze beroepsvereniging neemt de integratie van deze opeenvolgende gebieden van gelijkgerichte preventieve zorg steeds vastere vormen aan. Uw Structuurnota Gezondheidszorg, waarin de schoolgezondheidszorg is opgenomen onder de openbare gezondheidszorg, terwijl van de zuigelingen- en kleutergezondheidszorg niet wordt gesproken, heeft bij ons de vrees gewekt dat ons streven naar integratie gevaar loopt.' De Nederlandse vereniging voor jeugdgezondheidszorg zegt mett zorg te hebben vernomen, 'dat de Commissie 'organisatie positieve en preventieve gezondheidszorg voor de jeugd', die in 1972 door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid is ingesteld met als taakopdracht de doelstelling van de organisatie voor positieve en preventieve gezondheidszorg voor de jeugd te formuleren en een organisatiestructuur te ontwerpen, niet aan deze opdracht heeft kunnen voldoen en inmiddels is ontbonden.'

Mogelijkheden medische statistiek – Een cursus over 'Het gebruik van methodologie en statistiek bij het medisch onderzoek' vindt op zaterdag 6 november 1976 aan de Rijksuniversiteit Utrecht plaats. Prof. Dr. Chr. L. Rümke, hoogleraar in de medische statistiek aan de V.U. Amsterdam, H. de Jonge, lector in de medische statistiek aan de R.U. Leiden en R. van Strik, lector in de biostatistiek aan de Erasmusuniversiteit zullen in voordrachten en discussie het belang en de mogelijkheden van medische statistiek uiteenzetten. Prof. Dr. A. A. Haspels zal als initiatiefnemer deze dag inleiden en voorzitten. Het programma luidt als volgt: Chr. L. Rümke met: 'Wat zegt dat getal nu eigenlijk?', R. van Strik met: 'Is het onderzoek goed opgezet?' en H. de Jonge met: 'Wat leert het archief met statussen ons?' lichten met deze uiteenzettingen het ochtendthema 'Waarom statistiek bij medisch wetenschappelijk onderzoek?' toe. 's Middags geven dezelfde heren informatie bij het thema 'Principes voor een goede opzet van een onderzoek'. De cursus is bestemd voor arts-assistenten en praktici en vindt plaats in de grote collegezaal van het Academisch Ziekenhuis Utrecht, aanvang 10.30 uur, ontvangst vanaf 9.30 uur; sluiting 16.00 uur. De kosten per deelnemer inclusief lunch zijn *f* 25,—. Aanmelding en nadere inlichten bij het secretariaat van de Commissie voor Postacademisch Onderwijs Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Catharijnesingel 101 te Utrecht, tel. 030-373339 (tussen 9.00 en 13.00 uur).

Groot en grut – De Kleine Wereld komt met een themanummer over gedrag. Vanuit verschillende invalshoeken worden daarin gedragingen van jonge kinderen en de volwassenen om hen heen belicht. Als titel kreeg dit juni/julinummer 1976 mee: 'Kijk maar'. De Kleine Wereld is een tijdschrift voor kindercentra. Het verschijnt tien keer per jaar en is bestemd voor al diegenen die belangstelling hebben voor de leeftijdsgroep van 0-6 jaar. Het blad wordt uitgegeven door de Werkgemeenschap Kindercentra in Nederland, de overkoepelende organisatie voor kindercentra in ons land, Graaf van Rechterenweg 53, Oosterbeek, tel. 085-336641.

Dood gewoon? – 'Dood gewoon' is het thema van nummer 6/76 van 'Op Leeftijd'. Het nummer bevat onder meer interviews met Prof. Van den Berg (van 'Medische macht en medische ethiek') en met mevr. Van Till (doorkneed in de juridische kanten van het euthanasievraagstuk), alsook de weergave van een gesprek tussen de geriater Dr. J. J. Michels en de docente psychologie Mevr. Th. Indeweij-Gerlings-Huurman (schrijfster van een boekje 'Nakaarten over terminale patiënten'). Verder bijdragen over het werk van de bejaardenverzorgende, stervensbegeleiding en de begeleiding van de achterblijvende partner. Het nummer, waarin ook nog wordt gesproken over begrafenis(ondernemers) en crematie, is doorspekt met citaten uit eindverslagen van de cursus bejaardenverzorgende. Het wordt afgesloten met een lijst van Nederlandse of in het Nederlands vertaalde boeken over stervensbegeleiding, rouwverwerking, houding ten opzichte van de dood en euthanasie. Op Leeftijd, een 'maandelijks verschijnend opiniërend informatie- en documentatietijdschrift betreffende de welzijnszorg voor de oudere mens', is een uitgave van de Nederlandse Federatie voor Bejaardenbeleid (N.F.B.) en dàt is dan weer 'het overkoepelend orgaan van alle landelijke instellingen van particulier initiatief, die zich met het bejaardenwerk bezighouden'. Een blad maken kunnen ze wel.

Wielrennen — Op zaterdag 25 september a.s. zal op het Olympiacircuit in Sloten bij Amsterdam het tweede open Nederlands kampioenschap hardrijden op de fiets voor artsen, tandartsen, dierenartsen, apothekers en fysiotherapeuten worden verreden. In tegenstelling tot vorige berichten zal dit dus niet plaatsvinden in de Beekse Bergen te Hilvarenbeek. Gestart kan worden in een drietal categorieën:
categorie A: beginners, alle leeftijden ± 35 km, start 11.00 uur;
categorie B: gevorderden van 35 jaar en ouder ± 50 km, start 12.30 uur;
categorie C: gevorderden tot 35 jaar ± 60 km, start 14.30 uur.
Daarnaast zal een toertocht van circa 40 km door de Haarlemmermeer worden verreden. De permanence is geopend van 10.00 uur tot 14.00 uur.
Inlichtingen 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) en 013-342045 (A. Ausems).

Vijf kandidaten voor vier vacatures in het hoofdbestuur van de K.N.M.G.

In de 168ste Algemene Ledenvergadering, te houden op vrijdag 10 september a.s., zal een viertal nieuwe leden voor het hoofdbestuur van de K.N.M.G. worden gekozen ter vervulling van even zoveel vacatures die per 1 januari 1977 ontstaan door het aftreden eind dit jaar van Dr. J. L. A. Boelen, de huidige voorzitter, Dr. H. A. W. Sanders, thans ondervoorzitter, alsmede de H.B.-leden mevr. E. Smit en L. Th. G. Rozeman. De afgevaardigden zullen hun keus kunnen maken uit vijf kandidaten: *Dr. G. J. Heederik,* arts in dienstverband te Leiderdorp, kandidaat gesteld door de Afdeling Leiden en Omstreken; *F. de Jong,* arts in dienstverband te Doetinchem, kandidaat van de Afdeling Oude IJssel; *D. B. Kagenaar,* arts in dienstverband te Amsterdam, kandidaat van vijf afgevaardigden; *W. S. van der Meer,* huisarts in Gouda, kandidaat gesteld door de Afdeling Gouda, tenslotte *B. Lammers,* arts in dienstverband te Boekelo, kandidaat van de Afdeling Enschede, gesteund door de Afdelingen Almelo en Omstreken en Midden-Twente. Vier dienstverbanders en een vrije beroeper dus, van wie er een zal moeten afvallen. Ter kennismaking presenteren de vijf kandidaten zich hieronder en op de volgende bladzijden.

Dr. G. J. Heederik
directeur Centraal Bureau voor Keuringen te 's-Gravenhage

Gerardus Johannes Heederik, 49 jaar, getrouwd, twee zoons, directeur van de Stichting Centraal Bureau voor Keuringen op Medisch-Hygiënisch Gebied te Den Haag. Praat vanachter een groot bureau vol dossiers en paperassen enthousiast over zijn werk.

Het Centraal Bureau voor Keuringen houdt zich sinds 1939 bezig met de tuberculose-bestrijding en sinds vijf jaar tevens met andere taken. Drie jaar geleden is het Bureau op verzoek van het laboratorium Cyt-U-Universitair begonnen met het cervix-onderzoek als bevolkingsonderzoek van de grond te brengen. De bedoeling was om – afgezien van de groter wordende betrokkenheid van de huisartsen – met de hulp van paramedische medewerksters een organisatie op te bouwen, waaraan een systematische preventie van de baarmoederhalskanker zou kunnen worden toevertrouwd.

'Toen heb ik – en dat was niet de eerste keer' ik ben ook adjunct-directeur directeur van de G.G. en G.D. in Hilversum geweest – ervaren dat het van groot belang is dat de werkers in het



. . . inspraak en samenwerking . . .

veld op de hoogte zijn van het beleid dat de regering denkt te volgen. Wij werden onvoldoende geïnformeerd. Het heeft mij getroffen dat in het jaarverslag over 1975 college Diepersloot – ik lees die ambtelijke stukken grondig – eveneens klaagt over het onvoldoende betrekken van de K.N.M.G. bij de voorbereiding van wetsvoorstellen inzake de gezondheidszorg.

'Ik ben voorstander van het maken van raamafspraken, zodat iedereen – ook de K.N.M.G. maar in het klein ook een Stichting Centraal Bureau voor Keuringen – weet waar hij aan toe is, wat je wel en niet kunt doen. De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft in zijn structuurnota gezegd dat iedereen die betrokken is bij de gezondheidszorg inspraak moet hebben. Inspraak willen hebben tekent tevens bereid zijn om daaraan mee te werken. En als je zegt dat je wilt samenwerken dan zul je je ook zo sterk moeten maken dat je iets te zeggen hebt. Maar als de overheid in de praktijk die inspraak onmogelijk maakt dan kan die bereidheid tot samenwerking

bij de professie wel eens tot het nulpunt dalen.
Door ons werk in de Stichting hebben wij een grote ervaring gekregen in het samenwerken met zowel overheid als met de burgers. Ook ben ik vanuit dit Bureau begonnen om een samenwerkingsverband, gericht op een speciaal doel zoals het opzetten van een cervix-project in een gemeente of een provincie, in de praktijk te realiseren – en ik mag zeggen met vrucht. De ervaring is zelfs dat de regionale of plaatselijke overheid, voorts de artsen en de kruisverenigingen met wie wij samenwerken, waarderen dat deskundigen van het C.B.V.K. voor technisch-organisatorische problemen ad hoc – en ook niet langer – lid zijn van de werkgroep die fungeert als wat wel wordt genoemd het Preventieteam. Ik hoopt dat ik – indien ik word gekozen – voor de Maatschappij iets nuttigs met deze ervaring kan doen'.
Dr. Heederik doorliep te Heerlen het gymnasium en behaalde in 1966 te Leiden het artsendiploma. In november 1967 werd hij ingeschreven in het register voor sociaal-geneeskundigen. Hij werkte enige jaren bij het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde T.N.O. te Leiden en promoveerde in 1973 bij Prof. Dr. J. H. de Haas op een proefschrift getiteld 'Van kasboekregister tot burgerlijke stand'. Deze historische studie hield zich bezig met de landelijke registratie van huwelijk, geboorte en sterfte waarop 'voor een niet onbelangrijk deel het volksgezondheidsbeleid wordt gebouwd . . .'

Uit de historie blijkt dat de enige considerans van het registreren is om 'de bewijzen te voltooijen van zijn aanwezen op deze wereld'. De eerste stelling bij het proefschrift luidt dan ook: 'De medische geboorteregistratie, zoals J. van Heekeren die in zijn wetsontwerp van 1799 voorstelt, maar die tot op heden nog niet functioneert, is het onontbeerlijke sluitstuk van de eeuwenlange pogingen om de registratie van geboorten landelijk uniform en tegelijk medisch-demografisch bruikbaar te maken'.
Volksverzekering tegen ziektekosten: 'Ik zie dat nog niet. Het is de vraag of een bepaald systeem dat toch nog niet zo slecht loopt helemaal zou moeten worden omgebouwd.
'Het is een politieke beslissing geweest dat er geen eigen bijdrage van de verzekerde zou mogen worden gevraagd. In de praktijk is die eigen bijdrage er natuurlijk allang. Zelfs in een van de proefregio's van onderzoek naar baarmoederhalskanker wordt een eigen bijdrage gevraagd en vlot betaald. Het principe is feitelijk losgelaten. Trouwens de gehele gezondheidszorg-wetgeving is te vergelijken met de Mammoetwet voor het onderwijs. Wil er iets van terechtkomen dan dient de professie er in een vroeg stadium bij te worden betrokken. Hopelijk kan ik daar ook een steentje toe bijdragen'.
Over regionalisatie: 'Ik vind dit een prachtig principe. In mijn proefschrift heb ik ook gepleit voor het geven van macht aan lagere organen. Verdeling van macht spreekt mij wel aan, maar onder bepaalde voorwaarden. Je moet

Aangepaste naaldbanden M.C. en (nog enkele!) stempelbanden 1975

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. HAAST U: DE VOORRAAD IS BEPERKT!

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.

MAATSCHAPPIJ — AGENDA 1976

10 september *(vrijdag)*	:	Algemene Ledenvergadering K.N.M.G.
7 en 8 oktober *(donderdag en vrijdag)*	:	Ledencongres K.N.M.G. te Breda
15 oktober *(vrijdag)*	:	Extra ledenvergadering L.H.V.
16 oktober *(zaterdag)*	:	Ledenvergadering L.S.V.
6 november *(zaterdag)*	:	N.H.G.-Congres
13 november *(zaterdag)*	:	Ledenvergadering L.A.D.

niet zoveel macht geven – zoals nu bijvoorbeeld de provincie die heeft – dat de lagere overheid de rijkslijnen kan torpederen en ophouden, want dat is een kwalijke zaak. Ik ben voor verdeling van macht, maar dan zo dat het past binnen een gegeven raam'.
Abortuswetgeving: 'Ik geloof dat je je bij abortus provocatus strikt moet houden aan strakke afspraken. Geen wildgroei zoals nu bestaat, daar ben ik tegen. Zeker op dit punt komen waarden en normen in het geding. De K.N.M.G. moet waken over goede kwaliteit'.

Deze kandidaat voor het hoofdbestuur heeft binnen de K.N.M.G. nog geen bestuursfuncties vervuld. Hij is door de Afdeling Leiden kandidaat gesteld, mede vanwege zijn belangstelling op het gebied van de medische wetgeving. Dr. Heederik is lid van het dagelijks bestuur van het Centraal College voor bevolkingsonderzoek op tuberculose. Zijn hobbies, waar hij overigens weinig tijd voor heeft, zijn vooral historisch gericht. Dit blijkt ook uit zijn lidmaatschap van de Historische Demografische Kring van de Vereniging voor demografie evenals van het Genootschap voor geschiedenis der geneeskunde, wiskunde, natuurwetenschappen en techniek. Hij is niet aangesloten bij een politieke partij, maar heeft een grondige hekel aan het begrip nivellering en wat blijft er dan anders over om op te stemmen dan de V.V.D.?

W. S. van der Meer
huisarts te Gouda

Wybo Sander van der Meer, geboren op 30 april 1940, is met zijn 36 jaar de jongste van de vijf kandidaten voor het lidmaatschap van het hoofdbestuur. Hij voert een grote (solo)huisartspraktijk in de binnenstad en woont in een waterrijke buitenwijk van Gouda.
Van waar die kandidatuur? 'Ik ben er voor gevraagd en door de Afdeling Gouda kandidaat gesteld. Organiseren ligt me wel, al heb ik voor een eventueel lidmaatschap van het hoofdbestuur nog geen specifieke aspiraties. Daarvoor heb ik nog te weinig weet van het grote K.N.M.G.-gebeuren. Niettemin heb ik indertijd veel geleerd tijdens de kadercursus van de Maatschappij. Het is eigenlijk wel goed dat je voor zes jaar kan worden benoemd. Zo kun je je de eerste drie tot vier jaar nader oriënteren en inwerken om dan de resterende tijd in staat te zijn op verantwoorde manier actief het beleid mede te bepalen. Overigens zal ik toch wel op de achtergrond blijven; ik zoek de openbaarheid niet zo en heb dan ook allerminst de ambitie nog eens ooit voorzitter te worden.
'Mijn geëngageerdheid met de K.N.M.G. vindt zijn grondslag in de bemoeiïngen die ik tot dusver heb gehad binnen afdelingsverband. Ik ben nu vier jaar lid van het afdelingsbestuur, indertijd meteen begonnen als secretaris, niet de gemakkelijkste start, maar wel een functie die leerzaam is. Je krijgt daarmee een kans wegen te leren vinden die anders voor je verborgen blijven en je houdt in die functie de vinger aan de pols met betrekking tot het hele K.N.M.G.-gebeuren. Voorts



. . . organiseren ligt me wel . . .

was ik ook nog twee jaar penningmeester.
'Met voldoening breng ik in herinnering hoe ik het mijne heb kunnen bijdragen aan het organiseren van bijvoorbeeld de klinische demonstraties, waarin ik enige regelmaat heb kunnen brengen. Ik heb er voor gezorgd dat er nu elke donderdag van vijf tot zes uur iets te doen is. We hebben bovendien de Maatschappijvergaderingen afgeschaft; die hadden voor de afdelingsleden te weinig zin omdat ze uitsluitend als iets formeels golden. Met plezier denk ik ook terug aan het Jubileumcongres van de K.N.M.G. in Leiden twee jaar geleden. Ik was toen mede belast met de organisatie van het congresaandeel van de Afdeling Gouda.
'Ik zou het erg leuk vinden lid te worden van het hoofdbestuur en dan in de gelegenheid te zijn de contacten tussen deze periferie en het K.N.M.G.-centrum in Utrecht te verstevigen. Dat lijkt mij een effectievere methode dan via de algemene vergaderingen bij het Maatschappijgebeuren te worden betrokken. Die algemene vergaderingen zullen ongetwijfeld wel hun nut hebben, maar in concreto hecht ik er niet al te veel waarde aan. Met zo'n grote groep kun je volgens mij niet efficiënt vergaderen; doorgaans komt er dan ook niet veel uit. 'Mijn grootste zorg momenteel is hoe ik het hoofdbestuurswerk zal kunnen combineren met mijn praktijkwerkzaamheden als huisarts. Niettemin vind ik dat er ook vanuit onze beroepsgroep vertegenwoordigers zitting moeten hebben in het hoofdbestuur. Gelukkig zit ik in een goede afdeling. Ik heb mijn kandidatuur besproken met de plaatselijke huisartsen vereniging hier in Gouda, hetgeen mij de zekerheid heeft opgeleverd dat de plaatselijke collegae van tijd tot tijd bereid zullen zijn voor mij in te springen. Bovendien zit ik hier ook erg gunstig, waar de afstand Gouda-Utrecht erg gemakkelijk is te overbruggen'.
De heer Van der Meer komt oorspronkelijk uit Den Haag. Hij studeerde in

Leiden, deed in 1966 zijn artsexamen, was daarna tot juni 1968 militair arts, vervolgens enkele jaren algemeen assistent in het Van Iterson Ziekenhuis in Gouda, om zich tenslotte in 1970 in deze stad te vestigen als huisarts. Met zijn gezin – drie kinderen, respectievelijk elf, acht en drie jaar – woont hij aan de rand van het Reeuwijkse plassengebied in een comfortabel huis, dat de naam 'Aestitia' voert, een samenstelling van Aesculapius en Vrouwe Justitia (mevrouw Van der Meer is juriste).
Behalve K.N.M.G.-afdelingsbestuurslid is deze kandidaat voor het lidmaatschap van het hoofdbestuur ook op andere terreinen bestuurlijk actief: zo is hij lid van het bestuur van het Goudse R.K. Ziekenhuis St. Jozef, van de plaatselijke Oranjevereniging en het Anjercomité. In zijn vrije tijd tennist hij graag en regelmatig, bezoekt van tijd tot tijd schouwburgvoorstellingen en heeft plezier in tuinieren: 'Alleen het gazon wordt door iemand anders bijgehouden'. Wat politiek betreft is hij hoegenaamd niet geïnteresseerd, hetgeen niet wegneemt dat hij met betrekking tot de gezondheidszorg erkent dat er ook voor de overheid een beleidstaak ligt:
'De overheid is heus wel kundig om een aantal zaken in deze sector van het maatschappelijk leven op poten te zetten. De beroepsgroep der artsen kan dat ook, maar ideaal zou zijn wanneer beide partijen daarbij zouden samenwerken. Dat ideaal is nog niet helemaal bereikt, waar staatssecretaris Hendriks steeds weer benadrukt dat hij bij de oplossing van belangrijke beleidsvraagstukken de beroepsorganisatie wil betrekken en met deze wil overleggen, terwijl daarvan in de praktijk maar weinig blijkt. Communicatie vind ik het allerbelangrijkste op dit punt.
'Uiteraard heb ik als huisarts speciale belangstelling voor alles wat primair te maken heeft met de huisartsgeneeskunde. Ik volg alle voorlichting van de zijde van de Landelijke Huisartsen Vereniging dan ook zo nauwgezet mogelijk. Met het L.H.V.-beleid kan ik me in het algemeen wel verenigen. Die enquête die inmiddels door het Centraal Bestuur van de L.H.V. op gang is gebracht om inzicht te krijgen in het vraagstuk van de praktijkkosten acht ik een goede zaak. Datzelfde kan ik niet zeggen over de Blauwdruk inzake het L.H.V.-beleid. Daarop hadden we in onze afdeling nogal wat kritiek. Dat is ook weer terug te voeren tot communicatieproblematiek. Ik vind dat het Centraal Bestuur eerst zijn plannen had moeten ontvouwen en deze ter bespreking had moeten brengen in perifere discussiegroepen. Dus niet zoals nu is gebeurd: van hoger hand iets opstellen zonder de achterban daarover tevoren in te lichten. Overigens erken ik dat je nooit een gedétailleerd beleidsplan kan produceren waarmee een ieder zich tot in de kleinste onderdelen kan conformeren'.

Tenslotte nog iets over een eventuele invoering van een volksverzekering: 'Daar ben ik een voorstander van, ook als dit ooit zou gaan uitmonden in een algemeen dienstverband voor alle artsen. Naar zo'n algemeen dienstverband groeien we toch wel heen, dacht ik'.

F. de Jong
bedrijfsarts Sociaal Werkvoorzieningschap Doetinchem

Fred de Jong, 48 jaar, arts in dienstverband, riant wonend aan een lommerrijke dreef in Doetinchem, is kandidaat gesteld voor het lidmaatschap van het hoofdbestuur door de Afdeling Oude IJssel. Op zijn praatstoel, geduldig uiteenzettend wat zijn functie van bedrijfsarts bij het Sociaal Werkvoorzieningschap zoals inhoudt:

'We kennen in Nederland de zogenaamde W.S.W., de Wet Sociale Werkvoorziening die iedere gemeente verplicht, iedereen die daarom vraagt en die om redenen in hemzelf gelegen – lichamelijke of geestelijke handicap – niet aan het gewone arbeidsproces kan deelnemen, aan naar de persoonlijke omstandigheden passend werk te helpen. De gemeenten hebben deze taak jarenlang zelfstandig uitgevoerd, doorgaans via de sociale diensten. De laatste jaren hebben we in het oosten van het land de ontwikkeling gekregen dat gemeenten die taak delegeerden aan een zogenaamd 'schap', een publiekrechtelijk lichaam, zoals bijvoorbeeld een zuiveringsschap. Hier in de Achterhoek hebben we zo inmiddels een drietal van die 'schappen'.



. . . geïnteresseerd in besturen . . .

'We kunnen in het algemeen op drie manieren voor passende arbeid zorgen: in werkplaatsen waar we de mensen min of meer industrieel werk aanbieden, dan de zogenaamde buitenobjecten zoals onderhoud van plantsoenen en sportvelden, tenslotte in de administratieve sector. Bij de plaatsingsprocedure is het mijn taak de medische aspecten bij de intake te beoordelen om dan de mensen later op grond van de gegevens zo goed mogelijk te plaatsen.'
'De sociale werkvoorziening gaat uit van de gedachte dat ieder mens recht op arbeid heeft. Steeds meer gaat men zich intussen afvragen of werk nu wel zo beslissend is in het individuele mensenleven. Voor de mensen voor wie ik verantwoordelijkheid draag geloof ik toch wel dat die arbeid voor hen van groot belang is. Met name deze mensen hebben grote behoefte aan regelmaat en een duidelijke tijdstructurering.'
'Een belangrijk maatschappelijk aspect van de sociale werkvoorziening kan zijn het verlenen van diensten aan de

gemeenschap, zoals bijvoorbeeld het onderhoud van gemeenschapsparken en sportvelden, maar er zou nog meer gedaan kunnen worden. Zo valt te denken aan een hulpdienst voor bejaarden en dergelijke projecten meer.'

De heer De Jong is in 1955 afgestudeerd. Na zijn militaire dienst verbond hij zich aan de G.G.D. te Dordrecht in welke stad hij voor het eerst in aanraking kwam met de sociale werkvoorziening. Dat was in 1959. In 1963 verhuisde hij met zijn gezin – twee kinderen van wie de oudste zich inmiddels heeft aangemeld als eerstejaars economiestudent in Rotterdam – naar de Achterhoek: 'min of meer een sprong in het duister'. In 1964 werd hij geregistreerd als sociaal geneeskundige.
De kandidaat van de Afdeling Oude IJssel heeft zich voor het lidmaatschap van het hoofdbestuur beschikbaar gesteld, op de eerste plaats omdat hij daarvoor is gevraagd, voorts omdat hij toch ook wel is geïnteresseerd in een bestuurstaak die zo'n functie meebrengt: 'Bovendien heb ik er wel de tijd voor dank zij mijn ambtelijke functie en tenslotte verruimt het je blikveld'.
'Overigens ben ik altijd wel geïnteresseerd geweest in besturen. In de jaren 1967-'68 was ik bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde. Ook zat ik in het bestuur van de Sectie Revalidatie van de Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde, een sectie die ter ziele is gegaan vanwege de problematiek ontstaan door verschil van inzicht tussen enerzijds de gespecialiseerde, geregistreerde revalidatie-artsen en anderzijds de provinciaal werkende artsen voor sociale revalidatie. In 1969 en 1970 was ik secretaris van het bestuur van de Afdeling Oude IJssel, later ben ik tot 1973 voorzitter van dat bestuur geweest. Ook heb ik de K.N.M.G.-kadercursus gevolgd'.
'Vroeger vond ik dat de Maatschappij Geneeskunst veel meer voorop moest lopen dan ze toen deed. In de loop van de tijd ben ik op dat punt van mening veranderd. Ik geloof dat de wat voorzichtiger koers die de K.N.M.G. pleegt te varen wel de juiste is: de vinger voortdurend aan de pols te houden, meedenken over alle mogelijke maatschappelijke ontwikkelingen, een en ander onder meer in voortdurend overleg met de overheid'.

Over het abortusvraagstuk: 'Mijn persoonlijke mening is dat er wel legale mogelijkheden moeten worden geschapen voor abortus provocatus wanneer er een indicatie is gesteld voor de onderbreking van zwangerschap. Maar ik vind dat de termijn van die zwangerschap dan wel beperkt moet blijven tot maximaal twaalf weken. Van wat er allemaal blijkt te gebeuren in de Bloemenhovekliniek krijg ik koude rillingen. Mijn standpunt met betrekking tot dit vraagstuk kan worden samengevat met 'ja – tenzij . . .', daarbij geef ik de voorkeur aan het gemeenschappelijk voorstel tot wetswijziging van de V.V.D. en de P.v.d.A.'
Tenslotte – aansluitend bij het onmiddellijk voorafgaande – verklaarde de heer De Jong in ander verband, gevraagd naar zijn politieke voorkeur: 'volstrekt ongeïnteresseerd'.

B. Lammers
directeur G.G. en G.D. te Enschede

Gesteund door de Afdelingen Almelo, Oost- en Midden-Twente heeft de Afdeling Enschede de heer *Broor Lammers,* directeur van de G.G. en G.D. te Enschede kandidaat gesteld voor het lidmaatschap van het hoofdbestuur van de K.N.M.G. De nestor van de vijf kandidaten, hij is 59 jaar, woont in Boekelo, heeft vier kinderen ('allen uitgevlogen') en kan bogen op jarenlange bestuurservaringen in talloze functies, vele inherent aan zijn ambtelijke baan. Het zal zijn bescheidenheid wel zijn die hem slechts aarzelend doet praten over zijn carrière en opvattingen:
'Ik denk dat ik een typische man van het midden ben, een mengeling van behoudendheid met aan de andere kant duidelijke voorkeuren voor veranderingen op het gebied van de gezondheidszorg. De gedachtenwereld van waaruit de Structuurnota van staatssecretaris Hendriks is ontstaan is mij vertrouwd. De nota is een stap in de goede richting. Teleurstellend daarentegen is dat in de praktijk de beheersbaarheid van de gezondheidszorg blijkt



. . . man van het midden. . .

uit te pakken als rigoureuze bezuiniging. Mijn enthousiasme voor wat Hendriks indertijd op papier heeft gezet is in de loop van de jaren daarna wel wat gaan tanen; ik heb nu het gevoel dat de motivatie die ik er aanvankelijk achter dacht te herkennen toch wel op iets anders gericht is geweest. Ik geloof niet dat ik met deze opvatting alleen sta.'
De heer Lammers is in 1943 afgestudeerd. Als arts is hij begonnen in dienst van het Algemeen Mijnwerkersfonds in Heerlen: 'Dat was in feite de oorlogsjaren zo'n beetje uitzitten. In die functie heb ik aan de wieg gestaan van de ontwikkeling van de silicosediagnostiek en de daarmee parallel lopende sociaal-geneeskundige problematiek. Dat bracht me op het pad van de bedrijfsgeneeskunde. Later ben ik dan ook bedrijfsarts geworden, eerst in Nijmegen, later in Almelo. Een jaar of tien geleden ben ik overgestapt naar de openbare gezondheidszorg en directeur van deze dienst geworden. Hier ligt de gezondheidszorg in al haar breedheid voor me. In deze functie is mijn verantwoordelijkheid niet uitsluitend beperkt

tot mijn eigen taakgebied, maar ik ben tevens verwikkeld in allerlei zaken die met de volksgezondheid hebben te maken'.

Waarom beschikbaar als lid van het hoofdbestuur van de K.N.M.G.? 'Niet uit ambitie, immers met het vorderen der jaren gaat het ambitieuze er toch wel van af. Mijn criterium is de vraag: is het nuttig? Welk nut heeft het voor de K.N.M.G. en welk nut voor mezelf? Wat dat eerste betreft, dat zal de tijd wel leren – voor mezelf kan dat lidmaatschap van belang zijn ter bredere oriëntatie, waar ik hier vrijwel uitsluitend plaatselijk en regionaal functioneer. Weliswaar heb ik al landelijke contacten via de Vereniging van G.G. en G.D.-directeuren, maar deze zijn niet duidelijk gestructureerd. Van belang zal ook zijn dat wanneer ik van een eventueel lidmaatschap van het hoofdbestuur profijt zal hebben, ik dit zal kunnen overdragen op anderen in de door mij te bestrijken sector van de gezondheidszorg. Gezien mijn ervaringen zou ik mij als hoofdbestuurslid wellicht het best kunnen manifesteren wanneer er zaken aan de orde komen die hebben te maken met de structuren van de gezondheidszorg en met eventuele wijzigingen van die structuren'.
Andere functies: ''t Is dat er in dit verband naar wordt gevraagd, want ze zijn niet allemaal even belangrijk om te vermelden, maar vooruit dan maar! Het zijn er alles bij elkaar meer dan twintig. Vroeger ben ik voorzitter geweest van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde, in Almelo ben ik voorzitter geweest van de plaatselijke K.N.M.G.-afdeling. Landelijk bekeken ben ik momenteel alleen nog lid van het hoofdbestuur van het Centraal Genootschap voor Kinderherstellingsoorden. Verder zit ik in de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid, van daaruit tevens in enkele raadscommissies. Als G.G. en G.D.-directeur ben ik qualitate qua voorzitter van diverse werkgroepen die het gemeentebestuur van advies dienen, bijvoorbeeld een studiecommissie die zich buigt over het druggebruik, een werkgroep G.V.O., de raad voor het bejaardenwerk, een adviescommissie milieuhygiëne en een gemeentelijke commissie ziekenhuisplanning. Dan ben ik nog voorzitter van een Stichting Openlucht School ten behoeve van onderwijs voor ziekelijke kinderen, van de Stichting Jeugdtandverzorging (wij zijn als zodanig de enige instantie die op grote schaal werkt aan de kleutertandverzorging, uniek in Nederland) en bestuurslid van een wijkgezondheidscentrum. Tenslotte ben ik ook nog lid van een werkgroep Twents Overleg Volksgezondheid, die zich beraadt over nieuwe structuren met betrekking tot regionalisatie'.
'Ik heb ook enige ervaring opgedaan in het buitenland. Zo heb ik eens voor de Nederlandse regering een werkbezoek gebracht aan Roemenië en voor de Raad van Europa aan Scandinavië, met name Denemarken. Tenslotte nog een aardigheidje toe: voor de W.H.O. heb

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.

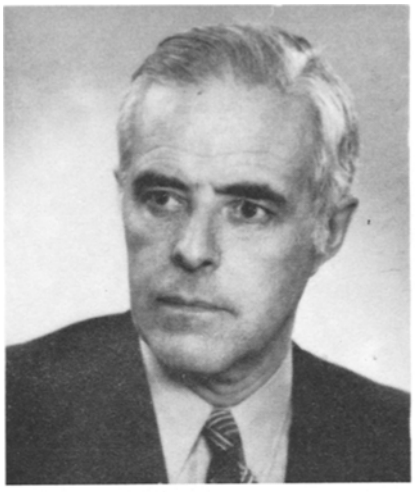
VERTROUWENSARTSEN KINDERMISHANDELING

- **Amsterdam:** A. J. Koers, kinderarts, F. M. van de Velde, kinderarts, tel. 020-142455, postbus 8333, Amsterdam 1015, voor de provincie *Noord-Holland;*
- **Arnhem:** E. van Ruller, arts, J. A. J. Stevens, arts, tel. 085-210857, postbus 467, Arnhem, voor de *provincie Gelderland;*
- **Breda:** Mevr. M. J. de Koningh, kinderarts, tel. 076-651332 of 076-122133, postbus 2231, voor de provincie *Noord-Brabant;*
- **Groningen:** J. M. Rijkmans, arts, R. Peters, kinderarts, tel. 050-232003, postbus 145, Groningen, voor de provincies *Groningen en Drente;*
- **Leeuwarden:** H. W. Mauser, arts, P. D. van Drooge, arts, tel. 05100-33393, postbus 2204, Leeuwarden, voor de provincie *Friesland;*
- **Rotterdam:** J. I. v.d. Leeuw, arts, tel. 010-128110, postbus 2525, Rotterdam, voor de provincies *Zuid-Holland en Zeeland;*
- **Maastricht:** Th. M. van der Kley, kinderarts, W. M. Maertzdorf, kinderarts, tel. 043-14772, postbus 46, Maastricht, voor de provincie *Limburg;*
- **Zwolle:** J. G. Lingeman, kinderarts, J. F. van Gils, kinderarts, tel. 05200-19828, postbus 418, Zwolle, voor de provincie *Overijssel en Oostelijk Flevoland;*
- **Utrecht:** Th. Sybesma, arts en G. J. Schmidt, arts, tel. 030-89 24 25 (9-5 uur) postbus 4042, voor de provincie *Utrecht.*

ik indertijd nog een studiereis gemaakt die mij voerde naar Mauritius'.
De heer Lammers zegt van reizen te houden, speelt in zijn vrije tijd af en toe golf en heeft een voorkeur voor moderne literatuur. In het verleden heeft hij zelf nogal wat gepubliceerd in vaktijdschriften; 'tegenwoordig moet ik me beperken tot het schrijven van beleidsnota's'.
Over de K.N.M.G. in het algemeen: 'Het belangrijkste is het solidariteitsaspect. Wat is het toch jammer dat we op afdelingsniveau in het algemeen zo weinig geëngageerd functioneren en dat daardoor het Maatschappijgebeuren zich vrijwel geheel centraal moet afspelen. De K.N.M.G. mag de pretentie hebben een serieuze gesprekspartner te zijn voor vele andere instanties, niet in het minst voor de overheid. De beroepsgroep is te belangrijk en te deskundig om haar op het punt van gemeenschappelijk overleg geen recht te doen wedervaren. Ik heb er begrip voor dat men de K.N.M.G. vaak allereerst ziet als een groepering van belanghebbenden. Maar belanghebbendheid betekent tevens een stuk deskundigheid. Niettemin mogen niet altijd de belangen het zwaarst wegen; daarvoor heeft de K.N.M.G. tenslotte de maatschappelijke verenigingen'.
Afsluitend: 'Ik zou eraan willen bijdragen dat men in de Maatschappij Geneeskunst die maatschappelijke geëngageerdheid zal kunnen herkennen, waardoor zij als gesprekspartner op alle relevante niveaus respect zal afdwingen en daardoor beter zal kunnen functioneren tot bevordering van de gezondheidszorg'.

D. B. Kagenaar
adviserend geneeskundige G.A.K. te 's-Gravenhage.

Dirk Barend Kagenaar, 50 jaar, is de enige gegadigde voor een van de aanstaande vacatures in het hoofdbestuur van de K.N.M.G., die niet door een of meer afdelingen kandidaat is gesteld, maar door een vijftal daartoe speciaal gemotiveerde afgevaardigden. De heer Kagenaar licht dat als volgt toe:
'Er is daarover onderling overleg geweest, een aantal verzekeringsgeneeskundigen heeft zich afgevraagd of het niet wenselijk zou zijn dat er ook een van hen in het hoofdbestuur zitting zou nemen. De conclusie was positief en ik heb me toen beschikbaar gesteld. Onze mening op dit punt is nog eens extra versterkt na publikatie van het rapport van de K.N.M.G.-commissie Eerste Echelon, waaruit blijkt dat er nog onvoldoende kennis en inzicht bestaat met betrekking tot de taak van de verzekeringsgeneeskundige en zijn relatie met de huisarts. Het was bovendien onprettig te moeten constateren dat bij de totstandkoming van dit rapport geen overleg is gepleegd met het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde en/of met de medische adviseurs van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor, kortom dat men verzekeringsgeneeskundigen buiten het vooroverleg heeft gehouden. Een en ander heeft collega Doeleman in Medisch Contact ook al duidelijk uiteengezet (zie M.C. nr. 30/1976, blz. 964 – red.).
'Bovendien het hele verzekeringsgeneeskundige gebeuren, dus ook de uitvoeringsaspecten van de sociale wetgeving, is in de behandelende sector nog



. . . speciaal gemotiveerd . . .

lang geen gemeengoed. Door de institutionalisering van scheiding van behandeling en controle zijn de behandelende artsen dan ook te gemakkelijk geneigd zich van deze problematiek te distantiëren. En dat terwijl er al jarenlang op wordt gehamerd dat – om maar eens een voorbeeld te noemen – niet alleen de werkstaking maar ook de werkhervatting een wezenlijk deel is van de behandeling. Anderzijds moet ik toegeven dat in toenemende mate de huisartsen – en ook de specialisten – meer aandacht zouden willen besteden aan dit soort zaken.

'Het werk van de verzekeringsgeneeskundige, dus van degene die we vroeger controlerend geneesheer noemden, heeft de laatste tijd een duidelijke verandering ondergaan. Die gewijzigde functie-aanduiding is niet zo maar een loos gebaar geweest, die sloeg wel degelijk op iets inhoudelijks. Het controlesysteem zoals het G.A.K. dat sinds 1967 toepast brengt voor de verzekeringsgeneeskundige met zich mee dat deze primair belast is met een begeleidende taak. De politionele controletaak is daarmee voor het overgrote deel op de achtergrond geraakt. Die discussie hierover in Medisch Contact (M.C. nr. 25/1976, blz. 801: L. de Boer over 'Afschaffing medische ziektewetcontrole' en M.C. nr. 30/1976, blz. 965: reactie van D. de Pater, aansluitend het naschrift van L. de Boer. – red.) was niet helemaal verhelderend. Volgens mij praatten beide heren grandioos langs elkaar heen. Bovendien heb ik de indruk dat er een zekere tegenstelling dreigt te ontstaan in dit verband tussen de bedrijfsartsen en verzekeringsgeneeskundigen, dit terwijl de laatsten zich steeds meer gaan toeleggen op arbeids- en bedrijfsgeneeskundige aspecten.

'De gegevens die collega De Pater aanvoert waaruit blijkt dat maar 30%

van de werknemers een bedrijfsarts ter beschikking heeft, leveren automatisch de conclusie op dat die overige 70% zonder zit. Ten behoeve van die groep werknemers ligt er dus een wezenlijke taak voor de verzekeringsgeneeskundigen. Overigens zie ik op den duur beide functies wel samensmelten. Daarbij is het geen essentieel probleem of dat wordt gerealiseerd via introductie van verzekeringsgeneeskundigen in bedrijfsgeneeskundige diensten, of juist omgekeerd. Niettemin zullen er nog wel moeilijkheden komen over dit soort oppervlakkige kwesties, daarvan ben ik zeker'.

De heer Kagenaar stamt uit een artsenmilieu, zijn vader was chirurg, hij studeerde af in 1958; na zijn militaire dienst vestigde hij zich als huisarts in Amsterdam. Hij woont met zijn gezin, drie kinderen tussen de 12 en 17 jaar, nog steeds in de hoofdstad des lands, ofschoon hij inmiddels als adviserend geneeskundige is verbonden aan het Districtskantoor van het G.A.K. te 's-Gravenhage. In 1972 is hij al uit de huisartspraktijk gestapt om over te gaan naar het G.A.K. te Amsterdam, waarvoor hij als verzekeringsgeneeskundige werkzaam is geweest, met name in de Bijlmermeer. Hij heeft later ook meegewerkt aan het C.O.P.I.H.-onderzoek en wel onder de personeelsleden van het G.A.K. zelf. Gedurende een jaar is hij ook adviserend geneeskundige voor het G.A.K.-districtskantoor Alkmaar geweest.

Pratend over de K.N.M.G.: 'De Maatschappij Geneeskunst zou een wezenlijke bijdrage dienen te leveren bij de totstandkoming van alle mogelijke wettelijke regelingen op het terrein van de gezondheidszorg, dus niet alleen bij de uitvoering ervan. Daartoe zullen de andere overleginstanties de K.N.M.G. dan ook echt serieus dienen te nemen. Met name de overheidsinstanties van wie in dit verband meer mag worden verwacht dan het laten uitlekken van wetsontwerpen en dan afwachten hoe de beroepsorganisatie daarop reageert. Op het gebied van de gezondheidszorg dient de K.N.M.G. te worden ingeschakeld als deskundige instantie en wel voor het uitbrengen van advies. De overheid hoeft de deskundigen uiteraard niet in de arm te nemen voor het nemen van beslissingen; dat laatste moet ze zelf doen want het zou levensgevaarlijk zijn de experts zelf de belangrijke maatschappelijke beslissingen te laten nemen. In dit licht moet de K.N.M.G. haar eigen beperkingen inzien, zij kan niet in alles op het gebied van de gezondheidszorg het laatste woord hebben.
'Door mijn functie bij het G.A.K. ben ik wat meer in de gelegenheid me te verdiepen in allerlei maatschappelijke aspecten met betrekking tot de volksgezondheid, dat kon er in mijn huisartsentijd niet altijd van komen. Mijn tijdsindeling is nu wat beter geregeld. Bovendien heb ik ook heel wat meer inzicht gekregen dank zij de basiscursus sociale geneeskunde en daarop aansluitend mijn verzekeringsgeneeskundige opleiding. Ook belangrijk voor me was een cursus gesprekstechniek, dat was gewoon een openbaring. Daardoor ben ik me gaan realiseren hoe weinig je werkelijk geneigd bent naar iemand écht te luisteren en – als arts – te gemakkelijk uitgaat van oude gegevens, zonder dan te ontdekken wat er in de nieuwe situatie aan de hand is en dan ook niet weet wat je ermee aan moet.

Tot besluit in dit verband een opmerkelijk voorbeeld: 'Toen ik als verzekeringsgeneeskundige pas in functie was realiseerde ik me dat ik in de huisartspraktijk op het spreekuur steeds een volle wachtkamer moest afhandelen. In die tijd dacht ik dat dat allemaal moeiteloos en efficiënt verliep. Als je meende voldoende gegevens te hebben werd het consult beëindigd met het uitschrijven van een recept. Maar als verzekeringsgeneeskundige schrijf je geen recepten, dan dien je zinnige gesprekken te voeren. In het begin had ik er echt moeite mee zelf een gesprek te beëindigen'.

In afwijking van alle eerdere aankondigingen

De 168ste Algemene Vergadering van de K.N.M.G.

is één week vervroegd en vindt nu plaats

vrijdag 10 september 1976 – AANVANG 17.30 UUR

Vergaderplaats: het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, Croeselaan, Utrecht, tel. 030-914914.

Problemen met bevolkingsonderzoek

Een rede van staatssecretaris *J. P. M. Hendriks* in Nijmegen

Kort geleden begon in Nijmegen officieel het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker. Nijmegen en omgeving vormen met Utrecht en Rotterdam de drie proefregio's voor dat onderzoek. Die regio's werden aangewezen op advies van de Gezondheidsraad. Nijmegen fungeert ook nog als proefregio op het gebied van de regionalisatie van de gezondheidszorg.
De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, de heer J. P. M. Hendriks, maakte de start van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker in de Karelstad mee. Wat hij bij die gelegenheid zei over bevolkingsonderzoek en proefregio's volgt hieronder.

Gaarne zou ik deze gelegenheid willen gebruiken om de schijnwerper te richten op de problemen van bevolkingsonderzoek waarmede een ieder op het terrein van de volksgezondheid en dus ook de overheid wordt geconfronteerd. Bevolkingsonderzoek is populair in deze tijd. Dat geldt voor de werkers in het veld, maar ook voor de bevolking en dus ook voor politici, journalisten en actiegroepen. Het massa-onderzoek op tuberculose, mogelijk geworden door de ontwikkeling van de röntgentechniek, is reeds tientallen jaren terug in ons land ingevoerd. Het eerste doel daarbij was de bevolking te beschermen tegen besmettingsgevaar, het tweede doel uiteraard de genezing te bespoedigen door vroegtijdige onderkenning en behandeling.
Door de vooruitgang van de diagnostiek en met name door de ontwikkeling van geautomatiseerde laboratoriummethoden is in de jaren vijftig bevolkingsonderzoek op andere ziekten en afwijkingen mogelijk geworden en door enthousiaste artsen georganiseerd, zoals in Californië bij de Kaiser Permanente. Het eerste doel was hierbij niet het voorkomen van besmetting, zoals bij tuberculose, maar de vroegtijdige opsporing ten bate van het individu zelf. Deze vorm van bevolkingsonderzoek heeft een grote vlucht genomen, aanvankelijk vooral gesteund door artsen, later door enthousiaste niet-artsen en pressiegroepen.

De paradox doet zich voor dat de artsenwereld zich nu van de grote vlucht wat distantieert, terwijl de bevolking er juist in toenemende mate om vraagt.

Voorwaarden

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft reeds geruime tijd geleden aandacht besteed aan de voorwaarden waaraan dient te worden voldaan alvorens een bevolkingsonderzoek kan worden ingevoerd. Het zijn kortweg de volgende:

1. De afwijking of ziekte komt op grote schaal voor en moet een belangrijk probleem betekenen, dat wil zeggen dat indien de ziekte niet behandeld zou worden dit zeer ernstige gevolgen zou inhouden.
2. De ziekte moet behandelbaar zijn.
3. Het natuurlijk beloop van de ziekte moet bekend zijn en tevens scherp te definiëren zijn.
4. De eerste verschijnselen van de ziekte moeten herkenbaar zijn.
5. De onderzoekmethodiek moet aanvaardbaar zijn, zowel voor de onderzoeker als voor de bevolking. Voor de onderzoeker betekent dit, dat de methodiek eenvoudig en betrouwbaar moet zijn en dat bij herhaling daarvan de uitkomsten gelijk blijven. De methode van onderzoek dient zorgvuldig genoeg te zijn om duidelijk de zieke personen van de gezonde te onderscheiden. Eventueel gemaakte fouten worden bovendien bij een tweede onderzoek hersteld. Verder dient het onderzoek financieel aanvaardbaar te zijn en acceptabel voor de te onderzoeken personen om een zo groot mogelijke opkomst te garanderen.
6. Als de ziekte ontdekt is, moeten er voldoende mogelijkheden zijn voor diagnostiek en therapie in de organisatie van de gezondheidszorg. Het gaat hierbij om mankracht, kennis en motivatie bij huisartsen en specialisten, plaatsruimte in poliklinieken en ziekenhuizen.
7. De grens tussen gezond en ziek moet duidelijk zijn aan te geven.
8. Het ontdekken en behandelen van de ziekte moeten een gunstige invloed op het ziekteverloop hebben en niet slechts de diagnose eerder bekend maken terwijl toch het uiteindelijk tijdstip van overlijden hetzelfde blijft.
9. De kosten moeten in een aanvaardbare verhouding staan tot de resultaten.
10. Het onderzoek moet regelmatig herhaald kunnen worden.

Deze voorwaarden lijken uiterst aanvaardbaar. Toch blijken maar heel weinig ziekten aan alle voorwaarden te voldoen. Kritische onderzoekers rekenen daartoe eigenlijk slechts tuberculose, phenylketonurie, gehoor- en gezichtsstoornissen bij kinderen.

Te hoge verwachting

Het is duidelijk, dat deze voorwaarden in de curatieve sector niet zo hoog worden gesteld. Dit is ook aanvaardbaar omdat bij bevolkingsonderzoek aan grote groepen een aanbod wordt gedaan waar men niet rechtstreeks zelf om heeft gevraagd, terwijl men in de curatieve sector zelf hulpzoekende is op grond van bepaalde klachten.
Het is verder ook duidelijk dat de bevolking, veelal onkundig van de genoemde voorwaarden en hun vervulling, veel, vaak te veel, verwacht van bevolkingsonderzoek. Men vergelijkt dit met de 10.000 km-beurten van de auto, waarbij een slecht werkend onderdeel kan worden vervangen.
Daarbij komt dat de organisatorische en financiële aspecten van massa-onderzoek niet moeten worden onderschat.

Het is mede om al deze redenen dat een wet op bevolkingsonderzoek in voorbereiding is. Door middel van deze wet kunnen onder andere eisen worden gesteld aan de organisatie, zoals dat reeds eerder geschiedde ten aanzien van het bevolkingsonderzoek op tuberculose.

Terugkerend naar bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker, waarmede u in Nijmegen en wijde omgeving vandaag gaat beginnen, zou ik gaarne enkele der genoemde voorwaarden voor algemeen bevolkingsonderzoek willen toetsen aan deze speciale ziekte.
Reeds enkele jaren geleden werd door mij advies gevraagd aan de Gezondheidsraad – het wetenschappelijk adviescollege van de minister – over de huidige mogelijkheden om kanker vroegtijdig op te sporen. In 1974 werd dit advies uitgebracht, waarbij werd uitgesproken dat de methode voor het ontdekken van baarmoederhalskanker geschikt was voor toepassing op grote schaal.
Daarop werd advies gevraagd aan de Centrale Raad van de Volksgezondheid naar de organisatorische opzet van dit bevolkingsonderzoek, terwijl tezelfdertijd aan de Geneeskundige Hoofdinspecteur werd verzocht de laboratoriumproblemen uit te werken. In 1975 volgde het advies om hierbij eenzelfde weg te volgen als bij de entorganisatie.

Proefregio's

Gezien beide adviezen werd besloten het bevolkingsonderzoek in drie proefregio's op te zetten, namelijk in Utrecht, waar men al enkele jaren ervaring had opgedaan, in Rotterdam en hier in Nijmegen. Doel van de opzet in de drie proefregio's was ervaring op te doen met de organisatie, een basis te leggen voor latere evaluatie en te onderzoeken of het bevolkingsonderzoek en het individuele onderzoek, dat reeds in grote mate op gang was gekomen, konden worden geïntegreerd.
Tijdens de begrotingsbehandeling in de Tweede Kamer in 1975 werd door vele fracties een dringend beroep op de minister en mij gedaan, niet enkele jaren te wachten met de invoering in het gehele land tot de uitslag in de proefregio's bekend was maar de invoering zo spoedig mogelijk te doen geschieden. Bij dit verzoek moesten enkele knelpunten onder ogen worden gezien, waarvan de belangrijkste waren of de laboratoria in staat waren een zo groot aanbod te verwerken en voorts uiteraard of de financiën gevonden konden worden voor een landelijk onderzoek.
Daarnaast waren er ook vragen van meer principiële aard, namelijk of het natuurlijke beloop van de ziekte voldoende bekend was, of bevolkingsonderzoek inderdaad in staat was om de sterfte in belangrijke mate te doen dalen en of de opkomst van de bevolking voldoende groot zou zijn. Met name wat dit laatste betreft was uit buitenlandse ervaringen bekend dat juist die vrouwen die veel risico lopen om de ziekte te krijgen zich niet aanmelden voor het onderzoek. De antwoorden op deze vragen waren ten dele geruststellend. De Nederlandse Vereniging van patholoog-anatomen berichtte na grondig onderzoek, dat de laboratoria het onderzoek binnen enkele jaren zouden kunnen uitvoeren. Het advies van de Gezondheidsraad gaf aan dat men voldoende vertrouwen had in de gebruikte methodieken en redelijk voldoende vertrouwen in het inzicht in het natuurlijk beloop.

Geringere sterfte

Een daling van de sterfte is statistisch bezien nog niet overtuigend aangetoond. Het vermelden waard is echter dat men in Canada, in provincies waar men met onderzoekingen reeds 25 jaar ervaring heeft opgedaan, de indruk heeft dat er een geringere sterfte voorkomt dan in de provincies van dat land waarin men nog niet aan onderzoek is toegekomen.
Ervaringen bij een reeds een vijftal jaren ingesteld proefonderzoek in Utrecht wezen uit, dat de opkomst van de bevolking met een goede voorbereiding zeer redelijk was. Deze feiten gaven mij aanleiding om het parlement toe te zeggen het bevolkingsonderzoek in het gehele land te bevorderen.

Welke maatregelen zijn nu genomen om mijn toezeggingen aan de Tweede Kamer te realiseren en hoe is de stand van zaken op dit ogenblik?
In de drie proefregio's is het onderzoek nu op gang gekomen. Op mijn verzoek hebben de gemeentebesturen van Utrecht, Rotterdam en Nijmegen zich bereid verklaard het onderzoek ter hand te nemen en de organisatie ervan op te dragen aan de gemeentelijke geneeskundige dienst. In eerste instantie betrof dit de gemeente zelf, in tweede instantie betrof het de omliggende gemeenten, die tezamen de regio vormen van het streeklaboratorium in de centrumgemeente. Een verzoek om medewerking werd tot de omliggende gemeentebesturen gericht, die bijna zonder uitzondering positief op de uitnodiging van de centrumgemeente reageerden. Het Rijk heeft in deze proefregio's de globale kosten op zich genomen van organisatie en laboratoriumonderzoek. Het gaat in de drie proefregio's om ongeveer een vijfde deel van de bevolking van Nederland.

Aanloopmoeilijkheden

De organisatie op zichzelf heeft vooral in Nijmegen nog aanloopmoeilijkheden moeten overwinnen, die samenhingen met de inrichting van de bevolkingsadministratie, de aanwezigheid van een gemeentelijke gezondheidsdienst en de gespreid wonende bevolking. De moeilijkheden zijn door intensief overleg en medewerking van het Centraal Bureau voor Keuringen overwonnen, zodat U vandaag kunt beginnen, na een voorbereiding van bijna een jaar. Een van de argumenten om proefregio's in te stellen was ervaring op te doen met organisatie en uitvoering in streken met verschillende geaardheid. Uw ervaringen kunnen dus nut afwerpen voor het gehele land.
In de beide andere proefregio's – Utrecht en Rotterdam – is het onderzoek reeds aangevangen. In Utrecht is

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

men in oktober 1975 begonnen en aldaar zijn reeds enkele tienduizenden vrouwen uit de gehele regio onderzocht. In Rotterdam is men in februari 1976 gestart met de bevolking uit de gemeente zelf. In de herfst zal het onderzoek tot de regio worden uitgebreid. Tot nu toe zijn er reeds duizenden onderzoeken verricht.
De organisatorische problemen, die niet onderschat moeten worden, zijn opgelost. Het laboratorium kan de grote stroom van preparaten opvangen. Een evaluatiebureau is ingesteld in iedere regio.
De opkomst van de betrokken bevolkingsgroep stemt tot tevredenheid; het opkomstpercentage is ongeveer 70%, terwijl naar alle waarschijnlijkheid een groot deel van de resterende 30% een valide reden heeft om niet te komen, bijvoorbeeld omdat deze vrouwen pas een onderzoek hebben ondergaan.

Nieuwe initiatieven

Buiten de drie proefregio's is een aantal initiatieven rechtstreeks bij het ministerie ingediend. Het betreft hier tientallen plaatselijke of regionale voorstellen die reeds voor het besluit om het gehele land in het onderzoek te betrekken waren gedaan. Indien aan bepaalde voorwaarden is voldaan, worden deze initiatieven goedgekeurd en komen zij voor subsidie in aanmerking.
Voorts heb ik aan de provinciale besturen verzocht om het onderzoek binnen de provincie te willen organiseren. Aan deze verzoeken wordt voldaan, naar uit ambtelijke berichten blijkt. De voorbereiding van de organisatie is in volle gang, de laboratoirum capaciteit wordt geleidelijk groter, samenwerking wordt gezocht met de betrokken groeperingen zoals kruisverenigingen, huisartsen, specialisten en ziekenfondsen. Het ziet er naar uit dat het onderzoek langzaam op gang komt.
Na een grondige voorbereiding zal zich in de loop van dit jaar en het volgend jaar op de meeste plaatsen een georganiseerd bevolkingsonderzoek ontplooien. Te verwachten is, dat voor de betrokken leeftijdsgroep van 35 tot 55 jaar het individuele onderzoek op indicatie dan geleidelijk zal verminderen, al blijft het als aanvulling van het georganiseerde onderzoek noodzakelijk.

Gaarne vermeld ik hier nog enkele organisatorische aspecten, die door mijn ministerie zijn ontwikkeld. Het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid heeft in een intensief overleg met patholoog-anatomen overeenstemming bereikt over de uitbouw van laboratoriummogelijkheden, de invoering van een kwaliteitscontrole en de prijs van dit gedeelte van het onderzoek. Bij de organisatie van het laboratoriumgedeelte zijn de regionale streeklaboratoria van de Volksgezondheid betrokken.

Evaluatie

Binnen iedere proefregio is een evaluatiebureau tot stand gekomen, dat in nauw overleg met het ministerie een intensieve evaluatie van de procesgang en het effect tot stand hoopt te brengen. Vragen die hier worden gesteld zijn onder meer:

- Welk gedeelte van de vrouwelijke bevolking verschijnt niet na twee oproepen en wat is daarvan de reden?
- Hoeveel tijd verloopt er tussen de positieve uitslag, de definitieve diagnose en de eventuele operatie?
- Komt het aantal positieve uitslagen bij het eerste onderzoek overeen met de uiteindelijke uitkomsten van de behandeling?
- Is er een daling van ziekte- en sterftegevallen merkbaar?

Deze laatste vraag, tevens de kernvraag, verwacht men pas na een tiental jaren te kunnen beantwoorden.

Opleiding en voorlichting

In de drie proefregio's worden door mijn ministerie opleidingsfaciliteiten verstrekt aan analisten, afkomstig van verschillende laboratoriumscholen. Zij worden in de gelegenheid gesteld hun opleiding in de praktijk te voltooien. De bedoeling is dat deze analisten daarna elders in het land een werkkring vinden binnen de laboratoria die voor het bevolkingsonderzoek zijn ingeschakeld.
Een stuurgroep houdt zich bezig met het ontwikkelen op korte termijn van een voorlichtingsprogramma dat bruikbaar is voor iedere regio en voor iedere categorie die ermee te maken heeft. Kruisorganisatie, federatie van vrouwenverenigingen en deskundigen zijn hierbij betrokken.
Ten slotte is door het Preventiefonds een mogelijkheid geopend om nog door een wetenschappelijk project de diagnostische methode te verbeteren.

Prioriteiten

Het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker is in ons land gestart, nadat vele andere landen ons hierin zijn voorgegaan.
Ik verwacht dat in de loop van het volgende jaar het onderzoek in volle omvang zich zal kunnen ontplooien. Tevens zal een evaluatie dienen uit te wijzen of het onderzoek aan de verwachtingen voldoet en of we op de nu voorgestelde wijze dienen voort te gaan.
Er wordt in ons land veel meer aandacht en geld besteed aan curatieve zorg dan aan preventieve zorg. Ik meen dat de regering de plicht heeft deze laatstgenoemde vorm van zorg te bevorderen, wanneer dat op verantwoorde wijze mogelijk is. Dat hierbij prioriteiten dienen te worden gesteld, is een voor de hand liggende zaak. Bij het stellen van prioriteiten steunt de regering op haar wetenschappelijke en organisatorische adviescolleges en luistert zij naar de wensen en verlangens van het Parlement. Dat is bij het invoeren van dit bevolkingsonderzoek dan ook in ruime mate geschied.

Regionalisatie gezondheidszorg

Ik heb in mijn betoog verschillende keren het woord 'proefregio' gebruikt. U weet dat dit woord in Nijmegen en omgeving niet alleen verbonden is met het onderzoek op baarmoederhalskanker. De term 'proefregio' heeft daarnaast een bijzondere klank, omdat deze omgeving, zij het op wat meer geperkte schaal, ook is aangewezen als een van de regio's waar experimenten plaatsvinden op het gebied van de regionalisatie van de gezondheidszorg. U weet ook, dat de regionalisatie in de gezondheidszorg een van de grondgedachten is in de Structuurnota Gezondheidszorg uit 1974. In totaal zijn er vijf van deze regio's aangewezen, elk met een bijzonder thema, behorende tot de gezondheidszorg.

In de regio Nijmegen staat centraal het opdoen van ervaring met het functioneren van een districtscommissie, ingesteld door de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid. De Gezondheidswet opent de mogelijkheid dergelijke commissies in te stellen, in streken binnen de provincie die als een op zich zelf staand district kunnen worden aangemerkt door samenstelling van de bevolking, door economische oorzaken of uit

een oogpunt van volksgezondheidsbelang. Het is de bedoeling dat in de regio Nijmegen met een dergelijke commissie in het bijzonder ervaring wordt opgedaan met het oog op het bevorderen van de onderlinge samenwerking van de gezondheidszorgvoorzieningen. Daarnaast zal worden getracht in deze regio meer inzicht te verkrijgen in het opnemings- en ontslagbeleid, zowel voor wat betreft de sector van de geestelijke gezondheidszorg als die van de somatische gezondheidszorg.
De aanwijzing van de proefregio's heeft plaatsgevonden in het najaar van 1975. In de proefregio's is daarna gewerkt aan de organisatorische voorbereiding van de experimenten en vervolgens aan een andere bepaling van de inhoud van de thema's. De uitgewerkte programma's voor het uitvoeren van de experimenten verwacht ik in de loop van deze maand, op een enkele uitzondering na, op het departement te zullen ontvangen.
Ik ben mij ervan bewust dat voor het opzetten en het uitvoeren van de regionalisatie-experimenten, evenals voor andere, veel werk moet worden verzet en soms ook moeilijkheden moeten worden overwonnen. Voor wat de regio Nijmegen betreft is de omstandigheid dat deze naar het zich laat aanzien drie provincies bestrijkt een feit dat de zaak ingewikkeld maakt. Het betekent dat meer instanties bij het experiment zijn betrokken en dat er dus meer en veelvuldiger overleg moet worden gevoerd. Ik heb echter het volste vertrouwen dat deze omstandigheid het welslagen van het experiment niet in de weg zal staan.

Oriëntering op provincie

Het is in dit verband erg interessant het gebied dat de proefregio Nijmegen waarschijnlijk zal omvatten te vergelijken met de kaart die het Ministerie van Binnenlandse Zaken in februari van dit jaar heeft gepubliceerd van een indeling van het land in 24 provincies-nieuwe-stijl. Dit gebied lijkt dan vrij aardig overeen te komen met een mogelijke toekomstige provincie Maas en Waal. Maar laat ik mij wat dit aangaat niet te zeer in speculaties begeven. Wel is het misschien goed er in het licht van de regionalisatie-experimenten nog eens op te wijzen dat ik voor wat een regio-indeling betreft in beginsel aansluiting zou willen zoeken bij de bestuurlijke indeling van het land in provincies. Dit betekent dat in beginsel ook de indeling in provincies-nieuwe-stijl in het kader van de reorganisatie van het binnenlands bestuur zal worden gevolgd.
Het lijkt mij ook wenselijk dit hier op te merken omdat ten tijde van het opstellen van de Structuurnota Gezondheidszorg nog algemeen werd uitgegaan van een indeling van het land in een dikke veertig gewesten en de rol van de provincie enigszins in de mist bleef.
Deze oriëntering op de schaal van de provincie sluit overigens niet uit dat de aandacht van het gezondheidszorgbeleid zich ook met name zal moeten richten op hetgeen zich in het lokale of interlokale vlak afspeelt. Ik behoef U slechts te herinneren aan de noodzaak om de gezondheidszorg in de eerste lijn te versterken. Deze noodzaak komt ook in de Structuurnota Gezondheidszorg naar voren.

Universitaire berichten

Promoties

A. H. M. Kerkhoff promoveerde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Over de geneeskundige verzorging in het staatse leger'. Promotor: Prof. Dr. D. de Moulin.

G. J. Lammers promoveerde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'On the development of the strio-amygdaloid complex in the Chinese hamster, cricetulus griseus'. Promotor: Prof. Dr. R. Nieuwenhuys.

Mevr. C. I. M. Lindemans promoveerde aan de Rijksuniversiteit Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Phosphofructokinase uit menselijke erythrocyten: de kinetische eigenschappen en de invloed van 6-mercaptopurine'. Promotor: Dr. G. J. E. Staal.

J. J. Mattousch promoveerde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'De middeldrempel van glucose in de nieren in relatie tot het extracellulaire volume'. Promotores: Prof. Dr. C. L. H. Majoor en Dr. A. P. Jansen.

I. L. D. Nauta promoveerde aan de Rijksuniversiteit Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'De erythrocytenmembraam bij lever- en galwegziekten'. Promotoren: Prof. Dr. J. J. Sixma en Dr. J. de Gier.

E. de Nobel promoveerde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Glucosetolerantie en insulinesecretie'. Promotor: Dr. A. van 't Laar.

A. Okken promoveerde aan de Rijksuniversiteit Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Warmtehuishouding van pasgeborenen met een laag geboortegewicht'. Promotores: Prof. Dr. J. H. P. Jonxis en Prof. Dr. W. G. Zijlstra.

A. P. Provoost promoveerde aan de Rijksuniversiteit Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: Hypertensie en het sympatisch zenuwstelsel'. Promotores: Dr. W. de Jong en Prof. Dr. D. de Wied.

J. W. G. A. van Rens promoveerde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Glaucomasimplex in de huisartspraktijk'. Promotores: Prof. Dr. F. J. A. Huygen en Prof. Dr. J. E. A. van den Heuvel.

P. M. Rozing promoveerde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'De invloed van de corrigerende osteomie bij gonarthrosis'. Promotor: Prof. Dr. T. J. G. van Rens.

W. C. Runne promoveerde aan de Rijksuniversiteit Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: 'Automatic control of total heart lung bypass in dogs'. Promotores: Dr. A. N. E. Zimmerman en Prof. Dr. H. A. Huysmans.

Verklaring van overlijden en de wijziging van de Wet op de lijkbezorging

door *H. Th. P. Cremers*, politie-arts

Samenvatting
In de praktijk blijkt er veel onwetendheid met betrekking tot de verklaring van overlijden, zowel wat betreft begrippen alsook ten aanzien van de wet op de lijkbezorging en de taken toebedeeld aan behandelend arts en gemeentelijk lijkschouwer. Dit heeft vaak onaangename gevolgen voor bezorgers van het lijk, nabestaanden en gemeentelijk lijkschouwer. De vraag komt op of een meldingsplicht voor de arts die een niet-natuurlijke dood vaststelt, niet opgenomen moet worden in het ontwerp van de wetwijziging.

In verband met het ontwerp van wet voor wijziging van de Wet op de lijkbezorging is het dienstig in te gaan op de problematiek van het al of niet afgeven van een verklaring van overlijden.

Voor een begrafenis is een verlof nodig van de Burgerlijke Stand. Dit wordt afgegeven na ontvangst van een *verklaring van natuurlijk overlijden*, afgegeven door een behandelend geneesheer of de als zodanig beëdigde gemeentelijke lijkschouwer (ook wel gemeentearts of politie-arts genoemd). Deze verklaring is het zogeheten A-formulier, waarin de arts ervoor tekent *overtuigd* te zijn van een natuurlijk overlijden. Voor crematies geldt zo'n bewijs van natuurlijk overlijden alleen als het van de gemeentelijke lijkschouwer afkomstig is. In de voorgestelde wetswijziging zal ook een verklaring van de behandelend geneeskundige ter verkrijging van verlof tot crematie geldig worden. Tenslotte kan ook de officier van justitie verklaringen afgeven op grond waarvan verlof tot begraven of cremeren wordt afgegeven. De officier van justitie wordt erbij betrokken als noch de behandelend geneesheer noch de politie-arts overtuigd is van een natuurlijk overlijden. Met andere woorden, bij twijfelgevallen of duidelijk niet-natuurlijk overlijden.

Als voorbeelden van niet-natuurlijk overlijden kunnen onder andere genoemd worden: zelfmoord, verdrinking, overmatig gebruik van geneesmiddelen of giftige stoffen en direct of laat gevolg van lichamelijk letsel. Over dit laatste is nogal eens verschil van mening, vooral als de gevolgen zich over een lang tijdsverloop uitstrekken. Niet alleen politiefunctionarissen en begrafenisondernemers, maar ook veel artsen begrijpen niet dat iemand 'niet natuurlijk' overlijdt als het toch de longontsteking is die als de directe doodsoorzaak kan worden aangewezen, ook al begon de ziektegeschiedenis met een gebroken been. Daarom zet menige arts te goeder trouw zijn handtekening voor 'natuurlijk' overlijden. Als vanzelfsprekend 'niet-natuurlijk' kan worden beschouwd het ten gevolge van een ongeval laat optredende subdurale haematoom of de laat optredende aortaruptuur. Als voor velen minder vanzelfsprekend kunnen als voorbeeld genoemd worden de gevolgenreeksen: aanrijding, stamcontusie, bedrust, trobose, longembolie en dood; of: val van trap, beenbreuk, bedrust, sepsis of pneumonie en dood. De collumfractuur is daarvan het meest frequente voorbeeld. Hetzelfde geldt voor alle andere 'niet-natuurlijke' oorzaken die niet direct dodelijk waren, doch pas veel later door complicaties die er verband mee houden. Al deze gevallen zijn volgens de toelichting van de Wet op de lijkbezorging 'niet-natuurlijke' overlijdensgevallen, omdat de hersenbeschadiging of beenbreuk als oorzaak moet worden gezien voor alles wat volgde tot en met de dood. Tenslotte dient er nog eens op te worden gewezen, dat ook *alle* twijfelgevallen, bijvoorbeeld alcoholvergiftiging?, slaapmiddelvergifting?, te veel insuline?, via de politie of de politie-arts onder de aandacht van de officier van justitie dienen te worden gebracht.

De politie-arts komt dus, al of niet samen met politiefunctionarissen, in actie bij:

- niet-natuurlijk overlijden;
- vindingen (doodsoorzaak onbekend) en andere twijfelgevallen, en
- afwezigheid van een behandelend geneesheer.

Bij overlijden van een in behandeling zijnde patiënt tijdens langere afwezigheid van de behandelend geneesheer kan veelal van een wettelijke noodsituatie worden gesproken; de enige die rechtens papieren kan afgeven is namelijk de behandelend geneesheer, en die is onbereikbaar. Een waarnemend arts die zelf de patiënt niet heeft behandeld en alleen de dood kon vaststellen, is geen behandelend arts en mag rechtens geen verklaring van overlijden afgeven. Hij moet namelijk tekenen, dat hij zich beschouwt als behandelend geneesheer. Er zijn waarnemers, die 'behandelend' begrijpen als: ik weet alles af van de toestand van de patiënt en ik sta in de schoenen van de behandelend arts, dus beschouw ik mij als behandelend geneesheer en daarom voel ik me gerechtigd om als zodanig te ondertekenen. Als zo'n waarnemer er inderdaad van overtuigd is alles te weten van de patiënt en daarom overtuigd is van de natuurlijke doodsoorzaak, dan kan ik mij voorstellen dat hij geen bedenkingen heeft om te tekenen en dat zelfs kan verdedigen. Naar mijn mening gebeurt dit veelvuldig.

Er zijn ook waarnemend artsen die menen hoe dan ook een verklaring van overlijden te moeten afgeven, maar die de tekst van het 'A-formulier' naar de letter interpreteren 'behandeld' doorstrepen en vervangen door 'waarnemend'.

Deze verklaringen worden door de Burgerlijke Stand geweigerd en komen bij de medische dienst van de politie op tafel met de vraag de fout te corrigeren via lijkschouw en verklaring van de politie-arts.

Zo'n ongeldige verklaring is een voorbeeld van een late melding. Late en zeer late meldingen komen veel voor na weekeinden en feestdagen en betreffen veelvuldig de gevallen van onwel wor-

den en overlijden bij of kort na aankomst in een ziekenhuis, doch ook van ongevallen, vooral als het overlijden pas na enige tijd volgt.
Alle late en vooral zeer late meldingen van overlijdensgevallen bemoeilijken het onderzoek van de politie-arts en ook van het politiepersoneel dat er bij betrokken is. Gegevens zijn verdwenen en omstandigheden gewijzigd, onder andere doordat de overledene meestal is vervoerd en ook reeds in een kist is gelegd. Dat een overledene reeds na een dag of twee in een verre staat van ontbinding verkeert, is eerder regel dan zeldzaamheid.
Vertrouwend op de rechtsgeldigheid van een verklaring of op de afgifte daarvan, organiseert een begrafenisondernemer de begrafenis of crematie op een bepaalde dag. Pas daags tevoren krijgt hij dan óf een ongeldige óf geen verklaring. Dat dit een tijdnoodsituatie schept, met alle onrust die daaraan verbonden is, niet alleen voor de ondernemer en familie maar ook voor de politie-arts en politie, is vanzelfsprekend. Het komt voor dat ceremonies doorgaan, maar dat de uitvoering van crematies of begrafenissen moet worden opgehouden.

Beschouwing

Als we de hopelijk spoedig op te heffen speciale regeling voor crematie buiten beschouwing laten, dan kan een arts geen papieren afgeven van overlijden als hij met een niet-natuurlijk sterfgeval te maken heeft of als hij niet zeker is van een natuurlijk sterven, en ook niet als hij bij natuurlijk overlijden niet als behandelend geneesheer heeft gefunctioneerd. (Bij van kracht worden van de wetswijziging ook niet als er tussen arts en overledene bloedverwantschap tot in de derde graad of huwelijk bestond of bestaat. Dit geldt ook voor de gemeentelijk lijkschouwer.)
Ofschoon er geen meldingsplicht van overlijden bestaat voor de arts die de dood constateert doch wettelijk geen verklaring van overlijden kan afgeven, meen ik dat hij toch uit fatsoensoverwegingen in ieder geval aan de nabestaanden of hun vertegenwoordiging in de persoon van de begrafenisondernemer moet laten weten, dat hij zelf geen papieren zal afgeven maar dat de politie-arts voor de afhandeling dient te zorgen. Het lijkt mij zelfs goed collegiaal dat hij, wetend dat hij de medische afhandeling van het overlijdensgeval wettelijk moet overdragen aan een collega, deze al of niet persoonlijk van het geval verwittigt.
Ofschoon ik oppervlakkig beschouwd begrip kan hebben voor de argumentatie in de toelichting van het ontwerp, dat afgezien is van een meldingsplicht voor artsen op grond van hun geheimhoudingsplicht, vraag ik me af of men zich heeft gerealiseerd dat hen eigenlijk een *Pilatus-rol* is toebedeeld. Het feit van het handen wassen en weg wezen is toch al verraad, in de zin van: hier wil ik niets mee van doen hebben, omdat het 'niet natuurlijk' of twijfelachtig is. Dat het in de steek laten van zo'n geval veelvuldig als gevolg heeft dat nabestaanden te laat tot de ontdekking komen dat ze metterdaad in de steek gelaten zijn, kan mijns inziens moeilijk worden verdedigd als dienstverlenend en evenmin als geheimhouding. Mijns inziens wordt in dit verband de dubbelzinnige betekenis van het woord 'verklaring' miskend, namelijk: overtuiging en uitleg. De arts tekent wel of niet voor de overtuiging van natuurlijk overlijden, maar behoeft in geen van beide gevallen uit te leggen ('te verklaren') waarom! De geheimhoudingsplicht van de arts wordt terecht als een groot goed beschouwd, maar geheim houden in de zin van: 'ik kan of wil geen verklaring afgeven', heeft in wezen niets te maken met 'ik wens niet te verklaren waaraan het overlijden te wijten is'. Geheim houden van de toedracht is het goed recht van de arts, ook tegenover de politie-arts, maar hij zal wel moeten laten blijken dat hij geen handtekening wil of kan zetten. Want op de vijfde dag na de dag van overlijden moet crematie of begraven uiterlijk plaatsvinden. De negatieve melding zal hij hoe dan ook binnen vijf dagen moeten geven!
In de laatste tien jaar, waarin zo'n 40.000 overlijdensgevallen door de medische afdeling van de Rotterdamse politie werden afgehandeld kan ik me geen geval herinneren waarbij informatie door de behandelend geneesheer werd geweigerd, al zal niet altijd alles verteld zijn. Evenmin een geval van 'ik weet het wel, doch zoek het maar zelf uit'. In het criminele vlak kan ik me zo'n geval wel voorstellen, bijvoorbeeld: een goede vriend vergiftigt zijn vrouw en ensceneert zelfmoord. Praktisch alle niet-natuurlijke overlijdensgevallen echter zijn zo duidelijk, dat er (behalve misschien de al of niet om bestwil te verzwijgen medische fouten) niets geheim te houden valt. De argumentatie van het niet opnemen van een meldingsplicht in de zin van: 'ik kan of wil geen handtekening zetten' in de wetswijziging, is door de limiet van hoogstens vijf dagen met betrekking tot het medisch ambtsgeheim gespeend van elk praktisch inzicht. Een meldingsplicht kost de arts minder tijd dan het invullen van overlijdensformulieren. Hij kan het door wie dan ook laten doen per telefoon en voorkomt daardoor veel last voor degenen die het tenslotte vóór de vijfde dag moeten zien te klaren. Doch omdat er honderd en één redenen zijn te bedenken waarom spontane communicatie tussen mensen (en dus ook tussen artsen) fout kan gaan, zelfs indien er een meldingsplicht zou bestaan, is vragen naar iets een mogelijkheid om eraan te herinneren. Daarom de volgende conclusie.

Conclusie

Bij elk overlijdensgeval dient de eerste vraag te zijn: welke arts mag en zal een papier ondertekenen waarin staat dat hij als behandelend arts overtuigd is van een natuurlijke doodsoorzaak? Als hierop geen zeker antwoord kan worden verkregen, mag een lijk niet worden vervoerd en dient de politie-arts onmiddellijk te worden gewaarschuwd. De politie-arts kan dan na aanhoren van het verhaal, al of niet direct gevolgd door een onderzoek ter plaatse en zonodig in overleg met artsen en politiefunctionarissen, het onderzoek en de rapportering bespreken met al of niet inschakelen van de officier van justitie. De nabestaanden (eventueel in de persoon van de begrafenisondernemer) weten dan precies waar zij aan toe zijn voor de bezorging van de overledene. Alles kan zo op een voor iedereen bevredigende wijze worden afgehandeld.

Epidemiologie (II)

Terreinen waarop epidemiologische benadering en gegevens van nut kunnen zijn

door *Dr. F. Sturmans** en *Prof. Dr. H. A. Valkenburg***

Samenvatting

Beschreven wordt dat de epidemiologische benadering met vrucht kan worden gebruikt voor het zoeken naar oorzaken van ziekte ter preventie.
Vervolgens wordt ingegaan op de taak van de epidemiologie ten aanzien van het zogenaamde beleidsonderzoek: bepaling van behoeften en noodzakelijke voorzieningen en evaluatie van nieuwe vormen van zorg.
Tenslotte wordt aangegeven dat de epidemiologische benadering ook van belang is voor de opleiding tot arts en dat epidemiologische gegevens van nut zijn bij de zorg voor de individuele patiënt.

1. Inleiding

In een vorig artikel (*Sturmans* en *Valkenburg, 1976)* is ingegaan op wat tegenwoordig onder epidemiologie wordt verstaan, welke de taken zijn van de epidemioloog en welke de relaties zijn van de epidemiologie met andere verwante disciplines. In dit artikel zullen terreinen worden aangegeven waarop epidemiologische gegevens van nut kunnen zijn en zal worden ingegaan op de mogelijke toepassingsgebieden van de epidemiologische methode.
Door *Lowe* en *Kostrzewski* (1973) worden de volgende terreinen onderscheiden waarop door de epidemiologie bijdragen worden geleverd c.q. zouden kunnen worden geleverd: de medische kennis in het algemeen en de organisatie van de gezondheidszorg met als onderdeel hiervan de medische opleiding. Door *Morris* (1964) wordt een verdergaand onderscheid aangebracht in mogelijke toepassingsgebieden van de epidemiologische benadering: historisch onderzoek, opsporen van kwetsbare groepen, individuele risico of kansberekening, het onderscheiden van afzonderlijke syndromen, het uitbouwen van het klinische beeld, het zoeken naar oorzaken en operationeel onderzoek.
Deze door *Morris* onderscheiden toepassingsgebieden zijn onder te brengen bij een van de door *Lowe* en *Kostrzewski* onderscheiden toepassingsgebieden.

Tenslotte zal nagegaan worden in hoeverre ook in de zorg voor de individuele patiënt kennis van epidemiologische gegevens van nut kan zijn. Aldus zijn er drie terreinen te onderscheiden waarop epidemiologische benadering en gegevens van nut kunnen zijn: de medische kennis in het algemeen, de organisatie van de gezondheidszorg en de zorg voor de individuele patiënt.

2. Bijdrage aan de medische kennis

Hieronder kunnen worden geacht te vallen: het zoeken naar oorzaken ter preventie van ziekten waartoe tot op zekere hoogte ook het door *Morris* als historisch onderzoek onderscheiden terrein behoort, het onderscheiden van afzonderlijke syndromen en het uitbouwen van het klinsche beeld.

2.1 *Preventieve gezondheidszorg*
De curatieve gezondheidszorg en in het bijzonder de sterk op de technologie steunende intramurale curatieve gezondheidszorg is de laatste jaren zo duur geworden dat nu allerwege om preventie wordt geroepen. Op het terrein van de infectieuze ziekten is preventie in de vorm van vaccinaties al lang ingeburgerd en effectief gebleken bij een groot aantal ziekten. Bij de chronische niet-infectieuze ziekten is de situatie niet zo rooskleurig. Dit is onder meer een gevolg van het feit dat nog onvoldoende bekend is over het natuurlijke beloop van deze ziekten. Om preventie te kunnen bedrijven is immers essentieel dat zoveel bekend is omtrent de oorzaken van een ziekte dat men het ziekteproces op zijn minst tot stilstand kan brengen zo men dit al niet tot teruggang kan brengen.
Het is niet steeds nodig dit ziekteproces in alle details te kennen alvorens effectief preventieve maatregelen te kunnen nemen. De maatregelen door *Snow* voorgesteld ter bestrijding van een cholera-epidemie in Londen in 1854 zijn nog steeds een uitstekend voorbeeld voor de stelling dat niet alles bekend hoeft te zijn omtrent de oorzaak en het natuurlijke beloop van een ziekte alvorens effectief preventie te kunnen bedrijven. Bacteriën waren in die tijd immers nog niet bekend.
Ter vaststelling van de oorzaken van een ziekte is het dus essentieel het natuurlijke beloop van de ziekte zowel bij het menselijke individu als bij groepen van individuen te bestuderen. Voor de epidemiologie is een belangrijke taak weggelegd ten aanzien van de opheldering van het natuurlijke beloop van een ziekte. Om preventie te kunnen bedrijven, dat wil zeggen het ziekteproces zich niet (verder) te laten ontwikkelen is het noodzakelijk dat men over voldoende informatie beschikt over de fasen van het (ziekte) proces voordat de ziekte manifest wordt, het prepathogenetische stadium en het pathogenetische stadium, het stadium als er alleen nog maar (functionele of structurele) voorlopers voor een eventueel ziekteproces aanwezig zijn ('precursors' in de Engelse literatuur) en het subklinische stadium. Een mogelijke functio-

* Hoofd afdeling Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding van de Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdienst te Rotterdam (Directeur Prof. Dr. L. Burema).

** Hoogleraar epidemiologie Erasmus Universiteit, Rotterdam.

nele voorloper voor het hartinfarct is bijvoorbeeld hoge bloeddruk, een mogelijke structurele voorloper voor bijvoorbeeld baarmoederhalskanker is carcinoma-in-situ.
Deze voorlopers ontwikkelen zich als gevolg van een wisselwerkingsproces tussen individu en omgeving op basis van een bepaalde combinatie van predisposities en milieufactoren (*nature* en *nurture*). Met deze predisposities komt men duidelijk op het terrein van de genetica. De bijdrage geleverd door de epidemiologie aan onze kennis van de besmettelijke ziekten, voedingsziekten en beroepsziekten kan niet worden overschat, aldus *Lowe* en *Kostrzewski* (1973). Zij vervolgen dan:

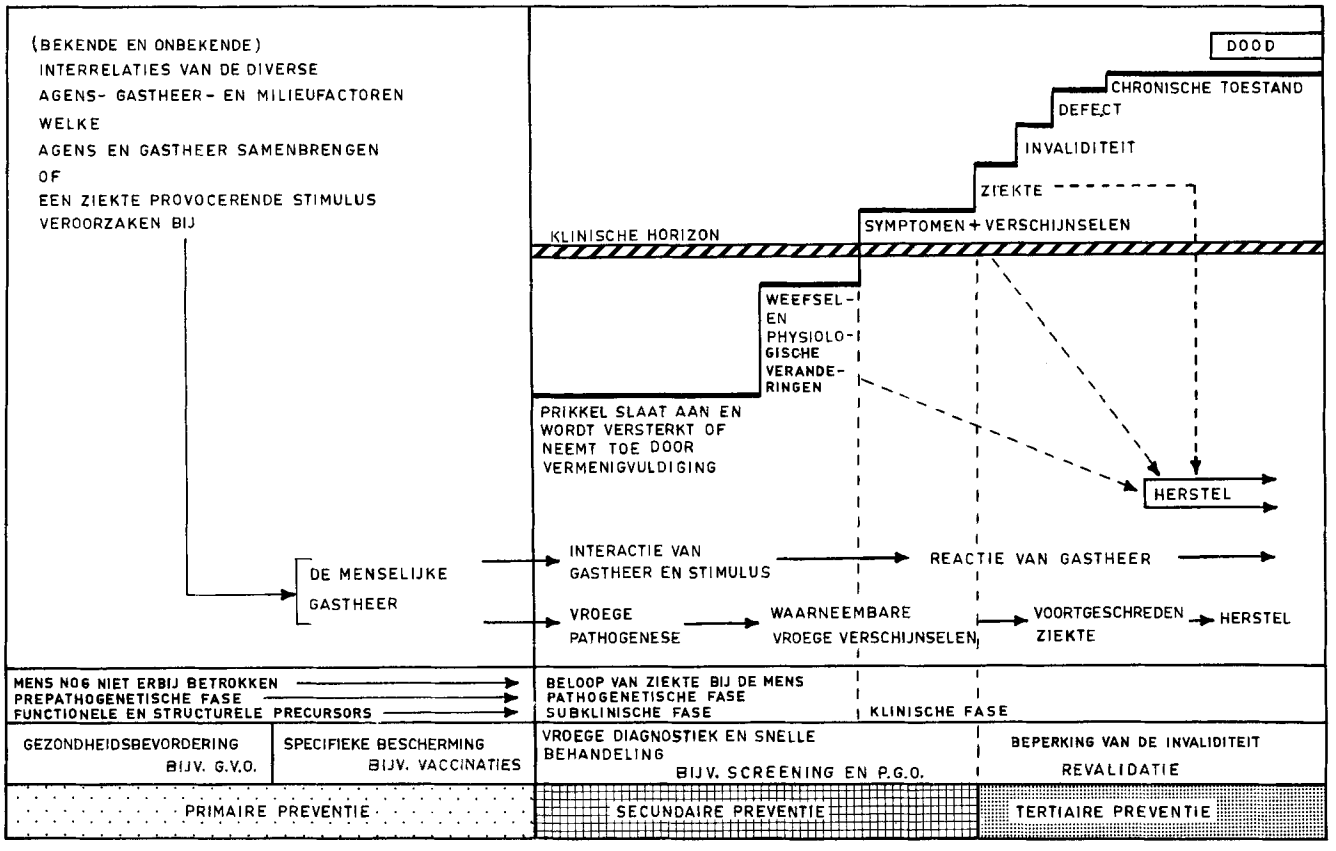
'Epidemiologie verschafte vaak de noodzakelijke kennis ter preventie of beheersing van een ziekte voordat biochemische, microbiologische of andere wetenschappelijke informatie omtrent de etiologie van deze ziekte ter beschikking was gekomen (bijvoorbeeld cholera en scheurbuik). In de technisch ontwikkelde landen zijn besmettelijke ziekten nog steeds een belangrijke oorzaak voor ziekte maar in deze landen zijn sterfte en invaliditeit vaker een gevolg van ongevalsverwondingen, geestesziekten, maligniteiten en chronische ziekten. Deze aandoeningen vertegenwoordigen in een groot percentage van de gevallen het eindresultaat van de interactie tussen genetische factoren en veel jaren van expositie aan geïnterrelateerde omgevingsvariabelen, zoals sociale, psychologische, physiologische en biologische variabelen.
In deze complexe situatie vertegenwoordigen epidemiologische onderzoekingen een onschatbare methode voor het ontdekken van etiologische factoren. Zo is bijvoorbeeld het grootste deel van onze tegenwoordige kennis van de huidige epidemie van bronchuscarcinoom verkregen op deze wijze evenals veel van onze kennis omtrent de etiologie van ischaemische hartziekten, de pneumoconiosen en beroepsblaaskanker.
Epidemiologische onderzoekingen dragen momenteel sterk bij tot het ophelderen van de oorzaken van beroepsziekten en het bevestigen van relaties tussen pathologische toestanden en verontreiniging van de omgeving'.

2.1.1. *Soorten preventie*

Op basis van de schematische voorstelling van het natuurlijke beloop van een ziekte bij de mens zoals die is weergegeven in figuur 1 wordt bij preventie gewoonlijk onderscheid gemaakt in *primaire, secundaire* en *tertiaire* preventie.
Tertiaire preventie is voorkomen dat een ziekte tot een chronisch lijden wordt en dat invaliditeit zoveel mogelijk wordt voorkomen. In feite behoort zij tot de curatieve gezondheidszorg.
Secundaire preventie is het tot stilstand brengen of vertragen van de voortgang van een ziekte of haar gevolgen. Men bedoelt hier meestal mee die activiteiten die tot doel hebben het ziekteproces op een zo vroeg mogelijk ogenblik na zijn ontstaan te onderkennen, dat wil zeggen voordat het tot klachten (of voor de drager duidelijke of hinderlijke verschijnselen) aanleiding heeft gegeven. Het naar een eerder tijdstip verschuiven van de diagnose kan op twee manieren bewerkstelligd worden:

a) het voorkómen van vertraging in het moment van diagnose zodra er vroege symptomen zijn: vertraging door de patiënt of de arts (patient's delay en doctor's delay). Het middel hiervoor is G.V.O. en een goede opleiding van de arts;
b) het screenen van asymptomatische individuen.

Primaire preventie is het ontstaan van



FIGUUR 1: DE NATUURLIJKE HISTORIE VAN EEN ZIEKTE BIJ DE MENS (gewijzigd naar Leavel e.a., 1958)

ziekte en afwijkingen voorkomen. Geslaagde voorbeelden hiervan ten aanzien van de infectieziekten zijn de immunisaties, voorkomen van deficiëntieziekten bijvoorbeeld rachitis en het voorkomen van besmetting door isolatie van ziekten zoals bijvoorbeeld tuberculose.
Tegenwoordig wordt de gezondheidszorg evenwel geconfronteerd met andere epidemieën, zoals de hart- en vaatziekten, longkanker, verslavingsziekten, geslachtsziekten, e.d. Het kenmerkende hiervan is dat het menselijk gedrag hierbij een belangrijke rol vervult.
De primaire preventie kan structureel zijn (waterleiding, riolering, bestrijding luchtverontreiniging, controle op voedingsmiddelen, verbieden van sigarettenreclame) of individueel (inentingen, trachten te overreden tot het nalaten van riskante gewoonten). Het middel voor primaire preventie is gezondheidsvoorlichting en -opvoeding in de meest ruime zin van het woord. Structurele primaire preventie en inentingen leverden de grootste bijdrage aan de volksgezondheid. Het zijn tevens de oudste vormen van preventie.
Beïnvloeding van ongezond gedrag gaat voor een deel samen met de verbetering van het ontwikkelingsniveau van de bevolking (onderwijs).

2.1.2. *Twee benaderingswijzen voor preventie*

In de epidemiologie is lange tijd als denkmodel gebruik gemaakt van de triade agens-gastheer-omgeving, zoals weergegeven in figuur 2. De laatste tijd wordt deze vervangen door het zogenaamde ecologische model of het wielmodel, zoals afgebeeld in figuur 3.
Gemeenschappelijk voor deze modellen is dat zij ter oplossing van een 'volksziekte' twee benaderingswijzen mogelijk maakten: een benadering gericht op het individuele organisme en een benadering gericht op beïnvloeding van het milieu waarin dit organisme verblijft.
Mausner en *Bahn* (1974) zeggen in dit verband dat de toekomstige pogingen tot primaire preventie van de chronische ziekten van onze tijd zich waarschijnlijk zullen centreren zowel rond pogingen tot beïnvloeding van het gedrag van individuen als rond de maatregelen die omgevingsfactoren reglementeren (= 'environmental control'), zoals veranderde samenstelling van vetten in voeding, welk laatste gedeeltelijk de beslissingen over gedrag dat in relatie tot de gezondheid staat van het individu naar sociale instituties zal doen verschuiven.
Het milieu van de mens bestaat uit een biologische omgeving, een fysische omgeving en een maatschappelijke omgeving. Tegen preventieve maatregelen die veranderingen in het maatschappelijk milieu beogen zal, zoals duidelijk zal zijn, de meeste weerstand bestaan. Een voorbeeld hiervoor vormt de strategie ten aanzien van de hart- en vaatziekten epidemie.
Hart- en vaatziekten vormen tegenwoordig een van de meest imponerende doodsoorzaken. Als een van de oorzaken van hart- en vaatziekten wordt (vooral door de leken) beschouwd het jachtige leven van deze tijd, dat met veel stress gepaard zou gaan. Ook al is dit waar, dan ziet men toch nog niet zo gauw kans deze maatschappelijke oorzaak weg te nemen en aldus primaire preventie te bedrijven.
Ook de andere 'oorzaken' van hart- en vaatziekten die in principe mogelijkheden tot primaire preventie bieden (roken, hypercholesterolaemie) vereisen naast een beslissing van het individu tot verandering van zijn gewoonten ondersteuning vanuit de samenleving. Deze ondersteuning vanuit de samenleving heeft evenwel nadelige economische consequenties voor onderdelen van deze samenleving, met als gevolg dat deze onderdelen van de samenleving zich heftig verzetten tegen deze 'ondersteuning'. Het is dan ook niet verwonderlijk dat men zijn toevlucht zoekt tot een vorm van *secundaire preventie*: screening op de aanwezigheid van vroege symptomen en risicofactoren.

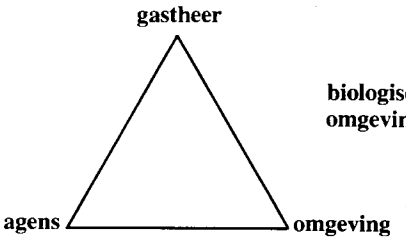
2.2. *Het onderscheiden van afzonderlijke syndromen*

Een van de wegen tot vooruitgang in de geneeskunde is het definiëren en herdefiniëren van syndromen door het met elkaar in verband brengen van een aantal gegevens uit de ongedifferentieerde massa van klinische gegevens. Dit kan gedaan worden met laboratorium-methodes, bijvoorbeeld de differentiatie tussen verschillende typen van acute leukaemie of tussen verschillende soorten van bacteriële meningitis.
Ook de epidemiologische benadering kan hiertoe worden gebruikt. Het principe hierbij is dat de analyse en classificatie van de klinische gegevens naar hun frequentie in sociale of andere groeperingen kan aantonen dat datgene wat vroeger werd gezien als een eenheid niet langer als zodanig kan worden beschouwd, omdat zijn delen verschillend zijn verspreid onder de bevolking. Veel vooruitgang is bijvoorbeeld in de afgelopen jaren geboekt bij het identificeren van syndromen uit de amorfe massa van de atherosclerose. Zo schijnt bijvoorbeeld de coronaire atherosclerose te bestaan uit tenminste twee belangrijke ziektebeelden. Het atheroma van de wanden van de coronairvaten, dat veel voorkomt en gewoonlijk een benigne aandoening is, moet onderscheiden worden van de occlusie van het lumen van de arterieën welke veel minder voorkomt en vaak levensbedreigend is. Occlusie van het lumen ontstaat alleen als de ziekte van de wand reeds aanwezig is, maar een dergelijk muraal atheroma is slechts één van de factoren die tot occlusie leiden en het is wellicht niet eens de belangrijkste factor.

2.3. *Het uitbouwen van het klinische beeld*

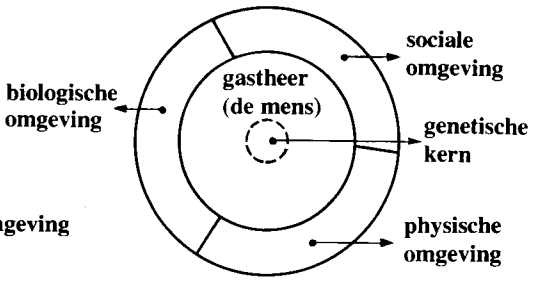
Het meest duidelijke voorbeeld van

Figuur 2



Epidemiologische triade

Figuur 3



Wielmodel van mens-omgeving interacties

deze functie van de epidemiologische benadering is het bepalen van de geslachts- en leeftijdsspecifieke incidentiecijfers van een ziekte. Berekenen van nauwkeurige leeftijdsspecifieke incidentiecijfers, die bijvoorbeeld aantonen dat kanker van het ovarium en mogelijk van de mamma pieken bereikt in de middelbare leeftijd, is belangrijk voor het begrijpen van dit ziektebeeld. Men kan zelfs verder gaan. Gezien het feit dat de epidemiologie zich per definitie bezig houdt met het achterhalen van zo mogelijk alle gevallen van een bepaalde ziekte in een bevolking wordt hiermee vaak een ander beeld van die ziekte verkregen dan wanneer men zich alleen baseert op gegevens uit ziekenhuizen.
In dit verband kan het W.H.O.-project naar het vóórkomen van ischaemische hartaandoeningen (*Bekker*, 1974) als toelichting dienen. Om een juist beeld te krijgen over het klinische beeld van een ischaemische hartaandoening is het nodig dat men alle patiënten kent en weet hoe het met al deze patiënten gelopen is. Het opsporen van de patiënten die normaliter niet gemakkelijk ter kennis van de klinicus komen, is overigens een van de moeilijkste en meest tijdrovende taken van de epidemioloog.

3. Bijdrage aan de organisatie van de gezondheidszorg

In paragraaf 2.1.1. is gezegd dat er twee manieren zijn voor het voorkómen van vertraging in het moment van diagnose. Een hiervan was het screenen van asymptomische individuen. Screening is evenwel niet zonder meer zinvol zoals elders werd aangetoond (*Sturmans* e.a. 1976). Als screening voor een bepaalde ziekte zinvol is dan blijft de vraag te beantwoorden op welke wijze dit het beste in de bestaande organisatie kan worden ingebouwd.
Hiermee is een ander terrein aangeduid waarop de epidemiologie bijdragen kan leveren: de organisatie van de gezondheidszorg. De gezondheidszorg is een complex systeem dat 'gepland', in leven geroepen en bestuurd moet worden (health administration). Health administration nu dient te stoelen op epidemiologisch onderzoek en op wetenschappelijk onderzoek van het systeem gezondheidszorg. Dit laatste wordt ook wel aangeduid met operationeel onderzoek.

Onder operationeel onderzoek (= mathematische besliskunde) wordt verstaan:
– de toepassing van wetenschappelijke methoden, technieken en instrumenten op problemen welke betrekking hebben op de werking van een systeem, teneinde hen die met het beheer over dit systeem belast zijn, tot de optimale oplossingen voor deze problemen in staat te stellen;
– de studie van administratieve systemen met behulp van mathematische modellen.
Indien men, aldus *Morris* en *Lee* (1969) de resultaten van het onderzoek naar het voorkomen van ischaemische hartaandoeningen gedurende het jaar 1959 bij Britse artsen van middelbare leeftijd zou mogen generaliseren voor de rest van de bevolking van dezelfde leeftijdscategorie, zou dit betekenen dat er 150 acute episodes van ischaemische hartaandoeningen per jaar voorkomen in een bevolking van 100.000 inwoners. De enige veilige basis voor 'coronary care' is dan dit getal. Overlijden is ongewoon na de eerste week van de episode en is gespreid over de volgende weken en maanden: hieruit blijkt dat een week een veilige periode is om lijders aan acute coronaire aandoeningen in een 'coronary care unit' te verplegen. Dit betekent weer dat er gemiddeld drie bedden nodig zijn op een bevolking van 100.000 alleen al voor mannen van middelbare leeftijd en dat ieder bed 50 keer per jaar zal worden bezet.
Een ander onderdeel van deze operationele research wordt gevormd door vragen omtrent de kwaliteit van de medische zorg naast de vragen omtrent de kwantiteit. Hoe werken de gezondheidsdiensten en wat is hun effect?
Waarom is er zo'n groot verschil tussen verschillende steden in de aantallen kinderen die een tonsillectomie ondergaan? Het is aannemelijk dat in tal van situaties van medische, obstetrische of tandheelkundige zorg dergelijke vergelijkingen tussen bevolkingen of bevolkingsgroepen critisch denken bij de clinici zouden kunnen stimuleren. Voor bestuurders en anderen belast met de planning van nationale of regionale gezondheidsvoorzieningen is de epidemiologie de fundamentele discipline, aldus wederom *Lowe* en *Kostrzewski* (1973).
Het is de methode die wordt gebruikt voor de diagnose en meting van de momentane behoeften aan gezondheidsvoorzieningen, voor de schatting van de toekomstige voorzieningen, voor de vaststelling van prioriteiten (door *Morris*, 1964, community diagnosis genoemd) en voor de evaluatie van gezondheidszorgactiviteiten. De betekenis van deze toepassing van de epidemiologie wordt steeds groter, daar in alle landen – wat hun politieke of sociale systeem, of wat hun niveau van technische ontwikkeling ook is – de regeringen behalve steeds meer preventieve voorzieningen moeten verschaffen maar ook steeds meer integrale medische zorg.
Hun functie is niet langer beperkt tot een effectieve werking van gezondheidszorgsystemen zoals ze vigeren maar zij moeten ook tot hun taak rekenen de invoering van noodzakelijke veranderingen. Met het voortschrijden van de kennis worden de aan de gezondheidszorg ter beschikking staande technieken steeds uitgebreider en kostbaarder en zelfs het rijkste land kan zich niet langer veroorloven alles te realiseren wat de medische research mogelijk heeft gemaakt.

Prioriteiten moeten worden gesteld, methoden van interventie moeten worden gekozen, personeel opgeleid en gezondheidszorginstellingen gepland en gebouwd om tegemoet te komen aan de huidige en waarschijnlijke toekomstige behoeften. Hiervoor zijn nodig juiste gegevens omtrent de vigerende gezondheidstoestand van de bevolking en omtrent verwachte trends in de prevalentie en incidentie en de verdeling van de belangrijkste oorzaken van ziekte en sterfte onder verschillende bevolkingscategorieën. Dergelijke informatie kan alleen worden verschaft door epidemiologische methoden.
In eerste instantie wordt deze informatie verkregen uit analyse van gegevens van demografische onderzoekingen en routinematig verzamelde statistieken over doodsoorzaken, het optreden van ziekten waarvoor aangifte verplicht is en ziekenhuisopnemingen.
Informatie over doodsoorzaken evenwel is een zeer inadequate maat voor de verdeling van ziekte en invaliditeit bij de levenden. Aangiften zijn vaak onvolledig en gegevens uit ziekenhuisopnemingen vertonen vaak vertekeningen en zijn moeilijk te interpreteren. Voor een zo volledig mogelijke opheldering van de gezondheidstoestand en gezondheidsproblemen van een bevolking is het ook nodig gegevens te analyseren uit een aantal andere bronnen. Deze omvatten gegevens omtrent poliklinische patiënten, gegevens uit huisartsenpraktijken, gegevens over schoolverzuim en ziekteverzuim en ge-

gevens van ad hoc uitgevoerde epidemiologische onderzoekingen.
Epidemiologische gegevens maken het de bestuurders van de gezondheidszorg mogelijk subgroepen te definiëren binnen de algemene bevolking die een speciaal risico lopen voor bepaalde ziekten, zodat preventieve maatregelen en ondersteunende maatregelen op hen kunnen worden gericht (community diagnosis, aldus *Morris*, 1964). In technisch verder ontwikkelde landen is de dreiging van epidemieën van besmettelijke aard de tweede plaats aan het innemen na de dreiging van de epidemieën van niet-besmettelijke aard, veroorzaakt door de introductie van nieuwe chemicaliën in de industrie en voedselprodukten, door lucht-, water- en voedselverontreiniging, door het gebruik van tabak en andere 'drugs', door ioniserende straling en door de zonder precedent zijnde proliferatie van farmaceutische preparaten en pesticiden.
Epidemiologie heeft een belangrijke taak te vervullen bij het vaststellen van de effectiviteit van preventieve en curatieve maatregelen niet alleen in hun experimentele stadium maar in nog sterkere mate als zij een onderdeel worden van de gezondheidszorgvoorzieningen van een land.
Evenzo kunnen continue of herhaalde epidemiologische onderzoekingen in bedrijven – evenals het ontdekken van ziekte in een vroeg stadium, als genezing of tot stilstand brengen van het proces nog mogelijk is door verwijdering van de schadelijke stof – dienen als een index voor de effectiviteit van controlemaatregelen. Het epidemiologisch onderzoek van geëxponeerde individuen is in feite een biologische controle van de omgeving, welke een aanvulling vormt op de gebruikelijke methoden van controlering van de fysische omgeving. Dit principe van biologische controle is al jaren erkend in relatie tot lood en in de laatste jaren ook voor acute en chronische respiratoire aandoeningen in de industrie.

3.1. *Evaluatie van een nieuwe voorziening zoals screening*

Ongeveer twintig jaar geleden bleek de systematische vroege opsporing van longtuberculose in grote bevolkingen, gevolgd door goed georganiseerde campagnes van radiografie van de hele bevolking en het beschikbaar stellen van een effectieve behandeling voor hen die aan de ziekte bleken te lijden zo succesvol, dat andere vormen van screening ter ontdekking van de vroege manifestaties van ziekte werden voorgesteld en enkele ook inderdaad werden geïntroduceerd. In het voorwoord van *Lord Cohen of Birkenhead* op het boek 'Screening in medical care' (1968) wijst hij op het laatste hoofdstuk van dit boek waarin wordt betoogd, dat het noodzakelijk is dat er onafhankelijk van de regering een adviescommissie van deskundigen komt, teneinde voortdurend het complexe veld van screening te evalueren. Deze noodzaak van een onafhankelijke adviescommissie wordt beargumenteerd met twee feiten:

1. vroegtijdige introductie van een screeningsprogramma zou het moeilijk of zelfs onmogelijk kunnen maken essentiële kennis te verkrijgen, die gebaseerd is op adequate fundamentele klinische research; vroegtijdige introductie van een screeningsprogramma zou verder het verkrijgen van bewijzen voor de effectiviteit via randomised controlled trials (= interventie onderzoeken) onmogelijk maken;
2. de onwetendheid van het publiek of het onvoldoende begrijpen van de problemen waarmee men te doen heeft, zou kunnen leiden tot druk op de regering, die ertoe moet leiden dat een screeningsservice wordt verstrekt voordat een allesomvattende beoordeling van de waarde ervan, gebaseerd op betrouwbare informatie, ter beschikking is gekomen.

In beide gevallen zou dit ertoe leiden dat openbare fondsen – en het lijkt erop dat dit in sommige landen al is gebeurd – worden onttrokken aan bepaalde terreinen waarop activiteiten tot op zekere hoogte nuttig zijn gebleken ten voordele van procedures die hun waarde nog niet hebben bewezen en mogelijk schadelijk zijn. Als men slechts een bepaald bedrag voor de gezondheidszorg ter beschikking heeft moeten er nu eenmaal keuzes worden gemaakt. Zolang bepaalde preventieve activiteiten hun waarde niet hebben bewezen, lijkt het onttrekken van geld aan onderzoek of bijvoorbeeld de bejaardenzorg niet gewenst.

McKeown (1968) vat de eisen waaraan een screeningscampagne moet voldoen als volgt samen: de screeningsprocedure moet effectief zijn en als dit het geval is dan moet zijn aangetoond dat hiermee een beter gebruik wordt gemaakt van de beperkte middelen dan via de beschikbare alternatieven. Op deze manier geformuleerd zijn de vragen die ten aanzien van screenen worden opgeroepen niet nieuw, daar men bij alle medische maatregelen zich vragen moet stellen betreffende effectiviteit en prioriteiten. Het feit dat op het terrein van de screening antwoorden nog meer nodig zijn dan op andere terreinen is een gevolg van de complexiteit van de gegevens die nodig zijn voor de evaluatie hiervan en de kosten gepaard met de toepassing van de screeningsprocedures.
Essentieel in dit verband is de positie van de arts in relatie tot de patiënt. Als de patiënt de hulp van de dokter vraagt, is minder hard bewijs voor de zinvolheid van de behandeling nodig dan wanneer de dokter activiteiten onderneemt ter identificatie van patiënten die naar zijn mening hulp behoeven. Als de patiënt medische hulp zoekt, is de positie van de dokter ethisch gezien relatief eenvoudig: hij doet wat hij kan met de hem ter beschikking staande kennis en middelen. Men kan het hem niet kwalijk nemen als het niveau van de medische wetenschap hem niet in staat stelt iemand effectief te behandelen of zelfs niet eens in staat stelt de aandoening waarvoor zijn advies wordt gevraagd nauwkeurig te diagnostiseren. Evenmin kan hij het gehele arsenaal van faciliteiten waarvan zijn patiënten mogelijk zouden kunnen profiteren op de patiënt los laten voor onderzoek en behandeling. De screeningssituatie is volledig anders, daar nu een arts of een algemene gezondheidszorg-instantie het initiatief neemt voor het onderzoek ter opsporing van eventuele ziekte of invaliditeit bij personen die niet hebben geklaagd over verschijnselen of symptomen.
Men heeft dan te doen met een situatie waarbij het publiek niet alleen veronderstelt dat abnormaliteiten zullen worden geïdentificeerd als deze aanwezig zijn, maar ook dat zij die hieraan lijden voordeel zullen putten uit de hierop volgende behandeling. Deze laatste verplichting neemt de initiatiefnemer op zijn minst impliciet op zich, en verder wordt – afgezien van de situatie waarin men dit doet om researchdoeleinden en bescherming van de algemene gezondheidstoestand – niemand verondersteld het ongemak van het onderzoek te ondergaan of de angst te ondervinden die wordt opgeroepen bij het vinden van een positief testresultaat, zonder het vooruitzicht van uiteindelijk profijt voor zijn gezondheidstoestand. Bovenbedoelde verplichting blijft zelfs bestaan als de patiënt vraagt om te worden gescreend, want zijn verzoek is dan gebaseerd op het geloof dat de procedure van waarde is – en als

dit niet het geval is, is het de taak van de medici dit duidelijk te maken.
Een veel gehuldigde stelling is dat screening gelijk staat met vroege diagnostiek en dus zonder meer goed is en altijd toepassing verdient. Als de screening geschiedt met een methode die valide is (nagenoeg geen fout-positieven of fout-negatieven oplevert) *en* betrouwbaar (= consistent = reproduceerbaar) lijkt deze stelling op het eerste oog te kunnen worden onderschreven. Doch ook als de screening geschiedt met een betrouwbare en valide methode is de vraag of screening in het onderhavige geval nuttig is verder nog afhankelijk van de prevalentie van de ziekte waarop men de populatie screent zoals elders werd aangetoond *(Sturmans* en *Mulder,* 1976).

3.2. *Selectieve screening versus massale screening*

Elders (*Sturmans* e.a., 1976) werd vermeld dat door voorstanders van screening op bijvoorbeeld cervix-carcinoom als verklaring voor het feit dat de screeningscampagnes op cervix-carcinoom tot nu toe geen effect te zien geven, wordt aangevoerd dat men de verkeerde groepen heeft gescreend, met name de bezorgde gezonden die in dit geval voornamelijk afkomstig zouden zijn uit de sociaal-economisch hogere klasse die in dit verband de low risk categorie vormt. De vraag dringt zich dan op, aannemende dat screening zinvol is, of een planmatige massale screening (= algemeen bevolkingsonderzoek zonder selectie van bepaalde categorieën van de populatie) zoals die ten aanzien van cervix-carcinoom wordt voorgestaan in het rapport Cyt-U-Universitair, nog steeds valt te verkiezen boven selectieve screening, te weten onderzoek van high-risk groepen.
Miller (1974) zegt hieromtrent in de Statement of Conference Goals voor de National Conference on Cancer Prevention and Detection, welke op 28 en 29 mei 1973 gehouden werd te Bethesda, Maryland:

'Twee decennia geleden was er een bloeiende belangstelling voor kankeropsporingspoliklinieken en haastig werden veel campagnes opgezet. Veel poliklinieken werden later evenwel weer gesloten. Het oordeel was dat de opbrengst te laag was gezien de kosten en de mankracht die eraan werden besteed. Verder bereikten deze poliklinieken niet de juiste groepen van de populatie. Bovendien waren de artsen niet zo erg geneigd hun tijd te besteden aan dergelijke activiteiten, gezien het feit dat er een toenemend tekort aan artsen was en een stijgende behoefte aan hun diensten in de directe patiëntenzorg'. Miller gaat dan verder met te zeggen dat hij graag meteen duidelijk wil maken dat er bij hem geen heimwee bestaat naar deze kankeropsporingspoliklinieken van de vijftiger jaren, doch dat er nieuwe technieken en nieuwe ideeën in de gezondheidszorg hun intrede hebben gedaan die het de moeite waard maken een re-evaluatie te ondernemen van wat kan worden gedaan in de kankerpreventie. Als één van deze nieuwe ideeën noemt hij de *selectieve screening* en het nadruk leggen op risicofactoren bij het bepalen van de vorm van het vroege opsporingsonderzoek: van dit idee kan volgens hem worden verwacht, dat het bijdraagt tot een toegenomen opbrengst en meer acceptabele kosten voor deze onderzoeken. Verder hoopt hij dat de komst van specialisten in de gemeenschapsgezondheidszorg zal helpen bij het ontwikkelen van meer effectieve campagnes waarmee ook die mensen worden bereikt voor wie de campagne is bedoeld, zodat men niet langer bezig hoeft te zijn met het onderzoeken van alleen maar 'bezorgde gezonden'.

Elders (Sturmans e.a. 1976) zijn door ons besproken de voorwaarden waaraan voldaan moet zijn alvorens met een screeningscampagne te starten. Om deze reden zal hier op deze plaats niet nader worden ingegaan. Uit bedoeld artikel en uit het voorafgaande blijkt dat de epidemioloog een belangrijke taak heeft bij het onderzoek naar de meest doelmatige vorm van gezondheidszorg en de vraag of en hoe nieuwe elementen aan het systeem gezondheidszorg toegevoegd moeten worden.

4. Bijdrage aan de medische opleiding

Hierover zeggen *Lowe* en *Kostrzewski* (1973) het volgende:

'Het ziekte-patroon in een land en de wijze waarop de gezondheidszorg is georganiseerd dienen terug te vinden te zijn in de onderdelen van de opleiding tot arts c.q. specialist, en het is zelfs wenselijk dat de algemene structuren van het medisch onderwijs in dat land er door worden bepaald. Opleidingsdoeleinden moeten worden geformuleerd in relatie tot de lokale gezondheidsbehoeften en deze doelstellingen zouden moeten worden gebaseerd op o.a. epidemiologische gegevens omtrent deze behoeften. Epidemiologie is de basiswetenschap van de sociale en preventieve geneekunde en bij het onderwijs hierin zal epidemiologie natuurlijk het vaakste ter sprake komen. Epidemiologie heeft evenwel ook een taak met betrekking tot de laboratoriumwetenschappen en de klinische geneeskunde. De betekenis van anatomische, fysiologische en biochemische afwijkingen zal door een student niet goed op zijn waarde kunnen worden geschat als hij of zij zich niet ter dege bewust is van de variabiliteit van fysieke, fysiologische, biochemische, immunologische en andere kenmerken in de algemene bevolking en als hij niet begrijpt dat het zelden mogelijk is een duidelijke lijn tussen normaal en pathologisch te trekken. In de klinische disciplines heeft kennis van de prevalentie, etiologie en prognose verkregen via epidemiologische research duidelijk implicaties voor de diagnostiek en behandeling van individuele patiënten en hun gezinnen. De opleiding van een arts moet hem geschikt maken het door hem gekozen terrein uit te oefenen en te blijven uitoefenen. De voorraad kennis, de vaardigheden en attitudes verkregen bij het afsluiten van de undergraduate opleiding is niet voldoende voor de rest van de tijd dat de arts practizeert. Het leerproces zal moeten worden voortgezet gedurende de professionele loopbaan. Dit betekent dat zowel 'opfrissings'-cursussen moeten worden gevolgd alsook dat regelmatig medische literatuur moet worden gelezen. De waarde van dit lezen van medische literatuur zal ten zeerste worden bevorderd door een goed begrip van de epidemiologie'. Tot zover *Lowe* en *Kostrzewski* (1973).

5. Epidemiologie en de zorg voor de patiënt

Bij het stellen van een diagnose moet de arts uit de honderden hem bekende ziektebeelden dat kiezen waarmee de klinische toestand van de patiënt het meeste overeenkomt. Bij het bepalen van de kans dat een bepaalde aandoening aanwezig is wordt de arts sterk beïnvloed door het weet hebben van welke ziekten in zijn praktijk heersen op dat tijdstip. Tijdens een griep-epidemie bijvoorbeeld wordt een patiënt met hoofdpijn, slapte en spierpijn onmiddellijk gediagnostiseerd als lijdend aan griep, terwijl als er geen griep-epidemie

heerst waarschijnlijk laboratoriumonderzoek aangevraagd wordt ter uitsluiting van andere verklaringen voor de ziekte.
Gegevens uit de beschrijvende epidemiologie die aangeven bij welke subgroepen van de bevolking een lage of hoge prevalentie van een bepaalde ziekte voorkomt kunnen ook nuttig voor de diagnose zijn. Bevolkingsonderzoeken geheel analoog aan analytische epidemiologische onderzoekingen worden gebruikt ter verfijning van diagnostische methodieken. Evenals de epidemiologie in zijn traditionele vorm associaties bestudeert tussen een ziekte en etiologische of predictieve factoren kan dezelfde benadering worden gebruikt ter bestudering van de associaties tussen een ziekte en symptomen, bevindingen of laboratoriumtesten. Deze tenslotte vormen de informatie die wordt gebruikt voor het stellen van een diagnose.
Gezien de tegenwoordige populariteit van laboratoriumtesten hoeft men slechts een blik te werpen in een of ander vooraanstaand medisch tijdschrift om voorbeelden te vinden van onderzoekingen die laten zien hoe een bepaalde test gebruikt kan worden om te helpen bij het onderscheiden tussen personen met en zonder een bepaalde ziekte of tussen verschillende categorieën van patiënten met dezelfde ziekte.
Gewoonlijk wordt ter bepaling van de validiteit de test toegepast op verschillende groepen patiënten plus een aantal 'normale controle personen'. De verdelingen van de testresultaten in elk van deze groepen worden dan met elkaar vergeleken. Als de twee verdelingen van een of ander kenmerk zeer verschillend blijken te zijn en weinig overlap vertonen, is de test valide in het onderscheiden tussen de twee groepen, dat wil zeggen de test is behulpzaam bij het bepalen of een patiënt behoort tot de ene groep of tot de andere. Op deze wijze krijgt de arts informatie omtrent de predictieve waarde van een bepaalde test. Kennis hiervan is essentiëel voor de verdere begeleiding van de patiënt.
Elders werd door ons (*Sturmans*, e.a. 1976) beschreven dat de predictieve waarde van een positieve Pap-smear bij een ongericht bevolkingsonderzoek, aannemende dat de sensitiviteit 95%, de specificiteit 98% en de prevalentie van carcinoma-in-situ 0,4% slechts 16% was. Dit gegeven is zeer waardevol ter voorkoming van onnodige ongerustheid bij vrouwen bij wie de uitslag van een Pap-smear in eerste instantie positief is.
Een andere toepassing van epidemiologische gegevens in de zorg voor de individuele patiënt is de *individuele risico- of kansberekening.*
Een van de methoden voor het beheersen van een ziekte, infectieus of niet-infectieus, is de opsporing en bescherming van gevoelige individuen. Bij de tuberculosebestrijding bijvoorbeeld worden tuberculine-huid-reacties gebruikt bij de bevolkingsonderzoeken om de negatief reagerenden – dit zijn degenen die nog niet bloot hebben gestaan aan het immuniserende effect van een tuberculose-infectie – op te sporen. Dezelfde principes worden in toenemende mate gebruikt bij pogingen ter bescherming tegen niet-infectieuze ziekten. Hierbij is er evenwel zelden een duidelijk onderscheid tussen de 'gevoelige' en 'immune' personen mogelijk. 'Gevoeligheid' voor ischaemische hartziekten bijvoorbeeld kan vooralsnog het beste worden beschouwd als een kenmerk met een continue verdelingsfunctie net zoals bloeddruk of lengte. De identificatie van individuen aan het uiterste einde van deze verdeling kan worden beschouwd als opsporing van de personen die het grootste risico lopen en op wie de preventieve maatregelen moeten worden geconcentreerd.

Literatuur

Bekker, B. V. – Interimverslag resultaten hartambulanceproject Nijmegen, november 1972 en januari 1974.

Bekker, B. V. – Interimverslag W.H.O. registratieproject ischaemische hartziekten, Nijmegen, januari 1974.

Cohen of Birkenhead, Williams E. T., Mc Lachlan G. (Editors) – Screening in Medical Care. Reviewing the Evidence. A collection of Essays, published for the Nuffield Provincial Hospitals Trust by the Oxford University Press 1968. London, New York, Toronto.

Cyt-U-Universitair – Rapport 'Vroege diagnostiek cervix-carcinoom' 1970-1973. Medisch Contact 29, 608, 1974.

Lowe, C. R. en J. Kostrzewski – Epidemiology, a guide to teaching methods, Churchill Livingstone, Edinburgh en London, 1973.

Mc Keown, Th. – Validation of screening procedures, in: Screening in Medical Care. Reviewing the Evidence. A collection of Essays door Cohen of Birkenhead, E. T. Williams en G. Mc. Lachlan (Editors). Published for the Nuffield Provincial Hospitals Trust by the Oxford University Press 1968. London, New York, Toronto.

Mausner, J. S. en A. K. Bahn – 'Epidemiology', an introductory text. W. B. Saunders Co., Philadelphia, London, Toronto, 1974,

Miller, D. G. – Statement of Conference Goals. Cancer, 33: 1703 Supplement June 1974.

Morris, J. N. – Uses of Epidemiology, Second Edition, Livingstone, Edinburgh en London, 1964, reprinted 1970.

Morris, J. N. en J. A. M. Lee – Epidemiology of non-communicable diseases, in: The Theory and Practice of Public Health, W. Hobson (Ed.), Third Edition, Oxford University Press, London, New York, Toronto 1969.

Sturmans, F. m.m.v. P. Das en H. A. Valkenburg – Epidemiologie en Medische Statistiek, Dekker en van de Vegt, 1975.

Sturmans, F. en H. A. Valkenburg – Begripsomschrijving en plaatsbepaling van de epidemiologie (Medisch Contact nr. 35/1976).

Sturmans, F., W. F. M. de Haes en P. G. H. Mulder – De betekenis van de betrouwbaarheid en validiteit van de testmethode en de prevalentie van de ziekte bij de beslissing al of niet tot screening over te gaan, Huisarts en Wetenschap, 19, 87, 1976 (ter perse).

Sturmans, F., H. A. Valkenburg en L. Burema – Twijfels over de effectiviteit van huidige strategie bij screening op cervix-carcinoom, N.T.v.G. 1976.

Sturmans, F., H. A. Valkenburg en L. Burema – Is screening op cervix-carcinoom wenselijk en zo ja, via algemeen bevolkingsonderzoek of onderzoek bij high-risk groepen? N.T.v.G. 1976 (ter perse).

Sturmans, F. en P. G. H. Mulder – De betekenis van de prevalentie voor de predictieve waarde van een test, T. v. Soc. Geneesk. 1976 (ter perse).

Vermeulen, C. A. – Bevolkingsonderzoek of meer gerichte preventie van het carcinoma cervicis uteri? I. T. v. Soc. Geneesk. 51 (1973) 680.

Vermeulen, C. A. – Bevolkingsonderzoek of meer gerichte preventie van het carcinoma cervicis uteri? II. T. v. Soc. Geneesk. 51 (1973) 727.

Wilson, J. H. G. en Jungner, G. – Principles and practice of screening for disease, W.H.O. Geneve, 1968, Public Health Papers no. 34.

Whitby, L. G. – Screening for disease. Definitions and criteria, Lancet, 1974, II p. 819.

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam

Huisarts onderkende dodelijke malaria niet: berisping

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam heeft het navolgende overwogen en beslist naar aanleiding van de op 15 juli 1975 ingekomen klacht van de Erven van A, op overleden te B, ten deze vertegenwoordigd door Mr. C, advocaat te Haarlem, klagers, tegen D. van beroep huisarts, wonende te E, verweerder.

Kennis is genomen van het klaagschrift, van het verweerschrift van 23 september 1975 en van schriftelijke inlichtingen van het ziekenhuis F d.d. 5 februari 1976. De klacht is behandeld ter terechtzitting van het College van 30 maart 1976 in tegenwoordigheid van Mr. C. voornoemd, een zoon van de overledene en verweerder. Door het onderzoek is vastgesteld:

Op 7 maart 1973 overleed A. – nader te noemen: de patiënt – aan een aanval van malaria tropica, met cerebrale verschijnselen. Zondag 25 februari daaraan voorafgaand was de patiënt teruggekeerd van een safarireis naar Kenia en Tanzania. Hij voelde zich onmiddellijk na terugkeer niet goed en maandag 26 februari waarschuwde de familie de huisarts, verweerder, die kwam en patiënt onderzocht. Volgens de familie stelde verweerder de diagnose: een onschuldige maagaandoening, volgens verweerder dacht hij aan een acute urineweginfectie. Hij onderzocht de urine van de patiënt met een strip-methodiek, constateerde een hoog nitrietgehalte en concludeerde tot een urineweginfectie. Hij schreef de patiënt penbritin voor. Donderdag bezocht verweerder de patiënt wederom. Volgens verweerder was zijn toestand toen verbeterd. In de nacht van zaterdag op zondag echter, verergerde de situatie van de patiënt, de familie waarschuwde een weekend-waarnemer die, zonder verweerder te raadplegen, drie zetpillen voorschreef van de volgende samenstelling: Hcl morfine 15 mg. H. Br. scopolamine ¼ mg.
De weekend-waarnemer informeerde de verweerder hierover op maandagmorgen niet. Maandagmorgen werd de patiënt rustig wakker en nam nog een zetpil. Diezelfde middag kwam verweerder op eigen initiatief om zijn patiënt nogmaals te zien, constateerde dat deze in een comateuze toestand was en liet hem onmiddellijk opnemen in het ziekenhuis met als vraagstelling: een tropische ziekte? De patiënt is op 7 maart in het ziekenhuis overleden. Volgens de familie hebben zij verweerder reeds bij zijn eerste bezoek geattendeerd op de mogelijkheid dat er wellicht sprake was van een tropische ziekte, verweerder ontkent zulks. De patiënt had zich in verband met de diverse vaccinaties, nodig voor zijn reis, in verbinding gesteld met het Koninklijk Instituut voor de Tropen te Amsterdam.
Daar heeft men hem ingeënt tegen de gele koorts en het resterende gedeelte van de vaccinaties overgelaten aan een andere arts, in casu verweerder. Deze heeft de patiënt inderdaad de nodige injecties gegeven, doch heeft niet met hem gesproken over het gebruiken van een malariaprofylaxe in verband met de reis. Verweerder zegt er van overtuigd geweest te zijn, dat het Koninklijk Instituut voor de Tropen dit zou hebben voorgeschreven, hij heeft zulks echter niet geverifieerd.

De klacht, zoals ter zitting nader uiteengezet, behelst:
1. verweerder heeft de juiste diagnose niet tijdig gesteld;
2. verweerder heeft niet de juiste medicatie voorgeschreven;
3. verweerder heeft de patiënt te laat naar het ziekenhuis verwezen.

Omtrent deze klacht moet gelden:
Het beleid van verweerder voor het vertrek van de patiënt naar Afrika is pover geweest. Het moest verweerder bekend zijn dat gebruikelijk is, dat het Koninklijk Instituut voor de Tropen slechts de vaccinatie tegen de gele koorts verzorgt en dat de overige te nemen profylactische maatregelen aan de huisarts of de G.G.D. worden overgelaten. Van verweerder mocht worden verwacht, dat hij zich in dit geval op de hoogte stelde of de patiënt adequaat op zijn reis was voorbereid – met name ook of hij in het bezit was van profylactische tablettten.

Wat betreft het eerste onderzoek van de patiënt, kort na diens terugkeer moet gelden: de door verweerder bij zijn urinetest gebruikte strip kan slechts tot een 'voorlopig' oordeel leiden en levert onvoldoende gegevens in verband met de door verweerder gestelde diagnose. Verweerder had derhalve niet mogen volstaan met dit urine-onderzoek, zeker nu er op grond van het verleden van de patiënt geen enkele aanleiding was een acute urineweginfectie te verwachten. Ten onrechte heeft verweerder zich niet afgevraagd of de door hem gestelde diagnose wel de juiste was, zulks temeer nu het een patiënt betrof die kort tevoren was teruggekeerd van een safarireis in Afrika.
Het valt te betreuren dat verweerder niet eerder aan een tropische ziekte gedacht heeft, daar dit wellicht de genezingskansen van de patiënt in gunstige zin beïnvloed zou hebben. Hierbij moet wel worden opgemerkt, dat ook bij eerdere ziekenhuisopname de prognose voor de patiënt met deze vorm van malaria evenzeer somber was geweest.
Uit het bovenstaande volgt, dat verweerder onzorgvuldig heeft gehandeld in verband met de voorbereiding van zijn patiënt op de te ondernemen reis; bovendien, dat hij te lichtvaardig zijn aanvankelijke diagnose: acute urineweginfectie, heeft gesteld. Verweerder schoot dus in tweeërlei opzicht tekort.

Derhalve dient beslist te worden als volgt:

Berispt verweerder.

Beveelt publikatie van deze beslissing (etcetera),

Aldus gewezen op 19 april 1976 onder voorzitterschap van Mr. G. H. Nomes (plv.) met Dr. M. J. Heering, F. J. C. Westerweel, J. W. J. de Laive, J. F. W. G. Verheul (plv.) leden-geneeskundigen en met bijstand van Mr. A. M. A. Verscheure, secretaris (plv.).

medisch contact

Nr. 36 – 3 september 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. Swènker, 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.

168ste Algemene Vergadering van de K.N.M.G.

ABORTUSWETGEVING

van het centraal bestuur L.H.V.

Convocatie extra ledenvergadering op vrijdag 1 oktober 1976

Het Centraal Bestuur roept een extra ledenvergadering bijeen op *1 oktober 1976* in het Jaarbeurscongrescentrum te Utrecht, (tel. 030-91 49 14), aanvang 19.30 uur. Deze vergadering is in het bijzonder voor de apotheekhoudende leden van belang.

De agenda luidt:

1. Opening
2. Mededelingen
3. Inleiding door de voorzitter van de Apotheekcommissie
4. De toekomst van de geneesmiddelenvoorziening ten plattelande
5. Intrekking van vergunningen tot uitoefening der artsenijbereidkunst
6. Wat verder ter tafel komt
7. Rondvraag
8. Sluiting.

Toelichting ad 4 en 5: Informatie over deze onderwerpen zal u binnenkort worden toegezonden.

F. A. van Spanje, secretaris.

van de S.P.H.

Jonge huisartsen en het pensioenfonds

Reeds verschillende malen zijn wij geconfronteerd met het feit, dat bij de praktijkfinanciering van de beginnende huisarts geen rekening gehouden wordt met de verplichtingen ten behoeve van persioenvoorzieningen, die direct bij de aanvang van de praktijk ontstaan.

Een en ander houdt in, dat bij de premiebetaling moeilijkheden ontstaan, zodat het besteedbare inkomen van de deelnemer in gevaar dreigt te komen.

Wij achten het dan ook van essentieel belang er nogmaals op te wijzen, dat bij het opzetten van het financieringsplan rekening gehouden wordt met de te betalen pensioenpremie voor de eerste jaren.

Het bestuur van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen.

inhoud officieel

Van het Centraal Bestuur L.H.V.:
Convocatie extra ledenvergadering op vrijdag 1 oktober 1976 ..... **1156**

Van de S.P.H.:
Jonge huisartsen en het pensioenfonds **1156**

Nr. 36 – 3 september 1976