



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

„CURE” EN „CARE”

Veel is reeds geschreven over een dreigend artsentekort in Nederland. In Medisch Contact nr. 36 blz. 947 spreken twee bestuursleden van de Haagse huisartsenvereniging over een dreigende noodsituatie. Het lijkt dat ook de toename van het aantal specialisten (de laatste

dertig jaar is het aantal specialisten verdrievoudigd) enigszins teruggloopt.

In een rapport over de behoefte aan specialisten in Nederland, uitgaande van de toestand op 1 januari 1967 en uitgebracht door het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Utrecht, staat te lezen dat sinds 1962 hier en daar reeds moeilijkheden waren ontstaan omdat niet alle beschikbare assistentplaatsen konden worden bezet vanwege het te geringe aanbod van jonge artsen. Deze tendens heeft zich gedurende de afgelopen jaren voortgezet en het gevolg is dat het aantal inschrijvingen tot 1971 nauwelijks zal stijgen of zelfs iets zal terugglopen.

In de sector van de huisartsgeneeskunde evenwel blijkt de situatie toch moeilijker te liggen. Dat dit niet alleen in Nederland zo is, kwam duidelijk tot uiting op het congres van de World Medical Association (W.M.A.), zie M.C. nr. 37 blz. 971. Een belangrijk deel van dit congres was dan ook gewijd aan de toekomst van de huisarts. Gesteld werd dat de belangstelling van de medische studenten voor de huisartsgeneeskunde sterk terug loopt, hetgeen ook in Nederland, zij het in mindere mate, het geval is. Algemeen werd gepleit voor een post-graduate opleiding tot huisarts, variërend van twee tot vier jaar. Over de inhoud van deze opleiding werd niet of nauwelijks gesproken. In 1972 zal de W.M.A. hier aandacht aan besteden.

Een aantal landen, waaronder Duitsland, pleitte voor meer diagnostische mogelijkheden voor de huisarts zoals bijvoorbeeld door middel van de electrocardiografie. In vele andere landen waaronder Zweden en Denemarken ziet men meer heil in de groepspraktijk. In de ontwikkelingslanden ligt de problematiek weer anders, wat te verklaren is uit een ander morbiditeits

25e JAARGANG - No. 39 - 25 SEPTEMBER 1970

INHOUD

„Cure” en „care”	1017
Medische wetgeving	1019
Arts en Fiscus	1021
Medische verantwoordelijkheid en het militaire apparaat	1023
Begroting 1971 van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid	1024
De huisarts in Europees perspectief	1027
Cholera-epidemie in Midden-Oosten en Afrika	1029
Streven naar een abortuskliniek te Rotterdam	1030
Discussie over abortus provocatus	1031
Instituut voor gezondheidszorg aan Tilburgse hogeschool	1033
Leids beroep op Staten Generaal om „Wet-Veringa” te verwerpen	1035
Universitaire berichten	1036
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Besluiten der Algemene Vergadering ..	1037
<i>Van het Centraal Bestuur L.S.V.:</i>	
Convocatie ledenvergadering	1038
Jaarverslag 1969 van de penningmeester	1038
<i>Van de S.V.B.P.H.:</i>	
Kort verslag	1041
<i>Uit de afdelingen:</i>	
Communiqué over geluidshinder	1041
Voordrachten	1042
Personalia	1042
Brieven aan de redactie	1043
Varia	1043

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

Colofon op bladzijde 1044.

teitspatroon waardoor hier weer andere eisen worden gesteld aan de algemene arts. Kortom, overal veel wensen, veel plannen, veel problemen, maar de meeste congresgangers konden geen blijk geven van een duidelijke visie op de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde in hun land. Alleen Engeland en Israël vormden hierop een uitzondering. In Engeland is een ontwikkeling naar de wijkgezondheidszorg gaande, dat wil zeggen een samenwerkingsvorm van die functionarissen, die in die eerste lijn van de gezondheidszorg werken. In Israël daarentegen ziet men de algemene internist verdwijnen, zijn werk wordt voor een belangrijk deel overgenomen door sub-specialisten en computers. De huisarts zou hier moeten worden ingezet om zowel intra- als extramuraal te werken en hij behoort volledig in de staf van een regionaal ziekenhuis te worden opgenomen.

Vrijwel alle deelnemers waren het erover eens dat de huisarts in ieder geval in de eerste lijn moet blijven werken. De gezondheidszorg in de eerste lijn is een andere zorg dan die welke wij in het verleden kenden. Deze zorg kan niet meer beperkt blijven tot het bestrijden van ziekten, aangeboden door de patiënt. Immers gezondheid is niet alleen afwezigheid van ziekte, maar optimaal gezien: een toestand van geheel lichamelijk, geestelijk en sociaal welzijn.

Dr. P. Siderius drukte zich tijdens een hearing van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid op 13 november 1967 in het kader van de adviesaanvraag kostenproblematiek volksgezondheid als volgt uit: „Een gezond mens is een vitaal individu, dat opgewassen is tegen het eigentijdse leven, zowel fysiek, emotioneel als sociaal”.

Hearing Commissie Abortusvraagstuk

De Commissie Abortusvraagstuk brengt ter kennis van belanghebbende organisaties, dat de Commissie voornemens is op 19 oktober a.s. een aantal hearings te houden. De organisaties, die door de Commissie wensen te worden gehoord, worden verzocht zich te melden bij het secretariaat van de Commissie, mej. Mr. E. Zinner, Dr. Reijersstraat 10, Leidschendam.

Het is dan ook te verwachten, dat de positieve gezondheidszorg een steeds belangrijker plaats zal innemen in die eerste lijn. Integratie van curatieve, preventieve en positieve gezondheidszorg, waarbij de huisarts een onmisbare rol zal moeten vervullen, is dan noodzakelijk. Een multidisciplinaire benadering lijkt dan ook gewenst om deze integratie mogelijk te maken.

Het moment lijkt aangebroken, zowel binnen onze artsenorganisatie, als daarbuiten, om duidelijk aan te geven welke richting wij in Nederland willen ingaan: komt het accent te liggen op de „cure” of op de „care”? Een medisch student, reagerend op het gebrek aan belangstelling voor de huisartsgeneeskunde, formuleerde het op bovengenoemd congres aldus: „Geef ons een duidelijk inzicht in de plaats van de huisarts binnen de gezondheidszorg, bepaal zijn verantwoordelijkheden, richt het curriculum daarop in, en de belangstelling zal ongetwijfeld toenemen”.

B.



Belangrijke wijziging in het programma

De **zondagmorgenbijeenkomst** op 4 oktober te 11.30 uur zal in verband met de grote belangstelling worden gehouden in de **Kloosterkerk, Lange Voorhout 2**, in plaats van in de kapel van de Diaconesseninrichting „Bronovo”.

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

Reeds volgeboekt zijn de volgende programma-onderdelen:

Vrijdagmiddag 2 oktober te 14 uur - Bezoek aan het Mauritshuis;
Zaterdagmorgen 3 oktober te 19.30 uur - Rondrit door Den Haag;
Zaterdagmiddag 3 oktober te 13.00 uur - Kamermuziek in het kasteel Duivenvoorde; Hippisch programma; Tennis.

Voor de overige programma-onderdelen zijn nog voldoende plaatsen beschikbaar.

MEDISCHE WETGEVING

Door Mr. W. B. van der Mijn

Tijdens de 156ste Algemene Vergadering van de Maatschappij, zaterdag 12 september j.l. gehouden (zie Medisch Contact nr. 38 van 18 september j.l.) heeft de secretaris-jurist van de K.N.M.G., Mr. W. B. van der Mijn een inleiding gehouden over medische wetgeving, welke inleiding hieronder integraal wordt gereproduceerd.

In het eerder toegezonden memorandum zijn aan u, afgevaardigden ter Algemene Vergadering, gegevens verstrekt over de stand van werkzaamheden van de Staatscommissie, die zich bezig houdt met een herziening van de wetgeving betreffende de medische beroepsuitoefening. Voorts zijn u — en dit moest vertrouwelijk gebeuren — gegevens verstrekt over het nog niet gepubliceerde rapport van de ministeriële commissie, die zich heeft verdiept in het vraagstuk van de onbevoegde uitoefening van de geneeskunst. Tenslotte heb ik u in ditzelfde memorandum een beschouwing doen toekomen over de ontwikkeling van het paramedische beroep.

Het lijkt mij niet zinvol de korte tijd die mij op deze vergadering is toegemeten, te besteden aan een nadere toelichting, die gedeeltelijk een herhaling zou zijn. Liever wil ik u meenemen in een gedachtenontwikkeling over een tweetal vragen; te weten:

1. op welke gronden is een totale herziening van de medische wetgeving gewenst, zo al niet noodzakelijk?
2. hoever mag of moet de wetgever gaan bij het stellen van regelen betreffende de medische beroepsuitoefening?

Aan deze laatste vraag zal ik de meeste aandacht geven, omdat deze vraag een eigen oordeel van de beroepsbeoefenaren uitlokt. De eerste vraag is meer van feitelijke en juridische aard en biedt een goed uitgangspunt.

In de Algemene Vergadering van 7 mei 1966 heb ik al eens de gelegenheid gehad om in het kader van de bespreking van de Volksgezondheidsnota te betogen dat er belangrijke redenen zijn om diep na te denken over een herziening van de wetgeving betreffende medische beroepsuitoefening. In de eerste plaats kon worden genoemd dat de huidige wetgeving zeer onoverzichtelijk is, dat in de loop der tijden naast de nog steeds geldende wet van 1865 allerlei nieuwe wettelijke regelingen zijn ontstaan en dat een bundeling in één nieuwe wet aanbeveling zou verdienen. In de tweede plaats kon worden ge-

steld dat de laatste jaren allerlei vraagstukken in en buiten het parlement en binnen en buiten de kring der beroepsgenoten aan de orde kwamen, zoals het vraagstuk van de algemene bevoegdheid van de arts, zijn exclusieve bevoegdheid, de toelating tot het beroep, kortom nagenoeg hetzelfde rijtje vraagstukken als in het memorandum genoemd, zodat al om die reden een gemeenschappelijke bezinning van alle betrokken groeperingen gewenst kon worden geacht.

Bij de installatie van de Staatscommissie in december 1967 heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid in een meer filosofisch getinte beschouwing nog een tweetal andere redenen geformuleerd, namelijk het sedert 1865 gewijzigde patroon van de geneeskundige voorziening en voorts, de wijzigingen in het ziekte- en sterfepatroon en in de wijzigingen in de medische behandelingstechniek.

Hoezeer inderdaad het patroon van de geneeskundige voorziening in de laatste honderd jaar is gewijzigd, blijkt wel uit het feit dat in 1865 nog sprake was van één type arts, die door zijn universitaire vorming bevoegd en bekwaam werd geacht de heel-, genees- en verloskunde in volle omvang uit te oefenen, terwijl sedertdien talrijke specialismen zijn ontstaan en het aantal specialisten groter is geworden dan het aantal huisartsen. Ook het begrip „geneeskunst” heeft een ruimere inhoud gekregen, men denke aan de psychiatrie. Bovendien is op dit moment bijna 35% van de artsen niet eens meer werkzaam op curatief terrein, maar is werkzaam op het zich uitbreidende gebied van de sociale geneeskunde. Een wet, die niet getuigt van deze ontwikkeling welke heeft plaatsgevonden, mag terecht verouderd worden genoemd.

Ook op andere wijze blijkt dat het patroon van de geneeskundige voorziening is gewijzigd. Een groot deel van de medische arbeid geschiedt nu niet meer in de individuele spreekkamer, maar in ziekenhuizen en andere instellingen, waar de artsen in toenemende mate in stafverband en in teamverband werken. In het midden kan worden gelaten of ook deze ontwikkeling voor de wetgever reden kan zijn nieuwe regelingen te treffen. Het is in elk geval een aansporing om de bestaande wetgeving betreffende de medische beroepsuitoefening kritisch onder de loep te nemen.

Van zo mogelijk nog groter belang is dat op het terrein van de geneeskundige verzorging en zeker op het bredere terrein van de gezondheidszorg niet meer uitsluitend de arts werkzaam is. Andere groepen van deskundigen, met name op onderdelen van

het geneeskundig gebied, hebben zich aangediend en zullen zich in toenemende mate aandienen. Aan sommige van deze groepen kon en kan het recht worden verleend om op een onderdeel zelfstandig en onder eigen verantwoordelijkheid werkzaam te zijn, waarbij kan worden gedacht aan de tandarts, de farmaceut en de vroedvrouw en, al is dit nog een omstreden punt, wellicht ook aan de psycholoog.

Andere groepen daarentegen hebben dit recht onder beperkingen gekregen. In ons land is de figuur gecreëerd van het paramedische beroep, waarvan de beoefenaar altijd in een bepaalde relatie met de arts of tandarts werkzaam zal moeten zijn. In het memorandum ben ik uitvoerig ingegaan op de ontwikkeling van het paramedische beroep. Het is te verwachten dat meer en meer zowel bij de diagnose als bij de uitvoering van de behandeling gebruik zal worden gemaakt van de vaak meer technisch gerichte deskundigheid van de paramedische werkers. Een moderne wetgeving zal ruimte moeten geven aan nieuwe ontwikkelingen op dit gebied.

De andere door de staatssecretaris genoemde reden om een herziening en aanpassing van de medische wetgeving te overwegen, te weten het wijzigde ziekte- en sterftepatroon maar vooral de wijzigingen in de medische behandelings- en verplegingstechniek, heeft vooral het oog op de grote consequenties die in ethisch opzicht daaraan zijn verbonden. Als voorbeeld kan worden genoemd de mogelijkheid van orgaantransplantatie. Daardoor zijn allerlei vragen van ethische en juridische aard opgeroepen, die al in enkele landen tot een specifieke wetgeving hebben geleid, waarin voor de artsen stringente regelingen zijn gesteld. Ook in ons land wordt zoals bekend een transplantatiewet overwogen. Het antwoord op de eerste vraag, op welke gronden een herziening, een modernisering van de wetgeving betreffende de medische beroepsuitoefening gewenst is, mag geacht worden hiermede gegeven te zijn.

De andere vraag, hoever mag of moet de wetgever gaan bij het treffen van regelingen inzake de medische beroepsuitoefening, zal misschien bij u aanstonds de gedachte doen opkomen dat een dergelijke vraag nooit aan de hand van objectieve maatstaven kan worden beantwoord, maar dat het antwoord vaak zal worden bepaald door de politieke visie of maatschappij-visie, welke men heeft. Dit is natuurlijk voor een groot gedeelte waar, maar toch is het wel mogelijk om vanuit bepaalde uitgangspunten tot een beschouwing te komen, die velen zal aanspreken, ook al zijn de maatschappij-visies verschillend. Deze uitgangspunten kunnen zijn:

1. het beroep van medicus is een vrij beroep;
2. het beroep van medicus is een beschermd beroep.

Het beroep is vrij in die zin, dat niemand wordt gedwongen het beroep uit te oefenen en het is ook vrij in die zin dat ieder, mits de vereiste examens zijn afgelegd, dit beroep mag uitoefenen. Deze vrijheid is op zichzelf een goede reden om van wetge-

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

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

verszijde matiging te betrachten bij het stellen van regelen. Anderzijds is het beroep van medicus een beschermd beroep in die zin dat alleen iemand die de vereiste examens heeft afgelegd, het beroep mag uitoefenen. Deze exclusiviteit schept verplichtingen. Het algemeen belang en het belang van het individu dat de hulp van een medicus behoeft, eisen dat dit exclusieve beroep ook zo goed mogelijk wordt uitgeoefend. Deze eis betekent echter nog niet dat alleen de wetgever in staat zou zijn een zo goed mogelijke beroepsuitoefening te waarborgen.

Men kan stellen dat de artsen twee soorten rechten en verplichtingen hebben in verband met hun beroep. De ene vloeit voort uit de wet, de andere uit de medische ethiek en gedragsleer. De beroepsorganisaties der artsen hebben het altijd tot hun taak gerekend de deontologie uit te werken en te codificeren. Het bekende blauwe boekje van de Maatschappij bevat heel wat regelen die voor de artsen vaak evenzovele verplichtingen betekenen.

De beroepsbeoefenaren zelf hebben uiteraard de neiging de wettelijke beroepsverplichtingen zoveel mogelijk te beperken, omdat naar hun oordeel de eigen gedragsregels en het toezicht op de naleving daarvan voldoende waarborg bieden. De overheid daarentegen zal vaak de neiging hebben de beroepsplichten van de artsen meer en meer wettelijk vast te leggen. Hiervoor kunnen verschillende redenen zijn, het algemeen belang, de wens tot positieve ordening van de uitoefening der geneeskunst, soms wellicht een zeker wantrouwen.

Tot dusverre heeft de overheid het in ons land niet nodig geoordeeld veel beroepsplichten van de artsen wettelijk vast te leggen. De wet van 1865 en de andere wettelijke regelingen zijn in dit opzicht zeer summier. Dat het echter ook anders kan, bewijst de Belgische wet geneeskunst van 1967. Aan de totstandkoming van deze wet zijn, zoals u zich allen nog zult herinneren, tijden van grote spanningen tussen de overheid en de artsen voorafgegaan. Het gevolg daarvan is onder meer geweest dat in deze Belgische wet, die niet met de volle instemming van de artsen het Staatsblad heeft gehaald, regelingen zijn opgenomen die betrekking hebben op de verplichting wachtdiensten te organiseren en op het verbod een eenmaal ingezette behandeling van een patiënt te onderbreken, tenzij de arts ervoor

zorgt dat een collega de behandeling op zich neemt. Beide regelingen gelden ook in tijden van staking. Het komt mij voor dat er voor wat ons land betreft nog geen behoefte bestaat voor de wetgever om op dit punt regelend op te treden. Maar men zal in de toekomst de wetgever ook alleen dan ervan kunnen afhouden, indien de beroepsgenoten zelf en de beroepsorganisatie hun verantwoordelijkheid in deze verstaan.

Dit zal inderdaad de grote lijn moeten zijn bij de in voorbereiding zijnde herziening van de medische wetgeving. De wetgever laat aan de beroepsgenoten over wat zij zelf verantwoord kunnen regelen. Van de andere kant zullen de medische beroepsbeoefen-

naren niet altijd bezwaar behoeven te maken tegen het in de wet opnemen van een beroepsplicht, indien althans daarmee een zo doelmatig mogelijke gezondheidszorg wordt nagestreefd. Om een gedachte over te nemen van de Belgische auteur Cobbaut, aan wie ik enkele gegevens ontleende, de wet zal ook een instrument moeten scheppen om de geneeskunde aan zijn sociaal doel te doen beantwoorden en te integreren in de maatschappij.

Het is een gelukkig feit dat in ons land binnen de Staatscommissie, waarin overheid en beroepsorganisaties zijn vertegenwoordigd, over deze aspecten kan worden gesproken met open oor voor elkaars argumenten en met wederzijds vertrouwen.

ARTS EN FISCUS

Wijzigingen in de Inkomstenbelasting (II)

Door Mr. L. Wolfsbergen

In het vorige artikel werd aandacht geschonken aan de zelfstandigenaftrek en de eigen woning. In deze slotbeschouwing komen enkele andere wijzigingen aan de orde, welke vóórkomen in het eind augustus bij de Tweede Kamer ingediende Wetsontwerp tot wijziging van de inkomsten- en loonbelasting, waarbij wederom een voorbehoud moet worden gemaakt ten aanzien van mogelijkerwijs door de Tweede Kamer aan te brengen veranderingen in de Regeringsvoorstellen of verwerping door het Parlement.

Aftrek werkende gehuwde vrouw

De bestaande belastingfaciliteit ten aanzien van de arbeidsinkomsten van de werkende gehuwde vrouw, die niet in de onderneming van haar man medewerkt, welke inkomsten fiscaal aan de man worden toegerekend en bij hem met inkomstenbelasting worden getroffen, komt in grote lijnen neer op het volgende. De faciliteit geldt voor: de winst uit een door de echtgenote feitelijk gedreven onderneming; de zuivere inkomsten uit een door de echtgenote tegenwoordig vervulde dienstbetrekking (de faciliteit geldt niet voor bijvoorbeeld pensioen van de echtgenote); andere zuivere inkomsten uit door de echtgenote verrichte arbeid, met uitzondering van de voordelen uit onderverhuring. De faciliteit bestaat hierin dat voor de toepassing van de belastingtabel het belastbaar inkomen van de man wordt verminderd met één derde van de arbeidsinkomsten van de gehuwde vrouw, doch met ten hoogste f 2.220,—. De vermindering bedraagt tenminste f 555,—, doch niet meer dan die arbeidsinkomsten. (Deze cijfers gelden voor het jaar 1970; daarvoor gold respectievelijk f 2.000,— en f 500,—.)

Volgens het regeringsvoorstel komt er geen wijziging in de categorieën arbeidsinkomsten waarop de faciliteit van toepassing is (behalve een in casu niet belangrijke verandering). Wat de vermindering van het belastbaar inkomen van de man betreft, houdt het voorstel in een aftrek van de eerste f 1.000,— arbeidsinkomsten van de vrouw, vermeerderd met 20% van haar daarboven uitgaande arbeidsinkomsten, met dien verstande dat de aftrek niet meer bedraagt dan f 4.000,—. Het effect van dit voorstel laat zich uit de navolgende tabel duidelijk aflezen:

Arbeidsinkomsten gehuwde vrouw	Aftrek	
	1970	Voorstel
f 500,—	f 500,—	f 500,—
„ 1.000,—	„ 555,—	„ 1.000,—
„ 1.500,—	„ 555,—	„ 1.100,—
„ 3.000,—	„ 1.000,—	„ 1.400,—
„ 4.500,—	„ 1.500,—	„ 1.700,—
„ 6.660,—	„ 2.220,—	„ 2.232,—
„ 10.000,—	„ 2.220,—	„ 2.800,—
„ 16.000,—	„ 2.220,—	„ 4.000,—
Méer dan f 16.000,—	„ 2.220,—	„ 4.000,—

Het regeringsvoorstel houdt een verbetering in van de fiscale behandeling van de arbeidsinkomsten van de vrouw, vooral voor de lagere inkomsten en voor de inkomsten tussen f 6.660,— en f 16.000,—. Desondanks zullen velen het betreuren dat niet een principiële andere behandeling uit de bus is gekomen, zoals bijvoorbeeld: ieder van de echtelieden krijgt een afzonderlijke aanslag; afzonderlijke aanslagen met samenhangende belasting-

heffing, waarbij ook rekening wordt gehouden met de invloed van het huwelijk op de draagkracht; een aftrek van de werkelijke extra kosten, zoals die van meer huishoudelijke hulp. In de door de staatssecretaris van Financiën in begin 1970 aan de Tweede Kamer gezonden discussienota over „De fiscale positie van de werkende gehuwde vrouw” zijn de argumenten uiteengezet op grond waarvan is gekozen voor een arbitraire aftrek, zodat het huidige voorstel voor ingewijden geen verrassing is. De regering heeft bij de arbitraire aftrek de voorkeur gegeven aan een aftrek gerelateerd aan het arbeidsinkomen in plaats van aan de arbeidsduur van de vrouw.

Ten aanzien van de *in de onderneming van haar man* medewerkende echtgenote kent men ongetwijfeld de huidige regeling: ingeval het — mede naar plaatselijke omstandigheden beoordeeld — gebruikelijk is dat de vrouw geregeld en in belangrijke mate medewerkt, wordt de beloning voor de vrouw gesteld op f 2.499,— (vóór 1970: f 2.250,—), tenzij blijkt dat een redelijke beloning méér of minder bedraagt. Bij een forfaitaire aftrek van f 2.499,— komt derhalve eenderde hiervan of f 833,— op het belastbaar inkomen van de man in mindering. Het is buiten kijf dat de medewerkende artsenvrouw in principe voor deze faciliteit in aanmerking komt.

Het regeringsvoorstel houdt een koppeling van het arbeidsinkomen van de vrouw aan de fiscale winst van de onderneming van haar man in, en wel aldus:

Het arbeidsinkomen van de vrouw wordt gesteld op 35% van de winst, indien zij volle werkdagen of tenminste 2000 uren per jaar voor de onderneming werkzaam is, met een minimumaftrek van f 1000,—.

Het arbeidsinkomen van de vrouw wordt gesteld op 22½% van de winst, indien zij halve dagen of tenminste 1000 uren per jaar voor de onderneming werkzaam is, met een minimumaftrek van f 1000,—.

Ingeval de vrouw minder dan halve dagen, doch meer dan in onbetekende mate voor de onderneming werkzaam is, bedraagt de aftrek een vast bedrag van f 1000,—.

Ten aanzien van de *in de onderneming medewerkende echtgenote* heeft de regering gekozen voor een relatering van de aftrek aan de arbeidsduur van de vrouw. De aftrek wordt op dezelfde wijze bepaald als bij de niet in de onderneming van haar man medewerkende vrouw, dat wil zeggen op f 1000,— plus 20% van haar daarboven uitgaande arbeidsin-

komsten met een maximumaftrek van f 4000,—. Ter illustratie een voorbeeld van een artsenvrouw die halve werkdagen of tenminste 1000 uren per jaar medewerkt in de praktijk van haar man bij de nieuwe regeling:

Fiscale winst van de praktijk	22½ daarvan = arbeidsbeloning vrouw	Aftrek f 1.000,— + 20% van het meerdere
f 40.000,—	f 9.000,—	f 1.000,— + f 1.600,— = f 2.600,—
„ 60.000,—	„ 13.500,—	„ 1.000,— + „ 1.600,— = „ 3.500,—
„ 71.111,—	„ 16.000,—	„ 1.000,— + „ 3.000,— = „ 4.000,—
boven	méér dan	het maximum van f 4.000,—
f 71.111,—	f 16.000,—	

N.B. Vergelijking met de situatie in 1970 is niet mogelijk, daar zulks afhangt van de waardering op „uurtarief” van de werkzaamheden van de vrouw.

Voor de artsenvrouw die minder dan halve dagen doch meer dan in onbetekende mate medewerkt (waarschijnlijk het gros van de artsenvrouwen), komt de aftrek uit op f 1000,—. Dit is een verbetering voor haar, die vroeger onder het forfait van eenderde x f 2.499,— vielen. Voor andere medewerkende artsenvrouwen hangt de vraag of de nieuwe regeling een verbetering of een verslechtering inhoudt eveneens af van de waardering op „uurtarief” van de werkzaamheden van de vrouw.

Opgemerkt zij dat de regering om budgettaire redenen voorstelt voor 1971 de minimumaftrek te stellen op f 700,— in plaats van op f 1000,—.

Onze conclusie is dat in toenemende mate voor artsenvrouwen de minimumaftrek zal gaan gelden; slechts in de situatie dat een artsenvrouw halve werkdagen of tenminste 1000 uren medewerkt, hetgeen door haar (of haar man) zal moeten worden aangetoond zo de fiscus daarom vraagt, zal de aftrek boven het minimum uit kunnen gaan.

Buitengewone lasten

Ook op het stuk van de buitengewone lasten komen er veranderingen. Van de drie categorieën buitengewone lasten, te weten uitgaven tot voorziening in het levensonderhoud, uitgaven voor studie of beroepsopleiding en uitgaven terzake van ziekte etc. en overlijden, blijven de eerste twee ongewijzigd. De omvang van de ziektekosten wordt beperkt, doordat met name extra uitgaven voor dieet, voor reizen om gezondheidsredenen, voor reizen in verband met ziekenbezoek en kraamvisite en de voor die gelegenheid gedane uitgaven voor bloemen, fruit en andere attenties niet meer tot de ziektekosten worden gerekend. Volgens de voorgestelde nieuwe wettekst worden „als uitgaven ter zake van ziekte, invaliditeit

Maatschappij-agenda 1970

- 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

en bevalling uitsluitend aangemerkt de daarmede verband houdende: a. uitgaven voor genees-, heelen verloskundige hulp, met inbegrip van farmaceutische en andere hulp- en kunstmiddelen en vervoer; b. uitgaven voor extra gezinshulp".

Vervallen gaat de algemene grens die de drie categorieën thans samen moeten overscheiden, wil van aftrek sprake zijn. Elke categorie krijgt volgens het ontwerp zijn eigen grens, waarbij een belangrijke wijziging is dat slechts aftrekbaar zal zijn het gedeelte voorzover boven de betreffende grens uitgaande. De nieuwe grenzen voor aftrekbaarheid worden: bij kosten van levensonderhoud, een bedrag van f 200,— (of — zo dit minder is — 1% van het onzuiver inkomen); bij kosten van studie of beroepsopleiding, een bedrag van f 200,— (of — zo dit minder is — 1% van het onzuiver inkomen); bij kosten van ziekte etc. en van overlijden, een bedrag van f 2000,— (of — zo dit minder is — 10% van het onzuiver inkomen).

Met een voorbeeld mogen wij een en ander toelichten. Stel, iemand heeft de volgende buitengewone lasten: ondersteuning ouders f 2.400,—; studiekosten van zoon, in de loop van het jaar 27 jaar geworden (dus niet voor kinderaftrek in aanmerking komende) f 1000,—; kosten van ziekte etc. f 1.450,—. Zijn onzuiver inkomen (dat is vóór aftrek van persoonlijke verplichtingen en giften) bedraagt in geval A f 60.000,— en in geval B f 120.000,—, terwijl hij voor drie kinderen kinderaftrek geniet.

	Huidige situatie	Nieuwe situatie
kosten		
levensonderhoud	f 2.400,—	f 2.400,—
af:	„ 200,—	„ 200,—
		f 2.200,—
studiekosten	„ 1.000,—	f 1.000,—
af:	„ 200,—	„ 200,—
		„ 800,—
ziektekosten	f 1.450,—	f 1.450,—
af: (max.) „ 750,—	„ 750,—	„ 1.450,—
	„ 700,—	nihil
	f 4.100,—	f 3.000,—

Geval A; Onzuiver inkomen f 60.000,—. Huidige situatie: de grens voor de buitengewone lastenaftrek bedraagt 4% minus 1/2% (i.v.m. de drie kinderen) van f 60.000,— ofwel f 2.100,—. De f 4.100,— komen volledig in aftrek. Nieuwe situatie: aftrekbaar is f 3000,—.

Geval B; Onzuiver inkomen f 120.000,—. Huidige situatie: de grens bedraagt 3 1/2% van f 120.000,— ofwel f 4.200,—. De f 4.100,— komen niet in aftrek. Nieuwe situatie: aftrekbaar is f 3.000,—.

Het hangt sterk van de persoonlijke omstandigheden en de categorie van buitengewone lasten af of de nieuwe regeling gunstiger zal werken dan de

thans bestaande. In het algemeen kan men zeggen dat de nieuwe regeling voor de lagere inkomens (zeg beneden f 20.000,—) met alleen ziektekosten ongunstiger zal uitpakken. Voor de hoge inkomens zal de toekomst door het vervallen van de algemene grens voor de drie categorieën tezamen er gunstiger uit komen te zien. Bovendien treedt een minder schrijnende tegenstelling op tussen hen die thans nèt niet en hen die thans nèt wél de grens voor aftrek overschrijden, doordat de aftrek beperkt gaat worden tot het excedent boven de verschillende grenzen; deze verandering juichen wij toe.

Enige andere wijzigingen

Volstaan wordt met de volgende korte notities. Ten aanzien van de opbrengst uit dienstbetrekking en/of andere opbrengst uit arbeid:

De 5%-regeling voor de kosten van verwerving wordt een 4%-regeling met een minimum van f 200,— en een maximum van f 800,—. Aftrek van een hoger bedrag aan kosten is mogelijk, mits deze kosten worden aangetoond.

Verhoging voor het reiskostenforfait voor afstanden boven 10 km of buiten bepaalde woongebieden, en vereenvoudiging van de regeling.

Ten aanzien van de inkomsten uit rentespaarbrieven vervalt de faciliteit van het bijzonder tarief bij inkomsten uit rentespaarbrieven, welke na 1-9-1970 zijn verkregen. Terwille van een fiscaal voordeel behoeven rentespaarbrieven derhalve niet meer te worden gekocht.

Medische verantwoordelijkheid en het militaire apparaat

De Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie houdt zaterdag 17 oktober een studiedag over het onderwerp „Medische Verantwoordelijkheid en het Militaire Apparaat” in het Wiskundig Instituut van de Universiteit van Amsterdam, Roeterstraat 15.

De bedoeling van deze studiedag is tot een algemene discussie te komen aangaande de problematiek, die in bovengenoemd onderwerp ligt besloten. Als algemene inleiding zal Prof. Dr. H. J. Heering, hoogleraar in de ethiek te Leiden, een referaat houden. Daarna zullen o.a. de volgende artsen een kort co-referaat houden: W. G. J. Iemhoff, assistent-interne te Rotterdam; Dr. J. H. van Meurs, psychiater te Beverwijk; C. J. A. Somers, lt.-kol.-arts, zenuwarts en M. A. M. Willems, arts te Amsterdam. In de middag zal dan de algemene discussie gehouden worden onder leiding van Drs. L. Wecke, directeur van het Studiecentrum voor Vredesvraagstukken van de Universiteit te Nijmegen.

De bijeenkomst, waarop alle belangstellenden welkom zijn, begint te 10.30 uur. Voor deelneming kan men zich telefonisch of schriftelijk wenden tot J. W. Schachtschabel, Jaagpad t/o paal 7, Amsterdam, tel.: 174893.

Begroting 1971 van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid

De begroting 1971 van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid geeft voor de gehele dienst een totaal aan van bijna 2,5 miljard gulden, meer exact: f 2.492.411.000,—. Dit is een stijging van rond 291 miljoen ten opzichte van de begroting-1970 die een totaal van f 2.201.217.000,— aanwees. De stijging wordt voor een belangrijk deel veroorzaakt door de tot 1 juli 1970 plaatsgehad hebbende loon- en salarismaatregelen, waarmee rond 105 miljoen was gemoeid. Van het overige vergt onder andere de sociale verzekering 54 miljoen meer, vooral als gevolg van hogere ramingen voor de ziekenfondsverzekering voor bejaarden en de vrijwillige ziekenfondsverzekering benevens de kinderbijslagen ten behoeve van kleine zelfstandigen.

Voor de sector volksgezondheid kon een bedrag van ruim 20 miljoen meer worden uitgetrokken. De minister noemt het verheugend, dat door deze hogere raming een verdere intensivering van de activiteiten in deze sector mogelijk wordt. De minister noemt onder meer de hogere ramingen op het gebied van het wetenschappelijk onderzoek, de efficiency-bevordering en het ontwikkelingswerk als mede ten behoeve van de pensioenverbetering voor het personeel van gesubsidieerde instellingen van volksgezondheid. Vermelding verdienen voorts de hogere bedragen voor het Rijksinstituut voor de volksgezondheid, voor de aankoop van sera en vaccins en voor de plaatselijke gezondheidszorgverenigingen wegens hun intensievere extramurale zorg voor bejaarden.

De minister heeft het vertrouwen, dat in de komende jaren een volksverzekering tegen arbeidsongeschiktheid haar beslag zal krijgen. Daarnaast acht de minister eerlang wijzigingen noodzakelijk in de wettelijk geregelde ziektekostenverzekering. De bestaande verdeling van lasten met name voor degenen die vallen onder de bejaardenverzekering en de vrijwillige ziekenfondsverzekering noemt de minister onbevredigend. De voorzieningen ingevolge de algemene wet bijzondere ziektekosten dienen te worden uitgebouwd met die van extra-murale zorg.

Schaduwzijden leefmilieu

De welvaartsontwikkeling kent ook haar kwalijke zijden. De sterke uitbreiding van de groei der productie met alle voordelen daarvan voor onze welvaart, kan een bijzonder ongunstige invloed hebben op het leefmilieu. Luchtverontreiniging, verontreiniging van zee, rivier en meer, lawaai en stank zijn even zovele onderwerpen die de laatste jaren als negatieve posten van de welvaartsontwikkeling wor-

den ervaren. Deze minder gunstige nevenverschijnselen van onze welvaart zullen steeds meer de aandacht opeisen, zegt de minister in de toelichting op de begroting van zijn departement.

Bijzondere zorg is naar de mening van de minister en de staatssecretaris met name vereist als het gaat om mogelijke nadelige effecten op de gezondheidstoestand van de bevolking — zowel psychisch als lichamelijk — tengevolge van wijzigingen in het leefmilieu. Helaas laat de schade die de economische groei toebrengt aan het leefmilieu zich nog onvoldoende kwantificeren. In de gegeven omstandigheden moet naar het oordeel van de bewindslieden in elk geval het streven gericht zijn op een minimale belasting van het leefmilieu. Dit betekent in beginsel niet alleen een beperken van elke vorm van verontreiniging maar tevens een voorkómen waar dit maar enigszins mogelijk is. Het lijkt onvermijdelijk dat daartoe soms nieuwe wegen ingeslagen zullen moeten worden.

Met dit alles is in het bijzonder de volksgezondheid gemoeid. De minister en de staatssecretaris achten een zekere mate van verontrusting over de invloed van het leefmilieu op de gezondheidstoestand van de bevolking heel wel verklaarbaar. Er zijn immers aanwijzingen dat een voortschrijdende verslechtering van dat leefmilieu direct of indirect de gezondheid in ongunstige zin zal gaan beïnvloeden. Het aanwijzen van de directe oorzaken is voorshands geen eenvoudige zaak. Daarvoor zal men meer moeten weten over de uiterst complexe veranderingen in het milieu en over de gezondheidstoestand van de bevolking. De minister en de staatssecretaris stimuleren op velerlei wijze het hiervoor benodigde onderzoek. Dit vergt nauw samenspel tussen hen die zich bezig houden met vergelijkende ziektekunde (epidemiologie) en degenen die studie maken over milieuveranderingen. Meer gegevens voor een wetenschappelijk verantwoord beleid op het punt van de milieubeheersing in die zin, dat ongewenste invloeden op de gezondheid van de mens worden voorkomen, zijn noodzakelijk.

Exploratief beleid

Ten aanzien van het wetenschapsbeleid wordt in de memorie van toelichting onder meer opgemerkt, dat de ontwikkeling van de natuurwetenschappen, de medische wetenschappen en de technologie benevens de problemen van de ontwikkeling van de samenleving met de latente bedreiging van de kwaliteit van mens en milieu om een exploratief gezondheidsbeleid vragen. Deze zaak heeft aspecten

die verschillende ministeries aangaan. De staatssecretaris heeft gepleit voor het ter hand nemen van een nationaal onderzoekprogramma in de zeventiger jaren, gericht op de ter zake dienende aspecten van de kwaliteiten van het menselijk leven én de kwaliteit van het milieu in de naaste toekomst alsmede op langere termijn.

Op het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid wordt thans gewerkt aan wettelijke regelingen ter bescherming van grondwater en ter voorkoming van verontreiniging van de bodem. Een voorontwerp van wet op de bodemverontreiniging zal het komende parlementaire jaar aan de betrokken adviescolleges worden voorgelegd. De staatssecretaris is sinds kort in het bezit van een basisplan voor de vuilverwerking in Nederland. Dit plan vormt een bijdrage voor het door hem in te dienen voorontwerp van wet op de bodemverontreiniging.

Geluidshinder

De staatssecretaris heeft een opmerkelijk groot aantal reacties ontvangen op zijn dringende oproep tot de gemeentebesturen in maart van dit jaar om aan de bestrijding van onnodige geluidshinder alle medewerking te verlenen. De reacties van de colleges geven op verheugende wijze blijk van de ernst, waarmee dit probleem thans door de gemeentebesturen wordt beschouwd. De Tweede Kamer heeft intussen een voorstel ontvangen tot aanvulling van de Luchtvaartwet met als centrale punt de bestrijding van de geluidshinder door vliegtuigen.

De staatssecretaris heeft het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid opgedragen een aanvullend onderzoek te verrichten op de aanwezigheid van ziekteverwekkende kiemen en giftige stoffen, waaronder insecticiden en zware metalen, in het zeewater voor verschillende plaatsen aan de Nederlandse kust en in de Nederlandse binnenwateren.

Ziekenhuizen

De vraag naar verpleging en verzorging in ziekenhuizen en inrichtingen (de sector van de intra-murale zorg) zal de komende jaren ongetwijfeld voortdurend stijgen. Daartoe dragen factoren bij als: de groei van de bevolking, de sterkere vergrijzing, de welvaartsziekten als gevolg van ongezonde leefgewoonten, de welvaartsgroei, de grotere verscheidenheid in voorzieningen, de uitbreiding van het sociale verzekeringsstelsel en de toepassing van nieuwe verworvenheden.

De inrichtingen voor de gezondheidszorg — in het bijzonder het ziekenhuis — vormen bij uitstek de centra, waarin de medisch-wetenschappelijke vooruitgang en de medisch-technische ontwikkeling tot uiting komen. De minister en de staatssecretaris achten het noodzakelijk juist op dit terrein bij te blijven met de dynamische — bijna explosieve — ontwikkelingen. Ook ten aanzien van de belangrijke taak in de sfeer van de verzorging en verpleging van patiënten dienen de ontwikkelingen op de voet te worden gevolgd mede met het oog op de eisen

die daaraan worden gesteld bij een snel groeiende welvaart. De bewindslieden willen vooral de totstandkoming stimuleren van zogenaamde gesloten circuits: een goed sluitend systeem van gezondheidsvoorzieningen op brede schaal, bij voorkeur per regio, opdat de patiënt een optimale en integrale zorg kan worden geboden.

Bij de planning van ziekenhuizen en inrichtingen op langere termijn kan een integratie van alle kwalitatieve en kwantitatieve aspecten worden bewerkstelligd. Basis daarbij is het op te stellen landelijk ziekenhuisplan, zoals genoemd in de Wet ziekenhuisvoorzieningen, die in behandeling is bij het parlement.

Sterfte

Ziekte, invaliditeit en dood tengevolge van ongevallen vormen in toenemende mate een probleem van betekenis voor de volksgezondheid. De stijging is niet alleen relatief sterker — namelijk door het terugdringen van andere ziekten — maar ook absoluut zoals blijkt uit de cijfers over sterfte door enkele belangrijke doodsoorzaken in de toelichting op de begroting. Letsel en dood bij ongevallen in het verkeer nemen hierbij een grote plaats in. Opvallend is het gestegen cijfer van sterfte door verkeersongevallen onder jonge mannen van 15 tot 24 jaar, te wijten aan het aantal ongelukken met bromfietsen. Dit cijfer steeg van 230 per 100.000 in deze leeftijdsgroep in 1959 tot 542 in 1968. Voor het volksgezondheidsbeleid op dit punt zijn nauwkeurige basisgegevens over verkeersongevallen dringend noodzakelijk. Een integrale registratie van alle verkeersongevallen heeft hoge prioriteit.

De aandacht trekt ook de stijging van het aantal sterfgevallen door arteriosclerotische en degeneratieve hartziekte in de leeftijdsgroep tussen 25 en 64 jaar met ruim 50% en bij oudere leeftijd met circa 35%, vooral bij mannen. Op het gebied van de bestrijding van hart- en vaatziekten vinden diverse wetenschappelijke onderzoeken plaats, deels in internationaal verband. Aan de voorlichting omtrent leef- en eetgewoonten wordt al veel aandacht besteed.

In de loop van de laatste jaren is het aantal geslachtszieke patiënten vrij sterk toegenomen. De staatssecretaris heeft hiervoor onlangs de aandacht gevraagd van de instellingen op het terrein van de gezondheidszorg. Hij heeft voorstellen gedaan en aanwijzingen gegeven om de bestrijding van geslachtsziekten beter te organiseren. De staatssecretaris acht het vooral van belang, dat door voorlichting een meer op preventie gerichte houding bij de Nederlandse bevolking wordt bevorderd. Dit onderwerp zal met name een plaats moeten krijgen in het geheel van de seksuele voorlichting aan de jeugd. In overleg met de staatssecretaris van onderwijs zal worden bezien op welke wijze bij de seksuele voorlichting in het onderwijs ook aan dit aspect aandacht kan worden besteed.

De verwachting omtrent de gemiddelde levensduur voor mannen is in de periode 1961-1965 verge-

leken met de vijf jaren daarvoor gedaald van 71,4 naar 71,1. Voor vrouwen steeg die levensduur daarentegen van 74,8 naar 75,9 jaar. Aldus is de afstand tussen mannen en vrouwen met 1 jaar vergroot in de periode 1961 tot 1965 vergeleken met het tijdsbestek 1956-1960. De teruggang voor de mannen is mede te wijten aan het feit, dat zich bij hen de z.g. welvaartsziekten het sterkst laten gelden. Hierbij spelen zowel leefgewoonten als milieu-invloeden een rol. Het milieu waarin de mens leeft zal in de komende jaren van toenemende betekenis worden voor zijn gezondheid, stellen de minister en de staatssecretaris.

Druggebruik

De opzet van de drugbestrijding in ons land vereist een beter inzicht in de onderscheidene aspecten van het gebruik van verdovende middelen. Hiertoe zullen deskundigen en universitaire instellingen nog dit jaar beginnen met een uitgebreid wetenschappelijk onderzoek naar twee kanten: enerzijds op sociologisch, psychologisch en klinisch terrein anderzijds op chemisch, biochemisch en farmacologisch gebied. Dit met rijkssteun uitgevoerd onderzoek wordt gecoördineerd door aan de ene zijde de geneeskundige hoofdinspectie voor de geestelijke volksgezondheid van het staatstoezicht op de volksgezondheid en aan de andere zijde het rijksinstituut voor de volksgezondheid. Voor wat betreft de mogelijkheid van opvang en behandeling van druggebruikers op dit moment deelt de minister mee, dat de totstandkoming van gespecialiseerde klinieken en poliklinische instellingen voor verslaafden zal worden gesteund. Voorts wordt het programma uitgevoerd ter bestrijding van het gebruik van de verdovende middelen, zoals dit is aangekondigd in het schrijven dat de staatssecretaris begin van dit jaar aan de Tweede Kamer heeft toegezonden.

Tandartsen

Voor een gepaste tandheelkundige verzorging van de bevolking is het thans beschikbare bestand aan tandartsen niet toereikend. Er is echter uitzicht op verbetering, doordat vier van de vijf sub-faculteiten tandheelkunde weldra afgestudeerde tandartsen gaan afleveren. Per 1 januari 1969 telde ons land 3.243 tandartsen, van wie er ongeveer 3000 als zodanig werkzaam waren. Met vrij grote zekerheid kan worden aangenomen dat tot 1976 het aantal afgestu-

Rectificatie

In het artikel „De vertraging van de mazelenvaccinatie” van G. D. de Jong, arts te Leiden, gepubliceerd in Medisch Contact nr. 38 van 18 september 1970, is op bladzijde 1011, tweede kolom, een woord weggefallen. De betreffende zin moet aldus worden gelezen: „Het is immers dringend gewenst dit te geven aan vrouwen die een zwangerschap tegemoet gaan, *zonder* rode hond te hebben doorgemaakt.

Red. M.C.

**Abonnementen,
welke niet één maand van te voren
zijn opgezegd,
worden geacht voor dezelfde termijn
verlengd te zijn**

deerden om en nabij de 1.350 zal bedragen en in de volgende zes jaren nog eens 1.800. Rekening houdend met verlies door veroudering achten de minister en de staatssecretaris een raming mogelijk van ongeveer 5000 tandartsen in 1982. Dit bij een bevolking van 15 miljoen één tandarts op de 3000 inwoners. Inmiddels heeft de staatssecretaris de Gezondheidsraad verzocht de tandartsbehoefte op korte en op lange termijn in studie te nemen.

Internationale zaken

De ontwikkelingen buiten onze landsgrenzen zijn van toenemende invloed op het beleid voor het terrein van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Onderdelen van het beleid moeten wijzigingen ondergaan wegens verplichtingen in het kader van de Benelux Unie en de E.E.G.; met name geldt dit voor de warenwetgeving, de veterinaire wetgeving, de wetgeving inzake de geneesmiddelenvoorziening alsmede de arbeids- en veiligheidswetgeving.

Die invloed geldt evenzeer voor het wijde terrein van de milieu- en psychohygiëne. Immers, de veroorzakers van lucht- en waterverontreiniging storen zich niet aan landsgrenzen. De beste nationale maatregelen ter voorkoming en bestrijding van waterverontreiniging zullen eerst dan het gewenste resultaat opleveren, indien ze worden opgenomen in internationale regelingen. Ook voor de grensoverschrijdende luchtverontreiniging is dit het geval. Daarnaast bestaat het gevaar van concurrentievervalsing het nationale bedrijfsleven nieuwe verplichtingen krijgt opgelegd, terwijl concurrerende landen van dezelfde eisen zouden afzien.

Internationale samenwerking en verdeling van taken op dit punt is vereist en met name ten aanzien van het wetenschappelijk onderzoek, dat noodzakelijk is voor het inzicht en de feitelijke constatering als basis voor overheidsmaatregelen. Aandacht verdient vooral de mogelijke integratie van meetnetten als het gaat om de metingen van de te bestrijden verschijnselen. Die integratie is ook gewenst bij de computertechniek ter verwerking van de resultaten van de meting. Minister Roolvink acht dit niet alleen in het belang van de volksgezondheid, maar ook van de industrie. Naarmate kernenergie-centrales een grotere plaats gaan innemen in het geheel van de Europese energievoorziening krijgt deze zaak meer betekenis. Hier liggen niet alleen vragen van technische veiligheid, maar ook van bodem- en water-verontreiniging.

De huisarts in Europees perspectief

In het septembernummer van „huisarts en wetenschap”, maandblad van het Nederlands Huisartsen Genootschap, geeft Prof. Dr. F. J. A. Huygen verslag van de onlangs te Noordwijk aan Zee gehouden „WHO-conference on the Role of the Primary Physician in the Health Services”. Met betrekking tot een op die conferentie gehouden voordracht van de Pool Kleczkowski over de behoeften aan en de vraag naar primaire medische zorg rapporteert Prof. Huygen daarin het volgende:

„Hij wees er daarbij op dat een betere kennis van de reële noden en vragen essentieel is voor een betere planning van gezondheidszorg. Het al of niet gebruik maken van primaire medische zorg is gewoonlijk afhankelijk van de motivatie en beslissingen van de patiënt zelf. Nadat de patiënt echter eenmaal primaire medische hulp heeft ingeroepen, wordt de duur en de aard van de zorg die wordt verleend meestal afhankelijk van de arts en zijn medewerkers. Zo kan men het proces van medische zorg zien als te bestaan uit een aantal gedragingen van patiënten enerzijds en een aantal gedragingen van artsen anderzijds met complexe interacties. Deze interacties hebben een tweevoudig resultaat: een intermediair resultaat, namelijk het gebruik van diensten en een uiteindelijk resultaat, dat men kan definiëren in termen van gezondheid en welzijn van de patiënt.

„Het is gebruikelijk dat de artsen in de eerste lijn er toe neigen hun kennis en kundigheden meer te distribueren in overeenstemming met het selectieve gebruik van hun diensten door individuele patiënten dan in overeenstemming met de collectieve noden van de gemeenschap. Men zou dit een passief systeem kunnen noemen, waarbij het begin van het proces van medische zorg geheel afhankelijk is van de perceptie van de patiënt en van de intensiteit van zijn behoefte aan zorg.

„De ontwikkeling van een toenemende publieke verantwoordelijkheid voor een integrale gezondheidszorg voor de gemeenschap brengt de noodzaak met zich van een heroriëntering, zowel in de ontwikkeling van de behoeften en vragen naar primaire medische zorg als in de omvang van deze zorg. De conceptie van de behandeling van ziekte, eens de voornaamste functie van primaire medische zorg, is in twee richtingen verruimd, namelijk door de toevoeging van verantwoordelijkheid voor preventie en voor revalidatie (zowel medisch als sociaal). De arts van de eerste lijn zal zich in de toekomst niet alleen hebben te bemoeien met de individuen die zichzelf selecteren voor medische hulp, maar ook met de collectieve noden en vragen van de gemeenschap. Het gedrag van de medische professie in het proces van primaire medische zorg zal worden veranderd door een verschuiving van de

hoofdzakelijk curatieve activiteiten naar preventieve en door een oriëntatie naar de juiste oplossing van probleemgebieden in de huidige gemeenschap. Primaire medische zorg zal in toenemende mate een actief systeem worden, waardoor nieuwe noden opduiken, zoals gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, specifieke preventie en vroege opsporing. Een andere ontwikkeling zal zijn dat primaire medische zorg in toenemende mate te maken zal krijgen met een vraag naar nazorg, follow-up en revalidatie van chronische patiënten, inclusief lijders aan geestelijke stoornissen. De tendens om de duur van het ziekenhuisverblijf te bekorten, zal het beroep van deze patiënten op de artsen in de eerste lijn vergroten, terwijl ongeneeslijke ziekten ook vaker door hen zullen moeten worden opgevangen. Op dit gebied van behoeften aan en vragen naar medische zorg zal veel onderzoek nodig zijn: enerzijds om te weten waarom en hoe men gebruik maakt van medische diensten, anderzijds om te achterhalen wat de werkelijke noden van de gemeenschap zijn en hoe deze op de beste wijze kunnen worden opgevangen. Dit laatste type onderzoek, gebaseerd op statistische procedures, zal moeten worden ingebouwd in het systeem van primaire medische zorg.

Geen plaats voor huisarts in staf van grote ziekenhuis

Elders in zijn verslag over deze WHO-conferentie schrijft Prof. Huygen:

„Uit de verslagen van de discussies in de plenaire zitting bleek echter dat er unanimititeit bestond, ook bij de Engelse vertegenwoordigers, dat er geen plaats is voor de huisarts in de staf van het grote ziekenhuis. Het zou een verspilling zijn van zijn krachten en zijn specifieke deskundigheden, wanneer hij de taak van ziekenhuisassistenten zou overnemen. Afgezien van een eventuele taak in kleine perifere ziekenhuizen en verpleeginrichtingen, is een deugdelijk motief voor gedeeltelijk en tijdelijk werk in het ziekenhuis de vergroting van zijn deskundigheid en de wens om op de hoogte te blijven van de vorderingen in de geneeskunde. Een dergelijke verworven deskundigheid op een bepaald gebied dient hij dan echter weer uit te dragen naar zijn (groeps-) beroepsgenoten.

„De communicatie en coördinatie tussen de eerste lijn en het ziekenhuis vormde een groot probleem in de meeste landen, behalve in sommige Oosteuropese, met name Rusland. De huisarts kan wel een zeer belangrijke taak vervullen bij deze communicatie door de hem uit de gemeenschap bekende medisch-psychologische, sociale en andere gegevens over de achtergrond van de patiënt daar in te brengen.

„In de discussie over deze materie bracht Prof.

Holst de klemmende vraag naar voren hoe wij kunnen voorkómen, dat het centrum van de gezondheidszorg steeds meer komt te liggen in de ziekenhuizen in plaats van bij de huisarts met zijn team, ondanks het feit dat dit algemeen ongewenst wordt geacht. Holst wees eigenlijk op hetzelfde als ten onzent Hornstra, toen deze reeds 15 jaren geleden sprak over de lippendienst die aan de huisarts wordt gepleegd, terwijl iedereen toch in wezen zo nodig zijn eigen gang gaat buiten de huisarts om. Deze vraag van Holst is door de conferentie niet opgepikt. Wel werd gewezen op de wenselijkheid de arts in de eerste linie ook deskundige hulpkrachten ter beschikking te stellen, als hij zulke belangrijke functies heeft ten aanzien van de publieke gezondheidszorg."

Teamwork en werken in groepsverband

Rapporterende over de gehouden discussies over „teamwork” constateert Prof. Huygen elders in zijn verslag dat er wel verwarring ontstond bij het spreken over de termen „groep” en „team”, waarbij hij aantekent dat werken in groepsverband bijvoorbeeld geen teamwork behoeft te betekenen. Hij gaat dan aldus verder:

„Het werd uit de discussies duidelijk, dat eigenlijk iedereen de arts in de eerste linie zou willen vervangen door een team van verschillende deskundigen. Er werd dus niet zozeer gedacht aan een team van medici als wel aan een gezondheidsteam, bestaande uit medicus (of medici) plus verpleegkundige en maatschappelijk deskundige als kern. Teamwork kan en moet worden geleerd, waarbij wederzijds respect voor elkaars deskundigheid bijzonder belangrijk is. Er zijn echter grote moeilijkheden in de praktijk, zoals verschillen in opleiding, status, inkomen en dergelijke. Er is ook een grote weerstand bij artsen te bespeuren tegen delegatie van verantwoordelijkheden en een angst voor verlies van vertrouwelijkheid ten aanzien van de patiënt. Het systeem van de arts als individuele ondernemer, dat in tal van Westeuropese landen geldt, is een ander belangrijk obstakel. Daardoor rijzen bijna onoverkomenlijke organisatorische moeilijkheden. Wat dit betreft verkeren wij in Nederland met onze lappendeken op het gebied van de gezondheidszorg in een ongunstige situatie. Anderzijds gaf het weer moed uit de ervaringen van Lowe te leren, dat het grote voordelen heeft wanneer verpleegster en maatschappelijk werker niet door de huisartsen in dienst worden genomen, maar slechts bij hen gedetacheerd, omdat dit een beveiliging is tegen misbruik van hen als „hulpkrachten”.

Zijn interessant verslag in „huisarts en wetenschap” besluit Prof. Huygen met een nabeschouwing, welke wij ons veroorloven in haar geheel over te nemen en waarin men het volgende leest:

„Wanneer ik tracht terug te kijken en het geheel te overzien, moet ik constateren dat deze conferen-

tie is geslaagd en dat er zelfs meer is uitgekomen dan zowel door de organisatoren als door de Nederlandse deelnemers werd verwacht. Afgezien van het nut van het leggen van persoonlijke contacten als begin van relaties, is het altijd nuttig zich in internationaal verband aan anderen te spiegelen en te trachten algemene ontwikkelingen waar te nemen. Als ik deze onder woorden tracht te brengen, zou ik het volgende willen opmerken.

1. Er is, zowel in nationaal als in internationaal verband, nog steeds een sterke neiging om, wanneer over de huisarts moet worden gesproken, dit te laten doen door buitenstaanders, niet-huisartsen. Naast kwade kanten (gebrek aan kennis, deskundigheid omtrent het beroep van binnenuit) heeft dit ook goede kanten (grotere objectiviteit, minder persoonlijke betrokkenheid en beter overzicht over het geheel).

2. In een dergelijk internationaal gezelschap in WHO-verband is een duidelijke klimaatverbetering ten aanzien van de huisarts te constateren. Er is een groot verschil tussen Edinburgh 1961 en Noordwijk 1970. Men onderkent thans veel meer dan toen de nadelen voor de volksgezondheidszorg van de zich voortzettende ontwikkeling naar eenzijdige ziekenhuisspecialisatie. Het grote belang van een specifiek opgeleide generalist wordt nu door niemand meer ontkend. Er is thans ook sprake van een meer deskundige bijdrage van huisartsenzijde. Tussen 1961 en 1970 hebben blijkbaar belangrijke ontwikkelingen plaatsgevonden.

3. Een zeer duidelijke ontwikkeling is het algemeen doorbreken van het inzicht dat de alleenwerkende huisarts zal worden vervangen, niet zozeer door groepspraktijken als samenwerkingsvorm van huisartsen onderling, als wel door een multidisciplinair team van gezondheidsdeskundigen.

4. Het passieve afwachten tot het een individuele patiënt belooft hulp voor zijn ziekte in te roepen, zal plaats maken voor een meer actieve multidisciplinaire benadering, gericht op bevordering van gezondheid en voor een zich verantwoordelijk gevoelen voor de gezondheidszorg van de bevolking als geheel, waarbij elke huisartspraktijk kan worden gezien als een deel van deze bevolking. Wat dit betreft is de ontwikkeling in Nederland achtergebleven bij die in vele andere Europese landen, hetgeen hoofdzakelijk te wijten is aan structurele problemen.

5. Betreffende een belangrijke sleutel tot verbetering in de toekomst, namelijk de opleiding, nemen wij daarentegen een vooraanstaande positie in door onze curriculum-vernieuwingen en doordat in alle medische faculteiten thans huisartsen-docenten zijn opgenomen. Het ziet er naar uit dat mede hierdoor in Nederland een keerpunt zal worden bereikt in een ontwikkeling, welke in verschillende andere Europese landen moeilijk meer zal zijn te stuiten en leidt tot het verdwijnen van de generalist aan de basis van de gezondheidszorg in de vorm van een all-round huisarts, die de algemene gezondheidszorg niet alleen voor het individu, maar ook voor het gezin op zich kan nemen."

Cholera-epidemie in Midden-Oosten en Afrika

Op vragen van de heren Van der Lek (P.S.P.) en Lamberts (P.v.d.A.) betreffende de cholera-epidemie heeft Dr. R. J. H. Kruisinga, staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid onder meer het volgende geantwoord:

Ingevolge de berichten die dagelijks door middel van epidemiologische bulletins telegrafisch door de Wereld Gezondheidsorganisatie (W.G.O.) worden doorgegeven en op grond van regelmatig telefonisch contact met de Epidemiological Surveillance and Quarantine Unit van de Wereld Gezondheidsorganisatie is duidelijk geworden dat de cholera in het Midden-Oosten en in Afrika van ernstiger omvang moet worden geacht dan aanvankelijk uit de officieel door de gezondheidsautoriteiten der diverse landen doorgegeven inlichtingen kon worden geconcludeerd. Er bestaat namelijk volgens de Wereld Gezondheidsorganisatie een sterk vermoeden, dat door verschillende landen het voorkomen van cholera in hun land niet aan de Wereld Gezondheidsorganisatie wordt gemeld. Het is dan ook duidelijk dat het hierdoor de Wereld Gezondheidsorganisatie uiterst moeilijk wordt gemaakt een zo betrouwbaar mogelijk beeld te geven van de omvang en de verspreiding van de cholera in het Midden-Oosten en in Afrika.

Officieel zijn met cholera besmette kringen in het Midden-Oosten en Afrika thans bekend in Israël, Libanon, Trucial Oman en Libië. De Wereld Gezondheidsorganisatie gaat, gezien de ernstige situatie in deze gebieden, nu ook over tot het verstrekken van niet officieel bevestigde berichten. Zo blijkt er een ernstige cholera-epidemie in Guinee te heersen, waar op het ogenblik tenminste 2000 ziektegevallen met 60 sterfgevallen bekend zijn. Dit heeft onder meer tot gevolg gehad dat Nederland door de regering van het aan Guinee grenzende land Ivoorkust is benaderd over eventuele levering van choleravaccin aan Ivoorkust. Omtrent dit verzoek vindt overleg plaats met de Wereld Gezondheidsorganisatie en de regering van Ivoorkust, waarbij ons land zich tot hulp bereid heeft verklaard.

Op grond van inlichtingen verstrekt door de U.N.R.W.A. bestaat er vermoeden dat er ook cholera heerst in een vluchtelingenkamp in Amman (Jordanië). Voor wat betreft de toestand in Zuid-Rusland kan worden opgemerkt, dat uit recente mededelingen van de plv. minister van Volksgezondheid Avetik kan worden opgemaakt, dat de ziekte daar onder controle is.

De voornaamste factoren die de kans op verspreiding van de cholera en het uitbreken van een cholera-epidemie bevorderen zijn het ontbreken van goede sanitaire voorzieningen (waarbij met name betrouwbaar drinkwater moet worden genoemd, en een slechte voedingstoestand van de bevolking. In het algemeen kan men stellen dat de behoeftige en

minder bevoorrechte bevolkingsgroepen gepredisponeerd zijn voor deze ziekte.

Hoewel de cholera in het Midden-Oosten en Afrika dus duidelijk zorgen baart, is het met betrekking tot de Westeuropese landen, waar goede sanitaire voorzieningen zijn en waar geen sprake is van een slechte voedingstoestand van de bevolking, naar de mening van de staatssecretaris niet zonder meer duidelijk wat de Spaanse gezondheidsdienst nu exact verstaat onder „de cholera-epidemie zal West-Europa zeker bereiken”. Dr. Kruisinga verwijst in dit verband naar ervaringen over vele jaren die men in Engeland heeft opgedaan. Hoewel na de Tweede Wereldoorlog het reizigersverkeer tussen India en Pakistan, landen waar de cholera endemisch heerst, en Engeland een enorme vlucht heeft genomen, zijn geen cholera-explosies in Engeland voorgekomen. Deze ervaringen betekenen geenszins dat het uitgesloten moet worden geacht dat incidentele gevallen van cholera in West-Europa zullen kunnen binnenkomen. Ook „drastische maatregelen” zullen dit laatste risico niet geheel kunnen uitsluiten.

Cholera behoort tot de zogenaamde quarantainabele ziekten waarvoor de volgende voorzorgsmaatregelen gelden om import van buiten tegen te gaan. Luchtreizigers, vooral indien zij uit Azië, Afrika en Amerika komen, ontvangen bij aankomst in Nederland een zogenaamde gele waarschuwingskaart. Op deze kaart wordt de reiziger erop geattendeerd dat indien hij of zij ziekteverschijnselen zou vertonen binnen 3 weken na aankomst in Nederland, hij (zij) onverwijld een arts moet raadplegen, aan wie deze kaart moet worden overhandigd. De arts wordt op deze kaart verzocht bij enig vermoeden van een quarantainabele ziekte de Regionale Geneeskundige Inspecteur van het Geneeskundig Staatstoezicht op de Volksgezondheid in te lichten. Het uitreiken van de gele waarschuwingskaart is het resultaat van de afspraken neergelegd in de Administratieve Regeling van het Partieel Accoord van de Raad van Europa.

Daarnaast bestaat de verplichting neergelegd in de Internationale Sanitaire Regeling (I.S.R.) voor de kapitein van een zeeschip dat een internationale reis maakt, bij aankomst een zogenaamde maritieme gezondheidsverklaring in te vullen. Voor gezagvoerders van een luchtvaartuig geldt een overeenkomstige verplichting. Op deze verklaringen dient onder meer de gezondheidstoestand aan boord te worden ingevuld. Op grond van deze inlichtingen kan de quarantaine-arts tot eventuele maatregelen overgaan. Op Schiphol en in de haven van Rotterdam bijvoorbeeld zullen patiënten met diarree door de quarantaine-arts worden onderzocht, waarbij zo nodig onderzoek van de ontlasting zal worden verricht. Indien onverhoopt toch een incidenteel geval

van cholera zou binnenkomen gelden de bekende voorschriften van de Besmettelijke-Ziektenwet, zoals de aangifteplicht van de arts, de mogelijkheid tot isolatie etc.

De hierboven genoemde maatregelen zijn naar de mening van de staatssecretaris voldoende om het gevaar van een cholera-epidemie in Nederland te voorkomen. Ten einde op alles voorbereid te zijn heeft Dr. Kruisinga een instructie doen uitgaan zodat de artsen in Nederland een rondschrijven ontvangen van de Geneeskundige Hoofdinspecteur van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, waarin wordt uiteengezet hoe te handelen bij patiënten met diarree, die recentelijk gedurende kortere of langere tijd hebben vertoefd in landen waar cholera voorkomt. In deze brief komt voorts ten aanzien van reizigers naar gebieden waar cholera voorkomt dan wel wordt vermoed, een advies voor tot uitbreiding van de groep landen waarvoor vaccinatie wordt geadviseerd. Voorts is opdracht gegeven aan het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid te Bilthoven de produktie van cholera-vaccin op te voeren. Dit is inmiddels geschied. De produktie kan thans zodanig worden opgevoerd dat aan elke binnenlandse behoefte kan worden voldaan.

Medische informatiekaart

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

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

Streven naar een abortuskliniek te Rotterdam

De Stichting voor medisch verantwoorde zwangerschapsonderbreking „Stimezo” (zie M.C. no 30 en no 35/1969) hoopt, blijkens persberichten, nog dit jaar in Rotterdam een abortuskliniek te kunnen openen. Van de medewerking van gynaecologen, anesthesisten en verpleegsters is de Stichting verzekerd en zij verwacht voor de inrichting van deze kliniek een gebouw van de gemeente Rotterdam te kunnen huren. Er wordt gestreefd naar een kliniek met twintig bedden om in staat te zijn vijftig vrouwen per week te kunnen helpen.

In principe — aldus de Nieuwe Rotterdamse Courant, die hierover talrijke details publiceert — zullen vrouwen alleen op verwijzing van de huisarts in behandeling worden genomen, waarbij er van wordt uitgegaan dat de huisarts een goed geargumenteerde verwijzing geeft, waaruit onder meer blijkt dat is nagegaan of de vrouw niet onder druk van haar omgeving om abortus vraagt. De beslissing over het uitvoeren van de ingreep zal worden genomen door de behandelende medicus, gehoord het advies van de huisarts. Het bestuur van de Stichting heeft geen zeggenschap in de indicatiestelling, doch zal de medicus echter wel in overweging geven geen zwangerschap van meer dan tien weken te onderbreken.

De behandeling zal worden uitgevoerd tegen kostprijs, die periodiek, aan de hand van de exploitatie-rekening, zal worden aangepast. Een aanvraag om officiële erkenning, die vergoeding van de behande-

lingskosten door ziekteverzekeringen, mogelijk maakt, wordt pas ingediend na opening van de kliniek, omdat aanvraag vooraf vertraging met zich mee zou brengen.

Het benodigde geld hoopt men door verschillende acties bijeen te brengen. In de eerste plaats wordt er een serie van drie advertenties geplaatst in een groot aantal dagbladen, opiniebladen, huis-aan-huisbladen en damesbladen. In totaal is er tot nu toe voor ongeveer een ton aan gratis advertentieruimte verworven; men hoopt dit te verdubbelen.

Verder is aan de organisaties, die hun adhesie hebben betuigd met het streven van Stimezo, gevraagd hun leden te wijzen op de noodzaak de daad bij het woord te voegen.

Deze organisaties zijn: PvdA, PSP, D'66, PPR, Vrouwencontact PvdA, VVD-vrouwen, NVV, Socialistische jeugd, Nederlandse studentenraad, NVSH en Stichting consultatiebureaus, Federatie van studentenwerkgroepen homoseksualiteit, Humanistisch verbond, Nederlandse christenstudentenvereniging, Hendrik-Piersonstichting, Vereniging onderlinge vrouwenbelangen, Nederlandse vereniging van maatschappelijk werkers, Man-vrouw-maatschappij, Nederlandse vereniging van vrouwen met academische opleiding, Nederlandse vereniging van huisvrouwen, Nederlandse bond van plattelandsvrouwen en de stichting Welzijn en bevolkingsgroei.

De ongeveer 8.300 particulieren die adhesie hebben betuigd wordt een brief gestuurd met een verzoek om een bijdrage.

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

**Door Dr. M. J. van Trommel,
lector in huisartsgeneeskunde te Rotterdam**

De indicatiestelling door de huisarts

In Medisch Contact nr. 35 d.d. 28 augustus j.l. leverde Dr. F. Roest kritiek op het door Dr. J. H. Lamberts en Dr. J. H. J. Roethof bij de Tweede Kamer ingediende wetsvoorstel betreffende abortus provocatus. Gedurende een aantal jaren heb ik het voorrecht genoten een schakel te vormen in de door collega Roest genoemde relatieketen „patiënt-huisarts-specialist”, waarbij ik behalve op zijn grote deskundigheid ook op zijn bezonnen oordeel kon rekenen, zelfs wanneer het problematiek bezijden het zuiver gynecologische betrof. Hoewel ik, mede daardoor, overtuigd ben van de oprechtheid van zijn mening, moet het mij van het hart mijn twijfel uit te spreken over de juistheid van de argumenten die collega Roest aandraagt ter verklaring van zijn stellingname tegen genoemd wetsvoorstel.

Laat ik voorbijgaan aan zijn suggestie dat de indieners van het wetsvoorstel uit zijn gegaan „van de gedachte, dat het nu maar eens uit moet zijn met dat gezeur”, — een suggestie overigens die niet met bewijzen of zelfs vermoedens wordt gestaafd — tekent collega Roest bezwaar aan tegen de stelling van Lamberts en Roethof, dat „abortus provocatus... volkomen past in het behandelingspatroon van de artsen, zowel de indicatiestelling als de technische uitvoering”, en hij concludeert hieruit dat als logisch gevolg van deze redenering de patiënt zich evenals bij andere ziekten eerst tot de huisarts dient te wenden. De huisarts zal dan beslissen, desgewenst in overleg met andere deskundigen, of het verzoek om zwangerschapsonderbreking (persoonlijk geef ik de voorkeur aan de benaming zwangerschapsafbreking v.T.) kan worden toegewezen en vervolgens zal *zonodig de technische hulp van de gynecoloog* (cursiv. Dr. F. R.) worden gevraagd.

Collega Roest trekt hieruit de gevolgtrekking dat het zwaartepunt van de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van abortus provocatus wordt verlegd naar de Nederlandse huisartsen. Tegen deze implicatie nu meent collega Roest bezwaar te moeten aantekenen en wel op de volgende gronden:

1e. „de huisartsen zijn over het algemeen overbelast en kunnen zich slechts in een zeer beperkt aantal gevallen verdiepen in de sociale, financiële, huiselijke en matrimoniële omstandigheden van de patiënt.”

Het komt mij voor, dat tegen deze gevolgtrekking, die overigen s veelvuldig gemaakt wordt, ernstig

bezwaar moet worden aangetekend. In de eerste plaats is het mij bekend, dat over het algemeen gynecologen een zeer druk leven leiden en overbelast zijn, doch het stellen van dit gegeven wettigt alderminst de conclusie, dat gynecologen daardoor niet in staat zouden zijn bepaalde ingrepen te verrichten, waarin zij deskundig kunnen worden geacht. Zowel uit eigen ervaring, als uit vele gesprekken die ik met collega's huisartsen heb gevoerd meen ik te mogen stellen dat een gedeelte van de drukke werkzaamheden van de huisarts juist gelegen is in het feit, dat hij zich zowel verdiept in zuiver medische problemen betreffende zijn patiënten, als de zojuist genoemde niet strikt medische aangelegenheden. Aangezien de huisarts in het algemeen zijn patiënt en het gezin als ook, door familierelatie verwante gezinnen van deze patiënt, reeds geruime tijd heeft kunnen vervolgen, heeft hij reeds zeer vele gegevens tot zijn beschikking, die hem beter dan wie ook in staat stellen in korte tijd en zonder tijdrovende interviews een indruk te vormen over het woon- en leefmilieu van de patiënt. Het zal hem zelfs in vele gevallen weinig tijd kosten meer gegevens te verzamelen, die van essentieel belang zijn om te beoordelen op welke wijze hij zijn patiënte zal kunnen helpen.

Wanneer collega Roest in dit verband de verwachting uitspreekt, dat de leken onder de Tweede Kamerleden op grond van hun „in enigermate kennis dragen van de benarde situatie van de huisarts... enkele bezwaren zullen inbrengen tegen de vondst van Lamberts en Roethof” wil ik hierbij aantekenen, dat de patiënte in een veel benardere situatie verkeert dan haar huisarts. Ik geef toe dat de huisarts zich, tezamen met zijn patiënte, helaas nog al te vaak benard voelt, wanneer hij — zelfs gestaafd door de overtuiging van andere deskundigen zoals een psychiater of sociaal werker —, geen gynecoloog bereid vindt om de gewenste zwangerschapsafbreking uit te voeren.

2e. Uitgaande van het feit dat de gynecoloog uit hoofde van zijn beroepsethiek verantwoordelijk is zowel voor de kwaliteit van als voor de indicatie tot elke operatie en dus ook voor de abortus arte provocatus, stelt collega Roest dat er geen sprake kan zijn dat de huisarts beslist tot het laten uitvoeren van abortus arte provocatus en daarna de technische hulp van de gynaecoloog vraagt. Over deze gang van zaken spreekt hij zijn veto uit „aangezien dit een inbreuk zou betekenen op de van oudsher

gegroeide relatie patiënt-huisarts-specialist. Iedere specialist, naar wie een patiënt door de huisarts wordt verwezen, zal een eigen onderzoek verrichten, zijn indicatie stellen en een behandeling bepalen". Ik hoop echter, dat collega Roest op deze mening terug wil komen na mijn visie op deze aangelegenheid te hebben aangehoord.

Immers in de eerste plaats biedt een van oudsher bestaande relatie nimmer de garantie, dat deze relatie onder veranderde omstandigheden zijn geldigheid zal blijven behouden. Ik meen, dat deze omstandigheden inderdaad drastisch zijn veranderd. Door de grote mate van specialisatie binnen het geheel dat men geneeskunde pleegt te noemen is het geen enkele arts meer gegeven het gehele terrein van de geneeskunde te overzien. De huisarts, die het recht heeft de genees-, heel- en verloskunde in haar volle omvang uit te oefenen, heeft reeds lang deemoedig het hoofd gebogen en roept dagelijks de hulp in van specialisten zowel op medisch als op niet strikt medisch terrein in die gevallen waarin hij meent dat zijn kennis of zijn kunde niet toereikend is om zijn patiënt naar behoren te kunnen bijstaan. Waar deze grenzen liggen, zal in het algemeen voor iedere arts verschillend zijn. De huisarts heeft in ieder geval geleerd te moeten, doch ook te kunnen vertrouwen op de deskundigheid van de specialist wiens hulp hij heeft ingeroepen. Zelfs heeft de huisarts veelal inzicht in de beperkingen van de ziekenhuisspecialist, ook al wordt deze specialist gezien zijn opleiding geacht een bepaald terrein in bredere zin te beheersen, dan in werkelijkheid het geval is.

Zeker voor de ziekenhuisspecialist, waarvan de gynecoloog er een is, geldt dat hij zijn beperkingen moet kennen. Wanneer nu in dit verband over beroepsethiek wordt gesproken, acht ik het zelfs onverantwoord, dat een gynecoloog slechts meent te kunnen beslissen of hij kan overgaan tot het uitvoeren van abortus provocatus, nadat hij een eigen onderzoek heeft verricht, althans wanneer dat onderzoek zich uitstrekt tot, zoals collega Roest suggereert, de sociale, financiële, huiselijke en matrimoniële omstandigheden van de patiënt.

Ik kan mij voorstellen, dat de gynecoloog in enkele gevallen betwijfelt of het oordeel van de huisarts voldoende deskundig is. Uitgaande van een goede relatie patiënt-huisarts-specialist moet het dan mogelijk zijn de huisarts te verzoeken, een naar de mening van de gynecoloog meer deskundig adviseur in te schakelen. En collega Roest kennende, zou het hem geen moeite kosten om dit in pais en vrêe met de huisarts te regelen.

In alle andere gevallen komt het mij voor, dat de gynecoloog erkent dat de deskundigheid van de huisarts hem de mogelijkheid biedt om tot een indicatiestelling te komen, die beantwoordt aan de beroepsethiek niet alleen van de gynecoloog, doch van alle praktiserende artsen.

3e. Wanneer collega Roest een patiënt voor het voetlicht brengt, die de chirurg vraagt zijn blinde darm te laten verwijderen uitsluitend omdat deze „patiënt" het prettig vindt, om dit orgaan maar

kwijt te zijn en wanneer hij dan het probleem van deze „patiënt" vergelijkt met dat van een vrouw, die van de gynecoloog voetstoots wenst, dat hij een normale zwangerschap zal elimineren, dan geloof ik stellig, dat in deze discussie van een misverstand sprake is.

Wij zouden de meeste vrouwen, die zich tot de arts wenden met het verzoek tot afbreking van de zwangerschap, ernstig te kort doen, wanneer wij ervan uit zouden gaan, dat zij van de zwangerschap af wilden alleen maar omdat zij het niet zo prettig zouden vinden om zwanger te zijn. Bovendien hebben onderzoekingen aangetoond dat in een groot aantal gevallen, waarin de artsen meenden niet op het verzoek van de patiënte te kunnen ingaan, de moeders toch kans zagen afstand te doen van hun kind, hetzij door illegale abortus, hetzij door afstand te doen van het kind na de geboorte.

Wanneer collega Roest dan ook stelt dat men de specialist niet zonder enige inspraak uitsluitend als aborteur kan laten aantreden meen ik dat hij van een verkeerde premisse uitgaat, die niet overeenkomt met de strekking van het ingediende wetsvoorstel.

Naar mijn mening is het woord inspraak in de afgelopen jaren min of meer tot een beladen begrip geworden. Sprekend over inspraak ziet men in gedachten twee partijen, die elkaar de alleenheerschappij betwisten, met andere woorden een situatie waarin men door middel van het voeren van onderhandelingen tracht zoveel mogelijk macht te verkrijgen respectievelijk zo min mogelijk tracht te verliezen. Hieruit volgt dat de uitgangspunten van beide partijen tegenovergesteld zijn. Het is echter bij het oplossen van het bijzonder moeilijke probleem van abortus provocatus van het allergrootste belang, dat beide partijen van eenzelfde uitgangspunt uitgaan, waarbij zij namelijk het belang van de patiënt vooropstellen. In dat geval voert men geen onderhandelingen doch tracht men door gemeenschappelijk overleg de moeilijkheden op te lossen.

In overlegsituaties past slechts het woord samenspraak en geen inspraak. Wanneer collega Roest in die zin zijn uitspraak zou redigeren dat men de specialist niet zonder enige samenspraak uitsluitend als aborteur kan laten aantreden, zou ik het geheel met hem eens zijn. Doch ik neem aan dat geen welkend mens, en dus ook geen huisarts de gynecoloog het recht van samenspraak wil ontnemen bij het innemen van een standpunt ten aanzien van de individuele patiënt.

Door het in deze zin uitwijden over hetgeen collega Roest heeft gesteld, bestaat de mogelijkheid dat mij wordt verweten aan de essentie van het probleem voorbij te gaan. Ik wil hier tegenover stellen, dat in het voorgaande reeds naar voren is gekomen, dat ik van mening ben, dat ik het inzicht van collega Roest in deze niet deel.

Uit het door Lamberts en Roethof ingediende wetsvoorstel spreekt het in de huisarts gestelde vertrouwen. Op hem rust de plicht om een vrouw die zich tot hem wendt met het verzoek tot abortus provocatus, te behandelen met dezelfde zorgvuldig-

heid waarmee hij gewend is iedere patiënt te behandelen. Deze zorgvuldigheid impliceert dat hij de grens van zijn kennis en kunde moet erkennen. Onze rechtspraak staan voldoende middelen ter beschikking, ook onder het door Lamberts en Roethof ingediende wetsvoorstel, om hen te corrigeren die deze zorgvuldigheid niet betrachten.

Ervaringen van 200 in teamverband onderzochte gevallen van ongewenste zwangerschap die voor advies naar het zogenaamde abortusteam van de afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam waren verwezen door huisarts en/of gynecoloog hebben uitgewezen dat slechts in de minderheid der verwijzingen een uitgebreid onderzoek door team of commissie noodzakelijk was om te komen tot een verantwoord standpunt (Ladee). Deze ervaringen steunen het door Lamberts en Roethof ingenomen standpunt.

Wanneer tenslotte wordt geappelleerd aan de leden onder de Tweede Kamerleden, dan zou ik van deze gelegenheid gebruik willen maken om naar voren te brengen, dat in het huidige wetsvoorstel een procedure wordt voorgestaan, die de vrouw een kruisgang en lijdensweg langs deskundigen en commissies bespaart in omstandigheden, waar tijdswinst van het allergrootste belang is.

De procedure die in Zweden wordt gevolgd, waarbij toestemming tot abortus provocatus slechts door een commissie wordt verstrekt, heeft ertoe geleid dat de lange wachttijden, die hierdoor ontstaan, enerzijds vrouwen van legale abortus provo-

catus hebben doen afzien en heeft anderzijds ertoe bijgedragen dat zwangerschapsafbrekingen in latere stadia moeten plaatsvinden dan wenselijk zou zijn met meer kans op complicaties.

Ik wens de Kamerleden dan ook toe dat zij dit wetsvoorstel met dezelfde zorgvuldigheid zullen behandelen, die de artsen, ook de huisartsen, thans betrachten, wanneer zij worden geconfronteerd met het verzoek tot abortus provocatus.

Rotterdam, 2 september 1970

Literatuur

- The Abortion Act (1967) Brit. Med. J. (1970) 2:529
Diggory, P., Potts, M., Preliminary assessment of the 1967 abortion act in practice. The Lancet (1970) 1:287
Ladee, G. A., Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, Rotterdam. Brief aan de huisartsen, vrouwenartsen en zenuwartsen van Rotterdam en Omstreken.
Ladee, G. A., Gewijzigd beleid van de Afdeling Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt inzake de abortusproblematiek. Medisch Contact (1970) 31:829
Lamberts, J. H., Roethof, J. H. J., Voorstel van wet van de heren Lamberts en Roethof tot het wijzigen van het Wetboek van Strafrecht en van het Wetboek van Strafvordering. Tweede Kamer der Staten Generaal. Zitting 1969-1970-10719
Pare, C. M. B., Raven, H., Follow-up of patients referred for termination of pregnancy. The Lancet (1970) 1:635
Roest, F., Gynecoloog of beroepsaborteur? Medisch Contact (1970), 35:923
Stallworthy, J., The right to live. J. Roy. Coll. Gen. Practit. (1970), 19:187
Treffers, P. E., Abortus provocatus. Medisch Contact (1970), 20:525

Instituut voor gezondheidszorg aan Tilburgse hogeschool

Zoals in ander verband reeds gemeld in M.C. nr. 37 van 11 september j.l., bladzijde 986 is aan de Katholieke Hogeschool te Tilburg een centrum voor onderzoek, onderwijs en planning ten behoeve van de gezondheidszorg opgericht. Deze instelling is de naam „Instituut voor Gezondheidszorg” (I.V.G.) meegegeven. Het nieuwe instituut kan worden beschouwd als een bundeling van een groot aantal activiteiten op het gebied van de gezondheidszorg die reeds bij de verschillende faculteiten en instituten van de hogeschool worden ondernomen. De bundeling opent perspectieven voor intensivering en uitbreiding van onderzoeksactiviteiten en onderwijs. De interdisciplinaire aanpak zal een belangrijk accent krijgen. Een belangrijke taak van het instituut vormt het uitvoeren van wetenschappelijke onderzoeken, zelfstandig of in samenwerking met anderen.

In het nieuwe instituut werken onder meer samen de faculteiten van de Katholieke Hogeschool, het Instituut voor Arbeidsvraagstukken, het Economisch Instituut Tilburg en de bijzondere leerstoel voor het

ziekenhuiswezen. Gebieden van onderzoek waarvoor binnen het instituut belangstelling bestaat zijn onder andere: de behoefte- en aanbodproblematiek in de gezondheidszorg, de problematiek betreffende structuur en functionering van de dienstverlening, alsmede de economische en sociale aspecten van de dienstverlening in de gezondheidszorg.

Doelstelling

Het Instituut heeft ten doel, zonder naar winst te streven de bevordering van het wetenschappelijk onderzoek en het onderwijs, ten behoeve van de planning en opbouw van voorzieningen voor de gezondheidszorg. Het Instituut tracht dit doel onder meer te bereiken door het bevorderen van de samenwerking tussen instituten en personen, verbonden aan de Katholieke Hogeschool te Tilburg, wier werkzaamheden geheel of gedeeltelijk gericht zijn op het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek op het terrein van de gezondheidszorg. Een belangrijke taak van het instituut vormt het uitvoeren of doen

uitvoeren, zelfstandig of in samenwerking met anderen, van wetenschappelijke onderzoeken. Mede in het verlengde hiervan ligt het zelfstandig of in samenwerking met wetenschappelijke beleidsdeskundigen opstellen van beleidsadviezen ten behoeve van particuliere instellingen en overheid of overheidsinstellingen.

De onderwijsmogelijkheden gericht op het gebied van de gezondheidszorg zullen worden gestimuleerd. Hiervoor komen in aanmerking aanvullend en gespecialiseerd onderwijs voor studenten van de hogeschool en andere belangstellenden, alsmede postgraduate opleidingsmogelijkheden.

Tot het doel van het instituut kan voorts worden gerekend het bevorderen van overleg op nationaal en internationaal niveau op het terrein van de gezondheidszorg, en het bevorderen en instandhouden van een documentatie op dit terrein. Zonder hier een uitputtende opsomming na te streven, kan tenslotte nog worden gewezen op de stimulering van de uitgave van wetenschappelijke publikaties.

Onderzoeksprogramma

Terzake van het onderzoeksprogramma kunnen de volgende globale themata worden aangegeven, voor de uitvoering waarvan binnen het instituut belangstelling bestaat: a. de behoefte-problematiek in de gezondheidszorg; b. aspecten met betrekking tot het aanbod van diensten; c. de problematiek betreffende structuur en functionering van de dienstverlening; d. de economische aspecten van de dienstverlening. Enigszins nader geconcretiseerd komen uit de bovenstaande globale themata de volgende onderzoeksonderwerpen in aanmerking.

ad a. Behoefteproblematiek:

- bepaling van de behoefte aan gezondheidszorg, rekening houdend met de toekomstige ontwikkeling in de samenleving, de medische wetenschap en de techniek;
- ontwikkeling van methoden ter bepaling van de behoefte, ook in de onderscheiden sectoren;
- met betrekking tot de (potentiële) vrager van diensten, onderzoek naar: de mogelijkheid van het uitoefenen van invloed op de bepaling van het niveau van de zorg (kwantitatief en kwalitatief); de beeldvorming ten aanzien van de verschaffers van zorg, mede in verband met het gebruik van diensten; de inzichtelijkheid van het voorzieningenapparaat.

ad b. Aanbod van diensten:

- onderzoek naar de kwalitatieve en kwantitatieve behoefte aan verschaffers (personen en instituten) van zorg, in het licht van de „need” bij de bevolking;
- bestudering van alternatieve modellen voor de voorziening in de behoefte aan zorg;
- onderzoek naar de consequenties van de te onderscheiden modellen (medisch, sociaal, economisch, juridisch, organisatorisch).

ad c. Structuur en functionering:

- onderzoek naar het functioneren van het huidige stelsel van voorzieningen, ook sectorgewijs. Evaluatie van doelstelling, werkwijze (doelmatigheid) en resultaat;
- ontwikkelen van voorstellen ter verbetering;
- bestudering van de mogelijkheden van regionalisering in de gezondheidszorg, mede teneinde een harmonische afstemming van intra- en extramurale voorzieningen te bereiken.

ad d. Economische aspecten:

- onderzoek naar de economische implicaties van de gezondheidszorg. In dit verband onder andere bestudering van de relatie tussen kosten en effectiviteit van bestedingen in een bepaalde richting;
- bestudering van de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg als geheel en in verschillende sectoren;
- bestudering van de financiering van de gezondheidszorg onder andere met betrekking tot de verhouding overheid/particulieren, het aantrekken van fondsen in het licht van de snelle stijging der kosten, het verzekeringssysteem, de invloed van het systeem van risicodekking op het niveau en de wijze van dienstverlening.

Verschillende onderzoeken die onder een of meer van de bovengenoemde themata kunnen worden gerubriceerd, zijn reeds in bewerking binnen het kader van het nieuwe instituut. Gewezen kan worden op het omvangrijke onderzoek op het terrein van de zwakzinnigenzorg, (in uitvoering bij het I.V.A.) op het onderzoek naar de behoefte aan en functionering van de institutionele dienstverlening in een concrete regio (I.V.A.), op een sociaal-economische analyse met betrekking tot de verloskundige voorzieningen (Leerstoel Ziekenhuiswezen) en op de ontwikkeling van analysetechnieken in verband met de kosten en effectiviteit in de gezondheidszorg.

Organisatie

Het Instituut zal zijn activiteiten vorm geven door middel van de inschakeling van eigen medewerkers en/of door gebruik te maken van medewerkers verbonden aan één of meer van de meewerkende instanties. Naar gelang de betreffende activiteit, kan terzake hiervan een zodanige keuze worden gedaan, dat voldaan wordt aan eisen van doelmatigheid. Het platform van de verlangde deskundigheid zal steeds van een zo breed mogelijke samenstelling kunnen zijn. Centrale coördinatie, stimulering en serviceverlening ten aanzien van onderzoeks- en onderwijsprojecten zullen binnen het Instituut voor Gezondheidszorg tot hun recht kunnen komen.

Het Instituut voor Gezondheidszorg is gevestigd te Tilburg, Hogeschoollaan 225, telefoon 04250-70960. Als directeur van het nieuwe instituut zal voorlopig optreden Drs. M. Raaymakers en als secretaris Drs. R. M. Lapré.

Leids beroep op Staten Generaal om „Wet-Veringa” te verwerpen

Van de 342 hoogleraren en lectoren van de Leidse Universiteit hebben er 122 een adres aan de leden van de Staten Generaal ondertekend, waarin zij een dringend beroep doen op het parlement, het ontwerp van wet Universitaire Bestuurshervorming 1970 (de zogenaamde Wet-Veringa) te verwerpen. Zij stellen er zich van bewust te zijn dat verwerping van de wet ernstige politieke consequenties kan hebben. Zij achten het belang van goed functionerende en hooggekwalficeerde universiteiten en hogescholen voor ons land echter zo groot dat zij van mening zijn dat deze consequenties aanvaard moeten worden.

In het adres stellen zij onder meer het volgende:

De universiteit is in de eerste plaats een functionele organisatie met een duidelijk doel. De organisatiestructuur dient zodanig te zijn dat dit doel zo goed mogelijk wordt bereikt. De gemeenschap, die de gelden voor het wetenschappelijk onderwijs en onderzoek bijeenbrengt, dient een belangrijke stem te hebben bij de beslissing voor welke doeleinden deze gelden worden gebruikt, temeer daar het effect van de wetenschap op de maatschappij nog steeds toeneemt. Aan deze eis wordt in geen enkel opzicht voldaan wanneer de beslissingen in handen worden gelegd van een zeer klein gedeelte van deze gemeenschap (studenten en universitair personeel) waarvan de persoonlijke belangen bovendien nog zijn verweven met die van onderzoek en onderwijs. Participatie bij de besluitvorming van bij de universiteit betrokkenen dient derhalve zodanig geregeld te zijn dat de doelstellingen van de universiteit en de belangen van de gemeenschap niet in gevaar worden gebracht.

De in de ontwerpwet voorgestelde structuur geeft geen zekerheid dat de universiteit beter zal functioneren. Met een dergelijke structuur is geen enkele ervaring opgedaan, zodat er in feite sprake zal zijn van een groot en vermoedelijk kostbaar experiment. Een experiment met grote risico's: achteruitgang van de kwaliteit van het onderwijs, verwaarlozing van bepaalde belangrijke onderzoeksgebieden, hoge extra personeelskosten, geen mogelijkheid het experiment bij mislukking te beëindigen. Onder dergelijke omstandigheden dient een experiment beperkt van omvang te zijn en niet betrekking te hebben op het gehele wetenschappelijk onderwijs. Thans is er in feite sprake van een waagstuk.

De samenstelling van de raden op universitair en faculteitsniveau is zodanig dat de kwaliteit van het onderwijs niet langer kan worden gegarandeerd. De docenten zullen immers niet meer tezamen kunnen vaststellen in welke onderwerpen onderwijs zal worden gegeven. Evenmin zal de individuele docent nog de vrijheid hebben de hem toevertrouwde stof naar eigen inzicht te behandelen. Op faculteitsniveau zal

het wetenschappelijk corps weliswaar minstens de helft van de zetels bezetten, doch in dit corps zijn de medewerkers in tijdelijke dienst en de assistenten mede begrepen. Velen van hen bereiden zich voor op een promotie en blijven slechts tijdelijk op de universiteit: hun belangstelling is meestal niet op de universiteit gericht en zij missen, evenals de studenten, de kennis en ervaring om over zaken buiten hun eigen vakgebied te oordelen. Op universitair niveau zal het administratief en overig hulpverlenend personeel tezamen met de studenten vermoedelijk de meerderheid bezitten zodat diegenen, die krachtens hun aanstelling verantwoordelijk zijn voor onderwijs en onderzoek een minderheid zullen gaan vormen. Ter illustratie diene dat bij een universiteitsraad van 40 personen en bij de huidige samenstelling van het wetenschappelijk corps het aantal hoogleraren/lectoren in de raad niet meer dan 4 à 5 zal bedragen. Dit aantal zou zelfs nog lager kunnen uitvallen omdat er in de wet niets bepaald wordt over de verkiezingsmethode.

Het is onwaarschijnlijk dat de raden de heersende opvattingen evenredig zullen vertegenwoordigen. De ervaring heeft geleerd dat vele studenten en docenten zich niet zodanig met de universiteit identificeren dat zij steeds weer bereid zijn toegezonden stukken betreffende organisatorische of andere bestuurlijke zaken te bestuderen, bijeenkomsten bij te wonen, een bijdrage aan discussies te leveren, zich verkiesbaar te stellen of zelfs van het kiesrecht gebruik te maken. Voor de meeste studenten geldt immers dat zij primair geïnteresseerd zijn in het verkrijgen van vakbekwaamheid; voor de docenten dat de tijd veelal ontbreekt om zich voor het universitaire bestuur in te zetten. Dientengevolge zullen bepaalde actieve groeperingen in de raden oververtegenwoordigd zijn. Extreme opvattingen en maatregelen zijn derhalve te verwachten, terwijl op universitair niveau een ondervertegenwoordiging van leden van de β -faculteiten plaats zal vinden. Een betreurenswaardig gevolg zou kunnen zijn dat de universiteit geïsoleerd raakt in de maatschappij, dat het onderzoek nog meer dan thans bepaald gaat worden door stokpaardjes en modeverschijnselen in plaats van door de behoeften van de maatschappij op langere termijn en de eisen van de wetenschap, en dat op den duur er een sterke pressie zal worden uitgeoefend op regering en parlement om bepaalde beroepsopleidingen buitenuniversitair te doen plaatsvinden.

Participatie van alle betrokkenen vereist voorlichting, informatieverschaffing, vergaderingen, voorbesprekingen, etc. Een aanzienlijk deel van de werktijd is hiermee gemoeid, terwijl de papier- en reproductiekosten niet verwaarloosbaar zijn. Een voorzichtige schatting komt op 10% van de totale personeels- en exploitatieuitgaven. Tegenover deze uit-

gaven staat geen uitbreiding of kwaliteitsverbetering van onderwijs en onderzoek. Bovendien blijft het merendeel van de docenten, die reeds ervaring op dit gebied hebben, na verloop van tijd niet meer bereid te zijn deel te nemen aan eindeloze discussies over de meest onbenullige onderwerpen, die zich bovendien door de wisselende studentenvertegenwoordiging steeds weer zullen herhalen.

Het besturen van een miljoenenbedrijf als een universiteit is geen zaak om aan amateurs over te laten. De universiteitsraad bestaat echter voor vijf zesde uit personen zonder bestuurservaring, die bij de universiteit betrokken zijn of omdat zij een studie wensen te voltooien, of omdat zij vanwege wetenschappelijke of andere prestaties uitgekozen zijn om wetenschappelijk onderwijs te geven, of omdat zij moeten assisteren bij beheer en administratie. Weliswaar zal er tevens een college van bestuur worden ingesteld, waarin drie van de vijf leden door de minister worden benoemd, doch de bevoegdheden van dit college zijn beperkt. Het bepalen van prioriteiten van wetenschappelijk onderzoek door middel van het ter beschikking stellen van personeelsplaatsen en gelden vindt bijvoorbeeld door de universiteitsraad plaats, die hiertoe in meerderheid de deskundigheid en bestuurservaring mist. Bovendien is het zeer de vraag of bekwame bestuurders uit de praktijk bereid zullen zijn in het college van bestuur plaats te nemen. De belangrijke bestuurservaring, die thans bij sommige curatoren aanwezig is, zal vermoedelijk voor de universiteiten verloren gaan.

Tengevolge van het hiervoor gestelde valt te verwachten dat het meer omvangrijke wetenschappelijk onderzoek in toenemende mate buiten de universiteit om zal worden georganiseerd en dat er van enige bestuurlijke band tussen deze onderzoeksinstituten en de universiteit geen sprake zal zijn. Een verarming van de universiteit zal het gevolg zijn met op den duur een kwaliteitsvermindering van het onderwijs. Bovendien zullen door gebrek aan coördinatie en duplicatie de totale kosten van wetenschappelijk onderwijs en onderzoek belangrijk hoger worden dan thans het geval is.

Voor mensen uit de praktijk (bijvoorbeeld uit de industriële research, de medische wereld, het bestuursapparaat of de rechterlijke macht) zal het hoogleraarschap minder aantrekkelijk worden. Er zijn duidelijke aanwijzingen dat dit thans reeds het geval is. Een reden te meer om een kwaliteitsvermindering van het onderwijs en isolement van de universiteit te verwachten.

De Wet Veringa is een compromis tussen enerzijds de extreme eisen van een kleine groep radicale studenten en anderzijds de wens om de kwaliteit van het wetenschappelijk onderwijs te handhaven. Er is echter geen compromis mogelijk tussen standpunten, die principieel met elkaar in strijd zijn. Wanneer over enkele jaren gebleken zal zijn dat de nieuwe bestuursstructuur niet werkt, dan zullen inmiddels de beste krachten in groten getale de universiteit verlaten hebben. Verwacht kan worden dat dan we-

derom gedeeltelijk zal worden toegegeven aan de eisen der radicalen, die immers altijd al betoogd hadden dat de hervorming niet ver genoeg ging. Van daar dat een principiële afwijzing van de wet thans vereist is.

Wellicht ten overvloede wijzen de ondertekenaars van het arrest er op dat zij beslist niet elke verandering afwijzen. Zij zijn er van overtuigd dat de huidige structuur ernstige gebreken vertoont en dat in het bijzonder de positie van de wetenschappelijke staf moet worden verbeterd. Zij zijn ten volle bereid mede te werken aan een zinvolle participatie van studenten en technisch/administratieve staf bij zaken, waarover deze groeperingen kunnen oordelen. Zij achten het echter ongewenst en gevaarlijk dat deze groeperingen gaan oordelen over zaken, waar zij geen enkel verstand van hebben. De structuur Veringa verzwakt de bestuurskracht van de universiteit in belangrijke mate, juist in een tijd dat vele problemen om goede oplossingen vragen. Het is onaanvaardbaar dat het beheer van een f 2 miljard overheidsgeld in laatste instantie in handen gegeven wordt van raden, die voor het grootste deel uit ondeskundigen bestaan, aldus besluiten de ondertekenaars het Leidse arrest aan de Staten Generaal.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

P. L. de Vogel promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Enige functioneel anatomische aspecten van het bovenste spronggewricht”. Promotor was Prof. Dr. J. M. F. Landsmeer.

A. Wink promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Toxische stoffen en bijnierschors-hormonen”. Promotor was Prof. Dr. E. L. Noach.

Benoemingen:

Prof. Dr. J. W. F. Beks, gewoon hoogleraar in de neurochirurgie aan de Rijksuniversiteit te Groningen is benoemd tot Membre d'honneur van de Société de Neuro-Chirurgie de langue française.

Prof. Dr. G. Chapchal is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de orthopaëdie.

Dr. A. Eijgelaar, thans hoofd van de afdeling thoraxchirurgie van de Kliniek voor Heelkunde van het Algemeen, Provinciaal, Stads- en Academisch Ziekenhuis te Groningen, is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de thoraxchirurgie.

Dr. H. C. Zanen is benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de medische microbiologie en epidemiologie.

Besluiten der Algemene Vergadering

Overzicht van de besluiten van de 156ste Algemene Vergadering gehouden op zaterdag 12 september 1970 te Utrecht (Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum), aanvang 13.30 uur.

1. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering (punt III van de beschrijvingsbrief). Aangewezen worden de voorzitter, de secretaris-generaal en L. Provó Kluit, arts te Leeuwarden (district XIX).

2. Verkiezingen (punt V van de beschrijvingsbrief). Als leden van het stembureau worden aangewezen A. Blok, arts te Amstelveen, Mr. B. Schultsz, adjunct-secretaris der Maatschappij en J. Vermeijden, arts te Amsterdam.

a. Tot leden van het hoofdbestuur worden gekozen: Dr. J. L. A. Boelen, Gouda; L. Th. G. Rozeman, Sittard; Dr. H. W. A. Sanders, Helmond; Meijuffrouw E. Smit, Amstelveen en Dr. Y. van der Wielen, Voorburg.

b. Tot leden van de Raad van Beroep worden gekozen: Dr. D. J. Hartman, Velp; Dr. H. Navis, Arnhem; Dr. Jos. L. H. Specken, Eindhoven; F. H. Veldhuijzen van Zanten, Gouda; Prof. Mr. A. L. Melai, Leiden.

Tot plaatsvervangende leden van de Raad van Beroep worden gekozen: Ph. J. Hoedemaker, Leeuwarden; Dr. R. B. Spanjaard, Amsterdam; Dr. J. D. Bom, 's-Gravenhage; Mr. J. C. Coebergh, 's-Gravenhage.

c. Tot leden van het bestuur van Medisch Contact worden gekozen Dr. J. A. Stoop, Utrecht en J. H. van Meurs, Beverwijk.

d. Tot lid van het bestuur van de Stichting het Ondersteuningsfonds wordt herkozen E. M. van Schaik, Apeldoorn.

e. Tot lid van de commissie van uitvoering voor de steunregeling van oorlogsslachtoffers wordt gekozen G. Dekker, Overveen.

3. Behandeling van het jaarverslag der Maatschappij over het jaar 1969 (punt VI van de beschrijvingsbrief). Het jaarverslag wordt goedgekeurd.

4. Behandeling van de jaarverslagen over het jaar 1969 (punt VII van de beschrijvingsbrief van: a. de Raad van Beroep, b. het Bestuur van Medisch Contact, c. de commissie voor het Bureau voor Waarneming en Vestiging, d. de commissie voor de geldmiddelen, e. het Bestuur van de Stichting het Ondersteuningsfonds, f. de commissie van uitvoering voor de steunregeling aan oorlogsslachtoffers.

De jaarverslagen worden goedgekeurd.

5. Behandeling van de financiële stukken (punt VIII van de beschrijvingsbrief).

A. Medisch Contact. De rekening en verantwoording over 1969 en de begroting voor 1971 worden goedgekeurd. De penningmeester wordt gedéchargeerd voor het geldelijk beheer over 1969.

B. De stichting het ondersteuningsfonds voor behoeftige geneeskundigen en voor behoeftige weduwen en wezen van geneeskundigen. De balans wordt aanvaard. De rekening over 1969 wordt goedgekeurd. De begroting voor 1971 wordt goedgekeurd; de grondslag voor de bijdrage voor het jaar 1971 wordt verhoogd van f 16,— tot f 20,—. De penningmeester wordt gedéchargeerd voor het geldelijk beheer over 1969.

C. Het fonds tot steun aan oorlogsslachtoffers. De balans wordt goedgekeurd. De rekening en verantwoording over 1969 wordt goedgekeurd. De penningmeester wordt gedéchargeerd voor het geldelijk beheer over 1969.

D. De Maatschappij. De balans wordt aanvaard. De rekening en verantwoording over 1969 wordt goedgekeurd. De grondslag voor de contributie voor 1971 wordt gesteld op f 80,—. De begroting wordt goedgekeurd. De Algemene Vergadering heeft besloten de SANO voor 1971 een extra-bijdrage ad. f 5.000,— te geven.

E. De gecombineerde balans der Maatschappij wordt aanvaard.

F. Het verslag van de commissie voor de geldmiddelen wordt goedgekeurd.

G. De secretaris-penningmeester c.q. de secretaris-generaal der Maatschappij worden gedéchargeerd voor het geldelijk beheer over 1969.

6. Benoeming bibliothecaris en plaatsvervangend bibliothecaris der Maatschappij (punt IX van de beschrijvingsbrief). Dr. J. A. van Dongen, arts te Amsterdam, wordt opnieuw benoemd tot bibliothecaris der Maatschappij; H. de Vos, arts te Haarlem wordt opnieuw benoemd tot plaatsvervangend bibliothecaris.

7. De jaarvergadering der Maatschappij (punt X der beschrijvingsbrief). De Algemene Vergadering verleent dispensatie voor het houden van een Algemene Vergadering ter behandeling van de jaarstukken in oktober 1971 i.p.v. op een datum vóór 15 september zoals ingevolge artikel 404 van het H.R. is voorgeschreven.

Sluiting van de Algemene Vergadering te 17.15 uur.

Convocatie ledenvergadering

Convocatie voor de tweede gewone ledenvergadering der L.S.V. in het jaar 1970, te houden op zaterdag 24 oktober 1970, des morgens te 11.00 uur in het Jaarbeurs-Congres- en Vergadercentrum te Utrecht. (tel. 030-914914.)

Agenda:

1. Opening.
2. Appèl nominaal der afgevaardigden.
N.B. In plaats van de mondelinge oproep, zullen de afgevaardigden zich melden op gereed liggende presentielijsten.
3. Inleiding door de voorzitter.
4. Goedkeuring van de notulen van de eerste gewone ledenvergadering in 1970 d.d. 25 april 1970.
5. Voorziening in de vacature, ontstaan door het tussentijds aftreden per 1 november 1970 van Dr. J. van Mansvelt.*
6. Bekrachtiging van de keuze van de voorzitter.
N.B. Het Centraal Bestuur heeft, overeenkomstig het bepaalde in artikel 18 van het huishoudelijk reglement der L.S.V. als voorzitter gekozen: Dr. R. M. Versteegh, K.N.O.-arts te Utrecht, die na het aftreden van de huidige voorzitter vanaf 1 november 1970 en voor het jaar 1971 in functie zal treden.
7. Goedkeuring jaarverslag van de penningmeester over het jaar 1969.
8. Accountantsrapport en verslag Commissie Geldmiddelen over het beheer der geldmiddelen.
9. Décharge van de penningmeester.
10. Goedkeuring begroting voor het jaar 1971.
N.B. Zoals uit de bij deze begroting gevoegde toelichting blijkt, wordt voorgesteld voor het jaar 1971 de contributie-grondslag te stellen op f 80,—.

Lunchpauze

11. Mededelingen van de voorzitter van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten.
12. Voorstel ook voor het jaar 1971 een extra con-

* Er wordt op gewezen dat ingevolge artikel 14 sub 2 van het huishoudelijk reglement der L.S.V. ook kandidaten kunnen worden voorgedragen door de districtsvergadering of door tenminste 20 leden der vereniging.

tributie te heffen van f 475,— ten behoeve van een risico-dekking voor weduwen en wezen.

13. Mededelingen van de voorzitter van de onderhandelingscommissie der L.S.V.
14. Mededelingen inzake de verdere gang van zaken met betrekking tot de richtlijnen particuliere honoraria.
15. Voortgang met betrekking tot het onderzoek naar de mogelijkheden van een eventuele afsplitsing der polikliniekkosten uit de ziekenfondshonorering van ziekenhuisspecialisten.
16. Rondvraag.
17. Sluiting.

Namens het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging
de secretaris

G. A. M. Hunfeld

Jaarverslag van de penningmeester der Landelijke Specialisten Vereniging over het verenigingsjaar 1969

Balans per 31 december 1969

ACTIVA	31-12-1969	31-12-1968
	f	f
Kantoorinventaris	1,—	1,—
Deelneming waarborgkapitaal		
O.L.M.A.	430.000,—	430.000,—
Effecten	405.388,34	411.228,13
Lening u/g	1.941,70	3.141,70
Geldmiddelen	71,70	24.631,05
Kon. Ned. Maatschappij t.b.d.		
Geneeskunst		7.924,01
Te vorderen contributies	11.312,50	3.670,—
Vooruitbetaalde en te vorderen posten	71.564,73	89.414,61
	<u>920.279,97</u>	<u>970.010,50</u>
PASSIVA	31-12-1969	31-12-1968
	f	f
Kapitaal	212.937,31	242.293,15
Algemene reserve	73.118,48	63.588,90
Fonds inzake deelneming waarborgkapitaal O.L.M.A.	454.209,55	454.114,55
Fonds voor economische en statistische onderzoeken ...	128.365,10	156.820,84
Kon. Ned. Maatschappij t.b.d.		
Geneeskunst	18.819,32	
Bankschuld	1.835,82	
Te betalen posten	14.972,34	24.416,48
Voordelig saldo 1968		28.776,58
Voordelig saldo 1969	16.022,05	
	<u>920.279,97</u>	<u>970.010,50</u>

**Staat van baten en lasten over het boekjaar 1969
vergeleken met de begroting 1969**

LASTEN	begroting werkelijkheid	
	f	f
Onkosten Centraal Bestuur, commissies enz.	45.000,—	47.146,96
Representatiekosten Centraal Bestuur	1.000,—	761,21
Vergoeding inkomstenderving, kostenvergoeding en assistentie	65.000,—	26.794,52
Salarissen personeel	135.000,—	145.873,81
Toelagen autokosten	4.800,—	6.200,—
Premies pensioenverzekering personeel	38.000,—	49.852,64
Sociale lasten enz.	12.000,—	12.566,27
Onkosten ledenvergaderingen enz.	5.000,—	4.179,84
Vergoeding aan Maatschappij voor kantoorhuur, service enz.	50.000,—	94.415,09
Porti, telefoon, telegraaf	6.000,—	5.932,55
Aanschaffing en onderhoud kantoorinventaris	2.000,—	3.933,83
Kantoorbehoeften	2.500,—	9.607,21
Bibliotheek en abonnementen	2.500,—	3.116,13
Kosten vergaderingen Europese Specialisten Unie	4.500,—	15.343,47
Kosten Commissie Oudedags- Voorziening Specialisten	25.000,—	16.685,26
Kosten inrichting en outillage van de ruimten in het nieuwe gebouw	70.000,—	20.200,26
Diverse en onvoorziene uitgaven .	6.700,—	21.063,32
Voordelig saldo 1969		16.022,05
	<u>475.000,—</u>	<u>499.694,42</u>
BATEN	begroting werkelijkheid	
	f	f
Contributies	435.000,—	454.483,50
Intrest	40.000,—	38.303,92
Onderhuur		6.907,—
	<u>475.000,—</u>	<u>499.694,42</u>

De hierboven opgenomen balans per 31 december 1969 en de staat van baten en lasten over het jaar 1969 werden overgenomen uit het rapport van de Nederlandse Accountants Maatschappij te Amsterdam, d.d. 14 juli 1970 uitgebracht aan het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging over de controle der administratie dezer Vereniging over het boekjaar 1969.

De accountantsverklaring van het rapport, dat op de ledenvergadering der L.S.V. d.d. 24 oktober 1970 voor de afgevaardigden ter inzage ligt, luidt als volgt:

„Op grond van onze werkzaamheden verklaren wij, dat wij de jaarrekening over 1969, zoals deze op de bijlagen 1 en 2 is opgenomen, akkoord hebben bevonden.”

De staat van baten en lasten over het boekjaar 1969 heeft een voordelig saldo van f 16.022,05, tegenover een zonder saldo sluitende begroting voor 1969.

Bij vergelijking van de uitkomst over 1969 met de begroting blijkt:

Meer ontvangen dan begroot

	f	f
Contributies	19.500,—	
Onderhuur	6.900,—	
		<u>26.400,—</u>

Minder ontvangen dan begroot

Intrest		1.700,—
		<u>24.700,—</u>

Minder uitgegeven dan begroot

Representatiekosten Centraal Bestuur	200,—	
Vergoedingen inkomstenderving, kostenvergoedingen en assistentie	38.200,—	
Onkosten ledenvergaderingen enz.	800,—	
Porti, telefoon, telegraaf	100,—	
Kosten Commissie Oudedags- Voorziening Specialisten	8.300,—	
Kosten inrichting en outillage van de ruimten in het nieuwe gebouw	49.800,—	
		<u>97.400,—</u>
		<u>122.100,—</u>

Meer uitgegeven dan begroot

Onkosten Centraal Bestuur, commissies enz.	2.100,—	
Salarissen personeel	10.900,—	
Toelagen autokosten	1.400,—	
Premies pensioenverzekering personeel	11.900,—	
Sociale lasten enz.	600,—	
Vergoeding aan Mij. voor kantoorhuur, service	44.400,—	
Aanschaffing en onderhoud kantoorinventaris	1.900,—	
Kantoorbehoeften	7.100,—	
Bibliotheek en abonnementen	600,—	
Kosten vergaderingen Europese Spec. Unie	10.800,—	
Diverse en onvoorziene uitgaven .	14.400,—	
		<u>106.100,—</u>
Per saldo is het resultaat gunstiger dan begroot		<u>16.000,—</u>

Toelichting

Bij de toelichting die ondergetekende gaf bij de begroting voor het jaar 1969 werd er reeds op gewezen dat de opstelling van die begroting werd bemoeilijkt door veel onzekerheden in verband met de financiële consequenties van de verhuizing naar en het betrekken van de nieuwe behuizing in Utrecht.

Nochtans werd de begroting zodanig opgesteld, dat in de toelichting de verwachting kon worden uitgesproken dat de begrote uitgaven in hun totaal zouden kunnen worden opgevangen zonder dat de resultaten-rekening een tekort van enige omvang zou aanwijzen.

De moeilijkst te begroten post was de vergoeding aan de Maatschappij voor kantoorhuur, service enz. in het nieuwe gebouw te Utrecht en uit de resultaten-rekening blijkt dat de daarvoor begrote post met

ruim f 50.000,— is overschreden. Het tekort op deze post kon praktisch geheel worden opgevangen doordat de kosten van de inrichting en outillage van de ruimten in het nieuwe gebouw belangrijk beneden het daarvoor begrote bedrag zijn gebleven.

In dit verband zij nog opgemerkt dat krachtens een eerder besluit van uw ledenvergadering de kosten van het door de L.S.V. bij het betrekken van het nieuwe gebouw aangeboden geschenk, buiten de begroting om uit de algemene reserve zijn voldaan.

De post „salarissen personeel” is met f 10.000,— overschreden, als gevolg van enkele incidentele salaris-herzieningen in 1969 en de noodzaak om in Utrecht het werk op te vangen door inschakeling van uitzendkrachten.

Voorts is de post „kosten vergaderingen Europese Specialisten Unie” hoger als gevolg van het

feit dat in het verslagjaar de L.S.V. als gastvrouw is opgetreden bij een in Nederland gehouden algemene vergadering van de Europese Specialisten Unie.

Gezien het bovenstaande verheugt het ondergetekende dat in het verslagjaar zich geen tekort op de resultaten-rekening heeft voorgedaan en de staat van baten en lasten over het boekjaar 1969 zelfs sluit met een voordelig saldo van f 16.022,05.

Voorgesteld wordt tenslotte dit voordelig saldo ten bedrage van f 16.022,05 toe te voegen aan het kapitaal der Vereniging.

Namens het Centraal Bestuur der
Landelijke Specialisten Vereniging
de penningmeester
A. M. Gründemann

Begroting Landelijke Specialisten Vereniging 1971

	werkelijkheid 1969	begroting 1970	begroting 1971
Inkomsten			
1. Contributies	f 454.483,50	f 465.000,—	f 660.000,—
2. Intrest	38.303,92	45.000,—	40.000,—
3. Onderhuur	6.907,—		
	f 499.694,42	f 510.000,—	f 708.000,—
Uitgaven			
1. Onkosten Centraal Bestuur, commissies enz.	f 47.146,96	f 45.000,—	f 47.500,—
2. Representatiekosten Centraal Bestuur	761,21	1.500,—	1.500,—
3. Vergoeding inkomstenderving kostenverg. en assistentie	26.794,52	50.000,—	120.000,—
4. Salarissen personeel	145.873,81	155.000,—	220.000,—
5. Toelage autokosten	6.200,—	7.200,—	7.200,—
6. Premies pensioenverzekering personeel	49.852,64	50.000,—	65.000,—
7. Sociale lasten enz.	12.566,27	15.000,—	18.000,—
8. Onkosten ledenverg. enz.	4.179,84	10.000,—	10.000,—
9. Vergoeding aan Maatschappij voor kantoorhuur, service enz.	94.415,09	85.000,—	100.000,—
10. Porti, telefoon, telegraaf	5.932,55	10.000,—	10.000,—
11. Kantoorinventaris	3.933,83	2.000,—	2.000,—
12. Kantoorbehoeften	9.607,21	4.000,—	5.000,—
13. Bibliotheek en abonnementen	3.116,13	3.000,—	3.500,—
14. Kosten Commissie Oudedagsvoorziening Specialisten	16.685,26	30.000,—	30.000,—
15. Kosten vergaderingen Europese Specialisten Unie ...	15.343,47	5.000,—	10.000,—
16. Reservering aanvulling kapitaal		20.000,—	20.000,—
17. Kosten inrichting nieuwe gebouw	20.200,26		
18. Diverse en onvoorzienne uitgaven	21.063,32	17.300,—	38.300,—
19. Voordelig saldo 1969	16.022,05		
	f 499.694,42	f 510.000,—	f 708.000,—

(Voor de toelichting op deze begroting zie de volgende bladzijde)

Toelichting op de begroting 1971 van de Landelijke Specialisten Vereniging

Bij de opstelling van de begroting voor het jaar 1971 is rekening gehouden met de navolgende omstandigheden.

In verband met het feit, dat de directeur van het bureau tegen het einde van het begrotingsjaar wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd zijn functie zal neerleggen, heeft het Centraal Bestuur besloten in het laatste kwartaal van dit jaar dan wel in het begin van het begrotingsjaar een academicus bij de werkzaamheden van het bureau te betrekken.

Hiermee wordt beoogd de voortgang van de werkzaamheden na het vertrek van de directeur zo vlot mogelijk te doen verlopen. Een en ander zal leiden tot een bijzondere, in beginsel éénmalige, verhoging van deze salarispost.

Voorts is er op gerekend, dat krachtens een besluit van het Centraal Bestuur de administratieve afdeling met een personeelslid zal worden uitgebreid.

Een consequentie van deze besluiten is, dat de salarispost voor het begrotingsjaar niet onbelangrijk hoger moest worden geraamd dan in het voorgaande jaar.

Voorts is door het Centraal Bestuur besloten een toelage toe te kennen in de orde van grootte van een chef de clinique-salaris aan twee der zwaarst belaste bestuursleden, ten einde hen in staat te stellen voorzieningen in hun praktijk te treffen, zodat zij hun bestuurswerk op verantwoorde wijze met de uitoefening van hun praktijk kunnen combineren. Dit besluit heeft als consequentie een verhoging van de post assistentie.

De post „vergoeding onkosten aan de Maatschappij” kon aan de hand van de laatste gegevens thans vrij nauwkeurig worden benaderd. Zij is samengesteld uit circa f 53.000,— aan huur en circa f 43.000,— aan servicekosten.

Evenals het vorig jaar is ook voor het jaar 1971 een bedrag van f 20.000,— opgenomen ter aanvulling van het kapitaal der Vereniging.

Om voor de dekking van de uitgavenraming een sluitende begroting te verkrijgen, stelt het Centraal Bestuur de ledenvergadering voor bovenstaande begroting goed te keuren en aan de hand daarvan de contributie-grondslag voor 1971 vast te stellen op een bedrag van f 80,—.

Namens het Centraal Bestuur der
Landelijke Specialisten Vereniging
de penningmeester
A. M. Gründemann

MC | VAN DE STICHTING VOORLOPIG BEHEER PENSIOENGELDEN VOOR HUISARTSEN

Kort verslag

Kort verslag van de bestuursvergadering, gehouden op donderdag 21 mei 1970 in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht.

Op vergaderingen van plaatselijke huisartsenverenigingen is het pensioenplan voor de leden verduidelijkt. Deze vergaderingen werden bijgewoond door enkele leden van het Centraal Bestuur der L.H.V. en de directeur. Bij deze bijeenkomsten kwam duidelijk waardering voor het pensioenplan naar voren.

De voorzitter van de Technische Commissie deelt mee dat binnenkort cijfers te verwachten zijn over de kosten van de backservice.

Het bestuur besluit tot oprichting van de financieel economische raad en formuleert de taakomschrijving. Daarna worden de leden van de raad benoemd.

Ruime aandacht wordt geschonken aan een eventuele pensioenregeling voor huisartsen in opleiding mede in verband met de opleidingsplannen waarvan de uitvoering wordt voorbereid.

MC | UIT DE AFDELINGEN

Haarlem en Omstreken

Communiqué over geluidshinder

De besturen van de afdeling Haarlem en Omstreken van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, van de Plaatselijke Specialisten Vereniging en de Plaatselijke Huisartsen Vereniging Haarlem en Omstreken hebben kennis genomen van de plannen tot uitbreiding van Schiphol met een vijfde en zesde baan.

Zij zijn van mening dat de te verwachten geluidshinder als gevolg van deze uitbreiding, een ernstige bedreiging vormt voor de volksgezondheid in de omgeving van Schiphol.

Om deze reden achten zij deze uitbreiding onaanvaardbaar.

Heemstede, 7 september 1970

Afdeling Haarlem en Omstreken van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst:

C. F. W. Rietveld, voorzitter,
Mevrouw E. M. A. Vriesendorp-de Clerq,
secretaris

Plaatselijke Specialisten Vereniging:

Dr. W. Rensen, voorzitter,
Dr. D. Bloemers, secretaris

Plaatselijke Huisartsen Vereniging:

J. v. d. Andel, plv. voorzitter,
J. van Dam, secretaris.

Voordrachten

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

Alkmaar en Omstreken: F. Hirschmann, anesthesist, onderwerp: „Medische aspecten van verdrinking”.

Alphen en Omstreken: Dr. G. J. Bremer, huisarts, onderwerp: „Trektocht in Nepal”.

Emmeloord en Omstreken: H. C. Koppert, onderwerp: „Medische indrukken tijdens een verblijf in Biafra”.

Gouda en Omstreken: Dr. F. F. L. Lingen, onderwerp: „Nieuwe organisatievormen in de gezondheidszorg”. Zr. Jongepier, onderwerp: „Hulpmiddelen en bandages, welke tegenwoordig worden toegepast bij patiënten met een anus praeternaturalis”.

Groningen en Omstreken: Dr. R. C. Hoekstra, zenuwarts, onderwerp: „Seksuele doding: forensisch-psychiatrische studie vanuit de van Mesdaginrichting”.

Haarlem en Omstreken: Dr. C. P. Sporken, onderwerp: „Medische ethiek, stervensbegeleiding en euthanasie”.

ADRESWIJZIGINGEN

kunnen om technische redenen niet spoor-slags worden gerealiseerd. Men verzeker zich toezending van Medisch Contact op een nieuw adres door van adreswijziging ten minste vier weken tevoren opgave te doen aan de administratie.

Oldambt: S. P. Keijser, röntgenoloog, onderwerp: „Radioactieve isotopen in de geneeskunde”.

Slingeland: Dr. C. P. Sporken, onderwerp: „Stervensbegeleiding”.

Zaanland: Dr. D. van Alten, onderwerp: „De huisarts en de paptest”. G. Faber, onderwerp: „Huisarts, specialist, ziektekostenverzekering”. H. van Beek, onderwerp: „Samenwerking huisarts en internist”.

Zwolle en Omstreken: Ir. F. B. Carbasius Weber, onderwerp: „Op zoek naar een bewoonbaarheid der wereld”.

MC PERSONALIA

Nieuwe leden

H. E. van der Aa, Fagelstraat 4, Nijmegen.
Mevr. S. B. Baartman-de Vries, Kastanjestraat 38, Spijkenisse.
H. J. Th. ten Berge, Volendamlaan 742, Den Haag.
A. J. Boezeman, Verdiweg 347, Amersfoort.
Dr. M. F. D. Csányi, Baljuwstraat 21, Nijmegen.
O. M. Dooijes, Willem de Zwijgerlaan 23, Vlaardingen.
Dr. W. M. M. Driessen, Daniëlsweg 170, Nijmegen.
M. van Hilten, Bennekomstraat 60, Den Haag.
M. J. A. J. M. Hoes, Mariaplein 4, Nijmegen.
J. A. M. Jaspars, Dorpsstraat 48, Elst (Gld.).
J. J. C. Jonker, Bergselaan 112a, Rotterdam.
H. Kamma, Beukelsdijk 36b, Rotterdam.
J. A. Knoop, Havendijk 111, Schiedam.
R. M. F. M. Leclercq, Struukskensweg 4, Posterholt.
L. A. M. de Leeuw, Lankforst 44-36, Nijmegen.
Mevr. Dr. U. Lemm-Klems, Buizenwerf 137, Rotterdam.
A. van der Linde, Joh. Verhulstlaan 5, Baarn.
P. A. M. Massizzo, Stadhoudersring 250, Zoetermeer.
J. W. Monster, Ligusterlaan 9, Oostvoorne.
P. C. M. Mosmans, Vlamenburg 133, Den Haag.
A. C. Nijs, Swammerdamsingel 43, Schiedam.
H. Okma, Prins Albertlaan 17, Voorburg.
J. H. Peters, Lankforst 13-20, Nijmegen.
H. Plokker, Valkenboskade 340, Den Haag.
A. J. M. J. M. Raaijmakers, Koningstraat 5, Nijmegen.
A. I. Reyerse, Hommelstraat 1, Nijmegen.
Mevr. A. L. M. Reyerse-Dingemans, Hommelstraat 1, Nijmegen.
O. Schepers, Cramerstraat 4, Delden.
Dr. J. J. Schipperheyn, Stadhouderslaan 110A, Den Haag.
J. Th. Schlangen, Claes de Vrieselaan 104a, Rotterdam.

E. J. Smeets, Aubadestraat 154, Nijmegen.
W. J. Schudel, Corn. Bloemaertsingel 81, Rotterdam.
Mevr. M. J. P. Schulten-Lukassen, Kortebrantstraat 55, Rotterdam.
J. Smit, Dorpsstraat 57, Heerjansdam.
J. J. Ströer, Honingerdijk 44, Rotterdam.
C. J. Timmermans, Schiphorsterweg 15, De Wijk (Dr.)
L. M. H. S. Tjen, Prinses Julianalaan 69a, Rotterdam.
Mevr. H. L. van Tongeren-Godthelp, Roggekamp 593, Den Haag.
F. van de Velde, Grote Steenweg 367, Berchem-Antwerpen.
H. J. M. Vink, Mr. Tydemanstraat 14, Tiel.
Dr. M. J. G. A. Waelen, de Weerd 10, Roermond.
O. P. J. M. Wuisman, Karel Doormanstraat 6, Stramproy (L.).
Jhr. van der Wyck, Voorstraat 111, Beesd.

Overleden

M. A. F. H. van den Broek, Maartensgat 1, Dordrecht.
Dr. H. J. W. Drooglever Fortuyn, Stompwijkseweg 45, Leidschendam.
C. D. van Duyn, Sterflat, Thorbeckestraat 160, Wageningen.
Th. A. B. C. van Dijk, Wilhelminapark 21, Breda.
L. F. C. van Erp Taalman Kip, Voermanstraat 8, Arnhem.
Mevr. M. A. van Ess-van der Knoop, v. d. Veerelaan 28, Amstelveen.
H. G. van Everdingen, Singel 117, Dordrecht.
Dr. W. K. Frensdorf, Rijksstraatweg 59, Glimmen.
Mej. C. M. J. Ligtenberg, Dillenburgstraat 42, Breda.
M. C. J. H. Seegers, W. Kloosstraat 2, Blerick (L.).
H. A. A. Sekhuis, Boulevard Heuvelink 175, Arnhem.
W. F. J. Stöpler, Verlengde Slotlaan 60, Zeist.
R. H. A. J. Verhoeven, Prinses Julianastraat 1, Vlijmen.
Ch. F. Winkel, Scharlooweg 76a, Postbus 512, Curacao.

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

ONZINDELIJKE UITSPRAAK MEDISCH TUCHTCOLLEGE

„Het is met die jonge dokters toch ook niet meer wat het geweest is”, sprak de zeer ervaren hoofdverpleegster en hield een lofzang op hun voorgangers die dag en nacht klaar stonden voor hun patiënten en van vrije weekends nog nooit hadden gehoord. Zij was nog niet uitgepraat, zij vervolgde haar verhaal met een saillant voorbeeld van de laksheid en het gebrek aan ervaring van een pas gevestigde huisarts. Die had het tijdens zijn weekenddienst mooi laten afweten toen haar bejaarde tante het zodanig benauwd kreeg dat de familie, bij wijze van spreken, de erfenis al aan het verdelen was. Het liep allemaal nog goed af met tante maar de later geconsulteerde specialist constateerde dat zij een licht hartinfarct had doorgemaakt.

Aangezien tante op de been bleef werd er geen klacht tegen de jonge arts ingediend, maar het had ook anders kunnen aflopen. In dat geval had onze collega zich moeten verantwoorden voor een Medisch Tuchtcollege en dat had hem ongetwijfeld een berisping opgeleverd. Daarbij zou het gebleven zijn en men zou zich niet geroepen hebben gevoeld om zich af te vragen of de 29-jarige medicus wel in staat geacht kon worden om de praktijk in haar volle omvang uit te oefenen. Dat lot is alleen beschoren aan hen die de leeftijd der sterken hebben bereikt. Een verzuim tijdens een overbelaste weekenddienst was voor het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam voldoende om het vermogen tot volledige praktijkvoering van een oudere collega in twijfel te trekken. (Medisch Contact 1970/36.)

De betrokken arts nam de praktijken waar van niet minder dan vier collega's en we mogen toch niet veronderstellen dat zij geen van allen over voldoende verantwoordelijkheidsgevoel beschikken om hun patiënten aan een competente medicus toe te vertrouwen. Als er voor hen geen reden bestond om aan de vermogens van hun waarnemer te twijfelen dan is het onzinnelijk om deze bij de beoordeling van een gemaakte fout ter discussie te stellen.

In hoeverre het juist is dat het aan de zelfkritiek van de individuele medicus wordt overgelaten om te beoorde-

len of hij in staat is praktijk uit te oefenen is een vraag die reeds herhaaldelijk is gesteld. Zo lang deze (ongewenste) situatie echter wordt gehandhaafd, is er geen aanleiding om bij incidenteel falen uitsluitend de leeftijd als een negatieve factor in het geding te brengen. Er zijn meerdere criteria welke een rol spelen bij de beoordeling van de capaciteiten en vermogens van de praktizerende medicus. De kalenderleeftijd van de betrokkenen is daarvan zeker niet de belangrijkste. Tegenover enkele gevallen van échec als gevolg van te hoge ouderdom staan vele voorbeelden van een groot prestatievermogen op latere leeftijd. Grote mannen uit de wereldgeschiedenis bereikten hun roem zelden op jeugdige leeftijd. Anderzijds is het evenmin juist, om zals de hoofdverpleegster, te twijfelen aan de competentie en de ijver van een medicus, enkel en alleen omdat hij jong en minder ervaren is.

Falen tijdens waarneming in een abnormaal groot aantal praktijken kan elke medicus, jong of oud, overkomen. Juist in deze gevallen dient een Medisch Tuchtcollege de fout tout court te beoordelen en zich te onthouden van opmerkingen ten aanzien van de praktijkvoering als geheel.

Wassenaar, 7 september 1970

Dr. F. Roest

De Zweedse Nationale Vereniging ter bestrijding van Hart- en Longziekten heeft voor 1971 wederom een drietal studiebeurzen ter beschikking gesteld: twee voor cardiologie en één voor pneumologie. De beurzen, elk van vijftienduizend Zweedse kronen, gelden voor de duur van één jaar en staan open voor niet-Zweedse cardiologen en pneumologen onder de 45 jaar. Gegadigden moeten hun kundigheid in research op het terrein van cardiovasculaire of longziekten kunnen bewijzen. Zij dienen voorts aan te geven aan welk bijzonder probleem zij tijdens hun studie in Zweden hun aandacht willen schenken. Kennis van Zweeds, Engels of Duits wordt vereist. Vervacht wordt, dat twee rapporten van het verantwoordelijke instituut over de studie worden ingezonden: een na zes maanden, en een aan het eind van de studietijd. Van deze rapporten, welke in drievoud aan de Wereldgezondheidsorganisatie moeten worden aangeboden, is één exemplaar

bestemd voor de Zweedse Nationale Vereniging ter bestrijding van Hart- en Longziekten, en één voor de directeur Voorts dienen zes maanden en twee jaren na beëindiging van de studie nieuwe rapporten te worden ingediend. Aangezien de keuze uit de kandidaten door de W.H.O. zal worden bepaald, dienen aanvragen voor de desbetreffende formulieren te worden gericht aan: World Health Organization, Avenue Appia, 1211 Geneva — 27, Switzerland. De formulieren, liefst met zo volledig mogelijke informatie, dienen vóór 31 januari 1971 aan het Hoofdkwartier van de Wereldgezondheidsorganisatie te zijn teruggezonden.

¶

Blijkens gegevens van het Centraal Bureau voor Statistiek overleden in 1968 25.946 Nederlanders aan kanker, d.i. 24,7% van het totale sterftecijfer. Op het ogenblik doen zich jaarlijks circa 36.000 nieuwe gevallen van kanker voor. Te berekenen valt, dat een huisarts met een praktijk van 3.000 patiënten ieder jaar met 8 tot 10 patiënten met een kwaadaardige ziekte wordt geconfronteerd.

¶

Een onderzoek, naar de vakantiebestemming van het lagere schoolkind ingesteld door de gemeentelijke afdeling Jeugdzaken en Volksontwikkeling te Den Haag, heeft — zo blijkt uit de dagbladers — uitgewezen, dat van het totaal van ongeveer 37.000 lagere schoolkinderen in de residentie vorig jaar 15,4% de gehele zes weken van de zomervakantie thuisbleef. Ongeveer eenzelfde percentage was hoogstens een week thuis. Het staat er niet bij, maar aannemelijk is dat de circa 30% van de kinderen die antwoordde zich in de grote vakantie te hebben verveeld in dezelfde categorieën te vinden zijn. Bijna de helft van de ondervraagde ouders was van mening, dat de wijk waarin zij wonen hun kinderen onvoldoende mogelijkheden tot vakantieontspanning biedt. Gevraagd naar wat ze het liefst zouden doen in de vakantie, antwoordden de kinderen: sport, vooral zwemmen; binnen- en buitenspelen; het de natuur ingaan; het bezoeken van musea en dergelijke.

¶

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga heeft zich tot het Centraal College voor de Erkenning en Re-

gistratie van Specialisten gewend met de vraag de opleiding van vrouwen-artsen opnieuw te willen bezien. De staatssecretaris vraagt zich af of het aantal bevallingen dat in een ziekenhuis moet plaatsvinden om erkend te kunnen worden voor de opleiding van vrouwenartsen — dat nu 750 bedraagt — niet te hoog is en of dit aantal wellicht zonder schade voor de opleiding verlaagd zou kunnen worden. Hij zou bij het bepalen van het vereiste aantal, ook met plaatselijke omstandigheden rekening gehouden willen zien. Het teruglopen van het aantal bevallingen in ons land moet geen ongunstige invloed hebben op de opleiding van gynaecologen, aldus de staatssecretaris.



„Een nieuw initiatief van het Prinses Beatrix Fonds werd in het late najaar van 1969 genomen toen het bestuur zijn goedkeuring hechtte aan een plan om te komen tot uitgaven van een informatieboekje, in de eerste plaats gericht op de huisartsen. Hierin zullen charitatieve instellingen in Nederland, die zich met de zorg voor lichamelijke of zintuiglijk gehandicapten bezighouden, hun werkwijze nader kunnen toelichten. Een werkgroep voor de voorbereiding van dit boekje werd ingesteld onder voorzitterschap van de heer P. Staverman, arts, directeur van het bureau van de Provinciale Gezondheidsraad Zuid-Holland. Bij de werkzaamheden van deze werkgroep bleek al spoedig dat het boekje niet uitsluitend voor huisartsen, maar voor alle artsen in den lande van nut zou kunnen zijn en dat ook de sector maatschappelijk werk en de sociale diensten in den lande hiervan profijt zouden kunnen trekken. Ook de overheid werkt aan deze voorbereidingen mee. Het is de bedoeling dat deze uitgave voor het eind 1970 zal verschijnen.”

Aldus een mededeling in het juist verschenen Jaarverslag 1969 van het Prinses Beatrix Fonds.



In aansluiting op hetgeen werd aangekondigd in Medisch Contact nr. 29/1970, bladzijde 800, namelijk dat op 10 oktober a.s. in het „Geert Teis Centrum” te Stadskanaal een symposium zou plaatsvinden over het onderwerp „Pijn en Pijnbestrijding”, wordt thans van de zijde van Winthrop N.V. medegedeeld, dat dit symposium is verschoven naar een latere datum.

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: Uitgeverij. 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 Uitgeverij. Kruij N.V., Bussum.

Oplage: 16.450 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

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 vrouwen 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 Beroepspensioenfonds Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021