



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

De 156ste Algemene Vergadering der Maatschappij

De 156ste Algemene Vergadering van de Maatschappij, zaterdag 12 september j.l. te Utrecht in het nieuwe Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum gehouden, laat zich kenschetsen als een bijeenkomst van enerzijds huishoudelijke, anderzijds informatieve aard. Huishoudelijk, in zoverre de afgevaardigden zich moesten buigen over een lange reeks voorstellen, waarover conform de Beschrij-

vingsbrief (zie Medisch Contact nr. 28 en 30 van deze jaargang) besluitvorming diende plaats te vinden; informatief, waar de aanwezigen kennis konden nemen van de activiteiten van het hoofdbestuur over de achterliggende periode en enkele actuele vraagstukken waarmee de Maatschappij Geneeskunst zich zag en ziet geconfronteerd. Wat het informatieve gedeelte betreft stond de inleidende rede van Maatschappij-voorzitter *Dr. L. van der Drift* centraal (deze inleiding wordt integraal afgedrukt elders in dit nummer van Medisch Contact). Voorts liet de vergadering zich nader informeren over diverse aspecten van de medische wetgeving en de praktijkwaarneming, vraagstukken welke aan de orde werden gesteld door twee Maatschappij-secretarissen, respectievelijk *Mr. W. B. van der Mij*n en *Dr. H. Roelink*.

*
**

Onmiddellijk na opening te 13.30 uur van deze vergadering en na voorlezing door de *secretaris-generaal* van de namen der leden die sinds de vorige Algemene Vergadering de Maatschappij waren ontvallen, wijdde de *voorzitter* een kort woord aan de nagedachtenis van de in juli overleden oud-secretaris der K.N.M.G., *Dr. H. J. W. Drooglever Fortuyn* en de voormalige Maatschappijvoorzitter, wijlen het erelid *L. F. C. van Erp Taalman Kip*, van wie beiden eerder een in memoriam werd gepubliceerd in Medisch Contact nr. 31 van 31 juli j.l.

Verkiezingen

De verkiezing van vijf nieuwe hoofdbestuursleden noopte tot meerdere stemrondes, zodat in de loop van de vergadering voor de voorziening van de vacatures, ontstaan door het aangekondigde aftreden van *Dr. L. van der Drift*, mevrouw *Dr. L. Hemmes*, *G. C. M. van Maarsseveen*, *F. H. M. Jansen* en *Dr. Z. Nauta*, respectievelijk in volgorde van verkiezing werden benoemd: *Dr. H. W. A. Sanders*,

25e JAARGANG - No. 38 - 18 SEPTEMBER 1970

INHOUD

De 156ste Algemene Vergadering der Maatschappij	993
Inleiding 156ste Algemene Vergadering door Maatschappijvoorzitter <i>Dr. L. van der Drift</i>	996
Arts en Fiscus	999
Staatssecretaris vraagt advies over waterkwaliteit	1001
Wijziging Krankzinnigenwet behandeld in Eerste Kamer	1002
Bouwactiviteiten gedurende de laatste jaren in de sector van de gezondheidszorg	1004
Artsenkring Alkmaar steunt „Comité Gasalarm”	1005
W.H.O.-statistiek over hart- en vaatziekten	1007
„Pil” voor mannen	1009
De vertraging van de mazelenvaccinatie ..	1010
Staatssecretaris verzoekt dringend voorbereiding van provinciale ziekenhuisplannen	1011
Van het hoofdbestuur:	
Hulpverlening bij ongewenste zwangerschap	1012
Van de P.C.D.:	
Richtlijnen betreffende arbeidsvoorwaarden voor doktersassistenten	1014
Brieven aan de redactie	1015
Varia	1015

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

Colofon op bladzijde 1016.

huisarts te Helmond, die zitting heeft in het hoofdbestuur vanaf deze Algemene Vergadering tot en met 31 december 1976; *Dr. J. L. A. Boelen*, specialist te Gouda, *L. Th. G. Rozeman*, specialist te Sittard en *mevrouw E. Smit*, arts in dienstverband te Amstelveen, welke drie nieuwe leden van het hoofdbestuur zitting in dit college zullen hebben van 1 januari 1971 tot en met 31 december 1976; tenslotte *Dr. Y. van der Wielen*, arts in dienstverband te Voorburg, die zitting in het hoofdbestuur heeft vanaf deze Algemene Vergadering tot en met 31 december 1972.

Toen de uitslag van deze verkiezingen tegen het einde van de vergadering in zijn geheel bekend was, ging de *voorzitter* nader in op de verdiensten van de scheidende hoofdbestuursleden. Hij sprak daarbij bijzonder lovend over de inzet van de thans uitgetreden bestuursleden *Dr. Z. Nauta*, oud-Maatschappijvoorzitter — die zich tussentijds ter beschikking had gesteld voor de vacature welke was ontstaan door het plotselinge overlijden van wijlen *G. A. Fluitman* — voorts van de heer *F. H. M. Jansen*, als „routinier” invaller voor de heer *C. Stein*, die voortijdig zijn lidmaatschap van het hoofdbestuur had moeten opzeggen.

Voor de Raad van Beroep werden de volgende vijf leden gekozen: *Dr. D. J. Hartman* te Velp (Gld.), *Dr. H. Navis* te Arnhem, *Dr. Jos. L. H. Specken* te Eindhoven, *F. H. Veldhuijzen van Zanten* te Gouda en *Prof. Mr. A. L. Melai* te Leiden. Vier plaatsvervangende leden voor de Raad van Beroep werden aangewezen in de personen van *Ph. J. Hoedemaker* te Leeuwarden, *Dr. R. B. Spanjaard* te Amsterdam, *Dr. J. D. Bom* te 's-Gravenhage en *Mr. J. C. Coebergh* te 's-Gravenhage.

Voor de op 31 december 1970 opvallende plaatsen in het bestuur van Medisch Contact door het aftreden van *Prof. D. C. den Haan* uit Leiden en *Prof. Dr. S. A. de Lange* uit Rotterdam werden gekozen *Dr. J. A. Stoop* uit Utrecht en *J. H. van Meurs* uit Beverwijk. *Dr. Stoop* zal zitting hebben in het M.C.-bestuur vanaf 1 januari 1971 tot en met 31 december 1975, de heer *Van Meurs* van 1 januari 1971 tot en met 31 december 1976, beiden zullen te zijner tijd terstond herkiesbaar zijn.

Maatschappij-agenda 1970

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

De *voorzitter* sprak bij het bekend worden van deze verkiezingsuitslag een speciaal woord van dank uit aan het adres van de twee uittreedende M.C.-bestuursleden *Den Haan* en *De Lange*, „die er mede toe hebben bijgedragen, dat Medisch Contact zich in een groeiende belangstelling mag verheugen”.

Tenslotte werd *E. M. van Schaik* uit Apeldoorn herkozen tot lid van het bestuur van de Stichting het Ondersteuningsfonds en *G. Dekker* uit Overveen gekozen tot lid van de commissie van uitvoering voor de steunregeling aan oorlogsslachtoffers, als zodanig opvolger van de aftredende voor deze functie niet herkiesbare *Dr. W. F. Noordhoek Hegt* te 's-Gravenhage.

Jaarstukken en H.B.-voorstellen

Zonder discussie werden voorts achtereenvolgens met algemene stemmen aangenomen de jaarverslagen 1969 van: de Maatschappij, de Raad van Beroep, het bestuur van Medisch Contact, de Commissie voor het bureau voor waarnemning en vestiging, de Commissie voor de geldmiddelen, het bestuur van de Stichting het Ondersteuningsfonds en de Commissie van uitvoering voor de steunregeling aan oorlogsslachtoffers. De vergadering ging vervolgens eveneens met algemene stemmen akkoord met de financieel stukken, inclusief het verslag van de Commissie voor de geldmiddelen, van: Medisch Contact, de Stichting het Ondersteunings-



Uitvoerig programma met inschrijfformulier

werd opgenomen

in M.C. van 26 juni, no. 26/1970

en (als bijlage) in M.C. van 14 augustus, no. 33/1970

fonds voor behoeftige weduwen en wezen van geneeskundigen, het Fonds tot steun aan oorlogsslachtoffers en van de Maatschappij.

Het voorstel van het bestuur van de Stichting het Ondersteuningsfonds, ter vergadering toegelicht door voorzitter *A. D. J. Berkhout*, inhoudende de grondslag voor de bijdrage der Maatschappijleden voor het jaar 1971 te verhogen van f 16,— tot f 20,—, alsmede het begrip „behoefstig” in de toekomst iets ruimer te mogen interpreteren en als norm aan te passen aan deze tijd, werd eveneens met algemene stemmen aangenomen.

Al evenveel begrip had de vergadering voor de opstellers van de gecombineerde balans der Maatschappij en de voorstellen van het hoofdbestuur het verslag van de Commissie voor de geldmiddelen goed te keuren, alsmede de secretaris-penningmeester c.q. de secretaris-generaal voor het geldelijk beheer over het jaar 1969 te dechargeren. Oogstten eerder de decharges van de penningmeesters die verantwoordelijk waren voor bovengenoemde financiële stukken reeds applaus, de beheerders van de Maatschappijpenningen, secretaris-generaal *J. Diepersloot* en in het bijzonder diens voorganger, de voormalige secretaris-penningmeester *G. Dekker*, die — zoals bekend — in het afgelopen jaar zijn mandaat heeft overgedragen, werden door de voorzitter daarenboven nog eens uitdrukkelijk gecompimenteerd voor de wijze waarop zij alle financiële besommingen het hoofd hadden weten te bieden.

Tot die besommingen moge onder meer worden gerekend de bepaling van de jaarlijkse bijdrage van de Maatschappij aan de Stichting Artsen Naar Ontwikkelingslanden (S.A.N.O.) en de Leprastichting. Op aandrang van enkele afgevaardigden bracht de voorzitter een voorstel in stemming, inhoudende de Maatschappijsubsidie voor deze stichtingen opnieuw met f 5.000,— te verhogen, daarmee het totaal op f 35.000,— per jaar te brengen, met de aantekening dat dit bedrag moet worden gezien uitsluitend als bijdrage voor te maken organisatiekosten. Het voorstel werd aangenomen met 22 stemmen voor, 13 tegen en 1 blanco. De voorzitter maakte daarop van de gelegenheid gebruik alle Maatschappijleden opnieuw op te roepen vrijwillig een individuele bijdrage te leveren voor het werk van genoemde stichtingen. Een eerder dit jaar rondgezonden schriftelijke oproep heeft tot dusver ruim f 86.000,— voor dit doel opgeleverd.

Het voorstel van het hoofdbestuur, *Dr. J. A. van Dongen* te Amsterdam opnieuw te benoemen tot bibliothecaris van de Maatschappij en de heer *H. de Vos*, eveneens arts te Amsterdam, opnieuw te benoemen tot plaatsvervangend bibliothecaris, beiden voor een zittingsperiode van vijf jaar, ingaande 1 januari 1971, werd vervolgens — wederom met algemene stemmen — aanvaard. Dit gebeurde ook met het bestuursvoorstel, in 1971 op 24 april en 30 oktober Algemene Vergaderingen te houden. In de laatste zouden dan de jaarstukken kunnen worden behandeld; tot dusver dienden deze

stukken ingevolge artikel 404 van het Huishoudelijk Reglement in een Algemene Vergadering vóór 15 september te worden behandeld.

Mededelingen

Tot slot van het huishoudelijk gedeelte van deze 156ste Algemene Vergadering deed de voorzitter enkele mededelingen namens het hoofdbestuur. In dit kader bracht hij de vergadering op de hoogte van het bestuursbesluit de invoering van de nieuwe contributieregeling op 1 januari 1971 te stellen. Voorts werd medegedeeld, dat op zaterdag 19 december a.s. in plaats van een Algemene Vergadering onder auspiciën van het hoofdbestuur een symposium over kindermishandeling zal worden gehouden in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht, aanvang te 10 uur v.m. Indien onverhoopt toch nog de behoefte zou ontstaan tegen die tijd een Algemene Vergadering bijeen te roepen, dan zou deze kunnen worden gehouden vrijdagavond 18 december a.s. Tenslotte deelde de voorzitter nog mede, dat het hoofdbestuur het eindrapport van de Maatschappijcommissie Personeelsbeleid heeft aanvaard, een rapport waarmee een uniform bestel van arbeidsvoorwaarden voor het personeel in dienst van de K.N.M.G. is geregeld, zulks met betrekking op het salarisbeleid, het pensioenbeleid en de methodiek van inschaling welke via functiebeoordeling zal worden geëffectueerd.

*
**

Na een korte schorsing was daarop het woord aan de secretaris-jurist der Maatschappij, *Mr. W. B. van der Mijn*, lid van de Staatscommissie welke zich bezig houdt met een herziening betreffende de medische beroepsuitoefening en van de ministeriële commissie welke zich heeft verdiept in het vraagstuk van de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst. De heer Van der Mijn hield een korte inleiding over de medische wetgeving, daarbij uitgaande van een tweetal vragen: op welke gronden is een totale herziening van de medische wetgeving gewenst, zo al niet noodzakelijk? en: hoever mag of moet de werkgever gaan bij het stellen van regelen betreffende de medische beroepsuitoefening? In een der volgende nummers van Medisch Contact zal deze inleiding integraal worden gepubliceerd.

Nadat de heer Van der Mijn nog nader was ingegaan op enkele vragen welke bij zijn gehoor waren gerezen naar aanleiding van zijn betoog, bracht een tweede Maatschappijsecretaris, *Dr. H. Roelink*, zeer uitvoerig verslag uit van een schriftelijke enquête in de periferie gehouden over de bereikbaarheid van de arts, in het bijzonder tijdens praktijkwaarnemingen. De uitkomsten van deze enquête, welke cijfermatig nog nader moet worden uitgewerkt, zal te gelegener tijd in deze kolommen gedetailleerd worden gereproduceerd.

*
**

In de rondvraag werd door mevrouw *E. Hissink* uit Amsterdam de attentie van het hoofdbestuur ge-

vraagd voor wat ook onder meer in de „Sportnota 1970” (zie het vorige nummer van Medisch Contact op bladzijde 983 e.v.) aan de orde wordt gesteld inzake milieu- en psycho-hygiëne. Nogal kritisch gestemd was de heer F. A. C. M. Mol uit Etten-Leur, die in plaats van „stemmen” op alle benoemde bestuursfunctionarissen had willen „kiezen” voor kandidaten van wie bekend zou zijn gemaakt „wie” zij waren en „wat” zij zouden voorstaan terzake van allerlei belangrijke onderwerpen de Maatschappij en de gezondheidszorg betreffend. De heer Mol sprak voorts ook zijn bezorgdheid uit over de voorbereiding van het W.M.A.-congres, dat in 1972 in Nederland zal worden gehouden en door de K.N.M.G. zal moeten worden georganiseerd.

Achtereenvolgens werden nog vragen gesteld over het beleid van het hoofdbestuur inzake de Regeling en Klapper, het subsidiebeleid rondom de nascholing van huisartsen en over de stand van zaken in de procedure voor de totstandkoming van de Raamwet Pensioenvoorzieningen voor de vrije beroepsbeoefenaars. Een voorstel om — in navolging van een Britse resolutie, ingediend tijdens de laatste Algemene Vergadering van de W.M.A. te Oslo (zie

het vorige nummer van Medisch Contact op bladzijde 972) — tijdens Algemene Vergaderingen van de K.N.M.G., althans vóór de pauze, niet te roken, kon vooralsnog niet in behandeling worden genomen.

Tenslotte maakte Dr. A. Rijpperda Wierdsma als laatste spreker tijdens de rondvraag gebruik van deze gelegenheid om namens de afgevaardigden zich aan te sluiten bij de woorden van de voorzitter ter herdenking van wijlen L. F. C. van Erp Taalman Kip, daarbij centraal stellend de grote verdiensten die de overledene voor de Maatschappij heeft gehad speciaal als afgevaardigde ter Algemene Vergadering. Dr. Rijpperda Wierdsma complimenteerde vervolgens namens de vergadering het secretariaat, het hoofdbestuur en de voorzitter met de uitstekende voorbereiding en leiding van deze 156ste Algemene Vergadering, welke daarop tegen half zes werd gesloten door de voorzitter, die tot slot nog herinnerde aan en belangstellende opriep voor de afscheidsreceptie op 26 september aanstaande van Maatschappijsecretaris W. J. de Jager en voor het Maatschappij-Ledencongres, dat op 2 en 3 oktober aanstaande in 's-Gravenhage wordt gehouden.

A. I.

Inleiding 156ste Algemene Vergadering door Maatschappijvoorzitter Dr. L. van der Drift

Wanneer men in vogelvlucht zijn blik laat gaan over de onderwerpen die gedurende de achter ons liggende periode de aandacht van het hoofdbestuur hebben gekregen, dan wil een gevoel van verwondering wel eens de overhand krijgen. Verwondering over de veelheid en verscheidenheid van al die onderwerpen, welke — zoals het vanmiddag te behandelende jaarverslag duidelijk aangeeft — betrekking hebben op de drie hoofdtaken van de Maatschappij:

- de bevordering van de medische wetenschap,
- de bevordering van de maatschappelijke belangen van de artsen,
- de bevordering van de volksgezondheid.

Het hoofdbestuur vat deze drie taken niet beperkt op, zoals uit mijn verdere betoog wel zal blijken. Toch zijn er stemmen die een uitbreiding verlangen van wat wij in de wandel „het takenpakket” noemen. Daarbij heeft men veelal het oog op vraagstukken als de lucht- en waterverontreiniging, de woningbouw, kortom het complex van vraagstukken dat men in de regel onder het woord milieuhygiëne samenvat. Inderdaad rust op de artsengemeenschap, op de Maatschappij en haar leden de taak naar vermogen bij te dragen tot de oplossing van deze belangrijke problemen, maar niet mag worden vergeten dat deze bijdragen in het totaal van de gewenste maatregelen slechts een beperkte

kan zijn, omdat ons vaak de typisch wetenschappelijke deskundigheid ten aanzien van deze problemen ontbreekt. Bovendien — het is al meer gezegd — de Maatschappij kan niet alles tegelijk. Er moeten dus prioriteiten worden gesteld, die mede afhangen van de invloed die de artsen in dit opzicht kunnen uitoefenen.

Indien ik thans vanuit deze uitgangspunten mijn uiteenzetting begin over de verrichte werkzaamheden sedert de Algemene Vergadering van 20 december 1969, waarin zoals u weet de rapporten scheiding van behandeling en controle en de taak van de bedrijfsarts zijn behandeld, dan kom ik eerst op het vraagstuk van de *interne communicatie*. De sectie algemene aangelegenheden van het hoofdbestuur heeft hierover een uitvoerige nota opgesteld, waarin met name wordt ingegaan op de ledenproblematiek, waarmede ook onze Maatschappij te maken heeft. Het contact met de individuele leden zal moeten worden geïntensiveerd. Zij moeten meer betrokken worden bij de problemen, waarmede de beleidscolleges worden geconfronteerd. Dit kan wellicht worden bereikt door meer en meer de afdelingen om advies te vragen, zoals in de afgelopen periode is gebeurd over het abortusvraagstuk, over de waarnemingsregelingen en over de herkenbaarheid van geneesmiddelen. Maar daarmee zal niet kunnen worden volstaan. Aan het individuele lid zal nog meer moeten worden geboden dan informatie over het beleid. Hem zal in verdergaande mate dan tot

dusverre mogelijk is geweest, hulp moeten worden verleend bij vestiging, praktijkovername, en andere praktijkzaken. Er is, kortom, dringend behoefte aan uitbreiding van het service-apparaat. Ik kan u zeggen dat momenteel besprekingen gaande zijn om te zien hoe een en ander kan worden bereikt. Het is een belangrijke zaak, die niet alleen mijn beide voorgangers maar ook mijzelf zeer bezig houdt. Het zou mij tot grote voldoening strekken indien in de komende maanden de besprekingen tot concrete resultaten zouden kunnen leiden.

Een ander facet van de verenigingsproblematiek is het *organisatievraagstuk*, een woord dat veel inhoudt. Onder dit begrip kan zowel worden gebracht de verhouding tussen de Maatschappij en de maatschappelijke verenigingen als de verhouding tussen het hoofdbestuur en het secretariaat. Over beide verhoudingen wil ik iets zeggen. De verhouding Maatschappij-maatschappelijke verenigingen is ook in de achterliggende periode onderwerp van bespreking geweest. In concreto is de vraag besproken, hoever de taak van de maatschappelijke verenigingen zich uitstrekt en welke mate van zelfstandigheid van beslissen haar daarbij is gegeven. Met de bijstand van een organisatiedeskundige en juridische adviseurs is de vraag nader geanalyseerd en besproken, hetgeen heeft geleid tot begrip voor de diverse standpunten. Het vraagstuk is thans nader in studie bij de *commissie organisatiecriterium*, een commissie die reeds vorig jaar is ingesteld om de vraag te onderzoeken hoe de belangen van de artsen, waaronder begrepen hun wijze van werken en hun plaats in het volksgezondheidsbestel, optimaal kunnen worden behartigd en welke verbeteringen in organisatorisch opzicht daartoe kunnen leiden. Het rapport van deze commissie ziet het hoofdbestuur met belangstelling tegemoet.

Over de verhouding hoofdbestuur-secretariaat kan ik kort zijn. Het secretariaat zal een steeds grotere bijdrage moeten leveren aan de voorbereiding van het beleid van het hoofdbestuur. Zeer onlangs is het besluit genomen een afdeling buitenland binnen het secretariaat op te nemen. De wijze waarop op dit moment het samenspel tussen hoofdbestuur en secretariaat verloopt, stemt mij zonder meer tevreden.

In dit geheel past ook een goed *personeelsbeleid*. Onder het agendapunt „mededelingen van het hoofdbestuur” zal ik nader ingaan op dit personeelsbeleid, waaromtrent onlangs door het hoofdbestuur belangrijke beslissingen zijn genomen.

In zijn inleidend woord op de 153ste Algemene Vergadering heeft mijn voorganger ook gewezen op de bijdrage die de arts kan leveren ten aanzien van zijn plaats in de samenleving door de noodzakelijke kritische instelling ten opzichte van zijn eigen en elkanders werk tot uiting te laten komen. Teneinde dit vraagstuk nader te onderzoeken heeft het hoofdbestuur onlangs een commissie *intercollegiale toetsing* ingesteld. Deze commissie zal zich trachten te oriënteren over het aandeel dat de artsengemeenschap zelve op dit gebied kan leveren.

Omtrent de *opleiding* tot arts en meer in het bijzonder tot huisarts onderhoudt het hoofdbestuur regelmatig contacten met de instellingen, organisaties en instanties die hierbij betrokken zijn en hiervoor verantwoordelijkheid dragen.

Hetzelfde geldt voor de *nascholing*. De reeds bestaande „Stichting financiering nascholing van huisartsen” is al geruime tijd actief. Het hoofdbestuur overlegt momenteel met de overheid, faculteiten en de wetenschappelijke artsenverenigingen in hoeverre het tezamen met de maatschappelijke verenigingen der Maatschappij tot een zinvolle coördinatie van de nascholing voor alle artsen kan komen. Daarbij dient op de meest effectieve wijze gebruik gemaakt te worden van de reeds op dit gebied aanwezige kennis en organisatie vormen. Nog deze maand zal een nieuwe bespreking plaatsvinden met de minister van Onderwijs en Wetenschappen over deze zo belangrijke problematiek.

Met grote belangstelling volgt het hoofdbestuur de ontwikkelingen met betrekking tot de realisering van de *8ste medische faculteit*. Het staat daarbij op het standpunt dat de snelle ontwikkelingen op het gebied van medische kennis en kunde een specifieke relatie van het medisch onderwijs met het toepassingsgebied noodzakelijk maken, waarbij onderwijs en gezondheidszorg elkanders complement dienen te zijn.

Geachte collegae, het spreekt vanzelf dat ik mij in deze inleiding op een vergadering, die toch al zoveel van uw aandacht zal vragen, moet beperken in de keuze van de onderwerpen. Ik zou echter te kort schieten, indien ik niet zou ingaan op enkele zeer actuele sociaal-economische vraagstukken.

Enige maanden geleden hebben minister Roolvink en staatssecretaris Kruisinga een wetsontwerp bij de Tweede Kamer aanhangig gemaakt, om te komen tot een extra-verhoging van de *loongrens* der verplichte ziekenfondsverzekering. Het daarin genoemde bedrag van f 16.000,—, te vergelijken met het huidige bedrag van f 14.850,—, zou na aanpassing per 1 januari 1971 komen op f 17.050,—. Deze aangelegenheid was vorig jaar aan het rollen gebracht door enkele centrale ziekenfondsorganisaties, die verder hadden willen gaan dan het zojuist genoemde voorstel. De bewindslieden volgen de meerderheidsadviezen van de Ziekenfondsraad en de S.E.R., die de verhoging tot f 16.000,— meenden te moeten voorstellen om tijd te winnen voor een grondige bestudering van deze materie. De Maatschappij heeft zich op het standpunt gesteld, dat een incidentele wijziging van de loongrens onjuist is te achten en in strijd met het destijds overeengekomen compromis. Uiteraard beschouwt de Maatschappij de huidige regeling niet als een heilige koe, maar wijzigingen moeten wel, indien noodzakelijk, het resultaat zijn van een nauwkeurig beraad. Dezer dagen zal in deze geest een adres naar de Tweede Kamer uitgaan, waarbij ook zal worden gewezen op de dreigende kostenverhoging, als gevolg van de inperking van de particuliere praktijk.

Het gehele terrein van de ziekenfondsverzekering

gen en de ziektekostenverzekeringen vormt thans een object van onderzoek van de „*Commissie Structuur Verzekering Kosten Geneeskundige Verzorging*” van de Sociaal-Economische Raad, waarin ook een Maatschappij-vertegenwoordiger zitting heeft. Aan deze commissie, die nu al bijna twee jaar studeert, is een tweevoudige vraag voorgelegd. Zij heeft zich eensdeels bezig te houden met de premielasten van de verzekeringen der diverse bevolkingscategorieën en zij heeft voorts tot taak het verstrekkingensysteem te bezien uit een oogpunt van efficiency met betrekking tot het gebruik van de mankracht en van de geldmiddelen. Aangezien over de werkzaamheden dezer commissie geen mededelingen naar buiten kunnen worden gedaan, moet ik volstaan met de opmerking, dat de Maatschappij intern de werkzaamheden op de voet volgt en zeer actief met deze materie bezig is.

Uit de vele ziekenfonds-aangelegenheden, welke de aandacht van de Maatschappij hadden, stip ik nog aan dat de Maatschappij zich via de Contactcommissie van Medewerkersorganisaties tot de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft gewend, teneinde tot een wijziging te geraken van het *toezicht* op de honoreringsovereenkomsten tussen ziekenfondsen en medewerkersorganisaties. Zoals bekend, krijgen thans zulke contracten pas rechtskracht na goedkeuring door de Ziekenfondsraad, die daartoe een „commissie-Overeenkomsten” heeft ingesteld. Op deze wijze wordt niet een beoordeling uit het gezichtspunt van het algemeen belang verkregen. De gedachte werd bepleit het toezicht, en wel in repressieve vorm, te leggen bij de minister.

Alvorens over te gaan tot mededelingen over enkele belangrijke volksgezondheidsvraagstukken, waaraan het hoofdbestuur zijn aandacht heeft gegeven, wil ik nog een enkele opmerking maken over de medische ethiek en de rechtspraak. Reeds eerder en met name in de Algemene Vergadering van 20 april j.l. zijn u uitvoerige mededelingen gedaan omtrent de plannen die bestonden om tot een betere bestudering van de *medisch-ethische* vraagstukken en van de gedragsregels te komen. Dit heeft er tenslotte toe geleid dat de tot dusverre bestaande permanente commissie medische ethiek en beroepsgeheim is opgeheven en dat een nieuwe stuurgroep, multidisciplinair samengesteld, in het leven is geroepen. Binnenkort hoop ik tot de installatie van deze stuurgroep te kunnen overgaan.

Ten aanzien van de *rechtspraak* kan ik thans berichten dat alle districtsraden zijn samengesteld en dat thans, in samenwerking met de Raad van Beroep en de aan de rechtspraak medewerkende juristen, de laatste hand wordt gelegd aan een uitvoerige handleiding ten behoeve van deze districtsraden.

Thans nog, zoals ik reeds aankondigde, enkele algemene problemen, die ook buiten de kring van de Maatschappij volop in de belangstelling staan. Ik noem u in de eerste plaats het *abortusvraagstuk*. Enkele dagen geleden is aan de besturen der afde-

lingen een schrijven van het hoofdbestuur uitgegaan, waarin uitvoerig wordt ingegaan op de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap en waarin wordt gepleit voor de vorming van werkgroepen die zich over deze hulpverlening kunnen beraden. In dit ruimere kader zal de abortus provocatus een plaats kunnen krijgen. Onder welke voorwaarden dit dan bij voorkeur zou dienen te geschieden, is nog onderwerp van bespreking, mede aan de hand van het onlangs bij de Tweede Kamer ingediende initiatief-wetsontwerp.

Annex hiermee is het *bevolkingsvraagstuk*. Daarover heeft een Maatschappij-commissie een rapport opgesteld, dat onlangs in Medisch Contact werd gepubliceerd. Het hoofdbestuur beraadt zich nog over de wijze waarop de beleidsadviezen van deze commissie kunnen worden opgevolgd zonder het terrein van onze bevoegdheid te overschrijden. Voorlopig lijkt deze weg niet verder te kunnen gaan dan te stimuleren dat artsen en publiek zich de problematiek van de overbevolking goed bewust worden en dienovereenkomstig verantwoord handelen.

Tenslotte, geachte collegae, een enkel woord over het wetsontwerp *ziekenhuisvoorzieningen*, dat onlangs door de Tweede Kamer is aangenomen met enkele amendementen, waartoe ook opmerkingen van de zijde der Maatschappij hebben bijgedragen. Het hoofdbestuur heeft het voornemen binnenkort weer een bijeenkomst te organiseren met de vertegenwoordigers in de provinciale raden, die bij de ziekenhuisplanning in de toekomst nauw zullen worden betrokken.

Een tweetal onderwerpen heb ik niet genoemd. Het hoofdbestuur is van oordeel dat beide onderwerpen een uitvoeriger bespreking vragen dan deze inleiding kan geven. Daarom zullen na de behandeling van de jaarstukken twee van onze secretarissen korte inleidingen houden over deze twee actuele onderwerpen, te weten de *medische wetgeving* en de *praktijkwaarneming*. Voor hun betogen moge ik dezelfde aandacht vragen die u tijdens mijn inleiding hebt getoond.

Tenslotte wil ik uw aandacht bepalen bij het feit dat collega De Jager, wegens het bereiken van de 65-jarige leeftijd, zijn functie als secretaris-arts van de Maatschappij heeft beëindigd. Hij heeft met de hem eigen bescheidenheid de Maatschappij gediend door hard te werken. Zijn legendarische nauwkeurigheid en zijn niet minder befaamde persoonlijk archief hebben hem gemaakt tot een vraagbaak voor iedereen die met de Maatschappijproblematiek te maken had. Wij prijzen ons gelukkig dat wij hem bereid hebben gevonden zijn werkzaamheden als secretaris van de Centraal Colleges te blijven vervullen. Op zaterdag 26 september zal te 4 uur een afscheidsreceptie worden gehouden in het Gebouw van de Maatschappij. Ik hoop dat velen deze gelegenheid zullen aangrijpen om van collega De Jager afscheid te nemen en hem te danken voor het vele uitnemende werk dat hij voor de Maatschappij, dus voor ons, heeft gedaan.

Wijzigingen in de Inkomstenbelasting (I)

Door Mr. L. Wolfsbergen

Het eind augustus bij de Tweede Kamer ingediende Wetsontwerp tot wijziging van de inkomsten- en loonbelasting bevat een aantal voorstellen, welke speciaal ook voor medici veranderingen in hun inkomstenbelastingheffing teweeg zullen brengen. Het ligt in de bedoeling dat de nieuwe regelingen voor het eerst toepassing zullen vinden over het jaar 1971. Op dit moment is het uiteraard niet bekend of de Staten-Generaal de voorstellen zullen aanvaarden, noch of de Tweede Kamer via amendementen de regeringsvoorstellen zal wijzigen, zodat de navolgende beschouwing wordt gegeven onder het voorbehoud van integrale aanvaarding door het parlement.

Zelfstandigenaftrek

De medicus, die als ondernemer zijn beroep uitoefent, mag op zijn jaarlijkse winst in aftrek brengen 10% van het bedrag dat in dat jaar is geïnvesteerd in bedrijfsmiddelen, mits dat bedrag méér beloopt dan f 2.000,—. De zelfstandigenaftrek geldt niet voor de medicus die in dienstbetrekking werkzaam is, noch ten aanzien van de vennootschapsbelasting (bijvoorbeeld een in n.v.-vorm gedreven apotheek).

De achtergrond voor de zelfstandigenaftrek is gelegen in de omstandigheid dat de na belastingheffing resterende winst van een ondernemer niet volledig te zijner vrije beschikking staat, daar de ondernemer genoopt is periodiek voor (her)investering zorg te dragen. Het voorstel is afgestemd op de techniek en de begripsbepaling, als neergelegd in de bestaande wetsbepalingen omtrent de — momenteel geschorste — investeringsaftrek. Onder investeren wordt zodoende verstaan het aangaan van verplichtingen terzake van de aanschaffing of verbetering van bedrijfsmiddelen. De zelfstandigenaftrek is o.m. uitgesloten voor:

- + woonhuizen, daaronder begrepen tot bewoning dienende gedeelten van bedrijfspanden;
- + personenautomobielen;
- + goodwill;
- + voorwerpen van geringe waarde, welke gewoonlijk ineens worden afgeschreven.

Ingeval een investering, terzake waarvan zelfstandigenaftrek heeft plaatsgevonden, binnen zes jaren wordt ongedaan gemaakt, vindt een zelfstandigenbijtelling plaats van 10% van de overdrachtsprijs (mits het totaal van de in dat jaar genoten overdrachtprijzen f 2.000,— te boven gaat).

Gezien het van de investeringsaftrek geheel afwijkende karakter, kan de zelfstandigenaftrek niet worden geschorst.

Ingeval het voornemen bestaat op korte termijn verplichtingen aan te gaan met betrekking tot bedrijfsmiddelen, welke voor zelfstandigenaftrek in aanmerking komen, zij uitstel te overwegen tot na 1 januari 1971.

Tenslotte moge worden opgemerkt dat de regering zich het recht voorbehoudt voorstellen tot herziening of vervanging van de zelfstandigenaftrek in te dienen, indien het nog uit te brengen advies van de commissie-Van Soest daartoe aanleiding zou geven.

De eigen woning

Het bij de inkomstenbelastingheffing rekening houden met de eigen woning krijgt een gans ander en vereenvoudigd aanzien. Zoals bekend wordt de opbrengst van de eigen woning thans gevormd door het verschil tussen enerzijds de met een zeker percentage vermenigvuldigde huurwaarde volgens de Personele Belasting en anderzijds aftrekposten als vaste lasten (grondbelasting, straatbelasting, waterschapslasten, erfpachtscanon, premie opstal- en glasverzekering), kosten van onderhoud, renten van schulden en kosten van geldlening (hypotheek) en een op 15% van de huurwaarde voor de inkomstenbelasting gefixeerde afschrijving.

Volgens het voorstel wordt de bijtelpost huurwaarde voortaan in aanmerking genomen volgens een forfaitair bedrag, vastgesteld aldus:

indien de waarde in het economische verkeer van de woning bedraagt:		
meer dan	doch niet meer dan	wordt de huurwaarde gesteld op
—	f 30.000,—	f 150,—
f 30.000,—	f 60.000,—	f 300,—
f 60.000,—	f 120.000,—	f 600,—
f 120.000,—	—	f 1.200,—

Als waarde in het economisch verkeer geldt de waarde van de woning in bewoonde staat, evenals ten aanzien van de Vermogensbelastingheffing het geval is. Verwacht mag worden dat de fiscus scherper op een juiste waardebepaling zal gaan toezien. Alle aftrekposten vervallen, behalve de renten van schulden en kosten van geldlening.

Het jaar 1970 zal derhalve het laatste jaar zijn waarin de in dat jaar betaalde vaste lasten en onderhoudskosten in aftrek kunnen worden gebracht. Het verdient aanbeveling ervoor zorg te dragen:

- + dat de aanslagen grondbelasting, straatbelasting enz. over 1970 in 1970 worden betaald;

+ nog dit jaar de noodzakelijke of wenselijke onderhoudswerkzaamheden aan de woning te doen verrichten en de rekeningen in 1970 te betalen.

Aan een tweetal mogelijkheden om in 1970 een aftrekpost te creëren willen wij aandacht schenken.

Gesteld dat het niet mogelijk is om dit jaar nog bepaalde (grote) onderhoudswerkzaamheden te doen verrichten (bijvoorbeeld buitenschilderwerk) en/of te betalen, dan kan aftrekbaarheid in 1970 volgens de huidige rechtspraak desalniettemin worden bewerkstelligd, in geval aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:

- 1 Met de betreffende uitvoerder wordt schriftelijk overeengekomen welke werkzaamheden voor welke prijs zullen worden verricht (en eventueel vóór welke datum).
- 2 In de overeenkomst wordt schriftelijk vastgelegd dat de overeengekomen prijs per de datum van ondertekening verschuldigd is, en dat — in geval later wordt betaald — de opdrachtgever een rente is verschuldigd van zeg 5/8ste procent per maand over de periode vanaf de datum van ondertekening tot datum van betaling.

Zoals gezegd is het volgens de huidige rechtspraak niet twijfelachtig dat de betreffende kosten van onderhoud in 1970, het jaar waarin de kosten rentedragend zijn geworden, aftrekbaar zijn. De rente, welke in 1971 wordt betaald, is in dat jaar aftrekbaar als persoonlijke verplichting. Zouden door wijziging in wet of rechtspraak de onderhoudskosten onverhoopt niet aftrekbaar blijken te zijn, dan is het enige „verlies” — vergeleken bij de situatie dat de onderhoudswerkzaamheden na 1 januari 1971 zouden zijn uitgevoerd en betaald zonder bedoelde overeenkomst — het bedrag aan rente verminderd met het belastingvoordeel uit hoofde van de aftrekbaarheid van de rente. Met andere woorden: de premie voor het bewerkstelligen van de aftrek in 1970 is in het ongunstigste geval slechts gering.

De tweede mogelijkheid heeft betrekking op de premie voor de opstalverzekering. Naast jaarlijks verschuldigde premies is een gebruikelijke vorm om over een periode van vijf of tien jaren ineens de premie te betalen, waarbij de verzekeringsmaatschappij een korting verleent (bijvoorbeeld voor een vijfjaarscontract wordt vier maal de „jaarpremie” voldaan).

Degenen, die tot nu toe een jaarpremie voldeden of die zich bevinden in de tweede helft van een meerjarig contract, kunnen de maatschappij verzoeken de lopende polis zeg per 1 december te beëindigen en tegelijkertijd een nieuwe te sluiten voor vijf of tien jaren. In geval van betaling van de nieuwe premie voor méér jaren vóór 31 december 1970 kan deze in 1970 van het inkomen worden afgetrokken. Waarschijnlijk verspeelt men bij een reeds lopende polis met méérjarige premiebetaling de in het verleden genoten korting, doch het fiscale voordeel kan groter zijn.

Voorbeeld. Er is een polis gesloten op 1 augustus

1967 voor vijf jaren. De premie bedroeg $4 \times f 150,-$ — $f 600,-$, aftrekbaar in 1967. De volgende premie ad $f 600,-$ vervalt op 1 augustus 1972 en zal niet meer aftrekbaar zijn. Het alternatief is om per 1 december 1970 de lopende polis te beëindigen en een nieuwe polis voor vijf jaren te sluiten met een premie van eveneens $f 600,-$. In 1970 dient, afgezien van polis-, zegel- en andere kosten te worden betaald:

Aan de maatschappij was voldaan in 1967 ...	f 600,—
Premie berekend over de periode 1-8-67/30-11-70: $3\frac{1}{3} \times f 150,-$	„ 500,—
Te verrekenen met nieuwe premie	f 100,—
De nieuwe premie bedraagt	„ 600,—
Te betalen en aftrekbaar in 1970	f 500,—

Bij een heffingspercentage van 60% inkomstenbelasting bedraagt de besparing $f 300,-$; indien de verspeelde korting wordt berekend op 20% van de premie over de periode 1-8-67/30-11-70 ($f 500,-$) ofwel op $f 100,-$ dan resteert als nettovoordeel $f 200,-$.

Onder eigen woning wordt verstaan een gebouw of een gedeelte van een gebouw voorzover dat, anders dan ten behoeve van een onderneming, de belastingplichtige of personen, die behoren tot zijn huishouden, tot gebruik ter beschikking staat. Ruimten in een gebouw, die als praktijkruimten worden gebruikt, maken derhalve geen deel uit van de eigen woning: voor het praktijkgedeelte blijft de huidige regeling van toepassing.

Wij kunnen drie varianten onderscheiden bij het niet-gehuurde gebouw, dat zowel als eigen woning als ten behoeve van de praktijkuitoefening wordt gebruikt.

A. Het gebouw behoort tot het privé-vermogen van de medicus.

Eigen woning gedeelte. De huurwaarde wordt bepaald volgens het forfaitaire bedrag, dat behoort bij de waarde in het economisch verkeer van het als eigen woning in gebruik zijnde gedeelte van het gebouw. De waardevaststelling zal naar evenredigheid van de waarde van het totale gebouw kunnen geschieden. Geen aftrekposten behalve renten van schulden en kosten van geldlening.

Praktijkgedeelte. Ten laste van de praktijkwinst komt de huur, vast te stellen op het bedrag dat in normaal zakelijke verhoudingen zou zijn betaald. Deze huur vormt opbrengst van onroerend goed voor de medicus als privé-persoon. Als aftrekposten komen de vaste lasten, onderhoudskosten, renten van schulden en kosten van geldleningen en de (15%) afschrijving in aanmerking, zo nodig naar evenredigheid te bepalen.

B. Het gebouw behoort tot het ondernemingsvermogen van de medicus.

Eigen woning gedeelte. Tot de praktijkwinst wordt gerekend de huurwaarde, te bepalen als sub A vermeld. De op de praktijkwinst in mindering gebrachte vaste lasten, onderhoudskosten en afschrijving met betrekking tot het eigen woning gedeelte wor-

den tot de praktijkwinst gerekend; per saldo wordt terzake dus geen aftrekpost in aanmerking genomen.

Praktijkgedeelte. De vaste lasten, onderhoudskosten, renten van schulden en kosten van geldlening, en afschrijving komen, net als thans geldt, ten laste van de praktijkwinst.

C. Het gebouw is gesplitst in een tot het privé-vermogen behorend eigen woning gedeelte en een tot het beroepsvermogen behorend praktijkgedeelte.

Eigen woning gedeelte. De nieuwe regels zullen gelden, met name de forfaitaire bijtelling van de huurwaarde en de beperking van de aftrekposten tot renten van schulden en kosten van geldlening.

Praktijkgedeelte. De vaste lasten, onderhoudskosten, renten van schulden en kosten van geldlening, en afschrijving komen, net als thans geldt, ten laste van de praktijkwinst.

Voor artsen in dienstbetrekking, die over een studeerkamer in de eigen woning beschikken, moet

voor de bepaling van het gedeelte van de huurwaarde van de studeerkamer, dat als kosten van verwerking in aftrek kan worden gebracht, worden uitgegaan van de forfaitaire huurwaarde.

De aandacht verdient dat degene, die tussen 31-12-1968 en 1-9-1970 verplichtingen heeft aangegaan tot verkrijging van een eigen woning, voor het jaar 1971 op verzoek de huidige regeling nog mag toepassen; de in 1971 betaalde onderhoudskosten komen bij deze categorie personen nog volledig in mindering van het inkomen in 1971.

Tot slot wordt vermeld dat een bijzondere regeling is voorgesteld voor eigen woningen, opgenomen in het monumentenregister. De aftrek aan onderhoudskosten wordt forfaitair gesteld op 30% van het verwerkte bedrag der subsidiabele kosten, zodat bij een subsidie van 70% die kosten, die ten laste van de eigenaar blijvende — niet door een subsidie gedekte — onderhoudskosten volledig aftrekbaar zijn.

Staatssecretaris vraagt advies over waterkwaliteit

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga heeft de Gezondheidsraad advies gevraagd over de kwaliteitscriteria van het water in ons land uit een oogpunt van gezondheidsbescherming. De hygiënische eisen die men in dit verband aan het water moet stellen, verschillen al naar gelang het gebruik ervan.

Dr. Kruisinga vraagt aandacht voor: a. water dat gebruikt wordt voor de bereiding van drinkwater; b. water waarin waterdieren leven die voor menselijke consumptie kunnen dienen en c. water waarin wordt gezwommen en gebaad.

a. Dr. Kruisinga vraagt nieuwe normen voor de kwaliteit van het oppervlaktewater wanneer dit als grondstof voor de bereiding van drinkwater moet dienen. Dit gebruik zal in de toekomst sterk toenemen. Het oppervlaktewater in Nederland is echter onderhevig aan talloze invloeden van vervuiling — niet het minst van buiten onze landsgrenzen.

b. Ten aanzien van water waarin waterdieren leven die door de mens plegen te worden geconsumeerd, wil de staatssecretaris graag vernemen aan welke normen dit water moet voldoen uit een oogpunt van de menselijke gezondheid. De in dat water voorkomende micro-organismen, met name bacteriën en virussen alsmede giftige stoffen zoals insecticiden, zware metalen e.d. kunnen via de dieren in het menselijk lichaam komen met gevaar voor de gezondheid.

c. De laatste tijd wordt steeds meer de aandacht gevraagd voor de kwaliteit van het water in verband met het zwemmen en baden, vooral sedert recente

publicaties betreffende een internationaal omstreden Belgisch rapport inzake de vervuiling van het water. De kwaliteit van het zwemwater wordt thans nog getoetst aan de voorlopige TNO-norm 1952 op de aanwezigheid van colibacteriën. Hoewel de aanwezigheid daarvan op zichzelf als onschuldig beschouwd mag worden, vormt zij een indicator voor een mogelijke verontreiniging.

De staatssecretaris verzoekt de Gezondheidsraad ook de kwaliteit van het zwemwater in circulatiebaden in de studie te betrekken. Zulks te meer aangezien ook hieromtrent noch nationaal noch internationaal overeenstemming bestaat ten aanzien van een goede norm waaraan de kwaliteit van het water kan worden beoordeeld. Dr. Kruisinga wijst in dit verband op de belangrijke projecten voor wetenschappelijk onderzoek die hierover thans in ons land zijn aangevat. Hij is van oordeel dat deze projecten de mogelijkheid openen ook in internationaal kader een belangrijke bijdrage voor de internationale meningsvorming hierover te leveren. Dit is vooral van belang aangezien internationale overeenstemming voor tal van facetten hier niet bestaat en in de toekomst van groot belang moet worden geacht. In samenhang met de resultaten van de aangevatte onderzoeken zal een deel van de conclusies moeten worden getrokken.

Opmerking verdient voorts dat Nederland in dit opzicht een bijzondere plaats inneemt aangezien het Nederlandse Rijks Instituut voor Drinkwatervoorziening is aangewezen door de Wereld Gezondheidsorganisatie als „international reference centre for community water supply” (internationaal standaard instituut voor watervoorziening). Ook deze eervolle keuze noopt ons land mede hier een leidinggevende positie ter zake in te nemen (casu quo te behouden).

Wijziging Krankzinnigenwet behandeld in Eerste Kamer

Prof. Querido kan zich niet onttrekken aan een gevoel van ontmoediging, zo niet van moedeloosheid

Onafhankelijk van de algehele herziening van de sterk verouderde Krankzinnigenwet van 1884, welke herziening reeds geruime tijd in voorbereiding is ten departemente (toekomstige wet betreffende de zorg voor geestelijk gestoorde) is bij de Staten-Generaal nog steeds aanhangig een in 1963 ingediend ontwerp tot partiële wijziging en aanvulling van diezelfde wet. Het ontwerp daartoe is in maart 1970 in behandeling genomen door de Tweede Kamer en naar aanleiding daarvan hebben wij het een en ander uit de Handelingen van die Kamerzitting geciteerd (M.C. no 21/1970 blz. 557). Na aanneming is het ontwerp bij de Eerste Kamer gekomen, die het heeft besproken in haar vergadering van 25 augustus. Uit de Handelingen dezer Kamer — die het ontwerp zonder hoofdelijke stemming heeft aangenomen — nemen wij hier grote delen over van het betoog, dat *Prof. Dr. A. Querido* aan dit ontwerp heeft gewijd. Hij betoogde onder meer het volgende:

„Mijnheer de voorzitter, ik moet bekennen dat op dit ogenblik, nu wij de voorgestelde wijzigingen van de Krankzinnigenwet 1884 gaan bespreken, ik mij niet kan onttrekken aan een gevoel van ontmoediging, zo niet van moedeloosheid. Dit gevoel is misschien enigszins te begrijpen als ik u het volgende citaat onder de ogen breng: „Er is dan ook geen land, waar plaatsing in een krankzinnigengesticht de tussenkomst van zovele personen vereist”. Dit staat te lezen in de memorie van toelichting bij het wetsontwerp, regelende het Staatstoezicht op en de verpleging van krankzinnigen, ingediend door de ministers Six en Modderman op 23 juli 1881.

Het wetsontwerp dat wij heden, 89 jaar later, bespreken, beoogt in de eerste plaats een wijziging van de spoedprocedure, de inbewaringstelling. In het ontwerp-1881, dat na enige wijzigingen op 27 april 1884 werd aangenomen, wordt de inbewaringstelling in één artikel behandeld, en komen eraan te pas drie of vier personen, te weten: burgemeester, officier van justitie, inspecteur en eventueel huisarts. In het voor ons liggende ontwerp wordt aan de spoedprocedure een reeks van niet minder dan negen artikelen gewijd; het aantal personen dat erbij te pas komt is minimaal zes, maar kan ook zeven of acht bedragen, nl. de burgemeester, een zenuwarts of een andere arts, de inspecteur, de officier van justitie, de president van de rechtbank, de geneeskundige van de inrichting, waarin de patiënt in bewaring gesteld wordt, eventueel de huisarts, eventueel de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid of een door hem aangewezen ambtenaar en dan bovendien nog een aantal personen dat op vijf à

zes geschat kan worden, nl. dat omtrent de maatregel kan of moet worden gehoord.

Het aantal personen, dat mede wordt betrokken in de procedure als de in bewaring gestelde zich bevindt in een ander ressort van de rechterlijke macht dan waar hij zich bevond op het tijdstip van de inbewaringstelling, laat ik buiten beschouwing om ook maar de schijn van overdrijving te vermijden. In ieder geval komen thans bij dit wetsontwerp bij een inbewaringstelling zowat een Volkswagenbusje vol autoriteiten te pas, en dan is er nog niet eens plaats gerekend voor de persoon, om wie het gaat. En dit is de grondoorzaak van mijn gevoel van ontmoediging; zijn wij nu, bijna 90 jaar later, na 25 jaar overleg, na ontelbare commissievergaderingen, nota's, beschouwingen en geschriften, niet verder gekomen dan dit resultaat?

In mijn boek, dat ik in 1939 schreef, een halve mensenleeftijd geleden, merkte ik op, dat de justitie, gedreven door het verlangen, de patiënt te beschermen, hem dreigde dood te drukken in apenliefde. Ik kan alleen maar constateren, dat de justitiële omhelzing nog krachtiger geworden is.

In de wet van 1884, zoals deze thans nog luidt, zijn de verhoudingen volkomen duidelijk en de verdeling van de verantwoordelijkheden laat geen twijfel bestaan. De staande respectievelijk zittende magistratuur neemt het besluit tot onvrijwillige opneming; de arts, zowel de niet-ambtelijke geneesheer als de inspecteur, heeft adviserende functies.

Nadat, zoals de geschiedenis leert, de kantonrechter en de rechtbank aanvankelijk enkele pogingen hadden gedaan tot een zelfstandig oordeel te komen, bepaalden zij zich al heel spoedig tot een volkomen passieve rol, waarbij de verklaring van de arts — hetzij bij de aanvraag tot machtiging, hetzij bij de inbewaringstelling — zonder meer en kritiekloos werd gehonoreerd. Dit heeft tot een routine geleid, die niet zelden — of, laat ik liever zeggen: als regel — tot een karikatuur van de wettelijke voorschriften is geworden.

Deze accentverschuiving, die de arts geheel centraal stelt in de procedure, komt ook in de publieke opinie tot uiting. Het is heel gewoon te horen beweren: „dat je zo maar kunt worden opgenomen als de dokter een briefje geeft” en als er een cause célèbre is — een geruchtmakende zaak, zij zijn gelukkig zeldzaam — dan wordt nooit de rechter, maar steeds de arts aan de schandpaal gezet.

Vloeit de eerste reden van het tekortschieten van de wet voort uit de overigens volkomen gerechtvaardigde veronderstelling van de wetgevers van 1884, dat de in een wet gegeven voorschriften zou-

den worden nagevolgd, maar dat zij de verhouding tussen medische en juridische krachten fout hadden getaxeerd, de tweede reden moet geheel buiten de gezichtskring van de deskundigen van 1884 gelegen hebben. Het betreft nl. het feit, dat naast de storende of gevaarlijke krankzinnigen geleidelijk aan een aantal mensen werd ontdekt — ontdekt, want zij waren reeds in de gemeenschap aanwezig zolang er geschreven geschiedenis was en misschien ook wel voor die tijd al — een aantal mensen dat geestelijk gestoord was, maar dat niet uit de maatschappij verwijderd behoefde te worden en welke ook behandelbaar was zonder dwangmiddelen.

Op de uiterst interessante sociologische, medische en psychologische vraagstukken, die tot het zichtbaar worden van deze groep geleid hebben, kan ik niet ingaan; ik moge volstaan met op te merken dat dit aantal zich zodanig heeft uitgebreid dat de oorspronkelijke groep in betekenis verre werd overschaduwd. De wetswijziging van 1904 heeft de mogelijkheid geopend, geestelijk gestoorde zonder formaliteiten op te nemen en te behandelen, en thans is de opnemings zonder gerechtelijke formaliteiten regel geworden, de gedwongen opnemings volgens de in de wet neergelegde procedure met gerechtelijke tussenkomst de uitzondering.

Patiënt en psychiater in aparte hoek bijeengeveegd

De derde oorzaak van het tekortschieten van de bestaande wet hangt met de tweede samen. De uitbreiding van het aantal behandelbare patiënten en de diepe studies, die zowel gevolg als oorzaak van deze uitbreiding waren, gaven aanleiding tot geheel nieuwe gezichtspunten omtrent het wezen van de geestelijke gestoordheid, waarbij een van de voornaamste is, dat de uitingen van de geestelijke stoornis, het gedrag van de patiënt, ontstaat uit een wisselwerking tussen hem en zijn engere en bredere omgeving.

Aangezien de uitingen van de stoornis dus uit een relatie voortvloeien, moeten deze dan ook gerelativeerd worden, afhankelijk gesteld van de milieu-invloeden waaraan de patiënt is blootgesteld. Hierdoor ontstond het inzicht dat een groot aantal uitingen, welke beschouwd werden als te behoren tot het wezen van de geestelijke gestoordheid, als typische verschijnselen van de geestesziekte, niet anders moeten en kunnen worden gezien dan als reacties op de omgeving waarin de patiënt verkeert, dus als kunstproducten van de behandeling en de bejegening. Geweld roept geweld op; wantrouwen agressie; als de gemeenschap de geesteszieke uitstoot, verwerpt zij de gemeenschap en schept zich een eigen wereld; daarentegen kunnen door het tonen van begrip, het schenken van vertrouwen, het respecteren van de persoon van de patiënt, de banden met de gemeenschap weer versterkt en hersteld worden. Vandaar ook de stelling, die ik met de grootste instemming en voldoening van de kant van de staatssecretaris bij verschillende gelegenheden

heb gehoord en gelezen: iedere discriminatie, ieder verschil in behandeling — in de zin van omgang — tussen lichamelijk en geestelijk zieken is schadelijk en moet zoveel mogelijk vermeden worden.

Nu is de grote moeilijkheid dat de overtuiging, die ik zojuist heb uitgesproken, alleen verkregen kan worden door eigen ervaring en dat enorme weerstanden overwonnen moeten worden wanneer gepoogd wordt, deze overtuiging aan anderen, die deze ervaring niet direct hebben kunnen beleven, over te dragen. Vandaar dat men ook nog heden moet verwachten dat de geesteszieken maatschappelijk — d.w.z. door het publiek zowel als door de maatschappelijke instituties — in een aparte hoek worden bijeengeveegd; zij zijn anders dan andere zieken. Nog altijd worden er grapjes over geesteszieken gemaakt; wie zal het in zijn hoofd krijgen, een mop over een kankerpatiënt of een hartlijder te debiteren?

En de psychiaters, die hun inzicht omtrent wezen en gedrag van de geesteszieken verdedigen, worden — nauwelijks verholen — met hun patiënten geïdentificeerd — alle psychiaters zijn immers ook een beetje gek — en komen in dezelfde hoek terecht.

Tegen de hier geschetste achtergrond ontwikkelt zich de toestand dat a het aan alle ingewijden bekend is dat de wet niet meer wordt nageleefd; en b dat de opvattingen omtrent geesteszieken zich sinds 1884 zo zeer gewijzigd hebben, dat een herleving van de wet in zijn oorspronkelijke vorm en tendenties niet meer met de bestaande toestand te verenigen zou zijn, zodat c tot een nieuw wetsontwerp moest worden overgegaan.

Themis heeft Aesculapius gevloerd

Dat ik echter niet van harte instem met het ontwerp zoals het thans voor ons ligt bleek reeds uit de inleidende woorden, die ik sprak. In de loop der jaren heeft de problematiek van de geesteszieken zich bewogen van het juridisch standpunt naar het geneeskundige. Dit is een goede ontwikkeling, gedragen door de humaniserende groei van de geneeskundige en sociale hulpverlening, waarin ook de psychiatrie deelde. De wet — die ik eens met een uitgelopen schoen heb vergeleken — liet deze ontwikkeling toe, en het hoogtepunt werd bereikt door de wijziging van 1929 waardoor de inbewaringstelling een zelfstandig karakter kreeg en een reële tussenvorm werd in de behandeling en de verpleging, een tussenvorm van het allergrootste belang om de geestelijk gestoorde te observeren en te behandelen met vermindering van alle consequenties van de krankzinnig-verklaring.

Thans echter schijnt de slinger van de geschiedenis weer de andere kant op te gaan. Themis heeft Aesculapius gevloerd, zei Lamberts aan de overzijde, en de triomferende Themis drukt de patiënt weer aan haar beschermende boezem. Een apenliefde, want het betekent dat de patiënt wordt omgeven met een net van waarborgen, welke waarborgen even zovele maatregelen zijn van discriminerende

aard, die het verschil tussen geesteszieken en andere zieken accentueren. En dit alles moet dienen de rechtszekerheid van de patiënt te verhogen. Ik ben zo vrij dit te betwijfelen.

Het is met de triomferende Themis moeilijk praten. Niet alleen dreigt zij de patiënt in haar beschermende armen plat te drukken, tegelijkertijd beschuldigt zij Aesculaap, aan wie zij zojuist zijn prooi ontworsteld heeft, van allerlei lelijks. Haar houding is bepaald door een onbeperkt wantrouwen. Ik noem bijvoorbeeld het volslagen irreële debat dat zich bij de openbare behandeling aan de overzijde ontwikkelde over de vraag, in hoeverre de inbewaringgestelde medisch behandeld mag worden. Waarom kijkt men bij de chirurg niet over zijn schouder om te controleren of hij bij de in narcose verkerende patiënt niet méér doet dan strikt nodig is en waarom meent men dat de psychiater die controle wel nodig heeft?

Als een medicus in zijn behandeling verder gaat dan ethisch verantwoord is dan hebben wij de tuchtcolleges, en dat geldt voor elke arts, óók voor de psychiater.

Nog steeds een sprookje

Ten aanzien van de behandelende arts (of zenuw-arts) waart nog steeds het sprookje rond dat hij zal samenspannen met de familie om het vermogen van de patiënt in handen te krijgen of misschien met een minnaar om een lastige echtgenoot uit de weg te helpen. Ten aanzien van de gestichtsarts geldt, dat men deze nog steeds gretig ziet loeren om zijn bestand met een nieuwe patiënt aan te vullen en zijn inkomsten te vermeerderen, och arme, terwijl hij zich met handen en voeten moet verweren om zijn overvolle inrichting niet nog voller te maken. Het

zou komisch zijn als het niet zo treurig was, dat deze archaïsche en onzinnige bepalingen nog in ons nieuwste wetsontwerp worden gepresenteerd."

Nadat Prof. Querido nog op tal van punten gedetailleerd was ingegaan verklaarde hij zijn stem niettemin aan het ontwerp te willen geven, aan de staatssecretaris verzoekend ernstig te willen pogen de nu gevoerde gedachtenwisseling mee te laten wegen in zijn besluitvorming omtrent de nieuwe wet, opdat deze vrij zal zijn van discriminatie, vrij van wantrouwen en zal getuigen van de tolerantie, die de ware beschaving kenmerkt.

Met betrekking tot deze laatste opmerking antwoordde staatssecretaris Kruisinga bij zijn beantwoording van de sprekers het volgende:

„Ik wil zeker graag positief reageren op de laatste zinsnede van Prof. Querido's betoog, waarin mij wordt gevraagd de verzekering te geven, ernstig te pogen de gedachtenwisseling, zoals deze heeft plaats gevonden, mee te laten wegen in onze besluitvorming omtrent de nieuwe wet, opdat deze vrij zal zijn van discriminatie en wantrouwen en zal getuigen van tolerantie, die de ware beschaving kenmerkt. In die zin wil ik mijn betoog graag opvatten en in die zin zal zijn betoog worden gehanteerd bij het tot stand brengen van de nieuwe wet, waaraan op het ogenblik wordt gewerkt. Wij trachten begin december van dit jaar een ontwerp van Wet aan de betrokken instanties te kunnen toezenden, zodat nog in deze kabinetsperiode het ontwerp van Wet de Tweede Kamer der Staten-Generaal kan bereiken. Wat ons betreft zal het wel bij het scheiden van de markt zijn, maar wij zullen in elk geval trachten dit te verwezenlijken."

Bouwactiviteiten gedurende de laatste jaren in de sector van de gezondheidszorg

In een rede, gehouden ter gelegenheid van bijeenkomst van de „studytour" van de International Hospital Federation, vorige week in het Tropeninstituut te Amsterdam, heeft de staatssecretaris Dr. R. J. H. Kruisinga een beeld gegeven over de bouwactiviteiten in de sector gezondheidszorg ten onzent gedurende de afgelopen jaren. De staatssecretaris gaf daarbij de volgende cijfers:

Bedroegen de bouwinvesteringen in algemene ziekenhuizen in 1965 f 121 miljoen, in 1969 waren deze gestegen tot f 250 miljoen per jaar. Voor verpleegtehuizen waren die cijfers f 20 miljoen in 1965 tegen f 70 miljoen in 1969. Voor psychiatrische ziekenhuizen f 15 miljoen in 1965 tegen f 35 miljoen in 1969. Voor inrichtingen voor zwakzinnigen f 14 miljoen in 1965 tegen f 39 miljoen in 1969.

Uit de genoemde cijfers blijkt — aldus de staats-

secretaris — dat in een betrekkelijk korte periode de bouwinvesteringen met meer dan 100% gestegen zijn. De bevordering van de bouwactiviteit leek in onze situatie nodig. De vele honderden miljoenen guldens, die de laatste jaren zijn geïnvesteerd en de miljoenen die ook de komende jaren nog zullen moeten worden geïnvesteerd, zullen niet nalaten hun invloed te hebben op het nationale uitgavenpatroon in de gezondheidszorg.

De staatssecretaris gaf omtrent ziekenhuizen en bedden de volgende cijfers:

Het aantal erkende instellingen van intramurale gezondheidszorg in Nederland per februari 1970 bedroeg, blijkens de zo juist verschenen ziekenhuisatlas van Nederland (1970) 676 met meer dan 143.000 bedden. Een onderverdeling van dit getal geeft aan dat er 288 ziekenhuizen zijn met 73.389

bedden; 52 psychiatrische ziekenhuizen met 27.785 bedden; 96 zwakzinnigeninrichtingen met 17.881 bedden; 63 verpleegtehuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden met 6.403 bedden en 177 verpleegtehuizen voor somatisch zieken met 18.053 bedden.

Het aantal beschikbare bedden naar bestemming per 1.000 inwoners d.d. januari 1970 bedroeg voor ziekenhuizen 5,66; voor psychiatrische ziekenhuizen 2,14; zwakzinnigen inrichtingen 1,38; verpleegtehuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden 0,49 en verpleegtehuizen voor somatisch zieken 1,39.

Met het in kaart brengen van een groot aantal gegevens van de intra-murale gezondheidszorg via een atlas door de Stichting Nationaal Ziekenhuisinstituut is een bijdrage geleverd waar o.a. gebruik van gemaakt kan worden bij de planning van de intra-, semi- en extra-murale gezondheidszorg, zo zeide de staatssecretaris, zijn bijzondere waardering daarvoor uitsprekende.

Dr. Kruisinga ging ook nog in op enkele belangrijke internationale algemene problemen, dienaangaande het volgende opmerkende:

Bij de snelle technologische medische ontwikkeling en onze hedendaagse medische revolutionaire vooruitgang dient de ontwikkeling van het inrichtingswezen steeds te worden gezien in het licht van de samenhang tussen de gedifferentieerde vormen van dienstverlening in de gezondheidssector. Dit vooral teneinde tot een optimaal geïntegreerd pakket van intra-, extra- en semi-murale voorzieningen te komen. Dat is voor de toekomst absoluut noodzakelijk!

Voor dit laatste, de integratie tussen intra-, extra- en semi-murale voorzieningen is een zeer complexe zaak. Het geeft ons niet eenvoudige vraagstukken ter oplossing. Voor de toekomst biedt zij een van de meest wezenlijke problemen aan ons ter oplossing op dit gebied.

Het is in ons land een belangrijk vraagstuk en ook buiten Nederland kampt men vrijwel overal met dit probleem. Soms is daar de huisartsgeneeskunde en de poliklinische specialistische geneeskunde slecht aangesloten op de uitoefening van de klini-

sche geneeskunde. In Nederland kent men dit probleem van een onvoldoende integratie van de poliklinische specialistische zorg en de klinische specialistische zorg gelukkig veel minder dan op vele plaatsen in het buitenland.

Met het constateren dat er discrepanties kunnen ontstaan tussen intra-, extra- en semi-murale gezondheidszorg zijn wij er natuurlijk niet, aldus Dr. Kruisinga. Het gaat er in de toekomst om de verbanden, beter gezegd om de zeer complexe relaties tussen de genoemde vormen tot ontwikkeling te brengen. En dat op zo efficiënt mogelijke wijze. Dit te helpen bevorderen is mede een doelstelling van een in ons land nog in te dienen wetsontwerp.

Voor een efficiënte taakvervulling van de samenstellende delen zal het hele gezondheidsbestel in onderlinge samenhang in een wettelijk kader moeten worden geregeld. Een integrale benadering van deze problematiek is essentieel voor de toekomstige ontwikkeling.

De genoemde mogelijkheden op medisch gebied en de snelle technologische ontwikkeling op dit terrein zullen niet nalaten hun invloed te doen gelden op o.a. een grote vraag naar gekwalificeerd personeel dit zeker zowel in de medische, paramedische, verpleegkundige als de technische sector.

Voor het gehele terrein van de volksgezondheid sprak ik, zo zeide Dr. Kruisinga over de schaarse middelen en de vele behoeften en dat geldt gezien de groeiende medische kennis en oudere bevolking overal ter wereld.

Het is derhalve nodig om te komen tot een optimale benutting van de aanwezige man-power en knowledge-power tot een zo juist en goed mogelijke concentratie van deskundigheid en een zo effectief mogelijke inschakeling van de hulpkrachten. Het is ook daarom dat men een geïntegreerd pakket van intra- en extra-murale voorzieningen tot stand zal moeten brengen.

De stelregel, die daarbij zal moeten worden gehanteerd, is dat die behandeling en zorg gegarandeerd moeten kunnen worden die een maximum aan resultaat opleveren bij het beperkt aanwezig bestand aan diensten.

Artsenkring Alkmaar steunt „Comité Gasalarm”

„Wij als medici menen, dat hier ook voor ons een taak ligt, aangezien hier op den duur voor de bevolking sprake is van ernstige aantasting van het leefmilieu.”

Dit onderschrijvend, plaatsten 147 van de 197 artsen uit de kring Alkmaar en omgeving hun handtekening onder een petitie, waarin bezwaren worden geuit tegen aardgaswinning in de duinen bij Bergen en Schoorl en in de Bergermeerpolder. Een delegatie

Petitionnement aan staatssecretaris Kruisinga

van vier overhandigde staatssecretaris Kruisinga de protestbrief op de 26e augustus. Het artsenschrijven luidt:

„Ondergetekenden, allen artsen uit het gebied van Alkmaar en omgeving vragen uwe Excellentie, uw bijzondere belangstelling voor de milieuhygiëne kenkende, uw hulp om te voorkomen dat de Schoorlse en Bergense duinen alsmede de aangrenzende bijzonder fraaie poldergebieden tengevolge van de

gasexploitatieplannen van de Amoco Nederland Petrol Company langzaam maar zeker onherstelbaar zullen worden verminkt.

„In mei 1969 is Amoco concessie verleend om tot exploitatie van aardgas over te gaan. Hoewel achter de schermen met diverse instanties overleg is gepleegd, is nooit duidelijk geworden wie en in welke mate, inspraak heeft gehad. Thans wordt de bevolking geconfronteerd met loeiende boortorens in natuurgebieden. Bij verder navragen en zorgvuldig onderzoek blijkt dit pas het eerste begin te zijn, want men wil nog meer boringen gaan verrichten, tracees voor gasleidingen zijn uitgezet, autowegen en gasreducceerstations (duidelijk industriële vestigingen) zijn ontworpen op voor ons onaanvaardbare plaatsen. Dit onder meer in gebieden waar tot nu toe alleen mocht worden gewandeld en gefietst, zodat dit de enige plaats in deze provincie is waar nog korstmossen voorkomen. Het laatste grote aaneengesloten natuur- en stiltegebied zou ten onrechte ten offer vallen aan economische belangen, die o.i. nooit kunnen en mogen opwegen tegen de imponderabilia van deze steeds zeldzamer wordende gebieden.

„Wij spreken onze bezorgheid uit over de toekomst van het leefmilieu in de hele kop van Noord-Holland wanneer deze plannen doorgang zouden vinden. Wij zijn daarom zo verontrust omdat bij ieder klein begin het axioma der grootindustrie geldt: voortdurende en onstuitbare groei, nevenindustrieën en dergelijke. Wij zien thans reeds het voortdurend oprukken van de hoogovens uit het Zuiden en het uitbreiden van het Reactor Centrum Nederland in het Noorden.

„Samenvattend: onze bezwaren betreffen dus die van de geestelijke volksgezondheid. Overal zal men gedurende vele jaren zware geluidsoverlast hebben, omdat de boringen voortdurend zullen moeten worden uitgebreid en onderhouden. Er zal geen plek in dit gebied meer zijn waar men lawaai en herrie der

multiële industriële vestigingen zal kunnen ontlopen. Er komen visueel zeer storende installaties in unieke natuurgebieden, en de luchtzuiverheid wordt onder andere door boormotoren en zwaar auto-transport aangetast. Ook ten aanzien van de drinkwatervoorziening kunnen onvermoede risico's aanwezig zijn. Wij zijn ons zeer bewust van eventuele economische consequenties, maar mogelijk kan men in de toekomst alternatieve mogelijkheden vinden. Wij menen ons dan ook te moeten verzetten tegen iedere aantasting van dit gebied en hopen dat onze mening ook de uwe is, en dat u deze bij de bevoegde instanties naar voren zult willen brengen."

Met hun schrijven ondersteunen de medici de actie van het Comité Gasalarm uit Bergen-Schoorl, dat de gehele omgeving van Bergen tot Camperduin door de boorplannen bedreigd acht. Het comité verenigt in zich georganiseerde natuurbeschermers en artsen, de gezamenlijke vrouwenverenigingen, de V.V.V.'s Bergen, Schoorl en Groet-Camperduin, alsmede vele particulieren. Het comité verspreidt een pak stencils, waarin onder andere alles wat men maar over boringen te weten kon komen is ondergebracht.

Privé-research dus. Dat die nodig bleek vormt een van de beide hoofdbezwaren van het comité. Het andere bezwaar betreft de voorgenomen plaatsen van boring.

Uit de stencils blijkt, hoe uit economische overwegingen over streekplannen en plaatselijke verordeningen is heengewalst, en hoe — buiten medeweten van bevolking, gemeenteraden en Gedeputeerde Staten — een plan gestalte kreeg, dat niets anders inhield dan dat een uniek en beschermd natuurgebied aan de economie zou worden opgeofferd. Ook leest men uit die stencils, hoe weinig benul de bevolking kon hebben van wat er feitelijk op stapel stond (de voorlichting van de Rijksoverheid beperkte zich tot het publiceren van de vergunning tot produktie-exploitatie). Zij leveren tenslotte het bewijs, dat het wel hard werken is wil men nog iets verwrikken aan besluiten die wel ieder aangaan maar in de totstandkoming waarvan niet ieder is gemengd.

Het Comité Gasalarm heeft zich daaraan gezet. Te laat om nog succes te hebben bij de verleners van de concessie (de actie startte toen bekend werd dat er een concessie was verleend), wellicht met meer succes bij de ontvanger. Het comité heeft een aantal alternatieven voorgesteld, die weliswaar duurder uitvallen dan de oorspronkelijke plannen, maar waarvan de oliemaatschappij de uitvoerbaarheid heeft erkend. Deze alternatieve plannen houden onder meer een verplaatsing van boorlokaties en gasverwerkingsinstallaties naar het oosten in. Het natuurgebied zou dan niet onherstelbaar worden vernield, de geluidshinder zou afnemen en het geheel zou er wat minder afzichtelijk komen bij te liggen. De — nu ook van artsenzijde manifest geworden — protesten brengen de Amoco wel in tijdnood. Een zijsprong duinafwaarts zit er in.



De fractie, waarin alle verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen O.L.M.A. worden uitgedrukt, heeft — berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen per ultimo juni 1970 — voor het derde kwartaal 1970 een waarde van f 1,093.

W.H.O.-statistieken over hart- en vaatziekten

„De kwaal der Wunderkinder”

Dezer dagen maakte de dagbladpers melding van een WHO-rapport, waaruit bleek dat de sterfte als gevolg van aderverkalking en degeneratieve hartkwalen in een zestiental geïndustrialiseerde landen sinds 1955 bij mannen in de leeftijd van 45 tot 54 jaar sterk is toegenomen; anderzijds bleek in deze groep een aanzienlijke daling van de sterfte aan beroerten te zijn waargenomen. De volledige tabellen, die zijn afgesloten op 1967, verschenen in „World Health”, het tijdschrift van de Wereldgezondheidsorganisatie, augustus-september 1970. Zij werden ontleend aan World Health Statistics Annual; de geïnteresseerde lezer vindt ze verderop.

Nederland komt er blijkens beide statistieken niet te best af. Van de geïndustrialiseerde landen vertoonde het onze de sterkste stijging van het sterftecijfer wegens aderverkalking: plus 66% in dertien jaar. Die uitzonderlijk grote toename doet zich alleen bij de mannen voor; bij de Nederlandse vrouwen daalde het sterftecijfer gedurende de onderzoeksperiode met een paar procent. Maar ook het aantal beroerten met dodelijke afloop bij mensen tussen de 45 en de 54 nam in ons land toe, dit in contrast met de ontwikkelingen in op twee na alle andere onderzochte landen. Het sterftecijfer wegens beroerten nam te onzent met 10% toe, een toename die ook hier komt op het conto van de mannen; de vrouwelijke sterfte aan vaatletsels van het centrale zenuwstelsel daalde met 14%.

Om de beide tabellen heen heeft World Health een speciaal hartnummer gebouwd, met zes achtergrondverhalen over aard en omstandigheden, mogelijke opvang en toekomstig verloop van de hartziekten. Wij willen daar enige punten uitlichten, die wellicht meer dan een paar blote statistieken iets zeggen over de epidemie van onze tijd (de term is van een van de schrijvers en wordt door hem gebezigd met betrekking tot de ischemische hartkwalen).

De statistici van de WHO hebben een onderverdeling gehanteerd in sterfgevallen t.g.v. aderverkalking van de coronairvaten en in cerebro. De plaatsen waar beide soorten aandoeningen zich voordoen zijn ook in kaart gebracht. Daarbij blijkt, dat de ischemische hartziekten — voor 90% het gevolg van aderverkalking — overwegend voorkomen in wat heet de ontwikkelde landen; in sommige gevallen leiden ernstige vormen van deze ziekten tot een attaque. In landen met weinig gevallen van atherosclerose blijken vergelijkenderwijs meer beroerten op te treden dan elders.

Wat betreft de eerste categorie: aderverkalking van de kransslagaders neemt in de geïndustrialiseerde landen de hoogste plaats in onder de doodsoorzaken. De ziekte is er verantwoordelijk voor 50-60%

van de sterfte tengevolge van hart- en vaatziekten. De laatste veroorzaken op zich omstreeks de helft van de totale sterfte in die landen. Een land van de tweede categorie is Japan. Daar is een derde van alle sterfgevallen van mensen boven de 55 het gevolg van apoplexie, tegen een zesde in Europa en Amerika. Vormen beroerten in Japan de eerste doodsoorzaak, in 54 van de 57 landen waarvan de desbetreffende cijfers voor internationale vergelijking bruikbaar zijn staat een beroerte nog altijd derde in de rij van doodsoorzaken.

In het merendeel der geïndustrialiseerde landen is een attaque veelal het gevolg van aderverkalking. Japan vormt daarop een uitzondering; hier en in andere landen waar ischemische hartkwalen zeldzaam zijn, wordt een te hoge bloeddruk als oorzaak gezien. Op deze aandoeningen — atherosclerose en hypertensie — concentreert zich de belangstelling van de onderzoekers op het gebied van de cardiovasculaire ziekten.

Over de verschijnselen van aderverkalking is in vakkringen voldoende bekend. De herkomst van de ziekte blijft echter nog steeds in het duister. Wel kent men langzamerhand een aantal risico-factoren: bepaalde overgeërfd elementen, hypertensie, diabetes (en, in sterkere mate, paradiabetische condities), hypercholesterolemie, obesitas, overmatig roken (speciaal met inhaleren), een zittend leven, psychosomatische factoren. Vooral mensen bij wie een paar van deze factoren samengaan, lopen de kans hartpatiënt te worden. Hoe sterk de negatieve invloed van ieder risico-element is en of het optreden van één van de genoemde verschijnselen dat van een ander in de hand werkt, is nog geen uitgemaakte zaak.

Consumptie-maatschappij

Wel een uitgemaakte zaak is, dat aderverkalking de prijs vormt die de mens betaalt voor het leven in een welvaartsstaat, beter nog, in een consumptie-maatschappij. Hart- en vaatziekten zijn de kwaal der Wunderkinder. Zie het lijstje van risico-factoren, zie ook andere feiten. Er blijkt een direct verband te bestaan tussen de mate waarin ischemische hartziekten optreden enerzijds, en het nationaal inkomen c.q. de economische vooruitgang (in de arme landen hebben de rijken een hartkwaal) anderzijds. Verder hebben statistieken uitgewezen, dat er een nauwe samenhang bestaat tussen de mortaliteit wegens coronaria-ziekte en het aantal auto's per 100 inwoners, het sigarettenverbruik per hoofd van de bevolking en de nationale consumptie per capita van verzadigde vetzuren en koolhydraten.

Vooral een hoog cholesterolverbruik wordt als een belangrijke risico-factor genoemd. In landen

Sterfte als gevolg van aderverkalking en degeneratieve hartkwalen onder 45-54-jarigen

Country		Death rate per 100,000 inhabitants				Changes in %
		1955	1960	1966	1967	1967/55
Australia	T	159.8	182.4	203.9	204.6	+ 28
	M	247.0	287.0	324.4	325.0	+ 32
	F	65.2	71.9	81.3	82.1	+ 26
Austria	T	72.4	83.3	80.8	88.6	+ 22
	M	113.9	144.7	147.1	165.7	+ 45
	F	37.1	34.7	31.9	32.2	- 13
Canada	T	171.6	191.5	185.9	187.4	- 9
	M	277.0	307.6	312.0	314.7	- 14
	F	59.0	69.0	59.3	60.5	+ 3
Czechoslovakia	T	74.1	76.8	93.9	101.3	+ 37
	M	114.1	127.2	159.7	178.1	+ 56
	F	36.5	29.3	32.3	29.7	- 19
Federal Republic of Germany	T	90.0	97.3	107.6	102.3	+ 14
	M	134.2	159.5	186.5	179.7	+ 31
	F	51.9	48.5	49.7	46.0	- 11
Finland	T	173.8	186.1	226.1	244.7	- 41
	M	305.8	340.1	436.7	468.6	- 53
	F	59.2	53.4	51.4	60.1	+ 2
France	T	30.3	40.2	42.1	41.7	+ 38
	M	49.2	67.8	73.3	72.4	+ 47
	F	12.0	13.5	12.2	12.2	+ 2
Hungary	T	84.5	91.7	104.1	111.2	+ 32
	M	109.2	119.2	148.5	160.7	+ 47
	F	61.9	67.2	65.3	67.9	+ 10
Italy	T	69.7	75.7	78.0	78.9	+ 13
	M	97.2	114.7	125.1	127.5	+ 31
	F	43.6	38.8	34.2	34.0	- 22
Japan	T	53.6	45.7	39.2	39.1	- 27
	M	58.3	52.9	51.5	50.4	- 14
	F	49.0	39.1	28.9	29.9	- 39
Netherlands	T	69.9	73.3	98.0	106.9	+ 53
	M	115.1	128.7	173.7	191.2	+ 66
	F	27.2	20.9	25.6	26.2	- 4
Sweden	T	69.5	69.4	76.5	79.7	+ 15
	M	106.9	108.3	125.7	133.7	+ 25
	F	32.5	30.1	26.8	25.4	- 22
Switzerland	T	78.0	79.3	85.7	75.9	- 3
	M	117.1	124.7	135.8	126.2	- 8
	F	41.8	33.9	37.1	27.3	- 35
United Kingdom, England and Wales only	T	109.1	121.2	144.5	140.9	- 29
	M	181.3	208.3	248.0	244.0	- 35
	F	40.1	37.6	44.6	41.6	- 4
United States	T	210.6	216.0	215.7	211.8	- 1
	M	342.2	358.5	357.7	351.8	- 3
	F	82.2	78.2	81.9	80.3	- 2
Venezuela	T	97.5	118.6	96.7	102.1	+ 5
	M	127.3	158.1	126.8	139.6	+ 10
	F	65.1	75.1	65.2	61.7	- 5

Deze tabel geeft de mortaliteit onder 45-54-jarigen weer. De uitkomsten voor deze leeftijdsgroep spreken het meest, aangezien bij de bepaling ervan de factor „hogere leeftijd” nog geen rol speelt. Met uitzondering van de Verenigde Staten, Japan en Zweden, geven alle landen een toename in de sterftecijfers te zien. De sterfte onder mannen is om en nabij drie maal zo groot als die onder vrouwen. Gezien de verschillen in diagnostiek kunnen de gegevens voor de onderscheidene landen slechts met de nodige omzichtigheid met elkaar worden vergeleken.

T= totaal M= mannen F= vrouwen

Bron: World Health Statistics Annual

Sterfte als gevolg van vaatletsels van het centrale zenuwstelsel onder 45-54-jarigen

Country		Death rate per 100,000 inhabitants				Changes in %
		1955	1960	1966	1967	1967/55
Australia	T	77.5	62.5	55.7	57.9	- 25
	M	71.3	59.2	51.9	58.0	- 19
	F	84.2	66.1	59.7	57.8	- 31
Austria	T	42.3	40.0	31.2	29.7	- 30
	M	44.3	43.1	37.6	40.1	- 9
	F	40.6	37.6	26.5	22.1	- 46
Canada	T	42.8	34.4	29.5	31.1	- 27
	M	39.9	34.9	30.4	32.9	- 18
	F	45.9	34.0	28.7	29.4	- 36
Czechoslovakia	T	43.7	30.1	27.4	28.4	- 35
	M	44.7	32.9	33.7	32.4	- 28
	F	42.7	27.4	21.5	24.8	- 42
Federal Republic of Germany	T	38.9	34.2	30.2	27.2	- 30
	M	40.1	37.1	35.5	33.6	- 16
	F	37.8	32.0	26.3	22.5	- 40
Finland	T	66.9	59.8	69.5	67.4	+ 1
	M	68.2	64.8	72.8	75.0	+ 10
	F	65.7	55.5	66.8	61.1	- 7
France	T	55.7	43.8	34.8	33.0	- 41
	M	64.7	49.7	43.7	40.4	- 38
	F	47.0	38.1	26.2	25.9	- 45
Hungary	T	63.2	51.1	43.6	40.0	- 37
	M	60.0	49.8	42.9	44.2	- 26
	F	66.2	52.2	44.2	36.4	- 45
Italy	T	44.3	42.4	40.7	38.6	- 13
	M	47.2	46.2	45.3	44.0	- 7
	F	41.5	38.8	36.4	33.6	- 19
Japan	T	152.2	140.3	113.2	104.6	- 31
	M	168.8	168.0	145.9	135.7	- 20
	F	136.1	115.0	86.0	79.0	- 42
Netherlands	T	23.6	21.2	22.1	25.9	+ 10
	M	20.1	20.3	22.3	28.8	+ 43
	F	26.9	22.1	21.9	23.2	- 14
Sweden	T	45.7	30.3	27.0	25.6	- 44
	M	38.9	31.0	29.4	27.8	- 29
	F	52.5	29.7	24.7	23.3	- 56
Switzerland	T	39.6	25.9	21.5	22.6	- 43
	M	38.1	24.9	22.3	24.9	- 35
	F	41.0	26.9	20.8	20.3	- 50
United Kingdom, England and Wales only	T	52.5	46.9	42.0	41.0	- 22
	M	51.1	49.0	43.3	41.4	- 19
	F	53.9	44.9	40.6	40.6	- 25
United States of America	T	56.0	48.9	43.4	43.5	- 22
	M	56.3	51.9	47.3	46.2	- 18
	F	55.7	45.9	39.7	41.0	- 26
Venezuela	T	36.8	48.9	45.3	44.4	+ 21
	M	33.9	53.9	48.6	44.0	+ 30
	F	40.0	43.3	42.0	44.8	+ 12

Deze tabel geeft — om redenen als uiteengezet in het bijschrift van de voorgaande tabel — de mortaliteit onder 45-54-jarigen weer. Uitgezonderd voor Nederland en Venezuela, werd voor alle onderzochte landen een aanzienlijke sterftedaling geregistreerd. Deze afname van het aantal beroerten met dodelijke afloop schijnt mede te danken te zijn aan een beter onder controle hebben van hoge bloeddruk. De sterfte onder vrouwen wegens cerebro-vasculaire aandoeningen is, anders dan bij de cardio-vasculaire ziekten, even hoog als die onder mannen. De wijze van diagnosticeren verschilt van land tot land; bij internationale vergelijking van de gegevens is daarom de uiterste voorzichtigheid geboden.

T= totaal M= mannen F= vrouwen

Bron: World Health Statistics Annual

als de Verenigde Staten en Finland, die een hoog cholesterolverbruik hebben, blijken veel meer patiënten met coronaria-ziekte voor te komen dan in landen met een geringe cholesterolconsumptie. Van doorslaggevend belang voor een hoog cholesterolgehalte is de consumptie van dierlijk voedsel. Verwordt die consumptie tot een overmatig gebruik, treedt met andere woorden vetzucht op, dan is het hek helemaal van de dam. Zwaarlijvigheid bevordert, aldus World Health, duidelijk een verhoogde bloeddruk, diabetes en een verhoogd triglyceride- en ureumzuurgehalte — stuk voor stuk naast een hoog cholesterolgehalte belangrijke risicofactoren. (Zie verder over de rol die de onderscheidenene risicofactoren mogelijk spelen: Ned. T. Geneesk. 114 nr. 32, pp. 1345-1347, en de daar vermelde literatuur.)

Al weten wij nog niet langs welke wegen een hartkwaal tot stand komt, een groot aantal richtingaanwijzers in de vorm van risicovermeerderende verschijnselen is dus bekend. Deze kunnen worden opgespoord en veelal voldoende opgeheven, bijvoorbeeld door een verandering in het leefpatroon. Dit geldt in het bijzonder het voedingspatroon: vast staat, dat overmatig zoutverbruik een verhoogde bloeddruk met zich meebrengt; vast staat ook, dat een vet dieet de kans op coronaire aderverkalking — en daardoor op een hartinfarct — vergroot. Maar het optreden van ischemische hartziekten is niet alleen voorspelbaar, het is ook herstelbaar. Anders gezegd: niet alleen primaire preventie is mogelijk, ook secundaire preventie is niet uitgesloten. Veelal kan verergering van de bestaande toestand worden tegengegaan, en niet alleen dat. Met medicijnen, een goed dieet, minder roken en meer lichaamsbeweging, kan het beeld zelfs worden teruggedraaid.

Toch: voorkomen is beter dan genezen. Het is daarom een dwingende noodzaak, een onderzoek naar dragers van risicofactoren in te stellen. Het gehele World Health-nummer is eigenlijk een pleidooi voor het vergroten van deze vorm van preventie. Gewezen wordt op de vele zorg voor chronisch zieken met weinig hoop op algeheel herstel, waartegen de preventie van coronaria-ziekte voordat deze zich

openbaart maar pover afsteekt. Als, zegt een van de schrijvers, Frankrijk evenveel aandacht zou hebben besteed aan de preventie van cardio-vasculaire ziekten als aan de tuberculose- en kankerbestrijding, zou dit land zijn mortaliteit sterk hebben zien dalen.

Het aantal sterfgevallen wegens hart- en vaatziekten — in onze streken een voor altijd zwijgende meerderheid — neemt vooral toe in de mannelijke midden-groep. Naarmate de leeftijd oploopt, doen zich meer gevallen van coronaire atherosclerose voor: beneden de 20 is de ziekte hoogst zeldzaam, tot 40 zeldzaam; tussen de 45 en de 50 vertoont het aantal gevallen een duidelijke stijging, terwijl de meeste gevallen tussen de 50 en de 80 worden geconstateerd. Bijna alle patiënten beneden de 40 zijn mannen. Boven die leeftijd neemt het aantal vrouwelijke patiënten toe; boven de 60 evenaren de aantallen mannelijke en vrouwelijke coronaria-zieken elkaar nagenoeg. Tot zover een globaal overzicht van de tendens, zoals die zich voordoet in alle bestudeerde geïndustrialiseerde landen tesamen. Ons land apart genomen, staan de zaken er zo mogelijk nog slechter voor. Gegevens daarover staan opgesomd in de C.B.S.-publicaties „Sterfte ten gevolge van hart- en vaatziekten 1950-1967”, verkort weergegeven in M.C. nr. 37/1969, blz. 1035.

Samengevat komt het betoog in World Health er op neer, dat de kans op coronaire atherosclerose met de jaren toeneemt, dat de ziekte veel meer voorkomt bij mannen dan bij vrouwen, dat vrouwen op latere leeftijd door de ziekte worden getroffen dan mannen en dat het aantal vrouwelijke patiënten het aantal mannelijke patiënten pas na de 60 begint te benaderen. In hoeverre wat het laatste punt betreft de factor leeftijd gaat meespelen, is moeilijk na te gaan. Om te vermijden, dat inschaling van de oudere leeftijdsgroepen het beeld zou vertroebelen, zijn voor de samenstelling van de tabellen de cijfers met betrekking tot 45-54-jarigen genomen.

Coronaria-ziekte, zegt World Health, is niet langer een oude mensenkwaal. Maar, om het citaat intact te houden, het is net zo min nog een kwaal waartegen geen kruid is gewassen.

„Pil” voor mannen

De „pil” voor mannen staat al enige tijd voor de deur, die evenwel stevig op slot blijft. Dat althans valt op te maken uit mededelingen aan een correspondent van Associated Press, gedaan door Dr. Alan Jones van de universiteit van Manchester. Dr. Jones ontving dezer dagen een prijs, groot f 650.000 van de Ford Stichting. Deze prijs stelt hem in staat zijn onderzoekingen betreffende chemische stoffen die de mannelijke kiemcellen onvruchtbaar maken voort te zetten. Proeven met kleinere dieren zoals ratten hebben

positieve resultaten opgeleverd. Bij toediening om de twee weken van bedoelde chemische stoffen verdween de vruchtbaarheid, maar de potentie bleef volkomen intact. Nadat de behandeling was stopgezet, herstelde de vruchtbaarheid zich weer op korte termijn. Schadelijke bijverschijnselen werden niet geregistreerd. Experimenten met apen en daarna ook met vrijwillige proefpersonen vormen de volgende stap, maar daarvoor ontbreekt het de universiteiten aan geld. De farmaceutische industrie onthoudt zich van het geven van financiële steun.

Een instinctieve afkeer van de „pil” bij de mannen die in de geneesmiddelen-industrie aan de touwtjes trekken, zou — zoals bij alle mannen — volgens Dr. Jones een rol kunnen spelen, evenals de leeftijd van deze functionarissen. Een mogelijke andere reden is er een van economische aard: gezien de zeer eenvoudige structuur van de in het geding zijnde chemische stoffen, is bescherming door middel van patenten moeilijk. Diezelfde eenvoudige chemische structuur maakt, dat er op een eventuele pil voor mannen weinig zou kunnen worden verdiend.

De vertraging van de mazelenvaccinatie

Door G. D. de Jong, arts te Leiden

Enkele recente persberichten zijn voor mij aanleiding om langs deze weg de mazelenvaccinatie ter sprake te brengen. Eén ervan (Telegraaf 11-8-1970) kondigt onder andere aan dat het mazelen-vaccin in ons land eerst experimenteel in het D.K.T.P.-pakket wordt gebracht. Het gevaar bestaat dat het publiek hieruit begrijpt dat men dus moet wachten tot dit experiment geslaagd mag heten. Wel wordt er ook geschreven over de reeds in gebruik zijnde vaccins, doch het lijkt of deze zijn bedoeld voor zwakke en ziekelijke kinderen en dan nog alleen als de dokter het nodig vindt. Mijns inziens krijgt men zo een te somber beeld van de mogelijkheden die momenteel bestaan.

Ook verscheen in diverse streekbladen een bericht van de G.P.D. over een Amerikaanse collega Dr. M. Hilleman, die sprekende op een congres van virusdeskundigen te Utrecht, zijn verwondering uitte over het feit, dat men in Nederland niet inent tegen mazelen, rode hond en bof. Wat de mazelen betreft is zijn verwondering terecht en binnenkort voor de rode hond ook. Nadat op 22-4-1967 in de Telegraaf een artikeltje stond met als kop „Mazelen exit” is er weinig bereikt en wij hebben inmiddels al weer twee mazelen-perioden moeten doorstaan.

In de Verenigde Staten is in 1966 een zeer goed en gemakkelijk toe te dienen mazelen-vaccin uitgebracht, wat aldaar sinds september 1966 voor massa-inenting wordt gebruikt. In Nederland is dit vaccin pas in juni 1968 toegelaten. Het wordt hier sinds september 1968 aangeboden door Philips Duphar onder de naam Mevilin L en ook door de N.V. Organon als Lirugen. Hiermede stond dus voor de artsen de weg open om alle ouders, die deze immunisatie voor hun kinderen wensten, van dienst te zijn. Het publiek is blijkbaar hiervan niet op de hoogte en wie dat wel is wordt in vele gevallen door de arts de inenting ontraden, dan wel geweigerd.

De vertraging van de zijde van de artsen heeft een aantal begrijpelijke aspecten. De naast zijn praktijk studerende arts kan met andere onderwerpen bezig zijn, zodat bepaalde nieuwe mogelijkheden hem tijdelijk ontgaan, ons terrein is nu eenmaal zeer breed. Vermeld moet worden, dat in de Nederlandse medische bladen de laatste jaren weinig over dit onderwerp is geschreven en dat onze artikelen bovendien niet veel invloed hebben gehad. Aan de artsen zijn in de loop der jaren vele noviteiten aangeboden, men moet dan het kaf van het koren scheiden en bij dit laatste kan men onmogelijk altijd trefzeker zijn. De artsenstand is eraan gewoon geraakt dat de overheid bij het immunisatieprogramma als initiatiefnemer en organisator optreedt. Wij hebben daardoor ook een voortreffelijke immunisatiegraad bereikt.

Nu zich echter een vaccinatiemogelijkheid als de-

Samenvatting:

Gewezen wordt op de achterstand van de Mazelenpreventie en op de onvoldoende bekendheid bij het publiek. Een aantal oorzaken wordt besproken. Gewezen wordt op de betekenis van mazelen in de medische praktijk. Gepleit wordt voor vaccinatie van gezonde kinderen ouder dan 10 maanden, aangezien het 5 factoren vaccin voorlopig niet beschikbaar is.

ze voordoet, waar de overheid, niet ten onrechte, er de voorkeur aan geeft dit aan het particulier initiatief over te laten, komt de zaak moeilijk op gang. Mogelijk heeft ook een aantal artsen een afwachten-de houding aangenomen door het aankondigen van het 5 factoren (D.K.T.P. Mazelen) vaccin. Het beschikbaar komen hiervan zal echter nog enkele jaren duren. Verder is het wat onaangenaam in bepaalde gevallen de patiënt uit te moeten leggen, dat iets niet tot het fondspakket behoort. In de praktijk is mij echter gebleken dat de ouders de kosten van deze inenting met genoegen voor hun rekening nemen. Een deel van de traditionele vaccinaties gaat buiten de huisartsen om en geschiedt op de consultatiebureaus, zodat het initiatief tot nieuwe inenting- en ook daar kan liggen.

Al met al zijn wij nu vier jaar achter bij de mogelijkheden die de wetenschap ons biedt. Het lage sterftecijfer van mazelen is geen reden de ziekte ongevaarlijk te vinden, dit lage cijfer is een gevolg van zeer veel medisch werk. De sterfte van appendicitis is ook laag, de aandoening is echter evenmin ongevaarlijk. Ik laat nog enkele gegevens volgen.

Het ongerief van de ziekte voor kinderen en ouders wordt bekend verondersteld. Per jaar krijgen in Nederland gemiddeld ruim 220.000 kinderen mazelen en ongeveer 4.300 huisartsen moeten gemiddeld ongeveer twee visites per kind maken. Ongeveer 20.000 van deze kinderen hebben complicaties op K.N.O.-gebied, ook 20.000 complicaties van de diepere luchtwegen. \pm 2.200 hebben poliklinische specialistische hulp nodig en \pm 1.100 komen in een ziekenhuis terecht. Ongeveer 100 krijgen encephalitis, waarvan een aantal restverschijnselen houdt en soms zelfs geheel invalide blijft. Ongeveer 23 kinderen overlijden. In guldens: de ziekte kost aan medisch werk, medicamenten en ziekenhuisopnamen alleen al tegen de 10 miljoen gulden per jaar. De immunisatie van een jaargang kinderen is voor \pm 3 1/2 miljoen gulden te realiseren. Situatie in het buitenland o.a.: U.S.A. - massa-inenting door overheid en particuliere artsen; Engeland - idem door overheid;

Noorwegen - idem door overheid; Oost-Duitsland - inenting verplicht.

De mazeleninenting is mogelijk en gewenst bij gezonde kinderen ouder dan 10 maanden, die de ziekte nog niet hebben gehad en wier ouders deze vaccinatie graag willen. Als de gemiddelde huisarts \pm 150 kinderen heeft ingeënt, zal zijn praktijk mazelenvrij zijn. Daarbij zal men natuurlijk door moeten gaan met de kinderen die de leeftijd van 10 à 12 maanden overschrijden. Als het experiment met het 5 factoren vaccin slaagt, wat zeer is te hopen, dan kunnen wij ons doel weer met één injectie minder bereiken.

Tenslotte is het te hopen dat het rubella vaccin evenals in de Verenigde Staten, Engeland, België en Zwitserland ook spoedig in Nederland ter beschikking komt (in de V.S. zijn nu al 13.000.000 kinderen ingeënt). Het is immers dringend gewenst dit te ge-

ven aan vrouwen die een zwangerschap tegemoet gaan, rode hond te hebben doorgemaakt. Het moet niet zover komen dat een of ander handig reisbureau rode hond-tochten naar België organiseert, alwaar de dames zich - nevens andere verstrooiing - kunnen laten inenten.

Leiden, 20 augustus 1970

Literatuur:

Brit. Med. Bulletin Vol 25. nr. 2, mei 1969. J. A. Dudgeon. T.soc.Geneesk. 46 (1968) H. A. M. Hoevenaars. Aula serie: Volksgezondheid en Soc. ontw. J. A. Verdoorn. Maandschr. v. Kinderen. jaargang 32, nr. 1 en 3. A. Wesselius-Casparis e.a. Lancet 14-9-1968, Lead. article. Medical News Tribune II nr. 33, 14 augustus 1970.

Staatssecretaris verzoekt dringend voorbereiding van provinciale ziekenhuisplannen

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga heeft Gedeputeerde Staten van alle provincies dringend verzocht de voorbereiding van een provinciaal ziekenhuisplan terstond ter hand te nemen. Weliswaar moet het ontwerp van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, die deze taak voorschrijft, de Eerste Kamer nog passeren, maar de staatssecretaris hoopt met deze vroegtijdige aansporing zeer spoedig na de invoering van de wet over de provinciale plannen te kunnen beschikken. Deze dienen namelijk als aanloop voor een landelijk ziekenhuisplan, dat de basis wordt voor het in de wet verankerde goedkeuringsbeleid.

De plannen moeten zowel de geraamde behoefte aan ziekenhuizen, verpleegtehuizen en inrichtingen (de sector der intra-murale zorg) als de wijze waarop in die behoefte kan worden voorzien, aangeven. De staatssecretaris acht het van groot belang, dat de provinciale besturen bij de samenstelling van de plannen de onderscheidene goepen van belanghebbenden metterdaad inschakelen. Op deze wijze kunnen de regionale en locale aspecten voldoende aandacht krijgen. Voor het opstellen van de plannen zijn de provinciale besturen door Dr. Kruisinga in het bezit gesteld van praktische richtlijnen. Deze stemmen grotendeels overeen met de uitgangspunten zoals die tot dusver werden gehanteerd voor het planningsbeleid. Het streven is er echter op gericht, deze uitgangspunten aan de hand van resultaten van nadere wetenschappelijke studies geleidelijk meer te verdiepen en uit te bouwen.

In zijn brief aan de dagelijkse besturen der provincies gaat Dr. Kruisinga voorts uitvoerig in op enkele meer algemene aspecten, die voor een doelmatig volksgezondheidsbeleid van grote betekenis zijn. Zo zal naar zijn oordeel, ter vermindering van kostbare

doublures en terwille van een efficiënte aanwending van de beschikbare schaarse middelen en mankracht regionalisatie en integratie dienen te worden bevorderd, niet alleen bij de intra-murale maar ook bij de extra-murale gezondheidszorg. Hierdoor kan naar de mening van Dr. Kruisinga een goed sluitend systeem van onderling op elkaar afgestemde voorzieningen worden opgebouwd, waardoor iedere patiënt steeds de meest geëigende behandeling kan ontvangen.

Nadrukkelijk stelt de bewindsman dat het wetsontwerp niet alleen is gericht op een planning van de bedden, maar evenzeer — en met name voor de ziekenhuizen — op een planning van de functie per regio. In dit verband wijst hij er op, dat een onderzoek gaande is naar een landelijk plan voor opvangcentra van ongevals-, vooral verkeersslachtoffers. Van belang is ook een doelmatige planning van nierdialyse-centra, waartoe de resultaten van een onderzoek door de Gezondheidsraad mede kunnen dienen.

Teneinde te voorkomen dat zich in de periode tot de inwerkingtreding van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen ongewenste ontwikkelingen voordoen, acht de staatssecretaris het geboden, dat initiatiefnemers van bouwactiviteiten zich stipt houden aan de tot dusver gevolgde procedure en hun plannen derhalve ter goedkeuring aan hem voorleggen. Het is hem namelijk gebleken dat in sommige gevallen de gebruikelijke procedure niet wordt gevolgd. Dat kan leiden tot realisering van ondoelmatige en te kostbare voorzieningen, die zelfs in bepaalde streken tot een overcapaciteit aan bedden leiden of kunnen leiden. Deze gang van zaken geeft de staatssecretaris reden tot bezorgdheid, zo laat hij de provinciale besturen weten. Hij vraagt met klem alle medewerking van de provincies op dit punt.

Hulpverlening bij ongewenste zwangerschap

Het hoofdbestuur heeft zich met de volgende brief gericht tot de besturen van de afdelingen der Maatschappij.

Geachte collegae,

In aansluiting aan een officiële publikatie over het abortusvraagstuk van de zijde van het hoofdbestuur in Medisch Contact 1/1969 blz. 19, heeft het hoofdbestuur de afdelingsbesturen verzocht voornoemde publikatie op de agenda van hun ledenvergadering te plaatsen en het oordeel van de vergadering binnen drie maanden aan het hoofdbestuur kenbaar te maken. Een en ander ten behoeve van de beantwoording van de bij schrijven van 11 december 1967 gestelde vraag van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid om geïnformeerd te worden omtrent de mening die aangaande het vraagstuk van de abortus provocatus leefde binnen het hoofdbestuur.

Uit het antwoord van het hoofdbestuur aan de staatssecretaris, gedateerd 9 juli 1969 en gepubliceerd in Medisch Contact (32/1969 blz. 902, citeren wij de volgende passages:

„dat het van bovenaf opstellen van stringente richtlijnen over indicaties tot medische abortus op dit ogenblik, bij de huidige divergentie van meningen, niet verantwoord is te achten.”

en voorts:

„van de arts mag echter de uiterste zorgvuldigheid bij het afwegen van alle belangen en aspecten worden verwacht.”

en tenslotte:

„het hoofdbestuur is zich ervan bewust dat het benadrukken van de eigen verantwoordelijkheid van de arts tot gevolg zal kunnen hebben, dat in analoge gevallen door de ene commissie een andere beslissing genomen zal worden dan door een andere.”

Het hoofdbestuur achtte het noodzakelijk dat ervaring zou worden verkregen op dit terrein, in het bijzonder via werkgroepen verspreid over een zo groot mogelijk aantal ziekenhuizen.

Deze werkgroepen zouden zich dienen te beraden over inkomende verzoeken om hulp bij ongewenste zwangerschap, teneinde op deze wijze behulpzaam te zijn bij de grote nood die op dit gebied aanwezig is. Daarbij dient er de nadruk op te worden gelegd dat de beslissing omtrent het al of niet afbreken van de ongewenste zwangerschap slechts een onderdeel is van de totale hulpverlening, waarbij nazorg

en zwangerschapsprofylaxe een belangrijke plaats innemen. Het is het hoofdbestuur bekend dat reeds op enkele plaatsen dergelijke werkgroepen werkzaam zijn.

Het hoofdbestuur, verwijzende naar de in de aanhef vermelde publikatie in Medisch Contact, verzoekt aan de afdelingsbesturen te bevorderen dat op korte termijn goed gecoördineerde samenwerkingsvormen ontstaan, die beogen hulp te verlenen aan vrouwen met een ongewenste zwangerschap. Samenwerking met de plaatselijke specialistenvereniging en de plaatselijke huisartsenvereniging lijkt hiertoe de aangewezen weg. Ook andere instanties die ter plaatse activiteiten ontwikkelen op het gebied van hulpverlening bij ongewenste zwangerschap kunnen uiteraard worden ingeschakeld.

De beoordeling van het al of niet verrichten van een therapeutische abortus is, nogmaals gezegd, onderdeel van het vraagstuk van de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap. Deze hulpverlening is niet alleen een medische aangelegenheid aangezien ook maatschappelijke, economische, psychologische en ethische factoren veelal een belangrijke rol spelen. De hulpverlening zal dan ook niet tot het medische terrein moeten worden beperkt.

De verschillende facetten, die bij het probleem van de ongewenste zwangerschap een rol spelen zullen uiteraard bepalend zijn voor de wijze van begeleiding van de personen in kwestie, ongeacht het feit of wel of niet abortus wordt uitgevoerd. Daarbij moeten de geboden alternatieven zorgvuldig op hun realiseringsmogelijkheden worden onderzocht. Immers bij de begeleidende hulp, te verlenen bij ongewenste zwangerschap, komen vaak in het bijzonder de gebrekkige maatschappelijke mogelijkheden naar voren, waardoor de indicatie voor het uitvoeren van abortus vaker gesteld moet worden dan wellicht nodig was. Hier ligt zeker ook een taak voor overheid en particulier initiatief om tot optimale voorzieningen te komen.

Daarnaast dringt zich sterk het probleem van de falende anticonceptie op; voorlichting, meer nog opvoeding op dit gebied van de gehele bevolking is een dringende noodzakelijkheid. Ten behoeve van de hulpverlening aan zijn patiënten wordt in dit opzicht actieve zorgvuldige bemoeienis van de arts gevraagd teneinde tot verbreding en verdieping van zijn eigen kennis op dit gebied te komen.

Het hoofdbestuur is zich ervan bewust, dat het niet zijn taak is nauwkeurig de wegen aan te geven waarlangs gewerkt zal moeten worden. De gang van zaken zal immers voor een belangrijk gedeelte bepaald worden door de locale situatie en het locale

initiatief. Indien het hoofdbestuur stringente aanwijzingen zou geven, kan dit een beletsel zijn voor de ontplooiing van de plaatselijke mogelijkheden op het gebied van de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap.

Dit neemt niet weg dat het hoofdbestuur toch graag enkele overwegingen naar voren wil brengen, die van belang kunnen zijn voor iedere arts, die aandacht heeft voor het probleem van de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap.

1 Het hoofdbestuur wil aan de ontwikkeling op dit gebied binnen de verantwoordelijkheid, die elke arts daarvoor heeft, zoveel mogelijk vrijheid geven teneinde voldoende ervaring te verzamelen op grond waarvan men als medicus een verantwoord advies kan geven. Daartoe is van belang dat aantekening gehouden wordt van de inzichten, waartoe men met betrekking tot de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap komt en van de hulp, welke in individuele gevallen wordt geadviseerd. Dit geldt zowel bij hulpverlening door een werkgroep als voor die gevallen waarbij de hulp buiten het kader van een werkgroep gegeven wordt. Door middel van uitwisseling van publikatie van deze gegevens is het mogelijk dat er procedure-regels voor deze hulpverlening tot stand kunnen komen.

Een belangrijke factor acht het hoofdbestuur bovendien het feit, dat werkgroepen tot hulpverlening bovendien het feit, dat werkgroepen tot hulpverlening grond niet alleen vinden in de hulpverlening aan de vrouw, maar er ook toe bijdragen dat de leden van die werkgroep het probleem van de desbetreffende vrouw, uiteraard met behoud van de daarvoor noodzakelijke distantie, tot een wezenlijk probleem van zichzelf maken. Dit is een belangrijke voorwaarde om via de aan de vrouw in kwestie verleende hulp tot een oplossing van haar probleem te komen.

2 Het Hoofdbestuur is van mening dat de samenstelling van deze werkgroepen bij voorkeur multidisciplinair dient te zijn. Wel wil het hoofdbestuur er op wijzen, dat een beslissing omtrent het uitvoeren van een therapeutische abortus lege artis provocatus, ook wanneer deze buiten het kader van de werkgroep tot stand komt, door tenminste twee artsen dient te worden genomen, zoals beschreven in het „Statement on therapeutic abortion” van de World Medical Association.

3 Het tot stand komen van een over het hele land gespreide grotere mogelijkheid tot hulpverlening bij ongewenste zwangerschap zal bevorderen dat het capaciteitsprobleem geen reden meer zal zijn tot het niet in behandeling nemen van hulpaanvragen op dit gebied. Dit laatste is momenteel een van de meest knellende problemen. Wanneer hiervoor op korte termijn geen oplossing gevonden wordt zal dit leiden tot de, door ieder als een noodoplossing gevoelde, oprichting van abortusklinieken. Daarbij bestaat het grote gevaar dat de

zo belangrijke begeleiding van de vrouw in kwestie veel minder goed tot zijn recht zal komen.

4 In verband met dit laatste wil het hoofdbestuur nog eens de nadruk leggen op de belangrijke rol, die het maatschappelijk werk vervult bij de onderhavige problematiek. De ervaring leert dat ongewenste zwangerschap vaak een luxerend element is voor latent aanwezige gezins- en relatieproblematiek, waardoor de begeleiding van de zijde van het maatschappelijk werk van gevallen van aanvragen om hulpverlening bij ongewenste zwangerschap een belangrijk accent krijgt.

5 Tenslotte zou het hoofdbestuur er op willen wijzen, dat hoe de arts ook moge denken over zwangerschapsafbreking, hij in ieder geval de plicht heeft om elk geval van ongewenste zwangerschap, waarin zijn hulp gevraagd wordt aan een zorgvuldig onderzoek te onderwerpen en aan de hand daarvan tesamen met zijn patiënte te overleggen welke maatregelen genomen moeten worden.

Het hoofdbestuur verzoekt u over een jaar, dat wil zeggen tegen het einde van 1971, te rapporteren over de stand van zaken met betrekking tot de in uw afdeling ontplooiende activiteiten inzake het vraagstuk van de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap en de daarbij opgedane ervaringen zo mogelijk aan te vullen met beschikbaar gekomen cijfermateriaal.

Daarnaast beraadt het hoofdbestuur zich momenteel eveneens over de legale aspecten, die bij dit vraagstuk een rol spelen. Een en ander in het bijzonder naar aanleiding van het bij de Tweede Kamer ingediende wetsontwerp ten aanzien van wijzigingen in de strafbepalingen bij zwangerschapsverstoring. In zijn discussies over deze legale aspecten heeft het hoofdbestuur het onlangs door de 24ste vergadering van de World Medical Association aangenomen „Statement on therapeutic abortion” betrokken. Het hoofdbestuur hoopt zijn besprekingen hierover binnen afzienbare tijd te beëindigen.

In verband met het feit, dat de kring van degenen, die zich actief met de begeleiding van ongewenste zwangerschappen bezighouden, ook buiten de medische professie groot is, zal dit schrijven in Medisch Contact worden gepubliceerd met als bijlage een „Statement on therapeutic abortion” van de World Medical Association, zoals aanvaard in de augustus 1970 gehouden vergadering van de W.M.A. te Oslo.

Bijlage

Statement on therapeutic abortion

1. The first moral principle imposed upon the doctor is respect for human life as expressed in a clause of the Declaration of Geneva: „I will maintain the utmost respect for human life from the time of conception.”

2. Circumstances which bring the vital interests of a mother into conflict with the vital interests of her unborn child create a dilemma and raise the question whether or not the pregnancy should be deliberately terminated.
3. Diversity of response to this situation results from the diversity of attitudes towards the life of the unborn child. This is a matter of individual conviction and conscience which must be respected.
4. It is not the role of the medical profession to determine the attitudes and rules of any particular state or community in this matter, but it is our duty to attempt both to ensure the protection of our patients and to safeguard the rights of the doctor within society.
5. Therefore, where the law allows therapeutic abortion to be performed, or legislation to that effect is contemplated, and this is not against the policy of the national medical association, and where the legislature desires or will accept

- the guidance of the medical profession, the following principles are approved:
- (a) Abortion should be performed only as a therapeutic measure.
 - (b) A decision to terminate pregnancy should normally be approved in writing by at least two doctors chosen for their professional competence.
 - (c) The procedure should be performed by a doctor competent to do so in a hospital approved by the appropriate authority.
 6. If the doctor considers that his convictions do not allow him to advise or perform an abortion, he may withdraw while ensuring the continuity of (medical) care by a qualified colleague.
 7. This statement, while it is endorsed by the General Assembly of The World Medical Association, is not to be regarded as binding on any individual member association unless it is adopted by that member association.

MC | VAN DE PERMANENTE COMMISSIE DOKTERSASSISTENTEN

Richtlijnen betreffende arbeidsvoorwaarden voor doktersassistenten

In verband met de wetwijziging van augustus 1970 is het minimumloon van alle werknemers, die de leeftijd van 23 jaar hebben bereikt, op f 682,50 per maand gesteld. Naar aanleiding van deze wetwijziging zijn de „Richtlijnen betreffende arbeidsvoorwaarden voor doktersassistenten” als volgt gewijzigd:

„1. Onder doktersassistente wordt verstaan het vrouwelijk hulppersoneel, dat in het bezit is van een door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst erkend diploma voor doktersassistente en werkzaam in een dokterspraktijk.

2. Het bruto-salaris per maand, op basis van een 42-urige werkweek (voor een doktersassistente ouder dan 50 jaar op basis van een 37-urige werkweek) bedraagt:

in het eerste dienstjaar	f 580,—
in het tweede dienstjaar	f 630,—
in het derde dienstjaar	f 685,—
in het vierde dienstjaar	f 745,—
in het vijfde dienstjaar	f 810,—
in het zesde dienstjaar	f 880,—
in het zevende dienstjaar	f 995,—
in het achtste dienstjaar	f 1.035,—
in het negende dienstjaar	f 1.130,—
in het tiende en volgende dienstjaren	f 1.220,—

3. Het salaris wordt evenredig verminderd bij een werkweek van minder dan 42 uren.

4. De doktersassistente, die de leeftijd van 23 jaar heeft bereikt, ontvangt ongeacht het aantal dienstjaren een minimumloon van f 685,—, dat voor haar als loon voor het eerste dienstjaar geldt. Voor het volgende dienstjaar geldt in dat geval een loon van f 745,— enzovoort volgens de schaal van lid 2.

5. De arbeidstijd wordt geregeld met inachtneming van de desbetreffende wettelijke voorschriften en van hetgeen in een dienstbetrekking gebruikelijk is.

6. De doktersassistente heeft recht op vakantie met behoud van salaris, gedurende 15 werkdagen per jaar, gerekend vanaf 1 juli.

7. De doktersassistente heeft voorts recht op een vakantietoeslag van 6% van het salaris genoten in de periode, waarover de vakantie geldt. De toeslag wordt uitbetaald in de maand mei.

8. De doktersassistente is verplicht het beroepsgeheim te bewaren in dezelfde omvang als van een medicus wordt geëist.

9. Deze richtlijnen gelden vanaf 1 augustus 1970.”

Het is de P.C.D. gebleken, dat de gemiddelde leeftijd van de meisjes die het diploma behalen op ongeveer 20 à 21 jaar ligt; de leeftijd van 23 jaar wordt dus gemiddeld in het 3de dienstjaar bereikt. In verband hiermede is bij de samenstelling van deze schaal uitgegaan van het ontvangen van het minimumloon in het 3de dienstjaar.

Daar het bij de meeste werkgevers gebruikelijk is de vakantietoeslag in mei uit te betalen heeft de P.C.D. zich hieraan geconformeerd.

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

ABORTUSTEAMS

De discussiebijdrage over de abortus provocatus van collega A. W. Mante (M.C. 1970/34, bladzijde 899) is om verschillende redenen belangwekkend. Omdat ik zijn betoog heb uitgelokt wil ik erop reageren.

Collega Mante legt uit dat ik moet worden beschouwd als een intolerante autoritaire persoonlijkheid met dictatoriale ideeën. Aan deze bij mij gesignaleerde eigenschappen moet een merkwaardige beperktheid ten grondslag liggen. Collega Mante komt tot deze uitspraak doordat hij meent dat ik sommige gynecologen wil dwingen tot handelingen waar zij zich niet mee kunnen verenigen.

In hetzelfde artikel geeft collega Mante een lijst van indicatiegroepen welke gelden voor het uitvoeren van abortus provocatus. Bij de eindbeslissing door het team spelen nog vele, vaak moeilijk te definiëren nuances en overwegingen een rol. Zowel de (vrij willekeurige) lijst van indicatie-groepen als de niet nader omschreven nuances en overwegingen zijn gedragsregels van artsen die zij vervolgens opleggen aan de vrouwen over wie zij beslissen.

Ik raad collega Mante aan nog eens na te gaan op grond van welke overwegingen hij mij aan de kaak stelde en deze overwegingen vervolgens te betrekken op die artsen die vrouwen onderwerpen aan hun lijst van indicatie-groepen. In Nederland worden veel vrouwen gedwongen tot iets waar zij het niet mee eens zijn, namelijk het uitdragen van hun zwangerschap. Wat mij betreft: ik heb nog nooit een gynecoloog geprobeerd te dwingen tot abortus provocatus en ik ben niet van plan dat te doen.

Ik twijfel niet aan de zorgvuldigheid en de gewetensvolheid waarmee de zogenaamde abortusteams te werk gaan. Ik zag daar treffende voorbeelden van. Toch ben ik van mening dat deze teams nu langzamerhand beter kunnen verdwijnen, dan wel hun werkwijze drastisch veranderen, zoals dat ook is gebeurd door het Rotterdamse team onder Ladee. Vooral in de beginfase zijn de abortusteams heel belangrijk geweest voor het verbreiden van de gedachte dat men zich als arts kan bezig houden met abortus

lege artis zonder daarmee aan aanzien te verliezen. Langzamerhand dreigen de teams nu echter een rem te worden voor de verdere ontwikkeling, tenzij zij maatregelen nemen zoals Ladee in dit blad uiteenzette. De remmende werking op de ontwikkeling die de teams uitoefenen kan als volgt worden omschreven:

Doordat de teams een aantal vrouwen afwijzen, ook al volharden zij in hun wens tot abortus, wordt de indruk gewekt dat het gaat om een aangelegenheid die door medici kan worden beoordeeld en beslist. Dat maakt ons artsen onzeker. Het is onduidelijk welke maatstaven er nu precies gelden, terwijl er toch maatstaven worden gebruikt. De neiging om ons aan het probleem te onttrekken wordt erdoor gewekt of onderhouden.

2. Doordat een speciale commissie moet worden gepasseerd alvorens men een kans maakt te worden geholpen houdt men onder de bevolking de gedachte levend dat het om een zeer twijfelachtige zaak gaat. Dat leidt ertoe dat veel vrouwen maar meteen naar de leek-aborteur gaan of zelf trachten abortus op te wekken.

3. De abortus-teams kunnen slechts een fractie van de vrouwen die abortus wensen verwerken.

4. De wetenschap dat men erg zijn best moet doen om door de teams te worden geholpen leidt ertoe dat de vrouwen zich daar krampachtig voor inspannen en overwegingen tegen abortus bij zichzelf weren. Dat maakt een evenwichtige besluitvorming door de vrouwen moeilijker dan het zou behoeven te zijn.

5. Artsen die de wens hebben dat zo weinig mogelijk vrouwen abortus verkrijgen kunnen de teams gebruiken als rem. Men bereikt daarmee dat slechts een klein deel van de hulpbehoevende vakkundig door artsen wordt geholpen. Ik zou enige krasse voorbeelden van deze handelwijze kunnen geven.

Uiteraard ben ik het eens met eenieder die stelt dat abortus lege artis zoveel mogelijk moet worden voorkomen. Maar ik meen ook dat, indien men voor de keus zou staan, men beter een abortus teveel kan verrichten dan een te weinig. Indien er een abortus teveel wordt verricht is dat te betreuren maar in het algemeen kan de vrouw spoedig opnieuw zwanger zijn indien zij dat wenst. De risico's die men vrouwen opdringt indien men hen weigert te helpen zijn veel groter. Er is veel sombere casuïstiek voorhanden over vrouwen die in wanhoop andere wegen zochten. Er is minstens evenveel sombere casuïstiek over de problemen rond het ongewenste kind.

Tenslotte: ik weet dat collega Mante zijn best doet in Utrecht. Ik doe dat in Rotterdam. Wij weten beiden dat er veel te weinig vrouwen kunnen worden geholpen. Wij hebben nog veel te doen voor er voldoende mogelijkheden zijn tot hulp bij ongewenste zwangerschap. Zodra die hulp er in voldoende mate is komt het eigenlijke werk pas dat naar mijn overtuiging bestaat uit het overbodig maken van mogelijkheden tot abortus provocatus.

Rotterdam, 1 september 1970

C. Th. van Schaik, zenuwarts

Het Centrum Katholieke Huwelijksbureaus houdt op vrijdag 2 en zaterdag 3 oktober a.s. studiedagen in het Palace Hotel te Noordwijk aan Zee.

Het onderwerp van deze studiedagen is: „preventie in het kader van de werkzaamheden van bureaus voor levens- en gezinsmoeilijkheden. Aanleiding tot deze keus en tevens verantwoording ervan vormt de verschijning van de nieuwe subsidieregeling voor bureaus voor levens- en gezinsvragen. Ofschoon preventieve geestelijke gezondheidszorg geen exclusieve aangelegenheid voor de bureaus voor levens- en gezinsvragen is, rechtvaardigt volgens het Centrum Katholieke Huwelijksbureaus de subsidieregeling de organisatie van studiedagen rond dit onderwerp vanuit dit Centrum. De studiedagen zijn erop gericht een kader aan te duiden waarin preventieve geestelijke gezondheidszorg zal kunnen plaatsvinden. Uitgangspunt daarbij vormt een nota over preventieve hulpverlening, welke door een Commissie van het Centrum is samengesteld.



Naar aanleiding van een desbetreffende vraag van de heer Dusarduijn hem nader te informeren met betrekking tot het speurwerkprogramma voor de toekomstige drinkwatervoorziening heeft Dr. Krusinga de Tweede Kamer der Staten-Generaal een brief toegezonden, waarin hij onder meer stelt dat de noodzaak van het wetenschappelijk onderzoek vooral klemmt aangezien door nieuwe vervuilingstoffen van de moderne industrieën nieuwe gezondheidsbeschermings-vraagstukken rijzen. Zowel de zware metalen als kwik en arsenicum als de insecten bestrijdingsmiddelen voegen nieuwe

gezondheidsbeschermings-vraagstukken aan de bestaande op het gebied van de drinkwatervoorziening toe. Voorraadvorming van oppervlaktewater zal zowel bovengronds als ondergronds noodzakelijk zijn. Uit een oogpunt van volksgezondheid en nationale economie moeten hoge eisen worden gesteld aan het afgeleverde produkt, aldus Dr. Kruisinga, die voorts van oordeel is dat ook vooral de toekomst-mogelijkheden voor de verschillende ontzoutingstechnieken moeten worden geëvalueerd.



Eind augustus overleed de Russische arts Dr. Zachari Frenkel. Hij was precies honderd jaar oud. Een van de 250 boeken die hij schreef over gezond zijn en blijven droeg de titel: „Hoe Uw leven te verlengen en op Uw oude dag actief te zijn”.



Door de Dienst voor Moederschapszorg en Kinderhygiëne in Gelderland werd, naar Amerikaans voorbeeld, waar deze methode bij miljoenen kinderen werd beproefd, een kaart ontworpen voor een eenvoudig onderzoek van de gezichtsscherpte bij kleuters. De richting van een op de kaart afgedrukt handje moet op 2½ meter afstand kunnen worden gezien (met één oog). Het kind geeft hier blijk van door de eigen hand in dezelfde richting te houden als de gedrukte hand op de kaart. De juiste werkwijze staat aan de achterzijde van de kaart.

Door deze eenvoudige screeningsmethode op amblyopie schijnt bij 3% van de kinderen een gestoorde visus gevonden te worden, die niet bekend was. Daar vroegtijdige behandeling verdere visusvermindering kan voorkomen, wordt door de gezamenlijke districtskinderartsen ook voor Zuid-Holland deze methode aanbevolen. Geïnteresseerden worden verzocht om zich in verbinding te stellen met de districtskinderartsen over de uitvoering. Voor Zuid-Holland zijn de benodigde kaarten te bestellen à f 0,05 bij de Federatieve Commissie voor de Kinderhygiëne, Koningskade 18 te Den Haag.



Het bestuur van de Stichting Artsen naar Ontwikkelingslanden is thans als volgt samengesteld J. Diepersloot voorzitter; F. A. C. M. Mol, vice-voorzitter; G. Dekker, secretaris/penningmeester; J. D. Vervoorn, 2e secretaris; Dr. H. Smits, 2e penningmeester; Dr. S. Gratama, Dr. F. H. J. Kortenhorst, G. S. van de Wegen, Prof. Dr. P. J. Zuidema, leden.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

Uitgever: Uitgeversmij. Kruij N.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259*, 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. Kruij N.V., Bussum.

Oplage: 16.600 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 of 12960; 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 Be-roepspensioenfonds en Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021