



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

GEHEIMZINNIGE RECEPTUUR

Onder het hoofd „Medische ethiek” vindt de lezer op de volgende bladzijde een uitspraak in geanonymiseerde vorm van een Maatschappij-districtsraad. Op advies van de Raad van Beroep verzocht deze districtsraad de redactie van Medisch Contact vermelde uitspraak te publiceren. De Raad van Beroep heeft het recht om zelf tot publikatie over te gaan,

evenals de districtsraad, die echter de goedkeuring van de Raad van Beroep behoeft (artikel 628 Huishoudelijk Reglement). De Raad van Beroep heeft om hem moverende redenen besloten van zijn bevoegdheid geen gebruik te maken. De districtsraad vond evenwel de zaak van voldoende belang om ter kennis van de lezer te worden gebracht, met als gevolg bovengenoemd verzoek, waaraan de redactie heeft voldaan.

De zaak waar het om gaat geeft aanleiding tot enige beschouwingen. Wij kennen in Nederland sinds 1963 gesloten en open apotheken. Vanuit open apotheken kan aan iedereen medicamenten worden verstrekt, met inachtneming van de daarvoor geldende voorschriften. Tot die „open” apotheken behoren alle apotheken geleid door apothekers, alsmede de apotheken van apotheekhoudende geneeskundigen die hun vergunning vóór 1963 hebben ontvangen. Voor die huisartsen, die hun vergunning na 1963 hebben ontvangen, geldt dat zij uitsluitend aan hun eigen patiënten geneesmiddelen mogen verstrekken. Dit zijn de houders van de zogeheten „gesloten” apotheken. Het voordeel van deze gesloten apotheken is, dat alle receptuur via een deskundige — in dit geval de huisarts — wordt verstrekt. Op die manier is het, indien een patiënt door meerdere artsen (specialisten) wordt behandeld, gemakkelijker te signaleren dat hem meerdere medicamenten met gelijke of tegengestelde werking worden voorgeschreven. Dit geldt overigens voor alle patiënten van apotheekhoudende huisartsen.

In de door de districtsraad behandelde zaak betrof het waarschijnlijk een huisarts met een

26e JAARGANG - No. 11 - 19 MAART 1971

INHOUD

Geheimzinnige receptuur	293
„Medische ethiek”	294
Herstructurering wetenschappelijk onderwijs	295
Artsen betrokken bij onderzoek druggebruik	297
Verlenging geldigheidsduur prijzenbeschikkingen	298
Universitaire berichten	298
Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (X)	299
Onderzoek naar de frequentie van mucoviscidose (pancreasfibrose) en meconiumileus	306
Nederlandse stichting geluidshinder	306
Wetenschappelijke verenigingen waarschuwen tegen roken	307
Van het hoofdbestuur:	
Kort verslag H.B.-vergadering d.d. 9-1-71	315
Uit de afdelingen	316
Personalia	316
Brieven aan de redactie	317
Varia	318

Hoofredacteur: F. A. Bol, arts.

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

Colofon op bladzijde 292.

open apotheek. Deze immers is gerechtigd ook medicamenten te verstrekken aan anderen dan de eigen patiënten. Uit de motivering van de uitspraak blijkt, dat de wijze waarop deze arts zijn medicamenten verstrekke in strijd wordt geacht met de waardigheid van de geneeskundige stand. Wij zouden hierbij willen aantekenen, dat het versturen van medicamenten altijd een wat hachelijke zaak is. Het is de vraag, of tijdens de verzending niet kan worden gesproken van een ondoelmatige bewaring. Bovendien zal de verpakking altijd bijzondere aandacht verdienen, terwijl verder niemand kan garanderen, dat het medicament ook werkelijk de geadresseerde bereikt. Tenslotte rijst de vraag, of het verzenden van medicamenten hetzelfde is als het ter hand stellen van af te leveren medicijnen, hetgeen bij de wet is verplicht.

Terugkomend op de mogelijkheid, dat een patiënt verschillende medicamenten krijgt voorgeschreven door meerdere artsen (hetgeen zoals gezegd vooral bij open apotheken moeilijker te controleren valt): het zou aanbeveling verdienen om de naam of de samenstelling van het medicament op de verpakking te vermelden. De behandelend arts kan dan de medicijnen die zijn patiënt op dat moment gebruikt snel identificeren; tijdens weekend- en vakantiewaarneming is het voordeel evident. Daarbij moet worden bedacht, dat menige patiënt geneigd is zijn medicijnen te bewaren om ze, als hij vindt dat dit noodzakelijk is, later nog eens te kunnen gebruiken. Het ligt voor de hand, dat schadelijke

Uit Medisch Contact anno 1946

Het schijnt, dat bij de Nederlandse collegae in het begin van de werving van artsen voor Ned.-Indië, door allerlei misverstanden teleurstellingen zijn ontstaan, die bij velen het enthousiasme voor uitzending naar Indië gedooft hebben. Dit willen wij thans zoo veel mogelijk vermijden. Wij willen U de zaak niet mooier voorstellen dan zij is — wij weten, dat het voor U een belangrijk besluit moet zijn om Uw praktijk in Nederland voor korten tijd vaarwel te zeggen en Uw gezin achter te moeten laten, maar wij willen er tevens met de grootste klem op wijzen, dat het verleen van medische hulp aan Indië zeer noodig is en dat het verleen van die hulp een goede vaderlandsche zaak betreft.

combinaties van medicamenten dan heel gemakkelijk kunnen plaatsvinden.

Het ware te overwegen bij een toekomstige wijziging van het desbetreffende Koninklijke Besluit de vermelding van de naam of de samenstelling van het medicament, op of in de verpakking, verplicht te stellen. Daarmee zou bovendien de bodem onder een „postorderbedrijf” worden weggeslagen, omdat er dan geen geheime receptuur meer zou zijn.

B.

„MEDISCHE ETHIEK”

Een apotheekhoudend huisarts bleek bij een zitting van een districtsraad een compleet postorderbedrijf te hebben ter behandeling van epilepsie patiënten alom in den lande. Na betaling per postwissel van het verschuldigd bedrag werden telkens voor ongeveer drie maanden pillen met meest 200 mg luminal gezonden. Indien niet tijdig na verloop van deze termijnen opnieuw besteld werd, volgde een waarschuwing, een en ander op voorgedrukte formulieren. Deze collega bleek ca 250 patiënten op deze wijze te behandelen. De meeste van deze patiënten had hij nooit gezien, laat staan onderzocht.

Bovendien werd deze handelwijze overgenomen van zijn voorganger in de praktijk terwijl enkele jaren geleden nog tegen betaling voor de „good-will” een-

zelfde praktijk van een collega elders in den lande werd overgenomen. Deze collega gaf toe geen bijzondere kennis van epilepsie te hebben.

De raad was van mening dat een behandeling zonder diagnosestelling gegrond op eigen onderzoek eventueel aangevuld door specialistisch onderzoek een schijnbehandeling is;

dat het instellen van een therapie zonder controle op de uitwerking geheel onverantwoord is;

dat deze handelwijze in strijd is met de waardigheid van de geneeskundige stand;

legde een tuchtmaatregel op.

Herstructurering wetenschappelijk onderwijs

„Het hierbij aangeboden ontwerp van wet beperkt zich tot de herstructurering van het wetenschappelijk onderwijs. Het moet evenwel naar ons inzicht in een groter verband worden geplaatst en beoordeeld". „Wij menen, dat onze voorstellen van nu noodzakelijk zijn teneinde die verderliggende doeleinden met betrekking tot het tertiaire onderwijs te kunnen verwerkelijken". Aldus minister Veringa en staatssecretaris Grosheide (Onderwijs en Wetenschappen) en minister Lardinois (Landbouw en Visserij) in de memorie van toelichting op het voorontwerp van wet herstructurering wetenschappelijk onderwijs, dat op dinsdag 9 maart tijdens een persconferentie op het ministerie van O&W is bekend gemaakt. Over dit ontwerp zal thans het advies van de Academische Raad worden gevraagd.

Het wetsvoorstel is gebouwd op de nota's die de regeringscommissaris voor het wetenschappelijk onderwijs, Prof. Dr. K. Posthumus, over de onderhavige problematiek heeft opgesteld. (zie Medisch Contact nr. 44 van 1 november 1968, bladzijde 1177) Hoewel de opzet ervan beperkt is, presenteren de bewindslieden het tegen de achtergrond van hun visie op de macrostructuur. De memorie van toelichting bevat dan ook uitvoerige beschouwingen over het voortgezet onderwijs. De beschouwingen die zijn gewijd aan de plaats van het hoger beroeps-onderwijs monden uit in de conclusie, dat „de mate van overeenstemming tussen de doelstellingen van wetenschappelijk onderwijs en van hoger beroeps-onderwijs het om velerlei redenen ongewenst maakt dat onderscheiding tot volledige scheiding leidt". Daarbij kondigen de bewindslieden aan welke stappen zij, in samenhang met dit wetsontwerp, op korte termijn willen doen om samenhang tussen het hoger beroeps-onderwijs en het wetenschappelijk onderwijs binnen het tertiaire onderwijs te kunnen verwerkelijken. Als eerste stap is eveneens een voorontwerp van wet gepubliceerd, dat beoogt daarvoor in aanmerking komende scholen voor hoger beroeps-onderwijs te „bevrijden" van bepalingen van de Wet op het voortgezet onderwijs, die voor die instituten met het oog op samenwerking met universiteiten en hogescholen een belemmering kunnen vormen.

Belangrijkste voorstellen

Het herstructureringsontwerp zal leiden tot ingrijpende wijzigingen in de Wet op het wetenschappelijk onderwijs. De belangrijkste voorstellen ervan zijn hieronder weergegeven.

Regeling van de cursusduur. In de huidige structuur bepaalt de faculteit, die voor elke studierichting een onderwijsprogramma vaststelt, de duur van dat programma. Volgens het voorontwerp wordt de

duur van de cursus in de wet geregeld. Daarbij zullen de universitaire onderwijsprogramma's worden gesplitst in twee fasen: de eerste — de propedeutische fase — heeft een cursusduur van een jaar, de doctorale fase zal drie jaar duren. In uitzonderingsgevallen kan voor een studierichting de cursusduur van één van de fasen op ten hoogste één jaar meer worden gesteld. In een aantal gevallen worden na de doctorale fase beroepsopleidingen gehandhaafd, zoals die voor arts en tandarts, waarvoor de cursusduur in het academisch statuut zal worden bepaald.

Nieuwe regeling van de examens. In het algemeen zullen maar twee examens overblijven: het propedeutisch en het doctoraal examen. Daarmee vervalt het baccalaureaatsexamen en, op een enkele uitzondering na, het kandidaatsexamen. De beroepsopleidingen worden afgesloten met een apart examen. Het propedeutisch examen heeft volgens de toelichting een selecterende functie, in die zin, dat de student en de faculteit zich zo spoedig mogelijk een oordeel kunnen vormen over de geschiktheid en de belangstelling voor de gekozen studierichting. Gedurende de doctorale fase zal de selectie op de achtergrond moeten treden.

Het getuigschrift van kandidaat wordt gehandhaafd in die gevallen waarin de toegang tot het doctoraal examen is gebouwd op het kandidaatsexamen van verschillende studierichtingen en van (vaak) verschillende faculteiten. Het gaat daarbij volgens de toelichting niet om het handhaven van een selectiedrempel, maar om het aanduiden van een aanknopingspunt ten behoeve van hen die overstappen van de ene studierichting naar de andere met het oog op de voortzetting van hun interdisciplinaire studie. Als voorbeelden kunnen worden genoemd: algemene taalwetenschappen, prehistorie, bedrijfskunde en wijsbegeerte.

De voorstellen ten aanzien van de regeling van de examens zullen leiden tot grote veranderingen in het academisch statuut, dat thans in belangrijke mate bestaat uit de nadere regeling van de universitaire examens. De bewindslieden verklaren daarbij wijzigingen te bevorderen, op grond waarvan spreiding van de beoordelingsmomenten regel zal zijn en variaties in de beoordelingsmethoden worden vergroot. Verder zijn zij van oordeel, dat de promotieregeling in het academisch statuut aan een grondige herziening toe is.

Regeling van de inschrijvingsduur. Met inschrijvingsduur is bedoeld het tijdvak, waarin iemand als student kan zijn ingeschreven. Als voorwaarde voor de inschrijving als student zal tevens gelden dat men bevoegd moet zijn universitaire examens af te leggen. De inschrijvingsduur voor een fase bedraagt een jaar meer dan de cursusduur voor die fase. De

inschrijvingsduur voor de propedeutische fase bedraagt dus twee en voor de doctorale fase vier jaar.

Het wetsvoorstel voorziet in een aantal verleningsgronden voor de inschrijvingsduur, zoals overmacht, verandering van studierichting en persoonlijke omstandigheden. Bij het vaststellen van de waarden van de inschrijvingsduur is er van uitgegaan dat rekening moet worden gehouden met persoonlijke verschillen in studietempo. Aan het programma van een onderwijsfase kan echter doorgaans maar eenmaal worden deelgenomen. Heeft iemand de maximale inschrijvingsduur overschreden, dan verliest hij zijn recht als student ingeschreven te worden. Het recht dat hij als bezitter van een daartoe geldend diploma heeft om, als extraneus, universitaire examens af te leggen blijft echter onverlet.

Verder regelt het wetsvoorstel het toevoorschap. Inschrijving als toevoorschap is mogelijk voorzover de faculteit van de gekozen studierichting plaatsruimte voor die inschrijving aanwezig acht. Te verwachten valt, dat een deel van de ex-studenten, namelijk zij die niet binnen de gestelde inschrijvingstermijn een examen hebben behaald, als toevoorschap pogen dat examen met gunstig gevolg af te leggen. Het inschrijvingsrecht gaat dan weer gelden voor de volgende onderwijsfase. Inschrijving als student geeft aanspraken op studietoelagen en studentenvoorzieningen, zoals huisvesting en mensa. Aan de toevoorschap komen deze inspraken niet toe. Ten aanzien van de kinderbijslag- en kinderaftekregelingen zullen overeenkomstige maatregelen worden getroffen.

Assistent-onderzoeker. De bewindslieden zijn van oordeel, dat herstructurering van het wetenschappelijk onderwijs mede dienstbaar moet worden gemaakt aan het universitaire wetenschappelijke onderzoek. Zij stellen daarom voor de bezoldigde functie van assistent-onderzoeker in te stellen. Deze wordt in staat gesteld zich verder te bekwamen als wetenschappelijk onderzoeker door deel te nemen aan een bepaald onderzoek programma. Zij achten dit voorstel een wezenlijk onderdeel van de herstructurering. De werkzaamheden van de assistent-onderzoeker zullen resulteren in een zogenaamde research-aantekening of in een promotie. Gedacht wordt aan een aanstellingstermijn van 1 tot 3 jaar. De omvang van het instituut van assistent-onderzoeker zal afhangen van het aanbod van kritische en creatieve jonge onderzoekers, alsook van de beschikbare onderzoekprogramma's van faculteiten en vak- of werkgroepen. Toewijzingen zullen moeten passen in het nationale wetenschapsbeleid.

Post-academisch onderwijs. Het verzorgen van post-academisch onderwijs gaat volgens het wetsontwerp tot de normale taken van de universiteit behoren. Deze taak zal zoveel mogelijk in samenwerking met derden (personen en instanties uit overheid, bedrijfsleven, vrije beroepen en verenigingen van afgestudeerden) moeten worden verricht.

Omdat de gedachten over deze universitaire taak zich nog aan het ontwikkelen zijn, beperkt het ontwerp zich tot het leggen van de noodzakelijke fundamenteën, namelijk de doelstelling van het post-academisch onderwijs en de beginselen van de organisatie en financiering van dit onderwijs.

De bewindslieden verklaren de voorstellen ten aanzien van de cursus- en inschrijvingsduur en die met betrekking tot het post-academisch onderwijs als één geheel te beschouwen. Naar hun inzicht moet worden gestreefd naar verlaging van de afstudeerleeftijd. Zij kenmerken post-academisch onderwijs als voortgezet onderwijs, dat in sterke mate is verweven met de uitoefening van een beroep. Het is, blijkens de doelstelling, niet alleen voor afgestudeerde academici bedoeld maar evenzeer voor hen die ongeacht hun vooropleiding gelijksoortig of gelijkwaardige posities innemen. In de regel zullen de kosten van het post-academisch onderwijs voor rekening komen van hen die daaraan deelnemen.

Nieuwe regeling van het toelatingsonderzoek. Naast hen die een daartoe geldend diploma bezitten kunnen ook anderen toelating verkrijgen tot het afleggen van universitaire examens, als zij met succes hebben deelgenomen aan een onderzoek naar voldoende algemene ontwikkeling en geschiktheid voor de gekozen studie (het „colloquium doctum”). Men moet dan 30 jaar zijn. Voorgesteld wordt de leegtijsdsgrens te verlagen tot 25 jaar. Bovendien zullen aanvragen voor het colloquium in de toekomst niet meer bij de minister, maar direct bij de universiteit of hogeschool kunnen worden ingediend.

In de memorie van toelichting zijn, naast de toelichting van verschillende wetsvoorstellen, uitvoerige beschouwingen gewijd aan vraagstukken die in de reacties op de nota's van de regeringscommissies centraal hebben gestaan. Onder meer wordt ingegaan op het vraagstuk van de selectie en op de vaak geuite vrees dat de verkorting van de cursusduur leidt tot verlaging van het niveau van het onderwijs en van de afgestudeerden. De bewindslieden zijn van oordeel dat om ten minste drie redenen een periodieke beoordeling, alsook een beperking van de inschrijvingsduur noodzakelijk zijn: samenwerking binnen een groep is alleen mogelijk wanneer tussen kundigheden, kennis, toewijding en toekomstplannen niet te grote verschillen bestaan; een maatschappij, die op verdeling van arbeid berust, verwacht terecht dat zij, die jonge mensen gedurende vele jaren van hun studie hebben begeleid, een oordeel uitspreken over die kundigheden, kennis en toewijding; de snelle en versnelde schaalvergroting van het gehele onderwijs maakt het noodzakelijk dat aan het in volle dagtaak, zonder zorg voor het dagelijkse levensonderhoud, deelnemen aan dit onderwijs grenzen worden gesteld.

Over de zorgen met betrekking tot het onderwijspeil en het peil van de afgestudeerden merken de bewindslieden op, dat uitkomsten van onderwijsresearch in de Verenigde Staten en in Nederland geen steun geven aan deze vrees. Deze vrees is

gebouwd op de veronderstelling dat het peil afhankelijk is van het aantal tijdseenheden dat onderwijs wordt gegeven, alsook van de omvang van de groep die onderwijs volgt. Uit diezelfde onderzoeken blijkt, dat deze veronderstelling op verkeerde uitgangspunten berust.

Tertiair onderwijs

Ten aanzien van de toekomstige structuur van het tertiaire onderwijs verklaren de bewindslieden, dat het hoger beroepsonderwijs en het wetenschappelijk onderwijs samen een eenheid moeten gaan vormen. Die eenheid moet maximale differentiatie-mogelijkheden bevatten. „Dit vereist nadere bezinning op kwalitatieve verhoudingen binnen het geheel van het tertiaire onderwijs”. Aan de verwerking van die eenheid zijn vele en belangwekkende vraagstukken van maatschappelijke, onderwijskundige en wetgevende aard verbonden. Dit dwingt tot een aanpak langs lijnen van geleidelijkheid, waarbij de bewindslieden een planning op korte en op langere termijn onderscheiden.

Op korte termijn achten zij voorzieningen nodig die de instellingen van hoger beroepsonderwijs die daarvoor in aanmerking komen „bevrijden” van die bepalingen van de Wet op het voortgezet onderwijs, die een samenwerking met de universiteiten in de weg staan. Het gepresenteerde voorontwerp van Wet voorbereiding samenhang h.b.o.-w.o. beoogt deze voorzieningen te treffen. Verdere bevorderen de bewindslieden op korte termijn de publikatie van een voorontwerp van wet, waarin onder meer de

plaats van de beide componenten van het tertiair onderwijs wordt bepaald en verder voor de institutionele samenwerking tussen instellingen van wetenschappelijk onderwijs en voor hoger beroepsonderwijs een basis in de Wet op het wetenschappelijk onderwijs wordt gelegd. In dit wetsontwerp zal tevens aandacht worden besteed aan overstap-mogelijkheden tussen beide onderwijssectoren.

Naar de mening van de bewindslieden zal de laatstgenoemde raamwet als breekijzer dienen te fungeren, teneinde op wat langere termijn gestalte te kunnen geven aan een meer uitgewerkte regeling van het tertiair onderwijs.

Numerieke uitkomsten herstructurering w.o. In de memorie van toelichting wordt tenslotte een schatting gegeven van de numerieke uitkomsten van de voorgestelde herstructurering. In deze begijferingen zijn nog niet de gevolgen opgenomen, die verwerking van de voorstellen met betrekking tot het tertiair onderwijs met zich brengen. Volgens de jongste schatting zal het aantal ingeschreven studenten onder de huidige structuur in 1980: 150 tot 175.000 bedragen en in 1990: 215 tot 300.000. De voorgestelde beperking van het aantal studenten door enerzijds de eis van examenbevoegdheid als voorwaarde voor de inschrijving, alsook door de regeling van de inschrijvingsduur, leidt naar schatting tot de volgende cijfers: 90 tot 115.000 voor 1980 en 125 tot 180.000 voor 1990. Verondersteld is hierbij dat het herstructureringsproces reeds dit jaar of in 1972 kan beginnen.

Artsen betrokken bij onderzoek druggebruik

De Geneeskundig Hoofdinspecteurs van de Volksgezondheid en voor de Geestelijke Volksgezondheid hebben zich in een gemeenschappelijk schrijven gewend tot circa 450 artsen met het verzoek medewerking te verlenen aan een grootscheeps opgezet onderzoek op het terrein van het druggebruik. In dat schrijven, wordt onder meer het volgende gesteld:

„In toenemende mate worden wij geconfronteerd met de gevolgen van het gebruik van drugs. Van de verschillende aspecten die deze problematiek heeft, blijkt dat van de volksgezondheid wel een van de meest gecompliceerde. In verband hiermede wordt bij het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid in samenwerking met het Staatstoezicht op de Volksgezondheid thans een programma opgezet en uitgevoerd voor wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de drugs. Een belangrijk onderdeel hiervan zal bestaan uit het verwerven van inzicht in ervaringen en opinies omtrent drugproblematiek bij de groepen in onze samenleving die beroepshalve het meest met deze problematiek in aanraking komen, zoals bijvoorbeeld de huisartsen.

„De bijdrage die huisartsen kunnen leveren aan

het tot stand komen van een betrouwbaar beeld van de aard en omvang van druggebruik wordt essentieel geacht. Daarvoor kunnen als belangrijkste overwegingen worden aangevoerd:

- door hun maatschappelijke positie zijn het vaak de huisartsen die als eersten in aanraking komen met drugmisbruikers;
- huisartsen zijn professioneel gekwalificeerd om de diverse aspecten van drugproblematiek te kunnen beoordelen.

„Om deze redenen zal in een representatieve steekproef van Nederlandse huisartsen een peiling worden verricht naar ervaringen op dit gebied. Deze peiling, in de vorm van een enquête, zal onder supervisie van de door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid gesubsidieerde Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek van Alcohol- en druggebruik worden uitgevoerd door „Interact N.V.” (voorheen „Attwood Statistics Ltd.”).

Met nadruk wordt er tenslotte op gewezen, dat de ter beschikking komende gegevens alleen door het Staatstoezicht op de Volksgezondheid en de Stichting voor Wetenschappelijk Onderzoek van Alcohol- en druggebruik zullen worden gebruikt.

Verlenging geldigheidsduur PRIJZENBESCHIKKINGEN

In de Staatscourant van donderdag 11 maart is opgenomen het door alle ministers getekende besluit tot verlenging van de geldigheidsduur van prijzenbeschikkingen. Het besluit zegt:

„Overwegende, dat er aanwijsbare omstandigheden zijn, op grond waarvan zij kunnen vermoeden, dat na 15 maart 1971 voor goederen en diensten zo hoge prijzen in rekening zullen worden gebracht, dat naar hun oordeel het algemeen sociaal-economisch belang vereist, dat de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1970 (Stct. 213) en de in afwijking daarvan genomen prijsmaatregelen na genoemde datum blijven gelden;

dat zij van hun voornemen de onderhavige, daartoe strekkende beschikking te nemen mededeling hebben gedaan aan de centrale organisaties van werkgevers en werknemers en deze organisaties in de gelegenheid hebben gesteld van haar gevoelen te doen blijken;

Gelet op artikel 2 van de Prijzenwet (Stb. 1965, 646),

Hierop volgt een opsomming van gegeven prijzenbeschikkingen, onder meer die ten aanzien van ziektekostenverzekeraars en ten aanzien van medische hulp aan particuliere patiënten, waarvoor geldt dat het derde lid van het laatste artikel van elk dier beschikkingen, te weten dat hun werking beperkt zou blijven tot 15 maart 1971, vervalt.

Ter toelichting schrijven de ministers dat bij de vaststelling van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1970 aan die maatregelen een tot 16 maart 1971 beperkte geldigheidsduur is gegeven. De kostenstijgingen, waarvan de samenloop de aanleiding tot het nemen van die maatregel heeft gevormd, zijn in de afgelopen maanden inderdaad reeds voor een groot deel in de prijzen tot uitdrukking gebracht. Het algemene prijsniveau, zoals dit onder andere in het indexcijfer voor de gezinsconsumptie tot uitdrukking komt, heeft in de achter ons liggende maanden een gezien de onderliggende kostenontwikkeling weliswaar verklaarbare doch niettemin op zichzelf krachtige stijging vertoond. Ook voor de komende maanden moet met een belangrijke prijsstijging worden gerekend. Een en ander vindt zijn weerslag in de raming volgens de samenvatting van het centraal economisch plan van de prijsstijging in 1971, welke op een belangrijk hoger niveau ligt, dan waarvan in de macro-economische verkenning 1971 is uitgegaan.

De ook thans nog in de economie aanwezige

spanningen scheppen een klimaat, waarin bij de prijsvorming een vooruitlopen op verwachte verdere kostenverhogende factoren nog steeds gevreesd moet worden. Gezien deze omstandigheden en gelet op de samenhang van de in 1970 ter afremming van de spanningen in de economie getroffen bijstuuringsmaatregelen zijn de ministers van oordeel, dat het door de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1970 getrokken wettelijke kader vooralsnog niet kan worden gemist. Derhalve hebben zij besloten de beperking, welke aan de geldigheidsduur van genoemde prijzenbeschikking en de in afwijking daarvan vigerende prijsmaatregelen is gegeven, op te heffen.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

J. Bout promoveerde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld:

„Moedersterfte in Nederland”, een analyse van de jaren 1966 en 1967. Promotor was Prof. Dr. J. Janssens. Co-promotor Prof. Dr. L. A. M. Stolte.

M. J. Janse te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld:

„The effect of changes in heart rate on the refractory period of the heart”. Promotor was Prof. Dr. D. Durrer.

A. H. Lely te Veenendaal promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Waarnemingen betreffende een massale digitoxine-intoxicatie te Veenendaal”. Promotor was Prof. Dr. L. Meyler. Co-referent Prof. Dr. J. Nieveen.

H. J. J. Wellens te Buitenveldert promoveerde aan de Universiteit te Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld:

„Electric stimulations of the heart in the study and treatment of tachycardias”. Promotor was Prof. Dr. D. Durrer.

Benoemingen:

Dr. H. Schneider is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam om onderwijs te geven in de medische, in het bijzonder de klinische fysica.

Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (X)

Door Dr. H. Festen

Wanneer men zich ervoor gaat zetten om gedachten te formuleren over een structuur van de gezondheidszorg die de beste mogelijkheden biedt, dan wordt men in de eerste plaats geconfronteerd met het opvallende feit dat de structuur van onze gezondheidszorg sedert de eeuwwisseling ongewijzigd is gebleven.

Met het oog op de veranderingen, die zijn opgetreden in de samenleving én in de geneeskunde, is men ertoe geneigd de vraag te stellen: „Hoe is dat mogelijk?” Een retorische vraag, die wij niet zullen trachten te beantwoorden.

Toen en nu

De huisarts, die als zelfstandige beroepsbeoefenaar overwegend curatief en bij voorkeur medisch-technisch bezig is, werkt — al zijn de attributen gewijzigd — in grote lijn nog op dezelfde manier als tijdens het einde van de vorige eeuw, toen hij bij de Wet van 1865 in het leven werd geroepen. Hulp verlenende (op afroep) bij de patiënt aan huis¹⁾ en op het spreekuur, is de huisarts wat zijn plaats in het geheel van de gezondheidszorg betreft nauwelijks aan verandering onderhevig geweest; hij is nog steeds de eerste instantie waartoe men zich wendt, wanneer men meent geneeskundige hulp nodig te hebben. De praktijk leert echter, dat men zich daarbij nogal eens vergist.

De vroedvrouwen (vanouds de verloskundigen voor de arme mensen), in meerderheid werkzaam in een ongewijzigde zelfstandige positie, zijn bezig snel terrein te verliezen, dit met de bekende nadelige gevolgen voor de verloskundige hulp in ons land. De vroedvrouwen kunnen immers, zelfs indien men

meent dat elke bevalling in een inrichting behoort plaats te vinden, niet worden gemist.

De fysiotherapeut is met zijn wettelijk geregelde status als beoefenaar van een para-medisch beroep niet zo bijzonder veel opgeschoten; van samenwerking met de behandelend arts komt buiten de inrichtingen, en zelfs tot op zekere hoogte ook binnen sommige inrichtingen, weinig of niets terecht.

De kruisverenigingen, gesticht in het begin van deze eeuw om het ernstige tekort aan aandacht voor de preventieve gezondheidszorg op te vangen, bestrijden de zuigelingensterfte nog hardnekkig op dezelfde wijze als in 1903, toen Plantenga het eerste consultatie-bureau voor zuigelingen opende en toen armoede en onkunde, achterdocht en bijgeloof de zuigelingensterfte op een zeer verontrustend peil brachten.

De wijkverpleegster, meestentijds op zichzelf aangewezen, tracht nog steeds op de oude vertrouwde wijze de zieke thuis bij te staan, verstoken van een reële mogelijkheid tot overleg met de behandelend arts, uitzonderingen daargelaten.

De specialist werkt in vele gevallen nog als ware hij een zelfstandige ondernemer, dit ondanks het feit dat kostbare voorzieningen en hulpkrachten, zonder welke hij zijn werk niet kan doen, hem door het ziekenhuis ter beschikking moeten worden gesteld en het aantal gevallen waarin de specialist als eenling ertoe in staat is werkelijk specialistische hulp te geven, steeds sneller afneemt. Zijn contact met de gezondheidszorg buiten de muren van het ziekenhuis beperkt zich als regel tot een schriftelijk berichtgeving.

Genoeg waarschijnlijk om waar te maken dat aanpassingen noodzakelijk zijn en om de vraag „Hoe is dat mogelijk?” te rechtvaardigen, zeker wanneer men daarnaast het beeld plaatst van de indrukwekkende vooruitgang van de geneeskunde, de sterke wijziging van het ziektepatroon (onder meer door effectieve preventieve maatregelen) en de ingrijpende veranderingen, die zich in de samenleving hebben voltrokken. De noodzakelijke diepgaande wijzigingen in de structuur van de gezondheidszorg zijn echter zó omvangrijk dat, zo het mij al mogelijk ware daarvan een volledige beschrijving te geven, deze omschrijving de indruk zou wekken van een utopische beschouwing. Derhalve geef ik er de voorkeur aan mij te beperken tot enkele, mijns inziens kardinale, punten. Naast de verouderde structuur blijken telkens weer enkele verouderde opvattingen een taai leven te hebben. Dit geldt in de eer-

1) In vergelijking met de huisartsen in andere landen maakt de Nederlandse huisarts opvallend veel huisbezoeken, die (in tegenstelling tot het spreekuur-consult) maar weinig mogelijkheden tot onderzoek of behandeling bieden en gepaard gaan met veel tijdverlies. Uit de resultaten van een in 1962 ingesteld (weliswaar bescheiden) onderzoek, bleek hoe uiteenlopend de werkwijze van de huisartsen in dit opzicht kan zijn. Terwijl in de onderzochte praktijken de verhouding huisbezoek : consult gemiddeld 1 : 1,5 bedroeg, bestonden er in één grote stad naast elkaar verhoudingen van 1 : 5,5 en van 1 : 2; in een andere stad liepen de verhoudingen uiteen van 1 : 4,4 tot 1 : 1,1. Daarnaast kwamen in kleinere gemeenten ook verhoudingen voor van 2,1 : 1 en zelfs van 3 huisbezoeken op 1 spreekuur-consult!

ste plaats voor de opvatting, dat men niet snel genoeg naar een dokter kan lopen en dat niets die gang zou mogen reguleren.

De vrije loop

Er is ongetwijfeld een tijd geweest, waarin men het publiek ertoe moest aansporen om vooral tijdig een arts te raadplegen, dit ter bestrijding van de min of meer defaitistische houding, die er ten aanzien van het medisch kunnen in de vorige eeuw bestond. Men kan stellen, dat eerst tegen het einde van de vorige eeuw de geneeskunst inhoud kreeg, in die zin dat men zich enig inzicht begon te verwerven in een aantal ziektegevallen en over een enigszins rationele therapie ging beschikken; voordien was het regelmatig bezoeken van de dokter voorbehouden aan de „betere stand” en was het consulteren van een arts een standsverschijnsel. De kosten waarmede dit gepaard ging konden min of meer als verspilling worden beschouwd, omdat de kunstbeoefenaar uit die dagen niet veel meer kon doen dan met wat hocus-pocus vertrouwen wekken en troost geven. Tegelijk met de groei van de geneeskunst op wetenschappelijke basis ging men inzien, dat gezondheidsverzorging niet het voorrecht kon blijven van een kleine groep en zag men zich met het oog op de omvangrijke armoede ertoe genoodzaakt maatregelen te treffen om de kosten op te vangen. In die overgangstijd moest iedere uitbreiding van de vraag naar medische bijstand worden toegejuicht; de ziektekostenregelingen waren daarop gericht.

Maar er is sindsdien nogal wat gewijzigd, waardoor mijns inziens de slogan „Wendt U vooral tijdig tot een dokter”, zou moeten worden veranderd in „Wendt U, *wanneer dat nodig is*, vooral tijdig tot een dokter”. Kan de betrokkene dat wel beoordelen? is daarop de stereotype reactie. Wanneer men inzielt, dat het zonder meer voor het medisch apparaat een onmogelijke opgave zou worden, indien men zich met elke bespeurbare afwijking tot een arts zou wenden, dan is daarmede gegeven dat de betrokkenen zelf onderscheid moeten maken tussen een hoest, een hoofdpijn of welke andere klacht dan ook, waarmede zij wel en waarmede zij nog niet naar de dokter zullen gaan. Het is de niet over te dragen verantwoordelijkheid van het individu voor zijn gezondheid, die niet kan worden gemist, en het is zaak deze verantwoordelijkheid te stimuleren en draagbaar te maken met behulp van de voorlichting. Het geldt hier een belangrijke stap, die het medisch apparaat belast, en waaraan, óók ingeval achteraf blijkt dat medische hulp niet nodig was, vaak grote financiële consequenties zijn verbonden.

Hier kan onmogelijk blijven gelden „Baat het niet, het schaadt ook niet”, want het knelpunt in onze gezondheidszorg is niet in de eerste plaats gelegen in een tekort aan financiële middelen (al wordt daarover de meeste ophef gemaakt), maar in het tekort aan mankracht. Overbelasting aan de basis, met name bij de huisarts, met zaken van geen of weinig belang, doet de aandacht verslappen en

schept het gevaar van foutieve beslissingen, terwijl als gevolg van tijdsgebrek een overmatig verwijzen naar hogere echelons gaat optreden. Er zal in de gezondheidszorg van de toekomst alles in het werk moeten worden gesteld om onnodige belasting te voorkomen; daarbij zullen financiële remmen niet kunnen worden gemist, óók niet wanneer het gaat om de eerste stap naar het medisch apparaat. Ook nu moet af en toe worden geconstateerd, enerzijds dat mensen die volledig verzekerd zijn zich te laat onder behandeling stellen, anderzijds dat bij de groep die de kosten van huisartsenhulp nog geheel voor eigen rekening neemt het te laat inroepen van hulp nauwelijks voorkomt. De oorzaak van het te laat inroepen van hulp is namelijk niet gelegen in de financiële belemmering maar in een onbestemde angst voor de waarheid, voor een mogelijk dreigende operatie, voor het zich moeten onttrekken van bepaalde genotmiddelen of gewoonten enz.

Een tweede veel voorkomende misvatting, eveneens afkomstig uit vroeger jaren, is de opvatting, dat de patiënt geen noemenswaardige invloed heeft op de behandeling die hij ondergaat. Bij de discussie over de mogelijkheden om het verantwoordelijkheidsgevoel bij de patiënt te verlevendigen, wordt genoemde misvatting vaak als verweer gebruikt.

De mondigheid van de patiënt

Afgezien van het feit, dat het onjuist zou zijn wanneer de arts zou trachten zijn patiënt te behandelen als een onmondig object, is de mening dat de patiënt geen invloed zou kunnen uitoefenen op de behandeling in strijd met de werkelijkheid. Wat het eerste betreft: in het rapport over het eigen risico van de Maatschappij Geneeskunst wordt gesteld: „Erkend moet worden dat bij de voortschrijdende groei van het medisch kunnen het voor de patiënt steeds moeilijker wordt zich een eigen gefundeerd oordeel te vormen. Niettemin blijft, in algemeen menselijke zin gesproken, een eigen oordeel van de patiënt onontbeerlijk. Het is strijdig met de menselijke waardigheid als in de relatie van arts en patiënt de dialoog achterwege blijft en de patiënt zijn verantwoordelijkheid volledig aan de arts delegeert” (Medisch Contact nr. 22/1967, blz. 768). En wat het tweede betreft: natuurlijk zijn er gevallen, waarin de patiënt geen keuze blijft. Bij een maagperforatie of een blindedarmontsteking zal de patiënt er verstandig aan doen zich zonder meer te onderwerpen aan het advies van zijn arts. Maar daarnaast komen er vele gevallen voor, waarbij keuzemogelijkheid bestaat en de patiënt uiteindelijk een keuze zal moeten doen, daarbij voorgelicht door zijn behandelend arts. Zo zal een patiënt met galblaas- of maaglijden in vele gevallen kunnen kiezen tussen opereren en dieet houden; zelfs op de keuze tussen klinisch en poliklinisch behandelen heeft de patiënt in vele gevallen invloed. Bovendien doet zich de laatste jaren steeds meer de situatie voor, waarbij de patiënt bepaalde verlangens ten aanzien van zijn behandeling op tafel legt. Er zullen mogelijk nog wel autoritair

ingestelde artsen zijn, die daarmee in het geheel geen rekening wensen te houden, maar velen zullen dat, voor zover mogelijk, wél doen. Dit leidt ertoe: dat de patiënt, die er de voorkeur aan geeft door een specialist te worden behandeld, als regel ook bij een specialist terecht komt, in het kader van de ziekenfondsvoorschriften heeft hij daarop trouwens recht; dat veel huisartsen zich erover beklagen op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening de zowel uit medisch als uit financieel oogpunt zo zeer gewenste zuinigheid niet meer te kunnen betrachten, gelet op de eisen die de patiënten stellen; dat, naar uit een recent onderzoek naar het verwijzen door huisartsen bleek, ongeveer 20% van de verwijzingen plaats vindt op verzoek van de patiënt (huisarts en wetenschap 13/1970, 433).

Indien nu, zoals uit het vorenstaande moet worden geconcludeerd, de patiënt in niet onbelangrijke mate zijn behandeling mede bepaalt, dan volgt daaruit onzes inziens dat, voor zover dit mogelijk is, de patiënt ook medeverantwoordelijkheid dient te dragen. Want afgezien nog van het antwoord op de vraag of de medewerkers dit wel zouden accepteren, achten wij het van de zijde van de verzekeraar onredelijk om de verantwoordelijkheid voor een juist gebruik van de, zonder enige rem aangeboden, mogelijkheden eenzijdig op hun schouders te leggen. Immers, wanneer in de praktijk de patiënt een onredelijke eis stelt (bijvoorbeeld dat een bewijsje voor taxi-vervoer wordt afgegeven, terwijl dit vervoer niet strikt noodzakelijk is, en dergelijke), dan wordt de arts geplaatst voor twee mogelijkheden: a. hij weerstaat het verzoek en tracht de reden hiervan aan de patiënt duidelijk te maken — resultaat: tijdverlies vele minuten en een ontevreden patiënt; of b. hij geeft de patiënt zijn zin — resultaat: tijdverlies enkele seconden en een tevreden patiënt. Andere mogelijkheden om het verantwoordelijkheidsgevoel bij de patiënt te activeren dan door middel van de eigen betaling of de eigen bijdrage, zijn er praktisch niet.

Eigen risico tot vervelens toe

Om nu met betrekking tot het probleem van het eigen risico of de eigen betaling van de patiënt niet in herhalingen te vervallen, zou ik thans willen volstaan met een verwijzing naar eerdere publikaties (De Ziekenfondsgids 21/1967, 25 en De Ziekenfondsgids 21/1967, 209), op twee uitzonderingen na, waarbij ervan wordt uitgegaan dat ter bestrijding van onnodige consumptie slechts een eigen betaling van de zijde van de patiënt zinvol is.

Wanneer men de uitkomsten van enkele belangrijke medische centra aanvaardt als een norm, in die zin dat men aanneemt dat voor deze uitkomsten een verantwoorde hulp kan worden geboden, dan kost het weinig moeite om te berekenen dat men bijvoorbeeld op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening in het ziekenfondswezen ongeveer 30 miljoen gulden per jaar zou kunnen bezuinigen zonder daarbij de patiënten tekort te doen (De Ziekenfondsgids 22/1968, 73). Het zou, naar het mij voorkomt, bo-

vendien in het belang van de volksgezondheid zijn, indien men in ons land (en evenzo in alle landen van West-Europa!) met meer overleg tewerk ging en minder geneesmiddelen voorschreef dan thans het geval is, wanneer men naar de maatschappelijke oorzaken zocht van de zogenaamde nerveuze klachten en trachtte die te beïnvloeden, liever dan snel valium of libriumtabletten voor te schrijven iteretur ad libitum.

Wanneer men dan bedenkt, dat de hiervoor geschetste situatie op het gebied van de geneesmiddelenvoorziening zich voordoet bij praktisch elk onderdeel van het verstrekkingenpakket der ziekenfondsen (tot en met de ziekenhuisverpleging!), dan geeft men ervan blijk weinig inzicht in de problematiek te bezitten indien men stelt dat het vraagstuk van een goede kostenbewaking „in financieel opzicht slechts een ontzaglijk klein randprobleem is tegen de achtergrond van het totaal der bestedingen”²⁾. Zelfs kan men de discussies over de „zogenaamde noodzakelijke sancties bij Regeling en Klapper” niet als kruimelwerk beschouwen wanneer men zich realiseert dat voor het verantwoord functioneren van een stelsel van hulp in natura als all risk-systeem, overeenkomsten met een dubbele inhoud niet kunnen worden gemist (zie het rapport van de Commissie Grondslagen Ziekenfondsverzekering 1965). Maar, ook al gaat het bij de eigen bijdrage van de patiënt om een zaak van wezenlijk financieel belang, voor ons ligt het zwaartepunt van deze problematiek bij de groeiende discrepantie tussen de vraag naar en het aanbod van diensten, tengevolge van overgebruik en van een onjuiste taakverdeling tussen de diverse echelons.

Een tweede opmerking in dit verband geldt de herhaaldelijk vernomen bewering dat de eigen bijdrage van de patiënt naar alle waarschijnlijkheid door verzekeringen zal worden opgevangen, waardoor het doel dat wordt nagestreefd niet zal worden bereikt. Naar onze mening is in de praktijk echter reeds lang aangetoond, dat het risico van dergelijke eigen bijdragen een hoogst onaantrekkelijk verzekeringsobject is, want niet alleen blijkt in de ons omringende landen (waar de eigen betaling sedert jaren gebruikelijk is) niets van deze neiging tot verzekeren, ook in ons land is bij de verschillende ziektekostenverzekeringssystemen van deze neiging niets gebleken. De enige organen, die op dit gebied wel eens iets zouden kunnen ondernemen, zijn de aanvullingsfondsen van de ziekenfondsen. Het schijnt ons evenwel nauwelijks een vraag, of

2) Dr. J. van Mansvelt in zijn openingsrede voor de Landenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging d.d. 24-10-1970 (Medisch Contact nr. 44/1970, blz. 1173) waarin degenen die ten aanzien van de noodzaak om tot een ander financieringssysteem te geraken en die niet dezelfde mening zijn toegedaan als de voorzitter van de L.S.V. worden aangeduid als „meer politiek geïnteresseerden, die niet direct eigen verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg dragen”.

aan de uitvoeringsorganen van een wettelijke regeling een verbod kan worden opgelegd tot het verrichten van handelingen, die de doelstelling van de wettelijke voorziening in feite belemmeren.

Uitgangspunten voor een nieuwe structuur en voor een gewijzigde financiering van de gezondheidszorg in de toekomst.

De wijziging van de behoefte

Een van de belangrijkste gegevens ten behoeve van de noodzakelijke aanpassing van de inhoud en de structuur van de gezondheidszorg komt voort uit de grondige wijziging van de behoefte aan gezondheidszorg, onder meer als gevolg van de veranderingen die zich voordoen in het ziektepatroon. Kort samengevat komen die veranderingen hierop neer: Terwijl door de ontwikkeling van de medisch-technische mogelijkheden vele oorzaken van ziekte kunnen worden weggenomen of overwonnen, blijken in de praktijk van de gezondheidszorg diverse maatschappelijke factoren als ziekteverwekkers die niet medisch-technisch kunnen worden aangepakt, een steeds grotere rol te spelen, dit als gevolg van de wisselwerking tussen de mens en de samenleving. Een tweede belangrijke wijziging in het ziektepatroon, waarmede men bij de herziening van de inhoud en de structuur van de gezondheidszorg rekening zal moeten houden, wordt veroorzaakt door de rol, die de zogenaamde welvaartsziekten in onze samenleving zijn gaan spelen; men zou kunnen stellen, dat zij de plaats van de zogenaamde volksziekten van weleer hebben ingenomen.

De wijzigingen die zich in de behoefte aan gezondheidszorg voordoen, zijn voornamelijk een gevolg van de afnemende bereidheid van de mens om deficiënties te verdragen en voorts van het feit dat geestelijk en lichamelijk onvolwaardigen, die zeer frequent een beroep op het medisch apparaat moeten doen, een veel langere gemiddelde levensduur bezitten dan vroeger het geval was. Naast deze veranderingen is er de historisch verklaarbare en door de financiering vrijwel vastgelegde gescheiden uitvoering van de overwegend curatieve en de preventieve gezondheidszorg, welke scheiding steeds meer als een bezwaar wordt gevoeld. Ten aanzien van de ontwikkeling van de medisch-specialistische hulp, waarbij het gevaar dreigt dat deze hulp zich ontwikkelt in de richting van een overwegend medisch-technische behandeling, dient in het oog te worden gehouden dat ook op dit gebied de betekenis van de maatschappelijke factoren met de dag toeneemt. Door de voortschrijdende taakverdeling en de noodzakelijke inzet van allerlei niet-medische deskundigen, zal de individuele hulpverlening steeds meer plaats moeten maken voor de multidisciplinaire teamhulp.

Integrale geneeskunst

Het antwoord op deze ontwikkelingen dient vooreerst te zijn een streven naar integrale geneeskunst,

hierin bestaande dat tegelijk met de medisch-technische behandeling van de patiënt aandacht wordt besteed aan de maatschappelijke omstandigheden waaronder hij verkeert omdat (blijvende) genezing anders niet is te bereiken. Naast het somatische dient het psychische, naast het curatieve het preventieve de nodige aandacht te verkrijgen. Wanneer men niet tijdig inziet, dat de overwegend medisch-technische behandeling van de patiënt door de huisarts plaats moet maken voor integrale geneeskunst, dan ontstaat het gevaar dat (zoals dit is geschied in het begin van deze eeuw toen de preventieve gezondheidszorg gescheiden ter hand werd genomen) andere instituten met een overwegend maatschappelijk karakter in de behoeften zullen trachten te voorzien. Wij achten dat een gevaar, omdat onder maatschappelijke verschijnselen vaak geneeskundige problematiek schuil gaat, zoals onder geneeskundige problematiek meermalen maatschappelijke factoren zijn verborgen.

Voor de medisch-specialistische hulp betekent integrale geneeskunst dat men, geconfronteerd met de betekenis van die maatschappelijke problematiek, gaat inzien dat deze hulp slechts kan worden gegeven in de vorm van ziekenhuisdiensten, klinisch zowel als poliklinisch; men moet daarbij het ziekenhuis zien als één complex medisch apparaat, waarvan de als behandelend arts aangeduide specialist fungeert als de exponent die het directe contact met de patiënt onderhoudt. Voor de bestrijding van de welvaartsziekten betekent integrale geneeskunst, dat men zal moeten komen tot een georganiseerde ziektebestrijding, die weer niet los mag staan van de behandeling der individuele ziektegevallen. Terwijl men een pneumonie of appendicitis nog steeds kan behandelen met individuele geneeskunst, vragen de welvaartsziekten een geheel andere aanpak. Daarvoor is nodig georganiseerde ziektebestrijding, bestaande uit voorlichting, preventie, opsporing, vroegtijdige behandeling en nazorg, dat alles in één georganiseerd verband met administratieve mogelijkheden, zodat men inzicht verkrijgt in de epidemiologie van de desbetreffende aandoeningen. Voor een georganiseerde ziektebestrijding van deze aard komen in aanmerking: hart- en vaatziekten, verkeersongevallen, asthma, epilepsie en dergelijke. Integrale geneeskunst betekent op dit gebied in het bijzonder, dat er een einde moet komen aan de gescheiden uitvoering van de preventieve en de curatieve zorg.

Echelonnering in de structuur

De voortschrijdende specialisatie, het relatieve tekort aan deskundigen en de capaciteitsvermindering van de betrokken instanties, die toeneemt met het niveau van de specialisatie (wachlijsten!), maken het niet alleen noodzakelijk dat het aanbod van diensten wordt gepresenteerd in de vorm van duidelijk gescheiden echelons, maar tevens dat de werkwijze zó is dat een beroep op een meer gespecialiseerde instantie (het hogere echelon) normaliter alleen mogelijk is langs de „hiërarchieke” weg. Daar-

bij zullen dan duidelijk drempels moeten worden gelegd in de vorm van omschreven indicaties en waar mogelijk ook in de vorm van een eigen (financiële) bijdrage van de patiënt.

Uitgangspunten voor de financiering

Nog altijd is het systeem van financiering het belangrijkste instrument indien het gaat om het aanbrengen van noodzakelijke veranderingen in de structuur en het bevorderen van de gewenste wijze van werken. Wanneer men ons stelsel van ziektekostenvoorziening toetst aan de eisen die daarvoor dienen te gelden, dan moet worden vastgesteld dat aan deze eis in geen enkel opzicht wordt voldaan, want: het stelsel is hoogst ondoelmatig van structuur, het bevordert geenszins een evenwichtig gebruik van de mogelijkheden (eerder is het tegendeel het geval) en het geeft een verdeling van de financiële last die onbillijk en onhoudbaar is.

Voor een nadere argumentatie wil ik verwijzen naar het artikel, getiteld „Een beschouwing over de relatie tussen de financiering en de ontwikkeling van de gezondheidszorg” in het eerste nummer van De Unie, het kaderblad van de gelijknamige ziekenfondsorganisatie, met dien verstande dat ik over het probleem „ziekenfondspatiënt” nog enkele opmerkingen wil maken. Het Nederlandse stelsel van financiering, waarbij in de ziekenfondssector een contractuele relatie behoort te bestaan tussen de verzekeraar en de verzorger, terwijl deze relatie in de sector van de ziektekostenverzekering volledig ontbreekt, leidt tot het bestaan van twee verschillende arts/patiënt-relaties, namelijk een relatie waarin de arts uit hoofde van de voor hem geldende overeenkomst zekere beperkingen moet aanvaarden en waarin de patiënt wordt aangeduid als ziekenfondspatiënt en een relatie, waarbij de verzorger volledig vrij is in het nemen van zijn beslissingen, zowel wat betreft de behandeling als wat betreft de honorering van zijn diensten en waarbij de patiënt de titel pleegt te voeren van particuliere patiënt, wanneer dat nodig is. Het is duidelijk waarneembaar, dat dit onderscheid velen in onze samenleving gaat hinderen, en het is een opgave van de eerste orde om in een nieuw systeem bedoeld onderscheid zo enigszins mogelijk teniet te doen. Het is immers in strijd met de werkelijkheid indien men stelt dat over het algemeen geen onderscheid bestaat in de behandeling van een ziekenfondspatiënt en van een particuliere patiënt. Zelfs wanneer de behandeling medisch-technisch gezien gelijk zou zijn, is daarmee de behandeling nog niet dezelfde. Want, geneeskundige behandeling is geen medisch-technische behandeling maar een menselijke benadering, waarvan de medisch-technische behandeling slechts een onderdeel — soms zelfs niet eens het belangrijkste onderdeel — uitmaakt. Men behoeft daarvoor alleen maar te letten op de verschillende omstandigheden, waaronder in een aantal grote steden op de dokter wordt gewacht, om dat onderscheid in alle duidelijkheid te zien.

Wanneer ik, in aansluiting op het voorafgaande, gedachten moet formuleren over een structuur en een financiering die de beste mogelijkheden bieden voor een optimale gezondheidszorg in Nederland, dan zou ik, pleitende voor ingrijpende veranderingen, tevens willen wijzen op de noodzakelijkheid van het geleidelijkaan tot stand brengen daarvan (gelet op de nauwe samenhang tussen de diverse activiteiten) onder nauwkeurige controle van de effecten en met de mogelijkheid van bijsturen indien dit nodig blijkt te zijn. Bij het opstellen van prioriteiten in de aanpassing zijn mijns inziens het meest urgent de grondige wijziging van het systeem van financiering en de versterking van de hulp in het eerste echelon, de huisartsgeneeskunde. Mede met het oog op de omvang van dit artikel, wil ik mij beperken tot deze twee belangrijke punten, die mij bovendien het meest interesseren.

Toekomstige structuur gezondheidszorg

a. Financiering

Bepalend voor de structuur van een nieuw systeem van financiering zijn naar mijn mening, naast de reeds gesignaleerde opheffing van het onderscheid tussen ziekenfondspatiënt en particuliere patiënt, zoals dit thans als gevolg van het financieringsstelsel bestaat, de onderstaande overwegingen:

1. Wanneer men het kostenniveau van de overwegend curatieve gezondheidszorg van dit moment (het verstrekkingspakket van de ziekenfondsen) beoordeelt in het licht van de te verwachten ontwikkeling — (in de afgelopen vier jaar hebben deze kosten zich bijna verdubbeld; in 1967 bedroegen de totale kosten per ziekenfondsverzekerde f 227,— en men verwacht dat dit bedrag in 1971 zal stijgen tot f 408,—) — en van de premiedruk op de gezinnen in die sectoren, waarin men bij de premieheffing geen rekening kan houden met de draagkracht respectievelijk met de hoogte van het inkomen, dan kost het weinig moeite om de bewering te onderschrijven, dat de bestaande lastenverdeling onbillijk en onhoudbaar is (Veldkamp). In dit verband zij vermeld, dat terwijl de werknemer 7,7% van zijn loon als premie bijdraagt (waarbij wij het werkgeversaandeel als loon beschouwen), de premie voor de vrijwillige ziekenfondsverzekering in de verschillende delen van het land voor 1971 uiteenloopt van f 70,— tot f 105,— per gezin per maand; een tweede klasse verzekering bij een grote, niet commercieel gerichte ziektekostenverzekeringsinstelling bedraagt voor 1971 per gezin met drie kinderen f 1.800,— per jaar, met een eigen aanvangsrisico van f 250,— en zonder tandheelkundige hulp.

2. Premieheffing naar draagkracht is alleen door te voeren in een verplicht stelsel, hetgeen in de praktijk een verplichte bijdrage betekent. Daarbij komt, dat de typering van de lastenverdeling als onbillijk en onhoudbaar evenzeer van toepassing is op

de gezinnen met de laagste inkomens uit de groep boven de loongrens als op de gezinnen die tot de vrijwillige ziekenfondsverzekering kunnen toetreden. Beide feitelijkheden leiden tot de conclusie, dat een billijke lastenverdeling slechts is te bereiken door middel van een totale verplichte collectieve financiering.

3. Bij een financiering met behulp van collectief opgebrachte middelen moet voor de gezondheidszorg (met uitzondering van de technische hygiëne) aan de sociale verzekering de voorkeur worden gegeven boven de belastingheffing. Bij een financiering uit de algemene middelen zal ieder jaar bij het opstellen en behandelen van de begroting een discussie over prioriteiten ontstaan, waarbij het gevaar groot is, dat de gezondheidszorg niet „aan haar trekken” kan komen, omdat de ruimte tussen overheidsbestedingen (de financiering van de eigenlijke overheidstaak zoals defensie, onderwijs, infrastructuur enzovoorts) en de totale overheidsuitgaven — waaronder ook de subsidies vallen voor zaken die niet tot de eigenlijke overheidstaak behoren, zoals de gezondheidszorg — ieder jaar kleiner wordt (zie hiervoor F. Hartog, Sociaal Maandblad Arbeid 24/1969, 169). De keuze tussen beide wegen van financiering wordt bovendien gemakkelijk gemaakt door het feit, dat bij de toenemende verschuiving van indirecte naar directe belastingen de lastenverdeling van de totale belastingopbrengst steeds relatief ongunstiger wordt voor de lagere inkomens. Reeds enkele jaren geleden was de toestand zo, „dat de marginale belasting tegenwoordig tamelijk proportioneel is, zodat een belastingmutatie betekent dat iedere belastingplichtige ongeveer eenzelfde percentage van zijn inkomen meer of minder aan belasting gaat dragen” (Enige grondbeginselen bij de beoordeling van openbare uitgaven. Dienst der Rijksbegroting december 1967; zie ook F. Hartog. Onze welvaartsstaat. Een economische analyse. Het Spectrum 1969). Waar wij ingeval van een collectieve financiering zowel in de sociale verzekering als in de sector van de belastingen te maken hebben met verplichte inkomensbesteding, die in zijn totaliteit in ons land reeds een zorgwekkende omvang heeft aangenomen, dan lijkt bij het doen van een keuze van wezenlijk belang het argument dat in de sociale verzekering de belanghebbenden in de bestuurlijke organen, zoals de Ziekenfondsraad, méér rechtstreeks zijn betrokken (bijvoorbeeld via het adviseren over de omvang van het verstrekkingenpakket) bij de beantwoording van de vraag, hoe ver men wil gaan met deze verplichte besteding, dan bij de belastingwetgeving en subsidieverdeling. Wanneer men tenslotte vergelijkt de ontwikkeling, die de overwegend curatieve gezondheidszorg onder leiding van de Ziekenfondsraad heeft doorgemaakt, met de mogelijkheden welke de maatschappelijke gezondheidszorg (voor het grootste deel afhankelijk zijnde van overheidssubsidie) werden geboden, dan valt de vergelijking zeker niet uit ten nadele van de sociale verzekering!

Wanneer men, behalve met vorenvermelde overwegingen, rekening houdt met de kwetsbaarheid van het ziekenfondsstelsel, dat valt of staat met het bereiken van overeenstemming met de medewerkers, dan voeren deze uitgangspunten naar een collectieve financiering (totale volksverzekering met premieheffing naar het voorbeeld van de A.O.W.) en toepassing van het restitutiestelsel in de vorm van vergoedingen per verrichting voor de hulp die door personen wordt gegeven, in welk geval overeenkomsten kunnen worden gemist. Daardoor wordt de juiste verhouding arts-patiënt hersteld, waarbij ik met betrekking tot de honorering meer vertrouwen heb in de normaliserende invloed die uitgaat van behoorlijke restitutiebedragen dan in het resultaat van onderhandelingen die dwingen tot het streven naar het hoogst bereikbare; bovendien kan in die situatie de groepsverantwoordelijkheid leidinggevend optreden en de overheid corrigerend waar dat noodzakelijk zou zijn.

Voor institutionele vormen van dienstverlening (ziekenhuisverpleging en dergelijke) zou ik de voorkeur eraan geven vooralsnog vast te houden aan hulp in natura op derde klasse basis. Daarbij zal naar mijn mening daar waar dit uitvoerbaar is (in het bijzonder bij het beroep op de huisarts en bij de overgang naar de specialist) medebetaling van de patiënt moeten worden ingevoerd teneinde overbelasting van het geneeskundig apparaat te voorkomen en een juiste verdeling van taken te bevorderen; de vaststelling van een maximum per gezin per jaar (om de gedachten te bepalen: f 150,—) zal ongewenste situaties moeten voorkomen.

b. Huisartsgeneeskunst als hulp in het eerste echelon

Wanneer wij een poging wagen om te achterhalen wat de oorzaken zijn van de afnemende belangstelling voor de functie van huisarts en de groeiende desertie in de leeftijdsgroep tussen 30 en 40 jaar van de thans nog werkzame huisartsen, dan kunnen naar onze mening als zodanig worden beschouwd: a. de onregelmatige arbeid, het jachtige leven en de belasting van het gezin; b. het ontbreken van voldoende tijd voor studie en recreatie; c. de als té groot gevoelde individuele verantwoordelijkheid bij de huidige snelle ontwikkeling van de geneeskunde en de groei van de mogelijkheden; d. de weinig interessante inhoud van een deel van het dagelijks werk omdat voldoende tijd voor een rustig onderzoek veelal ontbreekt en de technische mogelijkheden (personele zowel als materiële) onvoldoende ter beschikking staan. Ten aanzien van een ander deel van het werk, met name waar het gaat om de maatschappelijke problematiek van de patiënt, voelt men zich onvoldoende deskundig.

Vele bezwaren, zoals die welke onder a., b. en c. zijn genoemd en in eerste aanleg de huisarts zelf regaderen, kunnen worden opgelost door de vorming van groepspraktijken, waarbij een continue samenwerking tussen enkele huisartsen tot stand komt. Wanneer men echter naast de hiervoor aan-

geduide problematiek in ogenschouw neemt de veranderingen in het behoeftepatroon van de patiënt en de noodzaak van integrale geneeskunst als het adequate antwoord daarop, dan zal men met de herstructurering verder moeten gaan, met name in de richting van het gezondheidscentrum, waarin een geïnstitutionaliseerde vorm van samenwerking tussen een zekere taakverdeling tot stand kan worden gebracht;

— met meer huisartsen (6 tot 8), waardoor de verantwoordelijkheid gemakkelijker is te dragen en een taakverdeling tot stand kan worden gebracht;

— met de verpleegster, waardoor het mogelijk wordt een vérgaande delegatie van het werk door te voeren ⁴⁾;

— met de vroedvrouw, waardoor de in Nederland algemeen gewaardeerde verloskundige hulp in het gezin (na verantwoorde selectie) kan worden behouden, nu de resultaten daarvan niet blijken onder te doen voor die in landen waar de klinische bevaling regel is;

— met de fysiotherapeut, waardoor een werkelijke samenwerking in de sector van de revalidatie mogelijk wordt en de arts inzicht kan verkrijgen in de grenzen en mogelijkheden van deze vorm van behandeling;

3) Zie:

„De Huisarts in Europees Perspectief” (Huygen in huisarts en wetenschap 13/1970, 337);

J. Schuler: De algemene arts als medewerker in een multi-disciplinair welzijnsteam”, Medisch Contact nr. 2/1971, blz. 62;

Advies betreffende de Wijkgezondheidszorg (Centrale Raad voor de Volksgezondheid 1969).

- 4) In dit verband is het belangrijk te vermelden dat op het laatste congres van de W.H.O., dat onder andere was gewijd aan de toekomst van de huisarts, werd opgemerkt: „Only by this delegation of the workload can (doctors provide the opportunity to devote time and interest to complicated cases, engage in developmental work, studies and guidance of other personnel.” Daarbij gaf de vertegenwoordiger van Noorwegen, prof. Borchgrevink, als zijn mening dat de huisarts onder die omstandigheden in Noorwegen 10.000 mensen zou kunnen verzorgen (World Medical Journal Vol. 17 No. 6, 1970).

— met het maatschappelijk werk, waardoor op deskundige wijze en in nauwe samenwerking dit onderdeel van de hulpverlening kan worden verzorgd.

Voorts achten wij het van wezenlijk belang, indien ten behoeve van een verantwoorde medicatie bij een dergelijk centrum een apotheker als deskundig adviseur zou kunnen worden betrokken. Het is verheugend te constateren, dat ook in de apothekerswereld het inzicht baan breekt dat een studie van „de positie van de officine farmacie bij integratie van de gezondheidszorg in Nederland” dwingende noodzaak wordt (F. J. Lancée in Pharmaceutisch Weekblad 105/1970, 1459). In een centrum voor integrale huisartsgeneeskunde als hiervoor bedoeld, zullen de mogelijkheden van onderzoek en behandeling aanmerkelijk kunnen worden uitgebreid, waardoor de druk op de specialistische geneeskunst belangrijk kan worden verminderd. Daarbij gaan wij ervan uit dat, zeker in de eerste jaren, naast deze centra individueel werkende huisartsen blijven bestaan en dat er bij de bevolking onder bepaalde omstandigheden behoefte zal bestaan aan deze meer intieme vorm van bijstand. In onze gedachtengang zouden de mensen vrije keuze moeten hebben tussen beide vormen van huisartshulp, waarbij men het centrum als instituut zou moeten financieren naar analogie van het ziekenhuiswezen, terwijl men de kosten van de individuele huisartshulp per verrichting zou moeten restitueren.

Op welke wijze de algemene communicatie tussen deze eerste echelons-geneeskunde en de hogere echelons dient te worden gerealiseerd (afgezien van het noodzakelijke overleg over de individuele patiënt) lijkt ons een zaak voor nadere studie. In ieder geval moet worden voorkomen, dat in de uitvoering van het werk een integratie tussen de niveaus tot stand wordt gebracht, waarvan bijvoorbeeld sprake zou zijn indien specialistische hulp wordt ingebracht in de huisartsen centra of de huisarts bij de hulpverlening in de ziekenhuizen wordt betrokken. Nog daargelaten het antwoord op de vraag hoe huisarts en specialist dit ooit zouden kunnen opbrengen, achten wij dit een principieel verwerpelijke doorkruising van de echelonnering in de hulpverlening, die een einde zou maken aan de huisarts-geneeskunst.

Wanneer wij tenslotte het geheel van suggesties overzien, dan bekruipt ons het gevoel dat we ongewild toch nog in „Utopia” zijn terecht gekomen.

Onderzoek naar de frekwentie van mucoviscidose (pancreasfibrose) en meconiumileus

Mucoviscidose (pancreasfibrose, cystic fibrosis, CF) behoort tot de meest frequente autosomaal recessief erfelijke ziekten. Volgens recente buitenlandse gegevens zou de frekwentie van de aandoening daar gemiddeld 1 op 2500 levendgeborenen zijn. Voor ons land is deze frekwentie niet bekend. Wel is er nagegaan hoeveel patiënten er in 1969 onder behandeling waren van kinderartsen en longartsen. Bij dit onderzoek, dat werd verricht door de Nederlandse CF Stichting — een organisatie van ouders van mucoviscidose-patiëntjes — werden 345 patiënten vermeld.

Uit deze gegevens laat zich afleiden, dat mucoviscidose ook in Nederland vrij frequent is. Het betreft hier echter het aantal onder behandeling zijnde patiënten (prevalence). Daar bij het in 1969 gehouden onderzoek de reeds overleden patiënten niet zijn meegeteld, is het waarschijnlijk dat dit aantal belangrijk verschilt van het aantal patiënten dat wordt geboren (incidence), met andere woorden: dat „incidence” en „prevalence” ver uiteen liggen. Gezien de variabiliteit in de uitkomst van buitenlandse onderzoekingen kan ook daaruit geen nauwkeurige gevolgtrekking betreffende de werkelijke incidence van mucoviscidose in Nederland worden gemaakt.

Toch is dit gegeven van essentieel belang om familieleden van mucoviscidose-patiënten te kunnen adviseren wanneer zij om de prognose voor hun eigen kinderen vragen. Uit het incidence-gegeven is namelijk te berekenen welke kans er bestaat dat de eventuele huwelijkspartner drager (draagster) voor

de aandoening is. Deze kans bepaalt mede het risico op aangedane kinderen.

In de tweede plaats is het incidence-gegeven noodzakelijk voor verder onderzoek van de genetica van mucoviscidose. Hoewel een aantal kerngegevens met betrekking tot de erfelijkheid reeds bekend zijn (o.a. wijze van overerving), is er nog een aantal belangrijke onopgeloste vragen. Onlangs bijvoorbeeld is uit laboratoriumproeven gebleken, dat het niet is uitgesloten dat mucoviscidose niet één ziekte is, maar een groep van klinisch (nog) niet onderscheidbare ziekten. Ook dit heeft zijn consequenties voor de adviezen aan familieleden van pancreasfibrose-patiënten.

Deze overwegingen vormen voor ons de aanleiding een onderzoek in te stellen naar de frekwentie (incidence) van mucoviscidose in Nederland. Als onderdeel van dit onderzoek wordt thans een enquête gehouden onder een groot aantal Nederlandse collegae. Daar alleen een zeer nauwkeurige bepaling van de incidence zinvol is, verzoeken wij hen met klem aan dit onderzoek te willen meewerken. De verstrekte gegevens zullen uitsluitend binnen ons instituut worden verwerkt en niet aan derden ter inzage worden gegeven.

Antropogenetisch Instituut
Rijks-Universiteit
Groningen

Prof. Dr. G. J. P. A. Anders
Drs. L. P. ten Kate, arts

Nederlandse Stichting Geluidshinder

De Nederlandse Stichting Geluidshinder heeft de minister van Ruimtelijke Ordening en Volkshuisvesting schriftelijk verzocht, voor en na de bouw van woningprojecten een routinecontrole op de geluidwering te laten verrichten, in ieder geval bij door de overheid gesubsidieerde projecten. De Nederlandse Stichting Geluidshinder werd op 21 april 1970 opgericht. Initiatiefnemer was de vereniging Het Nederlandse Congres voor Openbare Gezondheidsregeling. De oprichtingsplannen werden ontvouwd tijdens het jaarlijks congres in 1968, dat de geluidshinder als thema had. Aanleiding tot het stichtingsschrijven zijn door TNO gedane onderzoekingen, waarbij is komen vast te staan dat de geluidwering in huizen al te vaak niet

voldoet aan de kwalificatie „matig”. Deze is de laagste van de twee klassen, die de Nederlandse norm voor geluidwering in woningen kent. Huizen die de laagste norm niet halen, voldoen niet aan de eisen die de volksgezondheid stelt. Waar het leefpatroon van de bewoners sterk verschilt, kan zelfs in huizen die wel in de klasse „matig” vallen nog altijd ernstige geluidhinder optreden. De stichting is van oordeel, dat wanneer het om financiële redenen niet mogelijk is om meer woningen met de kwalificatie „goed” te bouwen, in elk geval moet worden bevorderd dat geen woningen worden opgeleverd, die zelfs niet in de klasse „matig” zijn onder te brengen.

Om tot een dergelijk resultaat te ko-

men, geeft de stichting de bewindsvaarders het advies de ontwerpen van woningbouwprojecten van enige omvang op hun geluidkundige kwaliteiten te laten beoordelen, alvorens ze te laten fatteren. Niet minder nodig vindt zij het, dat in de gereedgekomen bouw door middel van steekproeven geluidmetingen worden verricht. Bovendien zou het volgens de stichting aanbeveling verdienen, reeds vóór de bouw vast te leggen welke partij financieel en organisatorisch verantwoordelijk is voor een vlotte verbetering van eventuele met de geluidmetingen opgespoorde gebreken. Het Instituut Gezondheidstechniek TNO en de Technisch-Physische Dienst TNO-TH Delft zijn bereid in de aanloopperiode een handje te helpen.

Wetenschappelijke verenigingen waarschuwen tegen roken

Waarom sturen vier wetenschappelijke verenigingen een telegram* aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid?

De Nederlander gaat niet over één nacht ijs. Toen dan ook meer dan tien jaar geleden de hoofdzaken omtrent de schadelijke werking van roken op de gezondheid bekend werden, is de reactie van de Nederlander en ook van de Nederlandse arts minimaal geweest. Dit vindt zijn oorzaak onder meer in het feit dat de actie tegen het roken, zulks in tegenstelling tot de Verenigde Staten en Engeland, hier is gevoerd niet door of vanwege de regering, maar door twee particuliere instellingen: het Koningin Wilhelmina-Fonds bij monde van Dr. L. Meinsma — zij het met Rijkssubsidie — en later ook door de Nederlandse Hart-stichting.

Wij menen dat de tijd is gekomen om hierin verandering te brengen. Was het bewijs voor de samenhang tussen roken en longkanker reeds langer geleverd, tot voor kort bestonden nog slechts vermoedens over een verband tussen roken enerzijds en hartinfarct en bronchitis met gevolgen anderzijds. Thans echter zijn de argumenten hiervoor zó uitgebreid dat deze vermoedens zekerheid zijn geworden. Nu bovendien de onrustbarende stijging van de met roken geassocieerde ziekten zich onverminderd voortzet, menen wij dat het niet is verantwoord dat de wetenschappelijke artsverenigingen nog langer zwijgen. Het geringe resultaat van de gegeven voorlichting — gemeten aan de verkoopcijfers van sigaretten — vervult ons met grote zorg. Er is nog een ander argument om te spreken: de gegevens, die duidelijk maken dat roken niet alleen schade toebrengt aan de roker, nemen toe. Zo heeft men bij kinderen van rokende ouders tweemaal zoveel bronchitispatiënten geteld als bij kinderen van wie de ouders niet roken. Vooral doordat de jonge vrouwen in groten getale zijn gaan roken ligt hier een groot probleem.

Steeds moeilijker wordt het leven voor hen, die wegens bronchitisklachten rook in het geheel niet verdragen of op medisch voorschrift rook niet mogen inademen. De atmosfeer op feestelijke bijeenkomsten, zoals recepties en verjaarspartijen, is oorzaak dat zij meer en meer in een moeilijk aanvaardbaar isolement worden teruggedrongen. Niet zelden zijn zij zelfs in eigen huis, wat hun gezondheid betreft, niet veilig voor het luchtbederf, te wegegebracht door echtgenoot en familieleden. Niet te aanvaarden is ook dat de atmosfeer op de meeste kantoren en niet weinig werkplaatsen zwaar verontreinigd is door sigarettenrook, waardoor het dikwijls onmogelijk is — in het bijzonder voor ad-

ministratief personeel — werk te vinden, waar rookvrije lucht kan worden ingeademd.

Men vergete niet dat de verschillende vormen van bronchitis (CARA**), waarover wij hier spreken, voorkomen bij 8% van de Nederlandse bevolking!

De toenemende rookgewoonte bij tieners vormt een belangrijke bedreiging voor de toekomst van onze kinderen. De gevoeligheid van de jeugd blijkt onder meer hieruit dat de kans op het krijgen van longkanker vijfmaal zo groot is bij mannen, die vóór het 15e jaar een begin maakten met het roken van sigaretten dan bij mannen die hiermee eerst begonnen op de leeftijd van 25 jaar of later.

Hoe hoogde nood gestegen is kan men onder meer hieruit aflezen dat de totale sterfte bij de Nederlandse mannen van 50-70 jaar tweemaal zo hoog is geworden als bij de vrouwen van gelijke leeftijd. Nederland is hierdoor een land geworden, uitzonderlijk rijk aan weduwen. In 1950 was de sterfte bij de man niet meer dan een kwart hoger dan die bij de vrouw in deze leeftijdsgroep. De ontwikkeling is wel niet geheel, maar toch voor een groot deel het gevolg van roken. Dat de sterftecijfers van de vrouw nog weinig invloed van het roken tonen, vindt zijn verklaring gedeeltelijk in de nog veel kortere duur van de rookmode bij de vrouw, gedeeltelijk in de mindere gevoeligheid van — niet-bejaarde — vrouwen voor hartinfarct, de ziekte die meer dan enig andere tot de sterfte bijdraagt.

Hoewel een exacte berekening van het aantal doden tengevolge van roken niet mogelijk is, kan men hiervan op goede gronden wel een schatting maken althans bij mannen: wij komen tot de conclusie dat het aantal meer dan een vijfde moet bedragen van het totaal aantal sterfgevallen bij mannen in Nederland (van Voorst Vader, 1965); een getal dat een veelvoud is van het aantal doden door verkeersongevallen. In de Verenigde Staten en Engeland vond men getallen van dezelfde orde (zie onder).

Wij achten het daarom nodig dat deze feiten op-

* Zie Medisch Contact nr. 5 van 5 februari 1971, bladzijde 123 e.v.

** Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen, gekenmerkt door aanvalsgewijs optredende of voortdurend aanwezige kortademigheid, hoesten en/of opgeven van sputum.

nieuw met klem onder de aandacht worden gebracht zowel van het Nederlandse publiek als van de regering. Het is toeval dat deze actie ongeveer tegelijk komt met een soortgelijk rapport van het „Royal College of Physicians” in Engeland.

ROKEN EN STERFTE

Vijf uitgebreide onderzoeken hebben aangetoond dat roken gepaard gaat met het toenemen van de sterfte. Het grootste en ook wel belangrijkste onderzoek wordt geleid door Hammond (1966). Hierbij worden de lotgevallen van meer dan een miljoen mensen — zowel mannen als vrouwen — sedert 1959 tot op heden gevolgd; onder meer werden de rookgewoonten en, bij overlijden, de doodsoorzaken geregistreerd.

Bij mannen van 45-54 jaar werd een sterfteverhouding tussen rokers van sigaretten en niet-rokers gevonden van 2,28:1. Voor andere leeftijden ligt deze verhouding lager. Ook bij vrouwen zijn — onder meer tengevolge van bescheidener rookgewoonten — de verschillen veel kleiner.

De sterfte-overmaat bedroeg bij mannen van 35 t/m 59 jaar ongeveer 1 op iedere 3 van het totale aantal overledenen; voor vrouwen van 35 t/m 59 jaar was dit aantal 1 op iedere 14. Sterfte-overmaat noemt men die sterfgevallen, die niet zouden hebben plaatsgevonden wanneer de sterfte bij de rokers dezelfde zou zijn als bij de niet-rokers. Deze getallen van 1/3 en 1/14 zijn natuurlijk afhankelijk

van de rookgewoonten van deze studiegroepen en van de verhouding tussen de aantallen rokers en niet-rokers. Voor alle duidelijkheid: deze cijfers gelden niet voor iedere groep mensen.

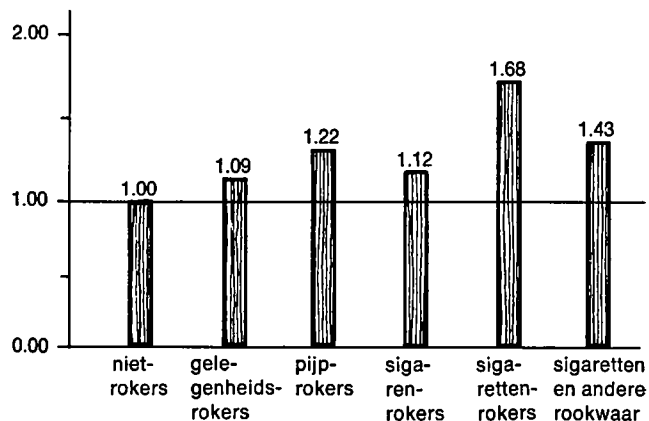


Fig. II. Sterftecijferverhouding mannelijke rokers/niet-rokers van de leeftijd 50-70 jaar, gegroepeerd naar hun verschillende rookgewoonten (Hammond en Horn, 1958).

Door de verschillen in sterfte is de leeftijdsverdeling binnen een groep afhankelijk van de rookgewoonten van die groep. Vóór de sterftecijfers kunnen worden vergeleken moet daarom een correctie worden toegepast voor deze verschillen in leeftijdsverdeling. Bij de gegevens, die hier en hierna worden vermeld, is deze correctie steeds toegepast.

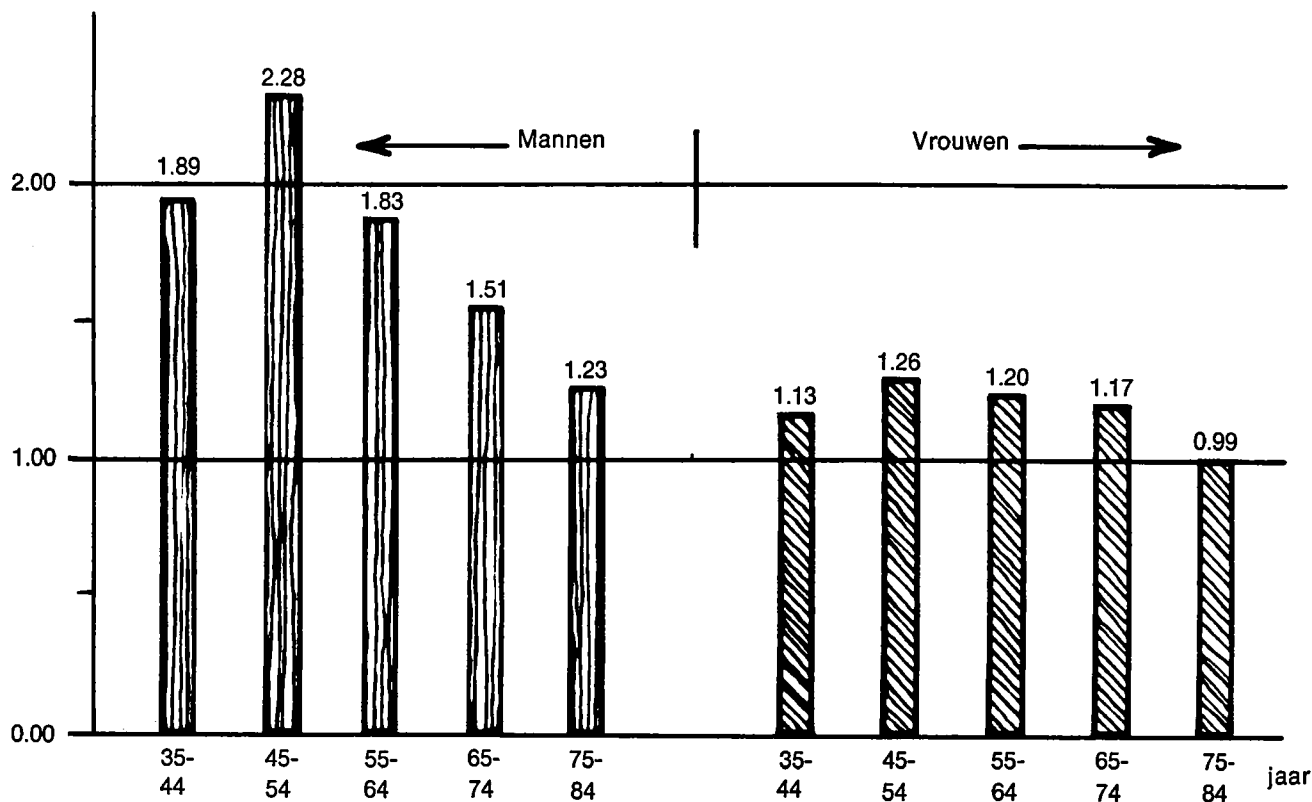


Fig. I. Verhouding van het sterftecijfer van sigarettenrokers t.o.v. het sterftecijfer van niet-rokers, voor mannen en vrouwen, verdeeld in verschillende leeftijdsgroepen.

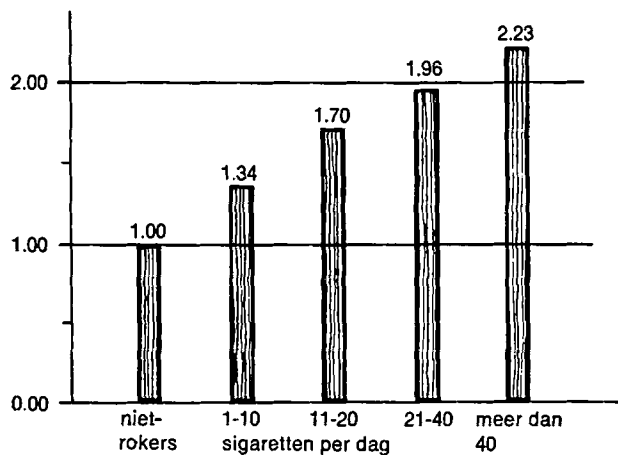


Fig. III. Sterftecijferverhouding mannelijke rokers van sigaretten/niet-rokers, van 50-70 jaar, gedifferentieerd naar het dagquantum gerookte sigaretten (Hammond en Horn, 1958).

ROKEN EN ZIEKTE

Een onderzoek van de „U.S. Public Health Service” (1967), verricht in 1964 en 1965, wees uit dat het ziekteverzuim bij sigarettenrokers hoger is dan bij niet-rokers.

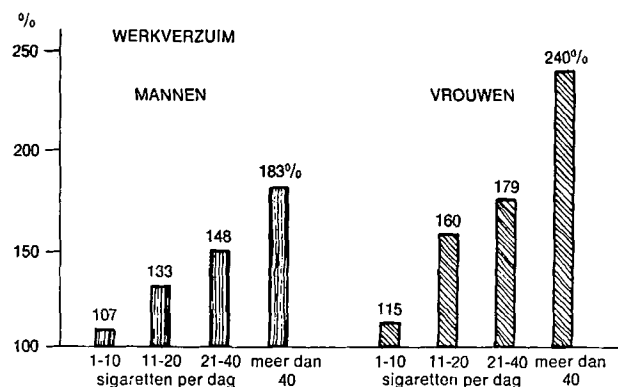


Fig. IV. Verschillen in werkverzuim bij verschillende aantallen per dag gerookte sigaretten, niet-rokers op 100% gesteld.

Bij het roken van gelijke aantallen sigaretten blijkt het werkverzuim bij vrouwen groter te zijn dan bij mannen. Men berekende bij dit onderzoek dat van alle ziekteverzuim in de Verenigde Staten in 1965 — 399 miljoen werkdagen — er 77 miljoen of 19% het gevolg waren van roken.

ROKEN EN ZIEKTE VAN DE KRANSVATEN VAN HET HART

De onder het hoofdstuk „roken en sterfte” vermelde onderzoeken, vermeerderd met nog verschillende andere, hebben uitgewezen dat de sterfte door „verkalking” van de slagaderen, die de hartspier van bloed voorzien, hoger is bij rokers van sigaretten dan bij niet-rokers. Deze sterfte is weer afhankelijk van het dagkwantum gerookte si-

garetten, van het geslacht en van de leeftijd; het daalt weer bij groepen mensen, die het roken hebben gestaakt.

Mannen van 45-54 jaar hebben, wanneer zij meer dan 10 sigaretten per dag roken, een ongeveer driemaal zo hoge sterfte aan deze ziekte dan niet-rokers van dezelfde leeftijd. Bij vrouwen is deze verhouding 2:1 (Hammond, 1966). Bij het ouder worden neemt het verschil in sterfte tussen rokers en niet-rokers af voor beide geslachten. Aangezien het hartinfarct bij het ouder worden steeds vaker voorkomt neemt, ondanks het kleiner worden van de verhouding in sterfte tussen rokers en niet-rokers, de sterfte-overmaat bij de rokers, in absolute getallen uitgedrukt, toch toe.

Sterker nog dan het voorkomen van hartinfarct is het plotseling sterven van lijdens aan afwijkingen van de kransvaten geassocieerd met het roken van sigaretten. Van de totale sterfte-overmaat die bij sigarettenrokers wordt gevonden, wordt ongeveer de helft veroorzaakt door het hartinfarct! Ook andere factoren verhogen het risico van overlijden door afwijkingen aan de kransvaten, onafhankelijk van de rookgewoonten: erfelijke aanleg, hoge bloeddruk, hoog cholesterolgehalte van het serum, veelvuldige verandering van sociale omgeving, een psyche, gekenmerkt door wedijver, energie, agressie en haast. Geregelde lichamelijke inspanning, bijv. door gymnastiek of sport, gaat weer gepaard met een verminderd sterfterisico door ziekte van de kransvaten. Anders dus dan bij longkanker, waar de invloed van het roken op de sterfte domineert, deelt bij ziekte van de kransvaten het roken zijn invloed met een aantal andere gelijkwaardige factoren.

Enkele vondsten maken het oorzakelijk verband tussen roken en ziekte van de kransvaten meer begrijpelijk; het roken van sigaretten geeft zowel een stoornis in de zuurstofvoorziening van de hartspier als in het stollingsmechanisme van het bloed (zie o.a. Dalderup, 1970). Zowel Auerbach (1965) als Strong e.a. (1966) vonden bij grote reeksen obductions bij mannen, overleden aan oorzaken buiten het hart gelegen, dat de sterfte van de ziekelijke veranderingen in de kransvaten afhankelijk is zowel van het al dan niet roken, als van het aantal per dag en het aantal jaren dat sigaretten waren gerookt. Een soortgelijk verband wordt gevonden tussen het roken van sigaretten en sterfte door ziekte van de hersenvaten. De gegevens hierover zijn echter minder expliciet. Ook het ontstaan van vernauwing van de slagaderen van de benen — „oblitererende arteriosclerose” —, met als gevolg pijn in de kuit bij het lopen, wordt geacht in hoge mate bevorderd te worden door het roken van sigaretten. Hetzelfde geldt voor het aneurysma van de grote lichaamsslagader (voor zover niet veroorzaakt door syphilis).

ROKEN EN KANKER IN LONGEN EN ELDERS

De betrekkingen tussen roken en longkanker zijn

te bekend om deze uitvoerig te herhalen: een sterke stijging van de sterfte naarmate meer sigaretten en langduriger wordt gerookt en ook meer geïnhaald; een scherpe daling van de sterfte bij groepen die het roken hebben gestaakt. Hoe sterk het roken van sigaretten de kans op het krijgen van longkanker vermeerderd, ziet men uit figuur V.

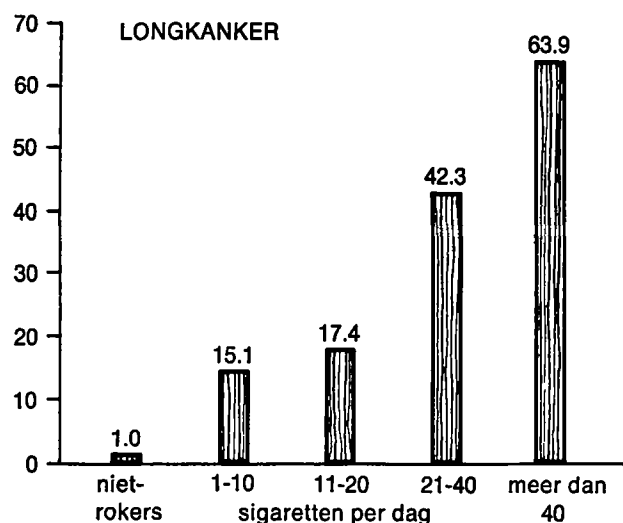


Fig. V. Sterftecijferverhouding rokers/niet-rokers voor longkanker bij mannen van 50-70 jaar, gedifferentieerd naar het dagkwantum gerookte sigaretten (naar Hammond en Horn, 1958).

Voor de vrouwen zijn deze verhoudingen veel lager. Het is nog niet duidelijk hoeveel van dit sterfteverschil ten opzichte van de man aan korter en minder roken en aan minder inhaleren moet worden toegeschreven, en hoeveel aan eventuele andere factoren. Het is gebleken dat het carcinogeen vermogen evenredig is met het „teer“-gehalte van de sigaret. In deze teer is een aantal carcinogenen geïdentificeerd, waarbij vooral enige polynucleaire aromatische koolwaterstofverbindingen zijn opgevallen.

Atypische cellen, welke als een voorstadium van longkanker kunnen worden opgevat, komen meer voor naarmate meer wordt gerookt (Auerbach, 1964). Ook in de industrie kunnen invloeden aanwezig zijn die het ontstaan van longkanker bevorderen: chroom, asbest, uranium. Het is onbewezen dat luchtverontreiniging in industriële gebieden longkanker bevordert (Biersteker, 1966). Chauffeurs, garagepersoneel en arbeiders bij olieboorvelden hebben geen hogere longkankercijfers.

Merkwaardig is dat de gemiddelde leeftijd, waarop men longkanker krijgt, bijna onafhankelijk is van het roken (Passey, 1962). Het lijkt dus dat door het roken een bepaald mechanisme in gang wordt gezet; welk mechanisme is echter nog geheel onbekend. De „CARA-constitutie“ predisponert voor longkanker (v.d. Wal, 1964).

Duidelijk hogere cijfers bij rokers vindt men ook voor kanker aan de lip, in de mondholte, keel,

strottenhoofd, slokdarm, alvleesklier, nier en urineblaas. Voor kanker, gelokaliseerd aan de lip en in het strottenhoofd moet een oorzakelijk verband worden aangenomen, voor de andere localisaties is een oorzakelijk verband waarschijnlijk (The Health Consequences of Smoking).

ROKEN EN CHRONISCHE ASPECIFIEKE RESPIRATOIRE AANDOENINGEN (CARA)

Een duidelijk verband is aanwezig tussen roken en de klachten: hoesten en opgeven van sputum, zoals onder meer blijkt uit het verslag van Van der Lende (1969), over het onderzoek bij bevolkingsgroepen te Meppel, Vlagtwedde en Vlaardingen. Verder blijkt uit het onderzoek van Lambert en Reid (1970) in Engeland dat de invloed van luchtverontreiniging op luchtwegklachten veel groter is bij rokers van sigaretten dan bij niet-rokers. Uit talrijke publikaties is komen vast te staan dat rokers op alle leeftijden een gemiddeld slechtere longfunctie hebben in vergelijking met niet-rokers. Zowel de klachten als de longfunctie worden gunstig beïnvloed door het staken van het roken. CARA-klachten worden bij rokers meer gevonden dan bij niet-rokers.

Het blijkt dat het roken van een gelijk dagkwantum sigaretten bij vrouwen gepaard gaat met meer klachten en ook met hogere ziektecijfers dan bij de man. Deze hogere ziektecijfers door CARA verklaren de hogere ziektecijfers bij de vrouw door alle ziekten tezamen, die wij hierboven beschreven. Onderzoekingen bij reeksen tweelingen wezen uit dat luchtwegklachten veel meer optreden bij de rokende helft van de tweeling. Bij sigarettenrokers zijn

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.

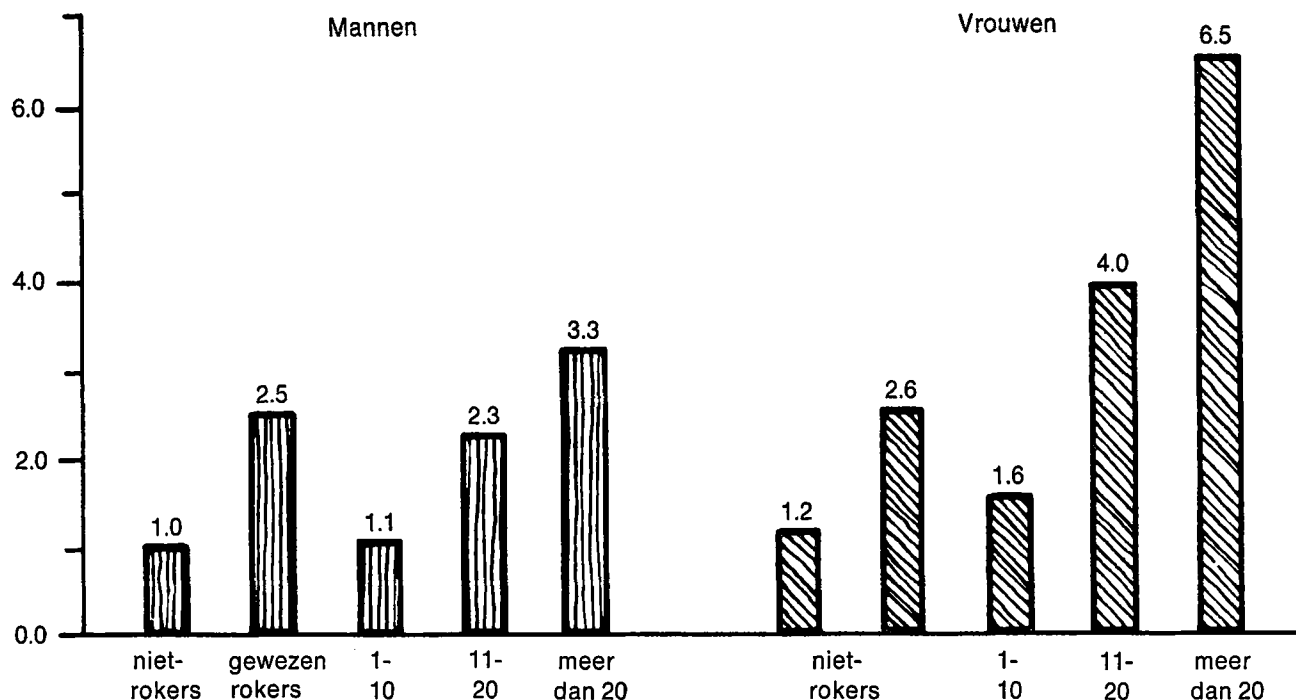


Fig. VI. Gemiddeld aantal gevallen van CARRA-klachten per 100 personen van 17 jaar en ouder, gedifferentieerd naar het dagkwantum gerookte sigaretten (U.S. Public Health Service, 1967).

de sterftcijfers door CARRA gemiddeld ongeveer zesmaal zo hoog als bij niet-rokers. Gedifferentieerd naar het dagkwantum sigaretten vindt men het volgende beeld:

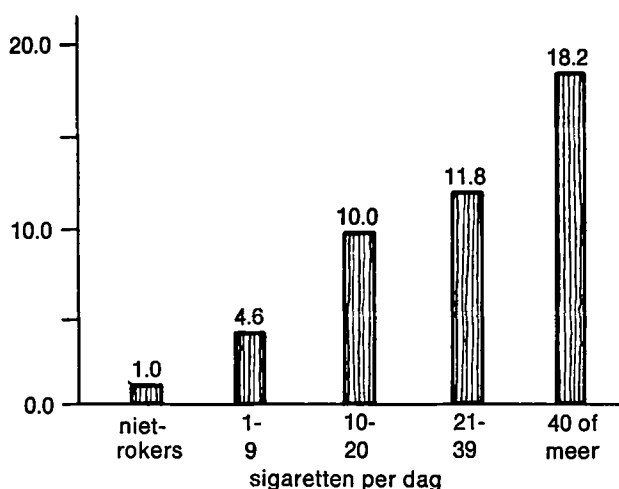


Fig. VII. Sterftcijferverhouding rokers/niet-rokers, voor CARRA*, gedifferentieerd naar het dagkwantum gerookte sigaretten (Kahn, 1966).

Bij obducties vond men een duidelijke relatie tussen woeking van de slijmklieren en emphyseem enerzijds en roken anderzijds. Roken heeft een verlamende werking op trilhaarepitheel en vermeer-

dert de slijmsecretie: factoren die infectie vergemakkelijken. In het experiment heeft men honden aan sigarettenrook blootgesteld en veranderingen in het longweefsel gezien, die overeenkomst vertonen met menselijk emphyseem. Tal van andere factoren, zoals luchtverontreiniging, industriële invloeden, virale en bacteriële infecties, kunnen CARRA ongunstig beïnvloeden. Deze kennis doet niet af aan de conclusie dat roken onder de huidige omstandigheden een voornamelijk factor is, leidend tot ziekte, invaliditeit en dood door CARRA.

ROKEN, ANDERE ZIEKTEN en ONGEVALLEN

Het is hier niet de bedoeling een volledig overzicht te geven van het verband tussen roken en ziekte. Wij laten dus andere ziekten — bijvoorbeeld de zweren aan de maag en twaalfvingerige darm — en ook ongevallen — zowel branden als bedrijfs- en verkeersongevallen —, die mogelijk verband houden met roken, buiten beschouwing.

NEDERLANDSE CIJFERS

Uit het volgend overzicht leren wij dat de sterfte onder mannen van 50-69 jaar sedert 1950 belangrijk is gestegen. Van de enorme vooruitgang in het medisch kunnen hebben de mannen in het geheel niet geprofiteerd — in tegenstelling tot de vrouwen, bij wie aanvankelijk een daling van de sterfte is opgetreden.

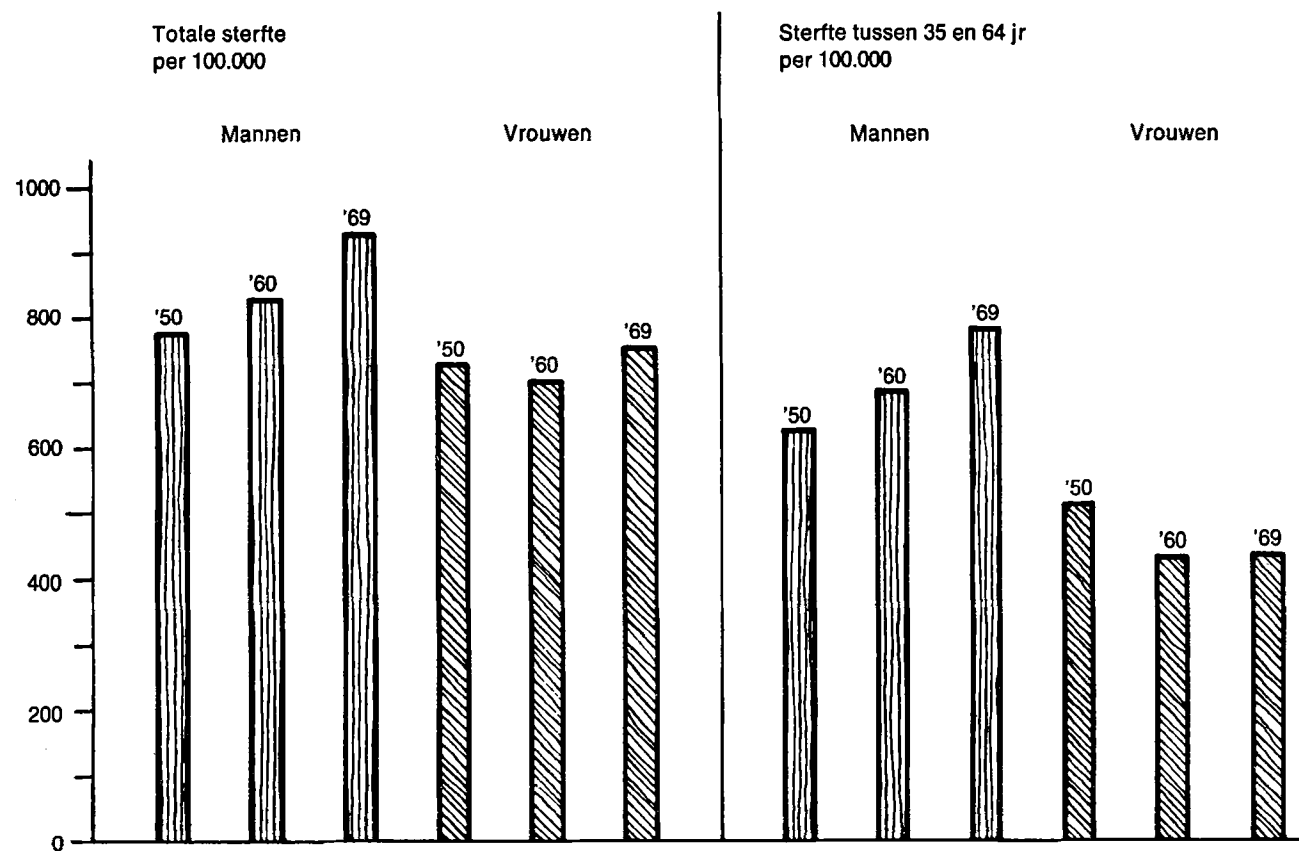
Indrukwekkend is de toename van de sterfte tengevolge van ziekte van de kransvaten van het hart bij de man. Bij de vrouw is eveneens een evidente

*Internationale Classificatie van doodsoorzaken no. 500-502; 527, 1.

Tabel I. Totale sterfte en sterfte t.g.v. ischaemische hartziekten, longkanker en CARA onder mannen en vrouwen in Nederland van 35-64 jaar in 1950, 1960 en 1969

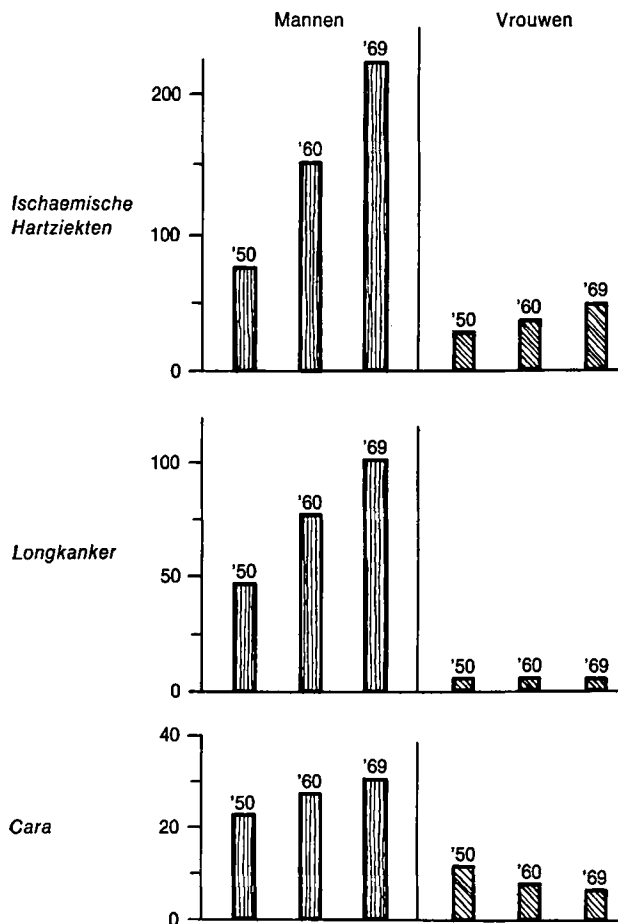
	Totale sterfte (alle leeftijden tezamen)		Totale sterfte (leeftijd 35-64 jaar)		Sterfte t.g.v. ischaemische hart- ziekte (leeftijd 35-64 jaar) ¹⁾		Sterfte t.g.v. longkanker (leeftijd 35-64 jaar) ²⁾		Sterfte t.g.v. CARA (leeftijd 35-64 jaar) ³⁾	
	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.	M.	V.
Absoluut aantal overledenen										
1950	38.917	36.663	9.878	8.338	1.196	387	743	76	358	198
1960	47.301	40.185	12.315	8.017	2.729	690	1.408	103	510	141
1969	59.558	48.057	15.416	8.818	4.458	980	2.032	116	615	135
Sterfte per 100.000 van de totale bevolking respectievelijk van de bevolking van 35-64 jaar naar geslacht										
1950	772,0	722,8	619,4	497,3	75,0	23,1	46,6	4,5	22,4	11,8
1960	826,9	696,9	673,6	414,8	149,3	35,7	77,0	5,3	27,9	7,3
1969	927,1	744,6	767,3	421,4	221,9	46,8	101,1	5,5	30,6	6,5
¹⁾ 1950 en 1960: Nummer 420 v/d Int. Stat. Classificatie v. Ziekten, Verwondingen en Doodsoorzaken '55. 1969: Nummer 410-414 v/d Int. Stat. Classificatie v. Ziekten, Verwondingen en Doodsoorzaken '65. ²⁾ 1950 en 1960: Nummer 162 en 163 v/d Int. Stat. Classificatie v. Ziekten, Verwondingen en Doodsoorzaken '55. 1969: Nummer 162 en 163,0 v/d Int. Stat. Classificatie v. Ziekten, Verwondingen en Doodsoorzaken '65. ³⁾ 1950 en 1960: Nummer 241, 502, 526, 527,1 v/d Int. Stat. Classificatie v. Ziekten, Verwondingen en Doodsoorzaken '55. 1969: Nummer 493, 491, 518, 492 v/d Int. Stat. Classificatie v. Ziekten, Verwondingen en Doodsoorzaken '65.										

Bron: Doodsoorzakenstatistiek C.B.S.



Enige Nederlandse sterftcijfers voor de jaren 1950, 1960 en 1969.

Gegevens verstrekt door het C.B.S.



Nederlandse sterftecijfers per 100.000 mannen en vrouwen van 35-64 jaar voor 1950, 1960 en 1969 en voor 3 specifieke ziekten.
Bron: Doodsoorzakenstatistiek C.B.S.

stijging tot stand gekomen, maar deze is niet zo sterk als bij de man.

Een derde van de totale sterftecijfers wordt veroorzaakt door ziekten van hart en vaten, niet meegerekend de vaatletsels van het centrale zenuwstelsel, aangeboren afwijkingen van de bloedsomlooporganen en syphilis aan hart en bloedvaten. Reken men ook deze ziekten mee, dan bedraagt de sterfte aan alle hart- en vaatziekten tezamen 45% van het totale aantal in 1968 overleden personen.

De slachtoffers van hartinfarct worden steeds meer onder jongere mannen gevonden. De ziekte nam bij mannen van 35-39 jaar sedert 1950 toe met 350%!

De sterfte aan longkanker vertoont een sterke en nog niet onderbroken stijging. Het jaarlijks aantal doden door longkanker alleen — omstreeks 5000 — is dus veel hoger dan dat door verkeersongevallen: omstreeks 3000.

De sterfte aan CARA toont eveneens een stijging, maar uitsluitend voor de man, met daar tegenover een daling voor de vrouw. Voor de oudere vrouw hebben dus de belangrijkste aanwinsten in de therapie zwaarder gewogen dan de toename van het

roken. De stijging bij de man heeft zich na 1963 niet voortgezet.

De aantallen *invaliden* tengevolge van afwijkingen aan de kransvaten en tengevolge van CARA zijn sedert 1952 in belangrijke mate gestegen (van Voorst Vader, 1963).

ROKEN VAN SIGAREN EN PIJPTABAK

Tabel 2

Verwachte en geconstateerde aantallen doden en sterfteverhoudingen bij rokers van sigaren en pijptabak (naar: Smoking and Health, 1964).

Doodsoorzaken	Aantal doden		
	verwacht	geteld	Sterfte-verhoudingen
Kanker van mondholte en keel (140-148*)	13,5	46	3,4
Kanker v. slokdarm (150*)	10,2	33	3,2
Kanker v. strottenhoofd (161*)	3,2	9	2,8
Kanker v. long (162-163*)	65,2	113	1,7
Bronchitis en emphyseem (502, 527,1*)	33,7	37	1,1
Aandoening v. kransslagaderen (420*)	2.721,5	2.842	1,0
Alle oorzaken samen	6.500,9	6.919	1,06

* Internationale Statistische Classificatie van doodsoorzaken.

In tegenstelling dus met het roken van sigaretten geeft het roken van sigaren en pijptabak geen hogere sterfte door aandoeningen van de kransvaten van de slagaderen. Wij vinden nauwelijks een verhoogde sterfte door CARA en voor longkanker nog niet een verdubbeling van het aantal, dat bij niet-rokers optreedt, terwijl dit voor alle sigarettenrokers samen ongeveer elfmaal zoveel bedraagt als bij de niet-rokers. Wel moeten wij constateren dat de cijfers voor rokers van sigaren en pijptabak nog schaars zijn en dat deze zeker nog bevestiging behoeven.

CONCLUSIE

De stijging van ziekte, invaliditeit en sterfte bij de man is in hoge mate zorgwekkend, terwijl de cijfers bij de vrouw dezelfde tendens gaan vertonen. Ge-

constateerd wordt dat deze verschijnselen zich in hoofdzaak voordoen bij ziekten, die onder invloed staan van roken. Zoals hiervoor is uiteengezet is het roken zeker niet de enige oorzaak van deze toename. Er bestaat echter geen twijfel over dat roken hierop van grote invloed is geweest.

De Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose

De Nederlandse Vereniging voor Cardiologie

De Nederlandse Internisten Vereniging

De Nederlandse Keel-, Neus- en Oorheelkundige Vereniging.

Literatuur

1. Auerbach, O., Stout, A. P., Hammond, E. C., Garfinkel, L. The role of smoking in the development of lung cancer. Proceedings of the National Cancer Conference (New York) 5:497, 1964.
2. Auerbach, O., Hammond, E. C., Garfinkel, L. Smoking in relation to atherosclerosis of the coronary arteries. New England J. Med. 273:15:775. Oct. 7, 1965.
3. Biersteker, K. Verontreinigde lucht. Diss. 1966. Uitg. v. Gorcum en Comp. N.V., Assen.
4. Dalderup, L. M. Ned. T. v. Geneeskunde. 114:32:1346, 1970.
5. Hammond, E. C. Smoking in relation to the deaths of 1 million men and women. U.S. Public Health Service, National Cancer Institute Monograph No. 19. Jan. 1966, pp 127-204.
6. Hammond, E. C., Horn, D. Smoking and death-rates. Report on forty-four months of follow-up of 187.783 men. J.A.M.A. 166, No. 10:1159 en No. 11:1294, 1958.
7. Kahn, H. A. The dorn study of smoking and mortality among U.A. veterans: Report on 8 1/2 years observation. In: Haenszel, W., editor. Epidemiological Approaches to the Study of Cancer and other Diseases. Bethesda, U.S. Public Health Service, National Cancer Institute Monograph No. 19, Jan. 1966.
8. Lambert, P. M., Reid, D. D. Smoking, air pollution and bronchitis in Britain. The Lancet. I:7652:853 en 875, 1970.
9. Lende, R. van der. Epidemiologie of chronic non-specific lung disease (chronic bronchitis). Diss. 1969. Uitg. v. Gorcum en Comp. N.V. Assen.
10. Passey, R. D. The Lancet. II: 7247: 107, 1962.
11. Smoking and Health. Report of the advisory committee to the surgeon general of the Public Health Service. Public Health Service Publications No. 1103, 1964.
12. Strong, J. P., McGill, H. C. Jr., Richard, M. L., Eggen, D. A. Relationship between smoking habits and coronary atherosclerosis in autopsied males. Circulation; J. of the Am. Heart Ass. 33-34 (Suppl. 3): Oct. 31, 1966.
13. The Health Consequences of Smoking. A Public Health Review 1967; Suppl. 1968; Suppl. 1969. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Public Health Service Publication No. 1696.
14. U.S. Public Health Service. National Center for Health Statistics. Cigarette smoking and health characteristics. U.S. July 1964 to June 1965. Washington. U.S. Department of Health, Education and Welfare, Vital and Health Statistics Series 10, No. 34; Public Health Service Publication No. 1000, May 1967.
15. Voorst Vader, P. J. A. van. Roken, sterfte en invaliditeit in Nederland. Ned. T. v. Geneesk. 107, 42:1893, 1963.
16. Voorst Vader, P. J. A. van. Betrekkingen tussen roken en sterfte in Nederland gedurende 1963. Ned. T. v. Geneeskunde. 109, 13:601, 1965.
17. Wal, A. M. van der. Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen (CARA) als voorwaarde voor het ontstaan van het bronchuscarcinoom. Diss. 1964. Uitg. Dijkstra's Drukkerij, Groningen.

Kort verslag H.B.-vergadering d.d. 9 januari 1971

Kort verslag van de vergadering van het hoofdbestuur op zaterdag 9 januari 1971, gehouden in het gebouw van de Maatschappij, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Voorzitter: Prof. Dr. Th. Vossenaar.

De voorzitter opent om 13.30 uur de vergadering.

Medisch Contact. Tijdens een op 22 december 1970 gehouden bespreking tussen een delegatie van Medisch Contact en een vertegenwoordiging van het hoofdbestuur is van de zijde van Medisch Contact voorgesteld, functie en tijdsbeslag van de medisch hoofdredacteur, in relatie tot de overige stafbezetting van Medisch Contact, ter advisering voor te leggen aan een college van wijze mannen, bestaande uit 3 oud-voorzitters der Maatschappij. Het hoofdbestuur gaat hiermede akkoord.

Uitslag verkiezingen. Tot voorzitter wordt gekozen: Prof. Dr. Th. Vossenaar tot ondervoorzitter wordt gekozen: Dr. R. Vermeer tot leden van het dagelijks bestuur worden gekozen: Dr. J. Hage, Dr. F. H. J. Kortenhorst en J. J. de Konink tot plaatsvervangende leden van het dagelijks bestuur worden gekozen: Dr. J. A. Dallmeijer, Dr. E. D. Eggink en Dr. A. E. Leuftink.

Personeelsbeleid. De statuten enz. van de Stichting Pensioenfonds Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst worden goedgekeurd, terwijl men zich ook verenigt met de door het dagelijks bestuur voorgestelde samenstelling van het voorlopig bestuur van deze Stichting.

Onderscheidingenbeleid. Besloten wordt:

a. tot een op wat ruimere schaal overwegen van de mogelijkheid tot toekenning van het erelidmaatschap;

b. instelling van een enkelsoortige onderscheidingmogelijkheid, zowel voor leden als niet-leden, om daarmee de waardering voor grote verdiensten jegens de Maatschappij tot uitdrukking te brengen. Deze zal bestaan uit een zilveren medaille; toekenning geschiedt door het hoofdbestuur.

Serviceverlening aan leden der Maatschappij. De

nota inzake de ledenservice wordt met grote meerderheid aangenomen als basis voor het beleid op dit gebied, waarbij de secretaris-generaal de opdracht wordt gegeven om de uitvoeringsmaatregelen voor te bereiden, met dien verstande, dat, wanneer tot aanstelling van personeel moet worden overgegaan, een daartoe strekkend voorstel in het dagelijks bestuur wordt gebracht.

Het instellen van een commissie voor de opleiding, erkenning en registratie van huisartsen. Het hoofdbestuur gaat akkoord met de samenstelling van de commissie. Aan de Landelijke Huisartsen Vereniging en aan het Nederlands Huisartsen Genootschap zal worden gevraagd vertegenwoordigers aan te wijzen. Tevens zal er een schrijven uitgaan naar de faculteiten en overheid met de vraag op welke wijze zij een bijdrage kunnen leveren aan de activiteiten van de commissie.

Een schrijven van de Maatschappij-vertegenwoordigers in de Stichting Revalidatie Instituut Muiderpoort. Deze brief zal voor advies in handen worden gesteld van de Landelijke Specialisten Vereniging.

Stichting Wetenschappelijk Onderwijs en Verkeersveiligheid. Aan het departement van Verkeer en Waterstaat zal inzage worden verzocht van een rapport van de Stichting Wetenschappelijk Onderwijs en Verkeersveiligheid inzake de bloedproef en ademhalingstest.

Rapport „Weigering van bloedtransfusie door Jehova's getuigen”. Het hoofdbestuur gaat akkoord met dit rapport, samengesteld door een gemengde commissie van de Protestants Christelijke Artsen Organisatie en de Katholieke Artsen Vereniging.

Voorontwerp van wet Geestelijk Gestoorden. Naar aanleiding van dit voorontwerp stelt het hoofdbestuur zich achter het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake het inschakelen van de behandelend geneesheer bij het afgeven van de K.Z.-verklaring.

Besluit nr. 2-1970 van het Centraal College inzake opleidingseisen voor het specialisme longziekten en tuberculose. Dit besluit wordt goedgekeurd.

Te 18.20 uur sluit de voorzitter de vergadering.

Voordrachten

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

Alphen en Omstreken: Prof. Dr. F. Grewel, onderwerp: „Moeilijk opvoedbare kinderen”.

Amersfoort en Omstreken: Mej. Dr. H. J. A. Verhagen, onderwerp: „Drugs”. Dr. M. J. van Trommel, onderwerp: „De huisarts van morgen”.

Friesland-Oost: Mr. L. C. Wesseldijk en P. A. de Groot, onderwerp: „Wet Ziekenhuisvoorzieningen”.

Haarlem en Omstreken: J. A. Staal, J. W. G. van Doorn, J. G. H. M. Herben, R. M. C. M. Janssen, J. P. E. Bouwes Bavinck, onderwerp: „Intensive care”.

Leiden en Omstreken: Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis, hoogleraar huisartsgeneeskunde, onderwerp: „Evaluatie en problem-solving in de geneeskunde”.

Meppel en Omstreken: Dr. G. Mik, jeugdpsychiater, onderwerp: „Drug-gebruik”.

Nijmegen en Omstreken: Dr. H. M. van Praag, onderwerp: „Biologisch-psychiatrisch onderzoek van de depressie: nieuwe ontwikkelingen”.

Oude Yssel: Dr. C. P. Sporken, onderwerp: „Ontwikkelingslijnen in de medische ethiek toegepast op de abortus provocatus”.

De Vecht en Omstreken: Prof. G. Lindeboom, onderwerp: „Huidige stand van zaken op het terrein van de orgaantransplantatie”.

Zaanland: Dr. P. Fleury, onderwerp: „Hydrocephalus bij kinderen”.

R. W. A. L. de Ruijscher, Merelstraat 41, Leiden
K. H. Schliessler, Roffart 31, Amsterdam
J. S. Smits, Oostervale 51, Warffum
W. E. S. T. Tan, Paletplein 106, Tilburg
J. Th. I. Veerman, Lijnbaansgracht 52”, Amsterdam
Mej. L. A. Veerman, Kolfmakerssteeg 24, Leiden
Prof. Dr. A. E. van Voorthuisen, Faljerilstraat 14, Leiden
Mej. A. A. de Winter, Prins Bernhardplein 19, Zaandam

Overleden:

Mej. J. C. E. Bruens, Sandenburch 28, A'dam-Buitenveldert
Prof. Dr. W. van Ernst, Rijksstraatweg 78, Loenen a/d Vecht
L. van der Giesen, Randweg 30, Rotterdam
Dr. H. M. van der Heide, Mathenesserlaan 282, Rotterdam
Fredric Hoffman, 40, Triangle Center, Yorktown Heights, New York (10598) U.S.A.
Mej. J. L. Hymans, van Akenstraat 26, 's-Gravenhage
A. F. Janse, Kerkstraat 42, Wassenaar
Prof. Dr. F. L. J. Jordan, Arnhemse Bovenweg 18, „Nijenhove”, Fl. 60, Zeist
A. v. d. Meer, Huize „Avondrust”, Deldenerstraat 198, Hengelo (O.)
Dr. C. Otto Roelofs, Prinsengracht 1019, Amsterdam.

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam - verbetering

In de in Medisch Contact no 7/1971 opgenomen uitspraak van het Medisch Tuchtcollege Amsterdam is door wegvallen van één regel een onduidelijkheid geslopen in de in de linkerkolom op bladz. 202 gegeven beschouwingen met betrekking tot de door klagers gemaakte verwijten tegenover de apotheekhoudende arts, hier in het geding. De eerste beschouwing luidt aldus:

„I. Bepaald onjuist was dat verweerder eigenmachtig, zonder voorkennis van — dan wel mededeling achteraf — aan de huisarts D de door hem voorgeschreven terramycine wijzigde in chlooramphenicol. Als apotheekhoudend huisarts was het zijn plicht — onverminderd het verschil van inzicht over de voorgeschreven therapie — geneesmiddelen door anderen voorgeschreven zonder meer te verstrekken.

„Hierbij klemmt echter bovendien, dat verweerder ook — naar zijn verklaring — een tweede keer op dezelfde wijze van voorgeschreven receptuur afweek, terwijl niet met zekerheid kan worden vastgesteld of zulks wellicht ook een derde keer is gebeurd.

„Bovendien echter ware zeker bij aanwending van een middel als chlooramphenicol, omtrent de wenselijkheid van welk gebruik twijfel bestaat, reden geweest de betrokken huisarts in te lichten.

„Dit onjuist en ook lichtvaardig handelen is ondermijnend voor het vertrouwen in de stand der geneeskundigen”.

Nieuwe leden:

C. van Driel, Benedenlangs 27, Nieuwendam
Mej. C. T. Feldmann, Linnaeusparkweg 2”, Amsterdam
Mevr. J. C. W. Hagenouw-Taal, Stationsplein 100, Leiden
Mevr. G. P. Harkes-Onderwater, Ten Katestraat 11, Hazerswoude-Rijndijk
G. J. A. Hopster, Borkumerrijf 55, Delfzijl
Mej. Ch. F. Larsen, Lauriergracht 9”, Amsterdam
Mej. C. de Lathouder, Narmstraat 7, Leiden
Prof. Dr. J. J. van Loghem, Herenweg 28, Kudelstaart
H. H. van der Meiden, Gomarushof 26, Hilversum
J. M. W. M. Merkus, Mozartlaan 403, Tilburg
J. I. Puyenbroek, Roerstraat 69 hs, Amstredam
Mevr. L. E. G. M. Pijnenburg-Dewez, Boerhaavelaan 157, Helmond
A. M. van Riet, Stichtstraat 4”, Amsterdam
Mej. D. van Rossum, Driftstraat 65, Leiden

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

FANTASIEËN OVER FLUORIDERING

Experimenten van natuur en mens hebben geleerd dat tandoariës wordt bevorderd door een tekort aan fluoride, een teveel aan suiker en door verwaarlozing van het gebit. In streken waar het bodemwater en dus het drinkwater voldoende fluoride bevat, komt cariës weinig voor en is het zeker geen volksziekte. Daar waar de suiker onbekend is, zijn er wat dit betreft evenmin problemen. Op het vulkaaneiland Tristan da Cunha, gelegen ten zuidwesten van Kaap de Goede Hoop, drinkt men regenwater dat weinig fluoride bevat. Tot 1942 vond men niettemin in de leeftijdsgroep van 13- tot 19-jarige „Cunha's" slechts 1% cariës. Met de komst van de geallieerden die het eiland in 1942 tegen de Asmogendheden gingen beschermen, arriveerden er ook de suiker bevattende produkten als gebak, chocola, toffees en andere heerlijkheden der westerse beschaving. Als gevolg hiervan was het cariës-percentages bij de jeugd in 1962 tot 18% gestegen.

Ter bestrijding van de volksziekte die de cariës zonder twijfel is, worden er drie maatregelen aanbevolen. De eerste is een optimale verzorging van het gebit, waaronder men dan het poetsen en de regelmatige gang naar de tandarts verstaat. Dit advies is voor ons zonder twijfel van belang; in streken met rijk gefluorideerd water of bij volken, die suiker (nog) niet kennen is het overbodig. Als tweede advies wordt aanbevolen de consumptie van suiker en suiker bevattende stoffen te matigen of zelfs geheel te termineren. Dit advies klinkt aannemelijk gezien de ervaring op het eiland en het parallelle verloop tussen het voorkomen van tandcariës en het gebruik van suiker. Ook vele experimenten op mens en dier wijzen in dezelfde richting. Op grond hiervan worden vele zuigelingen al gevoed met een suikervrije voeding. Dit mag dan bij zuigelingen mogelijk zijn, een drastische wijziging van de voedingsgewoonten van een heel volk is voorlopig een utopie. Het derde en belangrijkste advies is de fluoridering van het drinkwater. Men stelt zelfs, dat bij het ontbreken van gefluorideerd drinkwater de eerstgenoemde adviezen nimmer een behoorlijke preventie van

cariës kunnen geven. Bovendien stelt men: „Uit geen enkel onderzoek is een methode van toepassing voor fluoriden naar voren gekomen die effectiever is dan de drinkwaterfluoridering." (conclusie van de Gezondheidsraad in zijn advies aan de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid dd. november 1970). Echter ook in Tiel is na 17 jaren van fluoridering van het drinkwater het cariës-percentages onder de jeugd nog inacceptabel hoog, zodat ook daar nog moet worden gestreefd naar verandering van de voedingsgewoonten.

De fluoridering van het drinkwater in Tiel dateert van 1953. In het buitenland is men er al in 1945 mee begonnen. De fluoridering van drinkwater stamt dus uit een periode waarin men nog niets over het fijne mechanisme van de cariogene werking van suiker wist. Slechts sinds enkele jaren is het bekend, dat de cariogene werking niet moet worden gezocht bij de suikers of koolhydraten in het algemeen, maar slechts bij één enkele suikersoort, de saccharose of wel de gewone riet- of bietsuiker ($C_{12}H_{22}O_{11}$). Door een bepaalde bacterie wordt de saccharose omgezet in een kleverige stof, het dextran. Deze dextran plakt zich aan de tanden en kiezen vast en is zelfs door zeer zorgvuldig poetsen niet geheel te verwijderen. Uit dit dextran vormt zich weer een zuur dat het tandglazuur aantast en zo begint dan de cariës. Fluoride gaat dit proces van aantasting tegen door dat het de glazuurtaag verhardt. De fluoride moet hiervoor in direct contact komen met het glazuur en dat wordt waarschijnlijk wat belemmerd door het laagje dextran. Hoe frequenter er fluoride in de mond aanwezig is, hoe groter is ook de kans dat er toch voldoende fluoride het glazuur bereikt. Vandaar dat fluoride in drinkwater dat in allerlei vormen als thee, koffie, soep e.d. zo frequent met het gebit in aanraking komt zo'n betrekkelijk gunstig effect geeft. Echter hoe frequent het gefluorideerde drinkwater in welke vorm dan ook onze tanden omspoelt, vaker nog gebeurt dit door de saccharose en het resultaat van deze ongelijke strijd is dan ook nog sterk voor verbetering vatbaar. Om het fluoride nog betere en liefst gelijke kansen te geven zal het dus nog frequenter moeten kunnen optreden en het liefst even frequent als de saccharose.

Dit wordt bereikt door fluoridering van de saccharose zelf. Er zullen natuurlijk wel mensen komen wier afkeer van gefluorideerde suiker zo groot is, dat zij het niet willen gebruiken. De consequentie is dan dat zij afzien van

een industrie-product dat wel vervangbaar is. Zij die willen doorgaan met het consumeren van gebak en snoep en chocolade enz. doen dat dan met minder risico voor hun gebit doordat de hoeveelheid fluoride die mede wordt geconsumeerd volmaakt is aangepast aan de hoeveelheden saccharose die ze tot zich wensen te nemen. Bovendien arriveert de fluoride nu precies op tijd en op de juiste plaats.

Dit laatste is fantasie, fantasie ontstaan uit twijfel of met de huidige stand van de wetenschap fluoridering van drinkwater nog wel het beste middel is.

Arnhem, 15 februari 1971

Dr. H. Beekhuis, kinder-cardioloog
Gemeenteziekenhuis Arnhem

WAAR VINDEN WIJ JONGE HUISARTSEN

Collega Knuttel noemt in zijn artikel in Medisch Contact nr. 9/1971 bladzijde 249, 250 enige voorwaarden die het jonge arts aantrekkelijk maken huisarts te worden. Het gunstige effect van voorwaarden 1 t.m. 5 wordt helaas te niet gedaan door zijn onder punt 6 genoemde opvatting over het thuis bezoeken van een „snotneus", waaruit blijkt, dat collega Knuttel toch nog wel erg negatief-emotioneel staat tegenover het zojuist door hem verlaten vrij beroep. Beter had hij er aan gedaan er op te wijzen, dat slechts door „opvoeding" van patiënten een acceptabel huisartsenleven mogelijk is.

Leiden, 8 maart 1971

H. J. Klaassen, huisarts

HET REDELIJKE HONORARIUM

Uit het kadertje bij het artikel van collega Horikx in M.C. 71/8 „Is het ziekenfondshonorarium redelijk?" zou men kunnen opmaken dat de redactie van M.C. meent dat Horikx een antwoord geeft op de eerder door mij maar ook o.a. door collega Van Beusekom in M.C. 70/50 gestelde vraag naar opening van zaken: Wat vindt de gemiddelde specialist eigenlijk een redelijk inkomen?

Ik geef toe dat Horikx een bijdrage levert maar wel een zodanig beperkte dat hij misleidend kan werken: het gaat mij niet om het ziekenfondshonorarium maar om het totale besteedbare inkomen dat de arts m.i. niet ongelimiteerd naar wens kan verhogen zonder een noodzakelijk vertrouwen in de medische stand te ondermijnen.

Het verrast mij dan ook dat de redactie van M.C. verrast blijkt te zijn door Horikx' conclusie dat de onkosten van de ziekenfondspraktijk variëren van 56 tot 88% van de bruto opbrengst. Er is nog al een verschil tussen die twee getallen en het zou mij niet verbazen als men op deze willekeurige wijze doorredenerend ook wel tot een percentage van 100 of meer zou kunnen komen.

Duidelijkheid moet er komen over criteria die ook de collegae Horikx en Van Beusekom lijken te onderkennen als zij spreken over misstanden op het gebied van de specialisteninkomens. Dat gebeurt dacht ik niet door betrekkelijke bijzaken als de kosten van een deel van een praktijk te gaan benadrukken in termen als: „de behandeling van de poliklinische ziekenfons-patient ligt geheel in het charitatieve vlak”, zoals Horikx doet. Misschien kunnen de ziekenfondsen ook eens commentaar geven op deze stelling.

Intussen wacht ik met spanning op een volgend betoog van collega Horikx waarin dan de inkomsten en kosten van de particuliere praktijk aan de beurt zouden moeten komen.

Amsterdam, 7 maart 1971

E. Wennen

WET ZIEKENHUISVOORZIENINGEN

Bovenvermelde wet is in de maak en bijna aangenomen. Het argument dat de gezondheidszorg te zeer verbrokken is, heeft het ontstaan van deze wet mede in het leven geroepen. De gelden van de gemeenschap moeten doelmatiger worden besteed. Daar kan men weinig tegen inbrengen. Er zal dan wel een deel van het particulier initiatief moeten worden opgevoerd. En dan rijzen er vragen.

Kan men op het ministerie van volksgezondheid zomaar een wet uitdokteren die dit doel beoogt? Is het beslist zo nodig dat deze wet er komt? Tot dusver is door particulier initiatief veel tot stand gekomen en niet tot ontevredenheid van de gemeenschap. Is dat dan nu ineens veranderd? Er is nog nooit een ziekenhuis failliet gegaan. Het is mogelijk dat er ziekenhuizen zijn, die in financiële nood verkeren of dat er „rare” situaties ontstaan, maar is dit niet anders op te lossen dan door middel van een wet?

In een wet staan allerlei artikelen die voorschrijven wat mag en wat niet mag. Nu, wat niet mag, dat is verboden en wat wel mag, is verplicht. De arts, in casu de specialist, kan zich voor het feit geplaatst zien dat hij zich

belemmerd voelt in de uitoefening van zijn beroep. Ik geloof niet dat wij zo erg blij met een dergelijke wet hoeven te zijn, temeer niet omdat een eventuele wijziging wel bijzonder moeilijk zou zijn door te voeren.

De voorstanders zullen deze bezwaren wel wegwuiven, maar wat aan banden wordt gelegd, verstart. Wanneer de overheid een medezeggenschap in de ziekenhuizen krijgt, lijken de vooruitzichten niet erg gunstig, aangezien ziekenhuizen die nu reeds onder overheidsbemoedeling staan met zeer grote financiële tekorten te kampen hebben. Ziekenhuizen die op de een of andere manier in moeilijkheden zouden raken, zouden evenals in het bedrijfsleven, een soort fusie kunnen aangaan, waarbij eventueel de overheid een adviserende stem zou kunnen hebben.

Op allerlei gebied heeft het particulier initiatief zich ingezet voor de gezondheidszorg van ons volk, en met succes. Het zou al vreemd moeten lopen als men inzake bundeling van krachten elkaar niet zou weten te vinden. De Wet ziekenhuisvoorzieningen houdt m.i. het gevaar in van belemmering van vrijheden, misschien nog meer voor de specialisten dan voor de ziekenhuisbesturen. Men moge bovendien bedenken dat invoeren van een wet betekent dat er weer een ambtelijke molen bijkomt, met alle traagheid van dien. En ons land is al zo bureaucratisch! Een ieder die er mee te maken heeft kan ik alleen maar zeggen: let op uw zaak. En dan te bedenken dat bij invoering van deze wet eerst enkele artikelen bij voorrang zullen worden gehanteerd. Vanwaar deze haast?

Drachten, 8 maart 1971

J. Dijkstra

MINISTER ROOLVINK EN MEVROUW VERHEUL

De gulden van 1964 toen mevrouw Verheul met wie minister Roolvink dezer dagen uit winkelen ging, weduwenpensioen kreeg is nu nog maar 73 cent waard. Zij kan nu o.a. door haar niet waardevaste weduwenpensioen met haar f 90.53 per week niet uitkomen (Volkskrant 8 maart j.l.). Tallozen verkeren met Mevrouw Verheul in dezelfde omstandigheden, namelijk al degenen, die al 5 of 10 jaar of nog langer van een niet waardevast bedrijfspensioen of van een lijfrente moeten komen, onder wie vele artsen. Het doet niet ter zake hoe hoog die bedrijfspensioenen of lijfrenteuittkeringen zijn, het feit is nu dat de gulden van 1964 nog maar 73 cent waard is en dat de gulden van

1975 nog veel minder waard zal zijn.

De overheidsdienaren, ongeveer 500.000, hebben van de voortdurende inflatie en devaluatie geen last. Zij hebben waarde- en welvaartsvaste pensioenen, nu of in het vooruitzicht. Dat het waardeverval maken van lijfrenten, bedrijfspensioenen enorme bedragen zal vergen, mogelijk miljarden, doet ook niet ter zake. De fiscus int nu per jaar ongeveer 33 miljard van een totaal inkomen van ongeveer 100 miljard.

Dat van deze 33 miljard één of enige miljarden moeten worden besteed voor het bovengenoemde doel, is urgentie nummer 1, zonder de urgenties betreffende woningbouw-gezondheidszorg-onderwijs-wegenbouw etc. te minimaliseren.

Dat dit doel op korte termijn door de artsenorganisatie te bereiken is, is vermeld in een artikelje gedateerd 27 mei 1970, verschenen in Medisch Contact nr. 24/1970, bladzijde 658-659. De redactie schreef onder dit artikelje: Hoe? Op dit „Hoe?” is niet gereageerd en er is door de redactie van Medisch Contact niet nader naar geïnformeerd. Vast staat dat het niet houdbaar is en dat het niet democratisch is dat de overheid voor haar 500.000 dienaren bij Rijk-Provincie-Gemeente een bevoorrechte oudedagsvoorziening tot stand heeft gebracht. De Tijd van 28 februari 1967 vermeldt: Welvaartsvast pensioen bevoorrecht ambtenaren. Groot maatschappelijk onrecht”. „De overheid vult de door inflatie aangevoren ambtenarenpensioenen aan met belastinggelden. Mensen zonder welvaartsvaste pensioenen moeten meebetalen aan de welvaartsvaste pensioenen van ambtenaren.”

Culemborg 8 maart 1971

Dr. W. C. Alsemgeest, chirurg

MC | VARIA

In 1972 houdt de International Council on Social Welfare in Den Haag zijn 16e wereldcongres. Bij het ICSW zijn welzijnsorganisaties uit ruim vijftig landen aangesloten, naast nog dertig internationale instituten zoals de Wereldraad van Kerken en het Rode Kruis. Nederlands lid van het ICSW is de Nationale raad voor maatschappelijk welzijn. Verwacht wordt dat drietot vierduizend welzijnswerkers, politici, wetenschappers, stedenbouwkundigen en andere specialisten aan dit congres zullen deelnemen. Het thema

zal zijn: sociale politiek - formulering en toepassing.

Om op het wereldcongres in te spelen, organiseert de Europese sectie van het ICSW van 23 tot 30 juli studiedagen in Edinburgh, gewijd aan hetzelfde onderwerp. Het aantal deelnemers is beperkt tot ongeveer tweehonderdvijftig, te verdelen over twaalf werkgroepen. Nederland kan twintig deelnemers afvaardigen. Vanuit de Nationale raad zijn reeds een aantal mensen aangezocht, maar spontane aanmelding — via de Nationale raad — is eveneens mogelijk. Van de deelnemers wordt „een deskundige bijdrage” (in het Engels of Frans) gevraagd, terwijl men zelf geen bijdrage in de reis- en verblijfkosten (ongeveer f 700,—) mag verwachten. Althans niet van de Nationale raad.

De onderwerpen waarmee de twaalf werkgroepen zich in het bijzonder bezig zullen houden zijn: The content and orientation of social policy, Planning and social policy, Income maintenance social security, Economics and its interrelationships with social policy, The place of education and culture in social policy, Housing and environment in social policy, Social policy in relation to the general needs of the individual and family as a whole, Social policy issues in the field of health, Social policy in relation to the constraints of modern society and resultant behaviors, Public relations in social policy, New roles of the professional in the formulation of social policy, The contribution of social research to social policy.

Het materiaal dat uit twaalf groepen en uit de plenaire vergaderingen los komt, zal worden benut voor het wereldcongres. Nadere inlichtingen kunnen worden verstrekt door Mr. J. F. Beekman, vice-voorzitter van het ICSW, Nationale raad voor maatschappelijk welzijn, Stadhouderslaan 146, Den Haag (070-512141).

¶

Wat te doen, als je als natie in één klap zonder artsen komt te zitten, of ten naaste bij? Met die vraag zat Kongo-Kinshasa, toen de Belgen het land verlieten en ook de meeste buitenlandse medici hun biezen pakten. Eigen doktoren had het land niet. Wel waren er 136 medische assistenten en in die richting gingen de gedachten dan ook toen naar een oplossing voor de gezondheidszorg moest worden uitgekeken. Besloten werd, 60 hulpkrachten naar het buitenland uit te zenden om ze daar door te laten studeren. De groep werd ingeschreven aan een vijf-

tal Franse universiteiten. Op grond van de vooropleiding mochten de eerste drie jaren van de medische studie worden overgeslagen; wel bleek een aantal aanvullende cursussen nodig. Enige problemen gaf de integratie: er bestond een aanzienlijk leeftijdsverschil tussen de „gewone” studenten en de Kongolezen (30-45 jaar oud); daarenboven namen de laatsten hele huishoudingen mee. Eind goed, al goed. De hele groep kwam afgestudeerd en wel terug. Tot op de dag van vandaag zijn de 60 tot ieders tevredenheid werkzaam in de Kongolese gezondheidszorg. Aldus een bericht van de W.H.O., naverteld in het Deutsches Ärzteblatt d.d. 6 maart 1971.

¶

Op 13 en 14 mei a.s. zal de kring Eindhoven van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in samenwerking met het centrum Zuid-Oost Brabant van het Nederlands Huisartsen Genootschap een symposium organiseren met het onderwerp „Jeugd, drugs en medicus”. Op dit in het auditorium van de Technische Hogeschool te houden symposium zal het thema van farmacologische, psychiatrische, justitiële en maatschappelijke zijde worden belicht. Teneinde ieder in de gelegenheid te stellen door onderlinge waarneming dit symposium bij te wonen wordt op beide dagen hetzelfde programma gegeven. Het symposium vangt aan te 10 uur en eindigt te 16.30 uur.

¶

De Partij van de Arbeid pleit voor Europese normen voor nieuwe industrievestigingen. Zij is van mening, dat de economische groei ondergeschikt dient te zijn aan het gezond maken van het milieu. Dit staat in de milieu-nota „Leven en laten leven”, die de Tweede-Kamer-fractie van de P. v.d.A. 25 februari jl. presenteerde. Aan de milieusanering zou na 1975 anderhalf miljard gulden per jaar moeten worden besteed, een half miljard meer dan het oppositie-programma van P.v.d.A., D '66 en P.P.R. voor 1971-1975 aanbeveelt. De benodigde fondsen zouden moeten worden opgebracht uit de algemene middelen, de industriebelasting en de verbruikerslasten.

¶

In verband met de komende vakantieperiode kan het voor artsen nuttig zijn de richtlijnen te kennen inzake het verlenen van medische hulp aan buitenlandse verzekerden. Het Algemeen

Nederlands Onderling Ziekenfonds (A.N.O.Z.) heeft die richtlijnen uitgegeven in een gemakkelijk hanteerbaar vouwblad. Het geeft informatie over de landen, waarmee internationale regelingen zijn getroffen, over de aanspraken, welke buitenlandse verzekerden tijdens verblijf in Nederland kunnen laten gelden, welke formulieren bij te verlenen medische hulp zijn te hanteren en hoe de vereffening van honoraria voor arts, specialist, apotheek, tandarts, alsook van de kosten voor ziekenvervoer en ziekenhuisopname moet of kan geschieden. Aan belangstellenden wordt op aanvraag dit vouwblad toegezonden door de afdeling Internationale Verdragen van de A.N.O.Z., Kromme Nieuwe Gracht 56, Utrecht, telefoon 030/25643.

¶

Van 19-23 april 1971 vindt te Londen de Second Annual Course in Cardiac Surgery plaats. De cursus is bestemd voor artsen die direct met de hartchirurgie te maken hebben. Gastheer is het Institute of Cardiology. 's Ochtends kunnen operaties worden gevolgd in het National Heart Hospital, het Brompton Hospital, het London Chest Hospital, het Hospital for Sick Children en het Hammersmith Hospital. De middagen worden gevuld met symposia en forumdiscussies. Het deelnemertal is beperkt tot 60, waarvan 20 niet Engelsen. Inschrijfkosten, waarbij inbegrepen de kosten van een dagelijkse lichte lunch: £20. Reis en verblijf (het laatste te regelen via de British Council) zijn voor eigen rekening. Verdere informatie en inschrijvingen bij: The Representative, The British Council, Keizersgracht 343, Amsterdam.

¶

De heren P. A. Zeven, directeur van een verzekeringsmaatschappij en voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Ongevallen- en Ziekteverzekeraars N.V.O.Z., F. Schrijver arts, bestuurslid van de ziekenfondsorganisatie Federatie V.M.Z. en secretaris van de N.V.O.Z. en J. A. Boogman, medewerker van de N.V.O.Z. hebben in een uitgave, getiteld „Zeven pijlers voor een nieuwe structuur van de gezondheidszorg” onlangs hun inzichten dienaangaande gepubliceerd. De visie van het driemanschap richt zich op de instelling van twee soorten verzekeringen, de een vergelijkbaar met de bestaande ziekenfondsen, de ander vergelijkbaar met de huidige particuliere ziektekostenverzekering. Voor beide soorten zou een eigen risico moeten worden ingevoerd. Financiering van het door hem

gedachte stelsel ziet het driemanschap in de vorming van een door de overheid gecontroleerde „ziektelkostenkas“, gevoed door procentuele heffing over alle inkomens, alsmede door een bijdrage van de overheid. Uit deze ziektekostenkas zouden dan subsidies moeten worden verstrekt aan ziekenhuizen enz. ter verlaging van de aan patiënten in rekening te brengen verpleegkosten doch ook basistoelagen aan verzekeringsinstellingen die als aanvulling op de bijdrage uit de „ziektelkostenkas“ bij hun verzekerden aanvullende nominale premies heffen. De hoogte van deze premie zal dan afhankelijk moeten zijn van de samenstelling van de portefeuille en dus variëren. Deze variatie in premiestelling zal naar het inzicht van het driemanschap een gezonde vorm van concurrentie tussen de verzekeringsinstellingen onderling doen ontstaan, welke zijns inziens kostenbesparend zal werken.



De Vereniging voor Gezondheidsrecht zal op 16 april a.s. haar jaarvergadering beleggen in het Jaarbeurs Vergader- en Congrescentrum te Utrecht, aanvangend om 14.00 uur. Tijdens de vergadering zal worden gediscussieerd over een pre-advies van Mr. W. B. van der Mij, handelend over de wetgeving betreffende de medische beroepsuitoefening. Aan de orde zullen worden gesteld vraagstukken als de beroeps- of titelbescherming, de afbakening van het werkkterrein van algemeen artsen en specialisten en tussen deze laatsten onderling, de registratie en de regeling van de beroepsuitoefening door artsen en niet-artsen, academisch geschoolden zowel als paramedisch opgeleide krachten.



Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (N.O.G.) vindt, dat te weinig mensen van boven de 40 periodiek de oogarts consulteren. Dat zou wel moeten, want na het bereiken van de 40-jarige leeftijd doen zich veranderingen voor in het gezichtsvermogen. Deze zijn enerzijds het gevolg van een normaal verouderingsproces, maar kunnen anderzijds een aanwijzing vormen voor het gaan optreden van bepaalde kwalen, die in sommige gevallen een vermindering van het gezichtsvermogen met zich meebrengen. Een op gezette tijden aan de oogarts gebracht bezoek waarborgt 40-plussers een passend brilvoorschrift of andere medische voorschriften, aldus het N.O.G., afdeling public relations.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

Bestuur: Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice-voorzitter; Dr. J. A. Stoop, J. M. Kemperstraat 5, Utrecht, secretaris; G. A. C. Bosch, Amsterdam, penningmeester; J. H. van Meurs, Beverwijk.

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

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

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

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 40,—, plus f 1,60 BTW = f 41,60, buitenland f 45,—, losse nummers f 1,04 (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. Kruyt N.V., Bussum.

Oplage: 16.850 exemplaren.

Druk: Verweij Mijdsrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Bureau voor waarneming en vestiging:

van 9 tot 16.30 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411:

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-12184 of 12960; postgiro 111950 t.n.v. de penningmeester der Stichting Ondersteuningsfonds te Utrecht.

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021