



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

KINDERMISHANDELING

In maart van het vorige jaar richtte de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid zich schriftelijk tot de Maatschappij Geneeskunst inzake kindermishandeling. De be-

windsman schatte blijkens zijn schrijven — zie M.C. no 37/1969 blz. 1047 — het aantal gevallen van kindermishandeling met dodelijke afloop op 120 per jaar. Hij wees er op dat in de regel artsen (huisartsen, specialisten in ziekenhuizen, consultatiebureau-artsen en schoolartsen) kindermishandeling met een enigszins betrouwbare mate van zekerheid kunnen vaststellen doch in de praktijk evenwel van hun kennis ten behoeve van het kind geen gebruik maken, dat wil zeggen dat het blijkt dat zij vrijwel nooit overgaan tot inschakeling van daarvoor in aanmerking komende personen en instanties als kinderbescherming, politie, Medisch Opvoedkundig Bureau, Bureau voor Levens- en Gezinsmoeilijkheden, pastores en dergelijke. „Voor deze gedragslijn — aldus de staatssecretaris in bedoeld schrijven — hebben de artsen uiteraard hun redenen. Veelal wordt het argument aangevoerd dat het publiek bij een andere handelwijze zich in den vervolge voor door mishandeling ontstane letsels in het geheel niet meer tot de arts zal willen of durven wenden. Daarnaast spelen evenwel ook overwegingen, liggend op het medisch-ethische vlak, een belangrijke rol. Ik denk hierbij met name aan de interpretatie door een groot deel van de artsen van het medisch beroepsgeheim”, zo ging de staatssecretaris in dit schrijven voort en hij wees er op dat het gevolg van een en ander is, dat kinderen, die duidelijk sporen van mishandeling dragen, na een medische behandeling in de regel naar het ouderlijk milieu terugkeren.

Op deze brief, waarin de staatssecretaris kenbaar maakte te streven naar een procedure tot inschakeling van instanties, tot welke de arts zich in gevallen van waarneming van kindermishandeling zou kunnen wenden, is van Maatschappij-zijde geantwoord — zie genoemd

25e JAARGANG - No. 9 - 27 FEBRUARI 1970

INHOUD

Kindermishandeling	197
Secretaris-penningmeester G. Dekker treedt af	198
Discussie over abortus provocatus	199
Richtlijnen particuliere tarieven medische specialisten	202
Discussie over „Medische macht en medische ethiek”	203
Jaarverslag 1969 Afdeling Tropische Hygiëne Koninklijk Instituut voor de Tropen	206
Een visie op de universitaire situatie	207
Nascholing huisartsen per televisie	211
Opleiding tot arts efficiënter aanpakken ..	212
De terugkeer van psychiatrische patiënten in de maatschappij	213
De functie van de Raad voor gezondheidsonderzoek inzake medisch wetenschappelijk onderzoek en gezondheidsresearch ..	214
Buiten-universitair medisch-wetenschappelijk onderzoek	215
Staatssecretaris over kosten geneesmiddelenpakket	216
Overheidsbeleid inzake gebruik van marihuana	217
Fusie C.B.O.Z. met Bond R.K. Ziekenfondsen	217
Extra betaling spoedbehandeling door tandarts in weekend	217
Van het hoofdbestuur:	
Vacature hoofdbestuur	218
Van het Centraal Bestuur L.S.V.:	
Richtlijnen particuliere honoraria	218
Van de S.R.C.:	
Nieuwe inschrijvingen	218
Uit de afdelingen	219
Varia	220

Hoofredacteur: F. A. Bol
Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens
Colofon op bladzijde 220

nummer van M.C. — dat een mogelijkheid tot inschakeling van andere instanties (dan politie en justitie) van bijzonder groot belang is en waarbij dan ook zoveel mogelijk de consequenties van de inschakeling van die instantie door de arts moet kunnen worden overzien. In dit antwoord werd zeer positief gesteld dat een arts zich bij eerste vermoeden — voor hem wellicht zekerheid — van een nog geringe mishandeling van een kind door zijn ouders zich van aangifte bij de justitie zal hebben te onthouden, doch dat het wel tot zijn taak behoort in dit eerste stadium te trachten langs andere wegen een oplossing te bereiken, welke dan tevens in vele gevallen door inschakeling van medische en/of sociaal-medische instanties ten opzichte van de zo belangrijke gezinspathologie nuttig effect kan hebben. Wanneer blijkt dat langs deze andere wegen verdere mishandeling niet is te voorkomen, dan zal de behandelend arts zich moeten afvragen of handhaving van geheimhouding van zijn bevindingen niet schadelijker voor het kind zal zijn dan de mogelijke nadelen, welke van aangifte van zijn vermoeden bij de justitie het gevolg zouden kunnen zijn. Als nadelen werden in dit schrijven van Maatschappij-zijde onder meer opgesomd dat ouders, wanneer er een aangifte is gedaan, zich niet opnieuw tot de arts zullen wenden in dat soort gevallen of dat de ouders hun ergernis over een aangifte afreageren op het kind.

Kindermishandeling is de laatste tijd onderwerp van beschouwing geweest in onderscheidene dagbladen en op 21 januari i.l. heeft de radio (Tros) ook daaraan aandacht geschonken en wel in de vorm van gesprekken met Dr. O. M. de Vaal en Mr. S. Slagter, kinderrechter te Amsterdam. Hun beschouwingen schenen meer op de praktijk te zijn afgestemd in deze zin, dat zij zich niet richtten op hetgeen de arts te doen zou staan bij het constateren van recidive, doch wat zijnerzijds direct zou zijn te ondernemen om na eerste waarneming van een geval van kindermishandeling elke volgende keer te voorkómen. Dr. De Vaal zag het hanteren van het beroepsgeheim als een soort verdediging, een soort rechtvaardiging van de arts om zich blind te houden. Mr. Slagter, aan wie werd gevraagd: „Kunt u begrijpen, dat de artsen zich in sommige gevallen, waar zij dus bij worden geroepen, beroepen op hun beroepsgeheim, als het gaat om het aangeven van die zaken?“, antwoordde daarop dat hij zich dit eigenlijk nauwelijks kon voorstellen omdat aangifte doen van een dergelijke mishandeling van zodanig belang is, dat een ander belang daar al spoedig

Secretaris-penningmeester G. Dekker treedt af

De secretaris-penningmeester der Maatschappij, collega G. Dekker, die reeds enige tijd geleden de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt, zal per einde maart a.s. aftreden. Ter gelegenheid daarvan zal op 21 maart van 14.00 tot 15.30 uur een bijzondere hoofdbestuursvergadering worden gehouden, tot bijwoning waarvan enkele gasten zijn uitgenodigd. Daarna wordt, eveneens in het bestuursgebouw der Maatschappij aan de Lomanlaan te Utrecht, de aftredende secretaris-penningmeester van 16.00 tot 17.30 uur een receptie aangeboden.

voor moet wijken. „Ik dacht ook niet“ — aldus deze kinderrechter — dat dát de bedoeling was van het beroepsgeheim. Bovendien kun je je afvragen: wie is nu de patiënt? En als het gevaar erin zit, dat de patiënt, die nu met een fractuur komt, in de toekomst de dood kan ingaan doordat er niets aan wordt gedaan, dan vind ik dat duidelijk het belang van het kind, dus het doen van aangifte moet voorgaan boven ieder ander belang.”

Nu moet dit aangifte doen blijken de verdere beschouwing, welke Mr. Slagter daaraan wijdde, niet aldus worden opgevat dat de arts zich tot de politie zou moeten wenden. Een hulpverlenende instantie, tot welke de arts zich kan richten, is hem welkom. Mr. Slagter bracht daarbij naar voren dat dit nog geenszins hoeft te betekenen dat de ouders strafrechtelijk worden vervolgd, maar dat daarvan wel de consequentie zal zijn dat het ouderlijk gezag wellicht beperkt gaat worden of zelfs ontnomen om het kind elders te plaatsen en te doen genezen van lichamelijke en psychische kwetsuren.

Nu heeft het Tweede-Kamerlid de heer Tilanus — zie voorgaand nummer van M.C. — zich in feite bij de visie van Mr. Slagter aangesloten. „Wij mogen dergelijke gevallen niet eerst nog eens een tijdje aankijken, er moet direct worden ingegrepen om het kind te redden“ zo was zijn motivering. Gelet op deze reacties, gelet ook op het gemiddeld aantal van 120 kindermishandelingen met dodelijke afloop per jaar, kan de vraag opkomen of de realiteit het niet op den duur van een op dit punt wat al te omzichtige hantering van het beroepsgeheim zal moeten winnen.

v.M

A B O R T U S P R O V O C A T U S

Moet de Maatschappij Geneeskunst een anticiperend beleid voeren?

Wie het verslag leest van de op 16 december 1969 gehouden algemene vergadering der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst zal niet gauw de indruk krijgen, dat daar een diepgaande en principiële discussie heeft plaats gevonden over de problemen rondom de abortus provocatus. De voorzitter bepaalde zich duidelijk tot de vraag of het tot nu toe door het hoofdbestuur gevoerde beleid de instemming van de vergadering kon hebben. Dit beleid werd kennelijk ook weer niet zo beroerd gevonden dan dat het niet met grote meerderheid van stemmen werd goedgekeurd. Wat de afgevaardigden naar voren brachten droeg niet het kenmerk van bewogenheid met een probleem van enige betekenis. Dat neemt niet weg, dat er niettemin sprake is van een zaak van niet geringe maatschappelijke omvang.

Het heeft enige tijd geduurd voordat het hoofdbestuur bereid werd gevonden om het probleem der abortus provocatus, waaromtrent de meningen in de buitenwereld reeds enige tijd in beweging waren, te gaan bestuderen. De studie van de ingestelde commissie heeft zich blijkbaar toegespitst op de vraag of de Maatschappij Geneeskunst een anticiperend beleid diende te voeren. Daar is het dan tot nu toe niet van gekomen, hetgeen wel enigszins te betreuren valt. Vooral wanneer men de mening is toegedaan, dat de Maatschappij zou moeten bevorderen dat haar leden functioneren als mensen in de samenleving.

Na alles wat er gezegd en geschreven is over de abortus provocatus worden hier nogmaals enige dingen puntsgewijs geformuleerd.

1. Het feit, dat het gebeuren abortus provocatus zich zo dikwijls afspeelt op het werkterrein van de medicus heeft het misverstand doen ontstaan, dat er sprake is van een medisch probleem. Het lijkt meer een probleem van ons allen te zijn.

2. Sommigen spreken zelfs van een medisch ethisch probleem. Met deze bewering wordt duidelijk een nog verder gaand misverstand geschapen. Medische ethiek bestaat niet. Hooguit kan men zeggen, dat het medisch handelen ethische implicaties heeft maar dat geldt voor alle handelen. Of niet. De rest is gedragsleer van een groep.

3. Het is jammer, dat in de brief van het hoofdbestuur der Maatschappij aan de staatssecretaris voor de Volksgezondheid opnieuw uitvoerig gewag gemaakt wordt van de vroegere opvattingen van

Bijgaande beschouwing van collega P. J. Hallie ontving de redactie op 22 januari i.l. met verzoek, de discussie over abortus provocatus — door ons in M.C. no 43/1969 gesloten verklaard — te willen heropenen. Kort daarna werd het rapport over dit onderwerp door de commissie uit de afdeling psychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie uitgebracht. Dit rapport publiceerden wij in M.C. no 7/1970 en in hetzelfde nummer werd redactioneel aangekondigd dat wij meenden dat deze publikatie gerede aanleiding kon geven de discussie over abortus te heropenen. Na ons verstaan te hebben met collega Hallie bleek deze het alsnog op prijs te stellen zijn beschouwing op te nemen, hetgeen hierbij wordt gedaan en tevens dan als de feitelijke heropening van de discussie kan worden beschouwd - Red. M.C.

Prof. Enschedé. Afgezien van het feit, dat deze opvattingen inmiddels door hem zijn verlaten waren zij voordien reeds aanvechtbaar. Moge het dan zijn, dat men op straffeloosheid kan rekenen, indien men, gedaagd voor de rechter, kan aantonen dat men zich uitsluitend heeft laten leiden door de inhoud van het begrip medische indicatie, dan zal toch de rechter beoordelen of de gestelde indicatie door de professie als geheel wordt aanvaard. Bij deze beoordeling zal de rechter zich laten voorlichten door deskundigen en het lijkt niet aannemelijk, dat bij voorkeur de meest vooruitstrevende gynaecologen zullen worden geraadpleegd. En al wordt men dan ook vrijgesproken, de vervolgbaarheid blijft bestaan.

4. Men ziet steeds weer een refereren aan de Engelse situatie. Het is bekend, dat het daar juist de leden der medische professie zijn geweest, die zich verzet hebben tegen het op gang brengen van de discussie omdat zij het als een strikt medische aangelegenheid zagen met als gevolg het opleggen van regels van boven af in de vorm van een wet. Dat men sinds het inwerkingtreden van de wet voor een goede prijs op korte termijn een abortus kan verkrijgen pleit meer tegen sommige artsen dan tegen de wet. Een wet, waarvan de inhoud overigens wel voor kritiek vatbaar is.

5. Vergelijking met verhoudingen in Oost-

europese landen is evenmin weinig gelukkig. Het zijn vaak demografische motieven geweest, die het beleid daar hebben bepaald. Bovendien is het bekend, dat de alternatieve mogelijkheden ontbraken c.q. nog ontbreken. Wanneer men een effectieve preventie wil nastreven, dan zal bekendheid met contraceptieve methodieken en beschikbaar zijn van contraceptieve middelen een eerste eis moeten zijn.

6. Wie op grond van levensbeschouwelijke overwegingen bezwaren heeft tegen het (doen) uitvoeren van abortus provocatus heeft de wet niet nodig om dit te laten. Wie deze bezwaren niet heeft maar niettemin gewetensvol in de situatie getreden is, vindt echter de wet op zijn weg, hetgeen voor velen toch een moeilijk te verwerken zaak is. Anders gezegd: men komt nog veelal tegen de eis, dat de arts hoe

dan ook ontkiemend leven dient te beschermen. Een te eerbiedigen standpunt, maar het is niet duidelijk, waarom dat standpunt dan ook door alle artsen zou moeten worden ingenomen. Men kan het er over eens zijn, dat abortus arte provocatus als verstoren van leven dient te worden beschouwd. Het is maar de vraag, welke waarde men aan dit leven toekent. Dat kan voor een ieder op grond van gewichtige overwegingen een andere zijn.

7. Het zal nog wel even duren voordat men algemeen tot het inzicht zal geraken, dat abortus arte provocatus een medische ingreep is, waarvan door de arts alleen de contra-indicaties dienen te worden gesteld. Een ingrijpen, dat met dezelfde waarborgen omkleed dient te zijn als ieder ander ingrijpen. De medische begeleiding hierbij verschilt in beginsel niet van die bij andere medische situaties.

8. Het lijkt niet onwaarschijnlijk dat de bezwaren, die door artsen worden opgeworpen, berusten op rationalisatie van onduidelijke motieven.

9. Indien men zou willen weten, wat er met betrekking tot de abortusproblematiek onder de artsen leeft, ligt het voor de hand hun dit te vragen. Het moet mogelijk zijn om hiervoor een goed opgezette enquête in te stellen. Het is niet duidelijk, waarom het hoofdbestuur der Maatschappij zich tegen deze gedachte blijft verzetten.

10. Een staatscommissie, die ter bestudering van het abortusprobleem zou moeten worden ingesteld zal zich vanzelfsprekend ook bezig dienen te houden met de wenselijkheid van wetswijziging. Met name wordt hier gesteld, dat de arts voor het lege artes uitvoeren van een abortus arte provocatus niet strafbaar behoort te zijn.

Amsterdam, 21 januari 1970

D. J. Hallie

De Rotterdamse Huisartsenvereniging heeft een publikatie verzorgd in enkele stedelijke bladen, die ook de vorm zal krijgen van een aankondiging in de wachtkamers. Bij een foto van een tussen wijsvinger en duim geklemd zakhorloge leest men de volgende tekst:

GEEF UW HUISARTS MEER TIJD VOOR ZIJN PATIËNTEN

Uw huisarts komt tijd tekort. Er zijn veel zieken. Iedere dag. Een dag die zelfs voor een dokter „maar” 24 uur telt. Logisch dat hij soms minder tijd aan z'n patiënten kan besteden dan hij zelf zou willen.

Natuurlijk is dat niet uw schuld. Maar er gaat vaak kostbare tijd *onnodig* verloren. En daar kunt u wel degelijk iets aan doen. Hoe?

Door, als u enigszins kunt, naar het spreekuur te gaan. Visiterijden kost uw dokter in 't drukke verkeer toch al zoveel tijd. Kom ook niet buiten het spreekuur met een klacht die best tot het volgende spreekuur kan wachten.

Toch huisbezoek? Maak dan een afspraak vóór 's ochtends 9 uur. Dat kan tijd sparen door een betere dagindeling. Vertel meteen duidelijk welke klachten u hebt.

En natuurlijk belt u 's avonds, 's nachts en in het weekend *alleen* voor spoedgevallen. Want een dokter heeft z'n rust hard nodig.

Zo kunt u uw huisarts een paar minuten teruggeven. Van de tijd die hij graag aan u geeft. Minuten die uren worden, als iedereen meewerkt.

Mogen wij op u rekenen? U helpt er een medepatiënt mee.

„Nee tenzij” gemakkelijker

Met genoegen, ga ik in op uw verzoek, vervat in het redactionele artikel over abortus provocatus onder het motto „Nee, tenzij-Ja, tenzij”. Met genoegen, omdat het rapport ener Commissie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie mij, mede-samensteller van het discussiestuk betreffende „Het abortusvraagstuk” van de Katholieke Artsenvereniging, tevens lid van het hoofdbestuur van die vereniging, op verschillende punten aanvechtbaar lijkt. Bovendien geeft dit antwoord mij aanleiding om in te gaan op in voorgaande discussies niet vermelde aspecten van aanvaarding van de abortus provocatus als „therapeutische” ingreep.

Natuurlijk is het gemakkelijker ten aanzien van de probleemstelling te stellen: „Nee-tenzij”... Vooral wanneer de commissie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie die houding

laat uitgaan van de „officieel afwijkende houding van de gemeenschap” — wat daar ook mee wordt bedoeld — „bekrachtigd door strafbaarstelling bij de wet”. Het is dan zo iets van: de arts op weg naar zijn patiënt moet zich ook aan de verkeersregels houden. Toch dunkt mij, dat de gewetensvolle arts andere waarden voor zijn „subjectief bepaalde waardering” van zijn „attitude” als deze gebruikt. Dat zullen er zeker zijn van levensbeschouwelijke aard ten aanzien van de verdediging van individueel menselijk leven in ontwikkeling, dat zich tegen het verzoek van *het zij wie dan ook* — abortusteam, aanstaande moeder, psychiater, sociaal werkster, status-symbool, handelende gynaecoloog, aborteur, en — wellicht in de toekomst — ook die gemeenschap — *niet verdedigen kan*.

Het „Ja-tenzij” zou daarmee wel eens rekening moeten houden. Terecht heeft de wetgever er wel mee rekening gehouden, zodat ik mij niet kan voorstellen, dat de „toenmalige minister van Justitie” moet worden geblameerd met de opmerking op blz. 145 van Medisch Contact, dat een en ander zo „vanzelfsprekend leek, dat hij een uitzonderingsartikel volmaakt overbodig vond”. Het zou mij benieuwen, waarop commissieleden een dergelijke opvatting baseren, immers zij lijkt in strijd met de latere nadere omschrijving van de bedoeling van de wetgever in het Wetboek van Strafrecht.

Het zij nogmaals uitdrukkelijk vastgesteld dat de pleger van abortus een strafbaar feit pleegt, waarop strafoplegging niet hoeft, maar wel kan volgen. Strafuitsluitingsgrond en overmacht zijn enkele uitzonderingen, waarbij de strafoplegging terzake van het gepleegde strafbare feit niet wordt geëffectueerd. Abortus-teams en het in zowel geschrift als andere communicatiemiddelen openlijk verdedigen van abortus — op welke indicatie ook — zou mijns inziens wel eens met meer respect voor de wetgever dienen te gebeuren.

Een andere medische verwijzing, die het respect voor de wetgever onderschrijft, is te vinden in de eed (of belofte) afgelegd bij het artsexamen, alvorens de arts in Nederland de medische praktijk mag uitoefenen: „Ik zweer dat ik de genees-, heel-, en verloskunde volgens de daarbij wettelijk gestelde bepalingen naar mijn beste weten en vermogen zal uitoefenen” etc. De „wettelijk gestelde bepalingen”

* Voor een uitvoerige verhandeling over de „Eed van Hippocrates” verwijs ik u naar de artikelen van Dr. H. J. Drossaart Lulofs in „Medisch Contact” 20e jaargang 1965 (I op blz. 1075 en II op blz. 1104). Vooral ten aanzien van ons probleem is pag. 1109 van veel belang.

De World Medical Association heeft op haar Tweede Generale „Assembly” in 1948 vastgesteld: „Op het ogenblik, dat ik word opgenomen onder de beoefenaren van het medisch beroep, verbind ik mij plechtig mijn leven te wijden aan de dienst der mensheid” de 9e regel hiervan luidt: „Ik zal absolute eerbied bewaren voor het menselijke leven van de bevruchting af, zelfs onder bedreiging zal ik mijn medische kennis niet aanwenden in strijd met de wetten der menselijkheid”.

zijn een uitdrukkelijk door de wetgever bedoelde incorporatie van de „eed van Hippocrates” * waarin onder andere wordt gezworen: „Ik zal geen dodelijk vergif geven aan iemand als hij erom vraagt en ook geen advies dienaangaande, evenmin zal ik aan een vrouw een pessarium voor abortus geven. Rein en vroom zal ik mijn leven en mijn kunst bewaren”.

Voor hen onder ons, artsen, die in deze vorm de eed of belofte hebben afgelegd, lijkt een weg terug wel uitzonderlijk moeilijk te worden. Hopelijk zal de staatscommissie „Abortusvraagstukken” — onlangs ingesteld — de juridische implicaties ten aanzien van de afgelegde eed bij een wetswijziging in de zin „van het verwijderen van strafbepalingen op de door een medicus uitgevoerde abortus”, die de commissie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie in haar rapport voorstaat, in haar overwegingen betrekken.

Leiden, 15 februari 1970

Dr. M. A. van Dongen

Waardering voor en bezwaren tegen rapport abortusvraagstuk

Met belangstelling heb ik het „Rapport abortusvraagstuk van de Commissie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie” gelezen; de gynaecoloog, die „het werk moet doen” is het meest bij dit probleem betrokken. Dat ik bezwaren heb tegen het rapport doet niets af aan mijn waardering voor de wijze, waarop getracht is dit moeilijke vraagstuk tot een oplossing te brengen.

Dat aan de abortus provocatus, die al zo lang bestaat, tot voor kort zo weinig aandacht werd geschonken, is volgens de commissie vooral gelegen in het taboe, dat op alle seksuele aangelegenheden rustte. Elke gynaecoloog, die praktijk heeft uitgeoefend, is herhaaldelijk met dit probleem geconfronteerd en de meesten hebben er een oplossing voor gevonden, ook al kwam deze meestal niet in de openbaarheid. Deze oplossing was gebaseerd op eerbied voor het leven, een van de grondslagen van de medische ethiek. Is het niet zo, dat die eerbied voor het leven in onze tegenwoordige maatschappij een farce lijkt te zijn en dat daarom ook het doden van het kiemende leven als minder ernstig wordt beschouwd en dus wordt gepropageerd?

Het grootste bezwaar van de meeste gynaecologen is inderdaad — en m.i. gelukkig — dat men bij de abortus een leven vernietigt. De formulering van de World Medical Association is in het rapport onvolledig vermeld; deze luidt „Ik zal absolute eerbied bewaren voor het menselijk leven *van de bevruchting af*” (Medische ethiek en gedragsleer, 3e druk, blz. 298). Hierbij behoeft men zich dus niet af te vragen wat met „leven” wordt bedoeld.

De Commissie wil, dat men rekening houdt met de wens van de vrouw, die een ongewenste zwangerschap wil laten afbreken. Maar de Commissie zegt ook, dat zo'n vrouw zich doorgaans reeds in een psychisch ernstige toestand bevindt. Is een vrouw

in een dergelijke situatie wel in staat te beseffen, wat het doden van haar kind betekent; kan men dan toegeven aan haar „recht tot zelfontplooiing“?

Interessant is de onderkenning van de attitudes van de arts in de „Neen, tenzij...“- en de „Ja, tenzij...“-houding. De laatste betekent het niet meer erkennen van een medische indicatie; in een der dagbladen werd deze houding gekarakteriseerd door „abortus toestaan, tenzij er een medische contra-indicatie is“. Ik vrees, dat het aanvaarden van de „Ja, tenzij...“-houding het aantal abortus provocatus in korte tijd sterk zal doen toenemen.

Bij de bespreking van de ongunstige gevolgen na het verrichten van de abortus spreekt de Commissie alleen over depressie en schuldgevoelens, niet over somatische schade. Elke gynaecoloog kent echter de vrouwen, die de schuldgevoelens vooral hebben, omdat zij na de opgewekte abortus steriel zijn gebleven door afwijkingen aan haar geslachtsorgaan.

In tegenstelling met de opvatting van de Commissie, dat het aantal vrouwen, dat liever abortus laat uitvoeren dan anticonceptie toepassen, maar klein is, meen ik, dat dit aantal zal toenemen, indien de abortus provocatus wordt vrij gegeven.

Dat het al of niet toestaan van de abortus door een uitgebreid abortusteam wordt beoordeeld acht ik minder juist. Beraad in een kleine groep, die door de gynaecoloog kan worden gevormd en waarin in elk geval de medicus, die de indicatie stelt, zitting heeft, lijkt mij voldoende.

De Commissie besluit met enige overwegingen over een eventuele wijziging in de strafwet. Met de

tegenwoordige wet gaat de medicus, die een abortus verricht, vrij uit als hij deze ingreep op een goede indicatie en te goeder trouw uitvoert. M.i. behoeft dit niet een medische indicatie te zijn, maar kan ook aan een sociale indicatie worden gedacht. De redactie van de wet behoeft hiervoor niet te worden veranderd. Het is wel juist, dat een abortus, niet uitgevoerd op een behoorlijke indicatie, strafbaar blijft. De vrouw, die de abortus laat verrichten, werd, ondanks het voorschrift in de wet, nimmer gestraft; deze passage zou daarom kunnen vervallen. Bij een eventuele wetswijziging zou moeten worden vermeld, dat de zwangerschap alleen door een gynaecoloog kan worden afgebroken.

In het rapport komen passages voor, waarvan ik de inhoud volkomen kan onderschrijven. De arts, die tegen het opwekken van abortus is, zal aan de vrouw, die hierom vraagt, duidelijk zijn afwijking moeten motiveren. Dat de bescherming van de ongetrouwde moeder en haar kind ernstig ter hand moet worden genomen, beaam ik graag. De discriminatie is te veroordelen: voor een ongetrouwde zwangere, die de moed heeft haar graviditeit uit te dragen, dient men respect te hebben. Zeker moet op de mogelijkheid van adoptie worden gewezen; de vrouw kan hierdoor een kinderloos echtpaar gelukkig maken. Dat meer voorlichting en beter onderwijs over anticonceptie moet worden gegeven, is absoluut noodzakelijk.

Utrecht, 15 februari 1970

W. P. Plate

Richtlijnen particuliere tarieven medische specialisten

In de mededeling betreffende de richtlijnen voor particuliere tarieven van medische specialisten in het voorgaande nummer van Medisch Contact is een onzorgvuldigheid geslopen. Tijdens de persconferentie, welke met betrekking tot deze tarieven werd gehouden door de Landelijke Specialisten Vereniging in samengaan met de K.L.O.Z. (Kontaktoorgaan Landelijke Organisatie Ziektekostenverzekeraars) heeft Dr. Van Mansvelt, voorzitter van de L.S.V. niet geconstateerd dat de tarieven van specialisten in de periode van 1964 - 1968 in gelijke mate zijn gestegen als de totale post specialistische hulp bij het ziekenfondssysteem, doch dat de totale post specialistische hulp bij ziektekostenverzekeraars in die periode in gelijke mate was gestegen als bij het ziekenfonds. In die stijging zijn uitbreidingen van geneeskundige mogelijkheden en toeneming van het aantal opnemingen inbegrepen en vandaar de weerlegging van de bewering van de Consumentenbond als zoude deze stijging over genoemde periode met 69 tot 70 procent een verhoging tot dat percentage van de specialistentarieven betekenen.

Gemeld is dat in bedoelde persconferentie van de zijde der ziektekostenverzekeraars werd aangekondigd, dat de ziektekostenpremie met 12 tot 14 procent zou stijgen. Inmiddels heeft men in de pers kunnen lezen dat het departement van Economisch Zaken zijn goedkeuring aan deze per 1 april of 1 mei toe te passen premieverhoging heeft gegeven.

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

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

„Medische macht en medische ethiek”

Naar aanleiding van een boekbespreking van Prof. Dr. S. A. de Lange

In Medisch Contact van 9 januari 1970 bespreekt Prof. Dr. S. A. de Lange het boekje *Medische Macht en Medische Ethiek* van Prof. Dr. J. H. van den Berg. De Lange vat zijn oordeel over dit boekje samen in de volgende twee zinnen: „Maar dat zijn pleidooi oppervlakkig is en zijn casuïstiek medisch niet waterdicht, is betreurenswaardig. De ernst van het onderwerp en de diepe betrokkenheid van artsen en leken had beter verdiend”. Een scherpe kritiek! De auteur van het boekje van nabij kennend vraag ik mij af of deze kritiek juist kan zijn. Toch krijg ik niet de indruk dat De Lange lichtvaardig veroordeelt: hij laat een imponerend materiaal de revue passeren. Respect voor beide schrijvers alsmede „de ernst van het onderwerp” dwingen mij daardoor tot een kritische toetsing van het bewijsmateriaal. Bij deze toetsing zal de gedachtengang van het artikel worden aangehouden.

1. „Men vraagt zich af”, aldus De Lange, „waar Van den Berg deze „Grondwet” aldus geformuleerd heeft aangetroffen.” Het antwoord kan kort zijn: nergens. Wie in de betreffende literatuur thuis is weet dat Van den Berg in een kernachtige zin de eerste opdracht van de arts, zoals deze bijvoorbeeld geformuleerd is door de schrijvers van *Medische Ethiek en Gedragsleer*, Amsterdam, 1959: pagina 14, kort samenvat en deze zin als grondwet (niet: „Grondwet”) aanduidt. De Lange vervolgt zijn bezwaar tegen de grondwet met: „De grondslag van wat de schrijver de „oude ethiek” noemt, blijft bovendien onduidelijk, omdat hij ons in het onzekere laat van wat hij onder „menselijk leven” verstaat.” Het blijft onduidelijk of De Lange met het herhaalde gebruik van het woord „hij” de grondwet of Van den Berg op het oog heeft. Bedoelt De Lange met „hij” de grondwet, dan stelt hij terecht vast dat het achterwege laten van een definitie van „menselijk leven” een omissie vormde die de „oude ethiek” zo zeer kwetsbaar maakt. Het is echter meer waarschijnlijk dat De Lange met „hij” het oog op Van den Berg heeft. In dat geval verwijt hij hem een tekortkoming die andere schrijvers vóór hun, bijvoorbeeld de schrijvers over de medische ethiek van 1959 begingen. Een vreemde aantijging.

2. De Lange onderstelt dat iedereen weet „hoe irrationeel het oordeel over zaken ons eigen lichamen (wel)zijn betreffende ook bij rationeel denken de mensen vaak is”. Dit verhindert hem echter niet om met Van den Berg mee te gaan als deze pleit

voor „het onvervreemdbaar recht van elk individu om over zijn eigen wel en wee te beschikken”. De Lange keert zich echter tegen Van den Berg als deze — in geval de patiënt zelf dit recht niet kan uitoefenen — het recht aan de familie wil toekennen. Als bezwaren voert De Lange aan: a. de emotionele binding van de familie aan de patiënt, b. een onevenwichtig oordeel van de familie, c. het ontstaan van een vertrouwenscrisis indien de arts ook als beul optreedt, en d. het ontbreken van maatstaven waarmee de zin of zinloosheid van het leven kan worden gemeten. Dezelfde bezwaren gelden mutatis mutandis bij de toepassing van het zelfbeschikkingsrecht door de patiënt zelf. De Lange maakt niet duidelijk waarom hij deze bezwaren in het ene geval wel, in het andere geval niet overkomelijk acht. Maar het volle odium van het woord „beul” valt op Van den Berg. De Lange's overwegingen zijn nog moeilijker te volgen omdat hij, verderop in zijn artikel, spreekt over „misbruik van medische mogelijkheden” die tot „mensonwaardige situaties” kunnen leiden zoals „het nutteloos in leven houden van vegeterende lichamen”. De Lange maakt niet duidelijk waarom de familie in zulke gevallen niet zou behoren mee te beslissen.

3. „... helaas”, schrijft De Lange, „zijn wij medici niet zo onfeilbaar bij het stellen van prognoses als de schrijver ons wil doen geloven.” Deze exclamatie wordt hem ontlokt door de overwegingen van Van den Berg die eindigen met: „Zij (arts en patiënt) staan naast elkaar, waardoor het betaamelijk is dat zij praten, overleggen, dat is tezamen bezien hoe de kansen liggen, en wat er *precies* moet gebeuren”. Voorafgaande aan deze zin heeft Van den Berg tienmaal gewezen op onzekerheden in de diagnostiek, therapie en prognose (vijfmaal gebruikt hij daar het woord kans). Het is bevreemdend dat De Lange daarin een pleidooi voor de onfeilbare prognose leest.

4. De Lange verwijt Van den Berg „vele medische onjuistheden”. Hij noemt er twee:

Ten eerste. Van den Berg schrijft dat door „het sluiten van het open rugje de ontwikkeling van een waterhoofd wordt bevorderd”. „Dit is niet juist”, stelt De Lange vast. Hij staft zijn oordeel met de volgende woorden: „De hydrocephalus ontstaat in meerderheid van de gevallen bij een myelomeningocele, geheel onafhankelijk van het „sluiten van het”

defect in de rug: oorzaken kunnen zijn de afwijking van Arnold-Chiari, aqueductstenose etc. etc." Een merkwaardige bewijsvoering want De Lange beweert dat hydrocephalus bij spina bifida kan ontstaan door andere oorzaken dan door spina bifida. Niemand heeft dit betwijfeld, ontkend noch bestreden. Niemand vroeg naar deze mededeling. Ter discussie stond alleen de vraag naar de invloed van de sluiting van een myelomeningocele. Op deze vraag geeft De Lange geen antwoord. Zijn veroordeling van de uitspraak van Van den Berg hangt bijgevolg in de lucht.

Twee recente publikaties geven wel enig antwoord op deze vraag*: Macnab. 1966 XI: „It (the introduction of the Holter valve) meant that an infant with a myelomeningocele could have the neural tissue replaced in the spinal canal, the spinal defect covered with fascial flaps and the area covered with healthy skin within twelve hours of birth. In about 80 per cent of these cases today hydrocephalus will be present within the first few weeks of life. . . The result is that the type of case presenting at our clinics has totally altered. . . Instead of 18.7 per cent presenting as a case of myelomeningocele with hydrocephalus, the figure has gone up to 80 per cent”.

Dit getal maakt ieder commentaar overbodig: het spreekt voor zichzelf. Zo ook de uitspraak van Findlay. 1969 XX: „The patients with lesions in the dorso-lumbo-sacral area are at greatest risk from hydrocephalus”.

Ten tweede. „Het kind dat met een open rugje van die omvang ter wereld komt, heeft een niet geringe kans zwakzinnig te zijn of te worden”, citeert De Lange uit het boekje van Van den Berg. „Ook hier blijkt de auteur niet geheel op de hoogte te zijn”, oordeelt De Lange. Hij staat deze veroordeling met twee mededelingen:

a. „Uit de statistieken onder andere van Laurence blijkt, dat bij onbehandelde hydrocephalus de kinderen met een myelomeningocele juist tot het beste gemiddelde IQ kwamen van de gehele groep der hydrocephalen”, schrijft De Lange. De mededeling zal wel juist zijn. Maar zij slaat niet op de vraag ter discussie.

b. „... bij tijdig behandelde hydrocephalus is de curve van het IQ-niveau bij deze patiënten ten opzichte van normale kinderen slechts weinig naar beneden geschoven”, vervolgt De Lange. In deze zin is onduidelijk of met „deze patiënten” zijn bedoeld de lijdens aan hydrocephalus met, of die zonder myelomeningocele. Maar wel is duidelijk dat de mededeling voorbijgaat aan de vraag: heeft een kind

met een open rugje van die omvang (open defect over de lengte van vijf, zes wervels) een niet geringe kans op zwakzinnigheid?

In beide gevallen (a en b) blijft De Lange het bewijs van zijn stelling schuldig. Ook hier geven enkele publikaties antwoord:

Laurence and Tew. 1967. XIII. vermelden: „Altogether. . . 4¹/₄ per cent of the liveborn only, have survived with normal or near normal physical capacities and intelligence quotients above 85”;

Mawdsley and Rickham. 1969. XX. schrijven: „Only about 7 per cent of the children. . . had a „vegetable” existence. Just over 10 per cent are educationally subnormal”;

Tizard. 1968. XV.: „Thus about 10 per cent had IQ's < 50, 35 per cent were ESM and more than half were within the normal range”;

Lorber. 1968. XVI.: „Of 32 such infants whose hydrocephalus was associated with myelomeningocele. . . 16 survived and only 4 had an IQ of 80 or more; the child with the highest score has an IQ of 93”.

Men kan zich niet aan de indruk onttrekken dat het De Lange veel moeite zal kosten om de voorzichtige uitspraak van Van den Berg over de „kans” op zwakzinnigheid, te weerleggen.

Aan eigen observatie ontleent De Lange dat een aantal patiënten met open rug en waterhoofd met, bij de geboorte, verlamming van beide benen „een vrijwel normale loopfunctie zal krijgen met een redelijke blaasbeheersing, terwijl het intellect volkomen normaal kan worden”. Er is geen reden om aan deze mededeling te twifelen. Bij hoge, hoge uitzondering zal de neurochirurg door een onverwacht gunstig verloop worden verrast. Daarop zal hij echter zijn handelen niet kunnen afstemmen. Temeer niet omdat de overgrote meerderheid van de gevallen in omgekeerde richting verloopt. Knox. 1967. XIII. schrijft: „All the children with complete or partial paralysis at birth, whether or not they had skin cover, are dead or disabled. . . our evidence is that with any degree of paralysis detected at birth it is unlikely that an infant will escape serious trouble later in terms of mobility, or sphincter control, or both”.

Er is geen enkele aanleiding om nu, dankzij de neurochirurgische mogelijkheden, het spina bifidalijden te „verharmlosen” door optimistische mededelingen dat het nog wel mee kan vallen. Spina bifida is een plaag. Het is niet zeker of de neurochirurgie dezer plaag op de juiste of op een averechtse manier bestrijdt. Knox. 1967. XIII. stelt het alternatief duidelijk. Op het bovenstaande citaat laat hij volgen: „In some respects this simplifies the decision which has to be made at birth. If a surgeon is *not* content with disabled survivors he will not, if he acts logically, operate on any child with paralysis. If he *is* content with disabled survivors, he will operate on all those children with open lesions whose immediate chances of survival are reasona-

* De literatuuraanhalingen zijn ontleend aan Developmental Medicine and Child Neurology en wel aan de supplementen die zijn gewijd aan Hydrocephalus en Spina Bifida. Ik geef het jaartal en het nummer van het supplement aan achter de naam van de schrijver.

ble... The ambivalence of recent years will probably stabilize eventually towards one of these two positions. It is difficult to envisage a stable intermediate policy".

In het voorgaande is het belastend materiaal waarmee De Lange zijn scherpe kritiek op het geschrift van Van den Berg staakt, kritisch getoetst. Het resultaat mag tenminste tot nadenken stemmen: het houdt niet in dat de inzichten van Van den Berg geen kritische toetsing zouden behoeven. Ik schreef dit artikel om te voorkomen dat deze toetsing voortijdig in een diskwalificatie van schrijver en geschrift zou verzanden. De vragen en antwoorden die Van den Berg in zijn geschriftje aan de orde stelt raken de essentie en de toekomst van ons beroep. De discussie moet waardig worden gevoerd. „De ernst van het onderwerp en de diepe betrokkenheid van artsen en leken verdienen dit”.

Dr. W. Metz, arts

Antwoord op het commentaar van Dr. Metz

Hoewel het niet aantrekkelijk is om een commentaar te schrijven op een commentaar, omdat men de kans loopt in een vervelende discussie te geraken, voel ik mij gedwongen enige regels toe te voegen aan hetgeen collega Metz schrijft over de medisch-technische zijde van mijn betoog.

Uit hetgeen hij onder punt 4. naar voren brengt blijkt dezelfde onbekendheid met de medische materie, welke ik signaleerde in het boek van Van den Berg. Vanzelfsprekend kan men van geen medicus meer een universele kennis van het gehele vakgebied verwachten, en wat dat betreft zou men de opmerkingen van collega Metz kunnen laten voor wat zij zijn, ware het niet dat de kans niet denkbeeldig is dat althans een deel der lezers van M.C. zou kunnen denken dat de literatuur-aanhalingen van collega Metz bewijzend zijn voor het tegendeel van wat ik in mijn kritiek aan medische feiten naar voren bracht.

De verleiding om mijn mening te staven aan de bevindingen met dit soort kinderen uit ons eigen omvangrijke patiëntenmateriaal zal ik weerstaan, om niet de kans te lopen beschuldigd te worden van subjectiviteit. Overigens, de door mij weergegeven mening in Medisch Contact nr. 2/1970 is in geen dele extreem te noemen. Het is de opvatting zoals die leeft in vrijwel alle grote centra waar men zich bezighoudt met het behandelen van kinderen met dit soort afwijkingen.

Ik schreef dat hydrocephalus bij kinderen met een myelomeningocèle ontstond onafhankelijk van het al dan niet sluiten van het defect. De door collega Metz aangehaalde Macnab zegt dat 80% van kinderen met een myelomeningocèle hydrocephalus krijgt en dit is volkomen juist. Vroeger kwamen de hydrocephalen niet in zijn kliniek omdat er geen

adequate therapie hiervoor bestond. Nu die er wel is in de vorm van ventrikulo-cardiale shunts krijgt hij het totale materiaal te behandelen en dat is ook juist wat hij in zijn Casey Holter memorial lecture, die hij overigens in Groningen in 1966 hield, naar voren bracht. Durham Smith schrijft in zijn monografie (Spina bifida and the total care of spinal myelomeningocele) dat bij het sluiten van het defect de incidentie van het optreden van hydrocephalus iets geringer is dan bij het niet sluiten (75,6% tegen 83,9%).

Wat betreft het te verwachten I.Q. van kinderen met een myelomeningocèle: Laurence and Tew bewerkten de I.Q.'s van 65 overlevende van 425 in de jaren 1956 tot 1962 in Zuid-Wales geboren kinderen met myelo-meningocèle. Zij zeggen: de neurochirurgische afdelingen waren slechts in staat om een klein deel van de gevallen te behandelen en die nog slechts zelden gedurende de eerste week. Laurence and Tew gebruikten de uitkomsten van deze studie dan ook „as a base line against which to judge the results of surgery”. De miserabele uitkomsten van deze studie zijn nu juist waar het om gaat. Indien men deze kinderen niet „the benefit of the doubt” geeft, houdt men een residu over van uiterst zwaar beschadigde, vaak diep idiote kinderen, een idiotie die voorkomen had kunnen worden in een groot deel der gevallen.

Het is mij dan ook te enen male onduidelijk hoe collega Metz juist deze publikatie heeft kunnen aanhalen als bewijs van de onjuistheid van mijn bewering dat bij vroeg en juist behandelen van myelomeningocèle en hydrocephalus een vrij redelijk gemiddeld I.Q. te halen is.

Wellicht ten overvloede laat ik nog de getallen van Burns (Liverpool) volgen, die een na-onderzoek deed van 70 kinderen geboren tussen 1960 en 1963 van wie 60 met een myelomeningocèle en 10 met een encephalocèle. De kinderen waren ten tijde van het onderzoek tussen 2 en 5 jaar oud. Het onderzoek omvatte geen selecte groep, het waren *alle* kinderen die nog in Liverpool aanwezig waren van de in de aangeduide jaren geboren. De I.Q.-spreiding was als volgt:

- 1 — I.Q. tussen 50 en 59
- 7 — I.Q. tussen 60 en 69
- 13 — I.Q. tussen 70 en 79
- 18 — I.Q. tussen 80 en 89
- 4 — I.Q. tussen 90 en 99
- 9 — I.Q. tussen 100 en 109
- 10 — I.Q. tussen 110 en 119
- 2 — I.Q. meer dan 120.

Commentaar lijkt mij overbodig.

Er zijn vele artikelen aan te halen met soortgelijke intelligentieonderzoeken, die alle min of meer hetzelfde beeld te zien geven.

S. A. de Lange

Jaarverslag 1969 afdeling Tropische Hygiëne

Koninklijk Instituut voor de Tropen

Een dezer dagen verscheen het jaarverslag over 1969 van de afdeling Tropische Hygiëne van het Koninklijk Instituut voor de Tropen. Het geeft beschouwingen over en een overzicht van het werk, dat de afdeling in dit kernjaar van het vigerende vijfjarig werkplan heeft verzet. Met name komen aan de orde de ontwikkelingssamenwerking, het onderwijs en het wetenschappelijk onderzoek.

De noodzaak van een verdere ontwikkeling in nieuwe samenwerkingsverbanden wordt nu allereerst erkend, aldus het jaarverslag. Op het gebied van de tropische geneeskunde en hygiëne in Nederland werden coördinerende werkvergaderingen ingesteld voor het wetenschappelijk onderzoek, het onderwijs en de medische ontwikkelingssamenwerking. Tevens werden vaktechnische werkgroepen gevormd voor de tropische gezondheidsleer, de tropische voeding, de parasitologie, de microbiologie, de dermatologie en de transculturele verloskunde.

Het verslag zegt verder, dat wil men in Nederland komen tot een werkelijk constructieve ontwikkelingssamenwerking met het doel een zo goed mogelijke bijdrage te leveren tot de verbetering van de gezondheid in de tropen en subtropen, het gewenst is, dat alle deskundigheid gebundeld wordt en ten goede komt aan de talrijke initiatieven en acties van overheid en particuliere instanties, opdat met de ontwikkelingslanden een doeltreffende ontwikkelingssamenwerking tot stand kan worden gebracht. Derhalve werden ook in 1969 met talrijke organisaties, instellingen en personen, zowel in binnen- als in buitenland, contacten onderhouden en nieuwe gelegd.

Op initiatief van de Nederlandse Vereniging voor Tropische Geneeskunde en de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst kwam de Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden (SANO) tot stand. De samenspraak met het ministerie van Buitenlandse Zaken heeft in 1969 helaas nog niet geleid tot het vaststellen van de voorwaarden, waarop artsen en andere Nederlandse deskundigen in SANO-verband naar de ontwikkelingslanden worden uitgezonden, aldus het verslag. De afdeling verleende voorts medewerking aan het Bureau Werkkring Tropen (BWT). In 1969 verstrekten dit bureau adviezen aan 116 artsen en paramedisch personeel, welke leidden tot 12 uitzendingen. De redactie van het tweemaandelijkse periodiek „Medicus Tropicus” werd eveneens door de afdeling verzorgd.

Ook ten aanzien van het onderwijs geldt het advies van toenemende samenwerking en bundeling van deskundigheid. In 1969 kwam een constructieve samenwerking tot stand tussen het Centraal Bureau Opleidingen van het Instituut en de wetenschappelijke afdelingen in de Werkgroep Onderwijs van het

Instituut (WOKIT). Op initiatief van de Nuffic kwam een college van directeurs van cursussen van internationaal onderwijs tot stand. Ten behoeve van de „Internationale Cursus in Gezondheidsontwikkeling” werd een beheersreglement ontworpen. In universitair verband werden colleges en practica verzorgd op het gebied van de tropische geneeskunde, de hygiëne, de parasitologie en de geboortenregeling. In IMC-verband werden door de afdeling drie nationale voorbereidingscursussen voor aanstaande tropenartsen georganiseerd. Van 3 februari tot en met 27 november 1969 werd in Antwerpen de internationale cursus in gezondheidsontwikkeling gehouden, met 22 deelnemers, 15 Engels- en 7 Frans-talige; drie docenten van de afdeling verleenden er hun medewerking aan. De volgende keer zal deze artsencursus wederom in Amsterdam worden gehouden, ditmaal voor het eerst gedurende een geheel academisch jaar. Voor deze leergangen nieuwe stijl, die in toenemende mate zullen zijn afgestemd op „health management and planning”, werd in 1969 in Belgisch-Nederlandse samenwerking reeds veel voorbereidend werk gedaan.

Het wetenschappelijk onderzoek van de afdeling omvatte 57 verschillende studies op het gebied van de tropische gezondheidsleer, de voeding, de geneeskunde, de parasitologie, en de microbiologie. Er verschenen in 1969 veertig wetenschappelijke publikaties; in totaal werden zes onderzoeken afgesloten.

„Een punt wil ik nog noemen, dat in het afgelopen jaar ook de aandacht heeft getrokken, namelijk de honoraria van de specialisten voor particuliere patiënten. Het antwoord op de schriftelijke vragen hierover is nog niet ingekomen. Inmiddels is wel duidelijk geworden, dat deze tarieven ook sterk uitgebreide verrichtingen betreffen. De Landelijke Specialistenvereniging heeft in dit opzicht een belangrijke stap vooruit gedaan, doordat men voor elk der specialismen richtlijnen heeft vastgesteld; men heeft deze richtlijnen bekend gemaakt aan de organisaties van ziektekostenverzekeraars. Naast vele kritische geluiden, die gehoord zijn, wil ik ook dit positieve feit naar voren brengen.”

Mevr. Veder-Smit (V.V.D.) bij de behandeling van de begroting 1970 voor Sociale Zaken en Volksgezondheid in de Tweede Kamer.

Een visie op de huidige universitaire situatie

„Als wordt gesteld dat de wetenschap pas in gemeenschappelijke discussie in relatie tot de stroomversnellingen van de maatschappelijke verschijnselen wordt gemaakt, zit men op verkeerd spoor”

Men kan moeilijk staande houden dat in Nederland op het gebied van wetenschappelijk onderwijs uitsluitend van nog braak liggende grond kan worden gesproken. Universiteiten en hogescholen maken een gigantische ontwikkeling door. De verschillende Nederlandse kabinetten hebben gepoogd deze stroomversnellingen in goede beddingen te leiden en het onderwijs op een verantwoord niveau te houden. Deze regering is naar ons inzicht ook in dit opzicht zeer actief. Nochtans weet ieder, dat de discussies over de structuur van de universiteiten, over de doorwerking van de verantwoordelijkheden naar het grondvlak en over creatieve onderwijsvormen binnen de universiteiten en binnen de faculteiten nog in volle gang zijn. Wie de zaak van de buitenkant beschouwt, komt tot geruststellende conclusies. Het lijkt mij niet tegen te spreken dat het universitaire patroon in het afgelopen jaar een veel rustiger beeld vertoont dan in het jaar 1968-1969. De explosieve situaties verplaatsen zich naar de pedagogische academies en naar de leergangen voor de opleiding van de M.O.-akten. Welnu, zo zou men kunnen redeneren, als deze tendens doorzet, hebben wij straks de moeilijkheden op de lycea, daarna met de leerlingen van het basisonderwijs en de opstandigheid zal dan via de kleuterscholen en de bureaus voor zuigelingenverzorging wel uit onze samenleving verdwijnen. Wij moeten de grootte van de groep die op een dergelijke evolutie hoopt niet onderschatten. Niettemin is er slechts een minimum aan profetische visie nodig om in te zien, dat het zo per se niet zal gaan. Laten wij de betrekkelijke rust aan onze universiteiten niet verkeerd vertalen en vooral niet verkeerd gebruiken. Wij verwachten van de regering stellingname, beleid, maar dan ook zo'n stellingname, dat er een mogelijkheid is om in een goed klimaat aan wetenschap te doen op een creatieve wijze, tot wezenlijk heil van mens en maatschappij. In deze uiteenzetting wil ik verwerken, wat in recente beschouwingen over ons wetenschappelijk onderwijs is gezegd. Ik denk hierbij aan de studies van de Delftse hoogleraar Ir. Beek, aan de Amsterdamse psycholoog A. D. de Groot, aan de studies van Werner Hofmann en aan het aparte nummer van „Wending” over de culturele revolutie. Enkele van deze gedachten ga ik kritisch bezien om van daaruit de minister naar zijn duidelijke beleidslijnen te vragen.

Er zijn natuurlijk over de huidige universitaire situatie uitspraken, die waarheden als koeien verkopen, maar waar de lommerd nochtans geen cent voor geeft; bijvoorbeeld dat naar analogie van de uitspraak dat elk land de regering heeft, die het

Bij de behandeling van de begroting 1970 van Onderwijs en Wetenschappen in de Eerste Kamer hield Prof. J. W. van Hulst (C.H.U.), hoogleraar in de pedagogiek aan de Vrije Universiteit, een beschouwing over het wetenschappelijk onderwijs. Na lezing van dit betoog in de Handelingen der Kamer meenden wij ter informatie van de lezer deze beschouwing daaruit te moeten overnemen. Men treft de visie van Prof. Van Hulst op het tegenwoordige universiteitsbeeld hiernaast aan.
Red. M.C.

verdient, ook elke student het onderwijs heeft, dat hij verdient en elke universiteit het gedruvel, dat zij heeft opgeroepen. De student meent echter, dat hij juist niet het onderwijs krijgt dat hij verdient. Hij meent bovendien dat het begrip twee aspecten heeft, die volgens hem kennelijk beide onder de maat blijven, dat is de inhoud, dus de leerstof, maar het is ook de leervorm. Hij wil in beide participeren. Het heeft dan ook weinig zin te stellen, dat universiteiten prettige werkplaatsen voor hoogleraren zouden zijn als er geen studenten waren en prettige werkplaatsen voor studenten, als de professoren niet waren uitgevonden. Het is echter een nuchtere opmerking van Prof. Beek, dat studenten en docenten zozeer elkaar nodig hebben, dat zij zelfs elkaars levensverzekering zijn; de een houdt zonder de andere eenvoudig op te bestaan. Ik heb dan ook sterk de indruk dat in het midden van 1969 heel veel hoogleraren hun eigen collegestof nog eens kritisch hebben gezien, dat zij zich hebben afgevraagd of zij hun ingeblikte kennis en hun diepvrieswetenschap voor echte wetenschappelijke wijsheid hebben gehouden en als zodanig hebben uitgedragen en dat zij zich hebben beziggehouden met de vraag, of het definitief verboden was om ook op universitair niveau te denken en te spelen met nieuwe vormen van onderwijs, daarmede eindelijk eens brekende met de sinds de middeleeuwen gehuldigde methode, dat via een gat in het schedeldak van de student de universitaire wijsheid wel ingetrecterd zou kunnen worden.

Zo zullen verschillende hoogleraren zich hebben afgevraagd, of zij pompbedienden waren in een kennisfabriek, of dat zij met de studenten mede-arbeiders waren in een werkplaats van mensen, een werkplaats van overwegend jonge mensen, die

straks niet alleen vakbekwaam en handelingsbekwaam in het leven willen staan, maar die daar ook gewetensvol hun positie in willen nemen. Er zullen hoogleraren zijn, die zich ook bezonnen hebben op de functie van scripties en proefschriften. Is een proefschrift een cadeau, slechts voor uitwendig gebruikt, dat men à raison van in totaal f 6.000 à f 10.000 toezendt aan familie en kennissenkring? Natuurlijk, elk proefschrift valt de plechtige bijzetting ten deel in het eindeloze mausoleum van de bibliotheken. Ondanks de nieuwe begrafeniswetten is het een bibliotheek nog niet toegestaan er een crematorium op na te houden, waarin de dissertatie enkele dagen na zijn overlijden — ik bedoel dan de promotie — in vuur vergaan kan. Over scripties zal ik maar zwijgen. Deze worden vrijwel nooit gelezen, soms zelfs niet door de betrokken hoogleraar. Ik heb de gegronde overtuiging, dat veel hoogleraren met deze vragen verleden jaar ernst hebben gemaakt, met als resultaat, dat er stellig beter college is gegeven dan voorheen en dat dit „beter” op de beide aspecten slaat: op de inhoud en op de vorm. Ik wijs er nogmaals op, dat het voor ouder wordende hoogleraren vaak fysiek reeds ondoenlijk is deze gehele dynamiek te volgen. Misschien kan de omzetting op 65-jarige leeftijd van een ordinariaat in een extra-ordinariaat hier uitkomst brengen. Heeft de minister commentaar op deze gedachte?

Het type hoogleraar

Het is al heel wat jaren geleden, dat ons geacht medelid, de heer Van Riel erop heeft gewezen, dat de kandidaat-hoogleraar weliswaar gewogen moet worden op specialistisch-internationaal niveau, maar dat minstens even belangrijk is dat hij niet alleen een goed hoogleraar is, maar dat hij in de allereerste plaats een goed leraar is. In deze tijd prevaleren de pedagogische intenties boven de wetenschappelijke specialisaties. Ik ben mij bewust van het gevaarlijke van deze uitspraak, want men kan er natuurlijk uithalen, dat zo'n hoogleraar op didactisch voortreffelijke wijze die problemen kan etaleren, waarvan hijzelf de zin nog niet doorheeft. Wij zullen bovendien een type hoogleraar moeten hebben, dat bereid is een zo groot mogelijke verantwoordelijkheid te laten delen met zovelen als mogelijk is. Dit houdt duidelijk in, dat de verantwoordelijkheid moet doordringen naar het grondvlak. Gezien deze feiten is het duidelijk dat de roep om projectwerk sterker wordt. Ik meen enig recht te hebben de aandacht hierop te vestigen. Mijn eerste pleidooi voor projectwerk is te vinden in de Richtlijnen voor een leerplan (van 1949), gevolgd door een apart hoofdstuk over projectwerk in mijn Handboek voor een leerplan (van 1952). Daarin wordt een project omschreven als een van ganser harte gewilde, doelgerichte werkzaamheid in een sociaal verband. De pedagogische centra hebben deze tendens overgenomen en nu, 20 jaar nadat ik het pleidooi ervoor voerde, mag ik het beleven, dat de universiteit om projectgericht onderwijs gaat vragen. Tevens schenkt het een bepaalde voldoening, dat vier jaar, nadat ik van achter

deze kathedraal een lans brak voor de democratisering van de innerlijke structuur van het wetenschappelijk onderwijs, de eerste vruchten hiervan kunnen worden geplukt.

Destructieve krachten

Wat ik tot nog toe heb gezegd, is uiterst positief, maar niettemin,

De dingen zijn niet als ze schijnen
Een worm schuilt binnen lekker ooft,
Een schone glans bedekt venijnen
Hij dwaalt zeer licht, die licht gelooft.

Zo wist Vondel het al.

Wat als goed bedoeld is, kan gemakkelijk overslaan in het tegendeel. Er zijn in het Nederlandse onderwijs momenteel ook destructieve krachten die de vlag voeren van de vernieuwing, maar die pleiten voor een structuurmodel van de universiteit, waarbij naar mijn inzicht, de wetenschap haar einde heeft gevonden. Als dit wordt gesignaleerd door mensen, die nooit een hand hebben uitgestoken om de verhoudingen binnen de universiteit in democratische zin te saneren, dan acht ik het niet anders dan goedkoop geleuter. Het is namelijk zo gemakkelijk om overal waar vernieuwingsbewegingen aan de gang zijn gevaren te signaleren, onraad te ruiken en het sein op onveilig te zetten. Ik heb met nadruk gesteld, dat er thans beter college wordt gegeven dan een paar jaar geleden. Dit is duidelijk een vrucht democratisering hebben gepleit, hebben thans eveneens het recht te wijzen op situaties, die een gewetensvol hoogleraar — zulke hoogleraren zijn er ook van actie. Alleen degenen, die sinds jaren voor de nog — niet voor zijn rekening kan nemen. Iemand met een jarenlange academische ervaring als professor A. D. de Groot zegt onomwonden: „Professor worden? Ik kan het niemand, die echt begaafd is meer aanraden. Trouwens, bij de carrière in de wetenschap zal de begaafdheid steeds minder gewicht in de schaal leggen”. Hij constateert, dat heel wat hoogleraren erover denken het ambt te verlaten, hetgeen door enkelen reeds metterdaad is geschied. Zijn dit dan de hoogleraren, die de democratisering hadden willen tegenhouden? Neen, het zijn zij, die haar wilden bevorderen, maar die momenteel de gehele wetenschapsbeoefening in gevaar zien. Als democratisering gaat betekenen, dat de jacht op schadelijk groot wild — en professoren — vrij is, dat de relatie leermeester-leerling op voorhand verdacht is, dat projectwerk zo wordt vertaald, dat er in de groep geen beoordelingen meer bestaan en zelfs niet meer mogen bestaan, zodat de universiteit een soort van gaarkeuken gaat worden voor verstandelijk armen, dat hoogleraren veroordeeld worden tot het bijwonen van een aantal vergaderingen dat aan het waanzinnige grenst, dat het spreken en schrijven van goed Nederlands en het bezitten van beschaafde omgangsvormen degeneratieverschijnselen worden genoemd en dat het serieus ingaan op de argumentatie van anderen als een historisch fossiel wordt geëtiketteerd, dat de minister weliswaar het one-man-one-vote-system

verwerpt, maar dat hoogleraren tot nu toe daar toch nog maar doorlopend over moeten discussiëren, dan moet de regering goed begrijpen, dat over een deel van het wetenschappelijk corps een geest van vermoeidheid en van moedeloosheid komt, die elke wetenschappelijke vooruitgang blokkeert.

Mijnheer de voorzitter! Ik doe mee en ik heb dit bewezen. Ik wil voorop lopen als het erom gaat de democratie aan de universiteit een levende gestalte te geven. Ik heb er volledig begrip voor, dat voor de studenten het onderkennen van een probleem belangrijker is dan op een tentamen het napraten van probleemoplossingen, die anderen hebben voorgepraat; dat studenten in het opbouwen van de leer-situatie creatief willen participeren; dat de studenten binnen de universiteit gelegenheid moeten krijgen om antwoorden te zoeken op hun vragen en dat de universiteit de dialoog met de samenleving niet mag ontlopen. Als echter wordt gesteld, dat de wetenschap pas in gemeenschappelijke discussie in relatie tot de stroomversnellingen van de maatschappelijke verschijnselen wordt gemaakt, dat dit dus de wetenschap is, dan zit men op een verkeerd spoor. Men versmalt het begrip „wetenschap” tot een speciale opvatting over de sociale wetenschappen. Ik moet de eerste operatiepatiënt nog zien, die, alvorens hij zich aan de behandeling onderwerpt, aan de chirurg vraagt: Hebt u tijdens uw studie wel voldoende gediscussieerd over inspraak, democratisering, maatschappijvernieuwing enz.? Zo ja, zet dan het mes maar in mijn lichaam.

Een totaal andere vraag is die van de plaats van de medische wetenschap in de universitas en die naar de medische ethiek. Dan kan de discussie in alle hevigheid losbranden. Het is de taak en de verantwoordelijkheid van de hoogleraar, ervoor te waken dat de verhoudingen tussen deze twee gebieden gezond blijven. Ik wil stellen, dat er in elke universitaire opleiding momenten voorkomen, waarop de student bepaalde zaken van lectoren en professoren moet leren. Dat is heel gewoon. Over dergelijke zaken kunnen wel vragen worden gesteld, maar discussies erover zijn nauwelijks zinvol. Zinvol is de dialoog over de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de academicus, over de wijze, waarop zijn

*Eerst vakkennis,
daarna discussie over het functioneren ervan*

kennis straks in de samenleving functioneert. Zinvol is eveneens het gesprek over de evaluatie van de wetenschap anno 1970. De fout is echter, dat enkelen of misschien velen, menen, dat men over de evaluatie van zijn wetenschap kan spreken, zonder zich de grondbegrippen van die wetenschap te hebben eigen gemaakt. De hoogleraar moet het recht hebben, te eisen, dat men zich eerst vakkennis verwerft, alvorens men over het functioneren van vakkennis kan spreken en daarover kan discussiëren. Juist in de gehele faculteit der sociale wetenschappen staat het thans als een bedreiging voor ons, dat een aantal studenten meent, dat de collegezaal een continue discussiecafé is, dag en nacht geopend, waarin men

zonder fundamentele kennis van wetenschappelijke grondbegrippen over alle mogelijke maatschappij-structuren slechts op emotionele wijze mag spreken. Als men een gevoelsmatige kretologie synoniem acht met wetenschappelijke discussie op universitair niveau, dan hebben wij de faculteit der sociale wetenschappen al in elkaar getrapt, voordat deze overleed.

Mijnheer de voorzitter! Ik heb altijd de legitimiteit van veel studentenprotest erkend en dat protest, waar het moest, gestimuleerd. Ik erken het volledige recht van de student om zijn hoogleraar ter verantwoording te roepen, indien deze publiekelijk uitspraken doet over de mondiale problemen van deze tijd, zoals oorlog, honger, armoede en rassendiscriminatie, ongeacht of deze uitspraken binnen zijn vakgebied en binnen dat van de studenten vallen. Ik kan goed begrijpen, dat studenten bijvoorbeeld in de theoretische fysica weigeren college te ontvangen van een hoogleraar, die zich publiekelijk antisemit betoont. Als het echter gaat om het waar maken van wetenschappelijke verantwoordelijkheid voor een universitaire opleiding van jonge mensen, kunnen wij een hoogleraar en een eerstejaars student niet op één lijn stellen. Degene, die dit wil doen, wil het onzinnige.

In het door mij genoemde nummer van Wending lees ik het volgende.

„Wetenschappelijk en overig personeel kan aan de universiteit zijn functie uitoefenen bij de gratie van een plenaire vergadering. Aan wie weigert de wil van de vergadering uit te voeren kan zijn mandaat worden ontnomen. Bij het nemen van beslissingen neemt men geen genoegen met het principe „de helft plus een” van het parlementaire stelsel, maar men zal door voortgaande discussie naar een zo hoog mogelijke algemene consensus streven. De gedachte van de „volonté générale” uit Rousseau's Contrat Social komt hier weer boven. Op werkniveau, in de projectgroep, berust de volle macht bij het plenum.”

Mijnheer de voorzitter! Terecht wordt hier Rousseau aangehaald. Deze heeft inderdaad in zijn Contrat Social ervoor gepleit, dat er een onderscheid zou zijn tussen de volonté générale en de volonté de tous. Prof. Banning heeft er al jaren geleden op gewezen — in zijn Typen van Zedenleer — dat uit deze gedachten-conceptie het nationaal socialisme is ontstaan. Wij moeten ook niet vergeten, dat in één bepaald persoon Le Contrat Social van Rousseau vlees en bloed is geworden en dat is de persoon van Robespierre. Misschien willen sommigen daar wel naartoe.

Als inderdaad in de discussie over het zogenaamde wetenschappelijke projectwerk de beslissing bij het plenum ligt, moeten wij zo snel mogelijk het dure instituut van hoogleraren en lectoren afschaffen. Laten wij dan ook niemand wijs maken, dat wij aan wetenschap doen. De huidige universitaire docenten verlangen van deze minister, dat er

voor de hoogleraar een duidelijke garantie is om zijn wetenschappelijke verantwoordelijkheid ten aanzien van de academische jeugd waar te maken, een garantie in de wet verankerd. Deze verantwoordelijkheid is niet overdraagbaar en niet deelbaar. Wetenschappelijk werk eist tevens een klimaat, waarin de spanningen niet van uur tot uur tot kookhitte worden opgejaagd.

Mijnheer de voorzitter! Ik ga thans opnieuw stellen, wat ik als taak van de universiteit zie. Onze tijd, die over het algemeen ver staat van de wetenschap, heeft de wetenschap nodig, ook al weet hij het zelf niet. In een tijd, waarin de universiteit zelf wetenschapsarm dreigt te worden en in een wereld, waarin miljoenen in een stadium van griezelige onwetendheid verkeren en waarin wij het begrip „analfabetisme” ook moeten uitbreiden tot velen, die wel letters kunnen lezen, maar die geen zin in de woorden zien, loopt de wetenschap thans op elementaire wijze gevaar. Het maakt een universiteit wel degelijk uit, of een volk haar draagt of niet draagt. Verwaarloost de universiteit echter de eigenlijke nood van de mensen, dan wordt de universiteit mede verantwoordelijk voor de machtsovername door krachten, die haar straks zullen vernietigen. De universitaire wereld is in hoofdzaak een wereld van jonge mensen. Reeds daarom alleen is de universiteit de hoop voor de toekomst. Zij kan deze pretentie slechts waar maken, door opnieuw in een maatschappij te stappen, die thans meer dan ooit de wetenschap nodig heeft. De universiteit zal moeten werken in een maatschappij, die zelf in de steigers staat. Aldus Werner Hofmann.

Naast de jeugd, maar tegen chaos

Ik wil nog een laatste blik op de jeugd van nu slaan, alvorens ik mijn zeer korte conclusies formuleer. In het genoemde nummer van Wending lees ik twee opvattingen over de jeugd van nu, die in rechte relatie staan tot de explosieve situaties in ons gehele onderwijs en in onze universiteiten. De eerste opvatting luidt:

„Over het hoofd gezien wordt namelijk dat in de huidige situatie de jeugd werkelijk de onderdrukte groep is, en dus alle reden heeft om in opstand te komen (zij krijgt namelijk niet de vrijheid die mogelijk zou zijn, maar wordt kort gehouden in een onvrijheid welke door een voorbij historische situatie bepaald is). Zij is dus op dit ogenblik de aangewezen kracht voor de omwenteling. Zoals in een vorige situatie bijvoorbeeld de arbeiders die kracht vormden. De oorzaak waarom de jeugd voorop gaat, is dus niet de leeftijd, maar de onderdrukking.”

In hetzelfde nummer staat een andere opvatting, luidende:

„Het gaat de meeste opstandige jongeren niet om de best mogelijke, een volmaakte of totaal andere, maar eenvoudig om een betere wereld dan de bestaande.

Zij tekenen protest tegen die bestaande we-

reld aan, niet omdat zij daarbinnen in het bijzonder onderdrukt worden, maar omdat zij in het algemeen tegen onderdrukking zijn.

Dat er wordt gerevolteerd betekent nog niet, dat er revolutie komt. Dat de jeugd in onze tijd de opstandigheid vertolkt betekent nog niet, dat zij zonder hulp van andere groepen of krachten een opstand kan doorzetten. Op massale jeugdfestivals met de handen onder het hoofd naar popmuziek luisteren en van een andere wereld dromen is iets anders dan revolutie maken, door de Bastille of het Winterpaleis te bestormen. Door een harde en consequente tactiek bepaalde structuren tot democratisering dwingen is iets anders, dan een maatschappelijk systeem, waarvan zij onderdeel uitmaken, uit zijn voegen te lichten en opruiming houden onder alles wat als vervreemding, repressie of onvrijheid bekend staat.”

De fracties van de A.R.P. en de C.H.U. in deze Kamer willen als een volstrekte eenheid gaan staan naast die jeugd, die met inzet van alle krachten streeft naar een betere wereld, naar een betere onderwijswereld, naar een betere universitaire wereld; naast die jeugd die tegen elke onderdrukking is. Zij willen eveneens gaan staan naast die jeugd, die door een harde en consequente tactiek bepaalde structuren tot democratisering wil dwingen, indien men de veelvuldige verzoeken daartoe met dove oren meent te kunnen beluisteren. Maar wij keren ons tegen een ieder, die meent dat slechts de chaos de enige solutie is voor ons onderwijs, en speciaal voor de universiteit.

Wij leggen voor ons wetenschappelijk onderwijs jaarlijks vele honderden miljoenen op tafel. De universitaire jeugd is in een ontelbaar aantal zaken bevoorrecht boven de zogenaamde werkende jeugd. Ook de gelden die deze Kamer morgen voor wetenschappelijk onderwijs gaat voteren, zijn gemeenschapsgelden. Die bedragen komen mede bij elkaar door belastingen die de werkende jeugd moet opbrengen. Bovendien profiteren de jonge mensen uit de sociaal hogere milieus toch al meer van hogere vormen van onderwijs dan de jonge mensen uit sociaal zwakke milieus. Ik heb het opgeschreven, maar ik zeg het ook ons geacht medelid de heer Steenbergen na. Dit legt de gehele universitaire gemeenschap de verplichting op om keihard te werken. Op welke wijze dit werken mogelijk is, hoe het resultaat kan worden geoptimaliseerd, heb ik in deze uiteenzetting zo duidelijk gemaakt als ik maar enigszins kon.

Juist nu er aan de universiteiten een betrekkelijke rust is, moet de tijd optimaal worden benut. Enerzijds een innerlijke structuur, die de student in staat stelt als mens binnen de universitaire muren gewetensvol te leven, anderzijds de wettelijke garanties voor een werkklimaat, waarin de docenten hun wetenschappelijk geweten geen geweld aan behoeven te doen. Zowel voor het een als voor het ander is het de hoogste tijd.. De minister aarzele niet.

Nascholing huisartsen per televisie

Post-academiale cursussen voor nascholing en „refreshing” hebben altijd op het programma van wensen van Teleac gestaan, doch de realisering hiervan was geen eenvoudige zaak. Er moest een keuze worden gemaakt tussen een aantal categorieën, waarbij in eerste instantie gedacht werd aan medici, ingenieurs en leraren.

Dat de keuze is gevallen op de huisartsen is vooral te danken aan een initiatief van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de activiteit van het Nederlands Huisartsen Instituut te Utrecht. Het Genootschap ziet in het gebruik van de televisie een mogelijkheid de huisarts, die wegens de veelal drukke praktijk er slecht toe komt tijd vrij te maken voor het volgen van cursussen in een ziekenhuis, via de beeldbuis de cursus thuis aan te bieden.

Het Teleacbestuur heeft voor dit project een voorbereidingscommissie ingesteld onder de leiding van haar bestuurslid Prof. Ariëns Kappers. Gestreefd werd naar een zo breed mogelijke samenstelling van deze commissie. Vertegenwoordigd waren de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, het Nederlands Huisartsen Genootschap, de ministeries van Onderwijs en Wetenschappen, en Sociale Zaken en Volksgezondheid, het Nederlands Huisartsen Instituut, het Interfacultair Overleg der Universiteiten, Teleac en de NOS (voorheen NTS).

Uitzendingen openbaar

Een van de belangrijkste discussiepunten bleek de vraag, of de programma's al dan niet via het open net moesten worden uitgezonden. Er werd een speciale technische commissie gevormd, die systemen heeft uitgewerkt voor „scrambled vision”, dat wil zeggen het beeld- en geluidsignaal worden gecodeerd naar de zender gestuurd en kunnen alleen via een ontvanger, die met een decodeer-apparaat is uitgerust, worden weergegeven. Hoewel een technisch bruikbaar systeem werd ontworpen en proefopstellingen hebben gefunctioneerd, is uiteindelijk besloten te adviseren via het open net te starten.

De belangrijkste overweging welke hierbij heeft gegolden was het streven naar optimale toegankelijkheid van de lessen. De speciaal aan te schaffen tv-ontvangers zouden evenzoveel drempels betekenen. Daarnaast zou het onderzoek naar de wettelijke consequenties van een gesloten systeem en de produktie van de speciale toestellen tot grote vertraging aanleiding kunnen geven.

Teleac is zich er zeer wel van bewust dat het open karakter van de uitzendingen het produktieteam zekere beperkingen oplegt ten aanzien van de keuze van onderwerpen en de presentatie ervan.

Arts-patiënt relatie

Reeds in 1965 werd in Engeland onder auspiciën

van de Association for the Study of Medical Education onderzoek verricht naar het effect van de eerste serie van zes programma's van 35 minuten welke via BBC 2 werd uitgezonden. Het bleek dat gemiddeld 30.000 leken-kijkers de programma's hadden gevolgd.

Het artikel uit de British Medical Journal, waarvan deze gegevens werden ontleend, gaat verder: „The programme seemed to have no effect on doctor-patient relationships, in spite of this large lay audience. Very few reports from patients stated that they had mentioned the programmes to their doctors (only 29 out of 1,108 questionnaires asking for this information). Of these 29 only 14 had been worried by the programme and had gone to their doctor; nine had been relieved of worry by the programme and mentioned this to their doctors. Six patients only requested treatments discussed in the programme, and five of these were in connection with programme VI on the early diagnosis of impaired sight and hearing in children.”

Table I - Items Broadcast in the Six Programmes

I. Rehabilitation after strokes; accidental hypothermia; pyelonephritis in children; enzymes in the diagnosis of myocardial infarction.

II. Chronic bronchitis and airways obstruction; diagnosis of hypothyroidism; lead-poisoning in children.

III. Case conference (side-effects and damages of steroid therapy); phenylketonuria and galactosaemia; diuretics.

IV. Pain in the arm; domiciliary obstetric kit.

V. Malabsorption; eruptions on the feet.

VI. Early diagnosis of speech and hearing defects in children.

The main item in each programme is given in *Italics*; at least 20 minutes was spent on this item.

Medische Programmacommissie

Het advies van de voorbereidingscommissie, dat door het Teleacbestuur werd overgenomen, hield onder meer in het instellen van een Medische Programmacommissie. Deze Commissie kreeg als belangrijkste taken het dragen van de verantwoording voor inhoud en vorm van de programma's en het geven van richtlijnen voor de programmering.

De samenstelling van de Commissie is als volgt (eerste en tweede vertegenwoordiger na elkaar genoemd):

Kon. Ned. Mij. tot bevordering der Geneeskunst: Dr. H. Roelink, (voorzitter) Utrecht; Dr. J. Hage, Tilburg.

Landelijke Huisartsen Vereniging: Dr. H. W. A. Sanders, Helmond; C. Middelbeek, arts, Groningen.

Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen:

B. T. G. de Jong, arts, Den Haag; Mr. L. van Leeuwen, Den Haag.

Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid: J. M. Beijerman, arts, Den Bosch; T. van Strien, arts, Leidschendam.

Ned. Huisartsen Genootschap: P. Th. Smit, arts, Emmeloord; J. M. Paauw, arts, Wormerveer.

Ned. Huisartsen Instituut: Prof. Dr. J. C. van Es (vice-voorzitter), Utrecht; Mej. J. A. Groeneveld, Utrecht.

Medische faculteiten:

Amsterdam/GU: B. S. Polak, arts.

Amsterdam/VU: Dr. J. W. Merkelbach; Prof. Dr. G. A. Lindeboom.

Groningen: Prof. Dr. K. J. van Deen; W. Verdenius, arts.

Leiden: L. Kuenen, arts; Prof. Dr. H. Dijkhuis.

Nijmegen: Prof. Dr. F. J. A. Huygen.

Rotterdam: Dr. M. J. van Trommel.

Utrecht: Prof. Dr. J. C. van Es; Prof. Dr. L. A. Hulst.

Teleacadirectie: M. N. Bollen (secretaris).

Teleacbestuur: Prof. Dr. J. J. van der Werff ten Bosch, Oegstgeest.

De Commissie heeft inmiddels drie maal vergaderd. Tijdens de laatste bijeenkomst op 4-2-1970 werden met gunstig resultaat de lessen bekeken welke waren gewijd aan de aritmieën. De lessen gewijd aan het tweede onderwerp voor dit seizoen — de post-meno-pauze stoornissen — zijn in productie.

Uitzendtijden: Aritmieën: maandag-Ned. 1, 22.40 uur op 20-4, 27-4, 4-5 en 11-5; herhaling: zaterdag-Ned. 1, 8.45 uur op 25-4, 2-5, 9-5 en 23-5. Post-meno-pauze stoornissen: maandag-Ned. 1, 22.40 uur op 25-5, 1-6, 8-6; herhaling: zaterdag-Ned. 1, 8.45 uur op 30-5, 6-6, 13-6.

Teleac is voornemens bij elke serie programma's een klein boekje uit te geven dat een samenvatting geeft van de behandelde onderwerpen en voorts aanvullende informatie welke zich minder leent voor „open” uitzending, zoals namen van medicamenten, doseringen, enz. Ook zal een literatuurverwijzing worden opgenomen. Dit eerste boekje zal voor het begin van de uitzendingen gratis aan alle huisartsen worden toegezonden.

Prof. Dr. H. A. Tiddens in oratie:

Opleiding tot arts efficiënter aanpakken

„Hoe moeten wij een opleiding structureren, die veranderende studenten in een snel veranderende maatschappij helpt uit te groeien tot artsen, die een heel beroepsleven lang steeds toenemende kennis willen blijven omzetten in aangepaste zorg en dat op zeer uiteenlopende arbeidsterreinen?” Prof. Dr. H. A. Tiddens stelde zich blijkens een verslag in de N.R.C. de beantwoording van deze vraag tot taak in de rede, waarmee hij aan de Rijksuniversiteit van Utrecht het ambt van hoogleraar heeft aanvaard. Zijn leeropdracht is naast de kindergeneeskunde, voor het eerst nu ook in Utrecht — alleen de medische faculteit van Amsterdam heeft nog geen didactisch specialist — de methodiek van het onderwijs in de geneeskunde.

Prof. Tiddens is van oordeel, dat met het leerprogramma, zoals vijf jaar geleden ontwikkeld, voorlopig kan worden volstaan, doch dat het erop aankomt dat programma ook onderwijskundig waar te maken. Het gaat volgens hem in eerste instantie niet om onderwijsresearch, maar om een praktische ontwikkeling van dat onderwijs, waarbij „het accent vooral moet liggen op het snel toepasbaar maken van elders ontwikkelde methoden”.

Wij zitten „in een dieptepunt van onze medische geschiedenis”, en verkeren „in een noodsituatie”, aldus Prof. Tiddens, volgens wie het grondige besef van de positie, waarin het medisch onderwijs in Nederland is geraakt door het samengaan van factoren

als een stijgend aantal studenten en een dalende belangstelling voor een academische loopbaan in de medische faculteiten, het gemakkelijker zal maken te komen tot de radicale maatregelen, die nodig zijn om de Nederlandse gezondheidszorg in de toekomst veilig te stellen. Tot die radicale maatregelen behoort volgens Prof. Tiddens voornamelijk zeker niet een kunstmatige beperking van de aantallen studenten. Uitbreiding van het aantal docenten is z.i. op korte termijn niet uit te voeren. Het teveel aan studenten staat in relatie tot het tekort aan docenten en opleidingsmogelijkheden en niet tot een overschot aan medici. In deze toestand kan alleen doelmatigheidsverhoging van de opleiding verbetering brengen. Aldus Prof. Tiddens, die voorts pleitte voor een intensievere vaardigheidstraining. Uitbreiding van opleidingscapaciteit, door het vragen van medewerking aan andere klinieken en specialisten, kan, meent hij, het beste plaatsvinden op basis van een goede medische samenwerking. Hij acht het ook noodzakelijk, dat de doelstellingen van de co-assistentenperiode opnieuw worden bekeken. Het is mogelijk, dat ervaring in andere gebieden dan de specialistische geneeskunde voor senior co-assistenten de voorkeur verdient, zo stelde Prof. Tiddens, die tenslotte ook pleitte voor een individualisering van het onderwijs, waarvan de studiestof nauwkeurig zou moeten worden afgebakend, door het vervaardigen van goede studieteksten en studiehandleidingen.

De terugkeer van psychiatrische patiënten in de maatschappij

Op 12 februari 1970 heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, het eerste sluisinternaat te Amsterdam geopend. Instituten als dit werken als een soort sluis: zij bevorderen op een meer uitgebreide wijze dan voorheen de terugkeer van psychiatrische patiënten in de maatschappij.

Voor opname in psychiatrische ziekenhuizen worden de patiënten geselecteerd door de afdeling Geestelijke Hygiëne van de G.G.- en G.D. te Amsterdam. Bij bestudering van de wijze waarop deze selectie wordt uitgevoerd, trad duidelijk aan het licht dat de stad Amsterdam een tekort aan opname-mogelijkheden voor psychiatrische patiënten vertoont. Debet hieraan bleken een te geringe doorstroming in de psychiatrische inrichtingen en een tekort aan bedden voor psychiatrische behandeling.

Uit gegevens betreffende de opnameduur in psychiatrische inrichtingen, verzameld door de hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid, blijkt dat de helft van de bedden wordt bezet door patiënten, die langer dan 10 jaar worden verpleegd; het gaat hier om ruim 13.000 patiënten. Een opnameduur van langer dan 1 jaar geldt voor 80% van de patiënten. Onlangs hield de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid van Noord-Holland een enquête over de geestelijke gezondheidszorg in deze provincie. Doel was na te gaan, in hoeverre naar de mening van de ondervraagden psychiatrische patiënten behoefte hebben aan andere voorzieningen dan een voortgezet verblijf in een inrichting. De bewerking van deze gegevens, die werden samengebracht in een rapport, leidde tot de conclusie, dat bij een voortbestaan van de huidige capaciteit van 3.500 bedden er rond 1.500 zouden vrijkomen, indien de thans hierin verpleegden zouden kunnen worden overgeplaatst naar een instituut, dat beter aan hun specifieke behoeften zou voldoen. Combinatie van het gegeven, dat een groot percentage bedden langer dan 10 jaar wordt bezet, met de mening van de medewerkers van de psychiatrische inrichtingen, dat een groot aantal patiënten ten onrechte in psychiatrische ziekenhuizen verblijft, leert dat er sprake is van verstopping, waardoor de opname-mogelijkheden voor dringende gevallen worden geblokkeerd.

In het sluisinternaat nu kan de patiënt worden opgenomen vanuit het psychiatrisch ziekenhuis, wanneer bij gebrek aan bepaalde sociale voorzieningen, door een te geïsoleerde positie of conflictueuze situaties in de maatschappij, terugkeer naar

het oude milieu of naar volledige zelfstandigheid niet direct mogelijk is. Het psychiatrisch ziekenhuis hoeft dan niet met ontslag te wachten, totdat een voor de patiënt volledig adequate situatie in de maatschappij aanwezig is. Aan een dergelijke voorziening ter bekorting van de opnameduur bestaat grote behoefte, doordat in ons land de meeste psychiatrische ziekenhuizen ver buiten de bevolkingscentra zijn gelegen. Amsterdam is een van de weinige grote steden in West-Europa zonder een psychiatrische inrichting en zonder een toereikend aantal klinisch-psychiatrische bedden. Als gevolg hiervan moeten meer dan 800 psychiatrische patiënten, de helft van het totaal aantal patiënten dat jaarlijks wordt opgenomen, ver buiten de stad worden geplaatst. Door deze opname op grotere afstand van het oorspronkelijk leefmilieu wordt het moeilijker de reïntegratie van de patiënt te verwezenlijken.

Het sluisinternaat richt zich op patiënten, die niet in hun milieu kunnen worden geplaatst, terwijl volledige zelfstandigheid niet direct mogelijk is. Overigens kunnen niet alleen patiënten die in psychiatrische inrichtingen verblijven in deze situatie verkeren, maar evengoed velen in de maatschappij. Het zou dan ook niet juist zijn, het sluisinternaat alleen aan patiënten uit psychiatrische ziekenhuizen ten goede te laten komen. Daarom bestaat er tevens de mogelijkheid van een gedeeltelijke opname vanuit de maatschappij. Dit zal het geval zijn, wanneer een verandering van leefmilieu in engere zin gewenst is, terwijl de werksituatie onveranderd kan blijven en er geen psychiatrische opname van 24 uur per etmaal is geïndiceerd. Zowel onder de patiënten in de maatschappij als onder die welke in psychiatrische inrichtingen verblijven, treft men mensen aan voor wie het verwerven van een grotere zelfstandigheid gewenst is; het is van weinig belang of deze mensen uit het ziekenhuis of uit het gezin komen, dan wel geïsoleerd in de maatschappij leefden.

Op grond van deze overwegingen kwam men tot het stichten van een nachtkliniek, die de bedoeling heeft de maatschappelijke integratie van de opgenomen patiënten te bevorderen. In de bouw van de kliniek kan men dit terugvinden. De nachtkliniek lijkt meer op een hotel dan op een verzorgings- of verpleegtehuis. Het interieur is zodanig gekozen, dat de sfeer van huiselijkheid zoveel mogelijk wordt benaderd. In de verzorging moet de patiënt zoveel mogelijk zelf actief kunnen zijn. Een cafetariasysteem werd verkozen boven een eetzaal met bediening; voor een aantal patiënten is een flatsysteem

ontworpen, waarin de patiënt zelf de huishouding kan doen. De verzorging van de kleding is in handen van de patiënt zelf, met behulp van voorzieningen in de maatschappij. Dit geldt eveneens voor de medicijnen: deze worden niet op het instituut verstrekt, maar via een recept op naam door de patiënt zelf van de apotheek gehaald.

De voornaamste functie van het sluisinternaat-nachtkliniek is het tot groter zelfstandigheid brengen van patiënten, die hierin door de combinatie van hun ziek zijn en hun levenssituatie worden geblokkeerd. Toename van zelfstandigheid betekent behalve méér zelf kunnen, het opnieuw leren gebruikmaken van maatschappelijke voorzieningen, het verwerven van een hoger welzijnsniveau en het beter hanteren van de relatie tot anderen. De sociaal-psychiatrische benaderingswijze houdt primair in het aanbrengen en helpen verwerven van tegenwicht. Tegenwicht, waardoor de persoonlijke problematiek kan worden gereduceerd, zodat de patiënt er beter en met meer inzicht mee kan leven.

Naast genoemde leerprocessen wil men streven naar belevensverandering in de omgang met derden. Dit kan geschieden via omgang met medepatiënten, in de community-meeting en in de omgang met de individuele therapeut-begeleider. Op speciale indicatie moet het therapeutisch arsenaal kunnen worden uitgebreid met groepstherapie, gezinsbehandeling, parentherapie, etc. Aangezien zowel het leerproces als de geïndiceerde therapieën langer doorgaan en langer noodzakelijk zijn dan het verblijf in de nachtkliniek hoeft te duren, is een verbinding met de stichting voor de Geestelijke Volksgezondheid van het grootste belang.

Het initiatief tot de oprichting van het instituut is uitgegaan van Dr. M. A. J. Romme, directeur van de Katholieke Stichting voor Geestelijke Volksgezondheid voor Amsterdam en omgeving. Deze stichting, die met behulp van giften van de grond kon komen, beheert het instituut, dat de naam „Katholieke Stichting Sluisinternaat” draagt, maar openstaat voor algemeen gebruik.

De functie van de Raad voor Gezondheidsonderzoek inzake medisch wetenschappelijk onderzoek en gezondheidsresearch

Naar aanleiding van de vraag, welke de functie is van de Raad voor Gezondheidsonderzoek, geeft de vaste Eerste Kamer-commissie voor Onderwijs en Wetenschappen de volgende uiteenzetting over de advisering op het gebied van het medisch-wetenschappelijk onderzoek en op het gebied van de gezondheidsresearch.

In verband met in verschillende kringen heersende bezorgdheid over de ontwikkeling van het medisch speurwerk in Nederland stelde het bestuur van de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen in 1967 een commissie in onder leiding van de Groninger hoogleraar Prof. Dr. J. H. P. Jonxis, met de opdracht voorstellen te doen die ertoe zouden kunnen leiden, dat een klimaat wordt geschapen, gunstig voor de verschillende vormen van medisch speurwerk. Aan de hand van het in het begin van 1968 door deze commissie uitgebrachte advies verklaarde de Koninklijke Akademie zich bereid desgevraagd over te gaan tot het oprichten van een raad voor het medisch-wetenschappelijk onderzoek die gegevens zal verzamelen over alle medische research in Nederland en zijn visie zal geven op de verdere ontwikkeling. In overleg met de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid werd besloten de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen te verzoeken deze raad in te stellen.

Daarnaast en ongeveer gelijktijdig kwam men op het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid — mede onder invloed van het door de Raad van Advies voor het Wetenschapsbeleid in 1967 uitgebrachte eerste interimadvies — tot het inzicht,

dat op het terrein van de gezondheidsresearch er nog onvoldoende waarborgen zijn ten aanzien van de coördinatie van het onderzoek. Nauw overleg tussen de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de minister van Onderwijs en Wetenschappen, bij welk overleg in een later stadium ook de ministers van Landbouw en Visserij en van Defensie werden betrokken, leidde tot de conclusie, dat er behoefte bestaat aan een raad voor gezondheidsonderzoek, die zich een inzicht zal dienen te verschaffen en prioriteiten zal moeten stellen ten aanzien van die gebieden van onderzoek, die voor het bepalen van het gezondheidsbeleid van belang zijn. Hierbij wordt primair gedacht aan onderzoek op het terrein van de milieuhygiëne, de psychohygiëne, de gerontologie, de voeding, en dergelijke, een taak dus die anders gericht is dan die van de bovenvermelde raad voor het medisch-wetenschappelijk onderzoek. Na onderling overleg kwam het de betrokken bewindslieden dan ook voor, dat de Raad voor Gezondheidsresearch om verschillende redenen het beste zou kunnen worden ondergebracht bij de Nederlandse centrale organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek.

In zekere zin moeten de taken van beide raden als complementair worden beschouwd. De uitgangspunten zijn duidelijk verschillend, hetgeen ook blijkt uit de samenstelling, die bij de raad voor het medisch-wetenschappelijk onderzoek gedacht is als een kleine groep wetenschappelijke werkers, benoemd à titre personnel, terwijl die van de Raad voor Gezondheidsresearch meer gericht is op het aantrek-

ken van personen uit de organiserende en uitvoerende sfeer. Tussen de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en het departement van Onderwijs en Wetenschappen zijn afspraken gemaakt op basis waarvan de beide raden hun werkgebieden zullen dienen te regelen en dienen te streven naar een optimale harmonisatie van hun werkzaamheden. Zo is het voor de Raad voor Gezondheidsresearch van belang te weten, dat bepaalde gebieden van de medische wetenschap diepgaand zijn onderzocht dan wel verdienen te worden onderzocht, terwijl het voor de raad voor het medisch wetenschappelijk onderzoek daartegenover noodzakelijk is kennis te nemen van de door de Raad voor Gezondheidsresearch T.N.O. opgestelde prioriteitschema's. Overeengekomen is daarom dat de

beide raden elkaar de uitgebrachte adviezen zullen doen toekomen en deze in acht zullen nemen.

Voorts is afgesproken, dat in overleg tussen de Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen en de Nederlandse centrale organisatie T.N.O. naar een modus zal worden gezocht met betrekking tot een apparaat voor gerichte inventarisering en evaluering van wetenschappelijk onderzoek, dat diensten aan beide raden zal kunnen verlenen.

De beantwoording van de vraag naar de functie van de Raad voor Gezondheidsonderzoek vond plaats in het kader van het eindverslag van de vaste Kamercommissie omtrent het ontwerp van wet tot vaststelling van de rijksbegroting van het departement van Onderwijs en Wetenschappen voor het dienstjaar 1970.

Buiten-universitair medisch wetenschappelijk onderzoek

Verschenen is het derde rapport van de Geneeskundige Raad der Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen over buiten universitair medisch wetenschappelijk onderzoek. Dit derde deel is rapport en register. In dit deel wordt tot een samenvatting gekomen in de volgende tien punten:

I. Het buitenuniversitair medisch wetenschappelijk onderzoek verdient in het kader van de medische wetenschapsbeoefening meer aandacht dan er tot nu toe aan is geschonken, omdat het voor bepaalde gebieden van de geneeskunde een onmisbare wetenschappelijke functie vervult, een belangrijk wetenschappelijk potentieel vormt, dat voor aanzienlijke uitbreiding vatbaar lijkt en het niveau van de geneeskundige dienstverlening kan verhogen.

II. De optimale ontplooiing van medisch wetenschappelijke activiteiten buiten de universiteit kan worden geremd door onder andere: gebrek aan tijd bij de artsen en hun medewerkers, dat wil zeggen door een artsentekort of door een inadequaat gebruik van het beschikbare medische potentieel en voorts door het heersen van een klimaat, dat niet optimaal geschikt is voor het ontplooiën van de wetenschappelijke creativiteit; onvoldoende informatie omtrent financieringsmogelijkheden voor wetenschappelijk onderzoek.

III. Het lijkt gewenst het wetenschappelijk onderzoek bij diverse instellingen en diensten van sociaal geneeskundige aard op gang te brengen of te stimuleren en te sturen. Het verrichten van wetenschappelijk onderzoek moet, ook in het kader van de ambtelijke zorg voor de volksgezondheid, worden beschouwd als een normale en legitieme taakvervulling.

IV. Bij het bepalen van de toekomstige artsenbe-

hoefte in Nederland en bij het opstellen van een beleid voor ziekenhuisbouw zal men rekening moeten gaan houden met de medische research, die ook buiten de universiteiten plaatsvindt.

V. Aan bepaalde gebieden van medisch wetenschappelijk onderzoek zou men in de buitenuniversitaire sector meer aandacht kunnen besteden. Men kan hier denken aan onderwerpen als bij voorbeeld epidemiologie en structuur van het morbiditeitspatroon, preventie, en vooral psycho-hygiëne, aan bepaalde sociaal geneeskundige vraagstukken en onderwerpen, die voor de algemene of huisartsgeneeskunde van belang zijn. Ook grote projecten op gebieden, die niet geheel door de universitaire research worden bestreken en die een multidisciplinaire opzet en -uitvoering vereisen, kunnen zeer goed in de buitenuniversitaire sfeer worden uitgevoerd.

VI. De wetenschappelijke activiteiten der huisartsen dienen met aandacht te worden gevolgd. Gestreefd zal moeten worden naar een geleidelijke verhoging van het niveau van deze activiteiten. De mogelijkheden voor huisartsen om wetenschappelijk onderzoek te verrichten dienen te worden verruimd. Een belangrijke factor in dit kader is: het vrijmaken van tijd (door verkleinen van de praktijkomvang).

VII. De communicatie tussen de buitenuniversitaire centra van medisch wetenschappelijk onderzoek onderling en de communicatie van die centra met de medische faculteiten dient te worden bevorderd. Samenwerking en taakverdeling kunnen hier waarschijnlijk interessante perspectieven openen.

VIII. Voor een goede beoordeling van de situatie op wetenschappelijk gebied is een evaluering, een niveaubepaling, van de wetenschappelijke creativi-

teit onontbeerlijk. Met het ontwerpen en in de praktijk toetsen van een methode voor het evalueren van wetenschappelijke activiteiten dient onverwijld een begin te worden gemaakt.

IX. Het registreren en analyseren van het buiten-universitaire medisch wetenschappelijk onderzoek dient periodiek te worden herhaald en een permanent karakter te krijgen. Voor het ontwikkelen van inzicht in de stand, de aard en het niveau van de

medische wetenschapsbeoefening in Nederland dient het universitair medisch wetenschappelijk onderzoek eveneens te worden geregistreerd en geanalyseerd.

X. De Geneeskundige Raad wil gaarne fungeren als centrale instantie voor het ontvangen van suggesties en voorstellen ter bevordering of verbetering van het medisch wetenschappelijk onderzoek in Nederland.

Staatssecretaris over kosten geneesmiddelenpakket

In de vorige maand gehouden vergadering van de Eerste Kamer, waarin het wetsontwerp inzake medische hulpmiddelen aan de orde was, heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga in zijn beantwoording van de onderscheidene sprekers blijkens de Handelingen der Kamer onder meer gezegd:

„De kosten van het geneesmiddelenpakket in Nederland bedragen, vergeleken met de kosten van het geneesmiddelenpakket in andere E.E.G.-landen, ongeveer de helft. Het is interessant dat van de laatste studie van de W.H.O. in Oslo, waaraan vertegenwoordigers van 22 Europese landen hebben deelgenomen, ook enkele cijfers uit Oost-Europa zijn te noemen. In Nederland wordt 0,8 procent van het nationale inkomen uitgegeven aan geneesmiddelen; in Hongarije is het 1,7 pct. Dus ook ten aanzien van Oosteuropese landen slaan wij wat dit betreft geen slecht figuur. Er zijn trouwens nog enkele andere factoren, die de geneesmiddelendistributie in ons land mede beheersen en bepaald soms ten goede beïnvloeden, vergeleken met de andere E.E.G.-landen. Twee daarvan hebben met name met de distributie van geneesmiddelen van doen. Eén bijkomende factor wordt gevormd door de contractuele afspraken tussen de Nederlandse ziekenfondsen en de apothekers. Een tweede bijkomende factor wordt gevormd door de omstandigheid dat de apotheken in Nederland relatief groot zijn.

„De genoemde contracten met de ziekenfondsen zijn vrijwel uniek in Europa. Zij houden twee zaken in die naar mij dunkt van bijzondere betekenis zijn. In de eerste plaats krijgt de apotheker een nettohonorarium per ziel per jaar vergoed, waarnaast hij ook de kosten vergoed krijgt die zijn verbonden aan het bereiden, casu quo afleveren van geneesmiddelen. Dat betekent in feite dat de apotheker er geen belang bij heeft of dure dan wel goedkope geneesmiddelen worden voorgeschreven: zijn inkomen hangt daar niet mee samen. Zijn inkomen wordt grotendeels bepaald door het bedrag dat hij als netto honorarium heeft bedongen.

„Het tweede punt is dat in het ziekenfondscontract wordt bepaald dat de verzekerden zich bij een bepaalde apotheek moeten laten inschrijven. Voor de ingeschrevenen krijgt de apotheker een netto honorarium. In vrijwel alle andere landen is dit onbekend. In dit verband moet worden genoemd dat voorts bestaat in ons land een vorm van geleide vestiging. In landen waar deze ontbreekt, zijn apotheken vaak vlak bij elkaar gevestigd. Sommige gebieden hebben in die landen derhalve een slechte verzorging, terwijl in andere gebieden daarentegen een grote concentratie voorkomt. Onze apotheken zijn over het algemeen relatief beter gespreid en groter. Dit maakt het afleveringssysteem efficiënter. In Nederland hebben wij één apotheek op ruim 9.000 te verzorgen personen, terwijl er in België en Frankrijk één op 2.000 te verzorgen personen is, in Italië één op 3.000 en in Duitsland één op 5.000. In het algemeen bieden grotere apotheken véél méér mogelijkheden voor een effectieve aflevering.

„Naar mijn mening onderstreept dit alles nog eens de grote betekenis van de internationale studie naar de factoren die het geneesmiddelengebruik beïnvloeden. Nadrukkelijk wil ik stellen dat dié zo véél mógelijk moet worden bevorderd. Het effect van elke maatregel tot internationale harmonisatie, waarvan ik op zichzelf beschouwd een voorstander ben, moet wat Nederland betreft worden getoetst aan drie criteria. In de eerste plaats moet de vraag worden gesteld wat het effect met betrekking tot de relatief zéér goede voorschrijfgewoonten van de arts en het geneesmiddelengebruik in ons land is, in de tweede plaats of wij onze criteria ten aanzien van de werkzaamheid en de schadelijke nevenwerking kunnen handhaven en in de derde plaats wat het effect is ten aanzien van de kosten van het nationale geneesmiddelenpakket, dat internationaal in ons land bijzonder gunstig ligt. Zo bezien zal harmonisatie met Scandinavië, Engeland, Ierland, de Verenigde Staten, Canada, Australië en Nieuw-Zeeland véél eenvoudiger zijn dan harmonisatie met de andere E.E.G.-landen.”

Overheidsbeleid inzake gebruik van marihuana

Overeenkomstig zijn toezegging heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid aan de Tweede Kamer aanvullende inlichtingen doen toekomen met betrekking tot de betekenis en de gevolgen van het gebruik van marihuana. Aan het slot daarvan formuleert de bewindsman het — ten dele in de Memorie van Toelichting op de begroting 1970 van Sociale Zaken en Volksgezondheid reeds toegelichte — overheidsbeleid als volgt:

Gespecialiseerde klinieken. Dezerzijds wordt bevorderd dat er in de steden waar die behoefte bestaat gespecialiseerde klinieken voor druggebruikers en verslaafden zullen worden uitgebreid of tot stand gebracht.

Bureau voor hulpverlening. Uitbreiding van de mogelijkheid druggebruikers poliklinisch te behandelen wordt noodzakelijk geacht en zal mijnerzijds worden gestimuleerd.

Justitie. Mijnerzijds zal overleg worden gepleegd met de minister van Justitie om te bevorderen dat het vervolgingsbeleid zo rationeel en effectief mogelijk zal zijn.

Onderzoek. Zoals in mijn antwoord op de schriftelijke vragen van de heer Kleisterlee is gesteld, zal er mijnerzijds naar worden gestreefd een onderzoekprogramma te doen uitvoeren dat zowel de chemische, biochemische en farmacologische als de klinische, psychologische en sociologische aspecten van het druggebruik zal omvatten.

Internationaal onderzoek. In de begroting van de Regio Europa van de Wereld Gezondheidsorganisatie is voor het jaar 1970 een post opgenomen die het mogelijk maakt een meerjarenonderzoek uit te voeren op het gebied van het misbruik van psychotrope drugs.

Tezamen met de Zweedse delegatie is mijnerzijds dit programmapunt voorgesteld en sterk bepleit. Het biedt de mogelijkheid het onderzoekpotentieel van veel kleinere landen te combineren en coördineren.

Voorlichting. In overleg met deskundige adviesinstanties zal mijnerzijds worden nagegaan of en op welke wijze de voorlichting over verdovende middelen en het druggebruik zou kunnen worden verbeterd.

VRAAG EN AANBOD

Query from Dr. M. E. Anfilogoff, The Pines, 33 Hall Lane, Upminster, Essex. I own a 11m luxury cabin cruiser (6 berth) and would very much like to tour your beautiful country by water. Unfortunately my boat is designed for the canals and rivers of England and would not be safe to cross the North Sea and the cost of transporting it across is prohibitive. I am therefore wondering if any of my Dutch colleagues, with similar boats, might be interested in an exchange.

Fusie C.B.O.Z. met Bond R.K. Ziekenfondsen

De Bond van Rooms-Katholieke Ziekenfondsen en de Centrale Bond van Onderling Beheerde Ziekenfondsen, die samen ongeveer een derde van alle ziekenfondsverzekerden in Nederland omvatten, willen één nieuwe landelijke organisatie vormen, waarin ook de drie vakcentrales deelnemen. De Bond van Rooms-Katholieke Ziekenfondsen is een instelling van het Nederlands Katholiek Vakverbond. In het bestuur van de CBOZ zitten vertegenwoordigers van NVV en CNV. Bij besprekingen tussen het overlegorgaan van NVV, NKV en CNV en de twee ziekenfonds-organisaties over een nauwere samenwerking op het terrein van de volksgezondheid is volledige overeenstemming bereikt over een voorstel tot samengaan. Dit voorstel zal op korte termijn aan de bevoegde organen van de betrokken organisaties worden voorgelegd. Als het wordt aanvaard, zullen de vakcentrales na een overgangperiode veertig procent van de bestuurszetels van de nieuwe organisatie bezetten. De algemene vergadering zal worden gevormd uit vertegenwoordigers van de aangesloten ziekenfondsen.

De nieuwe organisatie zal de bestaande samenwerking in het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties (GOZ) voortzetten. De eigen instellingen worden gehandhaafd. De nieuwe organisatie zal aandringen op een herziening van de wetgeving teneinde uitbreiding van eigen instellingen mogelijk te maken. Verwacht wordt, dat in plaatsen waar zowel een rooms-katholiek ziekenfonds als een bij de CBOZ aangesloten ziekenfonds werkt, tot nauwere samenwerking zal worden besloten.

Extra betaling spoedbehandeling door tandarts in weekend

Om tegen te gaan dat patiënten anders dan in spoedeisende gevallen in het weekeinde naar de tandarts gaan, hebben de ziekenfondsen en de tandartsen, zo berichtte het A.N.P., een regeling getroffen. Deze regeling houdt de mogelijkheid in, dat de patiënt voor een behandeling tussen zaterdagochtend acht uur en zondagavond twaalf uur een vast bedrag van f 18,50 moet betalen: een „entreebedrag” van f 10,— plus de prijs van een gemiddelde behandeling, f 8,50.

Wanneer geen sprake is van een werkelijk spoedeisend geval of een nabloeding mag de tandarts het tientje laten betalen. Als het gaat om patiënten die een geldig saneringsbewijs hebben of kinderen met een melkgebit, kan de tandarts eventueel besluiten, de extra betaling niet te vragen.

Het tientje wordt niet gerestitueerd door het ziekenfonds. Het bedrag van f 8,50 voor de behandeling krijgt men — op vertoon van de door de tandarts afgegeven kwitantie — wel van het fonds terug.

Vacature hoofdbestuur

Onder verwijzing naar een eerdere publikatie in Medisch Contact hieromtrent (MC 1970/3 blz. 62), moge de aandacht worden gevestigd op ondervolgende brief welke recentelijk aan de besturen van de afdelingen werd gezonden in verband met een pas bekend geworden *vierde vacature in het hoofdbestuur* per 1 januari 1971.

17 februari 1970

Zeër geachte collegae,

In aansluiting op onze eerdere brief van 12 januari j.l. en de daarmee samenhangende publikatie in Medisch Contact van 16 januari, no 1970/3, delen wij u mee dat de Algemene Vergadering van 12 september 1970 nog in een *vierde vacature in het hoofdbestuur* zal moeten voorzien en wel in diegene die ontstaat door het wegens verandering van functie op eigen verzoek tussentijds aftreden van

mevrouw *Dr. L. Hemmes*, specialiste-arts in dienstverband, Haarlem, per 31 december 1970.

In overeenstemming met hetgeen in onze brief van 12 januari geschreven staat, mogen wij u verzoeken deze vierde vacature in uw kandidaatstelling, waarop alle in onze eerdere brief genoemde bepalingen van overeenkomstige toepassing zijn, te willen betrekken. Het in deze vacature te kiezen hoofdbestuurslid treedt op 1 januari 1971 in functie en zal zitting hebben tot en met 31 december 1976.

Hoogachtend, collegialiter,
G. Dekker,
secretaris-penningmeester

Richtlijnen particuliere honoraria

Zoals bekend (zie onder meer Medisch Contact 1970/8) is in de buitengewone ledenvergadering van 7 februari j.l. besloten om voor alle specialisten dezelfde verhouding tussen de richtlijnen voor de klassen III, IIB en IIA (te weten respectievelijk 1 - 1½ - 2) te laten gelden. Dit betekent dat daarmee voor de behandeling in die ziekenhuizen, waar slechts één tweede klasse is, het verhoudingsgetal tussen klasse III en één klasse II is gekomen op 1 - 1¾.

Namens het Centraal Bestuur der
Landelijke Specialisten Vereniging
G. A. M. Hunfeld, secretaris

Nieuwe inschrijvingen

De Specialisten Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in de periode van 1 oktober 1969 tot en met 31 december 1969 de navolgende specialisten ingeschreven:

Anaesthesie

- J. L. Belboer, Van Nijenrodeweg 186, Amsterdam, per 1 september 1969.
Mevr. I. A. Boekhoff-Sindram, Schoolstraat 10, Yde (Dr.), per 15 oktober 1969.
Mevr. A. van Caubergh-Majolée, Schubertlaan 205, Leiden, per 1 november 1969.
B. van Dijk, Schiefbaanstraat 14, 's-Gravenhage, per 15 augustus 1969.
Mevr. N. T. Kaner, Elzenlaan 141, Groningen, per 6 augustus 1969.
Dr. D. T. Popescu, Pr. Bernhardlaan 14, Oegstgeest, per 26 juni 1969.

Cardiologie

- P. Borsje, Schuilinglaan 11, Voorschoten, per 1 oktober 1969.
J. F. May, Gaickingahof 10, Zuidhorn, per 15 augustus 1969.
E. van de Wall, Quintuslaan 7, Groningen, per 1 oktober 1969.
G. L. Wilkens, „Westlingi”, Benningbroek, per 20 juni 1969.

Chirurgie

- H. J. Bakker, Von Geusastraat 218, Voorburg, per 1 september 1969.
J. Bender, Diergaardesingel 87b, Rotterdam, per 15 oktober 1969.
J. Herman, Poirterlaan 17, Eindhoven, per 26 augustus 1969.
J. N. Keeman, Overtoom 331, Amsterdam, per 1 december 1969.
H. Pomes, Esdoornlaan 2, Gorssel, per 1 augustus 1969.
W. J. van Remortel, Neptunusstraat 60, Nijmegen, per 1 september 1969.
H. Schraffordt Kooops, P. Dijkemeweg 16, Oosterhoogebrug (Gr.) per 1 augustus 1969.
H. W. van West, Vredeman de Vriesstraat 88, Rotterdam, per 17 augustus 1969.

Dermatologie

- Mevr. A. Wols-van der Wielen, Eendrachtstraat 18, Hengelo, per 1 december 1969.

Inwendigē geneeskunde

- W. P. M. Breed, de Ruyterstraat 63, Nijmegen, per 1 september 1969, met de aantekening Röntgenologie.
J. F. M. Fennis, Gitaarstraat 4, Nijmegen, per 1 oktober 1969, met de aantekening Röntgenologie.
G. G. Geyskens, De Asch van Wijckkade 27, Utrecht, per 1 september 1969.
J. P. Q. Goossens, Mechelinenblok 13, Bergen op Zoom, per 1 juni 1969.
J. W. van Holten, Schubertlaan 98, Leiden, per 1 oktober 1969.
Mej. J. E. Kooy, Edenstraat 102, Eindhoven, per 22 oktober 1969.

B. J. M. Kroon, Louis Couperusplaats 283, Capelle aan de IJssel, per 1 september 1969, met de aantekening Röntgenologie.

J. L. van Proosdij, Prof. Dumontstraat 25, Heerlen, per 1 november 1969.

Mej. E. H. Roorda, Rembrandtkade 21, Deventer, per 1 november 1969.

J. Silberbusch, Zeemanstraat 5b, Rotterdam, per 1 oktober 1969.

J. Ph. H. B. Sijbesma, Valkenierslaan 6, Vleuten, per 1 november 1969, met de aantekening Röntgenologie.

H. Swart, Kasteel Twikkelstraat 9, Tilburg, per 1 september 1969.

E. T. G. Tan, Lilahof 11, Tilburg, per 1 oktober 1969.

N. H. Timmermans, Kasteel Vaeshartelt, Meerssen, per 1 september 1969.

W. P. Wernink, Louis Davidsstraat 543, 's-Gravenhage, per 1 november 1969.

Mej. G. C. van Wijhe, Ger. de Bondtstraat 14, Tilburg, per 16 oktober 1969.

Kindergeneeskunde

Mevr. C. Attema-Roelofsen, Einsteinlaan 12, Badhoevedorp, per 1 oktober 1969.

E. Harinck, Mariënpoolstraat 55, Leiden, per 1 september 1969.

Liem Tjay Tie, Predikherenlaan 365, Tilburg, per 1 oktober 1969.

C. E. van Marle, Dr. Sillevislaan 13, Almelo, per 1 september 1969.

E. J. M. Raven, Relindisstraat 7, Sittard, per 16 oktober 1969.

Mej. A. J. F. Rootlieb, Pl. Kerklaan 51 I, Amsterdam, per 1 november 1969.

Laboratoriumonderzoek

R. A. van de Weg, Kanaalweg 25, Leiden, per 1 oktober 1969. Hoofdvak: Pathologische Anatomie.

Longziekten en tuberculose

Mej. C. Warmenhoven, Purmerendstraat 207, 's-Gravenhage, per 1 november 1969.

Ooogheekunde

Mej. J. Bouma, H. W. Mesdagstraat 52a, Groningen, per 13 september 1969.

Th. C. Ruijs, Goereeseepad 27, Amstelveen, per 1 juni 1969.

Radiologie

J. van Dijken, Paulus Potterstraat 17, Groningen, per 27 december 1969.

J. A. C. Hagen, Visotterstraat 52, Nijmegen, per 1 november 1969.

W. Paul, Thorbeckelaan 30, Amstelveen, per 1 november 1969.

Revalidatie

W. C. J. Kouters, Joh. Vijghstraat 53, Nijmegen, per 1 september 1969.

Urologie

T. Oudkerk, President Kennedylaan 136, Oegstgeest, per 1 mei 1969.

Verloskunde en gynaecologie

Mej. J. Bouma, H. W. van Mesdagstraat 52a, Groningen, per 1 december 1969.

Mej. K. M. Pruissen, Oostelijk Halfroond 35, Amstelveen, per 1 juli 1969.

Mej. W. Vlaanderen, Bas Backerlaan 10, Apeldoorn, per 1 september 1969.

J. Wildschut, Anna van Burenstraat 16, Leiderdorp, per 1 september 1969.

Zenuw- en zielsziekten

J. F. van Luin, Potgieterweg 5, Bloemendaal, per 15 juli 1969.

Aantekening electroëncephalografie

A. A. M. Jaspers, Wilhelminapark, Venlo, per 16 augustus 1969.

G. E. Kropveld, Vechtstraat 96, IJmuiden, per 1 november 1969.

MC | **UIT DE AFDELINGEN**

Voordrachten

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

Alphen en Omstreken: M. de Witte, oogarts, onderwerp: „Het strabisme en zijn behandeling”.

Emmeloord en Omstreken: S. Visser, vrouwenarts, onderwerp: „Enkele aspecten van de hormonale therapie in verloskunde en gynaecologie”.

Gorinchem en Omstreken: Dr. N. Masurel, onderwerp: „Epidemiologie en preventie van het Hongkong influenza virus”.

Groningen en Omstreken: C. Th. Smit Sibenga, onderwerp: „Nieuwe inzichten in bloedstollingsmechanismen”.

Haarlem en Omstreken: Prof. Dr. J. H. van den Berg, onderwerp: „Medische macht en medische ethiek”.

Meppel en Omstreken: Prof. Dr. W. R. O. Goslings, onderwerp: „Nieuwe antibiotica en de toepassing in de algemene praktijk”.

Nijmegen en Omstreken: W. Metz, onderwerp: „Crises in de geneeskunde”.

Oldambt: Dr. H. Kuipers, zenuwarts, onderwerp: „Behandeling van geestelijk gestoorde bejaarden”.

Oude IJssel: Prof. H. J. Ham, radioloog, onderwerp: „Radiotherapy-Its position in modern medical practice”. Dr. M. R. M. J. van de Voort, radioloog, onderwerp: „De behandeling en begeleiding van radiotherapeutische patiënten”.

Walcheren: J. F. R. Harms, chirurg, onderwerp: „Enkele aspecten van de hartchirurgie”.

West-Friesland: Prof. Dr. C. Egeler, leider der Nederlandse Himalaya Expeditie '62, onderwerp: „Dwars door de Himalaya”.

Zaanland: D. van Leeuwen en J. P. van Nieuwenhuizen, onderwerp: „De zorg rond het gehandicapte kind”.

Omdat de studieconferentie over orgaantransplantaties, georganiseerd door Kerk en Wereld in samenwerking met de Nederlandse vereniging van verpleegkundigen, ten tweede male was volgeboekt, zal de conferentie nogmaals worden herhaald, en wel op 21 en 22 september 1970. Tijdens deze studieconferentie zal in groepen over de verpleegkundig-ethische aspecten van orgaantransplantaties worden gediscussieerd, met als afsluiting een forumdiscussie. Kosten f 45 per persoon; informaties en aanmeldingen: conferentie-secretariaat Kerk en Wereld De Horst 1, Driebergen, tel. 03438-2241.

De export van Japanse geneesmiddelen naar ons land besloeg in 1968 $3\frac{3}{4}$ miljoen gulden; uitgevoerd werden uit ons land naar Japan geneesmiddelen voor een waarde van $17\frac{3}{4}$ miljoen gulden. Dit betekende voor ons land een verminderde invoer van Japanse farmaceutica voor een tegenwaarde van 0,2 miljoen gulden en een vermeerderde uitvoer met een waarde van 11,5 miljoen gulden, vergeleken bij 1967.

Eenzelfde patroon tekent zich af voor het merendeel der Europese landen en de Verenigde Staten. Zo was in 1968 voor geheel Europa de invoer van farmaceutische producten uit Japan al 9,4 maal zo klein als de uitvoer erheen (in 1967 nog 7,2 maal). Slechts in de uitwisseling met Spanje, Finland, België, Brazilië en Argentinië, leverde de export Japan meer op dan er aan import werd uitgegeven.

54,4% van de buitenlandse geneesmiddelenafzet van Japan ging naar Aziatische landen, 21,3% naar Europa, 18,6% naar Noord-, Midden- en Zuid-Amerika (de vermelding van deze cijfers behelst tevens een rectificatie van in M.C. nr. 45/1969, blz. 1296 door ons geciteerde gegevens uit de Japan Medical Gazette, waaruit bleek dat het grootste gedeelte van de Japanse geneesmiddelenexport in 1968 naar Europa en de V.S. was gegaan). Gerekend vanaf 1965 maakte de farmaceutische industrie in Japan weliswaar een stijging in de export mee van bijna 20%, maar alleen al tussen 1966 en 1968 steeg de import met om en nabij 60%. De geïmporteerde geneesmiddelen komen merendeels uit Europa:

68,7%; 30,8% komt voor rekening van Amerika.

Bij dat al moet worden bedacht, dat $\frac{7}{8}$ van de binnenlandse geneesmiddelenafzet in Japan door de eigen industrie en met eigen produktiemiddelen wordt vervaardigd. Slechts een klein gedeelte van de markt is voor de farmaceutica uit het buitenland dan wel van eigen makelij, maar geproduceerd met geïmporteerde fabricageonderdelen. Een en ander werd ontleend aan de Japan Medical Gazette van 20 november 1969.

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. Kruisinga, heeft zijn medewerking verleend aan een onderzoek naar de mogelijkheden om de levenskansen en de gezondheidstoestand van nog ongeboren kinderen zoveel mogelijk te verbeteren. Dit prenataal onderzoekproject is voorlopig opgezet voor een tijd van vijf jaar en zal worden uitgevoerd door een team van artsen en natuurkundigen, respectievelijk van de afdeling Verloskunde van het ziekenhuis van de Vrije Universiteit en het medisch-fysisch instituut van de gezondheidsorganisatie TNO.

Het onderzoek richt zich met name op de vraag welke inlichtingen over de toestand van moeder en ongeboren kind het meest van belang zijn, en hoe die informatie het best kan worden verkregen. Daarnaast zal ook worden bestudeerd met welke regelmaat en over welke periode inlichtingen over de gezondheidstoestand gewenst zijn. Bij de verwerking van de gegevens zal gebruik worden gemaakt van computers. Het resultaat kan daarna in de verloskamer op een beeldbuis zichtbaar worden gemaakt: ook voor een zo goed mogelijk verlopende bevalling is het onderzoek van belang. In de kosten van het onderzoek zal naast het ministerie ook worden bijgedragen door het Praeventiefonds. De verzamelde gegevens zullen zo snel mogelijk en in brede kring worden verspreid.

Verschenen is de 25e druk van de Nederlandse Voedingsmiddelentabel. Deze uitgave bevat onder meer de door de Normencommissie van de Voedingsraad aanbevolen hoeveelheden calorieën en voedingsstoffen. Het werkje is à raison van f 0,50, te storten op girorekening 363081, te verkrijgen bij het Voorlichtingsbureau voor de voeding, Laan Copes van Cattenburch 44, Den Haag.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

Uitgever: Uitgeversmij. Kruij n.v., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32250*, postgiro 142554.

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

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

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

Oplage: 16.065 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Adres der Maatschappij en haar organen: Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411, postgiro 58083; hoofdbestuur, dagelijks bestuur, boekhouding, bureau voor waarneming en vestiging van 8.30 tot 17 uur, (na 18 uur en ook 's zondags telefoon 020-788984). — Landelijke Huisartsen Vereniging — Landelijke Specialisten Vereniging — Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband — Specialisten Registratie Commissie — Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, O.L.M.A.

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen: secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-2184; postgiro 111950 t.n.v. de penningmeester der Stichting Ondersteuningsfonds te Utrecht.

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