



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

EEN VERTROUWELIJK SCHRIJVEN EN DE PERS

Begin april i.l. gaf het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging zijn leden in een persoonlijk en vertrouwelijk schrijven adviezen terzake van het opstellen van declaraties voor particuliere patiënten. Met betrekking tot de inhoud van dit uiteraard op grote schaal verspreide persoonlijke en vertrouwelijke schrijven is de redactie van „De Vakbeweging”, een

wekelijkse uitgave van het Nederlands Verbond van Vakverenigingen, bekend geraakt en zij heeft in een redactioneel artikel als haar mening gegeven, dat met de circulaire van de L.H.V. werd beoogd de tarieven stiekem op te schroeven en dat de geadviseerde weglating in de declaraties van behandelingsdata en het achterwege laten van een splitsing in consulten en visites er op was gericht het de patiënten en ziektekostenverzekeraars onmogelijk te maken om te controleren of werd afgeweken van tarieven, zoals die bij een Prijzenbeschikking waren toegestaan.

Na deze publikatie in het N.V.V.-orgaan is ook in de landelijke pers aandacht besteed aan deze circulaire. De Nieuwe Rotterdamse Courant vroeg collega Salomé naar zijn commentaar op de N.V.V.-publikatie en kreeg onder meer ten antwoord, dat het hier van de zijde van dit weekblad ging om een politieke manoeuvre. In de brief van het L.H.V.-bestuur — aldus gaf de N.R.C. de commentaar van collega Salomé weer — werden alleen enkele overwegingen gegeven om de Economische Controle Dienst pressiemogelijkheden te onthouden. Gebleken is namelijk — aldus de weergave van de woorden van collega Salomé in de N.R.C. — dat de E.C.D. sommige patiënten onder bedreiging bepaalde verklaringen laat afleggen op grond van de door de arts ingediende declaraties, waarmee tegen de wil van de patiënt de vertrouwensrelatie met de arts wordt verknoeid. Daarom werd — aldus nog steeds de door de N.R.C. weergegeven woorden van collega Salomé — in de brief in overweging gegeven de declaraties zodanig te formuleren, dat de patiënten niet in

25ste JAARGANG — No. 25 — 19 JUNI 1970

INHOUD

Een vertrouwelijk schrijven en de pers . . .	661
Zwitserse „embarras de richesse”	664
Circulaire van de L.H.V. besproken in de Tweede Kamer	665
Affiliatie gemeenteziekenhuis Arnhem met Katholieke Universiteit	668
Medisch-ethische vragen in verband met anesthesie	669
Houding medewerkers in conflictsituaties met ziekenfondsen	674
Ziekenhuismanagement en specialisten (II)	675
Universitaire berichten	678
Het „Document van Luxemburg”	679
Van het Centraal Bestuur L.H.V.:	
Convocatie ledenvergadering	681
Europese Unie van Huisartsen	681
Kwalificatie van de huisarts	681
Jaarverslag 1969 Apotheekcommissie . . .	682
Uit de afdelingen	682
Personalia	683
Brieven van lezers	683
Varia	684

Hoofdredacteur: F. A. Bol. Redactie: J. J. van Mechelen
(secre.), C. C. G. Jansens en R. J. te Velde.

Colofon op bladzijde 688

moeilijkheden kunnen komen in hun contact met functionarissen van de E.C.D.

Op deze commentaar van collega Salomé haakte het Algemeen Dagblad in met te stellen, dat de L.H.V. de E.C.D. van pressie beschuldigde, een betichting, die daarop in dit blad even later als „waanzin” van de hand werd gewezen door de heer L. M. Bruins, directeur van de E.C.D. Het dagblad „De Waarheid” herinnerde er daarop aan, dat het Christelijke Nationaal Vakverbond enkele maanden geleden een campagne had ontplooid tegen de huisartsen en dat het N.V.V. nu het C.N.V. wilde overtroeven. „Terecht” — aldus dit dagblad — „zegt het L.H.V.-bestuur, dat het N.V.V. niets te maken heeft met de vakbeweging van de huisartsen”.

In het dagblad Trouw kon men daarna een publikatie aantreffen van een zich als „Kritische artsen” aandienende groepering van medici, die is aangesloten bij de Bond van Wetenschappelijke Arbeiders. In deze publikatie werd betoogd, dat het L.H.V.-bestuur, gelet op de inhoud van bedoeld rondschrijven, geacht moest worden te kwader trouw te zijn. Van gelijke strekking was een redactionele beschouwing in De Volkskrant. Voorts verscheen in de pers een

publikatie van de Kontakt Landelijke Organisatie Ziektekostenverzekeraars, waarin werd medegedeeld dat de ziektekostenverzekeraars declaraties van artsen, opgesteld volgens de door het Centraal Bestuur der L.H.V. gegeven adviezen, niet in behandeling zouden nemen.

Alle publikaties over deze aangelegenheid te vermelden zou hier te ver voeren. Gememoreerd mag dan nog worden, dat collega Salomé in een interview met Het Parool nogmaals uiteenzette, dat de circulaire van de L.H.V. het gevolg was van de methode van optreden van de E.C.D. en voorts dat aan deze zaak ook door de Tweede Kamer in haar zitting van 28 mei i.l. aandacht is besteed (men zie voor de Handelingen van de Kamer bladzijde 665 van dit nummer).

*
**

Tenslotte worde dan herinnerd aan de recent door de minister van Economische Zaken uitgevaardigde prijzenbeschikking voor tarieven van huisartsen en van specialisten, een beschikking welke men volledig in het voorgaande nummer van M.C. heeft kunnen aantreffen. In deze beschikking is een administratief voorschrift achterwege gebleven, doch uit hetgeen de minister van Economisch Zaken tijdens de gedachtenwisseling in de Tweede Kamer naar voren heeft gebracht, mag men afleiden dat een administratieve paragraaf daaraan alsnog zou worden toegevoegd indien van de zijde van de L.H.V. binnen een bepaalde termijn geen bevredigende verduidelijking aan haar leden zou worden gegeven op de circulaire, die tot de hierboven summier weergegeven openbare reacties heeft geleid. Het standpunt van minister Nelissen is duidelijk: het recht van de consument op een zo groot mogelijk inzicht in de prijsvorming dient te blijven gehandhaafd.

*
**

In een vrijdag 12 juni te Utrecht gehouden ledenvergadering van de L.H.V. is deze aangelegenheid — in een besloten zitting — aan de orde gesteld. Daarin is medegedeeld dat het Centraal Bestuur der L.H.V. de circulaire in kwestie heeft ingetrokken, teneinde tegemoet te komen aan de suggestie van de minister om te kunnen komen tot overleg tussen overheid en huisartsen. De intrekking op voorstel van het Centraal Bestuur, geschiedde mede op deze grond, dat de brief in bepaalde kringen de indruk heeft gewekt dat de huisartsen zich zouden willen onttrekken aan wettelijke regels, zoals die voor

Maatschappij ledencongres 1970



Speciaal Congresnummer

Medisch Contact

met uitvoerig programma

en inschrijfformulieren

komt uit

op 26 juni a.s.

iedere Nederlander gelden. Het besluit van de Ledenvergadering van 14 april i.l. inzake de specificatie van nota's is gehandhaafd.

De ledenvergadering ontkende voorts dat de huisartsenhonoraria in maart 1969 in het algemeen lagen op het niveau van f 9,— en f 13,50. Deze tarieven zouden thans op f 11,— per consult en f 16,50 per visite zijn te stellen. Op grond daarvan werd besloten het Centraal Bestuur te machtigen namens alle huisartsen ontheffing van de prijzenbeschikking te vragen.

Medegedeeld is nog dat de besprekingen met de ziektekostenverzekeraars inzake het opstellen van declaraties worden voortgezet.

*
**

De inhoud van de verrichting van de huisarts is zeer variabel. Dient derhalve ook de prijs voor deze verrichting zo variabel te zijn, dat inzicht in de prijsvorming nauwelijks controleerbaar wordt? Indirect ingaande op deze vraag worde hier besloten met een overzicht van het tweetal honoreringssystemen dat voor de huisartsen te onzent wordt gehanteerd, te weten het abonnements-systeem voor ziekenfondspatiënten en het verrichtings-systeem voor particulier verzekerden.

Er bestaat voor wat betreft de rekenkundige bepaling van de hoogte van het honorarium niet zo'n groot verschil tussen beide systemen. Het abonnements-honorarium wordt berekend door een overeengekomen bruto inkomen te delen door een eveneens overeengekomen aantal zielen. Op deze methode zijn correcties aangebracht, namelijk door de kosten te verdelen in variabele en vaste kosten en deze kosten aan verschillende aantallen zielen toe te delen. De inhoud van de werkelijke verrichting is derhalve niet direct gekoppeld aan de hoogte van het honorarium. Bij de bepaling van het verrichtings-honorarium gaat men uit van een arbitrair vast te stellen aantal verrichtingen per jaar; dit leidt dan weer tot een arbitrair bruto jaarinkomen. Ook hier zijn verfijningen mogelijk, onder meer door het hanteren van verschillende tarieven voor consulten, visites, nacht- en weekendverrichtingen. Ook in dit geval is de inhoud van de verrichting niet direct gekoppeld aan de hoogte van de honorering. Bij een enkele voorkomende gelegenheid kan dit tot een onjuiste honorering leiden. In het Maatschappelijk

Medische informatiekaart

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

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

Vademecum voor de huisarts — een losbladige uitgave van het Centraal Bestuur der L.H.V. — staat dan ook onder het hoofdstuk particuliere tarieven, dat wordt uitgegaan van een enkelvoudig landelijk particulier minimumtarief: „Evident meer tijd vergende verrichtingen berekene men, naar verhouding, hoger". In vroeger tijden kende de huisarts steeds onderscheidene tarieven, die varieerden al naar het inkomen van de patiënt. Geleidelijk echter werd het aantal tarief-klassen teruggebracht tot één.

Abonnements-systeem en verrichtings-systeem beide gaan dus uit van berekende of arbitrair overeengekomen gemiddelden. Zij verschillen hierin, dat men in het verrichtings-systeem verdergaande verfijningen kan toepassen dan in het abonnements-systeem. Een voorbeeld hiervan treffen wij aan bij de Duitse „Krankenkasse". Deze kent een groot aantal tarieven voor een aantal uiteenlopende verrichtingen (zie: Gebührenordnung für Ärzte, 18 maart 1965). De honoraria lopen dan ook sterk uiteen: van 2 DM tot 30 DM en meer. Ieder tarief is op zich eigenlijk een soort mini-abonnement. Ook in dit systeem blijft de prijsvorming doorzichtig.

B.

ZWITSERSE „AMBARRAS DE RICHESSE”

De Schweizerische Aerztezeitung van 3 juni opent met een artikel waarin een stem wordt verheven tegen de steeds meer ingang vindende opvatting, als zou van vernieuwing van het medisch onderwijs alle heil zijn te verwachten, ook van nascholing, en daaraan de suggestie inherent zijn dat toekomstige artsen zoveel beter op hun taak zouden zijn voorbereid dan hun collegae, die reeds korter of langer praktisch werkzaam zijn.

In het artikel wordt gezegd dat het de laatste jaren gebruikelijk is dat het tot nu toe gevolgde onderwijsstelsel door de meerderheid der artsen als te weinig op de praktijk gericht wordt afgewezen. De praktische voor de uitoefening van het beroep noodzakelijke kennis zou eerst tijdens de assistentjaren worden opgedaan is de ondertoon vol verwijt, waarmee dit (in Zwitserland) kenbaar wordt gemaakt. Maar, zo wordt in het artikel gevraagd, is het na elkaar geven van theorie en praktijk nu zoveel slechter dan het nagestreefde samengaan van theorie en praktijk? Wil men werkelijk in een overigens nog verkorte studieduur een theoretisch en praktisch volledig toegeruste arts opleiden? Dan, zo zegt de auteur — P. Ludi uit Aarberg — zie ik de toekomst somber in. En wat heeft dan nog de assistententijd te betekenen, wanneer de tegenwoordige duidelijke opgave daarvan tot praktische vorming en beroepskennis dan wegvalt?

Overigens, zo voegt de schrijver, die uiteraard de

Zwitserse situatie onder ogen neemt, daaraan toe, was dan voorheen altijd sprake van eerst theorie en daarna praktijk? Er waren toch in elk semester verscheidene practica, er was het „praktische halfjaar” en er waren mogelijkheden tot aanvullende „Famulaturen” — waarmee de schrijver vermoedelijk op het oog heeft praktische werkzaamheden als hulpverpleger of anderszins in ziekenhuizen.

Men loopt storm, zo gaat de auteur voort, tegen massale colleges, waarbij men evenwel met beperkte kosten terdege kennis aan een tamelijk groot aantal toehoorders kan overdragen. Men verwijt de „massa-docent” een tekort aan didactisch vermogen, maar gelooft men dan dat men door het aantrekken van veel meer docenten — zoals het groepsonderwijs noodzakelijk zal maken — het percentage didactisch begaafden zal kunnen verhogen?

Na nog zeer reëel op het economisch voordeel van het meer massale college te hebben gewezen vraagt de auteur zich dan af of alle tegenwoordig actieve Zwitserse artsen kwalitatief zoveel minder zouden zijn dan wanneer zij zouden zijn geschoold volgens nieuwe nu voorgestane onderwijsystemen.

Nascholing

Ten aanzien van de nascholing verwijst de schrijver dan naar een onlangs in de Schweizerische Aerztezeitung door Prof. Schär geschreven artikel, waarin onder meer werd gezegd dat uit een onderzoek was gebleken dat meer dan vijftig procent van de praktizerende Zwitserse artsen een tekort constateerde aan mogelijkheden tot nascholing. Maar wat mijzelf betreft, aldus de auteur, sta ik voor een „embarras de richesse” en moet mij wegens de tijd, welke de praktijk van mij opeist, zoveel mogelijk beperken. Waarna de schrijver deze „embarras de richesse” in 8 punten verduidelijkt: 1. tijdschriften, boeken, audiovisuele publikaties; 2. in elk semester cursussen aan de medische faculteiten van Bazel, Bern en Zürich; 3. jaarlijks in Zürich een nascholingscursus voor huisartsen, eens per drie — spoedig eens per twee — jaar in Bern; 4. voordrachten bij wetenschappelijke verenigingen, klinische demonstraties, bezichtigingen; 5. jaarlijkse wetenschappelijke bijeenkomsten van specialistische gezelschappen; 6. jaarlijks aan verscheidene faculteiten nascholingscursussen interne geneeskunde; 7. jaarlijks speciale cursussen osteosynthese, handchirurgie, manuele therapie, psychosomatiek enz.; 8. tenslotte talrijke nascholingsmogelijkheden bij klinieken en instituten.

De schrijver, die zich excuseert dat deze opsomming wellicht niet volledig is, concludeert dat het verwijt van meer dan vijftig procent der artsen, dat er onvoldoende nascholingsmogelijkheden zijn, een verwijt is waarmee deze meer dan vijftig procent zijn slechte geweten tot zwijgen tracht te brengen.

Buitendienstmedewerkers van de O.L.M.A.

Inlichtingen over de betekenis, welke de OLMA — de door de Maatschappij Geneeskunst ingestelde Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen — voor u kan hebben, worden gaarne verstrekt wanneer u, wonende in de westelijke helft van Nederland (inbegrepen de provincie Utrecht), de buitendienstmedewerker J. van Elzelingen Skabo-Brun te Amsterdam opbeld: 020-229.225.

De buitendienstmedewerker voor de drie zuidelijke provincies is de heer E. J. M. Ghering, Leijparkweg 41, Tilburg, tel. 04250-32354; voor de andere dan de genoemde delen van ons land treedt als buitendienstmedewerker op de heer R. Th. van der Garden te Epse-Gorssel, tel. 05759-1825.

Circulaire Landelijke Huisartsen Vereniging

besproken in de Tweede Kamer

Naar aanleiding van een circulaire, welke het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging de leden dezer vereniging enige tijd geleden heeft doen toekomen met betrekking tot het opstellen van declaraties heeft het Tweede Kamerlid de heer De Goede in de vergadering der Tweede Kamer, van 28 mei l.l. vragen mogen stellen over deze circulaire. Uit de thans verschenen Handelingen der Kamer van genoemde vergadering van 28 mei l.l. wordt hier het betreffend verslag onverkort overgenomen. Het luidt:

Aan de orde is het stellen van vragen, overeenkomstig artikel 107 van het Reglement van Orde, door de heer De Goede aan de minister van Economische Zaken over het advies van de Landelijke Huisartsen Vereniging aan leden-huisartsen betreffende het niet specificeren van rekening voor cliënten.

De vragen van de heer *De Goede* luiden:

1. Is het de minister bekend, dat de Landelijke Huisartsen Vereniging de leden-huisartsen in een persoonlijke en vertrouwelijke brief onder meer heeft geadviseerd de rekeningen voor cliënten voortaan niet meer te specificeren?
2. Is de minister niet van mening, dat een dergelijk advies sterk moet worden gecritiseerd omdat:
 - a. patiënten in staat moeten zijn de rekeningen van huisartsen te beoordelen;
 - b. gespecificeerde rekeningen noodzakelijk kunnen zijn voor particulier verzekeren;
 - c. een dergelijke handelwijze in het kader van het prijsbeleid niet past?
3. Kan de minister overigens de inhoud van dit „persoonlijk” en „vertrouwelijk” schrijven van de Landelijke Huisartsen Vereniging bekend doen worden?
4. Indien één of meer van bovenstaande vragen bevestigend worden beantwoord, welke stappen overweegt de minister dan?

De heer *De Goede* (D'66): Mijnheer de voorzitter! Ter toelichting op mijn vragen zou ik het volgende willen zeggen. Het bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft de leden-huisartsen in een persoonlijk en vertrouwelijk schrijven de wegen gewezen om — en ik aarzel niet het zo te noemen — tot stiekeme tariefsverhoging te kunnen overgaan. De Landelijke Huisartsen Vereniging adviseert in het schrijven geen data van visites en consulten meer op de rekeningen voor de patiënten te vermelden, ook geen splitsing tussen huis- en spreekuurbezoek aan te geven en in geval van één verrichting

per declaratieperiode deze dan te voegen bij verrichtingen in een volgende periode om ook dan controle onmogelijk te maken.

In deze brief van de Landelijke Huisartsen Vereniging wordt voorts een beroep gedaan op de solidariteit van de aangesloten leden en wanneer men nog niet helemaal begrepen heeft, hoe men de verborgen wegen effectief kan bewandelen, contact op te nemen met de L.H.V. Genoemde gegevens zijn in de publiciteit gekomen, onder andere in een televisieuitzending van 15 mei jl. in de serie „Koning Klant”. Daarnaast verwijs ik naar een publikatie in „De Vakbeweging” van 8 mei jl., het orgaan van het N.V.V., waarin uitvoerig wordt geciteerd uit die persoonlijke en vertrouwelijke brief. Ik heb daaruit gelezen dat ten einde in de naaste toekomst de mogelijkheid uit te sluiten dat de controledienst verder misbruik maakt van nota's die door patiënten te goeder trouw worden ingezonden, alle huisartsen wordt verzocht zich aan de suggesties van de Landelijke Huisartsen Vereniging te houden.

Mijnheer de voorzitter! Mijn vragen aan de minister van 11 mei, welke vandaag worden beantwoord, hebben de bedoeling, de minister tot de uitspraak te bewegen, dat dit gedrag van de L.H.V. volstrekt afkeurenswaardig is. Ik hoop, dat de minister zo nodig passende maatregelen overweegt om hieraan paal en perk te stellen.

Ik ontzeg de huisartsen niet het recht, voor een verbetering van hun inkomenspositie te vechten, maar ik vind het wel volstrekt onjuist, dat de L.H.V. een geschil met de minister van Economische Zaken over de tarieven in de stiekeme sfeer probeert op te lossen en dat zij dat geschil probeert uit te vechten op de rug van de patiënten. Want wat is het geval? Vele particulier verzekerde patiënten zijn verzekerd voor een bedrag per consult, waaruit volgt, dat aan de hand van de nota's van de huisartsen, gespecificeerd en wel, de verzekering overgaat tot vergoeding per visite, bijvoorbeeld: vier consulten à f 10 is f 40. De verzekerde is bijvoorbeeld voor 4 maal f 7,50 verzekerd en krijgt van de verzekering f 30 terug. Wanneer nu in het vervolg dezelfde arts voor dezelfde vier visites geen specificatie meer geeft, dan blijkt uit de nota slechts een bedrag van f 40. Welnu, dan doet de verzekering — blijkens inlichtingen die ik heb ingewonnen — of een betaling van éénmaal f 7,50, of zij betaalt in het geheel niets, bij gebrek aan welke specificatie dan ook.

Mijnheer de voorzitter! Ook in het kader van het prijsbeleid, waarbij vast te stellen moet zijn, of er een ongemotiveerde prijsstijging plaatsvindt, is deze handelwijze volstrekt ontoelaatbaar.

Het is mij bekend, dat vele huisartsen het geheel oneens zijn met de door het bestuur van de L.H.V. ingeslagen weg. Ik hoop, dat deze artsen door een

actie hun bestuur tot het inzicht kunnen brengen, dat de brief moet worden ingetrokken.

Antwoord van de minister

De heer *Nelissen*, minister van Economische Zaken: Mijnheer de voorzitter! Mijn beantwoording van de vragen van de heer De Goede zou ik willen beginnen, zoals een goed gebruik is, bij het antwoord op vraag 1. Daarmtrent kan ik mededelen, dat het mij bekend is, dat de L.H.V. haar leden heeft geadviseerd, in een persoonlijke en vertrouwelijke brief, de rekeningen voor cliënten voortaan niet meer te specificeren.

In antwoord op vraag 2, a, wil ik opmerken, dat de cliënten ook naar mijn mening in staat dienen te zijn, de rekeningen van huisartsen te beoordelen. Het niet specificeren van de rekeningen zou tot gevolg hebben dat patiënten geen inzicht meer krijgen in de opbouw van hun nota's. Daardoor zou afbreuk worden gedaan aan de gedachte, dat de consument recht heeft op een doorzichtige prijsvorming. De oproep van de L.H.V. betekent mijns inziens dan ook een stap terug.

Vraag 2, b mijnheer de voorzitter. Inderdaad kunnen specificaties van rekeningen voor particulier verzekerden noodzakelijk zijn. Zoals mij is gebleken, houdt de circulaire van de L.H.V. het advies in, dat, als de medisch adviseur van een verzekeringsinstelling zich tot een huisarts om inlichtingen wendt, het die huisarts is toegestaan, mits op nadrukkelijk verzoek van de patiënt, en met de nodige terughoudendheid, de nota toe te lichten. Deze procedure acht ik niet gelukkig en onvoldoende. Inmiddels is ook van ziektekostenverzekeraarszijde te kennen gegeven, dat zij gespecificeerde not's nodig achten.

Ter zake — zoals ook uit de persberichten is gebleken — lopen contacten tussen de ziektekostenverzekeraars en de L.H.V.

Vraag 2, c mijnheer de voorzitter. In de circulaire wordt als argument voor het advies, geen rekeningen meer te specificeren, de overweging genoemd, dat de E.C.D. (Economische Controle Dienst - red.) ter controle van huisartsen gebruik van rekeningen maakt. Ik stel voorop, dat mij geen enkel concreet geval bekend is, waarin E.C.D.-ambtenaren in het kader van controles van huisartsen hun bevoegdheden zouden hebben overschreden. In een bespreking met een delegatie van de L.H.V., waarbij dit punt aan de orde kwam, heb ik hun gevraagd, indien zij concrete klachten meenden te hebben, deze aan mij voor te leggen. Zulks is tot op heden niet gebeurd.

Wel heeft de E.C.D. in een aantal gevallen geconstateerd, dat huisartsen hun tarieven in strijd met de wettelijke bepalingen hadden verhoogd. Hieruit blijkt, dat de controle door de E.C.D. van huisartstarieven helaas nodig is.

Onder deze omstandigheden betekent het advies van de Landelijke Huisartsen Vereniging een oproep

aan de leden-huisartsen om de noodzakelijke controle-activiteiten van de E.C.D. te bemoeilijken. Ik ben daarom van oordeel, dat de gewraakte handelwijze in het kader van het prijsbeleid niet past.

Samenvattende zou ik ten aanzien van het in vraag 2 gestelde willen zeggen, dat ik meen, dat tegen het bewuste advies van de Landelijke Huisartsen Vereniging terecht vanuit verschillende oogpunten grote bezwaren kunnen worden gemaakt.

Wat vraag 3 betreft, het dagelijks bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft mij desgevraagd doen weten er niet voor te voelen zelf tot publikatie van deze vertrouwelijke en persoonlijke brief aan de leden over te gaan. Tegelijkertijd heeft zij mij doen weten, dat zij er bezwaar tegen zou hebben, als mijnerzijds tot publikatie zou worden overgegaan. In deze situatie geef ik er de voorkeur aan aan het verzoek, de inhoud van de bewuste circulaire mijnerzijds bekend te maken, niet te voldoen.

Omtrent de materiële inhoud van deze circulaire zijn inmiddels overigens reeds verschillende publikaties in de pers verschenen.

Wat vraag 4 betreft, de Prijzenwet verleent aan de betrokken minister de bevoegdheid tot het geven van voorschriften tot het voeren van een administratie waaruit de vorming van gevraagde, bedongen of in rekening gebrachte prijzen blijkt. Ik overweeg van deze bevoegdheid ten aanzien van de door huisartsen te voeren administratie gebruik te maken. Alvoers daaromtrent een beslissing te nemen, acht ik nader overleg met de L.H.V. echter gewenst en ik heb haar daartoe onlangs uitgenodigd.

Bij dit overleg zal naast de aan de door de huisartsen te voeren administratie eventueel te stellen eisen ook worden ingegaan op de wenselijkheid van specificatie van de aan de cliënten te zenden nota's. Ten aanzien van het laatste punt bevat de Prijzenwet evenmin als enige andere wet bevoegdheden; wel, zoals gesteld, ten aanzien van de te voeren administratie.

Re- en dupliek

De voorzitter: Wenst de heer De Goede nog ingevolge artikel 107 van het Reglement van Orde vragen over hetzelfde onderwerp ter nadere opheldering te stellen en deze, zo nodig, op zeer beknopte wijze toe te lichten?

De heer *De Goede* (D'66): Mijnheer de voorzitter! Is de minister met mij van mening, dat, zolang de L.H.V. blijkbaar, en dus in het openbaar, niet tot uitdrukking brengt, dat de werking van de brief ongedaan moet worden gemaakt, er een intensievere controle dan ooit noodzakelijk is met betrekking tot de in rekening gebrachte tarieven? Is de minister dan ook met mij van mening, dat daarvoor meer controleurs op pad zullen moeten om de artsen, die blijkbaar gevolg geven aan deze te laken instructie, op te sporen en zo nodig aan te pakken?

Mijn tweede vraag is: Is de minister bereid in het bijzonder in het komende gesprek met de L.H.V. de

aandacht te vestigen op de uitspraak van de vice-voorzitter van deze organisatie, de arts Salomé — en dan citeer ik „De Vakbeweging” van 8 mei —, waarin hij zou hebben gezegd:

„Wanneer een patiënt de rekening niet betaalt op grond van het feit, dat de nota ongespecificeerd is, dan moet de arts maar aannemen, dat dat een afdanken is van de arts door de patiënt?” Als deze uitspraak zou zijn gedaan, vind ik dat bijzonder te laken omdat — en ik ben het eens met de mening van „De Vakbeweging” — „dan de mate van medische zorg blijikbaar voor sommige huisartsen sterk verbonden is aan hun inkomen”.

Minister *Nelissen*: Mijnheer de voorzitter! Mijn antwoord op de eerste vraag is, dat er ook thans reeds, los van de circulaire van de L.H.V. aan haar leden, controle plaatsvindt, die zo effectief en zo goed mogelijk gebeurt. Een verdere intensivering van de controle acht ik uit dit oogpunt niet noodzakelijk, te meer daar ook verschillende processen-verbaal lopende zijn en bij de gerechtelijke autoriteiten in behandeling komen.

Wat de tweede vraag van de heer De Goede betreft wil ik opmerken, dat, indien het tweede gesprek, waarop ik zojuist doelde, op basis van de door mij gedane uitnodiging plaatsvindt, ik aan de hele materie van de vertrouwensrelatie arts-patiënt, ook juist in het kader van deze specificatie, ongetwijfeld ruime aandacht zal schenken.

Vragen van enkele andere Kamerleden

De Voorzitter: Wensen nog andere leden een nadere vraag te stellen? Ik merk op, dat dit slechts één vraag mag zijn en dat deze niet mag worden toegelicht.

De heer *De Vreeze* (K.V.P.): Is het de minister bekend of het zojuist door hem vermelde contact tussen de Landelijke Huisartsen Vereniging en ziektekostenverzekeraars, waarvan ook in perspublicaties sprake was, heeft kunnen leiden tot oplossing van moeilijkheden ten gevolge van de bewuste circulaire voor patiënten met het oog op hun verzekering en, zo niet, zou hij zich daarover willen laten informeren?

Minister *Nelissen*: Mij is niet bekend, mijnheer de voorzitter, dat de contacten — wellicht is dit in sommige opzichten een heel groot woord — reeds tot resultaten hebben geleid. Het is wel mijn bedoeling, mij daaromtrent van beide zijden te laten informeren.

De heer *Gortzak* (P.S.P.): Mijnheer de voorzitter! Ik zou de minister willen vragen of de Landelijke Huisartsen Vereniging zich niet schuldig maakte aan een strafbaar feit, toen zij door middel van deze vertrouwelijke brief de leden als het ware uitnodigde een hogere prijs te vragen dan in de prijzenbeschikking was toegestaan.

Minister *Nelissen*: Mijnheer de voorzitter! Het beantwoorden van deze vraag ligt mijns inziens meer

op de weg van de minister van Justitie dan op mijn weg. Ik meen overigens — maar dat is de mening van een niet ter zake deskundige —, dat zolang er geen administratievoorschriften in het kader van de Prijzenwet zijn gesteld niet van een strafbaar feit zal kunnen worden gesproken.

De heer *Tilanus* (C.H.U.): Welke reacties heeft de minister op de beschuldiging die de Landelijke Huisartsen Vereniging heeft gedaan, dat de Economische Controle Dienst patiënten onder druk heeft gezet om belastende verklaringen over artsenrekeningen af te leggen?

Minister *Nelissen*: Deze mededelingen, met name in de pers, die ook — zij het summier — ter sprake zijn geweest in een bespreking die ik met een vertegenwoordiging van de L.H.V. heb gehad, hebben geleid tot het mijnerzijds zojuist weergegeven verzoek om, zodra men meent over concrete aanwijzingen te beschikken of gegevens bekend zijn die zouden kunnen wijzen in de richting van het onder pressie zetten respectievelijk misbruik maken van bevoegdheden door de Economische Controle Dienst, mij deze ogenblikkelijk te melden. Op dit verzoek, in het gesprek geruime tijd geleden gedaan, heeft mij nog geen enkele concrete indicatie of concrete mededeling van de zijde van de L.H.V. bereikt.

Mevrouw *Brautigam* (P.v.d.A.): Overweegt de minister wellicht om zijn bevoegdheid tot het geven van administratievoorschriften eventueel uit te breiden tot de tandartsen?

Minister *Nelissen*: Ik heb dit nog niet overwogen, mijnheer de voorzitter. Ik zal erover nadenken.

De heer *Boot* (K.V.P.): Ervan uitgaande dat het kind van de rekening — dat is de patiënt letterlijk en figuurlijk — tussen de ziektekostenverzekeraars en de medici in zit, rijst de vraag of nu duidelijk is of zij de declaraties al dan niet moeten betalen.

Minister *Nelissen*: Het figuurlijke van de heer Boot kan ik wel volgen, mijnheer de voorzitter. Wat het letterlijke betreft, ik hoop dat dit in ieder geval niet het geval zal zijn. Ik zie in deze materie de contactcommissie van de ziektekostenverzekeraars toch in zekere zin ook heel nadrukkelijk als vertegenwoordigers en behartigers van de belangen van de verzekerden. Ik hoop dat zij, ook juist als groep van ziektekostenverzekeraars, hun invloed zullen aanwenden opdat tot een verantwoorde specificatie kan worden gekomen.

Mejuffrouw *Haars* (C.H.U.): Aansluitend op de vraag van de heer Boot, zou ik willen vragen of niet het gevaar bestaat dat sommige patiënten toch de dupe worden van deze methode van declareren, omdat nu de ziektekostenverzekeraars in de onmogelijkheid kunnen komen te verkeren, uitkeringen vast te stellen op niet-gespecificeerde rekeningen als de patiënten voor bepaalde onderdelen of voor bepaalde behandelingen verzekerd zijn.

Minister *Nelissen*: Dat gevaar is er, mijnheer de

voorzitter. De redenen waarom ik contact met de L.H.V. heb gezocht — dit geldt ook voor het contact dat de organisatie van ziektekostenverzekeraars met de L.H.V. heeft gezocht — zijn juist gelegen in dit gevaar en beogen het zoveel mogelijk te voorkomen.

De heer *Van het Schip* (C.P.N.): Mijnheer de voorzitter! Is de minister niet van mening dat het inschakelen van de Economische Controle Dienst tegen te goeder naam en faam bekend staande artsen het klimaat ernstig verslechtert en strijdig is met de belangen van de volksgezondheid, die alleen gebaat zijn met een juiste bejegening en waardering van het beroep van huisarts, vooral omdat het hier niet gaat om een conflict tussen huisarts en patiënt, maar ten hoogste kan worden gesproken van een conflict tussen ziektekostenverzekeraars en de artsen?

Minister *Nelissen*: Mijnheer de voorzitter! Ik zou niet graag van conflicten willen spreken. Ik meen dat de meest rustige terminologie ook de meest juiste is. Er bestaat een zeer nadrukkelijk verschil van inzicht tussen de Landelijke Huisartsen Vereni-

ging en de minister van Economische Zaken. Er bestaat ook een verschil van inzicht tussen de organisatie van ziektekostenverzekeraars en de L.H.V. Het is de bedoeling — ik zal pogen dat te blijven bevorderen zolang zulks mogelijk is — langs de weg van overleg tot een oplossing te komen.

De heer *Verlaan* (B.P.): Mijnheer de voorzitter! Ziet de minister in deze actie van de artsen niet een soort buitenparlementaire actie en een escalatie van het verzet tegen het grote onrecht van de huidige prijsmaatregelen en is hij niet van mening dat de enige oplossing is gelegen in een beëindiging van dit prijsbeleid?

Minister *Nelissen*: Mijnheer de voorzitter! Mij zou niets liever zijn dan dat zich omstandigheden voordeden waarin de intensiviteit waarmee thans het prijsbeleid moet worden gevoerd, zou kunnen worden beëindigd. Ik meen dat in het beëindigen van het prijsbeleid niet een verstandige bijdrage zou zijn gelegen tot oplossing van de problemen wanneer dat niet correspondeert met een gegroeide situatie die zulks mogelijk maakt.

Affiliatie Gemeenteziekenhuis Arnhem en Katholieke Universiteit

Op 2 juni 1970 is de affiliatie-overeenkomst ondertekend tussen het Gemeenteziekenhuis te Arnhem en de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Met deze ondertekening is officieel een in 1968 in principe genomen en reeds in werking gezet besluit bekrachtigd, waarbij het Gemeenteziekenhuis te Arnhem zich bereid heeft verklaard de faculteit der geneeskunde van de Nijmeegse universiteit medewerking te verlenen bij de opleiding van co-assistenten. Voor de opleiding psychiatrie zal daarbij middels het Gemeenteziekenhuis te Arnhem tevens de psychiatrische inrichting te Wolfheze worden ingeschakeld.

Ook voorheen waren de academische ziekenhuizen niet in staat alle co-assistenten de gelegenheid te geven deze praktische training in het academisch ziekenhuis zelf te volgen. Door persoonlijke relaties tussen de klinische hoogleraren en in de algemene ziekenhuizen werkzame specialisten kon tot dusverre in het tekort aan opleidingsplaatsen worden voorzien. Het sterk toegenomen aantal medische studenten maakte deze informele medewerking echter niet meer toereikend. De affiliatie beoogt dan ook een geïnstitutionaliseerde vorm van samenwerking, waarbij ieder der academische ziekenhuizen

overeenkomsten sluit met een of meer algemene „geaffilieerde” ziekenhuizen, die — en dat in principe in hun geheel — bij de klinische opleiding van de studenten worden betrokken. De Katholieke Universiteit is hierover mede in bespreking met het Sint Canisiusziekenhuis te Nijmegen en met de ziekenhuizen te Eindhoven.

De overeenkomst die thans tussen het Gemeenteziekenhuis te Arnhem en de Katholieke Universiteit is gesloten, draagt vooralsnog een voorlopig karakter, inzoverre de minister van Onderwijs en Wetenschappen nog nadere richtlijnen voor de affiliatie moet vaststellen. De ministeriële affiliatie-commissie heeft hierover inmiddels haar rapport aan de minister uitgebracht en binnenkort kunnen naar verwachting deze nadere richtlijnen worden tegemoetgezien. De richtlijnen houden naast doelstelling en organisatie van de affiliatie ook in, dat de geaffilieerde ziekenhuizen op de nodige steun kunnen rekenen om de onderwijstaak die zij op zich hebben genomen naar behoren te vervullen. Te denken valt aan de aanstelling van een onderwijscoördinator, welke functie in het Gemeenteziekenhuis te Arnhem door de aldaar werkzame internist Dr. L. Schalm wordt waargenomen, uitbreiding van de staf van specialisten, tegemoetkoming in de algemene kosten en investeringen die nodig zijn om het ziekenhuis aan het onderwijs aan te passen. Voorlopig worden deze vergoedingen vastgesteld op basis van een opleidingscapaciteit van 28 co-assistenten. Het Gemeenteziekenhuis te Arnhem streeft naar een opvoering van deze capaciteit in de komende zes jaar tot ongeveer 50 plaatsen.

Abonnementen op Medisch Contact, welke niet voor het einde van de jaargang schriftelijk zijn opgezegd, worden geacht opnieuw voor dezelfde termijn te zijn ingegaan.

Medisch-ethische vragen in verband met anesthesie*

Door Dr. Paul Sporken

Het is voor mij als ethicus steeds weer een beetje moeilijk om voor een uitgelezen groep van medische specialisten een ethische beschouwing te beginnen. Ik heb het gevoel, dat die moeilijkheid vooral hierin gelegen is, dat ethici in de ogen van sommigen toch nog steeds de mensen zijn „die weten hoe het moet”, een soort van „professionele normenvindsters” dus. Om het mijzelf en wellicht ook u een beetje gemakkelijk te maken, zou ik vooraf uitdrukkelijk dit willen stellen: het is niet de taak van de ethicus om vanuit zijn discipline normen op te stellen die dan zouden moeten gelden voor het medisch handelen. De taak van de ethicus, die zich bezighoudt met het medisch ethos en de medische ethiek, bestaat mijns inziens hierin: vanaf het moment, dat in het medisch handelen humaniteit in het geding komt, op dát punt met u meedenken over de eisen die voortvloeien uit het feit, dat het om een mens gaat. De ethicus mag dan weliswaar vanuit zijn vakspecialisme een helpende hand toesteken aan de medicus en in het gezamenlijk denken eventueel ook nog vóórdenker zijn, maar meer niet. Voor de taak van de ethicus in de medische opleiding geldt vooral, dat hij er naar moet streven de medische studenten te leren zelf ethisch te denken. Het komt er dus in feite op neer, dat de ethicus tot taak heeft zichzelf zo spoedig mogelijk overbodig te maken.

De staf van de afdeling Anesthesiologie van de Nijmeegse Universiteit heeft mij gevraagd een discussie op gang te brengen door het houden van een referaat over enkele grondnoties van de medische ethiek met betrekking tot de praktijk van de anesthesist. Om mijn opdracht te vergemakkelijken werden mij enkele praktijkgevallen voorgelegd, die wellicht met nut kunnen worden besproken. Ik wil enige tijd stilstaan bij de grondnorm van eerbied voor het menselijk leven en daarna onderzoeken wat daarom mijn inleiding opbouwen in twee delen: eerst dit beginsel aan ethische normen of gedragsregels voor enkele concrete casus, inhoudt.

Om misverstand te voorkomen moge ik opmerken, dat ik weliswaar begin met het algemeen beginsel van eerbied voor het menselijk leven, maar niet in de

zin van een abstract en a priori vastgesteld principe, waaruit dan concrete normen worden gededuceerd. Met algemeen beginsel bedoel ik de ethische verworvenheden, die in feite uit de concrete levensrealiteit zijn gehaald en die — willen zij levensecht zijn — telkens opnieuw aan diezelfde levensrealiteit op hun waarachtigheid moeten worden getoetst.

1. Inzake de eerbied voor het menselijk leven

Deze norm behoort ongetwijfeld tot de meest fundamentele ethische verworvenheden van onze westerse christelijke cultuur. Voor gelovigen is dit zelfs tot sacrale norm geworden: het menselijk leven is immers volgens de christelijke visie een geschenk of gave des Heren, die aan de mens als opgave, dat is in ethische verantwoordelijkheid is toevertrouwd.

Niet in het minst vanwege haar sacrale karakter wordt deze grondnorm beschouwd als een van de weinige absolute en algemeen geldende normen, die onze ethiek rijk is. Toch heeft ook deze ethische norm — hoe fundamenteel zij ook zijn moge — een bepaalde relativiteit.

Een eerste relativerend aspect is hierin gelegen, dat feitelijk doden niet altijd en niet noodzakelijk identiek is aan moord in de ethische betekenis van het woord. Denk hierbij aan voorbeelden als doden uit noodweer of zelfverdediging en aan laten sterven omdat verdere pogingen tot levensverlenging zinloos bleken.

Een tweede relativering wordt aangebracht door de overtuiging, dat deze norm zich niet betreft op levensbehoud zonder meer, doch op behoud van ménselijk, dat is zinvol en acceptabel menselijk leven. Deze ontwikkeling in de interpretatie van de norm is in katholieke kringen zeer uitdrukkelijk aanwezig sinds de rede van Pius XII over reanimatie in 1957.

Deze idee werd in 1961 verder uitgewerkt op het congres van de Katholieke Artsenvereniging. In een artikel in 1965 en in de „Voorlopige Diagnose” probeerde ik zelf deze grondnorm uit te diepen door te zoeken naar de criteria, op grond waarvan men zinvol en acceptabel menselijk leven aanwezig acht. Het is echter duidelijk, dat deze zaak nog niet helemaal doordacht is, met name in betrekking met andere grondideeën zoals „menswaardigheid” en „authentieke humaniteit”.

Beide genoemde punten komen naar mijn mening in een zuiverder licht te staan, wanneer men ze plaatst in de context van een wat dieper gaande

* Tekst van de inleiding, gehouden tijdens een refereeravond van Prof. Dr. J. F. Crul op 21 mei 1970 te Nijmegen. Prof. Crul is bereid desgevraagd nadere medische informatie te verschaffen over de in II, 2 behandelde casus.

beschouwing. Ik zou deze in het kort als volgt willen formuleren.

Wanneer wij spreken van „mens” of van „mense-lijk leven”, doelen wij niet op het abstract begrip of de definitie van mens-zijn. Mens-zijn is altijd mens-in-wording zijn. De ethische plicht tot eerbiediging van dat menselijk leven geldt vanaf het moment dat en zolang als er menselijk leven aanwezig moet worden geacht, hetgeen mijns inziens betekent: vanaf het begin van de zwangerschap tot en met de her-sedood.

Maar daarmee is niet alles gezegd. Ook al is er sprake van menselijk leven in ontwikkeling, dit betekent nog niet, dat het menselijke gedurende het gehele proces op dezelfde manier wordt gerealiseerd. Er is ontegenzeggelijk een groot verschil in mens-zijn tussen een bevruchte eicel, een embryo, een bijna voldragen kind, een pasgeborene, een puber, een volwassene en een bejaarde. Dienovereenkomstig is er ook een verschil in waardering van dit menselijk leven: de dood van een volwassene, van een kind, van een pasgeborene en het afsterven van de vrucht van een twee weken oude zwangerschap worden niet op dezelfde wijze als verlies en verdriet ervaren door de omgeving. Een dergelijk verschil in waardering bestaat ook ten aanzien van doden: abortus provocatus wordt als minder „erg” beschouwd bij een drie weken dan bij een drie maanden oude zwangerschap en dit laatste weer minder erg dan kindermoord, enz.

Dit houdt niet in, dat men aan een bepaalde fase van de ontwikkeling de kwaliteit „menselijk” kan onthouden. Het duidt echter op een gegeven, dat voor het antropologisch en ethisch denken van uitzonderlijk groot belang is.

Wanneer wij denken over mens-zijn, dan doen wij dit vanuit het „levensmidden”, dat wil zeggen vanuit de volwassen mens, bij wie normaal het mens-zijn ten volle is verwerkelijkt. Van dat standpunt uit gezien kan men mijns inziens van een bevruchte eicel niet beweren, dat zij ten volle mens is. De verwerkelijking van dit ten-volle-mens-zijn vormt een vloeiende lijn, die een opgang en een neergang kent. Dit heeft tot gevolg, dat de ethische plicht tot eerbiediging van het menselijk leven eenzelfde vloeiende lijn vertoont wat betreft haar geldingskracht: zij geldt vanaf het begin tot het einde, maar geldt zwaarder naarmate het mens-zijn „op voller wijze” is gerealiseerd. Met andere woorden naarmate het menswordingsproces zich op een hoger niveau van mens-zijn bevindt, zal de situatie ernstiger en zullen de redenen zwaarder moeten zijn om de verkorting of het afbreken van dat leven ethisch te kunnen verantwoorden. Om het met een voorbeeld te verduidelijken: passieve euthanasie bij een patiënt met een uitstekende prognose is ethisch niet aanvaardbaar, maar is dat wel bij een ca-patiënt, die tijdens de terminale fase een pneumonie krijgt.

Naar mijn stelligste overtuiging doen de drie genoemde relativeringen geen afbreuk aan de grondnorm van eerbied voor het menselijk leven. Integendeel, zij versterken die norm naar het specifiek men-

selijke toe, vooral in het perspectief van het medisch-ethisch Leitmotiv: het gaat om de hulp aan een bepaalde menselijke persoon, die in lichamelijke en sociale bestaanssituatie op weg is naar datgene wat hij meent te zien als zijn levensdoel. De werkelijke belangen van de patiënt in zijn totaliteit — zoals de patiënt die zelf ziet en zoals wij die met hem of namens hem menen te zien — bepalen de norm van het medisch handelen.

Ofschoon de opbouw van de daartoe nodige arts-patiënt relatie niet zo'n lange tijd hoeft te vergen, kan de korte kennismaking van de anesthesist met de patiënt moeilijkheden opleveren: het contact is soms zo kort, dat het vaak moeilijk is om te schatten wat de werkelijke belangen van de patiënt zijn en hoe deze het beste worden gediend. Maar daar staat als positief punt tegenover, dat de anesthesist soms juist daardoor beter in staat is tot objectieve beoordeling, omdat hij vrij is van subjectieve bindingen aan patiënt en/of familie en van eventuele andere belangen.

II. Afzonderlijke kwesties

Aan de hand van drie praktijk-voorbeelden wil ik nu de zojuist geschetste principiële ethische stellingen nader toelichten. Dit is belangrijk, omdat de toetsing aan de praktijk de eigenlijke inhoud en draagwijdte van de beginselen doet oplichten en bovendien omdat daardoor eventuele nuancering of correctie van de beginselen kan geschieden.

In overleg met de staf van de anesthesiologie van deze universiteit heb ik daarvoor drie voorbeelden gekozen: een groep gevallen waarin de (ethische) opvattingen van anesthesist en patiënt met elkaar in tegenspraak zijn of minstens sterk verschillen, een voorbeeld betreffende de doodscriteria en tenslotte een standpuntsbepaling ten opzichte van euthanasie.

1. Verschillende opvatting bij arts en patiënt

Een kwestie, die in dit verband steeds terugkeert, is de vraag omtrent bloedtransfusie bij een Getuige van Jehova. De vraag is: kan de anesthesist zijn eigen opvatting opleggen aan een patiënt, die op grond van religieus-ethische overwegingen een voor zijn levensbehoud noodzakelijke bloedtransfusie weigert?

Het uitgangspunt van een ethische benadering is mijns inziens dit: de gewetensvisie en de beslissing van de patiënt dienen gerespecteerd te worden, tenzij men met zekerheid kan aantonen dat de patiënt eenvoudigweg niet bekwaam is om zelf als volwassene en verantwoordelijk mens te beslissen. In alle andere gevallen mag de arts zijn visie aan de patiënt voorleggen en hem trachten te overtuigen van zijn ongelijk, maar verder kan hij niet gaan. Als een volwassen persoon bij zijn weigering blijft, dan meen ik dat de beslissing van de patiënt hier — zoals ook in alle andere gevallen waarin een patiënt

een medische behandeling weigert — doorslaggevend is.

In de praktijk wordt dit ook gedaan; het komt echter ook voor dat men de patiënt onder een lichte narcose brengt en dan — voor hem dus onwetend — de voor zijn levensbehoud noodzakelijk bloedtransfusie toch geeft. Het lijkt mij toe, dat deze laatste handelwijze niet juist is.

Heel anders ligt de kwestie, wanneer het gaat over een kind wiens ouders getuigen van Jehova zijn. Dan staan namelijk tegenover elkaar de opvatting van de ouders en de opvatting van de arts, die beiden de belangen van het kind willen behartigen. Het wil mij voorkomen, dat dan de opvatting van de behandelende geneesheer doorslaggevend mag zijn. Het lijkt echter raadzaam de gerechtelijke macht te verwittigen alvorens in dergelijke gevallen tot handelen over te gaan.

Een mogelijk verschil van opvatting kan aanwezig zijn bij de behandeling van een patiënt, die na een suicidepoging comateus wordt binnengeberacht. Ook hier zou men geneigd zijn als uitgangspunt te stellen dat de wil van de patiënt moet worden gerespecteerd. Toch kan men dit in deze gevallen niet zonder meer doen, omdat naar algemene overtuiging een beslissing tot zelfmoord slechts in pathologische toestand wordt genomen; dit heeft ten gevolge dat men de patiënt tegen zichzelf in bescherming dient te nemen.

In de medische praktijk wordt dan ook steeds gepoogd de patiënt te redden en naar mijn mening terecht. Wij moeten hierbij echter het volgende bedenken: als wij de patiënt in leven houden omdat wij de overtuiging hebben dat hij bij vergissing of ten onrechte zijn leven wilde beëindigen, dan dienen wij hem te helpen de redenen om tot zelfmoordpoging over te gaan weg te nemen. Het lijkt mij medisch-ethisch onverantwoord om de patiënt na herstel van lichamelijke conditie te laten weggaan zonder pogingen in het werk te hebben gesteld voor psychotherapie.

Bij andere voorbeelden in dit verband ligt de verhouding inzake het verschil van opvatting precies omgekeerd. In de twee voorafgaande gevallen was het de vraag of de anesthesist zijn ethische opvattingen kan opleggen aan de patiënt. Men kan echter met evenveel recht de vraag stellen of een patiënt c.q. een collega arts zijn visie kan opleggen aan de anesthesist? Concreet kan zich deze vraag voordoen bij operatieve ingrepen, waarvan de ethische verantwoording wordt bestreden. Een van die voorbeelden is de abortus lege artis provocatus. Op dit punt heeft een duidelijk waarneembare ontwikkeling in ethisch denken plaatsgehad en wordt de abortus provocatus op medisch-somatische, medisch-psychische en zelfs medisch-sociale indicatie meer en meer aanvaardbaar geacht. Toch kan men zich — zeker voor de naaste toekomst — de situatie indenken, dat een anesthesist twijfelt of hij zijn medewerking kan verlenen bij een abortus provocatus, die hij zelf in geweten onverantwoord vindt. Men kan zich hier niet van af maken door simpel te stellen, dat hij

zich maar moet verlaten op het oordeel van zijn collega. De anesthesist behoudt altijd zijn eigen verantwoordelijkheid als medicus. Is hij van mening, dat zijn eigen verantwoordelijkheid tot medewerking aan die medische ingreep voldoende wordt gehonoreerd, wanneer hij vertrouwt op de ernstig overwogen beslissing van zijn collega, dan is dit goed. Is hij echter een andere opvatting toegedaan, dan staat het hem vrij zijn medewerking te weigeren. Het zou onaanvaardbaar zijn, wanneer de anesthesist door een of andere vorm van morele druk zou worden gedwongen zijn medewerking te verlenen tegen zijn eigen geweten als medicus in.

Om te besluiten dient een andere situatie te worden vermeld, waarin de zojuist gestelde vraag nog iets scherper terugkomt. Sommige artsen dragen een kaart bij zich, waarop zij uitdrukkelijk als hun wil en wens te kennen geven, dat zij ingeval van hersenletsel of hartinfarct geen reanimatie willen. Is de anesthesist zonder meer en te allen tijde verplicht deze wilsbeschikking van zijn collega te eerbiedigen?

Het wil mij voorkomen, dat men deze vraag niet zo „zwart-wit" mag stellen. De eigenlijke bedoeling van een dergelijke wilsbeschikking lijkt mij deze te zijn: de betrokken persoon wil voorkómen, dat de eventuele reanimatiepogingen onnodig lang worden voortgezet of misschien resulteren in een voor hem onaanvaardbaar laag peil van menselijk leven. Daarom dient de anesthesist mijns inziens zeker te reanimeren wanneer naar zijn mening de prognose uiterst gunstig is. Maar daarmee duid ik op een praktische moeilijkheid, namelijk: dat men vaak met de reanimatiepogingen moet begonnen zijn, alvorens men met enige redelijke zekerheid iets kan zeggen over de prognose. Feitelijk beginnen met de reanimatie lijkt daarom in het belang van de betrokken persoon noodzakelijk. Wanneer bij de eenmaal begonnen reanimatie de prognose infaust blijkt, dan mag de wilsbeschikking medenormerend zijn in die zin, dat men bij twijfels omtrent de continuering eerder dan in andere gevallen de weegschaal laat doorslaan naar het afbreken van de pogingen.

2. Doodscriteria, vooral in verband met transplantatie

Naast de andere behandelende artsen staan de anesthesisten momenteel vaak voor zeer ernstige vragen in verband met reanimatie. Wanneer zij slaagt of wanneer duidelijk is dat ze helemaal niet slaagt, stellen zich weinig moeilijke vragen. Moeilijker wordt het, wanneer blijkt dat de reanimatie slechts partieel slaagt, zodat de patiënt eventueel zal voortleven op een niveau dat minimaal menselijk mag worden genoemd en in ieder geval vele trappen lager ligt dan het niveau vóór het hersenletsel. Wij komen dan terecht in de zeer ingewikkelde problemen rond het „zinvol en acceptabel menselijk leven", hetgeen nu buiten mijn opdracht valt.

Ik zou de aandacht willen richten op de criteria voor de vaststelling van de dood van de mens, mede

in verband met het uitnemen van organen ten behoeve van transplantatie. Daarbij wil ik uitgaan van een casus, die mij werd voorgelegd door de staf van de afdeling anesthesiologie. Deze casus is uit de aard der zaak zeer belangrijk, omdat het handelt over leven of dood. Het is bovendien een casus, die intrigeert, omdat ze buiten het gewone denkschema valt. Het handelt om het volgende geval.

Bij een hartoperatie, waarbij de hart-long-machine was ingeschakeld, begaf het hart van de patiënt het en wel totaal en definitief. Zijn leven redden door harttransplantatie was eenvoudig onmogelijk. De enige mogelijkheid was het leven nog een aantal uren in stand te houden door de hart-long-machine. De patiënt was onder narcose, maar kon elk moment wakker worden gemaakt. Een bijkomende omstandigheid was, dat collegae zeer grote interesse hadden in de nieren van de betreffende hartpatiënt ten behoeve van transplantatie. Wat te doen in dit geval?

Er waren globaal genomen vier mogelijkheden: 1e de hartlongmachine stopzetten, zodat de patiënt enkele minuten later dood zou zijn; 2e de patiënt eerst wakker maken, hem van zijn toestand op de hoogte brengen, eventueel toestemming vragen voor uitname van zijn nieren, daarna de hart-long-machine stopzetten, waarna de dood spoedig zou intreden; 3e de patiënt niet wakker laten worden, eventueel toestemming vragen aan familie voor het uitnemen van de nieren, de nieren uitnemen en daarna de hart-long-machine afzetten; 4e de patiënt niet wakker laten worden, de hart-long-machine afzetten en na vaststelling van de hersendood de nieren uitnemen.

Het lijkt mij niet juist om zonder méér voor de eerste mogelijkheid te kiezen, gezien het feit, dat twee mensen geholpen konden worden door een niertransplantatie.

De patiënt eerst wakker maken lijkt mij een uiterst precaire aangelegenheid. Dit zou in feite met zich meebrengen, dat hij op enigerlei wijze van zijn toestand en vooruitzichten op de hoogte werd gebracht of dit zelf zou inzien. Dit lijkt mij onbarmhartig en zelfs wreed, omdat naar mijn overtuiging de veronderstelling, dat hij dit kan verwerken, hoogst irreëel is. Men zou dit alleen in overweging kunnen nemen, als men de zekerheid had dat de patiënt nog belangrijke zaken zou moeten en willen regelen en bovendien dat hij dit ook áán zou kunnen in deze situatie. Maar ook dit lijkt mij niet doorslaggevend, omdat men redelijk mag aannemen dat een volwassene deze risico's voorziet alvorens hij tot het ondergaan van een dergelijke zware hartoperatie besluit.

Daarmee blijven nog de derde en vierde mogelijkheid over, die men in de volgende vraag kan samenvatten: mag men de nieren uitnemen vóórdat de hart-long-machine is stopgezet en de hersendood is ingetreden? Met andere woorden wij staan voor de vraag welke betekenis aan de hartstilstand en aan de hersendood moet worden toegekend in het geheel van de doodscriteria.

In de huidige stand van zaken in de medische wetenschap en praktijk valt in het geheel van de doodscriteria ongetwijfeld het hoofdaccent op de hersendood. Dit is onlangs duidelijk geformuleerd door een studiegcommissie „Hersendoodscriteria” (voorzitter Prof. Dr. W. Storm van Leeuwen) van de Gezondheidsraad: „Indien de functie der hersenen volledig, onherstelbaar verloren is gegaan, is de dood van de hersenen ingetreden en kan het individu als overleden worden beschouwd. Op dit ogenblik is het geoorloofd reanimatie-pogingen te staken en kan worden overwogen om organen voor transplantatie ter beschikking te stellen”. Ofschoon nog verschil van mening mogelijk is over de vraag of hersendood decorticatie dan wel decerebratie betekent (uitgewerkt in „Voorlopige Diagnose” Bilthoven, Ambo 1970, 2e VII), convergeren de verschillende criteria alle naar de hersendood als de meest beslissende factor.

Terugkerend naar de vraag in verband met de beschreven casus: het lijkt op het eerste gezicht aannemelijk dat men gezien de gehele situatie in dit geval wel mag overgaan tot het uitnemen van de organen alvorens de hart-long-machine is stopgezet, dat wil zeggen alvorens de hersendood is ingetreden. Toch lijkt het mij toe, dat dit medisch-ethisch een moeilijk, zo niet onmogelijk te verdedigen handelwijze is. In de eerste plaats: dit zou gelijk staan met het uitnemen van levensnoodzakelijke organen in een situatie waarin de mens als zodanig zeker nog niet is overleden, doch leeft, zij het met een infauste prognose. In de tweede plaats: deze handelwijze lijkt mij niet alleen in strijd met het medisch doodscriterium en dus ook met het medisch mensbegrip, maar bovendien met het mensbegrip zoals dat in onze westerse cultuur vigeert. In een mens, die — zij het aangesloten aan de hart-long-machine — elk moment wakker gemaakt kan worden zodat wij met hem kunnen praten, herkennen wij in feite een levende medemens. Uitmaken van levensnoodzakelijke organen is daarom in feite een inbreuk op de persoonlijkheid van die medemens.

Voor zover als ik de kwestie kan overzien, lijkt het mij daarom noodzakelijk ook in dit geval de vaststelling van de totale en blijvende hersendood af te wachten alvorens over te gaan tot uitneming van de organen ten behoeve van transplantatie (hetgeen in feite ook gebeurde.) Waarbij wellicht ten overvloede moge worden opgemerkt, dat in afwachting de maatregelen mogen worden genomen, die voor de optimale conditie van de te transplanteren nieren noodzakelijk zijn.

3. Passieve en actieve euthanasie

Daar waar levenshulp onmogelijk of zinloos is geworden, verkeert deze plicht tot levenshulp in de even zwaar wegende plicht tot stervenshulp. De optimale vorm van stervenshulp is ongetwijfeld gelegen in de stervensbegeleiding (zie Medisch Contact 25 (1970) no. 17, 418). Vele andere vormen van stervenshulp zijn vaak zinvol als hulpmiddelen in de context van een echt persoonlijke stervensbegelei-

ding, maar vaak ook noodzakelijk als vervanging van de medisch-ethisch meest gewenste vorm van stervensbegeleiding. Zij omvatten een scala van mogelijkheden: goede verpleging; pijnstillende middelen; vriendelijke (maar vaak onware) woorden van hoop op genezing, die zeker niet meer zal komen; verzachten van emotionele en psychische pijn door psychofarmaca; verhoging van de doses pijnstillende middelen, waardoor de dood ongetwijfeld eerder zal intreden. Zij omvatten tenslotte ook de twee vormen van euthanasie. Passieve euthanasie: het verkorten van het stervensproces door „niet meer de maximale therapeutische mogelijkheden aan te wenden” of door een letale complicatie niet meer te bestrijden. Actieve euthanasie: het drastisch verkorten van het stervensproces door een dodende injectie of iets wat daaraan gelijk staat.

Ofschoon dit een omstrede kwestie is, zou ik inzake actieve euthanasie als mijn persoonlijke mening naar voren willen brengen, dat het (zij het in uitzonderingsgevallen) ethisch verantwoord kan zijn tot actieve euthanasie over te gaan. Ieder mens heeft namelijk het fundamentele recht om op menswaardige manier zijn leven te leven en zijn eigen dood te sterven. Wanneer het stervensproces van dien aard is, dat dit een totale ontluistering voor de persoon in kwestie met zich meebrengt, zodat een menswaardig sterven voor hem tot de onmogelijkheden gaat behoren, kan actieve euthanasie in overweging worden genomen. In die gevallen waarin de behandelende arts met de patiënt in kwestie mee kan denken en voelen, kan hij op ethisch verantwoorde manier meewerken aan de uitvoering van de door de patiënt genomen beslissing. Dit standpunt lijkt mij ook verdedigbaar in het perspectief van een christelijke levensvisie. In de geloofsvisie weten wij weliswaar dat onze houding ten opzichte van het menselijk leven er een moet zijn van eerbied, maar wij zullen dan toch in de concrete, steeds verschillende situaties zelf moeten zien te achterhalen wat de eerbied voor het menselijk leven concreet van ons vraagt. Actieve euthanasie houdt ethisch gezien

het karakter van de keuze van een noodzakelijk kwaad of van een capitulatie voor overmacht, maar kan daarom juist als zodanig ethisch verantwoord zijn.

Naar mijn overtuiging geldt dit echter alleen, wanneer de patiënt dit zelf uitdrukkelijk wil. Actieve euthanasie zonder medeweten van de patiënt lijkt mij ethisch onverantwoord en wel om twee redenen: 1 deze beslissing over eigen leven of dood is een zodanige strikt persoonlijke aangelegenheid, dat mij een presumeren van de wil van de patiënt eenvoudig niet mogelijk lijkt; dat geldt zowel voor de arts als voor de familie; 2 in verband met het sociale aspect van dergelijke beslissingen lijkt een aantasting van de vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt (met alle gevolgen van dien) het onvermijdelijke gevolg. Het behoeft geen betoog dat dit een hoogst ongewenste zaak zou zijn (voor verdere uitwerking, zie: Medisch Contact 24 (1969) no. 51-52, 1431).

*
**

Dit waren de ethische overwegingen, die ik meende te mogen voorleggen tot nadere gezamenlijke overdenking en gedachtenwisseling.

Onze inspanningen zijn volledig de moeite waard, als wij er in slagen hierdoor weer iets meer inzicht te verwerven in de medisch-ethische grondoriëntaties én de houding, van waaruit wij de problemen in de praktijk benaderen en pogen tot een oplossing te brengen.

Dat wij niet voor alle casus duidelijke vuistregels hebben en soms niet goed inzien hoe wij de eerbied voor het menselijk leven in het individuele geval moeten concretiseren, is dan niet zo beangstigend. Ethische vragen zijn immers bij uitstek levensvragen. Levensvragen vinden hun eigenlijk antwoord in laatste instantie slechts in het leven zelf. Daarom kan ethiek niet „uit-gedacht” worden in een studeerkamer alleen; levensechte ethiek kan slechts worden „na-gedacht” vanuit de levensrealiteit.

Houding medewerkers in conflictsituaties met ziekenfondsen

Medio mei heeft de Ziekenfondsraad aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid een interim-advies doen toekomen terzake van de te volgen procedure in geval van conflictsituaties, met name de situatie die ontstaat als een landelijke honoreringsovereenkomst is geëxpireerd zonder dat reeds een aansluitende nieuwe overeenstemming als basis voor rechtsgeldige individuele overeenkomsten tot stand is gekomen.

Naar aanleiding van dit advies heeft de Contactcommissie van Medewerkersorganisaties zich harerzijds tot de minister gewend met een schrijven, waarin er op wordt gewezen dat in de stukken van de Ziekenfondsraad niet tot uiting komt, dat de medewerkers op ethische gronden gehouden zijn, de patiënten ook in een contractloze periode hulp te blijven verlenen. Evenmin zo wordt in de brief van de Contactcommissie gezegd, maken de stukken er melding van, dat in feite door de medewerkers op de oude voorwaarden wordt doorgewerkt, indien de onderhandelingen met de ziekenfondsen op de expiratedatum van het jaarcontract nog niet tot een afsluiting zijn gekomen, en dat de medewerkers zich reeds jaren geleden bij wijze van gentlemen's agreement tegenover de minister hebben verbonden om, als de onderhandelingen in een breuk eindigen, dan wel de betrokken medewerkersorganisatie tijdens de onderhandeling de onbereikbaarheid van een overeenstemming voorziet, hiervan de betrokken bewindsman in kennis te stellen en nog drie maanden op de oude voorwaarden te blijven doorwerken, teneinde de interventie van derden mogelijk te maken.

Indien men de praktijk der achterliggende jaren nauwkeurig nagaat — zo gaat de brief van de Contactcommissie van Medewerkersorganisaties verder — kan men vaststellen dat slechts bij zeer grote uitzondering perioden zijn voorgekomen, waarin overeenkomsten van de ziekenfondsen met een categorie van personen, die medische diensten verlenen, definitief hebben ontbroken. Het is namelijk in genoeg alle gevallen mogelijk gebleken de continu-

iteit te handhaven, al is dan soms de juridische regeling ervan eerst achteraf tot stand gekomen. Het is niet eenvoudig, oplossingen te vinden voor vraagstukken, waarmede grote financiële belangen zijn gemoeid. Soms gaan onderhandelingen gepaard met op zichzelf weinig sympathieke spanningen, onzekerheden en strijd. Dat zijn begrijpelijke maatschappelijke verschijnselen. Waar het op aankomt is of niettemin de ziekenfondsverzekering continu kon worden voortgezet en met betrekking tot dit doorslaggevende gezichtspunt rechtvaardigen de zeer sporadische uitzonderingen niet, dat ingrijpende maatregelen worden genomen.

Zowel het advies, dat de S.E.R. op 19 september 1969 „inzake procedure in conflictsituaties ziekenfondsverzekering” heeft uitgebracht alsook de conclusies van de meerderheid van de Ziekenfondsraad steunen naar de opvatting der Contactcommissie van Medewerkersorganisaties op theoretische beschouwingen, welke in de werkelijke gang van zaken geen bevestiging vinden. Deze beschouwingen zijn niet in overeenstemming met de feitelijke continuïteit der ziekenfondsverzekering, waarvan hierboven gewag werd gemaakt.

De in de Contactcommissie samenwerkende organisaties bevestigen in hun thans aan de minister gericht schrijven zich nog steeds aan het vorenge-noemde gentlemen's agreement gebonden te achten. Tevens verklaren zij zich met het oog op de bestaande verlangens bereid in de honoreringsovereenkomsten op te nemen, dat zij bij het ontbreken van een aansluitende nieuwe overeenkomst gedurende drie maanden na de expiratedatum op de oude voorwaarden zullen doorwerken. Een langere tijdsduur achten zij niet redelijk, want er moet een prikkel blijven bestaan om snel tot een oplossing te komen. Uit het verleden is wel gebleken, dat de medewerkersorganisaties van geval tot geval, maar dan zonder juridische verplichting, weten te beslissen of er aanleiding is de periode nog verder te verlengen. De drie maanden van het gentlemen's agreement treden pas in werking, als aan de minister bericht is gegeven inzake de dreigende of ingetreden breuk. Dat kan zeer wel eerst plaatsvinden gedurende de zojuist genoemde contractuele periode van drie maanden, of zelfs daarna zodat dan een langere tijdsduur van verplicht doorwerken ontstaat, waarbij al of niet de beide perioden geheel of ten dele samenvallen.

De Contactcommissie hoopt met dit schrijven de minister ervan te hebben overtuigd, dat aan de gerezen behoefte aan meer garantie, ondanks dat de noodzaak daarvan niet is aangetoond, in redelijke mate op het privaatrechtelijke vlak zal worden tegemoetgekomen, zodat publiekrechtelijke regelingen op dit gebied naar haar oordeel achterwege kunnen blijven.

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.

Ziekenhuismanagement en specialisten (II)

In aansluiting op de in het voorgaande nummer van M.C. gepubliceerde inleiding van Prof. Dr. B. C. J. Lievegoed over het thema „Ziekenhuismanagement en specialisten” op de door de Nationale Ziekenhuisraad en de Landelijke Specialisten Vereniging georganiseerde, in april 1.1. te Rotterdam gehouden studiedag, vindt men hierbij afgedrukt de beschouwing van de eerste co-referent Dr. L. M. J. de Groot, economisch directeur van het St. Laurentius ziekenhuis te Rotterdam en lector in de ziekenhuiswetenschappen aan de Universiteit van Leuven.

Eerste co-referent was Dr. L. M. J. Groot, economisch directeur St. Laurentius Ziekenhuis te Roermond en lector in de Ziekenhuiswetenschappen aan de Universiteit te Leuven, die het volgende betoogde:

Optredend als co-referent van Prof. Lievegoed is de verleiding groot om het probleem ziekenhuismanagement en specialisten zelf nog eens te benaderen niet vanuit de theorie maar meer vanuit de praktijk om zodoende aan de theoretische bespiegelingen wellicht meer ondersteuning of mogelijk relativering te geven.

Hoewel een dergelijke benadering zeer wel vruchtbaar kan zijn, wil ik heden een andere weg bewandelen door het aan de orde zijnde probleem nader te belichten vanuit een toekomstig perspectief van gezondheids- en ziekenhuiseconomie. Aan een dergelijke benadering geef ik om tweeërlei redenen de voorkeur: de eerste reden is er een van persoonlijke aard. Op deze wijze immers ga ik het probleem benaderen vanuit mijn eigen vakgebied, hierbij mij gaarne voegend naar de wijze raad van een nog zeer jong hoogleraar in de ziekenhuiswetenschappen Hattinga Verschure, waar hij zegt, dat het beoefenen van de ziekenhuiswetenschappen niet kan geschieden door het amateuristisch grasduinen van deskundigen op ander terrein.

Het tweede motief voor mijn keuze van benadering is meer van zakelijke aard. Naar mijn mening kunnen problemen op het vlak van de organisatie en de menselijke verhoudingen in het algemeen niet alleen nader worden geanalyseerd door een zelfreflexie op die organisatie en wenselijke verhoudingen, maar ook aan de hand van de taken, de opgaven, welke mensen met elkaar in een bepaalde organisatie dienen uit te voeren.

De laatste benaderingswijze heeft naar mijn me-

ning vaak het voordeel, dat enerzijds vanuit het doel en de inhoud van de samenwerking aan de zelfreflexie het nodige materiaal wordt geboden, anderzijds die zelfreflexie gerelativeerd gaat worden, omdat men daar vaak meer aandacht geeft aan wat ik in Nederland thans zou willen noemen het principiële stellen van posities, van gezagsverhoudingen, van wie het voor het zeggen heeft en dergelijke meer, zaken die in de praktijk vaak in de bezigheid aan de gezamenlijke opdracht niet zo sterk leven. Een benadering vanuit het perspectief van ziekenhuis- en gezondheidseconomie lijkt al op het eerste gezicht voor ons onderwerp aanknopingspunten te kunnen bieden. De verschillende auteurs, die ter duiding van de problemen rond de ziekenhuisorganisatie het spanningsveld professie en organisatie hanteren, onderkennen immers in de regel juist in de toewijzing van schaarse middelen een kritiek moment tussen de professie en organisatie, waar men komt tot een confrontatie van beiderzijdse standpunten en waar zowel de professie alsook de organisatie haar mogelijkheden, maar ook haar zwakheden, wellicht het sterkst ervaart.

Indien men het toekomstige perspectief van de economie op het terrein van het ziekenhuis en de gezondheidszorg in het algemeen tracht te peilen, zal men uit moeten gaan van twee zeer belangrijke factoren: Vooreerst de ontwikkeling van de wetenschappen — en de medische wetenschap in het bijzonder — waardoor de mogelijkheden van onderzoek en behandeling van patiënten in belangrijke mate verrijkt worden en anderzijds met de omstandigheid dat de gemeenschap zich steeds kritischer gaat opstellen tegenover de stijgende kosten van de gezondheidszorg, die in het voetspoor van de eerder genoemde ontwikkeling gaat optreden.

Teneinde alle misverstand te vermijden, wil ik er op wijzen, dat het streven naar efficiency ieder mens ter harte dient te gaan, die rationeel wil handelen. Doelmatigheid, efficiency zijn immers eigen aan menselijk handelen voor zover dat als rationeel wordt ontworpen. Het is voor mij dan ook geen vraag of beoefenaars van welke professie dan ook — de medische inclus — aandacht geven aan de efficiency van hun handelen en bij hun praktijkvoering aan dit aspect van de zaak zeker niet voorbijgaan. Ik dacht dat het spanningsveld professie en bureaucratie verkeerd werd geïnterpreteerd als de efficiency en de doelmatigheid uitsluitend de zorg zouden zijn van de bureaucratische organisatie, terwijl de professie vanuit een Olympische verhevenheid zich over dit soort vraagstukken niet druk zou behoeven te maken, uitsluitend bedacht de mogelijkheden van kennen en kunnen zoveel mogelijk uit te putten. Het kan nimmer de taak van het ziekenhuis

of welke organisatie ook zijn irrationele opdrachten van de professie met de grootst mogelijke efficiency uit te voeren.

Hoewel er dus bij de professie reeds voldoende aandacht voor efficiency vraagstukken zal bestaan, bestaat er toch alle aanleiding om bij een herwaardering van de economische beschouwingswijze op het terrein der volksgezondheid aan de efficiency van de professionele praktijkvoering de nodige aandacht te besteden.

In het licht van de zich steeds uitbreidende mogelijkheden gaat immers de vraag steeds urgenter worden, op welke wijze en bij welke keuze van de vele mogelijkheden, gezien de schaarste aan mankracht en materiaal, de beste resultaten kunnen worden verkregen. Bij het nader uitdiepen van dit soort vraagstukken komt allereerst de vraag aan de orde van de effectiviteit der verschillende mogelijkheden, terwijl daarnaast aandacht zal moeten worden gegeven hoe of deze mogelijkheden gezien de schaarste-verhoudingen binnen het nationale bestel het best kunnen worden gebruikt.

Het is nu zeer de vraag of de professie zelf alleen kan klaarkomen met dit vraagstuk hoe tussen doeleinden en middelen de beste verhouding kan worden gevonden. Er zijn immers op het terrein van efficiënt handelen technieken en kundigheden gaan ontstaan, die de professie bij de afronding van haar problematiek zal dienen toe te passen. Dat de medische professie binnen haar denken en doen medewerking van anderen inroept, is niets nieuws. Het valt te verwachten dat het gezelschap van sociologen, psychologen, technici en andere deskundigen nu gecompleteerd gaat worden door deskundigen op het terrein van de economie, de econometrie, van de systeem-analyse, van de operations research enz.

Het wil mij voorkomen dat deze nadere doorlichting van medisch denken en handelen vanuit de hier genoemde deskundigen het meest gereed een aanvang kan nemen in het ziekenhuis. Niet alleen omdat de ziekenhuisgeneeskunde door de spectaculair stijgende kosten een notoire blikvanger is geworden voor al degenen, die in de ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg geïnteresseerd zijn, maar veeleer omdat binnen het ziekenhuis wellicht de meest gunstige voorwaarden zijn gegeven om de aanzet voor dit nieuwe perspectief te vinden. Het ziekenhuis is immers geleidelijk aan van charitatieve instelling geëvolueerd naar een instituut, waarbinnen men geleerd heeft vraagstukken rond de doelmatigheid aan te pakken. In de loop der jaren heeft men zodoende in de ziekenhuizen geleerd bedrijfs-economisch te handelen en is geleidelijk ook het apparaat — de administratie, organisatie e.d. — gegroeid, die een dergelijke bedrijfseconomische benadering van deze vraagstukken mogelijk maakt.

Wanneer ik hierbij dus constateer dat geleidelijk aan de ziekenhuiseconomie tot een zekere graad van ontwikkeling is gekomen, wordt hierbij zowel haar sterkte als haar zwakte getypeerd. Sterkte omdat er toch wel enige noties gegroeid zijn op welke

wijze een instituut als een ziekenhuis, met erkenning van het bedrijfsmatige karakter ervan, op behoorlijke wijze kan worden geëxploiteerd. Zwakte omdat deze economie zich, als ik het goed zie, meer heeft beperkt tot het instituut, als milieu waarbinnen medisch wordt gedacht en gehandeld dan uitgegaan is van iets dat zich met dat denken en handelen zelf bezighoudt.

Het zij gezegd dat de resultaten van de ziekenhuiseconomie het meest spectaculair zijn in de sector van wat ik zou willen noemen het accommodatiebedrijf, waar de problemen rond de voeding, bewassing, huisvesting, energievoorzieningen, administratie e.d. op behoorlijke wijze zijn gesteld en een oplossing hebben gekregen. Gaat men wat verder en ziet men naar de sectoren van het ziekenhuis, waarbij de patiënt mede in het geding is, dan moet men toch toegeven dat de inzichten, die rond de doelmatigheid en efficiency van het ziekenhuis tot heden gewonnen zijn, slechts indirect te maken hebben met de kerntaak van het ziekenhuis en zich meer bewegen rond de symptomen dan dat zij met de kern van de zaak zelf van doen zouden hebben. Zo kan een lage kostprijs voor een paramedische verrichting als een röntgenfoto of een laboratoriumonderzoek als echt medische doelmatigheid geduid worden, mogelijk kan een dergelijke lage kostprijs het symptoom zijn van onverantwoorde medische polipragmasi. In ieder geval geeft het financieel resultaat, of de kostprijs van de instelling van gezondheidszorg nog geen duiding met betrekking tot de kwaliteit en de doelmatigheid van het medisch handelen.

Geleidelijk aan worden op verschillende plaatsen momenteel pogingen ondernomen om het medisch bedrijf in het ziekenhuis naar de optimale verhouding tussen doeleinden en middelen open te leggen en daarvoor de geëigende techniek in het veld te brengen. Zo zijn studies verricht, die een relatie tussen de in het ziekenhuis behandelde diagnosen of de in het ziekenhuis aangeboden pakketten verrichtingen enerzijds en de ziekenhuiskosten anderzijds nader aan het licht trachten te brengen.

Willen dergelijke pogingen echter succes hebben — en het is een zaak van uitzonderlijk belang dat er hier resultaten worden geboekt — dan zou de medische professie in de aanpak van dit soort vraagstukken geïnteresseerd moeten worden en daarbij ter oplossing een belangrijke inbreng moeten leveren. De medische professie zal toch eerst de nodige noties moeten aanbrengen omtrent het medisch handelen en deszelfs doelmatigheid, noties waarop anderen met hun deskundigheden dan verder kunnen werken. Het is uiteraard niet uitgesloten, dat vanuit deze andere deskundigheden ook de inzichten van de medische professie rond de doelmatigheid kunnen worden verrijkt. Ik denk bijvoorbeeld aan de zin van kwantificeren. In het verleden is te vaak de fout gemaakt ziekenhuis en gezondheidsvraagstukken zonder inbreng van medici praktici of degenen, die de medische praktijk goed kennen, te willen ontwikkelen. Er ontstaat dan los van deze

noodzakelijke inbreng onvolledige en onjuiste kennis, omdat te weinig de eigen materie van het gezondheidsterrein in het geding is geweest.

Dergelijke notoire fouten zijn bijvoorbeeld gemaakt op het terrein van de operations research en met betrekking tot de invoering van computers in deze sector. Deskundigen op ander terrein menen hun verworvenheden zonder meer te kunnen introduceren op het terrein der volksgezondheid, waar de zaken in de regel veel gecompliceerder liggen dan bijvoorbeeld in de industriële productie het geval is en zulks moet uiteraard tot teleurstellingen en tot mislukkingen leiden. Een medicus wist mij de houding van de computerdeskundigen bijzonder goed te typeren toen hij zei, dat zij alle antwoorden wisten op vragen, die de medici naar hun opvatting zouden moeten stellen.

Als ik goed zie zal de ziekenhuseconomie zich dus in de toekomst moeten verdiepen in de kerntaak van het ziekenhuis door medisch handelen tot het object van keuze te maken. Het zal dus een zaak van voortdurende dialoog tussen medici en economen en andere deskundigen moeten zijn hoe de problemen — economische problemen — die de medici dan ook werkelijk kunnen interesseren, gesteld en aangepakt dienen te worden. Anders gezegd aansluiting zoekend bij het thema van deze dag: de economie zal veel meer in de lijn professioneel denken en handelen komen.

De artsen dienen deze inbreng niet als een aanslag op hun vrijheid te zien, als een mogelijke beperking in hun mogelijkheden, maar eerder te waarderen als een belangrijk element bij het vinden van medische oplossingen, die het best passen binnen de schaarste verhoudingen van ons bestel. Door deze inbreng zullen zij in staat zijn om hun beschikbare tijd en kundigheid zodanig te verdelen dat voor de patiënten het hoogste resultaat verkregen gaat worden. Alle resultaten op het gebied der medische wetenschap blijven zonder vrucht, indien zij niet letterlijk aan de man kunnen worden gebracht.

Het schijnbare spanningsveld tussen medische noodzaak en economische mogelijkheid, dat bij een verkeerde interpretatie eerder tot frustraties dan tot oplossingen leidt, kan op deze wijze naar mijn mening inderdaad op zinnige wijze in het geding gebracht en operationeel worden gemaakt.

De consequenties van deze nieuwe ontwikkeling zijn uitermate belangrijk en ik zou bijna zeggen fascinerend. Indien men er namelijk in slaagt de relevante medische en economische data bijeen te brengen om op grondslag daarvan naar het zowel medisch als economisch optimum te zoeken, zal de ziekenhuseconomie inderdaad gezondheidseconomie worden, omdat op deze wijze de doelmatigheid van het ziekenhuis niet wordt gesteld in functie van de randvoorwaarden, maar in functie van de eigenlijke taak van het ziekenhuis zelf. Door de kerntaak van het ziekenhuis onder de schijnwerper te zetten, wordt de patiënt met zijn situatie ook centraal aan deze problematiek gesteld, juist omdat de kerntaak zich om deze patiënt beweegt.

Deze ontwikkeling van de ziekenhuseconomie zal er uiteraard toe leiden dat het kader van het ziekenhuis zelf doorbroken gaat worden, wanneer men die patiënt gaat volgen vanaf de huisarts tot het ziekenhuis, het verpleeghuis en andere instellingen van gezondheidszorg. Alleen bij een dergelijke integrale beschouwingswijze kan immers een oordeel over de rationaliteit en kosten van onderzoek en behandeling van patiënten gegeven worden. Op deze wijze kan de ziekenhuseconomie zich tot werkelijke gezondheidseconomie ontwikkelen en wordt de positie van het ziekenhuis gerelativeerd tot de schakel in de gezondheidszorg, een aspect, dat bij de huidige stand der ziekenhuiswetenschappen naar mijn mening beslist onvoldoende uit de verf is gekomen.

Hoe belangrijk het ook moge zijn de efficiency binnen het ziekenhuis zo goed mogelijk te behartigen en hoe belangrijke winsten hierbij ook geoogst kunnen worden, de ervaring heeft geleerd, dat het wellicht belangrijker is toe te zien dat de juiste patiënt de hem aangepaste juiste ziekenhuisverzorging met de juiste verpleging krijgt dan onze zorg uitsluitend tot de intramurale efficiency te beperken, waar het merendeel der kosten binnen het instituut op korte termijn vrij constant is.

Men kan het belang van een economische doorlichting van de gezondheidszorg en het ziekenhuis zoals hier geschetst moeilijk overschatten. Niet alleen zal daardoor de gelegenheid geboden worden om beter en meer verantwoorde noties rond de efficiency der ziekenhuizen te winnen — een zeer belangrijk element bij de planning van de ziekenhuissector — ook is een dergelijke doorlichting van groot belang teneinde de plaats van de gezondheidszorg binnen het nationaal bestel nader uit te zetten.

Waar de gezondheidszorg haar positie niet kan afleiden uit de oriëntatiepunten van een markteconomie maar de haar toekomstende plaats binnen de volkshuishouding toegewezen krijgt vanuit een welvaartsconceptie, is het in dit verband van zeer groot belang dat de output van de gezondheidszorg voor de gemeenschap duidelijk gesteld wordt en ook inzicht wordt gegeven in de doelmatigheid, waarmee op dit terrein wordt gewerkt. Vanuit de inhoud van het werk en de doelmatigheid kunnen de gemeenschap goede oriëntatiepunten worden geboden, waarop het nationale beleid kan worden uitgezet.

Keren wij terug naar het thema van deze studiedag. Het zal duidelijk zijn dat deze ontwikkeling eveneens van groot belang is voor de verhouding tussen ziekenhuis en specialist.

De specialistische geneeskunde zal voor haar afronding behoefte hebben aan de reeds eerder genoemde deskundigheden en technieken, die haar vanuit het ziekenhuis kunnen worden gepresenteerd. Hierbij zij aangetekend dat dit nu juist deskundigheden en technieken zijn, die voor het management zelf van groot belang zijn.

Van de andere kant kan het ziekenhuis de rationaliteit van het instituut zonder inbreng van de me-

dische professie niet tot stand brengen. Als ik goed zie, ligt in dit op elkaar aangewezen zijn wellicht de meest kritische en ook het meest bindend element tussen professie en organisatie, omdat beide elkaar dan vinden zowel in doelstelling als in doelmatigheid.

Enige tijd geleden heb ik er op gewezen dat de explicitering van de medische taak van het ziekenhuis niet tot stand kan komen zonder inbreng van de medische staf. Ik meen nu te mogen stellen, dat niet alleen de explicitering van de medische objectieven maar ook het rationele beheer van het ziekenhuis de medische staf als uiterst belangrijke component in het spel brengt.

Het proces der integratie van de specialist binnen het ziekenhuis of — als dat beter in de oren klinkt — de steeds inniger wordende symbiose zal dus door dit perspectief van de economie der gezondheidszorg en van het ziekenhuis in sterke mate worden bevorderd. In het buitenland zijn reeds de nodige initiatieven te vermelden, die de problematiek in deze geest willen aanpakken. Van de Nederlandse

gezondheidszorg, die op zeer hoog niveau staat, mag zeker verwacht worden, dat zij ook haar bijdrage in deze ontwikkeling zal geven.

Sommigen zullen — zeer terecht — stellen dat ook bij deze engere symbiose het onderscheid tussen professie en organisatie niet uit het oog verloren mag worden en wellicht zien zij in deze ontwikkeling aanleiding om deze polariteit nog eens sterk te benadrukken, hierbij geleid door de zorg om het patiëntenbelang binnen deze ontwikkeling veilig te stellen. Ik heb echter stellig de indruk, dat nadere bezinning op taken, die professie en organisatie te wachten staan, de aandacht eerder vestigt op punten, die beide polen verenigen, dan op punten waar de wegen uit elkaar gaan. Dit perspectief moge ons dan optimistisch stemmen voor de toekomst, waar zowel voor de werkers in de ziekenhuizen alsook voor organisaties zoals de Nationale Ziekenhuisraad en de Landelijke Specialisten Vereniging uiterst belangrijke taken wachten.

(wordt vervolgd)

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

H. H. A. Hötte te Baarn promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Orbital fractures”. Promotor was Prof. Dr. A. Hagedoorn.

J. P. C. Moors te Rosmalen promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Gezinsregeling”. Promotor was Prof. Dr. J. C. van Es.

P. Th. A. Schellekens te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Lymphocyte transformation in vitro”. Promotor was Prof. Dr. J. J. van Loghem.

H. Smits te Lopik promoveerde aan de Rijksuni-

versiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Een katamnestic onderzoek van een groep patiënten uit het instituut voor epilepsiebestrijding te Heemstede”. Promotor was Prof. Dr. W. K. van Dijk. Co-referent Dr. H. Meinardi.

J. H. Thiel te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Onechtheid - onderzoek naar betekenis en gebruik van het begrip onechtheid in een psychiatrische kliniek”. Promotor was Prof. Dr. P. C. Kuiper.

Benoemingen:

Dr. S. Franken is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de oogheelkunde.

Dr. H. J. van der Helm is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de klinische neurobiochemie.

Dr. Ir. A. den Hertog thans wetenschappelijk medewerker 1e klasse aan de Rijksuniversiteit te Groningen, is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan deze universiteit om onderwijs te geven in de farmacologie.

Dr. G. J. Kusen, thans wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan deze universiteit om onderwijs te geven in de mondziekten en de kaakchirurgie.

Maatschappij-agenda 1970

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

Het „Document van Luxemburg”

betreffende in dienstverband werkzame artsen

In het verslag van de op 28 en 29 mei i.l. gehouden plenaire zitting van het Comité Permanent der Artsen der E.E.G. te Luxemburg in M.C. no. 24/1970 blz. 633 werd toegezegd dat aansluitend daarop zou worden gepubliceerd het op die zitting tot „Document van Luxemburg” uitgeroepen bijvoegsel, bevattende de toepassingsregelen van het Handvest van Neurenberg betreffende in dienstverband werkzame artsen. Dit „Document van Luxemburg” luidt als volgt:

„Dit bijvoegsel heeft tot doel de toepassingsregelen van het Handvest van Neurenberg nader te bepalen.

De geneesheren zijn zoals elkeen onderworpen aan de door het Geneesherenkorps opgestelde geneeskundige etiek en geneeskundige plichtenleer. Er wordt uitgegaan van de onaantastbare professionele onafhankelijkheid, die gelijktijdig een recht is en een waarborg voor de zieke, tevens de voorwaarde opdat hij vertrouwen zou hebben.

De volgende regelen moeten in de landen van de Gemeenschappelijke Markt gelden als voorwaarden tot de uitoefening der geneeskunde door geneesheren die hun kunst beoefenen in een contractueel of statutair verband dat de voorwaarden bepaalt van hun samenwerking met een derde, eigenaar van het geheel of van een deel der middelen die ter beschikking van de geneesheren worden gesteld, openbare of private dienst, verzorgingsinstelling, dienst voor curatieve of preventieve geneeskunde als bijvoorbeeld een dienst voor arbeidsgeneeskunde of een controledienst.

De betrekkingen tussen de partijen moeten dus in rechte en in feite de waarborgen voorzien die de geneesheer toelaten zijn taak te volbrengen met eerbiediging van zijn gewetensplichten, de wetenschappelijke en technische regelen van zijn beroep en de regelen van de plichtenleer. De niet in de wet vermelde rechten en plichten van de geneesheer moeten opgenomen worden in een reglement of in een geschreven overeenkomst, tot stand gebracht door overleg tussen het georganiseerd geneeskundig beroep en de betrokken instellingen of organismen of hun vertegenwoordigers.

Deze beginselen in de werkelijkheid brengen onderstelt de realisatie van de volgende voorwaarden zonder de eerbiediging waarvan de morele en technische onafhankelijkheid van de geneesheer in het gedrang komt.

1. Dit contract of statuut moet de geneeskundige plichtenleer eerbiedigen, rekening houdend met de aan elk land eigen regelen en procedures.

De procedures omvatten, in alle landen waar ze bestaan het toezicht door de Orden van Geneesheren.

De eerbiediging van de plichtenleer houdt in, dat tuchtsancties onmogelijk kunnen genomen worden om beroepsredenen zonder de tussenkomst van de officiële bevoegde beroepsjurisdictie. Deze moet in elk geval volstrekt onafhankelijk zijn van de inrichtende machten. De beroepsbedrijvigheid van de geneesheer mag nooit onder het toezicht staan van een niet-geneesheer.

2. De contracten, de reglementen of de wet moeten de geneesheer zekerheid geven omtrent:

2.1 de eerbiediging van zijn vrijheid inzake voorschrijving en beslissing;

2.2 de eerbiediging van het beroepsgeheim;

2.3 het recht persoonlijk de werkwijzen, methoden en de voor zijn geneeskundige bedrijvigheid nodige tijd te bepalen, naar geweten en op grond van de wetenschappelijke gegevens gericht op doelmatigheid;

het recht over de middelen inzake technische uitrusting en hulppersoneel te beschikken, naar kwantiteit en kwaliteit, in een mate die overeenstemt met de aard van de geneeskundige handelingen waarvoor hij verantwoordelijkheid draagt en het verbod deze middelen op eenzijdige reglementaire of contractuele wijze te beperken;

de eigen en onoverdrachtelijke verantwoordelijkheid van de geneesheer wiens taak inhoudt, dat hij tussenkomt bij de bepaling der behoeften inzake materiaal en personeel en bij hun keuze;

2.4 het functionele gezag over het personeel dat te zijner beschikking wordt gesteld en onder zijn toezicht;

2.5 het recht onder eigen verantwoordelijkheid zijn dienst en zijn bedrijvigheid te organiseren op de wijze die hem de meest geschikte lijkt om zijn taak te vervullen;

Die houdt in de beschikking over de geneeskundige dossiers en hun bijvoegsels, steunend op het essentiële beginsel van het beroepsgeheim en het recht een beroep te doen op de confrater die hij het meest bekwaam acht voor bijzondere onderzoeken.

2.6 een waarachtige invloed op het beheer van de verzorgingsinstelling of de geneeskundige dienst waarvoor het verantwoordelijk is en zulks in verhouding tot zijn verantwoordelijkheid.

3. De bedrijvigheid van de geneesheer kan voor de begunstigten enkel doeltreffend en nuttig zijn in

dien de inrichtende macht de geneesheer, onder meer ten overstaan van de administratie of van de beheersorganen, recht op overleg en op toezicht verleent (zoals het Ondernemingscomité bij de arbeidsgeneeskunde) dat hem moet toelaten zijn bedrijvigheid als geneesheer uit te oefenen zonder belemmeringen.

4. Bij de wet, of bij contract of overeenkomst die voortspruiten uit overleg tussen het beroep en de vertegenwoordigers der instellingen, moet de geneesheer zekerheid hebben omtrent de voorwaarden tot aanwerving of opzegging, van aard zijn beroeps-onafhankelijkheid te waarborgen.

4.1 Indien de geneesheer zijn loopbaan begint in, zo naar vorm als naar inhoud, betwistbare benoemingsvoorwaarden, is onafhankelijkheid onmogelijk.

Steeds mogen de benoemingsmodaliteiten enkel steunen op normen van menselijke en gespecialiseerde geneeskundige waarde, overeenstemmend met de discipline van de beoogde functie. Het Permanent Comité stelt voor, dat de benoemingen bij openbare oproeping zouden gebeuren en zouden onderworpen zijn of beter, toevertrouwd, aan een uit geneesheren samengesteld Keuzecomité.

4.2 Onafhankelijkheid onderstelt ook waarborgen inzake de stabiliteit der betrekking. De vooropzeg of vergoedingen alleen kunnen deze voorwaarde niet vervullen. De vraagstukken aangaande de toegang en de uitoefening van geneeskundige bedrijvigheid in een openbare of private instelling, evenals aangaande de opzeg of de beëindiging van de samenwerking van een geneesheer met deze organismen, moeten onderworpen worden aan een participatieorgaan, samengesteld uit door de betrokken geneesheren en door de beroepsorganisaties aangeduide afgevaardigden. Bij overeenstemming tussen dit orgaan en de Directie behoort de eindbeslissing een gewestelijke of nationale instantie toe waarin de vertegenwoordigers van het Geneesherenkorps en die van de inrichtende machten paritair zetelen.

5. Het syndikaal recht moet geëerbiedigd worden.

6. Het contract of het reglement moet eveneens waarborgen:

6.1 de nauwkeurige bepaling van de verplichtingen van de geneesheer inzake de omstandigheden en het uurrooster van zijn verstrekkingen, ten einde een gezonde beroepsbedrijvigheid mogelijk te maken;

6.2 de mogelijkheid dat geneesheren zich tijdens de duur van hun betaald werk verder bekwamen en

Rijksuniversiteit Leiden betaalt stages medische studenten in Haagse ziekenhuizen

Het college van curatoren van de Leidse universiteit heeft zich bereid verklaard alle kosten van de praktische stages van medische studenten in Haagse gemeenteziekenhuizen voor zijn rekening te nemen. Het college van B. en W. van Den Haag heeft daartoe de gemeenteraad een regeling aangeboden. Deze regeling is getroffen met terugwerkende kracht tot begin 1968. Als vergoeding voor het aantal werkelijk benutte co-assistentplaatsen over 1968 verwachten B. en W. van de residentie een bedrag van f 200.000. Het college rekent op een jaaropbrengst van f 350.000.

Het aantal studenten dat maximaal stage zal lopen bedraagt 43. De taak van de Haagse ziekenhuizen omvat de opleiding van studenten, die ter voorbereiding van het semi-artsexamen co-assistentenschappen moeten lopen in de heelkunde, de verloskunde en de gynaecologie, de huid- en geslachtsziekten, en de keel-, neus- en oorheelkunde.

De affiliatie-overeenkomst tussen de Leidse universiteit en het Haagse gemeentebestuur biedt in de toekomst mogelijkheden tot samenwerking op het gebied van de wetenschappelijke research en de specialistenopleiding.

hun kennis aanpassen aan de wetenschappelijke ontwikkeling;

6.3 een loon of erelonen die in overeenstemming zijn met de bedrijvigheid, met het belang van de sociale rol en met de waardigheid van de geneesheer, daarbij het organisme waar de geneesheer zijn bedrijvigheid uitoefent verbiedend daar financieel voordeel uit te trekken en de geneesheer zijn economische onafhankelijkheid waarborgend; deze beginselen gelden eveneens voor de geneesheren die na hun normale basisstudie aan hun aanvullende vorming werken en die, wanneer hun bedrijvigheid onder meer in ziekenhuisinrichtingen ook ten goede komt aan de hen toevertrouwde patiënten, recht hebben op een loon dat met hun verstrekkingen overeenstemt;

6.4 deze vergoeding moet begeleid worden door beschikkingen die de onontbeerlijke sociale voordelen verzekeren, onder meer de vakanties, de ziekten herstelverloven, de vergoedingen wegens werk- onbekwaamheid, het pensioen, de indexatie.

Convocatie en agenda

De leden worden geconvoceerd voor een informatieve ledenvergadering op vrijdag 10 juli 1970, aanvang 19.00 uur in het Jaarbeurscongres- en vergadercentrum, Beatrixgebouw, Croeselaan te Utrecht (tel: 030-914914).

1. Opening
2. Mededelingen
3. Reorganisatie bureau (rapport volgt)
4. Wat verder ter tafel komt
5. Rondvraag
6. Sluiting

J. I. van der Leeuw, arts,
secretaris

Europese Unie van de Huisartsen (U.E.M.O.)

De Nederlandse delegatie van de U.E.M.O. bestaande uit de artsen J. F. A. van Rijn, J. I. van der Leeuw en Dr. H. J. Dokter, bijgestaan door ondergetekende, heeft op 29 mei 1970 de Algemene Vergadering van bovengenoemde Europese huisartsenorganisatie, waarvan de Landelijke Huisartsen Vereniging als zodanig lid is, bijgewoond.

Aldaar is bij het verslag der werkzaamheden van het Algemeen Secretariaat door de Belgische arts Dr. A. Malfliet in zijn hoedanigheid van Algemeen Secretaris van de U.E.M.O. vermeld, dat de U.E.M.O. veel succes heeft gehad bij zijn contacten met het Permanent Comité der Artsen van de Europese Economische Gemeenschap (waarvan de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst als zodanig lid is) en de overheden van de Europese Gemeenschap. Hij prees de Nederlandse delegatie, in het bijzonder Van der Leeuw, voor zijn inbreng van een nota betreffende richtlijnen voor een minimum-programma voor de beroepsopleiding tot huisarts, hetwelke door het bestuur van de U.E.M.O. met enkele ondergeschikte wijzigingen is aanvaard en hedenmorgen ter goedkeuring aan de Algemene Vergadering wordt voorgelegd. Hij dankte ook de Duitse huisarts Voges voor diens medewerking als voorzitter van de werkgroep huisartsen in het Permanent Comité als gevolg waarvan genoemde nota-Van der Leeuw ook in deze werkgroep is aanvaard. Dank zij al deze coördinatie is de invloed van de U.E.M.O. gegroeid tot gelijk plan als de Europese Unie van Specialisten (U.E.M.S.).

Als voorzitter van de Algemene Vergadering van de U.E.M.O. voor het jaar 1970 werd gekozen de Duitse huisarts Dr. Kerger. Voor het jaar 1971 werd nu voor alsdan reeds gekozen de Italiaanse huisarts Dr. Baruchello.

Het bedrag der bijdrage voor het jaar 1970 werd vastgesteld gelijk aan dat voor 1969.

Voorts werd besloten dat voor 1971 nog een nieuwe zitting zal worden gehouden, waarbij aan de

orde zal worden gesteld het secretariaat-1971 en de begroting-1971, een en ander met het oog op de afloop in 1971 van de terzake aan de Belgische delegatie verleende mandaten.

Hierna werd besloten dat de nota-Van der Leeuw, waarvan uitsluitend een Nederlandse en Franse tekst aanwezig was, eerst nog in het Duits en Italiaans zal worden vertaald alvorens deze aan te bieden aan de plenumvergadering van het Permanent Comité, via de werkgroep van genoemd comité. De motie van genoemde werkgroep, welke met betrekking tot dit onderwerp aan de plenumvergadering zal worden aangeboden, eveneens via genoemde werkgroep, werd alsnog goedgekeurd (zie hieronder).

Tenslotte wees de Algemene Secretaris nog op het belang van de bijeenkomst te Utrecht op 20 juni 1970 van de leden van de U.E.M.O., die de vergadering van de W.M.A. over het onderwerp „de toekomst van de huisarts” zullen bezoeken. De U.E.M.O. zal in deze vergadering trachten een eigen zienswijze met betrekking tot dit onderwerp te formuleren en deze in Oslo naar voren te brengen.

Utrecht, 1 juni 1970

Mr. H. A. Veenstra

Kwalifikatie van de huisarts

Motie aangenomen door de werkgroep „Algemene Geneeskunde” samengetroeden te Rome op 18 april 1970

De werkgroep „Algemene Geneeskunde” van het Permanent Comité der Artsen der E.E.G.,
van oordeel

dat de werkzaamheden van de huisarts voor de volksgezondheid en voor de medische verzorging van de individuele patiënt van allerhoogst belang zijn;

van oordeel

dat evenals tot nu toe de basis-opleiding voor alle toekomstige artsen dezelfde dient te zijn;

van oordeel

dat bestaande verschillen in de specifieke beroepsopleiding tot huisarts evenmin een beletsel voor het tot stand brengen van de vrije vestiging van huisartsen in de Europese Gemeenschap betekenen kunnen als voor de specialisten;

overwegende

dat de opleiding tot arts in de landen van de Europese Gemeenschap de studenten in de geneeskunde niet of onvoldoende op de hoogte stelt van de taak en de werkzaamheden van de huisarts;

stelt voor

dat de student in de geneeskunde tijdens zijn studie meer dan tot nu toe vertrouwd wordt gemaakt met de werkzaamheden van de huisarts;

stelt verder voor

dat degenen, die het beroep van huisarts uit willen oefenen een specifieke beroepsopleiding van tenminste twee jaar moeten volgen en

stelt tenslotte voor

dat de erkenning van de titel huisarts aan dezelf-

de voorwaarden zou moeten voldoen als gelden voor de erkenning van de titels van diegenen die op andere gebieden van de geneeskunst werkzaam zijn.

Jaarverslag 1969 Apotheekcommissie

Ook in het jaar 1969 heeft de Apotheekcommissie zich met een groot aantal problemen bezig gehouden.

Allereerst was er de invoering van de B.T.W., per 1 januari, die, dank zij goed voorbereidend werk, vrijwel nergens in den lande tot moeilijkheden bij apotheekhoudende arts en heeft geleid.

Op het punt der farmaceutische wetgeving kwam een aantal kwesties voor het voetlicht die voor de praktijk van de apotheekhoudende arts van eminent belang waren. Hierbij valt te denken aan de verdwijning der kastjes vóór 1 oktober 1969 hetgeen door de Apotheekcommissie was voorzien in 1968 en reeds toen aanleiding was voor het treffen van voorlopige maatregelen.

Een ander probleem was dat der farmaceutische preparaten. Fabrieksmatige bereiding van recepten op bestelling van de apotheekhoudende geneeskundigen zal eveneens kunnen worden onderworpen aan hetzelfde controlesysteem als hetgeen van toepassing wordt op alle farmaceutische preparaten. Aldus zal deze serviceverlening der industrie geen voortgang meer kunnen vinden, omdat deze eigen receptuur zulke geringe hoeveelheden per bestelling betreft en zo verscheiden van aard is dat uitvoerige controlemaatregelen als voorgeschreven ondoenlijk worden.

Bij de stellingname hiertegen werd de Apotheekcommissie zowel door het Centraal Bestuur als door de ledenvergadering, maar ook door het hoofdbestuur der Maatschappij, gesteund.

Tenslotte verschenen in de loop van 1969 de conceptrichtlijnen, welke binnen de E.E.G. het recht van vrije vestiging der artsen, maar ook van de apothekers regelen. In dit concept bleek dat de apotheekhoudende arts als zodanig nog slechts 10 jaar zou kunnen functioneren na het van kracht worden van deze richtlijnen. Het spreekt welhaast vanzelf dat ook hierover de Apotheekcommissie tijdig contact heeft opgenomen met overheid en de betreffende organen van de E.E.G. De resultaten moeten nog worden afgewacht, doch pessimisme is niet op zijn plaats.

Voorts deden zich problemen voor ten aanzien van de uitleg van wettelijke bepalingen. Ten eerste meende de Apotheekcommissie het Centraal Bestuur en de L.H.V.-leden te moeten adviseren inzake de inhoud van het zogenaamde koffertje, opdat de niet-apotheekhoudende huisartsen niet een soort depothouders zouden worden, terwijl zij toch in principe de bevoegdheid missen geneesmiddelen te verstrekken. Ten tweede bleek reeds in 1969 hand over hand toe te nemen het verschijnsel dat, zonder dat geheimhouding gewaarborgd bleef, medische of farmaceutische gegevens aan verzekeringsmaatschappijen moesten worden gegeven ten behoeve

van de controle op de te vergoeden rekeningen. Aangezien de Apotheekcommissie reeds vroeger moeilijkheden had geconstateerd in den lande en daarbij enkele in het oog springende gevallen kende, heeft de commissie zich ook nu tijdig beraden over de te volgen gedragslijn.

De Apotheekcommissie heeft zich, evenals andere jaren, bezig gehouden met het medebestuderen van een goede en behoorlijke honorering voor de farmaceutische hulp verstrekt door huisartsen. In dit licht zijn te bezien de vergaderingen, welke tezamen met de commissie ziekenfondstarieven farmaceutische sectie zijn gehouden.

Eveneens is een voorstudie ondernomen over het nut en de geschiktheid van het verrichtingensysteem als enig systeem voor de honorering farmaceutische hulp door ziekenfondsen. Daarnaast heeft de A.C. als van ouds zich bezig gehouden met problemen die niet direct te maken hebben met de maatschappelijke belangen in enge zin. In dit verband is een aantal rapporten uitgebracht, onder meer over het werk van de assistenten, over de praktijkvoering van de apotheekhoudende arts, in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap. Ook werd gezamenlijk opgetrokken terzake van het vaststellen van een „farmaceutisch” curriculum voor de apotheekhoudende huisarts en voor het voorbereiden van nascholingscursussen voor hem.

Tenslotte zij hier in dit korte verslag gememoereerd dat de samenwerking met ons controlelaboratorium ook dit jaar goed en continu was te noemen ondanks de directiewisseling. In de loop van het jaar vertrok namelijk de eerste directeur de heer M. J. van der Horst. Hij werd na enige tijd opgevolgd door Drs. G. Eijkel.

Rest ons nog dank te brengen aan het Centraal Bestuur dat bereid bleek ons met onze specifieke problematiek van de apotheekhoudende artsen veelal op korte termijn metterdaad te steunen.

Utrecht, 8 juni 1970

F. Padeloup, arts,
secretaris-penningmeester,
Apotheekcommissie L.H.V.

MC

UIT DE AFDELINGEN

Nascholingsdag Limburgse huisartsen

Op 1 en 2 oktober aanstaande zal voor de huisartsen van district XI een nascholingsdag worden gehouden. Dit symposium, dat primair is bedoeld voor alle Limburgse huisartsen, zal worden gehouden in de Foyer van de Stadsschouwburg te Sittard en tot titel dragen: „Geriatric in de huisartsenpraktijk”. De studiedag zal onder leiding staan van Prof. Dr. J. Th. R. Schreuder.

Het ligt in de bedoeling — evenals vorige jaren — op beide dagen hetzelfde programma af te werken, opdat zoveel mogelijk huisartsen — door onderlinge

waarneming daartoe in staat gesteld — in de gelegenheid zijn deze nascholingsdag mee te maken. Het is gebleken, dat deze procedure in de voorbije jaren perfect heeft gewerkt, zodat steeds een ongekend hoog percentage aan deelnemers kon worden ontvangen.

De organisatie van een en ander berust bij district XI van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De organisatoren hadden het dit jaar wat moeilijk met het kiezen van geschikte data in verband met het in die tijd te houden Maatschappijcongres. Door de keuzemogelijkheid uit twee data zijn echter de belangstellenden voor het Ledencongres volkomen vrij ook dit evenement mee te maken. Uiteraard zullen alle belanghebbenden te gelegener tijd een uitvoerig program ontvangen.

J. M. G. F. Roebroek,
secretaris organisatiecommissie

MC PERSONALIA

Nieuwe leden:

H. A. J. Bartholomeus, Atillaweg 13, Maastricht
R. B. Bergman, Burg. Hogguerstraat 1071, Amsterdam
A. L. M. Beuker, Westzaanstraat 16^{III}, Amsterdam
M. Bins, Morsweg 71, Leiden
J. W. van Dalftsen, Boterdiep 34, Groningen
Mej. M. C. van Doornik, Kon. Emmalaan 11, Voorschoten
L. M. J. Driessen, Egelantiersstraat 118, Amsterdam
M. H. Ferrier, Warmonderweg 47, Leiden
Mej. R. Gerritzen, van Breestraat 181 hs, Amsterdam
G. J. Hommes, Staringplein 12, Amsterdam
J. D. Jellema, Amstelkade 43 hs, Amsterdam
C. C. M. van der Kar, Keldermansstraat 14, Wouw
Mej. B. A. S. Kehmer, Charlotte de Bourbonlaan 8, Oegstgeest
F. Kuipers, Veurseweg 215, Voorschoten

A. Labrie, Verdamstraat 36, Leiden
Dr. A. J. van der Linden, Harpstraat 30, Nijmegen
H. G. Meppelink, Plantsoen 67, Leiden
A. W. M. Mooij, Moerdijkstraat 4^{II}, Amsterdam
W. P. A. M. te Nijenhuis, Koperslagersdreef 25 B, Maastricht
Mej. T. Pouwels, Zwarteweg 28, Noordwijk
Mej. H. C. Schoonderwaldt, Willemsstraat 24, Elst (Gld.)
Th. J. van Straaten, p/a Ziekenh. St. Annadal, Maastricht
Mevr. M. L. Tabbers-Boumeester, w.s. „Schuilevink”, Haagweg 3 a, Leiden
J. J. M. Tolboom, Snelliusstraat 78, Groningen
A. P. Varekamp, Lokhorststraat 21, Leiden
G. Vastenburg, Spilsluizen 22, Groningen
Dr. E. L. K. Zeldenrust, Bachplein 11, Amsterdam
W. A. J. Zwart, van der Werffstraat 2 a, Leiden
Mevr. S. N. Busé-Tjong, Brink 53, Slootdorp.
A. Craandijk, van Alkemadelaan 86, 's-Gravenhage.
H. F. H. G. Defesche, St. Annadal Ziekenhuis, Maastricht.
N. W. Drijber, Abt Ludolfweg 19, De Bilt.
F. Heibloem, Herwijnenplantsoen 29, Jutphaas.
L. W. M. Janssen, Rooseveltlaan 621, Utrecht.
J. G. M. Jordans, Haydnlaan 3, Enschede.
D. P. van Kammen, The Union Memorial Hospital, 33rd Street, Baltimore, Maryland, U.S.A.
G. S. Kho, p/a Steenhoudersgaarde 1, 's-Gravenhage.
H. Locht, Acaciastraat 218, 's-Gravenhage.
Ch. F. van der Lugt, J. v. d. Heydenstraat 10, Utrecht.
K. Reisma, Poirterlaan 4, Eindhoven.
J. M. de Ridder, Faustdreef 245, Utrecht.
F. G. B. Smeets, Stationsdwarsstraat 3 bis, Utrecht.
Mevr. R. L. E. A. Smeets-Vermue, Stationsdwarsstraat 3 bis, Utrecht.
M. P. Springer, Theemsdreef 338, Utrecht.
C. W. de Vette, Kwangodreef 225, Utrecht.
J. B. M. Wesseling, Stadhoudersring 324, Zoetermeer.
P. v. d. Zwaag, De Vos van Steenwijklaan 14, Hoogeveen.

Overleden:

P. L. Burggraaf, Graafdijs Oost 48, Molenaarsgraaf
G. M. Jager, Comeniusstraat 835, Amsterdam (Slotervaart)
M. J. H. Limpens, Krijgersberglaan 48, Schaesberg

MC BRIEVEN AAN DE REDACTIE

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

KANTEKENINGEN BIJ DE WIJZIGING VAN DE KRANKZINNIGENWET

De wettelijk te volgen procedure bij de acute opname van een „gevaarlijke” patiënt is veranderd (zie M.C. nr. 21/1970, blz. 557). Mocht voorheen iedere arts een zogeheten geneeskundige verklaring afgeven, nu is dat het exclusieve recht en de plicht van de specialist-zenuwarts. Dat is niet zo erg, het was zelfs al gebruikelijk. Maar voortaan mag een behandelend (zenuw-)arts over zijn eigen patiënt geen geneeskundige verklaring meer

afgeven. De voorgetekende inbewaaringstellingsformulieren verdwijnen. In principe kan de patiënt in een algemeen ziekenhuis en zelfs in een politiepост worden geplaatst. Het is goed, dit nog eens duidelijk te horen geformuleerd. Ziekenhuisdirecties en politie-autoriteiten geven echter veelal aan, dat zij de verantwoordelijkheid voor een inbewaaringstelling niet kunnen dragen. Overigens is de 5 dagen-termijn in het algemeen ziekenhuis, na het verstrijken waarvan het inbewaaringstellingsgeval moet worden gemeld aan de minister, ook geen bewijs dat de wetgever veel vertrouwen heeft in de kwaliteit van het algemeen ziekenhuis op dit gebied. Maar goed, stel een niet-behandelend zenuwarts is beschikbaar en een plaats in een inrichting is toegezegd, dan moet — buiten de kantooruren — de burgemeester of

diens plaatsvervanger worden gevonden: immers, voorgetekende formulieren worden extra taboe. Slaagt men er niet in één van beiden te vinden, dan kan de huisarts in samenwerking met . . . enz. enz. (zie het antwoord van Dr. Kruisinga op vragen van de heer Vredeling, M.C. nr. 21/1970, blz. 561) behandelen, dat wil zeggen: plaatspuiten met assistentie van familie, bureu, politie, of ook de zuster van de sociaal-psychiatrische dienst. Maar dat is dan een noodsituatie, en die komen ook echt wel voor.

Minder acute gevallen geven het volgende probleem: Wil de patiënt soms meewerken, dan is de hele poespas niet nodig. Wil hij niet, durft de familie het dan wel aan? Wat zal de rechter van de geneeskundige verklaring zeggen? Moet deze worden aangedikt? Moet er werkelijk worden ge-

wacht op een ernstige zelfmoordpoging of een flinke verwonding van een familielid, zodat het gevaar is aangetoond? Of zal de rechter begrijpen, dat een (zenuw-)arts niet achteloos een verklaring schrijft, en dat „schizofrenie“ als diagnose op zo'n verklaring op zich zelf al een alarm kan zijn?

De patiënt moet tegen zijn huisarts en zijn huis-zenuwarts worden beschermd, vindt collega Lamberts volgens het dagbladverslag van de Kamerzitting. Maar dan worden de belangen van die patiënt wel toevertrouwd aan een zenuwarts die hem niet kent. Tenslotte beschikt een rechter, die hem noch zijn ziekte kent. Deze kan, al of niet gehoord de patiënt, zelfs weigeren een machtiging af te geven tot verpleging in een met moeite bereid gevonden gesticht. En dat komt ook voor. De huisarts moet dan in samenwerking met... (loc. cit.) doorgaan met het opbouwen van een noodtoestand, zodat de burgemeester etcetera..., zie voren.

Gezien het bovenstaande mogen wij ons afvragen, wat de staatssecretaris wel heeft bedoeld met zijn opmerking, dat een deel van de gevallen bij tijdige aanvraag had kunnen worden voorkomen. Voorlopig ziet het er niet naar uit, dat er iemand bij de wijzigingen is gebaat. Maar misschien leidt dit alles wel even de publieke aandacht af van de vlotte wijze waarop de procedure van invordering wordt gehanteerd bij anderen dan „krankzinnigen“, politieke demonstranten bijvoorbeeld.

Beverwijk, 28 mei 1970

J. H. van Meurs, zenuwarts

ABORTUS PROVOCATUS

In de discussiebijdrage van Prof. Dr. A. C. Drogendijk (M.C. nr. 22/1970 blz. 581), komt een passage voor, die tot tegenspraak uitnodigt. Het gaat er in deze bijdrage om, maatstaven te vinden om te bepalen wanneer het bestaan als menselijk individu aanvangt. Het is duidelijk, dat hieraan belangrijke ethische consequenties vastzitten, want het doden van een menselijk individu, groot of klein, is een homocidale daad.

In het artikel van Drogendijk wordt er op gewezen, dat men als criterium van de dood van de mens als individu aanneemt een volkomen vlak elektro-encefalogram gedurende een bepaalde tijd, teken van een *irreversibel* opgehouden zijn van de hersenactiviteit. Vervolgens wordt deze gedachtengang toegepast op de voorgeboortelijke fase van het menselijk bestaan en wordt er gesteld, dat zolang het foetus nog

geen hersenactiviteit vertoont het derhalve ook nog niet als menselijk individu bestaat. In deze redenering nu zit mijns inziens een belangrijke gedachtesfout. Het opgehouden zijn van alle hersenactiviteit gedurende enige tijd wordt als hanteerbare maatstaf gebruikt om met zekerheid te kunnen vaststellen dat deze, dan nog levende, mens geen toekomst meer heeft als bewust levende menselijke individualiteit of als menselijk subject, als persoon. In feite is zijn menselijk bestaan reeds beëindigd, al is de celdood nog niet ingetreden, en dit rechtvaardigt het staken van alle pogingen om dit leven te bestendigen.

Dit nu geldt in genen dele voor het foetus, dat nog niet aan hersenactiviteit toe is, zo min als voor de zwaar genarcotiseerde patiënt, die ook wel eens een leeg encefalogram kan hebben. Beiden hebben met grote waarschijnlijkheid wel een toekomst als menselijk subject in een persoonlijk bestaan. Het lege encefalogram krijgt pas betekenis op grond van de prognose, die men aan de hand daarvan met zekerheid kan stellen en deze is voor de ongevalspatiënt en voor het foetus, beiden zonder aantoonbare hersenactiviteit, radicaal tegengesteld. Drogendijk distantieert zich in het vervolg van zijn artikel zelf ook wel van deze verwarring van maatstaven, maar, naar het mij voorkomt, niet scherp genoeg.

Utrecht, 1 juni 1970

F. E. Reitsma, arts

„COMPUTERS IN DE GENEESKUNDE“

Tot einde 1969 leverden de specialisten hun ziekenfondsverwijskaarten maandelijks in. Hun honorarium werd steeds ontvangen in de eerste maand van het volgende kwartaal. Op het honorarium van januari behoefde men slechts ± 3 maanden te wachten, op dat van februari ± 2 maanden, op dat van maart ± 1 maand.

Daarna is men op een computer overgegaan en het resultaat is, dat vandaag, 2 juni 1970, nog steeds geen honorarium over het eerste kwartaal 1970 door mij is ontvangen.

Bij de bedrijfsvereniging voor de gezondheid, geestelijke en maatschappelijke belangen is het al net zo. 5 april 1970 is één van mijn assistentes ziek geworden, zij verblijft nog in een ziekenhuis. Heden 2 juni 1970 is nog steeds geen ziekengeld ontvangen.

Het bureau dat de verwijskaarten voor ons verzorgt zond ons 22 mei j.l. het volgende bericht!

„Mede in verband met de nieuw ingevoerde mechanische administratie is

het noodzakelijk de gegevens op de verwijs- en herhalingskaarten *volledig* en *duidelijk* in te vullen.

Het aantal niet te verwerken kaarten is schrikbarend hoog; dit veroorzaakt enorm veel extra werk ten gevolge waarvan er een stagnatie in de uitbetaling ontstaat.”

Ik heb er een hard hoofd in, omdat de meeste artsen erg onduidelijk schrijven en weinig invullen.

Jammer genoeg lijden degenen die wel goed schrijven en alles precies invullen mede daaronder.

Rijswijk, 2 juni 1970

Dr. A.P.J. van der Burg

MC | VARIA

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R.J.H. Kruisinga, heeft de Gezondheidsraad verzocht hem een advies uit te brengen inzake de medisch-hygiënische aspecten van het wonen in de hoogbouw. In brede kringen wordt tegenwoordig de aandacht gevraagd voor deze materie. Dit is onder meer gebeurd door een publikatie in het tijdschrift „Bouw“ (nr. 47 dd. 22 november 1969). Uit een onderzoek is gebleken dat de gezondheidstoestand van flatbewoners statistisch gezien duidelijk veel slechter is dan die van de eengezinshuisbewoner. Het lijkt wenselijk dat in de controversiële vraag hoogbouw of laagbouw ook het team van arts en psycholoog wordt ingeschakeld. Dr. Kruisinga acht nadere studie op dit gebied van groot belang en heeft om deze reden tot adviesaanvraag besloten. Aan de Gezondheidsraad is mede verzocht in het advies suggesties op te nemen voor een eventueel te verrichten wetenschappelijk onderzoek in dit verband.



Het gezondheidsbeleid met betrekking tot de milieu-hygiëne kan alleen dan een optimale effectiviteit bereiken als graadmeters worden opgespoord die aangeven welke graad van verontreiniging van het milieu toelaatbaar is. Bij het beleid met betrekking tot de volksgezondheid moet bij de beoordeling van de vervuilingstoelaatbaarheid niet alleen de leefbaarheid voor mens en milieu op korte termijn, maar ook die op langere termijn in de beschouwingen worden betrokken.

Op een verzoek van Prof. Dr. J. Lanjouw, hoogleraar-beheerder van het Instituut voor Systematische Plantkunde van de Rijksuniversiteit van Utrecht,

is thans door de staatssecretaris van Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, gunstig beschikt op het verlenen van medewerking zijnerzijds voor de ontwikkeling van een methode die het mogelijk maakt de opnamecapaciteit van het milieu voor afvalstoffen in maat en getal vast te leggen.



Artsen hebben er vaak geen benul van hoeveel de gezondheidszorg de natie kost, omdat het ze niet interesseert. Of het waar is voor ons land is de vraag; het gaat in ieder geval op voor Frankrijk, waar een artsbezoeker onlangs tegen de *Revue de Médecine* zei van vele artsen te horen te hebben gekregen, dat de prijs van de aangeboden producten hen koud liet. Economie staat als vak niet op het medisch studieprogramma, maar vaak bereiken de Franse artsen een geneesmiddelenomzet waaraan menig middenstander zijn vingers zou aflikken. Er komt nu een studietoelating van het departement van Gezondheid, die zal bekijken welke veranderingen het medisch curriculum zou kunnen ondergaan. Momenteel geeft Dr. Pierre Salé in Parijs een college over de economie van de gezondheidszorg; veel haalt het niet uit: het auditorium bestaat maar uit 50 vijfdejaarsstudenten.



Paniek in Berlijn. Is de weg naar het gouden doktershart met zilver geplaveid? De vraag stellen, is haar beantwoorden. *Berliner Ärzteblatt*, 2 april 1970, geciteerd in *Deutsches Ärzteblatt*:

Gebruik makend van hun privilege als „jeunesse“ die niet „dorée“ wil zijn, alles beter te weten zonder direct alles beter te hoeven maken, hebben 320 medische studenten uit de Essense kliniek in een open brief aan minister-president Kühn van Nordrhein-Westfalen uiting gegeven aan hun sociaal-pastorale bezorgdheid. Een dokterspraktijk, zo preken de aankomende artsen, mag niet langer worden beschouwd als een onderneming die een maximaal profijt moet afwerpen; die praktijk moet in de eerste plaats in dienst staan van de medische verzorging van de bevolking. „Het zal“, vervolgt het bericht, „wel even rommelen in Pa's praktijk na zulke uitspraken van zoonlief. Senior, sinds lang door bitse perscommentaren aangaande zijn niet te bevredigen honorariumeisen op ergernis geprogrammeerd, staat argwanend tegenover de opstand der zonen“. Zonder pardon beticht hij hen

van sluipmoord op zijn levenswerk, de vrije praktijk.

Het bericht — vrij vertaald — besluit aldus: Gestimuleerd door een openbare mening, die niet weet of zij de betaling van de arts in het hokje van het stukloon of in dat van de opbrengst uit kapitaal moet onderbrengen, en die de criteria ontbreekt om de productiviteit van de arts te meten, is de arts geneigd de aanvallen op de praktijk als een op winstbejag gerichte onderneming op zichzelf te betrekken en welhaast de contraprestaties te verdringen, die hij voor de vermeende „bedrijfswinst“ heeft geleverd. Hij zou aan de laatste griep-epidemie kunnen denken, toen hij 16 à 18 uur per dag op de been moest blijven, of aan de 30 tot 40 visites die hij dagelijks aflegt, of — last not least — aan al hetgeen niet als „productie uit medische beroepsarbeid“ in economische statistieken of op de afrekenstaten van de ziekenfondsen voorkomt, omdat het onmeetbaar is, een „balans van getallen die niet spreken“: bijvoorbeeld het ontdekken van een phenylketonurie bij een kind, het tijdig diagnosticeren van een meningitis bij een klein meisje, of het behoeden van een paar reumatici voor een vroeg intredende invaliditeit“.



De Stichting het Nederlands Astma Fonds brengt onder de aandacht van belanghebbenden, dat subsidie-aanvragen voor in het jaar 1971 te verrichten wetenschappelijke arbeid op het gebied van de chronische specifieke respiratoire aandoeningen (CARA), kunnen worden ingediend tot uiterlijk 1 oktober 1970.

Bij de toekenning der subsidies zal uiteraard de rangorde der urgenties binnen de CARA-bestrijding een rol spelen.

Aanvraagformulieren voor het subsidiejaar 1971 zijn verkrijgbaar bij het secretariaat van de Stichting het Nederlands Astma Fonds, Erasmuslaan 5, Utrecht.



De vorig jaar in eerste druk verschenen *Sexualkunde-Atlas* van Leske Verlag loopt ook buiten de Bondsrepubliek boven verwachting goed. Dit meldt *Selecta*, das *Wochenmagazin des Arztes*, van 25 mei 1970. Uitlatingen van eigen bodem als zou het voorlichtingswerk oersaai dan wel verdorven zijn, vermochten niet aan het succes ervan te knagen. De atlas heeft zich thans een vaste plaats op de schoolboekenplank in de Bondsrepubliek veroverd. Zelfs blijkt uit een mededeling van het Bundesministerium

für Jugend, Familie und Gesundheit, dat binnenkort een bandopname de stof voor blinde schoolgaande kinderen toegankelijk zal maken. Intussen is het populaire plaatwerk aan een opmars op de internationale boekenmarkt begonnen. Reeds verscheen het in licentie in een hele rij landen van Joego-Slavië tot en met Griekenland, waar puriteinse kolonels over het zedelijk peil van de bevolking waken, Japan, Brazilië, Australië, Italië, Zwitserland en Nederland. Een herdruk van de atlas zal dit najaar op de Westduitse markt komen. Het is te hopen, zegt *Selecta*, dat er dan iets aan het soms wat monotone karakter van de uitgaaf is gedaan. Ernst en degelijkheid hoeven niet persé samen te gaan met verveling. In zijn huidige vorm presenteert de ooit heftig omstreden sex-atlas zich aan zijn merendeels jeugdige lezerspubliek als een toonbeeld van Duitse Gründlichkeit: pijnlijk precies maar gortdroog.



In samenwerking met het Interkerkelijk Protestants Ziekenhuisbureau te Utrecht organiseert Kerk en Wereld te Driebergen op 11 en 12 september 1970 een conferentie over de confessionele aspecten van ziekeninrichtingen. De conferentie draagt als titel „Waarde en gestalte“. De deelname staat open voor besturen, directies, predikanten en geestelijke verzorgers van alle confessionele en niet-confessionele ziekeninrichtingen. Als uitgangspunt van de conferentie zal een onderzoek fungeren, dat in 1969 door de sociale academie De Horst te Driebergen in een aantal ziekeninrichtingen van verschillende signatuur werd verricht, in samenwerking met het Interkerkelijk Protestants Ziekenhuisbureau. Bij dit onderzoek waren zowel patiënten als medewerkers, respectievelijk leidinggevende functionarissen betrokken. De conferentieleiding berust bij mej. C. J. Wigbers, cursusleider van Kerk en Wereld. De prijs bedraagt f 45,— per persoon. Inlichtingen en aanmeldingen bij Conferentie-secretariaat Kerk en Wereld, De Horst 1, Driebergen, tel. 03438-2241.



Een team van de universiteit van Wisconsin is er in geslaagd een kunst-gen te ontwikkelen. Teamleider was de Nobelprijswinnaar Dr. H. Gobind Khorrana. Als model gebruikten de onderzoekers een RNA-gen uit gist. Het vervaardigen van een synthetisch gen opent de weg naar beïnvloeding van

de biologische structuur van levende organismen. Het zou uiteindelijk kunnen voeren tot genezing van kanker, suikerziekte en infectieziekten. Maar ook zou in een ver verwijderde toekomst genetische ordening, in casu het ontwerpen van mensen naar patronen, mogelijk kunnen worden. Dit komt neer op genenkeuze, een idee dat werd gelanceerd door de Amerikaanse geneticus Hermann Muller en overgenomen door onder meer Sir Julian Huxley. Echter, aldus Gerald Leach, die hierover schrijft in „The Biocrates” (een uittreksel van dit boek verscheen onlangs in Het Vrije Volk), zelfs bij toepassing op grote schaal is het niet waarschijnlijk, dat genenkeuze dromen over het opkweken van een superras in vervulling zal doen gaan. Zullen wij gebruik maken van de mogelijkheid tot genetische inventarisatie? Volgens Leach zouden wij daarmee wellicht een weg inslaan waarop geen terug meer mogelijk is. Deze vraag wordt des te klemmender, nu het de Amerikaanse bioloog Dr. James Shapiro in november van het vorige jaar is gelukt een zuiver gen te isoleren. Zelf heeft Dr. Shapiro de vraag reeds beantwoord door zijn onderzoekingen in deze richting te staken. Sterker nog, hij staakte alle wetenschappelijk onderzoek. Nadat zijn succes bekend was geworden, maakte Shapiro de wereld opmerkzaam op de mogelijke gevaren van voortgezette biologische ontwikkelingen. De reacties die hij kreeg, deden het ergste vrezen. Hij trok er zijn conclusies uit, en ging in de politiek. Evenals dat met de kennis van de kernsplijting het geval is geweest, zou ook onze kennis van de genetische processen kunnen worden misbruikt, aldus Dr. Shapiro.

De Amerikaanse bioloog verklaarde voorts, niet langer mee te willen werken aan een systeem dat 's lands bevolking geen stem in het werk van de wetenschappers gunt. Bovendien zei Shapiro van mening te zijn, dat de belangrijkste vragen waar de Verenigde Staten thans mee kampen, zoals de gezondheidszorg en de luchtvervuiling, eerder om een politieke dan om een wetenschappelijke oplossing smeken.



In 1965 begon Radio Kortrijk (B.R.T., West-Vlaanderen) met een maandelijkse uitzending voor bejaarden. Deze heeft zich intussen via een programma voor oude en minder oude luisteraars ontwikkeld tot een uitzending voor jonge en minder jonge mensen. Dit alles onder het motto: het is beter te voorkomen dan te genezen. De tv laat

eenzelfde ontwikkeling zien. In 1964 startte „Jonger dan je denkt” een 14-daags bejaardenprogramma. Naast deze uitzending kijkt de jeugd sinds 1969 naar het schooltelevisie-programma: „Ouder dan je denkt”. Ook hierbij staat de gedachte aan preventie voorop, getuige de slagzin: „De geriatrie begint, waar de pediatrie ophoudt”. Acta Gerontologica et Geriatrica Belgica, 3e kwartaal 1970, maakt er melding van.



Van de zes E.E.G.-landen heeft Frankrijk, blijkens een publikatie in de Cahiers de Sociologie et de Démographie Médicales, de slechtste geografische spreiding van de artsenstand. Volgens deze publikatie zitten vele plaatsen zonder een dokter, terwijl hele streken het moeten stellen met minder dan 10 artsen per 10.000 inwoners. Vooral Bretagne, Midden-Frankrijk en de Jura staan er wat dit betreft slecht voor.



Het aantal Russen, nog steeds het grootste volk van de Sovjetunie, vertoont blijkens een bericht in Het Vrije Volk van 30 mei 1970 een dalende tendens. Oorzaak is een afnemend geboortecijfer in de meer ontwikkelde gebieden van de Sovjetunie. Het werken van de moeders, de weinige voorzieningen die hun last kunnen verlichten, de slechte woonomstandigheden en de kosteloze abortusoperaties lijken de redenen waarom de gezinnen in Europees Rusland niet groter zijn. Het geboortecijfer ligt in Europees Rusland op 15 per 1.000 inwoners; in de overige gebieden is het 36 per 1.000. Tien jaar geleden hadden de Russen nog een meerderheid van 55%, maar verwacht wordt dat de volkstelling van dit jaar zal uitwijzen, dat zij thans iets minder dan de helft van de Sovjetbevolking uitmaken.



Van 14-16 oktober wordt in de aula van de Universiteit van Amsterdam en in Artis het congres „Criteria voor milieubeheer” gehouden. Dit congres vormt de aanloop tot een nieuwe opleiding Milieubeheer in het kader van een interuniversitair instituut. Een commissie van de faculteit der Wetkunde en Natuurwetenschappen, die de plannen voor een dergelijke opleiding rond heeft, vindt deze van het grootste belang in een tijd waarin de voor de mens essentiële elementen water, lucht, bodem, vegetatie en fauna ernstig worden aangetast. De opleiding krijgt een multidisciplinair karakter.

Naast de natuurwetenschappelijke benaderingswijze zal ook sterk de nadruk worden gelegd op de sociologische, ethische en psychologische implicaties van milieuverontreiniging en van maatregelen ter bestrijding daarvan. Ook demografische en planologische aspecten komen aan de orde. Van groot belang wordt tevens geacht, dat vanuit juridisch, economisch en politiek standpunt de wenselijkheid en uitvoerbaarheid van maatregelen tot beheer van het milieu worden belicht. Het streven is, de opleiding als bijvak in het doctoraal-programma van zo mogelijk alle studierichtingen op te nemen. Een keuze zou moeten worden gemaakt uit een van de volgende specialisaties: aard van het milieu en biologische onderzoekstechnieken; fysische en chemische onderzoekstechnieken voor milieuverontreiniging en milieuhygiëne; maatschappelijke consequenties van het milieubeheer. Verder is deelname aan multidisciplinaire werkgroepen mogelijk. Via een enquête onder de wetenschappelijke staf wil men trachten na te gaan, of een dergelijke opleiding als wenselijk wordt beschouwd, of men zou kunnen meedoen en of men momenteel al iets doet op het terrein van het milieubeheer.



Quod Novum, blad voor de Rotterdamse academische gemeenschap, van 29 mei 1970 bevat een aantal kanttekeningen van P. J. M. van der Lugt bij de enquête onder de wetenschappelijke staf van de Medische Faculteit Rotterdam naar wensen met betrekking tot de eigen werkpositie en de toekomstige universitaire hervormingen, een enquête waarvan de uitslag werd gepubliceerd in het zelfde blad van 24 april 1970 (zie ook M.C. no. 21/1970, blz. 543). De schrijver bestrijdt de representativiteit van de enquête, omdat zijns inziens niet aan het criterium van de aselectiviteit is voldaan. Het percentage respondenten bedroeg over de hele linie 26%, maar dit percentage is opgebouwd uit een veel grotere deelname van de preklinische wetenschappelijke medewerkers tegenover een geringere deelname van de overige groepen. Is verder de non-responsie niet verwaarloosbaar klein, dan verdient het persoonlijk interview van een steekproef uit de populatie de voorkeur boven een schriftelijke enquête. Een deelname van 26% aan een onderzoek betreffende de eigen werkomstandigheden noemt de heer Van der Lugt wel heel schraal. Hij schrijft verder: „Het feit, dat de resultaten van de enquête volledig samenvielen met de

wensen en plannen van het bestuur der Vereniging tot Vertegenwoordiging van de Wetenschappelijke Staf, leek al te mooi om waar te zijn. Het is dan ook, althans voorlopig, niet bewezen". Het tevens afgedrukte antwoord van het verenigingsbestuur luidt, dat de onevenredig grote deelname van de preklinici reeds in de uitslag was vermeld. Juist deze onevenredigheid had tot opsplitsing in drie groepen — preklinici, klinici en assistenten — aanleiding gegeven. Overigens hadden de afzonderlijke groepen in vrijwel dezelfde mate bepaalde punten als prioriteitspunten gescoord. Dat het bestuur daarvan nu programmapunten maakt, acht het vanzelfsprekend. Enig bewijs, dat een voor het bestuur gewenst resultaat bijvoorraat was verzekerd, ontbreekt.



Het sprookje, dat de mensen op het platteland een langer leven is beschoren, moet de wereld uit. Aldus de Franse demograaf Paul Paillet, geciteerd in La Revue de Médecine (18 mei 1970).

Als criteria voor de gemiddelde levensverwachting gelden de sociale beroepsgroep en de regionale artsendichtheid. Simpel gezegd: naarmate men verder zakt op de maatschappelijke ladder en er minder dokters in de buurt zijn, wordt men minder oud.

Wat het eerste criterium betreft: enige jaren geleden meldde het Institut National d'Etudes Démographiques, dat in Frankrijk kindersterfte zeven maal zo vaak in mijnwerkersgezinnen voorkwam als in doktersgezinnen. Thans heeft het zelfde instituut bevestigd, dat bij een en dezelfde ziekte een grotere overlevingskans is gewaarborgd in streken met een goede gezondheidszorg. Uiterekend is, dat bij een artsendichtheid van 1 op 100.000 de gemiddelde levensduur 31 jaar bedraagt, bij een dichtheid van 1 arts op 5.000 inwoners 56 jaar, en in gebieden met 1 arts op 666 inwoners 73,3 jaar. Frankrijk nu telt een enorme artsconcentratie in de stedelijke gebieden. Het onderzoek heeft aangetoond, dat de gemiddelde levensduur op het land twee maal zo kort is als in de stad. Verder vertonen de diverse regio's aanzienlijke verschillen.



Erger dan welke ziekte ook is het verkeer. Het maakt steeds meer slachtoffers en bezorgt talloze mensen leed. De plaatsvervangend directeur-generaal van het ministerie van Volksgezondheid, de arts W. B. Gerritsen, noemde het verkeer bij de opening

van het zevende internationale verkeersmedische congres, dat van 20-22 mei j.l. te Amsterdam werd gehouden, een „verschrikkelijke epidemische ziekte". Hòè verschrikkelijk, mag blijken uit het feit, dat het aantal verkeersslachtoffers in Europa thans is gestegen tot 100.000 per jaar. In de Verenigde Staten vinden 55.000 mensen per jaar de dood in het verkeer; het aantal gewonden per dag is er 10.000. In ons eigen werelddeel worden tien maal meer mensen het slachtoffer van verkeersongevallen dan van moordaanslagen, gewapende overvallen, verkrachting en manslag samen. Het aantal slachtoffers van aanrijdingen is nagenoeg even groot als dat van hartziekten of van kanker en beroertes samen. Meer dan 40% van de doodsoorzaken van mensen tussen de 15 en 24 jaar wordt gevormd door verkeersongelukken. Preventie en behandeling van ongevallen zijn allernoodzakelijkst. Dat blijkt volgens Prof. Dr. W. G. Sillevius Smit, die de algemene openingsrede van het congres hield, alleen al uit de enorme groei van de motorisering. In 1959 telde ons land 600.000 auto's, nu zijn er meer dan 2½ miljoen. Kritiek had Prof. Sillevius Smit op de autoproducenten, omdat zij de mensen al te onbeschermd laten.



Deels in de psychiatrische kliniek te Groningen, deels in „Dennenoord" te Zuidlaren, zal van 17-19 september 1970 een „Symposium on amphetamine derivatives" plaatsvinden. Organisatoren zijn het Interdisciplinair Genootschap voor Biologische Psychiatrie en de Scandinavian Society of Biological Psychiatry. Een uitvoering programma is te verkrijgen bij de secretaris van het genootschap, Dr. E. W. Dijk, psychiatrische inrichting „Dennenoord", Zuidlaren.



Ruim zes jaar geleden vond via de tv de actie „Open Het Dorp" plaats. Thans staat Het Dorp er en is een kader geschapen, waarbinnen ook in onze ogen ernstig gehandicapten reële leefmogelijkheden hebben als vrije en zelfstandige mensen, om te spreken in de termen van minister Klompé van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, die op 30 mei j.l. de opening verrichtte. De minister kenschetste de nieuwe gemeenschap van omstreeks vierhonderd gehandicapten als een fase, een stap in de ontwikkeling in onze maatschappij waaruit alternatieve leef- en woonvormen voor gehandicapten aan het groeien zijn. Zij vervolgde: „Het is zaak, de gehele maat-

schappelijke groei en het hier reeds gerealiseerde nauwgezet te volgen, zodat op het goede moment ook de goede beslissing zal kunnen worden genomen. De overheid zal hierbij niet passief toezien, maar zij zal actief meewerken waar dit mogelijk en wenselijk is. Op deze manier zal onze maatschappij in sociaal opzicht steeds toegankelijker worden voor de gehandicapten". Als punt, dat hierbij als een belangrijke stimulans kan dienen, noemde de bewindsvrouw de fysieke toegankelijkheid van gebouwen en voorzieningen van allerlei aard voor gehandicapten. Het ligt daarom in de bedoeling er in de toekomst, bij de realisering van gebouwen en voorzieningen waarmee het departement van CRM is gemoeid, voor te zorgen dat deze voor gehandicapten toegankelijk zullen zijn. Minister Klompé verrichtte de officiële opening van Het Dorp als nationaal project; een dag eerder was het complex reeds als nieuwe wijk van de stad Arnhem in gebruik gesteld.



De slepende kwestie van het Alkmaarse artsenalarm is opgelost. De PTT zal de artsen, zoals al gemeld in M.C. 23/1970, blz. 616, een speciale portofoonfrequentie toewijzen. Dit houdt in, dat de twaalf specialisten en huisartsen uit Alkmaar en omgeving, die in het najaar van 1969 uit de lucht waren gehaald, opnieuw zullen mogen werken met een gerichte zend- en ontvangapparatuur. Volgens een mededeling van de Nationale Frequentie Commissie kunnen de artsen zelfs vergunning krijgen voor een portofoon met een groter bereik dan de oude apparatuur. De twaalf artsen moesten hun eigen omroepstelsel destijds prijsgeven, omdat de PTT zonder motivering weigerde een machtiging te verlenen. Nadat de PTT in het najaar van 1969 een verbod had uitgevaardigd, publiceerde het Noordhollands Dagblad een aantal artikelen, naar aanleiding waarvan het Tweede Kamerlid mej. Mr. M. A. Goudsmit (D'66) vragen stelde aan de ministers De Jong, Roolvink en Bakker (zie ook M.C. no. 8/1970, blz. 194). Minister Bakker liet daarop weten, dat het in Alkmaar verboden draadloos alarm- en oproepstelsel slechts mocht worden gebruikt in zelden optredende alarmende situaties, zoals bij bankovervallen en bij brand- of explosiegevaar in chemische industrieën en aardgasinstallaties. Op 23 april 1970 publiceerde het Noordhollands Dagblad een artikel, waaruit bleek dat de PTT in Alkmaar verbod wat elders reeds sinds lang was toegestaan. Zo functioneert

in Krimpen aan de IJssel, Uithoorn en Delfzijl al geruime tijd een breed opgezette hulpdienst volgens hetzelfde draadloze communicatiesysteem dat in Alkmaar in de ban werd gedaan. Dat de Nationale Frequentie Commissie thans door de knieën is gegaan, betekent dat alle Nederlandse artsen nu in de gelegenheid zijn gebruik te maken van het draadloze oproep- en ontvangststelsel. Omdat de PTT-machtiging betrekking heeft op het gebruik van portofoons, is het mogelijk geworden een communicatie naar twee kanten tot stand te brengen. Voortaan kan een arts als hij dat wil een oproep direct beantwoorden.



In aansluiting op een beraad, dat in februari van dit jaar werd gehouden, is op 29 en 30 mei j.l. bij Kerk en Wereld te Driebergen een tweede conferentie over de opleidingen in de verplegingssector samengeroepen. Ook dit tweede beraad werd georganiseerd in samenwerking met Kerk en Wereld; overige organisatoren waren de geneeskundige hoofdinspecties van de Volksgezondheid en van de Geestelijke Volksgezondheid. Een deel van deze conferentie werd bijgewoond door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga. In een rapport van een commissie onder voorzitterschap van Mej. J. J. von Nordheim, hoofd opleidingen van het Ziekenhuis Zuidwal te Den Haag, zijn de resultaten van het eerste beraad tot concrete voorstellen uitgewerkt. Uitgaande van dit rapport hielden circa 75 deskundigen op het gebied van de opleidingen nu een tweede beraad. Het rapport van de commissie-Von Nordheim bevat voorstellen betreffende de planning van de opleidingen op lange termijn; een experimentele overgangsfase; en de relatie opleiding-praktijkveld. Het beraad achtte het noodzakelijk, dat op korte termijn wordt overgegaan tot het opzetten van experimentele opleidingen. Hiertoe verzocht men om de installatie van een commissie van deskundigen voor 15 augustus van dit jaar. De staatssecretaris sloot zich geheel bij deze conclusie aan en zegde de instelling van een dergelijke commissie toe. De eerste experimentele opleidingen zullen zo mogelijk op 1 september 1971 beginnen. Het verkrijgen van het staatsdiploma voor verpleegkundigen of ziekenverzorgenden zal ook bij deze experimentele opleidingen zijn gegarandeerd. Het rapport van de commissie-Von Nordheim zal binnenkort in definitieve versie worden gepubliceerd.

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

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

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 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. Kruyt N.V., Bussum.

Oplage: 16.300 exemplaren.

Druk: Verweij Mijdsrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411
Postgiro K.N.M.G.: 58083

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Bureau voor waarneming en vestiging:

van 9 tot 17 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411;

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

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021