



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

BESLUIT FARMACEUTISCHE PREPARATEN

In de Staatscourant van 2 februari i.l. werd gepubliceerd het „Besluit farmaceutische preparaten” (d.d. 22 januari 1970 nr. 149383) van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Blijkens dit besluit mogen fabrikant en importeur zonder toestemming van de hoofdinspecteur geen geneesmiddelen afleveren (art. 3). De toestemming wordt gebonden aan voorwaarden, onder andere volledige opgave van de farmaceutische vorm van het preparaat

— de samenstelling — en de bewerkingen welke het heeft ondergaan (art. 4); een volledig dossier van het farmaceutische preparaat, dat alle denkbare gegevens van het preparaat dient te bevatten (art. 5), dat door de hoofdinspecteur zal worden gewaarmerkt. Er zijn tevens voorschriften over het toezicht (art. 9), over de voor de bereiding gebruikte lokaliteiten (art. 10), enz.

Tot nu toe gold deze controle alleen voor verpakte geneesmiddelen.

Het gevolg van bovengenoemd besluit zal kunnen zijn dat er een farmaceutisch en medisch gezien volwaardig assortiment van economisch gunstige geneesmiddelen op de markt komt. Toch heeft dit op zich goede besluit voor de apotheekhoudende geneeskundige ernstige consequenties. Het is tot nu toe gebruikelijk dat de apotheekhoudende arts bij de groothandel c.q. fabrikant receptuur naar eigen voorschrift laat klaarmaken. De aard van bedoelde receptuur betreft veelal 1. eigen receptuur van de arts; 2. veel voorkomende herhalingsreceptuur voor chronische ziekten; 3. bewerkelijke receptuur waar de arts zonder voldoende assistentie geen tijd voor heeft.

Het betreft hier \pm 15.000 afleveringen per jaar. Aangezien de fabrikant nu wordt verplicht ook voor deze geneesmiddelen de voorschriften in acht te nemen, die in het besluit zijn gesteld en omdat de hoeveelheden waar het om gaat relatief klein zijn, is het te verwachten, dat op gronden van economische motieven de fabrikant tot deze dienstverlening aan de apotheekhoudende arts niet meer bereid zal zijn. Het gevolg zou kunnen zijn dat door de apotheekhoudend arts meer specialité's zullen worden

25e JAARGANG — No. 8 — 20 FEBRUARI 1970

INHOUD

| | |
|--|-----|
| Besluit farmaceutische preparaten | 169 |
| Richtlijnen particuliere tarieven specialisten | 170 |
| Donatie stoffelijke overschotten ter ontleding | 171 |
| Vragen inzake medische keuringen | 174 |
| De plaats van de arts in de moderne samenleving | 175 |
| Abortuscommissie een verdragingscommissie geacht | 177 |
| De structuur van de gezondheidszorg | 179 |
| Het mishandelde kind | 182 |
| Boerhaave-cursussen 1970 | 182 |
| Memorie van Antwoord wetsontwerp tijdelijke voorzieningen medisch onderwijs .. | 183 |
| Discussie over hantering beroepsgeheim .. | 189 |
| Brieven van lezers | 193 |
| Varia | 194 |

Hoofdredacteur: F. A. Bol
Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens
Colofon op bladzijde 196

voorgeschreven, hetgeen tot moeilijkheden met de ziekenfondsen kan leiden. Het laten bereiden van recepten via een apotheker werkt kostenverhogend, te meer daar deze geen grote hoeveelheden van één recept mag afleveren, aanzien hij dan als groothandelaar onder de werking van bovengenoemd besluit zou vallen.

Er zal meer handbereiding bij de apotheekhoudende arts plaatsvinden, hetgeen jammer is, omdat de fabrieksmatige bereiding van deze receptuur door gebruikmaking van moderne apparatuur, die de arts zelf niet kan aanschaffen, beslist beter is.

In het besluit zijn geen bepalingen opgenomen om de vervaardiging van recepten op bestelling van een individuele apotheekhoudende arts onder een eenvoudige controle mogelijk te

maken. De overweging, dat bovengenoemd besluit door een uitzonderingsbepaling zou worden uitgehold, heeft waarschijnlijk een grote rol gespeeld.

De farmacologische research en het gebruik van moderne apparatuur bij de controle op de werking van geneesmiddelen zal steeds meer leiden tot een beter gerichte enkelvoudige receptuur. Individuele variatie in de recepten zal dan ook steeds minder nodig zijn. Het ware gewenst dat door overgangsbepalingen de apotheekhoudende huisarts — die door dit besluit toch wel wat in de kou komt te staan — zich aan de consequenties, die dit besluit farmaceutische preparaten met zich meebrengt, kan aanpassen.

F. A. Bol

Richtlijnen particuliere tarieven specialisten

In een op 7 februari gehouden ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging is bij meerderheidsbesluit een voorstel aanvaard van het Centraal Bestuur der L.S.V., er toe strekkende de vermenigvuldigingsfactor 1-2-3 voor de klassen 3, 2b en 2a te wijzigen in $1-1\frac{1}{2}-2$. Gebleken was tijdens het per 1 oktober 1969 ingegane proefjaar voor de toepassing van de richtlijnen voor de particuliere tarieven dat deze vermenigvuldigingsfactor niet overeenstemde met de feitelijke gemiddelden van ingediende declaraties en dat van de vermenigvuldigingsfactor een kostenverhogende werking was te verwachten, hetgeen daarvan niet de bedoeling was geweest. Van de zijde van de ziektekostenverzekeraars, die invoering van richtlijnen zouden waardeeren, werd de vermenigvuldigingsfactor 1-2-3 moeilijk aanvaardbaar geacht, doch hunnerzijds zouden zij zich met de toepassing van deze factor $1-1\frac{1}{2}-2$ door alle specialismen kunnen verenigen en daarin mede een basis kunnen vinden voor de berekening van de premies voor ziektekostenverzekering.

Van dit laatste is blijk gegeven op een op donderdag 12 februari door de L.S.V. en de K.L.O.Z. (Kontaktorgaan Landelijke Organisatie Ziektekostenverzekeraars) gezamenlijk in het gebouw der Maatschappij Geneeskunst gehouden informatieve persbijeenkomst. Na een toelichting van de voorzitter der L.S.V. Dr. J. van Mansvelt inzake het recente besluit van de ledenvergadering der L.S.V. tot wijziging van de vermenigvuldigingsfactor, verklaarde de heer P. A. Zeven, woordvoeder voor de K.L.O.Z., dat de ziektekostenverzekeraars zich thans met de

richtlijnen voor de particuliere tarieven konden verenigen en mede op basis daarvan nu hun premiekeningen kunnen maken.

In deze persbijeenkomst kwam daarna het accent te liggen op deze premieberekening, vooral nadat de heer Zeven desgevraagd had geantwoord dat te verwachten is dat de premie voor ziektekostenverzekering per 1 april of 1 mei met 12 tot 14 procent zal worden verhoogd, daarbij nadrukkelijk stellende dat deze verhoging voornamelijk moet worden toegeschreven aan de verhoging van de ziekenhuiskosten met 14 tot 17 procent — een ligdag derde klas is met ingang van 1 januari l.l. reeds van f 42,— naar f 50,— verhoogd — en voorts de jaarlijkse procentuele stijging met 5 procent van het aantal opnemingen per duizend leden van de bevolking. De richtlijnen voor de particuliere tarieven van specialisten spelen een zeer bijkomstige rol, geen andere dan de normale trendverhoging, in deze niet onbelangrijke procentuele stijging van de ziektenkostenpremie. Ten bewijze daarvan bracht Dr. Van Mansvelt nog naar voren dat van een ook door de Consumentenbond ten beste gegeven onjuiste bewering, als zouden de specialisten zich aan bovenmatige verhoging van hun tarieven te buiten zijn gegaan, geen sprake is. Gebleken is over de periode van 1964 tot 1968 — laatste jaar waarover cijfers beschikbaar zijn — dat de particuliere tarieven in gelijke mate, te weten met 70 procent, zijn gestegen als bij de totale post specialistische hulp — 69 procent — in het ziekenfondssysteem het geval is.

Donatie van stoffelijke overschotten ter anatomische ontleding

Door Dr. L. M. G. Geeraedts

„Dissection probably has no place for the man who is insensitive to structural beauty, who lacks a sense of its importance, who has a regard for clock-hours or who lacks historical perspective.”

Lassek¹

In 1967 verscheen een boekje met de titel „Laat je niet kisten”. Het bevat in woord en beeld een reportage over de dood en het doodgaan in Nederland. Mensen van diverse pluimage spreken elk op hun manier over dood en leven, over begraven en cremeren². Als pleidooi ten gunste van de ontleding — zoals de titel zou kunnen suggereren — is het niet bedoeld. Toch lijkt het in dit verband nuttig de ontleding van stoffelijke overschotten ten dienste van het medisch onderwijs te bevrijden van een merkwaardig image. Immers, bij velen bestaan fantasierijke, vaak macabere gedachten vermengd met gevoelens van onbehagen over het onderwerp ontleding. Dergelijke inbeeldingen vinden veelal hun oorsprong in een reeds afgesloten episode uit de historie van de anatomie, een episode van „body snatchers” of resurrectionisten en van folkloristische ontleedfestijnen in de anatomische theaters.

Sommige mensen weten te verhalen van de onwettige wijzen waarop ook thans nog stoffelijke overschotten aan hun eigen bestemmingen, namelijk begraven en verbranden, zouden worden onttrokken. Anderen menen zelfs exact te weten hoeveel een stoffelijk overschot „in de handel” opbrengt. Geruchten over de praktijk van de ontleding binnen de anatomische instituten worden door buitenstaanders vaak emotioneel geduid als ontierend voor het dode menselijke lichaam. Voeg hierbij het feit, dat de sinds eeuwen gehuldigde dodencultus essentieel is gevestigd in de onaantastbaarheid van het menselijke lichaam³, dan lijkt de ontleedkunde beladen met een odium, waarvan zij zich maar moeilijk kan bevrijden.

Toch vaardigen de staat en de kerk geen verboden uit tegen de ontleding. De maatschappij is gebaat bij de kundigheid van haar artsen en de anatomie legt kennelijk de verrijzenis van het lichaam niets in de weg. Ondanks de recente publiciteit over dit onderwerp wordt de dissectie publiekelijk maar moeizaam aanvaard; de openbare mening staat er huiverig tegenover. Mede hierdoor bestaat er een chronisch tekort aan stoffelijke overschotten, welke als studiemateriaal voor aansta-

In toenemende mate wordt de praktiserende arts geconfronteerd met vragen omtrent de donatie van stoffelijke overschotten ter anatomische ontleding. Enige informatie over de betekenis en uitvoering van een dergelijke schenking lijken gewenst. Aldus de schrijver van nevenstaand artikel, L. M. G. Geeraedts, arts, als wetenschappelijk medewerker verbonden aan het anatomisch instituut van de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Daar de procedures betreffende de uitvoering van de bestemming van ontleding bij de praktiserende arts veelal niet bekend zijn, lijkt het wenselijk enige, voor Nederland algemene, informatie hierover te verstrekken, alsmede de betekenis van een dergelijke donatie toe te lichten. Het artikel van collega Geeraedts wil de praktiserende arts steunen bij de beantwoording van vragen op het onderhavige terrein.

de artsen moeten dienen; te weinig kan de jonge mens in de eerste jaren van zijn studie de noodzakelijke confrontatie met het dode menselijke lichaam ondergaan. Evenwel, zuiver utilitaristisch beschouwd heeft de kennis van de macroscopische anatomie voor de huisarts-praktijk niet meer die waarde, welke zij vijftig jaar geleden bezat. De huisarts opereert immers niet meer; van een aanvangend chirurgisch assistent wordt merkwaardigerwijs niet meer kennis van de topografische anatomie verlangd dan van een kandidaat in de medicijnen. De plaats die het ontleedkundig practicum in het huidige medisch curriculum inneemt is dan ook in de laatste vijftig jaar tot de helft gereduceerd.

Toch kan de waarde van het practicum niet alleen worden ontleend aan het louter nut ervan voor de medische praktijk. Immers, voor vele artsen is hun kennis van de ontleedkunde tot een imponderabilium geworden, dat zich moeilijk laat analyseren. Meer dan enig ander preklinisch vak bereidt het contact met het te ontleden, dode menselijke lichaam de omvorming van jonge mensen tot arts voor. Geleid door kennis en vingervaarigheid kunnen mes en pincet zich toegang verschaffen tot de ruimtelijkheid van het dode lichaam. De jonge mens moet leren aandacht te besteden aan het detail en tegelijk dit detail te plaatsen binnen de morfologi-

sche totaliteit van het lichaam. Datgene wat hij zelf heeft waargenomen, moet hij verstandelijk verwerken en methodisch beschrijven. Tevens zal hem worden onderwezen dat het doel van het anatomisch onderricht is, inzicht te verschaffen in het levende lichaam. Het dode lichaam is hiertoe slechts middel. Immers, het inventariseren van structuren in stoffelijke overschotten lijkt zinloos, wanneer dit niet langs de weg van een causaal-teleologische, dat wil zeggen fysiologische, denkwijze geschiedt. Deze denktrant — „Physiologisierung” van de anatomie⁴ — heeft de ontledkunde van Vesalius (1514-1564) uiteindelijk gevoerd tot de huidige anatomie van het levende lichaam.

Het met deze instelling prepareren van een compleet stoffelijk overschot moet dan ook worden beschouwd als zeer instructief voor de individuele student. Tekort aan menselijk materiaal — nijpender door het jaarlijks toenemende aantal studenten — dwingt de practicant om voorbereekte preparaten te hanteren: een vluchtige studiemethode. Zelf mag hij slechts enkele onderdelen van het menselijke lichaam ontleden. Huisartsen en klinici mogen zich betrokken weten bij het onderwijs in de anatomie, evenwel niet alleen door hierover te discussiëren, maar ook door mee te helpen aan de voorziening van stoffelijke overschotten. De procedures betreffende de uitvoering van de bestemming van ontleding zijn bij hen echter veelal niet bekend.

Bestemming van ontleding

De houding welke de mens ten opzichte van het levenloze lichaam inneemt hangt nauw samen met zijn filosofische of religieuze opvattingen over dood en leven. Hoe deze ook mogen zijn, voor een ieder is het dode lichaam steeds het symbool van wat eens een levende mens is geweest. Door dit nagedachtenis-motief onderscheidt het stoffelijke overschot zich als materie van ieder ander levenloos voorwerp. Het symbool in het levenloze lichaam vertegenwoordigt een zedelijke waarde waardoor het stoffelijke overschot het object van dodenverering wordt. Hieraan ontleen de wettelijke bepalingen inzake het begraven en verbranden voor een belangrijk deel hun rechtsgrond^{3, 5}. Zolang het dode lichaam die zedelijke waarde in zich houdt, blijft het een *res sacra*, ongeacht de toestand waarin de materie zich bevindt. De wezenlijke ondeelbaarheid van het symbool behelst tevens de integriteit en de onaantastbaarheid van het stoffelijk overschot. Begraven en verbranden houden het symbool intact: door de anatomische ontleding lijkt het te worden verminkt.

Alhoewel de dissectie moeilijk in overeenstemming is te brengen met het nagedachtenis-motief, moest de wetgever in het belang van het medische onderricht toch de ontleding toestaan. Hij doet dit dan ook in artikel 1 e, eerste lid, van de huidige Wet op de lijkbezorging, maar vereist bij de bestemming van ontleding — in tegenstelling tot bij de bestemming van begraven en verbranding — nadrukkelijk

de toestemming van de betrokkene(n). Aldus kan vrijelijk worden gekozen tussen begraven, verbranden en ontleden, en komt bij de toestemming tot ontleding bovendien tot uiting dat de betrokkene(n) het nagedachtenis-motief wil(len) loslaten voor een ander ethisch motief, namelijk de dienstbaarheid voor het medisch onderricht. Artikel 1 e, eerste lid, luidt: „Zo de niet gescheiden echtgenoot, of bij ontstentenis of niet aanwezigheid van een echtgenoot, de naaste ter plaatse van het sterfgeval aanwezige meerderjarige bloed- of aanverwanten tot de derde graad ingesloten en, ook deze niet tegenwoordig zijnde, de aanwezige meerderjarige erfgenamen of degenen die anderszins het lijk hebben te bezorgen, verlangen of vergunnen, dat het voor ontleding wordt bestemd, of zo de overledene bij uiterste wil of akte, als omschreven in artikel 982 van het Burgerlijk Wetboek, zijn lijk voor ontleding heeft bestemd, kan met verlof van de burgemeester die bestemming aan het lijk worden gegeven”⁶. Met andere woorden: alvorens de ontleding van een stoffelijk overschot kan plaatsvinden, moet de overledene bij uiterste wil of akte, of moeten de nabestaanden of derden hiervoor toestemming geven. Het door de burgemeester, in de gemeente van overlijden, aan het anatomisch instituut af te geven verlof tot ontleding is van dezelfde aard als de verloven voor begraving en verbranding. Dat ook derden de bestemming van ontleding aan een stoffelijk overschot kunnen verlenen, stamt nog uit een tijd waarin vrijwel uitsluitend de dode lichamen van terechtgestelde misdadigers, van armlastigen, van onbekende zwervers en van familielose tehuisbewoners ter ontleding kwamen. Thans worden nog alleen van deze laatste categorie personen enkele stoffelijke overschotten voor de ontleding bestemd. Zelf een beschikking na dood maken teneinde de bestemming van ontleding te ondergaan, behoorde in die dagen tot de uitzonderingen. Tegenwoordig is eerder het omgekeerde het geval, vooral omdat sinds begin 1967 middels pers, radio en televisie algemeen bekendheid werd gegeven aan de wettelijke mogelijkheid van donatie van stoffelijke overschotten ten dienste van het medische onderricht.

*
**

In diverse artikelen en causerieën is in voorzichtige bewoordingen getracht de misverstanden over en de huiver voor de ontleding weg te nemen, alsmede de zedelijke waarde van een dergelijke donatie toe te lichten. Sindsdien is het aantal bij codicil of akte afgestane stoffelijke overschotten duidelijk toegenomen, echter nog niet in voldoende mate om het bestaande tekort in alle anatomische instituten volledig op te heffen. Regelmatige en deskundige voorlichting door universiteit en praktiserend arts blijft noodzakelijk. Immers, nog steeds wordt het stoffelijke overschot in zijn geheel voor de ontleding bestemmen, emotioneel als veel ingrijpender ervaren dan bijvoorbeeld het afstaan van organen voor

transplantatie-doeleinden of het geven van toestemming tot autopsie. Vooral de gedachte aan het verlies van de besloten lichaamsintimiteit, door de onderzoekende handen van studenten tijdens het ontledkundig practicum, is veelal onaangenaam. Goede voorlichting relativeert deze emotionele bezwaren en omschrijft de betekenis van een dergelijke donatie voor het medisch onderwijs. Daardoor kan de mens, goed geïnformeerd over de motieven, beter dan voorheen zelf de bestemming van zijn stoffelijk overschot bepalen.

Ethische bezwaren tegen de dissectie blijken nauwelijks te bestaan; het nagedachtenis-motief kan worden prijsgegeven voor het motief van de dienstbaarheid. Hierdoor blijft het stoffelijk overschot binnen het anatomisch instituut een zedelijke waarde vertegenwoordigen en wordt het derhalve in ieder stadium van de ontleding als een *res sacra*, als voorwerp van respect, beschouwd en behandeld. Wettelijke beletselen voor ontleding zijn niet aanwezig, alhoewel vooral de bepalingen inzake de conservering, de opening en opruiming van de stoffelijke overschotten niet eenduidig zijn geredigeerd 7, 8, 9. Aldus zal kunnen blijken dat de capaciteit van de anatomische instituten de enige beperking vormt op de voorziening van stoffelijke overschotten voor de ontleding.

Praktijk van de schenking

De persoon, die zijn stoffelijk overschot de bestemming van ontleding wil geven, zal dit kenbaar moeten maken in een eigenhandig geschreven, gedagtekende en ondertekende verklaring (= codicil). Een dergelijk codicil, waarvan een model bij ieder anatomisch instituut op aanvraag verkrijgbaar is, kan worden gemaakt door iedereen, die door het huwelijk meerderjarig is geworden of die de leeftijd van 18 jaar heeft bereikt. Na toezending van het ingevulde codicil aan het betreffende anatomische instituut ontvangt de persoon enkele kopieën van zijn verklaring retour. Eén exemplaar bewaart hij zelf. De andere stelt hij zijn familieleden en huisarts ter hand, zodat na overlijden misverstanden over de verlangde vorm van dodenbezorging worden uitgesloten. Mocht de persoon om enigerlei reden niet in staat zijn de verklaring eigenhandig te schrijven, dan volstaat een beschikking na dode bij notariële akte. Een afschrift van de akte, waarvan de kosten voor rekening van het anatomische instituut zijn, zal de notaris aan het betreffende instituut toezenden. Over de inhoud van de akte dient de persoon zelf zijn familieleden en huisarts in te lichten.

Het is bovendien zeer gewenst, dat de beschikking na dode bij codicil of akte tot stand komt met toestemming van de echtgenoot, meerderjarige familieleden of meerderjarige erfgenamen. Is dit niet gebeurd, dan zouden de nabestaanden door gevoelsbezwaren tegen de ontleding of door de emotionele sfeer om het sterfgeval kunnen weigeren het anatomische instituut van het overlijden van hun familielid in kennis te stellen. Door dit verzuim krijgt het bij codicil of akte afgestane stoffelijke overschot

niet de verlangde bestemming van ontleding. Van de nabestaanden kan alleen worden verwacht dat zij de wil van de overledene eerbiedigen; het anatomisch instituut heeft geen enkel recht het stoffelijke overschot als eigendom op te eisen. Door een aantekening van de bij codicil of akte gewenste vorm van dodenbezorging op de persoonskaart in het gemeentelijk bevolkingsregister is het meldingsverzuim echter wel te ondervangen. De gemeente kan dan het anatomisch instituut van het overlijden van de persoon verwittigen en eventueel gelijktijdig het in artikel 1 e, eerste lid, bedoelde verlot van de burgemeester afgeven. Het tijdsverloop van enkele dagen, dat deze procedure meestal vergt, werkt echter ongunstig op de gesteltenis van het stoffelijke overschot. Het meest gewenst is een bemiddelend optreden tussen de nabestaanden en het anatomische instituut door de huisarts.

**

Recente publiciteit over orgaantransplantaties doet de donaties van stoffelijke overschotten bij codicil steeds vaker vergezeld gaan van verzoeken om lichaamsdelen voor transplantatie te mogen afstaan. Zulke verzoeken moeten eveneens worden vastgelegd in de vorm van een codicil¹⁰, waarvan het anatomische instituut een model aan de aanvrager kan verstrekken. Gezien de frequentie van dergelijke verzoeken is het wenselijk dat op korte termijn het publiek wordt voorgelicht over de betekenis en de uitvoering van de donatie van lichaamsdelen voor transplantatie-doeleinden. Bovendien zal de belangstelling voor en het aantal toestemmingen van organen stijgen, indien ook bij huisartsen en transplanterende ziekenhuizen een model transplantatie-codicil verkrijgbaar is. Het ontledings-codicil en/of transplantatie-dodicil — beide sluiten elkaar niet uit — draagt de persoon steeds bij zich, zodat in alle omstandigheden nabestaanden en artsen na het „moment” van overlijden kunnen handelen conform de wensen van de overledene. Opgemerkt zij nog, dat herroeping van een codicil of akte te allen tijde bij leven mogelijk is.

Indien de overledene geen wensen heeft kenbaar gemaakt, treden de nabestaanden of derden in zijn plaats bij het geven van de bestemming aan het stoffelijke overschot. Zij kunnen, rekening houdend met de veronderstelde wil van de overledene, vergunnen of verlangen dat de stoffelijke resten voor de ontleding worden bestemd. Gewoonlijk beslissen de nabestaanden mondeling ten overstaan van de huisarts; soms kan het verzoek hiertoe van de huisarts uitgaan. Voor het anatomisch instituut is een schriftelijke bevestiging (model-verklaring aldaar verkrijgbaar) door de nabestaanden gewenst. Immers, in hoeverre de nabestaanden nog enigerlei rechten op het stoffelijke overschot van hun familielid binnen het anatomisch instituut kunnen laten gelden, is wettelijk niet geheel duidelijk; de schriftelijke bevestiging zou de mogelijkheid van herroeping, door

de nabestaanden, van de voorheen gewenste ontleding van het stoffelijke overschot kunnen verkleinen. Tevens zal deze verklaring — vanuit het anatomische instituut te zenden aan de burgemeester in de plaats van overlijden — een snelle afgifte van het in artikel 1 e, eerste lid, bedoelde verlot tot ontleding bevorderen.

Wanneer aan een stoffelijk overschot de bestemming van ontleding is verleend, dienen de nabestaanden of derden direct na het overlijden het anatomische instituut hiervan te verwittigen. In overleg met de betrokkenen belast dit instituut zich met de zorg voor het stoffelijke overschot. Spoedig vervoer naar het instituut is gewenst opdat, door de aldaar snel aanvangende conserverende behandeling (balseming), de gesteltenis van het dode lichaam zo optimaal mogelijk behouden blijft. De kosten van het vervoer van bedoelde stoffelijke overschotten van in Nederland overleden personen, komen voor rekening van het anatomische instituut, alsmede die van de anonieme of individuele begraving of verbranding ná de ontleding. Niet alleen behoeven de nabestaanden of derden geen kosten te besteden aan een begraving of een verbranding wanneer het dode lichaam de bestemming van ontleding ondergaat, maar ook kunnen zij er niets aan verdienen. Verkoop van het stoffelijke overschot — bij leven door de persoon of na overlijden door de nabestaanden of derden — wordt in Nederland ethisch onaanvaardbaar geacht. Juridisch evenwel is het nog een open vraag of een stoffelijk overschot wel of geen voorwerp van eigendom kan zijn, dus al dan niet verhandelbaar^{5, 11}. Een eenduidige formulering van de rechtspositie van een stoffelijk overschot is wenselijk.

Literatuur

- 1 Lassek A.
Human Dissection. Its drama and struggle.
Ch. C. Thomas, Springfield Ill. USA 1958.
- 2 Solingen P. van - Weerheym T.
Laat je niet kisten.
Uitg. Interland, Dinxperlo 1967.
- 3 Dierkens R.
Lichaam en lijk.
Uitg. voor Rechts- en bestuurswetenschap. Brugge, 1962.
- 4 Bachmann R.
Anatomie - clavis et clavus medici-nae.
Münchener Med. Wochenschr. 107, (2545-2552), 1965.
- 5 Laar J. van der
Lijkbezorgingsrecht.
Acad. proefschrift V.U., Alphen a.d. Rijn 1964.
- 6 Wet van 26 september 1968 tot wijziging van de Wet op de lijkbezorging.
Stb. 494, (1355-1357), 1968.
M.V.T.; M.V.A., mei 1968.
Kinschot H. F. van
Wet op de lijkbezorging 17e druk.
Uitg. Tj. Willink, Zwolle 1958.
- 7 Rang J. F. - Rozendal R. H.
Het lijkbezorgingsrecht in de ontleding van lijken ten dienste van het wetenschappelijk onderwijs.
De Ned. Gemeente 19, (137-142), 1965.
- 8 Rang J. F. - Rozendal R. H.
De derde bestemming: de ontleding.
Soteria, 9, (169-176), 1965.
- 9 Rang J. F. - Rozendal R. H.
De ontleding van lijken, als geregeld in het eindrapport van de adviescommissie crematie.
Tijdschr. v. Soc. Geneesk. 44, (13-17), 1966.
- 10 Rechtskracht van verklaring omtrent behandeling.
Ned. Tijdschr. v. Geneesk. 113, (1395-1398), 1969.
- 11 Maeyer J. M. M.
Transplantatie van organen en privaatrecht.
Med. Contact 24, (1325-1331), 1969.

Vragen over medische keuringen

De Tweede-Kamerleden Ir. G. A. A. M. Boot en C. J. van der Ploeg (kath.v.) hebben de minister en staatssecretarissen van sociale zaken en volksgezondheid en van binnenlandse zaken schriftelijk vragen gesteld naar aanleiding van een artikel van de hand van de arts F. E. J. Bouricius in Medisch Contact van 6 februari i.l. De Kamerleden vragen of het waar is, dat van overheidswege nog personeelsselectie wordt toegepast op grond van ziekerisico's en of de bewindslieden nog eens duidelijk uiteen willen zetten welke bepalingen gelden voor de keuring van aan te stellen personeel voor de overheidsdienst. Verder vragen zij of de bewindslieden maat-

regelen mogelijk achten om eventuele discriminatie op grond van ziekerisico's in het particuliere bedrijfsleven en bij verzekeringskeuringen tegen te gaan.

De heren Boot en Van der Ploeg willen voorts vernemen of de bewindslieden de stelling kunnen onderschrijven dat het verrichten van medische keuringen die uitsluitend economische doeleinden dienen, als medisch-ethisch ontoelaatbaar moet worden beschouwd, zodat er wettelijke maatregelen tegen dienen te worden getroffen. Ten slotte vragen zij, of het de bewindslieden bekend is dat het nog steeds voorkomt dat particuliere verzekeringsinstellingen weigeren personen die niet, of niet meer, onder de verplichte verzekering vallen, tegen ziekerisico te verzekeren op grond van medische keuringen die als uitkomst een verhoogd ziekerisico opleveren en welke wegen de betrokkenen open staan om zich doeltreffend tegen ziektekosten te verzekeren.

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

De plaats van de arts in de moderne samenleving

Bij de behandeling in de Tweede Kamer van de begroting 1970 voor Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft het Kamerlid *Tilanus* (C.H.U.), arts, in zijn uitvoerige beschouwingen ook zijn visie gegeven op de plaats van de arts in de moderne samenleving. Van hetgeen hij dienaangaande betoogde citeren wij uit de Handelingen der Kamer (zitting van 3 februari i.l.) het volgende:

„Ik kom tot mijn tweede onderwerp, de plaats van de arts in de moderne samenleving. Ik meen dat er aanleiding voor is, hierbij stil te staan, omdat het groeiend onbehagen verder gaat dan tussen de individuele arts en de individuele patiënt. De vakbeweging bemoeit zich met de artsen; de consumentenorganisaties willen meespreken over de specialisten. En dan wordt het een maatschappelijk verschijnsel, waarover ook in deze Kamer mag en moet worden gesproken. Het onbehagen uit zich op verschillende punten. Ik noem in de eerste plaats de honoraria. Destijds heeft de commissie-Van der Ven geadviseerd over de huisartsen-honoraria. In feite werd een redelijk inkomen van de huisarts vastgesteld. Het daarvoor nodige honorarium zou moeten worden betaald hetzij via de particuliere betalingen, hetzij via de ziekenfondsverzekering. Het verschil in betaling en het verschil in behandeling tussen particuliere patiënt en fondspatiënt was hierdoor in feite geëlimineerd. Misschien zou het nuttig zijn een zelfde soort operatie bij de specialisten te verrichten. Hoe dan ook, de honoraria moeten passen in onze gehele sociaal-economische orde. Als de artsen zich niet vrijwillig matigen en zich inpassen, dan zal de overheid maatregelen moeten nemen.

Een tweede punt van onbehagen vormt het dienstbetoon. Er zijn klachten over nacht- en zondagsdiensten, over het niet direct komen wanneer men geroepen wordt en over wachttijden op de poliklinieken. Ik vind het toch wel erg dat nu de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst zich met die nacht- en zondagsdiensten moet gaan bemoeien. Ik vind het verstandig dat de Maatschappij dat doet, maar ik vind het erg dat de artsen het zover hebben laten komen dat dit moet gebeuren. Ik gun de artsen volledig hun vijfdaagse werkweek, maar dan op voorwaarde dat de twee andere dagen goed geregeld zijn. Als de arts geroepen wordt, en hij heeft dienst, dan moet hij ook komen. Dan doet het er niet toe of het voor de ernst van de afwijking van een bepaald orgaan strikt nodig is, er roept een mens in moeilijkheden, er is een familie die zich ongerust maakt. Dan moet de arts wel bedenken dat hij geen orgaanreparateur is, maar mensendokter.

Het derde punt van onbehagen is het verschil in behandeling tussen de fondspatiënten en de particuliere patiënten. Bij de huisartsen is dat praktisch - dat kunnen wij wel zeggen - verleden tijd, alhoewel hier en daar nog wel een bordje op de deur hangt: fondsleden van 8 tot 9 uur. Bij de specialisten is het nog niet verdwenen en de klinische hoogleraren worden ervan beschuldigd dat zij meer aandacht geven aan de lucratieve particuliere patiënt en de fondspatiënten grotendeels overlaten aan hun assistenten. De hoogleraren hebben, naar mijn mening, primair tot taak het onderwijs en het onderzoek, en de behandeling van de daarvoor benodigde patiënten. Zelfs de schijn moet worden vermeden dat dit anders zou zijn.

Een vierde punt van onbehagen vormt de openheid tussen arts en patiënt. De moderne mens aanvaardt niet meer een slaafse onderwerping aan het gezag van de arts. Hij wil meepraten over zijn ziekte, over de aanwending van de medisch-technische macht op zijn lichaam en over wat hem te wachten staat. Dat is het goed recht van de patiënt; het gaat over zijn eigen lichaam, daarom vind ik het ook fout dat Teleac-cursussen in het geheim moeten worden gehouden. Daardoor lijkt het alsof de arts het geheimzinnig aureool tracht te handhaven, waarmee hij zich in feite isoleert van de patiënt en van de samenleving. Ik ben het helemaal eens met professor Van de Berg die in zijn boekje „Medische macht en medische ethiek” stelt dat er een voortdurende open dialoog mogelijk moet zijn tussen patiënt en arts. De artsen zullen veel meer moeten doen aan voorlichting en gesprekken met het publiek dan in het verleden gebruikelijk was.

De arts moet zich inpassen in de moderne samenleving en zich vertrouwd maken met het modern denken van de mensen. Als hij dat niet doet en als hij zich tegen die modern denkende mens en die moderne open samenleving afzet, dan zal die samenleving trachten hem in te kapselen omdat zij hem niet kunnen missen. Door zich te isoleren lokt hij socialisatie uit. Ik zou dat betreuren. Ik ben er een tegenstander van.

Oorzaken van het onbehagen

Mijnheer de Voorzitter! De oorzaken van het onbehagen tussen de arts en de patiënt liggen veel dieper. Ik geloof niet, dat hier in de eerste plaats de knelpunten liggen. Ik wil twee andere knelpunten noemen. Ik sluit hierbij aan bij datgene, wat professor Van den Bergh in zijn boekje „Medische macht en ethiek” aanduidt. Vroeger was, althans in onze ogen van vandaag, de arts volstrekt onmachtig. Hij kende nauwelijks de functie van de organen;

hij had geen diagnostische hulpmiddelen dan alleen zijn ogen, oren, spraak, reuk, smaak en tastzin. Daarmede moest hij het doen. Hij had geen andere therapeutische mogelijkheden dan aderen laten. Maar die arts had gezag, waarbij ik onder andere denk aan Boerhaave. Deze arts had gezag, omdat hij wist te troosten, pijn en angst wist weg te nemen en omdat hij vertrouwen wist te wekken. Nu, naarmate de medisch-technische macht toeneemt, lijkt het erop, dat het medische gezag afneemt. Wij komen voor fundamentele vragen te staan aan het begin en aan het einde van het leven. Hoe staan wij tegenover het opwekken van leven in een reageerbuis? Moeten wij verminkt geboren kinderen trachten in het leven te houden? Heeft het zin een lichaam te laten leven, wanneer er geen enkele geestelijke activiteit meer is? Hoe lang mag men iemand verhinderen op eigen natuurlijke wijze te sterven? Er is hier een aantal vragen van enorme ethische betekenis. De heer Schmelzer heeft hierop op de partijraadsvergadering van de K.V.P. in Arnhem in maart 1969 gewezen. Dit zijn vragen, die het publiek en de arts raken, het zijn existentiële vragen en deze vragen veroorzaken als het ware een innerlijke onzekerheid bij de arts. Deze onzekerheid uit zich in onbehagen. Nieuwe medische macht vraagt wellicht een nieuwe medische ethiek. Ik wil nog niet zo ver gaan als professor Van den Bergh in zijn boekje, maar ik wil de staatssecretaris wel vragen of hij ervoor voelt, contact op te nemen met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst en een studiecommissie in te stellen van medici en ethici, die het vraagstuk van medische macht en ethiek in studie neemt en die daarover rapport kan uitbrengen. Ook de overheid heeft bij de wetgeving rekening te houden met moderne medisch-ethische inzichten.

Het tweede punt, waardoor het onbehagen wellicht wordt veroorzaakt, is dat er op het terrein van de volksgezondheid allerlei gebeurt, waarvoor de arts niet is opgeleid en waarbij hij buiten de beslissingen staat. Ik denk hierbij aan de milieuhygiëne - de wereld gaat aan vuil ten onder; hoe staat het met de endosulfan in de Rijn? -, en medisch-technische ontwikkelingen, de voedingshygiëne, de managing van ziekenhuizen, de sociale zekerheidswetgeving en de planning en programmering van gezondheidsvoorzieningen. Dit zijn allemaal zaken, waarin de arts een inbreng moet hebben. Er moet dan ook echter een aantal artsen hiervoor opgeleid zijn. Thans wordt alleen opgeleid voor het curatieve deel van de geneeskunde; de vakken van het artsexamen zijn alleen klinische vakken voor het werk aan het ziekbed. Dit is geheel iets anders dan het werken aan de samenleving. Dat vraagt een andere mentale instelling en een andere deskundigheid.

Ik kan mij voorstellen, dat de studie in de medicijnen na het doctoraalexamen twee kanten kan uitgaan, namelijk enerzijds in de richting van de individuele, curatieve geneeskunde, het huidige arts-

examen dus, en anderzijds in de richting van de algemene gezondheidszorg, met vakken, die ik zojuist heb genoemd, en met een nieuw artsexamen. Deze artsen met dit nieuwe artsexamen zouden een bijzonder belangrijke inbreng kunnen hebben in allerlei bestuurlijke organen ten dienste van de gezondheidsontwikkeling op nationaal, provinciaal en gemeentelijk niveau. Ik meen, dat wij in Twente bij de Technische Hogeschool in samenwerking met de universiteit van Groningen een unieke kans hebben om de ontwikkeling van de artsenopleiding in deze richting te starten. Ik wil aan de staatssecretaris vragen hoe hij hierover denkt en of hij het zijne ertoe wil bijdragen om dit in Twente te realiseren, zodat wij een nieuwe weg kunnen inslaan" - aldus het kamerlid Tilanus.

Staatssecretaris Kruisinga reageerde hierop bij de beantwoording van de sprekers met te zeggen:

„De geachte afgevaardigde de heer Tilanus heeft de plaats van de arts, ook in relatie tot de medische ethiek, aan de orde gesteld. Niet alleen in Nederland maar ook elders zien wij, dat de plaats van de arts in de zich snel wijzigende samenleving sterk verandert. Vragen die vroeger nauwelijks vragen waren, brengen nu onrust en eisen de voortdurende aandacht van de overheid. Ik denk in de eerste plaats aan de medisch-ethische problematiek rond geboorte, leven en sterven, vragen met betrekking tot de abortus, kunstmatige inseminatie, anticonceptie, euthanasie, vaststelling van de dood, al deze vraagstukken dienen zich dwingend aan. De problemen die zich hierbij voordoen zijn zo belangrijk, dat ik voornemens ben, hieromtrent op korte termijn een adviesaanvraag tot de Gezondheidsraad te richten, overeenkomstig hetgeen door de geachte afgevaardigde is bepleit.

Voorts noem ik in het kader van de problematiek van de huisartsen vragen met betrekking tot patiënten ten opzichte van de behandelende arts, waarbij voorlichting bijzonder belangrijk kan zijn. Deze kan een heel positieve rol vervullen.

Een aantal opmerkingen in een zeer recent artikel in „Vrij Nederland" van de heer Van de Hoofdakker heeft mij aangesproken. Aan de andere kant moet men voorzichtig hiermee zijn. Het vertrouwen van ons volk in het totaal van de gezondheidsvoorzieningen in ons land moet gehandhaafd blijven, want dáárvan is het goed functioneren van deze voorzieningen wezenlijk afhankelijk! Dat moet niet worden vergeten! Daarmee is het belang van de patiënt wezenlijk gemoeid!

Dit alles maakt wel, dat de arts onder geheel andere omstandigheden dan vroeger zijn zware taak moet vervullen, omstandigheden, die het hem geenszins makkelijker maken. Ik wil gaarne verklaren, dat desondanks de Nederlandse arts in overgrote meerderheid der gevallen zijn taak gewetensvol en bekwaam verricht, waarbij hij zich zijn andere plaats in de samenleving vergeleken met vroeger ook wel bewust gaat worden."

Abortuscommissie wordt een vertragingscommissie geacht

Bij de behandeling in de Tweede Kamer van de begroting 1970 voor Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft, blijkens de Handelingen der Kamer (zitting van 3 februari) het Kamerlid Dr. Lamberts met betrekking tot abortus het volgende gezegd:

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): Mijnheer de voorzitter! Verleden jaar hebben wij de ons toegemeten spreektijd bij het onderdeel Volksgezondheid geheel gebruikt voor de behandeling van het probleem van de abortus provocatus. Wij deden dit, omdat het een urgent en uiterst belangrijk probleem was. Nu willen wij weer een belangrijk deel van onze tijd hieraan besteden omdat het abortusprobleem nog nijpender is dan wij toen dachten en omdat er in dit jaar van de zijde van de regering nog niets is gebeurd behalve het instellen van een nieuwe commissie in de laatste dagen vóór de begrotingsbehandeling, terwijl iedereen toch duidelijk is geworden dat alleen een spoedige wijziging van de wetgeving duizenden vrouwen uit de nu reeds duidelijker wordende nood kan halen.

Persoonlijk heb ik het afgelopen jaar honderden brieven ontvangen, vooral van vrouwen uit de periferie van het land. Ik heb daaruit kunnen lezen dat zwangerschap deze vrouwen in grote geestelijke, maatschappelijke, maar vaak ook medisch lichamelijke nood heeft gebracht, zonder dat zij daarvoor geholpen kunnen worden.

Op 13 februari 1969 deelde ik u als het standpunt van mijn fractie mede, dat wij meenden, dat op enigerlei wijze de wet in elk geval diende te worden gewijzigd. Het antwoord van de staatssecretaris was, dat hij alsnog het advies van de Maatschappij voor Geneeskunst wilde afwachten en eventueel daarna met een multidisciplinaire commissie zou komen.

Wat is er inmiddels in dit jaar gebeurd?

Vrouwenbelangen zijn met een enquête gekomen, waaruit bleek, dat 97 procent van de vrouwen zich uitsprak met ja op de vraag, of men abortus principieel toegestaan achtte. 59 procent gaf in eerste instantie de vrouw het beschikkingsrecht over abortus provocatus en 93 procent zei ja op de vraag, of de vrouw, indien zij vastbesloten is tot vruchtafwijving in staat moet zijn de ingreep in een ziekenhuis te laten voltrekken.

De Centrale van Christelijk-Historische Vrouwen heeft in oktober 1969 met overgrote meerderheid — volgens de pers met 99 procent — gesteld, dat uiteindelijk de vrouw het beslissingsrecht diende te hebben over abortus provocatus.

In de derde plaats heeft het Vrouwencontact van de P.v.d.A. er enige maanden geleden bij onze fractie op aangedrongen met een initiatiefwetsontwerp

te komen inzake abortus provocatus in de geest zoals wij verleden jaar hebben gesproken.

Op 9 juli 1969 kwam het langverwachte en teleurstellende schrijven van de Maatschappij voor Geneeskunst aan de staatssecretaris. Wij vonden het een paternalistisch, autoritair en moraliserend schrijven.

Verder wil ik vermelden de opvattingen van de huisartsen in Amsterdam, van wie 2/3 ontevreden was over de bestaande mogelijkheden tot hulpverlening bij abortus provocatus, terwijl 78 procent van deze huisartsen van mening was, dat abortus provocatus ook op psycho-sociale indicaties verricht moet kunnen worden, terwijl er in de praktijken van de deelnemers 1,68⁰/₀₀ per jaar aan ongewenste zwangerschappen zijn. Wanneer men dit voor alle Amsterdamse artsen uitrekent, komen er ongeveer 1.300 ongewenste zwangerschappen ter ore van deze huisartsen. In Rotterdam is een dergelijke enquête gehouden, met grosso modo dezelfde uitkomsten.

Ik wil ook nog wijzen op het onderzoek van mevrouw Damstra uit Groningen, die vermeldt dat, ondanks de positieve houding van de artsen de ingreep op de vaak gestelde sociale of psycho-sociale indicaties niet in Nederland kan geschieden, zodat deze vrouwen hiervoor naar het buitenland moeten gaan.

Ten slotte wil ik in dit verband nog wijzen op de belangrijke artikelen en uitspraken van de Rotterdamse psychiater Prof. Ladee waarvan de belangrijkste uitspraak is: Bij ieder ander medisch probleem zullen uiteraard ook in de toekomst wel andere specialisten voor consult bij dit vraagstuk moeten worden ingeschakeld. In principe zal men nu reeds met nog wat meer recht en overtuiging aan de vrouw en haar huisarts zonder geïnstitutionaliseerd paternalisme moeten kunnen overlaten naar hun gezamenlijke, weloverwogen bevinden en naar goeddunken te handelen.

Na al deze uitspraken van belangrijke vrouwenorganisaties en belangrijke deskundigen in de vakpers komen wij tot dezelfde conclusie als verleden jaar, nl. dat er een duidelijke wetswijziging nodig is. De staatssecretaris is nu enkele dagen geleden gekomen tot het instellen van een abortuscommissie. Wij menen dat dit laat is, in onze ogen eigenlijk te laat. Toen ik dat las en de samenstelling vernam, was mijn eerste reactie: Zij die geloven haasten niet. Inderdaad wijst de samenstelling van die commissie in dezelfde richting. Wij zien deze commissie eigenlijk als een soort van vertragingscommissie. Alleen enkele leden van die commissie zullen zich haasten in dezelfde richting die wij wensen, nl. een wijziging

van de wet in die zin, dat artikel 251b ongeveer komt te luiden: Abortus provocatus is alleen toegestaan, indien dit geschiedt door een arts in een erkend ziekenhuis of een erkende inrichting.

Mijn fractie had eigenlijk de bedoeling op dit ogenblik met een initiatiefwetsontwerp te komen. Wij willen bij de behandeling daarvan niet star vasthouden aan een woord of een niet principiële gedachte. Wij willen open staan voor een redelijk overleg en een redelijke amendement, want het belang van een goed gewijzigde wetgeving voor alle vrouwen in Nederland in lichamelijke, geestelijke en maatschappelijke nood in dit opzicht gaat ons vóór alles.

Een jaar geleden hebben wij echter ingestemd met het snel instellen van een commissie, zodra het advies van de Maatschappij voor Geneeskunst uit zou zijn gekomen. Wij menen dat niet snel is gehandeld. Wij menen, dat deze commissie als vertragingscommissie moet worden gezien. Toch willen wij ons woord gestand doen, hoewel wij toen al op die snelheid hebben aangedrongen. Wij geven de staatssecretaris nu nog drie maanden. Onvoorziene omstandigheden daargelaten, komen wij begin mei met een initiatiefwetsontwerp in de zin, zoals ik heb aangegeven." — Aldus het kamerlid Dr. Lamberts.

Staatssecretaris Kruisinga beantwoordde dit later als volgt:

„De geachte afgevaardigde de heer Lamberts heeft enkele opmerkingen gemaakt over de instelling van de commissie abortusvraagstukken. Het zal duidelijk zijn, dat een commissie als deze slechts na zorgvuldig beraad tot stand is gekomen. De minister van Justitie en ik hebben daarbij een aantal uitgangspunten voor ogen gehad. In de eerste plaats

„In dit verband wil ik nog een tip geven en dan denk ik aan de spoorwegen, waarmee vordertje Staat nog altijd heel wat heeft te maken. Bij de spoorwegen schijnt men het roken normaal te vinden, want als er in een coupé niet mag worden gerookt, moet het er apart opstaan. Men werkt tegenwoordig bij de spoorwegen met die fraaie pictogrammen, in dit geval een bordje met een rode rand en een sigaret erop getekend, die is doorgestreept, waardoor men de indruk krijgt, dat in die coupé de toestand abnormaal is, omdat men er niet mag roken. Zou het niet beter zijn, een en ander om te draaien door op de rookcoupé een bordje te plaatsen met een waarschuwendende rode rand en een sigaret erop, zodat men weet, dat het gevaarlijk is om daarin te gaan zitten, omdat de gezondheid er wordt bedreigd? Laat het normaal worden, dat er in de coupés niet wordt gerookt.”

De heer Jongeling (G.V.P.) bij de behandeling van de begroting 1970 voor Sociale Zaken en Volksgezondheid in de Tweede Kamer.

een grote variëteit van deskundigheid en betrokkenheid op dit gebied. Men vindt in de commissie zowel gynaecologen als beroepsjuristen, zowel een verpleegster als een moraaltheoloog en ook personen uit de kring van de vrouwenorganisaties.

De commissie, die de onderhavige problematiek behandelt, moet zijn samengesteld uit leden die, hoewel zij geheel voor eigen verantwoordelijkheid optreden, geacht moeten kunnen worden de veelheid van gedachten te vertolken die op dit terrein in het Nederlandse volk leven. Levensbeschouwelijke visies en politieke opvattingen zijn, naar mijn overtuiging, in de commissie in velerlei schakeringen aanwezig.

Ik heb voorts gemeend dat in de commissie een evenredig groot aantal vrouwen zitting moet hebben. schouwelijk, juridisch of medisch benaderen. Er is Deze problematiek kan men niet alleen levensbeoog een stuk emotionaliteit aan verbonden die bij vrouwen anders ligt dan bij mannen.

Als men al deze factoren bijéén telt, zal men kunnen begrijpen dat wij niet dan met de grootst mogelijke zorgvuldigheid en na langdurig overleg te werk zijn gegaan om te komen tot een samenstelling van de commissie zoals die thans is. Daarmee zijn wel enkele maanden gemoeid geweest. De vervulling van de criteria waaraan de commissie moet voldoen moet ook de instemming van de geachte afgevaardigden hebben. De interventie in deze Kamer zal ik aan de commissie ter beschikking stellen. De vraag of wetswijziging nodig is, is in de commissie, uiteraard, nog aan de orde. Ik moest er nog eens op wijzen dat de landen waarin de abortus is gelegaliseerd, bepaald niet altijd toonbeelden zijn van een gebrek aan problematiek op dit terrein. De landen die kort geleden deze zaak hebben gelegaliseerd zijn dit evenmin. Ik moet eigenlijk zeggen, die een andere legale voorziening hebben getroffen, want het is niet waar dat deze zaak in ons land niet zou zijn gelegaliseerd.”

**

Bij de replieken kwam de heer Lamberts op dit thema terug, zeggende:

„Mijnheer de voorzitter! Verleden jaar heb ik 20 minuten over abortus gesproken en toen kreeg ik één zin als antwoord. Daarmede was de zaak afgedaan. Ik begrijp, dat de staatssecretaris een achterban heeft; er kan geen snelle voortgang ter zake van het abortusprobleem worden gemaakt. Ik heb hiervoor begrip. Naar mijn mening gaat het toch allemaal te langzaam. De ingestelde commissie staat naar mijn mening duidelijk in het teken van de langzaamactie. Ik denk in dit verband aan de vertegenwoordigers, die de staatssecretaris uit mijn partij heeft genomen. Dat is geen afspiegeling van wat er in mijn partij leeft. Ik vind het zeer prettig, dat de staatssecretaris zal doorgeven aan de commissie wat hier is gezegd. Ik hoop, dat de commissie snelheid in acht zal nemen. Ik hoop echter mijn woord gestand te doen; ik zal niet direct met een initiatief-

ontwerp komen. Omstreeks mei komt het en dan zullen wij kijken hoe het verder gaat”.

Later hierop ingaande zeide staatssecretaris Kruisinga, dat hij niet al te uitvoerig wilde ingaan op de problematiek aangaande de abortus en de meest geschikte wijze om abortusvraagstukken op te lossen. Daarbij betogende:

„Ik hoop te mogen aannemen, dat de heer Lamberts en ik beiden ervan uitgaan dat die vraagstukken op de beste wijze moeten worden opgelost, en dat het ons niet om leuzen gaat. Ik wil nogmaals onderstrepen, dat helemaal niet is gesteld, noch bij benadering is bewezen, dat, uitsluitend van een medisch-hygiënisch gezichtspunt uit — ik laat het levensbeschouwelijke gezichtspunt buiten beschouwing — een wijziging van de huidige wetgeving inderdaad een verbetering van de situatie met zich brengt.

Daarvan ben ik en velen met mij op dit ogenblik bepaald niet overtuigd! Het is beslist waar, dat een verbetering van de situatie met betrekking tot de beschikbaarheid van voorbehoedsmiddelen ongetwijfeld heeft geleid tot een sterke verlaging van het

abortusgetal in ons land. Dat hebt u destijds ook ontkend, maar de feiten hebben ook het laatste jaar mijn gegevens bevestigd.

Ik heb na de mondelinge behandeling nog verder schriftelijke gegevens op dit punt aan de Kamer doen toekomen. Ook de latere gegevens hebben mijn uitspraken tijdens de openbare behandeling van deze problematiek bevestigd. Ik zou ook eraan willen herinneren, dat ik de problematiek op het terrein van de anti-conceptiva en op het terrein van de abortus vanuit één gezichtspunt heb behandeld. Die problematiek kan en mag men niet gescheiden zien. Dit is altijd mijn overtuiging geweest. Het één hangt ten nauwste met het ander samen en ook wat dat betreft wil ik terugverwijzen naar het kabinet-Cals met betrekking tot de voorstellen die in deze Kamer zijn gedaan op het terrein van de anti-conceptiva. Deze zijn mijnerzijds bepaald ingegeven geweest door de zorgen omtrent het abortusprobleem. Toen hebben de fanfares van de zijde van uw partij niet zo luid geschetterd. Ik vind dit heel erg onbillijk. Waarom had u in 1966 daarmee geen haast; misschien kunt u mij dat te gelegener tijd eens nauwkeurig komen uitleggen.”

De structuur van de gezondheidszorg

De structuur van de gezondheidszorg ten onzent is herhaaldelijk ter sprake gekomen in de Tweede Kamer bij de behandeling van de begroting 1970 voor Sociale Zaken en Volksgezondheid. Uit hetgeen wij over dit thema lezen in de Handelingen der Kamer sprokkelen wij de volgende passages.

Mevr. Veder-Smit (V.V.D.) betoogde:

„De structuur van de gezondheidszorg staat op de agenda naar aanleiding van het bezoek van onze vaste Commissie aan Engeland ter bestudering van de National Health Service. Ik wil aan de structuur van de gezondheidszorg in dit stadium geen uitvoerige beschouwingen wijden, nu er nog drie adviesaanvragen hieromtrent lopende zijn. Ik vind het jammer, dat die adviezen zo lang uitblijven en dat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid anderhalf jaar liet voorbijgaan, alvorens een speciale commissie met de studie te belasten. De bestudering van de National Health Service heeft mij tot de conclusie gebracht, dat dit systeem fundamentele gebreken vertoont, reden waarom ik het in Nederland zeker niet overgenomen wil zien. De sterke centralisatie, waardoor het stroef werkt, het feit, dat het onvrijheid schept voor de medische medewerkers, het feit, dat ontduiking van het systeem op vrij grote schaal mogelijk is, doordat particuliere patiënten voorrang genieten bij de plaatsing in ziekenhuizen en het feit, dat de verzekeringsgedachte ontbreekt en dat de financiering van de rijksmiddelen afhankelijk is, zodat men afhankelijk is van de conjunctuur, de politieke situatie en de behoeften

van andere overheidstaken zijn punten, die ik tot deze gebreken reken. Wij geven dan ook de voorkeur aan een verbetering van ons huidige systeem, dat uitgaat van de verzekeringsgedachte, zij het, dat ook dit systeem een aantal tekortkomingen vertoont, waarvoor wij een oplossing zullen moeten vinden. De voornaamste is misschien wel, dat ons ziekenfondswezen geen prikkel bevat voor patiënt of arts om zuinigheid of efficiency te betrachten. Wij zijn dan ook verheugd, dat de minister zich bereid heeft verklaard te bevorderen, dat experimenten op het gebied van het eigen risico worden ondernomen, zoals ook is aanbevolen door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid.”

Uit de beschouwing van de heer *Lamberts* (P.v.d.A.) wordt het volgende geciteerd:

„Mijnheer de voorzitter! De laatste jaren is de structuur, de organisatie en de betekenis van de gezondheidszorg in ons land in toenemende mate in discussie gekomen. Ons rapport „gezondheidszorg” neemt hierbij een belangrijke plaats in en heeft mede deze discussie in een bepaalde richting kunnen sturen. Opmerkelijk is, dat de Regering in de nota-Veringa over het medisch wetenschappelijk onderwijs ons letterlijk is gevolgd in de regionalisatie van de gezondheidszorg, met als regionale brandpunten de academische ziekenhuizen.

Nog opmerkelijker is het, dat ook onze Staatssecretaris zich in de memorie van antwoord op het ontwerp van wet betreffende de ziekenhuisvoorzieningen eindelijk voor een nationale gezondheids-

zorg heeft uitgesproken. Wij verstaan deze uitspraak zo, dat de staatssecretaris zich met ons o.a. uitsprekt, dat het recht op gezondheidszorg jegens iedere burger gelijkelijk moet worden erkend. Dit houdt mede het beginsel in van gelijkheid voor iedere hulpzoekende, voor de wijze waarop hij aanspraak op alle voorzieningen kan maken. Dit betekent primair het wegvallen van het onderscheid betreffende kwantiteit en kwaliteit van de verleende hulp tussen ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten. Ik hoop, dat de staatssecretaris ons ook hierin geheel kan volgen."

Uit het betoog van Mej. *Van Leeuwen* (A.R.P.) nemen wij het volgende over:

"Ik kom thans tot de National Health Service. Deze dienst lijkt mij zeker op het punt van gratis geneeskundige hulp mislukt. Ik behoef mij daarbij zeker niet alleen op het lachertje, dat nu in het „British Medical Journal" aan de orde wordt gesteld, namelijk de verstrekking van pruiken tot een bedrag van 850 mln. per jaar, te beroepen. Natuurlijk zijn de gratis voorzieningen slechts één element van de Engelse opzet en dit brengt mij dan ook tot de verdere uitwerking van een nationale gezondheidszorg. Met het begrip als zodanig wordt hier en daar wel zeer wonderlijk omgesprongen, om niet te zeggen, dat er hiermee afgoderij wordt gepleegd. Ik heb dit zojuist weer bemerkt, aangezien ik meen, dat de heer *Lamberts* niet verder is gekomen dan een gelijke behandeling van ziekenfonds- en particuliere patiënten. Ik meen, dat iedereen hiermee een open deur zou intrappen en wanneer dit nu het gehele plan voor een nationale gezondheidszorg is, is het toch wel zeer wonderlijk.

De visie van de staatssecretaris met betrekking tot een nationale gezondheidszorg, neergelegd in de memorie van antwoord op de Ziekenhuisbouw-wet, thans het wetsontwerp Wet Ziekenhuisvoorzieningen, heb ik met grote instemming gelezen. Wij komen op de uitdieping van de gebruikte begrippen bij de behandeling van dat wetsontwerp natuurlijk wel terug. De staatssecretaris zal mij echter onmiddellijk willen toegeven, dat wij thans nog niet zover zijn, dat de functionele samenhang op het terrein van de gezondheidszorg reeds over de gehele linie de mogelijkheid biedt voor een geïntegreerd pakket van intra- en extramurale voorzieningen. Er zijn nog wel de nodige knelpunten, die vooral samenhangen met de nog bestaande structuur van verzekeringen tegen de lasten van geneeskundige verzorging."

*
**

Toen de heer *Tilanus* (C.H.U.) vragen stelde aan Dr. *Lamberts* in verband met een resolutie van het partijcongres van de Partij van de Arbeid, waarin over „socialisatie" en „nationalisatie" van de gezondheidszorg werd gesproken, ontspon zich het in de Handelingen der Kamer aldus vermelde debat:

De heer *Tilanus*: In dit verband zou ik een aantal vragen aan collega *Lamberts* willen stellen. Misschien is hij in staat in tweede termijn erop in te gaan. In de resoluties van het partijcongres van de P.v.d.A. lees ik de woorden „socialisatie" en „nationalisatie". Het is een woordenspel, waaraan ieder een eigen inhoud kan geven. Ik wil drie zeer concrete vragen stellen om de inhoud van deze woorden te peilen. Meent collega *Lamberts* inderdaad, dat alle artsen, tandartsen, verloskundigen, apothekers, wijk- en districtsverpleegsters, laboratoriumassistenten en apothekersassistenten in overheidsdienst moeten komen?

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): Antwoord: Neen!

De heer *Tilanus* (C.H.U.): De tweede vraag is: Meent de P.v.d.A., dat voor de nationalisatie van de produktie van geneesmiddelen onderdelen van Philips en Akzi, zoals Philips-Duphar en Organon staatsbedrijven moeten worden?

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): Antwoord: Neen!

De heer *Tilanus* (C.H.U.): Derde vraag: Meent de P.v.d.A., dat ziekenhuizen, verpleeginrichtingen, kruisgebouwen, kruisverenigingen alle overheidsbedrijven moeten worden en dat daarmee tienduizenden bestuurders . .

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): Antwoord: Neen!

De heer *Tilanus* (C.H.U.): Dank u. Mijnheer de Voorzitter! Ik begrijp dan absoluut niet, wat de woorden socialisatie en nationalisatie betekenen.

De heer *Van Lier* (P.v.d.A.): Dat is heel duidelijk, mijnheer de Voorzitter. Zij betekenen, dat er eens een gesloten financieringssysteem moet komen voor alle volksgezondheidsvoorzieningen. Uit de publikatie van de Wiardi Beckmanstichting en uit de eerdere mededelingen hier in de Kamer van de kant van de heer *Lamberts* heeft u kunnen begrijpen, dat wij denken aan een volksverzekering.

De heer *Tilanus* (C.H.U.): Dat is heel iets anders dan socialisatie en nationalisatie. Het is totaal iets anders dan het Engelse systeem.

De heer *Lamberts* (P.v.d.A.): Dat hebt u mij ook nooit horen zeggen.

*
**

De heer *Jongeling* (G.P.V.) betoogde:

"Ik vind het Britse voorbeeld, dat ook door een delegatie uit deze Kamer is bestudeerd, nog steeds niet zo aanlokkelijk. De kosten van een nationalisatie van de gezondheidszorg naar het Britse model zouden bijzonder hoog zijn, waarschijnlijk in de buurt van 3 mld. Ik betwijfel of dit systeem werkelijk de verbeteringen zal brengen die men ervan verwacht. Zo is in Engeland wel gebleken dat de verbetering van ziekenhuizen soms heel langzaam kan gaan, omdat men veel meer gebonden is aan het budget en het investeringsprogramma van het Rijk. Wij zijn juist bezig te trachten de P.T.T. uit deze staatskluisters te bevrijden en een zekere zelfstandigheid te geven, opdat het bedrijf gemakkelijker

zal kunnen investeren. Diezelfde bezwaren zullen wij bij nationalisatie van de gezondheidszorg krijgen. Ik zou ook kunnen wijzen op het probleem van de schadevergoeding aan de artsen, dat men in Engeland heeft opgelost door de schade door de ont-eigening te fixeren op een bedrag, dat in 1948 werd vastgesteld en dat zal worden uitgekeerd bij pensionering. Dat is al met al niet zulk een gelukkige zaak. Men heeft mij ook verteld, dat in het Engelse „health centers” bijvoorbeeld een elektro-cardiogram wordt beoordeeld door niet-gespecialiseerde artsen, waardoor men prestaties krijgt, die beneden het niveau liggen, waaraan wij in Nederland gewend zijn. Ook dat geeft te denken. Ik heb niet de illusie, dat wij bij navolging van het Britse systeem alle bezwaren en de bijzonder hoge kosten, die men daar heeft gekregen, zullen kunnen vermijden. Dat mag ons wel tot extra voorzichtigheid stemmen.”

De heer *Kronenburg*: Ik zou willen beginnen met het maken van enkele opmerkingen. Het bezoek van de commissie Volksgezondheid aan Engeland heeft de commissie duidelijk aangetoond en er ook van overtuigd, dat de Engelse situatie en de Nederlandse situatie dermate onvergelijkbaar zijn, dat een soortgelijke toepassing van het Engelse gezondheidssysteem in Nederland ondenkbaar en onmogelijk zou zijn. Zelfs degenen die een dergelijke oplossing interessant vonden, hebben, de zaak beschouwende, dit laten varen als model.

Een van de merkwaardige zaken die bij het Engelse systeem naar voren komen, is dat per jaar een budget voor de gezondheidszaken moet worden bepaald en dat daarbij gevochten moet worden met de andere. Een merkwaardige opmerking die ik vernam van iemand die in dezen een nogal belangrijke stem had, was: wanneer men de boel gratis geeft, heeft men ook meer te zeggen over de hoeveelheid. Hij zei het wat anders: When things are free, they'll

„In dit kader zou ik een kleine opmerking willen maken over de kritiek die in de pers wordt geleverd op artsenvergripen. Ik zou willen dat men hiermee bijzonder terughoudend was, opdat de arts die in deze tijd van veranderende waarden niet meer het gezag heeft van 50 jaar geleden, toch een man met een gezag van deze tijd kan blijven en opdat zijn gezag niet onnodig wordt uitgehold door feiten, waarvoor de motieven en waarvan de achtergronden vaak eerst maanden of weken later na een behoorlijk onderzoek duidelijk worden en waarvan de nieuws waarde dan verdwenen is.”

De heer *Kronenburg* bij de behandeling van de begroting 1970 voor Sociale Zaken en Volksgezondheid in de Tweede Kamer.

obey you easier. Als de dingen gratis zijn, kun je ze gemakkelijker naar je hand zetten. Ik vond het een cynische maar niet onjuiste overweging, omdat ons systeem tendeeft naar een exalatie van het pakket gezondheidszorg dat bij uitbouw van de medische en paramedische wetenschappen zorgen gaat baren, wanneer het gekoppeld blijft aan het karakter van volksverzekering. Ik ben van mening, dat goede gezondheidszorg basis is en dat betere gezondheidszorg gekocht zou moeten worden uit eigen middelen, althans in grote lijnen gezien. Vier artsen, vier wereldspecialisten aan het ziekbed van een miljonair die toch niet te redden valt, mogen nooit de grote massa's van ons volk jaloers kunnen maken. Dit is onzin, dit is overdaad. Zo meen ik, dat dat het van groot belang is, dat in zaken van volksgezondheid wordt overwogen waar in feite luxe en overdaad beginnen en waar in redelijkheid de beslissing voor verdere zorg bij de burger zelf behoort te liggen en door hem ook behoort te worden betaald.

In Engeland is tevens naar aanleiding van het systeem een artsenvlucht geconstateerd. In het verslag wordt gezegd, dat deze artsen zijn weggegaan door onder meer hun zucht naar avontuur. Ik geloof niet, dat dit waar is. Het klimaat waarin een arts kan werken, heeft waarschijnlijk bepaalde elementen nodig, zonder welke het voor hem moeilijk wordt zijn zeer zware en verantwoordelijke taak te vervullen”.

Terzake van dit onderwerp zei de staatssecretaris bij zijn beantwoording van de spreker:

„Men heeft in het kader van het punt van de nationale gezondheidszorg in Engeland ook het punt van de immigratie en emigratie van artsen genoemd. Zoals bekend, is de migratiebalans ten aanzien van artsen in Engeland sterk negatief, in de orde van ongeveer 15 procent van hun opleidingscapaciteit! Nederland toont — daar ben ik erg gelukkig mee — een geheel ander beeld. Jaarlijks verlaten ongeveer 100, 110 artsen ons land, maar voor een heel belangrijk deel voor nadere studie in de Verenigde Staten of zij gaan tijdelijk naar ontwikkelingslanden. Aan de andere kant is er een belangrijke immigratie in ons land. Ik heb het voor dit jaar eens laten nagaan. Het is interessant te zien uit welke landen men komt. Bevoegdheid tot de uitoefening der geneeskunst in ons land is dit jaar verleend aan 340 artsen. Daarvan kwamen er 104 uit België, 61 uit Tsjechoslowakije, 24 uit Joegoslavië, 12 uit Polen, 12 uit Engeland, 5 uit Egypte, 6 uit Hongarije, 5 uit Roemenië, 4 uit Griekenland, 5 uit Spanje, 8 uit Turkije en — voornamelijk uit de Chinese bevolkingsgroep van dat land — uit Indonesië 41 en een restant van enkelen uit andere landen. Het is een heel interessante lijst met heel interessante gegevens, waarmee wij in ons land toch nog wel ingenomen mogen zijn. Ook de balans van de migratie van tandartsen, zoals ik in de beantwoording van de vragen van mevrouw Barendregt heb gesteld, is in ons land positief.

Het mishandelde kind

Het lid van de Tweede Kamer de heer Tilanus (C.H.U.), arts, heeft bij de behandeling door deze Kamer van de begroting 1970 voor Sociale Zaken en Volksgezondheid een uitvoerige beschouwing gewijd aan de zorg voor het gehandicapte kind. Uit die beschouwing nemen wij het gedeelte over - uit de Handelingen der Kamer (zitting van 3 februari l.l.) - waarin de heer Tilanus aandacht schonk aan het battered child syndroom. Hij betoogde dienaangaande het volgende:

„Mijn tweede opmerking over het kind met een handicap, waarbij een handicap wordt veroorzaakt door ouders: het mishandelde kind. Er is een schatting, dat per jaar zeker zo'n 1200 kinderen worden mishandeld, waarvan een 120 met dodelijke afloop. Verleden jaar heeft de staatssecretaris hierover een advies gevraagd aan de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst. Zij heeft een antwoord gegeven dat luidde, dat de arts zich bij het eerste vermoeden van een nog geringe mishandeling van aangifte bij de justitie moet onthouden. Hij moet dan wel een sociaal-medische instantie inschakelen, die ten opzichte van de gezinspathologie een nuttig effect kan hebben, en mocht dat geen resultaat hebben, dan moet de arts het kind laten prevaleren boven het beroepsgeheim en wel aangifte doen.

Ik weet niet, hoe het de staatssecretaris is vergaan, maar mij ligt dat advies niet. In de eerste plaats: een sociaal-medische instantie helpt niet om de gezinspathologie te verbeteren. In de tweede plaats: herhalingen van mishandelingen komen in meer dan 50 pct. van de gevallen voor, en in de derde plaats: dat het geen resultaat heeft, kan alleen maar worden geconstateerd aan nog een, dan misschien dodelijke mishandeling. Ik vind, dat de arts de plicht heeft, bij een eerste vermoeden te voorkomen, dat het kind verder wordt mishandeld. Hij hoeft dan geen aangifte bij de politie te doen, maar hij moet wel een gesprek hebben met de officier van justitie, die kinderzaken behandelt, of

Huisartstarieven

De Staatscourant van 6 februari bevatte het volgende bericht in de rubriek „Economische Zaken”:

Het ministerie van Economische Zaken wijst ter vermijding van misverstand erop, dat de tarieven die huisartsen voor hun verrichtingen in rekening brengen, onderworpen zijn aan de bepalingen van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1969-II. Dit betekent, dat zonder uitdrukkelijke ontheffing van genoemde prijzenbeschikking, voor een consult of een visite geen hogere tarieven in rekening mogen worden gebracht dan die welke op 1 oktober 1968 werden berekend, vermeerderd met de sinds 14 maart 1969 opgetreden externe kostenstijging. Deze stijging maakt blijkens ingestelde controle slechts enkele procenten uit van het geldende tarief.

met de Raad voor de Kinderbescherming. Wij mogen dergelijke gevallen niet nog eerst eens een tijdje aankijken. Er moet direct worden ingegrepen om het kind te redden.

Ik zou graag horen, wat de staatssecretaris, eventueel in overleg met de minister van justitie, van plan is te doen.

Ik zou hem nog wel erop willen wijzen, dat de Raad van Europa op 30 september 1969 een resolutie heeft aangenomen - nr. 561 - waarin de Raad „aan de regeringen verzoekt, hun wetgeving voor wat mishandelde kinderen betreft te wijzigen, ten einde artsen van hun professionele zwijgplicht te ontheffen en hun te verzoeken, de desbetreffende autoriteiten uitsluitend en onmiddellijk in te lichten, zodat het lot van deze kinderen kan worden verbeterd.

Boerhaave-cursussen 1970

Het voorlopige programma voor 1970 van de Boerhaave-cursussen voor voortgezet medisch onderwijs vermeldt een cursus „Audiometrie en hoortoestellen” (13-14 maart), die is bedoeld voor de praktiserende keel-, neus- en oorarts. Daarna volgt een cursus „Vorderingen in de geneeskunde” (19-21 maart) met gemengde onderwerpen, gericht op de dagelijkse praktijk van de huisarts. In de cursus „Het atopie syndroom” (28-30 mei) zullen de klinische aspecten, de testtechnieken en de immunopathologie van het atopie syndroom aan de orde komen. Een twee weken durende cursus „Correctieve neuschirurgie” (31 augustus-12 september) zal worden gegeven in samenwerking met de American Rhinologic Society; deze cursus is bedoeld voor neus-, keel- en oorartsen in binnen- en buitenland met Engels als voertaal. De cursus „Cytostatica” (2-5 september), waarop zowel fundamentele als klinische aspecten van cytostatica ter sprake zullen komen, is bedoeld voor internisten, hematologen, chirurgen, radiotherapeuten, gynaecologen, kinderartsen, longartsen en dermatologen. In een cursus „Algemene nascholing voor internisten” (14-18 september) zal zowel theoretisch als praktisch onderwijs worden gegeven. Een vooral voor ziekenhuisdirecteuren, ziekenhuisorganisatiedeskundigen en leden van de medische, technische en administratieve staven bestemde cursus is „Registratie, administratie en distributie van gegevens in ziekenhuizen met behulp van computers” (8-10 oktober). Nieuwe ontwikkelingen in de celbiologie zullen worden belicht in de cursus „De cel” (15-17 oktober). Een cursus „Huidverschijnselen en interne afwijkingen” (6-7 november) richt zich op internisten, huisartsen en huisartsen en gedacht wordt aan kinderartsen, schoolartsen, psychologen, kinderpsychiaters, kinderneurologen, neuro-patholoog-anatomen en vrouwenartsen als deelnemers aan een cursus „De normale en gestoorde ontwikkeling van het centrale zenuwstelsel in relatie tot de psychomotorische ontwikkeling” (20-21 november). Laatste cursus in 1970 zal zijn „Capita uit arteriële reconstructieve chirurgie” (11-12 december).

Voorzieningen van tijdelijke aard voor het onderwijs in de geneeskunde

Memorie van antwoord op het daartoe door minister Veringa ingediende wetsontwerp

In een Memorie van Antwoord aan de Tweede Kamer, ingezonden bij brief van 4 februari 1970, gaat de minister van Onderwijs en Wetenschappen, Prof. Dr. G. H. Veringa, in op vragen en opmerkingen, voorkomend in het voorlopig verslag van de vaste commissie voor Onderwijs en Wetenschappen ten aanzien van het wetsontwerp „Voorzieningen van tijdelijke aard inzake de regeling van de toelating tot het bijwonen van het onderwijs in de faculteit der geneeskunde van de universiteiten”.

Hieraan voorafgaand vermeldt de minister, dat blijkens de tussentijdse telling van de eerstejaarsstudenten aan de universiteiten en hogescholen, zoals opgenomen in de „Mededelingen” van het Centraal Bureau voor de Statistiek van november 1969, nr. 7565, de stijging van het aantal eerstejaarsstudenten zich ook in het studiejaar 1969/1970 heeft voortgezet en wel met 6 procent in vergelijking tot oktober 1968. In oktober 1968 bedroeg die toename 18 procent in vergelijking tot oktober 1967. Hierbij dient te worden bedacht dat in 1969 het aantal geslaagden voor de schoolexamens van het gymnasium en van de h.b.s., waaruit de eerstejaarsstudenten voor een belangrijk deel afkomstig zijn, vrijwel gelijk was aan dat van 1968, terwijl daarentegen in 1968 het aantal geslaagden ruim 10 procent hoger was dan in 1967. Wat de medische wetenschappen betreft, blijkt dat na de stijging van het aantal eerstejaarsstudenten van 19 procent in 1968 ten opzichte van 1967 zich in 1969 een daling ten opzichte van 1968 heeft voorgedaan met 21 procent. Daarbij geeft de studierichting der geneeskunde na een stijging van 17 procent in het vorig jaar, voor het thans lopende studiejaar een daling met 22 procent te zien. Deze daling kan vermoedelijk worden toegeschreven aan de intrekking van de medische regeling voor opkomst in militaire dienst. Indien andere factoren, zoals overbelasting van de faculteiten, verwachte verdere stijging van het aantal studenten, afvalpercentages bij de propedeuse, dreiging van wachtlijsten en dergelijke een rol zouden spelen, had mogen worden verwacht dat de daling bij jongens en meisjes niet veel zou verschillen. Dit nu is niet het geval. Bij de geneeskunde daalde het aantal mannelijke eerstejaarsstudenten van 1.428 tot 1.045 (27 procent) en het aantal vrouwelijke van 418 tot 391 (6,5 procent). Bij de tandheelkunde daalde het aantal mannelijke eerstejaars van 343 tot 236 (30 procent) doch steeg het aantal vrouwelijke van 35 tot 42 (dus een stijging van 20 procent). De conclusie lijkt gerechtvaardigd dat bij deze ontwikke-

ling een factor die wel voor jongens doch niet voor meisjes geldt, een belangrijke rol heeft gespeeld. Afgewacht zal moeten worden hoe de belangstelling voor de geneeskunde en de tandheelkunde bij jongens, die door de intrekking van de medische regeling eerst hun militaire dienstplicht moeten vervullen, zich zal ontwikkelen. In elk geval moet er mede rekening worden gehouden dat de uit deze cijfers blijken de verlichting van de druk op de medische faculteiten slechts van tijdelijke aard zal zijn.

Ook overigens geven deze cijfers geen aanleiding voor aantasting van de grondslag van het voorliggende wetsontwerp, dat beoogt te voorzien in de mogelijkheid van het treffen van maatregelen ingeval ontwrichting van het medisch onderwijs dreigt. Deze dreiging is immers, ondanks de terugloop van het aantal eerstejaarsstudenten in het studiejaar 1969-1970, zoals de minister met de faculteiten der geneeskunde meent, nog onverminderd aanwezig. Volgens het half december 1969 door hem ontvangen verslag van de Commissie plaatsing eerstejaarsstudenten geneeskunde voor het studiejaar 1969/1970 bleef naar opgave van de medische faculteit de maximum capaciteit ongewijzigd en zouden eigenlijk niet meer dan 1.435 eerstejaars kunnen worden opgenomen. In juni 1969 bedroeg het aantal aanmeldingen voor de studie 1.740, terwijl begin oktober 1969 het aantal aanmeldingen tot 1.914 was opgelopen. Door afval op grond van diverse oorzaken werd ten slotte aan 1.511 eerstejaars een plaats toegewezen, waarvan zich in november 1969 een aantal van 1.477 had laten inschrijven. (Verskil tussen het C.B.S.-inschrijvingscijfer en het cijfer van de plaatsingscommissie is te verklaren doordat de C.B.S.-cijfers berusten op gegevens van september/oktober 1969, terwijl de plaatsingscommissie recentere gegevens kon verwerken in haar half december 1969 uitgebrachte rapport.) Hierbij moet er echter rekening mede worden gehouden dat aan het propedeutisch examen in de loop van het jaar 1970 enige honderden recidivisten en uitstellers uit eerdere jaren zullen deelnemen, zodat de dreiging van ontwrichting voor de volgende jaren nog steeds voortduurt. Wanneer voorts wordt overwogen dat, zoals reeds in het voorgaande werd opgemerkt, het in de komende jaren mogelijk zal blijken dat de intrekking van de medische regeling in niet onbelangrijke mate een éénmalige verschuiving zou kunnen betekenen, en bovendien in aanmerking wordt genomen de zorg van de medische faculteiten voor de invoering van het nieuwe curri-

culum alsmede de grote druk waaronder de kwaliteit van het geneeskundig onderwijs en onderzoek staat, dan is het voorhanden hebben van een wettelijke basis om zonodig regelend op te kunnen treden een dringende noodzaak.

De maximum capaciteit der faculteiten

Komende tot de beschouwingen van de vaste commissie, gaat Prof. Veringa allereerst in op het vraagstuk van de maximum-capaciteit van de bestaande faculteiten. In de Nota medisch wetenschappelijk onderwijs verklaarde hij zich gaarne bereid te handelen overeenkomstig aanbeveling IV-a van de commissie-Verdam, luidende: „te bevorderen, dat periodiek door elke instelling van medisch wetenschappelijk onderwijs een capaciteitsonderzoek wordt ingesteld, waarbij tevens eventuele onfeiten en knelpunten worden opgespoord”. Gevraagd was hem nu door de commissieleden behorende tot de fractie van de K.V.P., of hij reeds was begonnen met het bevorderen van het bedoelde onderzoek, welke steun hij daarbij aan de instellingen dacht te kunnen bieden, en of tussen de instellingen over deze problematiek reeds landelijk overleg wordt gepleegd. Bij de beantwoording van deze vraag stelt de bewindsman voorop, dat het onderzoek door de medische faculteiten zelf zijn sluitstuk zal moeten vinden in het door de in het wetsontwerp voorziene capaciteitscommissie uit te brengen advies. Immers, zoals hij in de memorie van toelichting heeft gesteld, is in de afgelopen jaren duidelijk gebleken dat vrij algemeen wordt geoordeeld, dat de bepaling van het evenwicht tussen de eisen op het punt van de kwantiteit — dat wil dus zeggen: het aantal studenten — en op dat van de kwaliteit, niet goed door de faculteiten zelf kan geschieden. Dit neemt niet weg dat de commissie vanzelfsprekend haar oordeel zal moeten vormen aan de hand van gegevens, die door de medische faculteiten worden verschaft, met dien verstande dat zij zich, voor zover zij dat nodig acht, door onderzoek ter plaatse bij de verschillende faculteiten moet kunnen oriënteren. De commissie zal daartoe ten nauwste moeten samenwerken zowel met de afzonderlijke faculteiten als met het Interfacultair Overleg van de Nederlandse faculteiten der Geneeskunde (I.O.G.) en moeten beschikken over ruimte bevoegdheden om de nodige informatie in te winnen. Het is de minister bekend dat faculteiten en I.O.G. zich in de afgelopen jaren zeer veel inspanning hebben getroost om een juist inzicht te verkrijgen in de factoren, welke de capaciteit bepalen. Een uitdrukkelijker opdracht tot dit onderzoek acht hij dan ook niet noodzakelijk. Er zijn immers reeds vele feitelijke gegevens voorhanden, die voor de oordeelsvorming van de nog in te stellen capaciteitscommissie van grote betekenis zijn.

Bij de vraag welke normen zullen worden gehanteerd ter bepaling van de klinische capaciteit — door de commissie-Dijkhuis gesteld op 1.140 studenten per jaarklasse — merkt de bewindsman op, dat er naar zijn mening geen enkele reden is om de

deskundigheid van de commissie-Dijkhuis in twijfel te trekken. Het I.O.G. ziet de berekeningen op dit punt van de commissie-Dijkhuis eerder aan de hoge, voor het moment zelfs te hoge, dan aan de lage kant. De opvatting van de commissie-Dijkhuis vindt, zoals meerdere malen is gebleken, ook steun in ervaringen van gerenommeerde medische faculteiten in het buitenland. Voor het ogenblik valt alleen te zeggen, dat gewacht dient te worden op de bevindingen van de in te stellen capaciteitscommissie. Over de methodiek van de capaciteitsbepaling stelt hij zich voor overleg te plegen met de deskundigen die hij, zodra het wetsontwerp tot wet zal zijn verheven, ter benoeming aan de Kroon zal voordragen.

Na nogmaals zijn beslissing te hebben toegelicht, de selectie op basis van het propedeutisch examen te doen plaatsvinden, en niet vóór de toelating hetzij op basis van eindexamencijfers, hetzij op basis van een nadere toetsing, gaat de minister in op de vraag waarom hij het wetsontwerp niet over beperking van toelating tot het onderwijs in de tandheelkunde wordt gesproken, terwijl de preklinische onderwijs capaciteit ten aanzien van de geneeskunde toch mede beïnvloed wordt door de onderwijs taak ten behoeve van de tandheelkunde? Hoewel hij erkent dat moeilijkheden van soortgelijke aard als bij de studierichting der geneeskunde zich ook voordoen bij die der tandheelkunde en dat de toeloop naar de tandheelkunde mede van invloed is op de preklinische opleidingscapaciteit in de geneeskunde, is naar zijn mening de situatie in de tandheelkunde niet zodanig dat een wettelijke voorziening, reeds op dit ogenblik, zou zijn geboden.

Organisatie van het propedeutisch examen

Met betrekking tot de organisatie van het propedeutisch examen brengt Prof. Veringa in herinnering, dat hij in de Nota medisch wetenschappelijk onderwijs heeft medegedeeld de zienswijze van de commissie-Verdam te delen, dat de gelijkheid van kansen het best kan worden gewaarborgd als het examen geheel of gedeeltelijk landelijk wordt afgenomen, dan wel, als wordt voorzien in een landelijk beoordelingsstelsel. Het gaat er daarbij vooral om dat alle faculteiten voor de afwijzing van kandidaten dezelfde criteria hanteren. Staande voor de keuze een landelijk examen dan wel een landelijk beoordelingsstelsel te bevorderen wijst hij er op dat al te grote uniformiteit in het examen te zeer tot verstarung zou kunnen leiden. Hij heeft dan ook in eerste aanleg de voorkeur gegeven aan een landelijk beoordelingsstelsel, omdat juist op het punt van de beoordeling gewaakt dient te worden over de gelijkheid van kansen van de kandidaten. De bewindsman voegde daaraan toe dat de gezamenlijke onderwijscommissie van het I.O.G. er in geslaagd was een min of meer uitgewerkt plan voor de verwezenlijking van een landelijk beoordelingsstelsel te vervaardigen en dat over dit plan en over de voorwaarden voor het slagen daarvan tussen de faculteiten overleg wordt gepleegd.

Het afnemen van de examens en het meten van de kwaliteiten der studenten blijft de verantwoordelijkheid van de faculteiten, die ook elk de censuur aangeven tussen „voldoende” en „onvoldoende”. De centrale beoordelingscommissie heeft, zoals zij in de nota heeft toegelicht, de taak het gemiddelde van de scheidslijnen, die de faculteiten afzonderlijk trokken, als gemiddelde grens tussen „voldoende” en „onvoldoende” aan te brengen. Dit leidt onder de gegeven omstandigheden tot een zo rechtvaardig mogelijke beoordeling van een kans voor allen, die de propedeuse afleggen. De vraag of het juist is, dat, gegeven de bestaande verschillen in examenregelingen, een landelijk beoordelingssysteem gepaard zal moeten gaan met programma-standaardisering, kan ontkennend worden beantwoord. Het aantal examenonderdelen is immers op zich zelf niet van invloed op de werking van het stelsel zoals dit in de nota werd geschetst. Een zodanige standaardisering zou overigens niet goed mogelijk zijn, omdat voor de onderscheidene faculteiten de curricula niet identiek zijn en ook niet behoeven te zijn. In de verdere opbouw van het curriculum aan elke faculteit blijven verschillen bestaan die zich ook in de voorbereidende studie zullen manifesteren.

Op de vraag van de K.V.P.-leden of het wel vaststaat, dat slechts in enkele gevallen een student met een hogere score zal moeten wachten, omdat een student van de wachtlijst voorrang heeft, valt op dit moment moeilijk een exact antwoord te geven, aldus Prof. Veringa, die voorts een nader inzicht verschaft in de mogelijkheden tot een zinrijke besteding van de wachttijden. Zoals bekend heeft de Groninger universiteit vorig jaar aanvankelijk geen mogelijkheid aanwezig geacht om nog een jaar het ontstaan van een wachtlijst te voorkomen. De faculteit heeft daarop uiteindelijk willen terug komen, doch inmiddels had het voornemen een wachtlijst in te voeren reeds geleid tot de opstelling van een lijst, waarop rond 60 projecten werden opgenomen, waarvan de vervulling zou kunnen worden beschouwd als studentassistentenschappen van uiteenlopende aard. Het heeft, mede door het tijdgebonden karakter van een aantal projecten, weinig zin van deze lijst, die inmiddels ter kennis is gebracht van de andere faculteiten en van het I.O.G., een opsomming te geven. Het belangrijke punt is, dat een groot aantal projecten door de faculteit geschikt werd bevonden om voor een zinvolle besteding van de wachttijd in aanmerking te komen. De minister meent dan ook met vertrouwen de voorstellen ter zake van de faculteiten te mogen tegemoet zien. In antwoord op de vraag, of is overwogen de plaatsing op wachtlijsten te doen geschieden na het kandidaatsexamen wijst de bewindsman erop, dat hij in § 3 van de nota uitvoerig heeft uiteengezet, dat en waarom hij met name het oriënterend propedeutisch examen een geschikt selectiemoment acht. Daarbij komt de praktische overweging dat beperking bij voorkeur dient plaats te vinden daar waar de knelpunten zich het eerste bij de studie voordoen. Dit is

onder de gegeven omstandigheden het eerst het geval bij de praktische oefeningen en het overige onderwijs van het tweede cursusjaar. De commissie-Verdam constateerde dat in deze pre-kandidaatsfase in enkele gevallen knelpunten optreden, die als zwakste schakels de kracht van de gehele opleidingsketen kunnen bepalen.

Prof. Veringa komt vervolgens toe aan de leden van de P.v.d.A., die hun instemming betuigden met het in het wetsontwerp uit de verschillen daarvoor in aanmerking komende mogelijkheden gekozen selectiesysteem, aangenomen dat het inderdaad noodzakelijk is noodvoorzieningen met betrekking tot het bijwonen van het onderwijs in de faculteiten der geneeskunde van de universiteiten te treffen. Deze leden voegden hieraan toe dat het naar hun mening van zelf spreekt, dat de noodzaak tot het doen van een dergelijke stap, waaraan ernstige consequenties kunnen zijn verbonden, duidelijk moet vaststaan. Bovendien zal huns inziens uit de voorstellen duidelijk moeten blijken dat deze het karakter van een noodvoorziening dragen, hetgeen niet alleen tot uitdrukking zal moeten komen in de tijdelijkheid van de voorziening maar ook in het aankondigen van maatregelen die ertoe kunnen leiden, dat zo spoedig mogelijk kan worden teruggekeerd tot de normale gang van zaken.

Zij waren echter van mening, dat aan deze voorwaarden niet of onvoldoende wordt voldaan en dat in elk geval de minister onvoldoende heeft aange-toond, dat dit wél het geval is. Bij de behandeling van deze beide punten stelt de bewindsman voorop, dat het onderhavige wetsontwerp en de memorie van toelichting moeten worden bezien in samenhang met de onderscheidene rapporten, die recentelijk over deze problematiek zijn uitgebracht. Wellicht ten overvloede zij in dit verband gewezen op de rapporten — in volgorde van verschijningsdatum — uitgebracht door de Studiecommissie achtste medische faculteit, die onder leiding stond van Mr. G. E. van Walsum; van de Bijzondere adviesgroep medische faculteiten, onder voorzitterschap van Prof. Mr. P. J. Verdam; en van de Commissie artsenbehoefte van de Gezondheidsraad, die Dr. J. A. C. de Kock van Leeuwen als voorzitter had. De in deze rapporten vervatte gegevens en conclusies zijn verwerkt in de Nota medisch wetenschappelijk onderwijs, waarbij de regering haar beleid op korte en langere termijn met betrekking tot het medisch wetenschappelijk onderwijs heeft bepaald. Tenslotte brengt Prof. Veringa in herinnering, dat hij reeds bij de begrotingsbehandeling terloops enkele overwegingen, die voor een spoedige regeling van deze materie pleiten, onder de aandacht van de Kamer heeft gebracht.

Ten aanzien van het eerste punt is de minister met de P.v.d.A.-leden van mening, dat de noodzaak tot het treffen van maatregelen als met het wetsontwerp beoogd, duidelijk moet vaststaan. Terecht wezen deze leden op het kernpunt van het betoog in de memorie van toelichting, namelijk dat de nood-

voorziening een direct gevolg is van de dreigende ontwrichting nu en in de eerstkomende jaren van het medisch-wetenschappelijk onderwijs door overschrijding van de maximum-capaciteit. Het feit, dat de faculteiten met grote krachtsinspanning en met verwaarlozing van andere taken het aanbod van studenten tot nu toe hebben weten op te vangen, betekent niet, dat van een nog verdergaande elasticiteit van de capaciteit sprake kan zijn.

Ten aanzien van het tweede door de P.v.d.A.-leden naar voren gebrachte punt antwoordt de minister, dat zij terecht wezen op het belang van de spoedige instelling van een capaciteitscommissie. Aanvaarding van het systeem van een onafhankelijke capaciteitscommissie houdt vanzelfsprekend ook in aanvaarding van de consequenties, welke mogelijkerwijze uit haar adviezen kunnen voortvloeien. Met dit wetsontwerp heeft de minister mede daaraan uitdrukking willen geven. Immers, hoe eerder de capaciteitscommissie tot stand komt, hoe eerder op basis van door haar te ontwikkelen criteria het capaciteitsonderzoek zal kunnen worden ter hand genomen, de grenzen van de maximumcapaciteit zullen kunnen worden vastgesteld en het door deze leden bepleite faseplan zal kunnen worden uitgewerkt, waaruit zal kunnen worden afgeleid, hoe men in de komende 4 à 5 jaren de noodsituatie denkt meester te worden. In artikel 4 van het wetsontwerp wordt voorgesteld dat de door de capaciteitscommissie krachtens artikel 2 uitgebrachte adviezen in de *Nederlandse Staatscourant* worden openbaar gemaakt, waardoor ook aan de Staten-Generaal de mogelijkheid wordt geboden de ontwikkeling ter zake op de voet te volgen. De bewindsman hoopt dat daarmee tevens de vrees van deze leden wordt weggenomen, als zou nu reeds carte blanche worden gegeven voor het instellen van wachtlijsten. Tenslotte wijst hij er op dat het karakter van een noodvoorziening expressis verbis ligt besloten in de beperkte werkingsduur, zoals deze in artikel 9 van het wetsontwerp is voorzien. Prof. Veringa doet tenslotte de toezegging, er door passende maatregelen ernstig naar te zullen streven de studievertraging van de studenten, die op de wachtlijst zijn geplaatst, niet langer te doen zijn dan één jaar.

De leden, behorend tot de V.V.D.-fractie, die dit wetsontwerp met gemengde gevoelens hadden begroet, vroegen zich met name af, of de procedure der selectie, die de minister in zijn Nota medisch wetenschappelijk onderwijs heeft gekozen, wel de juiste is. Daar de minister zelf zegt, dat hij een element invoert, dat „vreemd is aan het stelsel van de academische examens in het algemeen”, vroegen zij of voor het tweede studiejaar aan diegenen die op grond van de bestaande capaciteit een jaar moeten wachten, niet — buiten de colleges die zij kunnen blijven volgen — een volwaardig alternatief onderwijsprogramma aangeboden moet worden met behulp van andere faculteiten, waarbij te denken valt aan die der maatschappijwetenschappen. Hoewel het de bewindsman niet duidelijk is hoe een oplossing

in deze richting moet worden gedacht, is hij gaarne bereid deze suggestie ter kennis te brengen van de faculteiten der geneeskunde, opdat zij deze in de voorbereiding van hun voorstellen voor een zo zinvol mogelijke besteding van de wachttijden kunnen betrekken.

Naar aanleiding van de vraag van deze leden of er geen innerlijke tegenstrijdigheid bestaat tussen „de voorkeur voor een landelijk beoordelingsstelsel”, waarvan de minister spreekt in de Nota medisch wetenschappelijk onderwijs, en zijn mening, dat er geen sprake behoeft te zijn van „de invoering van een uniform voor alle faculteiten gelijkelijk geldend examen” (memorie van toelichting), merkt Prof. Veringa op, dat aan beide uitspraken de aanbeveling van de commissie-Verdam ten grondslag ligt, de faculteiten te verzoeken een K-I-programma voor te bereiden, dat ten aanzien van het nieuwe curriculum een zo representatief mogelijk karakter draagt naar beoordelingscriteria, die aan student en faculteit een aanwijzing geven voor de geschiktheid voor de studie in de geneeskunde, en de daarop aansluitende aanbeveling, er bij de faculteiten op aan te dringen voor 1970 een K-I-examen dat gedeeltelijk landelijk kan worden afgelegd, of ten minste een landelijk beoordelingssysteem voor te bereiden. Tot een zo uniform mogelijk beoordelingssysteem kan, overeenkomstig de aanbevelingen van de commissie-Verdam, worden gekomen door middel van een landelijk beoordelingssysteem gebaseerd op een althans ten dele landelijk examen. Een geheel uniform examen achtte de commissie niet gewenst en niet nodig, maar een minimum gemeenschappelijk program zou bereikbaar zijn. Van een innerlijke tegenstrijdigheid kan derhalve naar de mening van de minister niet worden gesproken. Hij is van oordeel dat deze aangelegenheid het beste door de faculteiten en andere ter zake deskundigen kan worden bezien.

De commissieleden, behorende tot de fractie van de A.R.P., hadden er begrip voor dat de minister behoefte heeft aan een wettelijke regeling van de onderhavige materie, doch betwijfelden of de gekozen weg om de moeilijkheden te ondervangen de meest aanbevelenswaardige is, zulks te minder omdat er ongelijkwaardige elementen in de gekozen oplossing worden verenigd, die in feite als een numerus clausus con sordino ten nadele van met de hakken over de sloot geslaagden kan worden beschouwd. De bewindsman toont voor die twijfel begrip, maar meent in de gegeven omstandigheden die weg gekozen te hebben, die bij afweging van voor- en nadelen hem de meest aangewezen leek.

De tot de C.H.U. behorende leden, die met de strekking van het wetsontwerp konden akkoord gaan, zagen in de voorgestelde maatregel tevens een waarborg voor de kwaliteit van het medisch wetenschappelijk onderwijs. Hoewel zij met de instelling van wachtlijsten konden instemmen, hadden zij bezwaar tegen de wijze, waarop deze zullen worden samengesteld. De minister, gevraagd het systeem

van loting nog eens in overweging te nemen, meent dat hij aan loting onder alle te plaatsen studenten niet de voorkeur mag geven. Hij blijft de voorkeur geven aan de gekozen methode omdat door de doorstroming van met goede cijfers geslaagden een vlotte studiegang wordt bevorderd en het uit onderwijskundig oogpunt als een voordeel moet worden beschouwd dat degenen, die voor hun propedeuse staan, tot een zekere extra inspanning worden aanzegget om zo goed mogelijke studieresultaten te verkrijgen.

Maastricht

De leden van de P.S.P.-fractie, die zich op het standpunt stelden dat de invoering van een beperking voor toelating tot welke tak van onderwijs dan ook, anders dan op basis van gebleken geschiktheid, ongewenst is, gaven als hun zienswijze te kennen dat wanneer een duidelijke aanwijsbare maximumcapaciteit het handhaven van dit principe tijdelijk onmogelijk maakt, in de eerste plaats moet worden gestreefd naar uitbreiding van deze capaciteit. In dit verband vroegen zij wat de kortste termijn is, waarop een medische opleiding in Maastricht — nu eenmaal een principebesluit is genomen — technisch gesproken zal kunnen functioneren. De minister wijst deze leden erop, dat het besluit tot vestiging van een medische faculteit te Maastricht in de eerste plaats moet worden beschouwd als een principe-beslissing met betrekking tot de plaats van vestiging. Het tijdstip waarop deze faculteit zal kunnen functioneren heeft hij zowel om personele als om ruimtelijke en financiële redenen steeds op wat langere termijn gezien.

Ter voldoening aan het verzoek van deze leden, het verschil aan te geven tussen het niet toelaten van studenten tot het eerste jaar van de studie in de medicijnen en het niet toelaten na afloop van het eerste jaar, verwijst de bewindsman naar hoofdstuk II, § 5, van de nota. In deze paragraaf heeft hij onder het hoofd: „De toetsing en de studieinrichting” toegelicht waarom hij boven een selectie op basis van het eindexamen dan wel op basis van een afzonderlijk toelatingsexamen de voorkeur meent te moeten geven aan een selectie tijdens de studie op basis van een oriënterend representatief propedeutisch examen. Zij, die voor dit propedeutisch examen zijn geslaagd zullen, ingeval beperking moet plaatsvinden als gevolg van een tekort aan capaciteit in het tweede studiejaar, niet allen aanstonds met de studie kunnen doorgaan. In het voorgestelde stelsel brengt dit met zich dat dan een zeker aantal op een wachtlijst moet worden geplaatst. Zij zullen derhalve, zoals in de memorie van toelichting wordt gesteld, „niet *aanstonds* tot het volgen van het onderwijsprogramma kunnen worden toegelaten”. Het *niet-toelaten* heeft hier derhalve een andere betekenis dan een *niet-toelaten* bij het begin van de studie. Met de P.S.P.-leden is Prof. Veringa van mening, dat de hoogte van behaalde cijfers bij het propedeutisch examen, geen algehele afspiegeling geeft van de geschiktheid van de kan-

didaat voor het beroep van arts. Anders dan voor deze beroepsgeschiktheid meent hij dat het herziene propedeutisch examen wel indicaties geeft voor de geschiktheid voor de medische studie. Dat selectie aan de hand van de cijfers even willekeurig moet worden geacht als loting, vermag hij niet in te zien. Hij is van oordeel, dat bij deze toetsing naar de studiegeschiktheid het belang van de kwaliteit niet buiten beschouwing dient te worden gelaten. De vraag naar de mogelijkheid bij de beoordeling van de geschiktheid voor de verdere studie andere dan kennisfactoren te betrekken, wil hij gaarne onder de aandacht brengen van de faculteiten der geneeskunde en van het I.O.G.

Voorts vestigt de minister er de aandacht op, dat het onderscheid tussen het normale en het op getalsbasis selecterende vergelijkende propedeutische examen slechts van belang is voor het examen en de uitslag daarvan, wanneer dat examen en die uitslag op zich zelf worden beschouwd, los van de vraag van de gevolgen in de zin van al dan niet vertraagde voortzetting van de studie. De noodzaak van beperking van het aantal studenten, die de praktika van het tweede en de volgende jaren volgen, is immers een gegeven feit en het gaat dus voor wat de toelating tot het tweede jaar betreft alleen maar om de methode van de beperking. Meer in het bijzonder komt daarbij de vraag aan de orde of die beperking al dan niet reeds aanstonds bij de bepaling van de uitslag van het examen zal worden aangebracht door het aantal van degenen die voor dat examen slagen, te beperken — dan wel afzonderlijk in het daarop volgende stadium.

Rechterlijke uitspraak inzake opvoeren van eisen

De in de nota en in de memorie van toelichting aangehaalde rechterlijke uitspraak in kort geding betekende dat de medische faculteiten volgens de rechter onregelmatig zouden handelen wanneer zij de eisen bij het examineren opzettelijk zouden opvoeren met de bedoeling het aantal geslaagden te beperken met het oog op de ontoereikende opleidingscapaciteit in het tweede cursusjaar en volgende jaren van de medische studie. De rechter heeft in de overwegingen van zijn vonnis echter duidelijk te verstaan gegeven dat het naar zijn oordeel gaat om de objectieve vaststelling van de geschiktheid voor de voortzetting van de geneeskundige studie en dat de faculteiten in beginsel wel het recht hebben onder bepaalde omstandigheden noodmaatregelen van andere aard te nemen ter beperking van het aantal studenten in verband met ontoereikende opleidingscapaciteit, waarbij hij uitdrukkelijk op de mogelijkheid van invoering van wachtlijsten heeft gewezen. Deze rechterlijke uitspraak, hoe belangrijk op zich zelf ook, heeft evenwel nog geen uitsluitend gegeven over de methode voor de beperking van de toelating. Het blijft immers nodig uit te maken wie van degenen, die voor het op de normale wijze afgenomen propedeutische examen zijn geslaagd, aanstonds tot het onderwijs in het tweede cursus-

jaar kunnen worden toegelaten en wie op de wachtlijst moeten worden geplaatst. Men kan daarbij denken aan loting, maar men kan ook de voorkeur geven aan een selectie naar de meerdere of mindere bekwaamheid tot het voortzetten van de medische studie, voorzover die uit de bij het propedeutische examens behaalde resultaten valt op te maken.

Aan de laatste methode is de voorkeur gegeven. Het propedeutische examen, zoals dat door de faculteiten wordt afgenomen, verandert daardoor op zich zelf beschouwd niet van karakter en het aantal van hen, die dit examen in die zin met goed gevolg afleggen dat zij het getuigenschrift verkrijgen, dat altijd heeft gegolden als bewijs van bekwaamheid tot voortzetting van de studie, zal er (procentueel) evenmin door veranderen. In tweede instantie wordt volgens het wetsvoorstel echter wel aan de hand van een vergelijking van de behaalde resultaten bepaald wie van de geslaagden zonder vertraging verder kan studeren en wie een jaar moeten wachten. In zoverre verandert er dus toch iets, zal niet aan het examen zelf, dan toch aan de daaraan verbonden rechtsgevolgen, en het is dan ook mede om deze reden dat de totstandkoming van een wettelijke regeling wordt bevorderd, die dan op dit punt de grondslag zal vormen van het wachtlijststelsel voor het geval aan de invoering van wachtlijsten niet mocht blijken te kunnen worden ontkomen.

Wat betreft de in te stellen commissie: uiteraard zullen voorzitter en leden het vertrouwen moeten genieten van alle bij deze regeling betrokkenen. De minister zou daarbij echter niet zo ver willen gaan dat hij hen inspraak zou willen geven bij de voordracht, zoals door de commissieleden, behorende tot de P.S.P., werd geopperd. Dit betekent niet dat hij de gedachte waarvan de hier bedoelde leden uitgaan zonder meer afwijst. De realisering van de inspraak, met alle moeilijkheden op het gebied van de organisatie van de meningsvorming in de kringen der bij de zaak betrokken studenten en andere belanghebbenden zou echter veel meer tijd vergen dan in dit geval beschikbaar is. De vraag waarom in de wet niet de verplichting is opgenomen om ook de wetenschappelijk staf en de studenten te horen, krijgt tot antwoord, dat bij de opstelling van het wetsontwerp is uitgegaan van de regeling der verantwoordelijkheden, zoals die in de Wet op het wetenschappelijk onderwijs is neergelegd. Dit brengt met zich, dat in elk geval de faculteit der geneeskunde, de senaat en het college van curatoren van de desbetreffende universiteit moeten worden gehoord.

Op de vraag, of ook in een noodsituatie de regeling voor Rotterdam moet blijven toegepast, zoals dat tot nu toe geschiedde, geeft Prof. Veringa een bevestigend antwoord. Ook wanneer men in aanmerking neemt de bijzonder moeilijke situatie waarin de andere medische faculteiten — ook voor zover nog in opbouw — verkeren, blijkt bij vergelijking de medische faculteit te Rotterdam toch een uitzonderingspositie in te nemen doordat deze instelling in feite nog geheel in opbouw is en voor bepaalde afdelingen zelfs nog met de opbouw moet worden begonnen. Door de druk der omstandigheden is in Rotterdam in feite te vroeg met de medische opleiding een aanvang gemaakt. De daaruit voortvloeiende moeilijkheden doen zich in de eerstkomende jaren extra gevoelen nu ook in het onderwijs van hogere studie jaren steeds meer moet worden voorzien onder verre van ideale omstandigheden en met veel improvisatie. Zoals bekend kunnen tot nu toe telkenjare niet meer dan 160 eerstejaarsstudenten voor de medische faculteit te Rotterdam worden ingeschreven. Een verhoging van dit aantal zou in aanmerking genomen de aanwezige mankracht en de thans beschikbare ruimten voor de colleges en voor de practica de moeilijkheden met het onderwijs dermate vergroten en op sommige punten onoplosbaar maken dat een onaanvaardbare ontvrachting zou moeten worden verwacht. De minister is derhalve van mening dat voorshands voor de medische faculteit te Rotterdam de bedoelde Rotterdamse regeling moet blijven gehandhaafd. Wel is hij bereid aan de capaciteitscommissie te verzoeken ook te Rotterdam een capaciteitsonderzoek te willen instellen ter onderbouwing van zijn beslissing over de goedkeuring, die hij telkenjare dient te geven aan de vaststelling door het algemeen bestuur van het aantal studenten dat voor de eerste keer voor het bijwonen van het onderwijs in het eerste jaar van het onderwijsprogramma kan worden ingeschreven.

Er zijn in Rotterdam 157 plaatsen voor het tweede studiejaar. Dit aantal ligt iets boven dat van de voorgaande jaren, door een enigszins groter aantal recidivisten. Anders dan in het voorlopig verslag is vermeld, wijst de minister erop, dat tot heden telkenjare niet voor 165 doch voor 160 eerstejaars de inschrijving heeft opengestaan. Door een misstelling in de memorie van toelichting bij dit wetsontwerp werd een maximumaantal eerstejaars van 165 in plaats van 160 genoemd. Van de voor het eerst ingeschrevenen slaagt na één jaar ongeveer 80 procent voor het propaedeutisch examen; na twee jaar blijkt dit percentage tot 90 te zijn opgelopen.

HANTEREN VAN HET BEROEPSGEHEIM

Met belangstelling heb ik de hiernaast aangegeven artikel van de drie auteurs gelezen, waarin op een heldere en nuchtere wijze de problematiek van het beroepsgeheim voor samenwerkende artsen in de praktijk van alledag aan de orde wordt gesteld. Afgezien van het griezelige uitgangspunt, dat ook in Nederland in de nabije toekomst een „data-bank” beschikbaar zal zijn, waarbij men door een druk op de knop over allerlei medische gegevens uit het verleden van een patiënt zal kunnen beschikken en waarover het laatste woord ongetwijfeld nog niet zal zijn gezegd, worden in de reeks artikelen vele zaken aan de orde gesteld, die ook thans reeds alle belangstelling verdienen. Mij beperkende tot de opmerkingen die over de bedrijfsgeneeskunde zijn gemaakt, meen ik mij te kunnen conformeren met de in dit deel verrichte analyse en geschreven opvattingen. Wel bestaan enige bedenkingen tegen de voorgestelde oplossing.

De opvatting, dat de huidige bedrijfsarts de vertrouwensman is zowel van de bedrijfsleiding als van de werknemers, waardoor een zekere driehoeksverhouding ontstaat, kan worden onderschreven. Dat deze situatie een open wederkerige communicatie tussen de bedrijfsarts en de huisarts in de weg staat, is duidelijk. Aan de andere kant bestaat er voor een goede vervulling van de bedrijfsgeneeskundige taak bij de bedrijfsarts behoefte aan informatie van de huisarts. Eveneens is het duidelijk, dat de huisarts c.q. behandelende specialist uiterst waakzaam behoort te zijn bij het betreden van deze communicatieweg. De vraag is alleen of deze waakzaamheid kan ontbreken als de bedrijfsarts geen keuringen of „controle” bij ziekte meer verricht. Wanneer met „keuringen” wordt bedoeld het geneeskundig onderzoek bij aanstelling, moet zonder meer worden erkend, dat de uiteindelijke beslissing niet altijd in het belang van de keurling hoeft te zijn. In nog meer gevallen zal de keurling bovendien niet zijn bij te brengen, dat zijn eigen belang met een afkeuring is gediend. In het midden latende of economische motieven c.q. de belangen van een pensioenfonds daarbij in de eerste plaats een rol spelen, is het zeker een feit, dat de bedrijfsarts mede verantwoordelijk is voor de goede gang van zaken in het bedrijf, zowel tegenover de werkgever als tegenover de andere werknemers. Het is zelfs denkbaar, dat een stukje eigenbelang van de bedrijfsarts een rol speelt. Aanneming van een nieuw personeelslid, dat naderhand om gezondheidsredenen zijn taak niet goed blijkt te kunnen vervullen en a fortiori wanneer dit zich uit in psychische of psycho-somatische klachten, kan voor hem een grote belasting betekenen. Conflicten in de werksituatie

In hun analyse van het beroepsgeheim, gericht op de automatische verwerking van geneeskundige gegevens, (Medisch Contact nrs. 2, 3 en 4/1970, respectievelijk bladzijde 29, 47 en 79) betrokken de auteurs, Dr. A. B. Haartsen, Dr. Ir. W. Hoekstra en Th. Sybesma, in hun overwegingen betreffende de structurele consequenties op het gebied van de extramurale zorg, onder meer de integratie van huisartsgeneeskunde en bedrijfsgeneeskunde alsmede de positie van de bedrijfsgeneeskunde ten aanzien van de verzekeringsgeneeskunde.

Op deze aspecten wordt in nevenstaand artikel ingegaan door Dr. K. Modderaar, adjunct-directeur van de Rijks Geneeskundige Dienst.

worden helaas zowel door de werkgever als door de werknemer maar al te vaak voorgelegd aan de bedrijfsarts, daar „ziekte” door de eerste als de gemakkelijkste en door de tweede als de meest eervolle oplossing van het conflict wordt gezien.

Zou een structuur-verandering, waarbij een deel van de huidige taak van de bedrijfsarts wordt afgesplitst door een nieuwe figuur te creëren, namelijk de keurende arts, een verbetering betekenen? Afgezien van het feit dat de aanstellingskeuring de basis van de bedrijfsgeneeskunde wordt genoemd en als zodanig ook als eerste taak in de Wet op de bedrijfsgeneeskunde wordt genoemd — overigens is een wet natuurlijk altijd te wijzigen — meen ik dat deze splitsing een stap terug zou zijn. In de eerste plaats kan worden opgemerkt, dat de bedrijfsarts daardoor niet in een andere positie komt te verkeren. De genoemde driehoeksverhouding blijft bestaan, zodat ook dan een ongecensureerde communicatie van de kant van de huisarts naar de bedrijfsarts niet mogelijk is. Bovendien creëert men weer een nieuwe medische functionaris, die zich met de werkende mens bezig houdt, waarbij het niet is uitgesloten dat het percentage afkeuringen eerder hoger dan lager wordt. De indruk bestaat, dat de artsen die alleen maar keuringen ten behoeve van een bedrijf verrichten een hoger afkeuringspercentage hebben dan de bedrijfsartsen. Het grootste bezwaar is evenwel, dat de keurende arts wel de gezondheidstoestand van de keurling uit eigen aanschouwen kent, maar de inhoud van de functie en het ar-

beidsklimaat alleen van papier. Uit eigen ervaring weet ik, dat men zowel de keurling als de functie goed moet kennen om in de dubieuze gevallen een verantwoorde beslissing te nemen. Het is vaak moeilijk om alle factoren die tot een beslissing hebben geleid op papier te zetten, laat staan deze schriftelijk aan iemand over te dragen.

In het kader van het geven van een oplossing ten aanzien van het periodiek geneeskundig onderzoek worden eveneens enkele opmerkingen gemaakt, die naar mijn mening moeilijk uitvoerbaar zijn. De bedrijfsarts zou niet de plicht hebben de uitslag aan het bedrijf kenbaar te maken, maar de werknemer zou zelf de bedrijfsleiding op de hoogte moeten stellen. Als deze dit niet zou doen, dan zal de bedrijfsarts de verantwoordelijkheid moeten onderkennen om tegen de wens van de werknemer in de bedrijfsleiding in te lichten. Op zich zelf een vrij dubieuze constructie, maar afgezien hiervan is het de vraag of de werknemer niet van een koude kermis thuis zou komen. Wanneer een periodiek onderzoek gericht wordt uitgevoerd, namelijk op de beantwoording van twee vragen: *a* lijdt de werknemer schade door zijn arbeid, en *b* betekent voortzetting van de arbeid een gevaar voor derden, dan is het duidelijk dat het antwoord nooit zonder meer „ongeschikt” mag zijn. Indien er sprake is van ongeschiktheid begint pas de moeilijkste taak voor de bedrijfsarts. Hij zal moeten trachten na te gaan of elders in het bedrijf een plaats beschikbaar is om het arbeidspotentieel van de werknemer ten nutte te maken. Daarbij moet vaak worden opgebokst tegen allerhande vooroordelen, zowel van de werknemer als van de bedrijfsleiding. De bedrijfsarts is daarbij bij uitstek de pleitbezorger van de werknemer. Maar ook hierbij zal de arts niet met zijn hoofd in de wolken kunnen lopen en genoeg realiteitsbesef moeten kunnen opbrengen. Niet alleen het belang van de werknemer zal de uitkomst bepalen, maar hij zal het moeten afwegen tegenover het bedrijfsbelang en de bestaande mogelijkheden.

Ook al is een politionele controle bij verzuim wegens ziekte moeilijk verenigbaar met de vertrouwenspositie van de bedrijfsarts — een uitzondering zou ik evenwel willen maken bij werknemers die niet te goeder trouw zijn — toch wordt de bedrijfsarts op het bedrijfsgeneeskundig spreekuur geconfronteerd met werknemers die vaak ziek zijn of zich hersteld melden. Hierover zal hij zich ten aanzien van de mogelijkheid van werkhervatting een oordeel moeten vormen en hij zal zich er over moeten uitspreken. Dit oordeel zal de werknemer niet altijd welgevallig zijn. Dit betekent dus, dat hij in een aantal gevallen zal kunnen worden beschouwd als iemand die aan de kant van de werkgever staat. Dit betekent ook, dat hij zijn oordeel op eigen onderzoek zal moeten funderen en moet afwegen of hij van de informatie van de huisarts gebruik mag maken. Opnieuw een situatie, waarbij een ongecensureerde communicatie van de kant van de huisarts naar de bedrijfsarts grote bezwaren ondervindt.

Concluderende meen ik te moeten vaststellen, dat het werk van de bedrijfsarts, indien de open communicatie van de kant van de huisarts zonder reserve kan worden aanvaard, zodanig zal moeten worden beknot, dat het gevolg zal zijn dat het bedrijf geen prijs meer zal stellen op het hebben van een bedrijfsarts, waardoor al hetgeen in de loop der jaren is opgebouwd met één slag wordt afgebroken.

Bovendien bestaat er geen enkele noodzaak tot een reconstructie, indien van een aantal principes wordt uitgegaan. In de eerste plaats, dat de huisarts de centrale figuur in de gezondheidszorg is, zodat de bedrijfsarts hem volledig op de hoogte moet stellen van alle medische gegevens. Verder mag de bedrijfsarts alleen inlichtingen vragen aan de huisarts c.q. behandelend specialist, indien de werknemer hiervoor toestemming heeft gegeven. Dit is evenwel nog geen vrijbrief om alles te vragen of om alles te beantwoorden. De bedrijfsarts zal slechts gericht mogen vragen om inlichtingen, waarbij het doel duidelijk moet worden gemaakt. De behandelend arts zal ondanks de toestemming van zijn patiënt kritisch moeten beoordelen wat wel en wat niet moet worden gezegd. Het antwoord van de behandelende arts zal in eerste instantie niet bijdragen tot het vormen van een oordeel door de bedrijfsarts, maar het zal wel de laatste zekerheid moeten geven, dat hij door zijn advies geen schade aan de gezondheid van de werknemer toebrengt. Bovendien zal hij dan in een eventueel beroepsproces deze behandelende arts niet tegenover zich zien gesteld, waarbij nog gegevens aan het licht komen die hem niet bekend waren ten tijde van het vormen van zijn oordeel.

Indien deze richtlijnen worden gevolgd, bestaat er geen gevaar van moeilijkheden rondom het beroepsgeheim. Het lijkt evenwel niet overbodig, dat bij de huisarts de overtuiging veld wint, dat de bedrijfsarts, hoewel mede verantwoordelijk voor de goede gang van zaken in het bedrijf, daarbij in de eerste plaats als arts een open oog heeft voor de belangen van de werknemer, zowel in de keurings-situatie als bij het periodiek onderzoek en bij ziekte. Economische belangen van het bedrijf zullen in het niet vallen indien het gaat om een beslissing, die gevaar betekent voor de gezondheid van de werknemer. Een grote mate van onafhankelijkheid van de bedrijfsarts bij het geven van adviezen is hiervoor een absolute eis, zoals onder andere bij de Rijksoverheid het geval is. Als voorbeeld kan ik noemen een aspirant-werknemer, die ruim een jaar geleden een operatie wegens een maligne aandoening had ondergaan en die toch werd goedgekeurd, daar een afkeuring in het onderhavige geval een psychisch trauma zou kunnen veroorzaken. Dit ondanks het feit, dat de richtlijnen in de keuringsleidraad anders luiden. Een goed gerichte communicatie van de kant van de huisarts naar de bedrijfsarts kan hierbij bijzonder nuttig zijn. Communicatie door een druk op de knop, ondanks een structuurverandering, blijf ik een hachelijke zaak vinden, daar dan het

genuanceerd vragen en geven van inlichtingen in gevaar komt.

Als conclusie zou ik willen stellen, dat bij het bestaan van een „data-bank” de bedrijfsarts ondanks de voorgestelde waarborgen ter voorkoming van misbruik nimmer hieruit medische gegevens mag ontvangen. Dat hij in die situatie informatie inbrengt, lijkt mij evenwel niet bezwaarlijk. Integendeel, dit is zelfs noodzakelijk.

Naschrift

In onderstaande regelen repliceren Dr. A. B. Haartsma, Dr. Ir. W. Hoekstra, en Th. Sybesma, arts op de reactie van Dr. Modderaar.

Wij willen er op attenderen, dat de naam van de derde auteur, collega Sybesma, door een fout onzerzijds van een s beroofd boven de laatste twee afleveringen in de serie „Hanteren van het beroepsgeheim” is afgedrukt.

Red. M.C.

Wij zijn collega Modderaar dankbaar voor zijn reactie, daar hij een aantal essentialia uit ons artikel ter discussie stelt, die het wezen raken van de huidige problematiek rondom de hantering van het beroepsgeheim. Het is opvallend, dat het door hem blijkbaar bezwaarlijk wordt geacht, dat conflicten in de werksituatie zowel door werkgever als door werknemer aan de bedrijfsarts worden voorgelegd. Wat tevens naar voren springt in zijn situatie-beschrijving is, dat een conflict zowel door werknemer als door werkgever blijkbaar eerst vertaald wordt in „ziekte”, voordat de bedrijfsarts wordt ingeschakeld. Is dit niet juist een illustratie van de onduidelijke positie van de bedrijfsarts in het bedrijf? De taak van de bedrijfsarts beperkt zich immers niet tot het bestrijden van ziekte. De bedrijfsgeneeskunde richt zich op het behoud en het bevorderen van gezondheid van de werknemer in zijn werkmilieu. Zijn taak betreft dan ook primair de verzorging van de werknemer door het scheppen van optimale arbeidsomstandigheden. Dat de aanstellingskeuring dan ook te beschouwen is als basis van de bedrijfsgeneeskunde menen wij te moeten bestrijden. Dit wil niet zeggen, dat de bedrijfsarts geen rol zou dienen te vervullen bij het zoeken van de juiste plaats voor de juiste man. Deze rol is in ons artikel ook duidelijk aangegeven. De bedrijfsarts heeft hierin evenwel geen selecterende taak, waarin behalve de zorg voor de man andere factoren, met name economische factoren van de werkgever zoals verzuimrisico, pensioenrisico en dergelijke in het geding zijn. Hij treedt op als bedrijfsdeskundige, die de inhoud van de functies en het arbeidsklimaat binnen het bedrijf ten volle kent. Als zodanig is hij de specialist, die als consulent bij de aanstellingskeuring de keurend arts adviseert ten aanzien van de diverse mogelijkheden van de keurling binnen het bedrijf. Het is evenwel de keurend arts, die de

diverse risico's vaststelt op grond waarvan hij zijn selectie-advies uitbrengt. Dat dit een verhoging van het afkeuringspercentage zal inhouden behoeft geenszins het geval te zijn, daar de keuringsarts dan dezelfde verantwoordelijkheid heeft als de huidige bedrijfsarts ten aanzien van de aanstellingskeuring.

Ter illustratie zouden wij gaarne gebruik maken van het voorbeeld, door collega Modderaar in het slot van zijn stuk genoemd. In het onderhavige geval zou de huisarts, op grond van zijn beroepsgeheim, ongevraagd geen mededelingen mogen verstrekken aan de keuringsarts betreffende de maligne aandoening, waarvoor de aspirant-werknemer was geopereerd; dit temeer, daar volgens de keuringsleidraad afkeuring had moeten volgen. De bedrijfsarts daarentegen zou, als deelgenoot binnen het primair collectief beroepsgeheim, wel op de hoogte kunnen worden gesteld. Gaan wij er van uit, dat de keuringsarts middels de anamnese de betreffende informatie verkrijgt, dan zal hij op grond van zijn medische verantwoordelijkheid contact dienen op te nemen met de huisarts, teneinde na te gaan wat de risico's zouden zijn bij eventuele afkeuring of bij eventuele goedkeuring. Wanneer, zoals in genoemd voorbeeld het geval was, blijkt dat afkeuring een dusdanig psychisch trauma zou betekenen voor de aspirant-werknemer dat zijn gezondheid daarvoor in gevaar zou komen, dan zal de keuringsarts op grond van zijn medische verantwoordelijkheid deze factor laten overwegen ten opzichte van de economische belangen van het bedrijf. De bedrijfsarts, die geheel op de hoogte is van de situatie, zal dan kunnen adviseren betreffende de mogelijkheden die deze man heeft in het bedrijf.

De situatie, betreffende het onderhavige voorbeeld, kan zich ook zo ontwikkelen, dat de keuringsarts de informatie betreffende de aandoening niet te weten komt. De patiënt zou in dat geval zonder voorbehoud worden goedgekeurd, omdat dan geen speciale bedrijfsrisico's worden onderkend. De bedrijfsarts, die wel over de betreffende informatie beschikt, wordt dan geconsulteerd om de mogelijkheden van de man in het bedrijf te beoordelen. Goed- of afkeuring speelt voor de bedrijfsarts dan evenwel in het geheel geen rol. Hij zal dan bepalen, welke functies de man kan vervullen, zonder zijn gezondheid te schaden. De keuringsarts draagt dus zijn medische verantwoordelijkheid ten aanzien van de selectie, terwijl deze selectie bij de bedrijfsarts niet in het geding komt. De bedrijfsarts bewaakt de gezondheid van de man, door die functies binnen het bedrijf te adviseren, die de man, zonder zichzelf te schaden, zou kunnen vervullen. Dat deze positieve advisering een andere benadering van de kandidaat vereist dan in de keuringssituatie werd in ons artikel beschreven.

Wordt de hiervoor beschreven situatie bereikt, dan ligt het zwaartepunt voor de bedrijfsarts op de verzorging van de werknemer in zijn relatie mens - arbeidstaak. Naast het preventief geneeskundig on-

derzoek betreft dit de taak op het gebied van de arbeidshygiëne, in de vorm van arbeidsbescherming (ergonomie, ongevallenpreventie, beroepsziektepreventie) en psychohygiëne (arbeids- en sociale psychologie). De werknemers moeten zich onvoorwaardelijk aan de bedrijfsarts kunnen toevertrouwen, wil de bedrijfsarts zijn taken ten volle kunnen vervullen. Het moet dan niet mogelijk zijn, dat hij kan worden beschouwd als vertegenwoordiger van de werkgever. Afsplitsing van zijn keuringstaak, een taak die evenals zijn controlerende taak tot gevolg kan hebben, dat de bedrijfsarts kan worden beschouwd als iemand, die aan de kant van de werkgever staat, is dan ook geenszins een stap terug. Het verstevigt daarentegen zijn vertrouwenspositie, waardoor zijn plaats binnen het bedrijf zowel voor werkgever als voor werknemer duidelijker wordt.

Is er sprake van een conflict in de werksituatie, dan is dat voor de bedrijfsarts een aanwijzing voor het bestaan van een stoornis in de relatie mens - arbeidstaak. De communicatie tussen werkgever en werknemer, welke een belangrijke factor is in de werksituatie van de werknemer, is dan gestoord. In dat geval is het toe te juichen, dat de bedrijfsarts wordt ingeschakeld, daar juist op het gebied van de psychohygiëne zo'n belangrijke taak ligt voor de bedrijfsarts binnen het bedrijf. Er hoeft dan in het geheel geen „ziekte” in het geding te zijn. Slechts een duidelijke positie van de bedrijfsarts zal dit laatste zowel voor de werknemer als voor de werkgever duidelijk doen zijn. Voorwaarde hiervoor is een onbelemmerde vertrouwenspositie; een positie waarin een open wederzijdse communicatie tussen huisarts en bedrijfsarts mogelijk is. Dat deze wederzijdse communicatie van overwegend belang is, menen wij duidelijk in ons artikel te hebben gesteld. In de tweede alinea van zijn ingezonden stuk wordt dit door collega Modderaar onderschreven. In zijn vervolg komt hij hierop echter terug, omdat hij de functie van de bedrijfsarts blijkbaar onverbrekkelijk verbonden ziet aan de keurende taak. In feite beschrijft hij een bedrijfsgeneeskunde, die overwegend keurende geneeskunde is. Vandaar zijn conclusie, dat afsplitsing van de keurende taak een zodanige beknotting zou inhouden, dat de bedrijven niet meer geïnteresseerd zouden zijn in een bedrijfsarts. Onzes inziens houdt deze zienswijze een geweldige verarming van de bedrijfsgeneeskunde in. In dat geval zou een ongecensureerde communicatie tussen huisarts c.q. behandelend specialist en bedrijfsarts inderdaad ongewenst zijn.

Wanneer collega Modderaar enkele opmerkingen maakt ten aanzien van het periodiek geneeskundig onderzoek, dan baseert hij zich helaas op een on-

juiste aanhaling uit ons artikel. Door ons werd niet gesteld, dat de werknemer zelf de bedrijfsleiding op de hoogte moet stellen van de uitslag van het periodiek geneeskundig onderzoek. Evenmin werd gesteld, dat de bedrijfsarts dit zou moeten doen tegen de wens van de patiënt in, als de werknemer zou weigeren zelf de bedrijfsleiding op de hoogte te stellen. Gesteld werd, dat het periodiek geneeskundig onderzoek door de bedrijfsarts geheel berust op de verantwoordelijkheid van deze arts voor de preventief geneeskundige zorg. De gegevens, bij dit onderzoek verkregen, zijn primair geheime gegevens, die slechts binnen het primair collectief beroepsgeheim ter beschikking staan. Slechts wanneer een verandering in de arbeidssituatie blijkt te zijn geïndiceerd, wordt de bedrijfsleiding daarvan op de hoogte gesteld. Deze mededelingen aan de bedrijfsleiding kunnen dan ook alleen worden gedaan, als de patiënt het hieromtrent eens is met de dokter. Wordt deze overeenstemming tussen bedrijfsarts en werknemer niet bereikt, dan heeft de bedrijfsarts niet het recht de bedrijfsleiding in te lichten. Intensieve communicatie tussen bedrijfsarts en huisarts is dan noodzakelijk. Wanneer handhaving van de bestaande arbeidssituatie evenwel niet alleen de patiënt, maar ook derden zou kunnen schaden, dan heeft de bedrijfsarts de plicht, op grond van zijn verantwoordelijkheid ten aanzien van de overige werknemers of eventueel ten aanzien van de samenleving, desnoods tegen de wens van de patiënt in, de bedrijfsleiding op de hoogte te stellen. Het is duidelijk, dat een onbelemmerde vertrouwenspositie van de bedrijfsarts ten aanzien van de werknemer van overwegende betekenis is. Deze verantwoordelijkheid van de bedrijfsarts wijkt overigens niet af van die van de huisarts. Voor de huisarts gelden volkomen gelijke normen. Ditzelfde geldt ook ten aanzien van de opmerkingen van collega Modderaar betreffende de controle bij ziekteverzuim.

Bij het periodiek geneeskundig onderzoek en bij de bepaling of werkhervatting geïndiceerd is, is open communicatie tussen huisarts en bedrijfsarts van het allergrootste belang. Het is met name de onbelemmerde vertrouwenspositie, die zowel huisarts als bedrijfsarts in staat stelt adviezen te geven, die mogelijk de patiënt niet welgevallig zijn, maar die tevens voorkomt, dat de betreffende arts daarmee wordt beschouwd als iemand die aan de kant van de werkgever staat.

Soest, 31 januari 1970

Dr. A. B. Haartsen,
Dr. Ir. W. Hoekstra,
Th. Sybesma

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

HONORERING WETENSCHAPPELIJK CORPS MEDISCHE FACULTEITEN

Eén van de redenen, waarom de laatste tijd veel wordt gediscussieerd over de honorering van wetenschappelijke medewerkers bij de medische faculteiten, is de noodtoestand welke op verschillende Universitaire Afdelingen Anesthesiologie bestaat. De commissie Smallenbroek doet in haar interimrapport (Medisch Contact 1969, blz. 1373) verschillende aantrekkelijk lijkende voorstellen om de honorering van wetenschappelijke stafleden te verbeteren. Tenslotte komt zij evenwel met een suggestie, die de noodtoestand op anesthesiologisch (en wellicht ook op ander) gebied slechts kan verergeren.

De commissie stelt zich voor extra inkomsten voor de stafleden te creëren door het „arts out” brengen van zogenaamde 3A patiënten en door het doen declareren van poliklinische verrichtingen en zij schrijft dan: „Gesteld zou kunnen worden dat deze (maatschappelijke) waardering (van het specialisme) is geconcretiseerd in de ziekenfondstarieven en dat het dus voor de hand ligt de honorariumopbrengst per specialisme te administreren en te verdelen”.

Tot zover is het betoog volkomen logisch. Dan evenwel vervolgt het rapport: „De commissie is echter van mening dat hier principieel moet worden uitgegaan van de totaliteit, de eenheid van het Academisch Ziekenhuis waarin de verschillende specialismen in onderlinge verbondenheid en afhankelijkheid zijn geïntegreerd. Op deze gronden stelt zij één fonds en een overall verdelingsregeling voor”. De commissie maakt hier niet duidelijk, wat naar haar mening het verschil is tussen een Academisch en een „perifeer” ziekenhuis met betrekking tot de onderlinge verhouding van verschillende specialismen. (Het zou er trouwens al heel droevig uitzien voor de volksgezondheid in Nederland als in de perifere ziekenhuizen de verschillende specialismen niet in onderlinge verbondenheid en afhankelijkheid zouden zijn geïntegreerd).

Voorts is niet zonder meer in te zien, waarom überhaupt onderlinge verbondenheid en geïntegreerdheid automatisch zouden moeten leiden tot precies gelijke honorering. Veeleer

lijkt het logisch om het honorarium van iedere specialist in verhouding te doen zijn met de hoeveelheid werk, welke hij verricht.

Naast bovengenoemde theoretische bezwaren tegen een gemeenschappelijk fonds, is er ook een zeer belangrijk praktisch bezwaar: Het is duidelijk dat wanneer in een bepaalde afdeling weinig mensen het werk van veel moeten doen, de inbreng per man van die afdeling in de gemeenschappelijke „pot” veel hoger is dan de inbreng per man van een afdeling, die zo ruim bezet is dat er medewerkers van voor enkele maanden naar huis kunnen worden gestuurd voor het schrijven van een proefschrift. Het resultaat is dan dat een medewerker van een onderbezette afdeling veel klinisch werk doet, veel nacht en weekenddiensten vervult en dikwijls aan zeer enerverende stresssituaties wordt blootgesteld om geld te verdienen ter ondersteuning van iemand, die rustig de gelegenheid heeft het wetenschappelijk werk te doen, waar hij zelf tot zijn verdriet vrijwel geen tijd voor heeft. Als klap op de vuurpijl wordt de ondersteunde tenslotte dankzij zijn publicaties lector of hoogleraar, en gaat dan zelfs meer inkomsten krijgen dan de gene die voor hem geld verdient.

De gedachte ligt voor de hand (en een gesprek met mijn medestafleden heeft deze gedachte bij mij niet kunnen verdrijven) dat tenslotte één of meer medewerkers van een onderbezette afdeling, na invoering van de voorgestelde regeling, zouden besluiten om te gaan profiteren van het grotere besteedbare inkomen in de periferie. Over het verschil in besteedbaar inkomen van een „perifere” en een universitaire specialist schrijft de commissie Smallenbroek, dat het „enkele jaren terug, globaal en gemiddeld op ten minste f 20 à f 25.000,— bruto kon worden gesteld”. Thans moet dit verschil minstens op het dubbele worden begroot.

Zou één van bovenbedoelde medewerkers definitief besluiten de Universiteit te verlaten, dan moet bovendien gevreesd worden voor een sneeuwbal-effect, immers de overigen zullen dan nog meer moeten werken en nog meer avond- en weekenddienst moeten doen zonder dat hun inkomen ook maar iets hierdoor omhoog gaat.

Tegen het idee ook de inkomsten uit eerste en tweede klas praktijk centraal te doen innen, kan bovendien nog worden aangevoerd, dat een dergelijke centrale inning altijd onkosten met zich meebrengt, wat het totale inkomen aanzienlijk doet dalen. Dat dit inderdaad aanzienlijk is moge blijken

uit het feit dat van de centraal geïnde 3A honoraria ten allerhoogste 60 (zes-tig) % ten goede kan komen aan de behandelend specialist. Weliswaar wordt uit de overige 40% het ziekenhuis schadeloos gesteld voor het feit, dat de specialisten geen polikliniekhuur e.d. betalen, maar het is duidelijk dat hier geen 40% voor nodig is. Bovendien houdt deze inhouding een onrechtvaardigheid in voor de anesthesisten, die immers nooit polikliniekhuur betalen, waar hun tarieven dan ook op berekend zijn.

Uit bovenstaande volgt dat de 3A en de polikliniekhonoraria ook beter (en rechtvaardiger) rechtstreeks door de behandelende specialisten zouden kunnen worden gedeclareerd, uiteraard volgens tevoren vastgestelde tarieven. Die specialisten, die daarvoor in aanmerking komen, zouden dan aan het ziekenhuis polikliniekhuur e.d. moeten betalen, juist zoals dat in de „periferie” ook gebeurt.

Leiden, 22 januari 1970

H. Knappe, anesthesist
Wetensch. Hoofdmedewerker R.U.

UITSpraak VAN HET MEDISCH TUCHT COLLEGE ZWOLLE (XV)

De uitspraak van het medisch tuchtcollege te Zwolle heeft ons verbaasd en geërgerd. Verbaasd, omdat uit de publikatie blijkt, dat het „recht” sprekend college blijkbaar zeer ver afstaat van het dagelijkse praktijkwerk van een huisarts; geërgerd door de motivering.

Uit de motivering blijkt o.i. duidelijk dat het tuchtcollege een voorbeeld wil stellen; de angst voor het ondermijnen van het vertrouwen in de medische stand lijkt ons hier een dekmantel te zijn voor het doen van concessies aan de publieke opinie, c.q. de aanklager. Wij als praktiserende huisartsen daarentegen menen juist de veroordeelde collega te moeten complimenteren, omdat hij er snel voor heeft gezorgd dat de betreffende patiënt zo vlug mogelijk de meest deskundige hulp kan worden verschaft.

Zwijndrecht, 31 januari 1970

De Plaatselijke Huisartsen
Vereniging Zwijndrecht
E. Broekman
Chr. Dekker

OPEN BRIEF

Hoe is het mogelijk dat door uw redactie een artikel als van arts F. E. J.

Bouricius (M.C. 6 februari 1970, blz. 126) getiteld „Mogelijkheden en ethiek van kleuren” wordt opgenomen? Dit artikel is een provocatieve aanval op de gevestigde orde in Nederland, op „the establishment”. Dat is tot daaraan toe — ’t is „in” tegenwoordig — wanneer het waarachtig en kundig de materie behandelt. Maar het bewuste artikel getuigt van onkunde en geeft bewust valse voorlichting. Het is uitgekristalliseerde onzin om anamnese en onderzoek te scheiden en alleen het tweede deel als keuring voor te stellen. Erger is het wanneer een lans wordt gebroken om bij een keuring zaken te verzwijgen en dit moreel toelaatbaar wordt gesteld. Wanneer een „arts” zulke stellingen poneert en de redactie neemt die op, ondergraven beiden het vertrouwen in de medische stand.

Dit is geen wederwoord op het artikel van arts Bouricius; een wederwoord is niet mogelijk, omdat daarmee een onwaarachtige schriftuur op een niveau wordt getrokken waar het discussiabel wordt; dat is dit stuk niet. Zo men echter niet protesteert, zal het publiek aannemen, dat aan zo’n artikel waarheden ten grondslag liggen. Ik zie dus geen andere mogelijkheid dan bij uw redactie een protest in te dienen tegen de plaatsing van dit artikel.

Verder bericht ik u 1e. op 6 februari jl., dus op de dag van verschijning van *Medisch Contact*, ben ik uit Hilversum opgebeld om voor de televisie in vraaggesprek met arts Bouricius te verschijnen; 2e. dat op vrijdag 6 februari 1970 ook andere personen zijn aangezocht om voor een televisiequiz te verschijnen, daaronder een groepsinstantie; 3e. het Parool blijkt in zijn editie van 7 februari een bladzijde aan het bewuste artikel te hebben gewijd; 4e. het artikel is té warrig dan dat de pers er direct op attent kon zijn of er de teneur van kon onderkennen. Deze feiten doen mij veronderstellen dat iemand, vóór de publikatie in M.C., aan de pers, de radio en de televisie copieën van het artikel toezond, ter bereiking van publiciteit. Ik kan mij de kant en klare plannen op de dag van verschijning niet anders voorstellen.

Deze veronderstelling, dat het vooral om een publieke (politieke) rel te doen is, wint bij mij aan waarschijnlijkheid, omdat het artikel van arts Bouricius opvallend gespeend is van sociale bewogenheid. Ik acht het dus mogelijk, dat het gelaakte artikel voornamelijk als voer voor publiciteitsmedia was bestemd; in dit tijdsgewricht was althans te voorzien, dat het daarvoor zou dienen. Dit is volgens mij nog geen functie van M.C. en als vooraf

toezending aan pers enz. plaats had, zou ik dat een onbehoorlijke daad vinden.

’s-Gravenhage, 9 februari 1970

Dr. P. A. Voûte Sr.

Naschrift — Collega Voûte zond ons het bovenstaande als „open brieven” met verzoek tot plaatsing. Hoewel deze rubriek niet is bedoeld voor het publiceren van „open brieven” hebben wij, om de schijn van partijdigheid te vermijden, aan het verzoek gevolg gegeven, hoewel wij de voorkeur blijven geven aan gemotiveerde bedenkingen tegen in M.C. gepubliceerde artikelen boven diskwalificaties daarvan zonder meer. — Red. M.C.

MC | VARIA

Op 10 april 1970 houdt de Vereniging voor Gezondheidsrecht haar algemene ledenvergadering. Plaats van samenkomst voor leden en belangstellenden is het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht te 14.00 uur. Op de vergadering zal het door Prof. Mr. J. J. M. Maeyer samengestelde pre-advies over de aansprakelijkheid voor handelingen van een medisch team worden behandeld. Dit pre-advies kan door belangstellenden worden verkregen bij het secretariaat van de vereniging: Herenstraat 35, Utrecht, tel. 030-13546.

In het mededelingenblad voor het personeel van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam wordt over de wijze van publikatie betreffende de medische verzorging in Nederland en in het W.G. in het bijzonder opgemerkt, dat veel kranten de neiging vertonen als waar te publiceren wat nog slechts een veronderstelling is en af te gaan op de voorstelling van zaken, die de beschuldigende partij geeft: men schrijft bijvoorbeeld niet: „De familie diende een klacht in omdat zij meent dat er te laat geopereerd is, maar: „De familie diende een klacht in omdat er te laat geopereerd is”. Gelukkig, aldus het W.G.-nieuws, kunnen wij berichten dat bij de verschillende gevallen, die de laatste tijd in de kranten zijn vermeld, van onzorgvuldigheid of fouten niets is gebleken. Dat neemt niet weg, dat wij vanzelfsprekend alle gevallen onderzoeken waarbij aan de goede gang van zaken getwijfeld

wordt en dat mogelijke fouten niet mogen worden verdoozeld.

Volgens het W.G.-nieuws geven de artikelen in de kranten over de medische verzorging blijk van de algemene neiging tot wantrouwen in ieder, die als autoriteit gezien wordt. Verwacht wordt dat dit soort klachten nog zal toenemen. „Opvallend is daarbij de macht die aan de medici wordt toegeschreven, sommigen gaan daarin zo ver, dat zij ieder overlijden van een patiënt als een fout van de dokters beschouwen”. Doordat naar verhouding voortdurend meer ernstige zieke patiënten worden opgenomen, is het aantal hunner, bij wie alle hulp niet baat, vrijwel niet afgenomen. Weinigen beseffen volgens het W.G.-nieuws dat het percentage van de opgenomen patiënten, dat in het ziekenhuis overlijdt, in de laatste veertig jaar ongeveer gelijk is gebleven.

Het Alkmaarse artsenalarm, dat door een PTT-verbod werd getroffen (zie M.C. nr. 2/1970, blz. 43), is nog steeds buiten werking. Vragen van Mej. Mr. M. A. Goudsmit (D’66) hierover konden niet binnen de normale termijn van één maand door de ministers De Jong, Roolvink en Bakker worden behandeld. Minister Schut, minister van Verkeer en Waterstaat ad interim, heeft mede namens zijn ambtgenoten van Algemene en Sociale Zaken om uitstel van beantwoording gevraagd; naar verluidt is de regering er niet in geslaagd zich volledig inzicht te verschaffen in de richtlijnen, die de PTT ten aanzien van draadloze alarmen oproepsystemen hanteert. Er zou inmiddels grote druk op de PTT zijn uitgeoefend om de Alkmaarse artsen-groep een voorlopige zendmachtiging te verlenen. Aldus het Noordhollands Dagblad van 27 januari 1970; het blad had op 19 december 1969 de zaak in de openbaarheid gebracht.

Bij het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid ligt blijkens persberichten een voorstel om de verpleegopleiding niet langer in ziekenhuizen te geven maar op speciaal op te richten scholen. De nieuwe opleiding zou moeten ressorteren onder het ministerie van Onderwijs. Dit voorstel komt van de commissie-Van Loon, die is ingesteld door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Tijdens een vergadering in Utrecht heeft mej. M. P. Harsen, voorzitter van de sectie docenten van de Katholieke Unie van Verpleegkundigen, gezegd, dat de nieuwe hogere

beroepsopleiding voor verpleegkundigen vier jaar zou moeten duren. De huidige opleiding voor het a-diploma (de algemene basisopleiding) en die voor het b-diploma (psychiatrie) als die voor de maatschappelijke gezondheidszorg (wijkverpleegsters) zouden erin moeten worden geïntegreerd. De leerlingen, met een basisopleiding op havo-niveau, zouden „volledig leerling” moeten zijn en geen gesalarieerde werkrachten. Verpleegkundigen die het diploma van deze opleiding halen, komen onmiddellijk in aanmerking voor functies in het middenkader. Voor topfuncties moet daarna nog een hogere opleiding worden gevolgd.



Ter gelegenheid van de officiële opening van het Verpleegtehuis Vreugdehof in Amsterdam-Buitenvelde op zaterdag 25 april 1970 door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, zal in het R.A.I.-Congrescentrum, in de onmiddellijke nabijheid van Vreugdehof, een internationaal gerontologisch symposium worden gehouden onder de titel „De toekomst van het oud-worden” (Future of aging).

Het symposium staat onder voorzitterschap van Prof. Dr. J. C. M. Hattin-ga Verschure. Een vijftal deskundigen heeft zich bereid verklaard over dit thema een inleiding te houden: Prof. Dr. W. Ferguson Anderson, hoogleraar University of Glasgow (Department of Geriatric Medicine); Dr. Walter Doberauer, Prim. Doz., Geschäftsführender Präsident der Österreichischen Gesellschaft für Geriatrie, Wenen; Dr. F. J. G. Oostvogel, geneesheer-directeur van het katholiek verpleegtehuis Gulden Huis, 's-Gravenhage; Prof. Bernice L. Neugarten, hoogleraar University of Chicago (Human Development); Prof. Dr. Fred. L. Polak, futuroloog, Wassenaar. Belangstellenden kunnen zich in verbinding stellen met de secretaris van de Symposium-Commissie: E. M. Soethout, directeur Verpleegtehuis Vreugdehof, De Klencke 11, Amsterdam-Buitenvelde.



De Engelse minister van Sociale Diensten, de socialist Richard Cross-man, heeft volgens een correspondent van Associated Press degenen die particuliere ziekteverzekeringen aangaan ervan beschuldigd zich naar voren te dringen om zich van ziekenhuisbedden te verzekeren. Deze patiënten - zo vervolgt het onderhavige bericht - die toch de volle contributie aan de En-

gelse genationaliseerde gezondheidsdienst moeten betalen, zeggen dat zij feitelijk dubbel betalen en dat de ziekenhuizen van de Britse nationale gezondheidsdienst slechts 4.400 betaalde bedden hebben. Dat is minder dan één procent van het totaal aantal beschikbare bedden. Ondanks het bestaan van een nationale gezondheidszorg in Engeland gaat een aantal mensen er toe over om zich particulier te verzekeren. Dat houdt ongetwijfeld verband met het feit dat betalende patiënten het voordeel van sneller en meer persoonlijk dienstbetoon hebben. Zij kunnen in de regel zelf bepalen wanneer zij willen worden opgenomen, zijn zeker van een eigen kamer en hebben enige zeggenschap wat betreft de keuze van hun chirurg of consulterend geneesheer.



Een verminderd DDT-gebruik bij de malariabestrijding in ontwikkelingslanden zou volgens James W. Wright, WHO Chief of Vector biology and control, rampzalige gevolgen hebben. Onlangs werd het gebruik van DDT in een aantal landen beperkt, vanwege de schadelijke gevolgen die het voor de wildstand met zich meebracht. Nergens werd het echter geheel gestaakt; in uitzonderlijke omstandigheden is men het voor de gezondheid en het welzijn van de mens blijven inzetten. Het middel wordt hoofdzakelijk aangewend tegen malaria; in mindere mate worden er ook dengue, pest, slaapziekte en andere ziekten mee bestreden.

Tijdens malariacampagnes wordt het insecticide tegen de binnenmuren en het plafond van de woningen gespoten; schade voor plant en dier valt niet te vrezen, aldus de onderhavige berichtgeving. Vergiftiging door DDT heeft de laatste twee decennia voor zover bekend niet plaatsgehad onder de 200.000 malariabestrijders, noch onder de 600 tot 1.000 miljoen mensen wier huizen herhaaldelijk met het middel zijn behandeld, noch in de DDT-fabicerende sector in de Verenigde Staten. Vergiftigingsgevallen deden zich slechts voor bij mensen, die per ongeluk van het insecticide hadden gegeten, echter zonder dat zij daaraan stierven. Behalve in landen waar de door de muskiet overgebrachte ziekten grotendeels hebben afgedaan, zal nog steeds op DDT moeten worden teruggevallen, in bijzonderheid in de tropen. Het onderzoek naar vervangende middelen, waarvan er tot dusver 1.300 zijn beproefd, vindt intussen voortgang.

Bovenstaande mededeling gaf de werkgroep milieuhygiëne CONGO van de vereniging van Amsterdamse biolo-

giestudenten aanleiding tot het maken van enkele kanttekeningen.

In een pamflet spreekt de werkgroep twijfel uit aan de juistheid van het bericht. Over de werking van DDT en aanverwante insecticiden is nog lang niet voldoende bekend. Zou het middel inderdaad onschadelijk zijn voor de mens, dan nog moet worden bedacht, dat het voor een groot aantal planten en dieren wel schadelijk is (het hierboven geciteerde WHO-bericht spreekt dan ook van het stopzetten van DDT-besputtingen op grote schaal wegens aan de wildstand toegebrachte verliezen). De roodborstlijster is in de Verenigde Staten door het spuiten met DDT bijna uitgeroeid; nitrificerende bacteriën — onmisbare voedingsstoffen voor vlinderbloemige planten, zoals klaver en bonen — worden erdoor vergiftigd: gevolg hiervan is een sterk dalende voedselproductie, hetgeen juist in ontwikkelingslanden funest is. Dat DDT als schadelijk wordt beschouwd, mag blijken uit het verbod dat er in vele westerse landen op rust, aldus de werkgroep. De biologiëstudenten wijzen erop, dat er heel andere bestrijdingsmogelijkheden van tropische ziekten zijn, „alleen zijn die alternatieven veel duurder, en het Westen wil wel helpen, maar het moet meer opleveren dan het kost”. Het pamflet werd aangehaald in de rubriek „Dag in dag uit” van de Volkskrant van 5 februari.



In antwoord op vragen van het Tweede Kamerlid Tilanus (C.H.U.), inzake maatregelen in verband met de in Rijnland-Westfalen geconstateerde pokkengevallen, heeft Dr. R. J. Kruisinga, staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, medegedeeld, dat op grond van de inlichtingen, die het Staatstoezicht op de Volksgezondheid van bevoegde zijde uit Duitsland heeft ontvangen, mocht worden aangenomen, dat men in het gebied, waar de pokkenbesmetting was opgetreden, alle noodzakelijke maatregelen zou nemen om verdere verspreiding van de pokkeninfectie te voorkomen, zoals isolatie van contacten, ringvaccinatie etc. Van de zijde van het staatstoezicht zou men zich voorts ter plaatse op de hoogte stellen van de genomen maatregelen. De kringen van Messchede, Lippstadt en Arnsberg waren tot besmet gebied verklaard, waarbij massavaccinatie van de inwoners van deze kringen werd overwogen. De bewindsman vervolgde:

Op grond van deze inlichtingen mag worden gesteld dat de Duitse autoriteiten de toestand onder controle heb-

ben. Er is gezien het voorgaande geen aanleiding om in Nederland maatregelen te nemen ten aanzien van het grensverkeer met West-Duitsland, afgezien van het feit dat een maatregel om geldige pokkeninentingbewijzen te vereisen bij reizigers uit West-Duitsland op grote praktische moeilijkheden zou stuiten.

Ten aanzien van de vraag met betrekking tot de door het publiek zelf te nemen voorzorgmaatregelen, deelde Dr. Kruisinga mee, dat door middel van een persbericht diegenen die de laatste drie jaren niet tegen pokken zijn ingeënt, zou worden ontraden naar het besmet verklaarde gebied te reizen.



Steeds meer mannen in Engeland laten zich steriliseren. Vorig jaar waren het twintigduizend. Voor dit jaar verwacht men zeker twee maal zoveel sterilisatiegevallen. Dit bericht de Londense correspondent van het Algemeen Dagblad. Deze enorme toename is vooral het gevolg van ongerustheid over mogelijke schadelijke gevolgen voor de vrouw van sommige soorten anti-conceptiepillen. De Britse regering overweegt sterilisatie van mannen gratis te laten uitvoeren op grond van de nationale gezondheidsverzekering voor het Britse volk. Tot nu toe kon het alleen zonder betaling wanneer de ingreep medisch noodzakelijk was. Laat men zich in Engeland als privépatiënt steriliseren dan kan dat wel negenhonderd gulden kosten hoewel er ook goedkopere mogelijkheden zijn. Vorig jaar werd in Engeland bij 54.000 vrouwen abortus toegepast. Meer dan de helft ervan zonder betaling, dus op kosten van de nationale gezondheidsdienst. In ruim dertienhonderd gevallen betrof het meisjes van vijftien jaar of nog jonger.



Minister Lardinois van Landbouw en Visserij staat positief tegenover een nieuwe studierichting in Wageningen: de milieu-hygiëne, of wellicht beter: het milieubeheer. Hij vertrouwt, dat de hangende aanvragen voor advies over het met ingang van het komende studiejaar instellen van de genoemde studierichting aan de Landbouwhogeschool een gunstig beslag zullen krijgen. Ook de studiemogelijkheden in de biologie zou minister Lardinois ten zeerste toejuichen, opdat ook in Nederland biologie-ingenieurs zullen kunnen worden afgeleverd.

De vertrouwdeheid van de landbouwkundige met de beïnvloeding van het natuurlijk milieu ten behoeve van de

groei van gewassen en vee, heeft hem een bedrevenheid bijgebracht, die de milieubeheersing als gebied van wetenschapsbeoefening dicht bij zijn opleiding en ervaring plaatst. In verschillende vakgebieden raakt de Landbouwhogeschool facetten van het milieu waarin de mens leeft, zoals natuurbehoud en natuurbeheer, planologie, gezondheidstechniek, de leer van de woning en haar bewoning, etc.

Met de instelling van de nieuwe studierichting van het milieubeheer kan de Landbouwhogeschool een belangrijke bijdrage leveren tot een ontwikkeling, waarbij de technologisch-economische ontwikkeling en het milieubeheer niet los van elkaar voortleven. Aldus de bewindsman tijdens zijn toespraak in de aula van de Landbouwhogeschool op 28 januari, bij de officiële opening van het Nederlands Studenten Congres „Mens contra milieu - leefbaarheid vraagt milieuhygiëne“.



In het kader van het V.N.-program voor geboorteregeling heeft de Amerikaanse regering besloten 7,5 miljoen dollar te storten in het fonds, dat daarvoor door de Verenigde Naties in het leven is geroepen. Dit fonds is 15 miljoen dollar groot. Het is bedoeld om lidstaten van de V.N. te helpen een oplossing te zoeken voor een te grote bevolkingsaanwas.



Benzine waarvan de uitlaatgassen een kleiner percentage koolmonoxide bevatten, wordt voorlopig nog niet verplicht gesteld. Dit blijkt uit een antwoord van de minister van Economische Zaken, Mr. R. J. Nelissen, op vragen van het Tweede Kamerlid Dr. M. J. J. A. Imkamp (D'66). Deze had verwezen naar een mededeling van de Amerikaanse oliemaatschappij Chevron, die er in geslaagd zou zijn door het toevoegen van een bepaalde stof aan benzine het CO-gehalte in de uitlaatgassen belangrijk te verminderen en de hoeveelheid onverbrande koolwaterstoffen tot de helft terug te brengen. Verder zou de benzine de motor belangrijk schoner houden en een hoger rendement geven. De maatschappij, die de produktie van de nieuwe benzine geleidelijk opvoert en de afzetmarkt uitbreidt, is bereid de component aan andere maatschappijen te verkopen. Naar verwacht zullen deze op dit voorstel ingaan dan wel zelf een gelijkwaardige benzine ontwikkelen. Overheidsmaatregelen zullen dan overbodig zijn, aldus de bewindsman.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

Uitgever: Uitgeversmij, Kruyt n.v., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259*, postgiro 142554.

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

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

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

Opplage: 16.065 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Adres der Maatschappij en haar organen: Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411, postgiro 58083; hoofdbestuur, dagelijks bestuur, boekhouding, bureau voor waarneming en vestiging van 8.30 tot 17 uur, (na 18 uur en ook 's zondags telefoon 020-798984). — Landelijke Huisartsen Vereniging — Landelijke Specialisten Vereniging — Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband — Specialisten Registratie Commissie — Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, O.L.M.A.

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

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