



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

ARTS EN JOURNALIST

De mate van zelfontplooiing waartoe vakbekwame lieden in hun werk kunnen komen, bepaalt voor een groot deel de zin van dat werk, naast de verdienste welke er voor de samenleving aan kan worden ontleend. In principe behoeft er voor deze stelregel in zijn algemeenheid geen onderscheid naar beroep te worden

gemaakt, al zijn er in de praktijk „banen” en „baantjes”. Echt vakbekwaam is degene die zich de technieken van zijn beroep heeft eigen gemaakt, bovendien inziet wat zijn persoonlijke bijdrage voor de gehele gemeenschap betekent, daarbij eventuele eigen verdiensten weet te relativeren en voldoende integer en consequent is om zich in de praktijk metterdaad naar beste vermogen waar te maken. Solisten worden óók begeleid, iedereen draagt zijn steentje bij, het soortelijk gewicht van die bijdrage is niet bepalend.

Maar zijn dit uitgangspunten voor iedereen? Het blijkt, dat niet alleen het Centraal Bureau voor de Statistiek met sociaal onderscheiden beroepsgroepen werkt. De waarde van de arbeid die iemand verricht wordt ten onzent vaak afgemeten aan zijn status. Wie staat ziet toe dat hij niet valt; eenmaal hoog genoteerd zal men het uiterste doen om niet aan aanzien in te boeten. Functionerend in bredere werkverbanden, zeker in samenwerkingsverbanden met beroepsgenoten, is men snel geneigd de rijen te sluiten, hetgeen voert tot exclusivisme. De aanvaarding van het bestaan van statusverschil tussen verschillende groepen beroepsgenoten, die zich feitelijk alleen maar zakelijk onderscheiden, betekent het maatschappelijk institutionaliseren van het exclusivisme. Dat kan er gemakkelijk toe leiden, dat degenen die naast elkaar behoren te staan zich tegenover elkaar voelen gesteld, elkaar gaan bespieden en wantrouwen. In de huidige maatschappijstructuur bestaat er wantrouwen tussen diverse beroepsgroepen, bestaan er onlustgevoelens welke in vele gevallen nodeloos worden opgeschroefd,

25e JAARGANG — No. 45 — 6 NOVEMBER 1970

INHOUD

Arts en journalist	1197
Ontwikkelingen in de geneeskunde in de komende decennia	1199
Vaste Kamercommissie over extra verhoging loongrens	1201
Universitaire berichten	1204
Premie verplichte ziekenfondsverzekering en bejaardenziekenfondsverzekering 1971	1204
Ethische vragen in de gezondheidszorg ..	1205
Artsdiploma's voldoen sedert 1 september 1968 niet geheel aan wettelijke vereisten	1209
Opleiding en training in de huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht	1211
Van het hoofdbestuur:	
Korte verslagen	1214
Van het Centraal Bestuur L.H.V.:	
Jaarverslag 1969 C. La. N.A.G.	1215
Brieven aan de redactie	1221
Varia	1224

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

Colofon op bladzijde 1224.

terwijl zij eigenlijk zouden moeten worden uitgesproken.

Neem bijvoorbeeld de relatie tussen de beroepsgroep der journalisten en die der artsen. In belangrijke mate is deze relatie gefrustreerd door wederzijds wantrouwen. Een poging tot uitpraten werd onlangs op initiatief van „Kerk en Wereld” te Driebergen ondernomen door vertegenwoordigers van beide groepen vakgenoten, waarbij ook een enkeling — ondergetekende — die zich op beide vakgebieden beweegt. Op zich zelf had die conferentie wel niet zo erg veel om het lijf — muren werden er niet gesloopt, er werden slechts pogingen ondernomen om hier en daar een bres te slaan — maar het initiatief, reeds gestart in januari 1969, kan als iets verheugends worden begroet. Weliswaar uitdrukkelijk samen in een gespreks-situatie, niettemin nog steeds tegenover elkaar, zaten enerzijds lieden met een beroep waaraan stilaan minder status pleegt te worden toegekend (artsen), anderzijds een aantal vakgenoten die een beroep uitoefenen dat steeds groter verantwoordelijkheden oplegt en daarom in deze zin in aanzien schijnt te stijgen (journalisten). Zo gezien zou men kunnen zeggen dat de arts en de journalist naar elkaar toegroeien, al blijft het feit dat de uitgangspunten daarbij onderling geheel verschillend zijn. Die verschillen zullen het gesignaleerde wantrouwen dan wel medebepalen.

Waarin liggen die verschillen? In opleiding, taakstelling, vakprestige, honorering, enzovoorts? Wat is echter de waarde van dit soort onderscheiden? Zijn het criteria die kunnen worden getoetst aan wat hieromtrent in de samenleving relevant wordt geacht: de toetssteen der dienstbaarheid aan het algemeen welzijn? Bezien in dit licht blijft er van de waarde van genoemde onderscheiden weinig heel, al zou over de honorering best zijn te praten - maar nu niet! Wellicht het verschil in taakopdracht?

Afgezien van hun persoonlijke motivatie stellen journalist zowel als arts zich functioneel in dienst van de gemeenschap. Beiden gaan ervan uit, dat anderen beter worden van wat zij doen. Om dat te bevorderen, moeten zij proberen optimaal te functioneren, alles te doen wat in hun

vermogen ligt. Dat is hun plicht, de samenleving heeft immers recht op informatie, evenzeer als op gezondheidszorg. In die zin kunnen beider taken als elkaars verlengstuk worden gezien. Verschil is er dan alleen in de vorm van dienstbaarheid: de journalist bedient de massa, de medicus in de eerste plaats het individu. Hier nu kan een controversale ontstaen. De journalist beroept zich in zijn berichtgeving op de vrijheid van meningsuiting, de arts is geneigd informatie over zijn doen en laten af te weren met een appèl op zijn beroepsgeheim. Toch behoeven het recht van het publiek op gezondheidszorg en het recht van datzelfde publiek op informatie niet te botsen. Journalist en arts zouden elkaar hun eigen verantwoordelijkheid dienen te gunnen. De journalist zou als informant en opiniëvormer als een terzake kundige moeten worden geaccepteerd, zoals omgekeerd de arts als gekwalificeerd bevorderaar van de gezondheidszorg kan worden aanvaard, beiden deskundigen op verschillend terrein maar in principe van gelijk niveau. Dit houdt in dat beiden elkaars code moeten leren kennen en respecteren.

Eén ding mag bij dat al niet worden verwaarloosd, namelijk dat de samenleving, „werkgever” van allen, eveneens inspraak toekomt. Het publiek heeft ook zijn eigen verantwoordelijkheid. Het heeft recht op voorlichting over medische aangelegenheden en over de organisatie van de **volksgezondheidszorg**. De arts moet zijn deskundigheid ter beschikking stellen van hen die deze voorlichting wensen. De journalist heeft daarbij een autonome intermediaire taak. Beiden hebben hier hun eigen verantwoordelijkheid, beiden gaan er van uit het algemeen welzijn te dienen. Een en ander betekent niet, dat verontrustende informatie moet worden achtergehouden. Wie leeft, weet dat hij met risico's leeft. Die risico's kunnen artsen noch journalisten van de gebruikers van hun diensten afweten; zij kunnen deze alleen verkleinen. Voor het overige is het resultaat afhankelijk van de mondigheid van de consument. Ook aan de bevordering van die mondigheid kunnen beiden — en juist zij — bijdragen, als voorhoedeposten, vooropgesteld dat zij zelf mondig zijn.

B.

Ontwikkelingen in de geneeskunde in de komende decennia

„Geneesmiddelen voor de wereld van morgen” was het thema van de op 28 oktober te Utrecht gehouden openbare vergadering van de Stichting Voorlichtingscentrum Farmaceutische industrie. Er werden inleidingen gehouden door Dr. M. Plooi, internist, directeur van het Andreas Ziekenhuis te Amsterdam over „Mogelijke ontwikkelingen op geneeskundig gebied in de komende decennia”, door Prof. Dr. L. Werkö, cardioloog, hoogleraar aan de universiteit van Göteborg over de vraag „Welke research-resultaten mogen in de naaste toekomst op farmaceutisch gebied worden verwacht?”, door Prof. Dr. A. Cerletti, farmacoloog, buitengewoon hoogleraar aan de universiteit van Bazel ter beantwoording van de vraag „Hoe zal het samenspel van mens en gemeenschap en geneesmiddel zich gaan ontwikkelen?” en door Prof. Drs. W. Berends over eveneens een vraag: „Hoe stelt de farmaceutische industrie zich op tegenover de verwachtingen voor de komende 25 jaar?”

Voorafgaande aan deze vergadering heeft bovengenoemde stichting een daarop gerichte publikatie doen verschijnen, waarin in beknopte vorm de voorspellingen zijn samengevat, welke de laatste jaren door groepen deskundigen op dit specifieke gebied zijn gedaan. Daarin werd het volgende betoogd:

„Uit alle voorspellingen op het gebied van de geneesmiddelen komt overigens aanstonds een scheiding naar voren ten aanzien van hetgeen voor morgen verwacht wordt en hetgeen pas voor overmorgen wordt voorspeld. Tot 1975 zien de deskundigen de ontwikkeling van betere preparaten gerealiseerd op een aantal gebieden waarop reeds nu geneesmiddelen beschikbaar zijn, nieuwe bloeddrukverlagende preparaten, betere pijnstillers, minder in het menselijk organisme ingrijpende anticonceptiemiddelen. Tegen 1980 worden ontwikkelingen verwacht die een duidelijke stap vooruit in de beïnvloeding van subtiele fysiologische en pathologische processen betekenen. Geneesmiddelen die het leerproces bevorderen, de ontwikkeling vertragen van wat wij aderverkalking plegen te noemen, preparaten die de afzetting van vet in de weefsels tegengaan, middelen die de wondgenezing versnellen. Er zijn op dit moment al research-aanzetten in deze richtingen, maar deze hebben nog niet tot een basis voor bruikbare geneesmiddelen geleid. Voor de periode tussen 1980 en 1990 wordt wederom een stap vooruit verwacht; basale biochemische fouten in het organisme zullen dan wellicht hersteld kunnen worden. Geneesmiddelen die door een correctie van biochemi-

sche fouten in de hersenen bijvoorbeeld schizofrenie zullen kunnen genezen, een werkelijk doeltreffend preparaat tegen arthritis, nieuwe substanties die de verstoorde biochemie van kankercellen herstellen zonder schadelijk te zijn voor gezonde weefsels. Tenslotte wordt in de periode 1990-2000 een eerste helder inzicht verwacht in de complexe biochemische processen die tot veroudering leiden, die de erfelijkheid beïnvloeden en die de levende cel predisponeren voor kwaadaardige ontwikkeling, zoals bij kanker het geval is. Kennis die generaties na ons in staat zal stellen veroudering tegen te gaan, een bepaalde mate van verjonging te bereiken, aangeboren afwijkingen te voorkomen of te corrigeren, kanker uit te roeien.”

Deze publikatie als introductie en achtergrond voor de inleidingen op de voormelde openbare vergadering leidde dan vooreerst tot een beschouwing van Dr. M. Plooi, die aan het slot van een veelomvattend betoog therapie als een nieuw specialisme schetste. De geneeskunde, zo zeide hij, heeft in het verleden zeer veel te danken aan de belangstelling en het werk van farmaceuten en biochemici en het is te verwachten, dat in de naaste toekomst, zodra de fysici zich ook tot dit terrein gaan wenden en de ingenieurs hier ook een taak gaan zien, nog groter vooruitgang zal worden gemaakt. Electronische apparatuur is reeds op verschillende laboratoria te vinden; in de therapie is daarvan nog veel te verwachten. En daarbij zal de computer ongetwijfeld hulp gaan bieden. Nu gebruikt men deze apparatuur nog slechts voor de administratieve verwerking van boekhoudkundige ziekenhuisproblemen, maar straks ook voor het noteren en bewaren van geneeskundige gegevens van patiënten voor de vastlegging van de nu onoverzienbare medische literatuur. De grootste moeilijkheid daarbij is niet de computer maar de wetenschappelijke mankracht, waarmee de computer moet worden geprogrammeerd.

Voorts wees Dr. Plooi er op dat het aantal werkelijk nieuwe en belangrijke geneesmiddelen, dat de laatste jaren op de markt is verschenen, dalende is. De gigantische kosten, die de ontwikkeling van nieuwe preparaten met zich mee brengt, maken dit wel begrijpelijk. Het oerwoud van preparaten maakt het goed gebruik daarvan niet gemakkelijk, zodat men zelfs een specialisme: therapie voorziet. Volgens Dr. Plooi is de gewoonte van de Amerikanen en Fransen om aan één patiënt vele medicamenten tegelijkertijd voor te schrijven, ook in Nederland aan het doordringen. Bovendien loopt de patiënt bij verschillende specialisten, die zonder overleg aller-

lei voorschrijven. Maar ook Nederlanders zijn volgens Dr. Plooij blijkbaar sterk en kunnen een boel verdragen.

Ten opzichte van de toekomst achtte Dr. Plooij het duidelijk dat de komende decennia nog belangrijke veranderingen zullen brengen. De mensen zullen nog minder moeten werken en meer vrije tijd krijgen. Die tijd zal positief gevoeld en gevuld moeten worden; er zullen toch al genoeg psychische spanningen ontstaan, waaraan psychiaters hun handen vol hebben. Want met alle waardering voor de psychofarmaca, een evenwichtige ontplooiing van de mensen is te prefereren boven elke tranquillizer. Ook zal de bestrijding van de drugaddiction eerder in analyse van de drijfveren dan in juridische presie dienen te worden gezocht. En in de komende jaren — aldus Dr. Plooij tenslotte — zou de arts nog wat meer moeten worden betrokken bij die nieuwe doodsoorzaak: het verkeer, zoals er spottend in een Franse krant stond, dat op de laatste 14e juillet meer slachtoffers waren gevallen dan bij de bestorming van de Bastille en op de feestdagen daarna.

**

Prof. Dr. Lars Werkö motiveerde in zijn inleiding zijn verwachtingen tot ontwikkeling van betere methoden voor de behandeling van vaatziekten, stoffen voor de behandeling van geestesziekten en neurologische aandoeningen e.d., ten aanzien van neurologische aandoeningen in den brede ingaande op het recente voorbeeld van ontwikkeling: L-dopa. Evenwel wilde Prof. Werkö realistisch blijven en volgens hem leek het meer op een verlanglijstje voor Sinterklaas dan op een redelijke voorspelling van de toekomstmogelijkheden van de farmaceutische research wanneer men stelt — zoals de onderzoekers in een recent Dephi-onderzoek verklaarden — „dat het therapeutisch arsenaal van de arts van de toekomst geneesmiddelen zal bevatten voor behandeling of preventie van hypertensie, oedeem, spasmen van de skeletspieren, auto-immune ziekten, schimmelinfecties, verslaving, thrombose, obesitas, angsttoestanden, spanningen, depressies, asthma en cariës en dat de arts ook zal beschikken over cel-specifieke behandeling voor bepaalde gezwellen, een vaccin tegen hepatitis, calorie-arme „voedingsmiddelen” voor behandeling van obesitas en een groot aantal bijzondere diëten voor patiënten met ziekten als atherosclerose en fenylketonurie”.

In zijn verdere betoog kwam Prof. Werkö ook te spreken over de rol van de regeringen, doelende op de onvoorspelbare wijze waarop regeringen de wetgeving op nieuwe geneesmiddelen kunnen veranderen. Sinds de thalidomide-catastrofe hebben, zo zei de hij, alle regeringen en het publiek zich zorgen gemaakt over de grote hoeveelheden chemische stoffen die hun intrede hebben gedaan in het leven van de Westerse geciviliseerde mens. Er zijn een aantal nieuwe wetten gekomen, die het moeilijker hebben gemaakt nieuwe „food additives”, onkruid- en insectenverdelgers en ook geneesmiddelen op de

Rectificatie

In de agenda voor de ledenvergadering zoals gepubliceerd in Medisch Contact nr. 44 van 30 oktober 1970, bladzijde 1192, is een onduidelijkheid geslopen:

Onder punt 8 staat vermeld:

8. verkiezing a. van de voorzitter; b. van 2 leden van het Centraal Bestuur.

Uit de toelichting op dit punt moge blijken dat vier collegae periodiek aftreden; slechts één collega stelt zich herkiesbaar.

Punt 8 dient derhalve aldus te worden gelezen:

8. a. (her)verkiezing van vier leden van het Centraal Bestuur; b. verkiezing van de voorzitter.

Utrecht, 30 oktober 1970

J. I. van der Leeuw, arts
secretaris

markt te brengen. Hoewel dit alleszins redelijk is en dergelijke maatregelen door alle serieuze farmaceutische industrieën met instemming worden begroet, impliceren dergelijke maatregelen dat de kosten voor research en ontwikkeling toenemen. Dit maakt de farmaceutische industrie voor de meeste industriën niet aantrekkelijker. De kosten van research nemen reeds sterk toe door de aard zelf van het moderne biochemische, farmaceutische, farmacologische en klinische onderzoek. Wordt deze last op enigerlei wijze verzwaaard, dan zal de vooruitgang worden vertraagd en werkelijke vernieuwingen zullen elk jaar schaarser worden.

Hier wilde Prof. Werkö nog aan toevoegen, dat de motieven van sommige regeringen voor ingrijpen in de research in een grote farmaceutische industrie soms van politieke en dus twijfelachtiger aard zijn. Omdat regeringen doorgaans slechts over rudimentaire kennis beschikken omtrent de complexe machinerie van de industriële research, zijn de beslissingen die onder druk van de publieke opinie worden genomen niet altijd de wijste; de toekomstige ontwikkeling kan op onvoorspelbare en zelfs gevaarlijke manier worden verstoord. De rol van de farmaceutische industrie als een belangrijke economische factor en als partner van de groeiende „gezondheidsindustrie”, zo concludeerde Prof. Werkö, maakt daarom alle voorspellingen moeilijker en onzekerder dan het geval is voor een minder kwetsbare mechanische industrie die niet met overheidsbemoeienis heeft te kampen.

Ten aanzien van de inleidingen van Prof. Cerletti en Prof. Berends moge gelden, dat daaraan in een volgend nummer van M.C. aandacht zal worden geschonken.

Vaste Kamercommissie over extra verhoging loongrens

Verschenen is het voorlopig verslag van de vaste Commissie voor Sociale Zaken en Volksgezondheid, waarin rapport wordt uitgebracht voor de behandeling in die commissie van de nadere wijziging van de Ziekenfondswet en de Coördinatiewet Sociale Verzekering, terzake van de extra verhoging van de loongrens van de ziekenfondsverzekering.

Mede gelet op de adviezen van de Ziekenfondsraad en de Sociaal-Economische Raad blijken vele leden volledig begrip te hebben voor de strekking van dit voorstel, waarbij de loongrens in de verplichte ziekenfondsverzekering en de hiervoor geldende maximum premiedagloongrens meer dan gebruikelijk worden verhoogd. Als overweging geldt, dat het percentage ziekenfondsverzekerden geleidelijk is gedaald, namelijk van 73,5 pct. in 1955 tot 69 pct. in 1970. Dit is grotendeels het gevolg van het feit, dat de loongrens voor de Ziekenfondswet wordt aangepast met het gemiddelde van de stijging van lonen en prijzen. Aangezien de lonen doorgaans meer stijgen dan de prijzen, zal derhalve de stijging van de loongrens Ziekenfondswet achterblijven bij de werkelijke loonstijging, aldus de voorstanders van deze wijziging.

Toch rezen ook bij deze leden nog wel een aantal vragen: Wat — zo vragen zij — vinden de bewindslieden van de beschouwingen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, gewijd aan deze materie in het schrijven, gericht aan de Kamer d.d. 18 september 1970 (zie Medisch Contact nr. 40 van 2 oktober 1970, blz. 1048) en hoe beoordelen zij de bezwaren tegen dit wetsontwerp geuit door de particuliere ziektekostenverzekeraars?

Vele andere leden konden zich in algemene zin met dit wetsontwerp verenigen. Doordat bij het thans gevolgde systeem de loongrens minder snel stijgt dan de loonontwikkeling vallen voortdurend mensen buiten de ziekenfondsverzekering, voor wie de kosten van een particuliere verzekering een te zware last betekenen. Men moet hier immers rekening houden met het feit, dat het stijgingspercentage van de ziektekosten (en dus ook van de ziektekostenverzekering) hoger is, niet alleen dan dat van het gemiddelde prijspeil, maar zelfs dan dat van het gemiddelde loonpeil. Vooral voor grote gezinnen kan overgang naar de particuliere verzekering een aanmerkelijke verzwaring van lasten betekenen.

Tegen de gedachte, om bij de verplichte ziekenfondsverzekering een vrijstellingsbepaling in het leven te roepen, waarbij bepaalde groepen van perso-

nen met een inkomen beneden de wettelijke loongrens toch zouden kunnen kiezen of zij onder de verplichte verzekering zouden vallen of niet, zagen deze leden ernstige bezwaren. Dit zou naar hun mening tot een risicoselectie leiden, waarbij in het algemeen de goede risico's onder die groep bij de particuliere verzekering terecht zouden komen, terwijl de minder goede bij de verplichte verzekering zouden blijven. Dit lijkt hun in strijd met het beginsel van een verplichte verzekering. Naar hun mening zou het zeker niet verstandig zijn zulk een principiële inbreuk op dit beginsel in overweging te nemen, nu alleen het vraagstuk van een incidentele bijstelling van de verzekeringsgrens aan de orde is en de Sociaal-Economische Raad het gehele vraagstuk van de financiering van de ziektekostenverzekering juist in studie heeft.

Overigens wilden deze leden opnieuw hun opvatting naar voren brengen, dat een afdoende verbetering van het stelsel van volksgezondheidszorg in ons land pas zal kunnen worden bereikt bij invoering van een volksverzekering tegen ziektekosten. Zij waren daarbij van mening, dat het onderhavige wetsontwerp op zich zelf beschouwd geen belemmering zou vormen om, indien Regering en Staten-Generaal zulks wensen, te zijner tijd tot de invoering van zo'n volksverzekering over te gaan.

Verscheidene leden waren door de in de Memorie van Toelichting aangevoerde argumenten voorhands niet overtuigd van de noodzaak van de voorgestelde wijzigingen van de loongrens en de maximumpremiedagloongrens. Alvorens daarop nader in te gaan vroegen zij zich af, of de indiening van dit wetsvoorstel op dit ogenblik ook op andere gronden geen bezwaar ontmoet. Daarover worden in het voorlopig verslag een hele reeks vragen geformuleerd:

De gehele structuur van de ziektekostenverzekering is thans in studie bij de S.E.R. Heeft de minister niet onlangs nog een adviesaanvraag aan de Ziekenfondsraad over het experimenteren met bepaalde vormen van eigen-risico ingetrokken, omdat hij het onjuist achtte vooruitlopende op het resultaat van de S.E.R.-studie met incidentele structurele wijzigingen te komen? Is het thans ingediende voorstel geen meer ingrijpende structurele wijziging dan het invoeren van bepaalde experimenten? Hoe verklaart de minister deze gedragslijn?, zo vroegen deze leden.

Voor wat het voorstel zelf betreft, wordt als enige

argument aangevoerd, dat het gewenst is te komen tot een verbetering van de positie van de particulier verzekerden juist boven de loongrens in verband met de sterk stijgende gezondheidskosten.

Ligt bij dit ziekenfondsinitiatief niet evenzeer de wens om tot een breder draagvlak en tot gunstiger premie-inkomsten voor de ziekenfondsverzekering te komen aan deze uitbreiding ten grondslag?

Is het juist, dat aan extra premie-inkomsten circa f 90 mln. mag worden verwacht, waartegenover een lastenverzwaring van circa f 48 mln. staat, zodat met deze operatie een overschot van f 42 mln. kan worden verkregen?

Betekent dit voorts niet, dat de last van deze extra-inkomsten van de ziekenfondsverzekering uitsluitend zal komen te drukken op werknemers met een inkomen tussen de f 15.800 en f 17.000 per jaar en in het bijzonder op de alleenstaanden en de werknemers met kleinere gezinnen onder hen?

Is het redelijk deze inkomensgroep, die nauwelijks tot de middengroep kan worden gerekend, zo extra te belasten?

Is het juist, dat bijvoorbeeld alleenstaanden, die thans circa f 350 voor een redelijke ziektekostenverzekering betalen, straks een premie van meer dan f 1.004 zullen moeten betalen?

Hoeveel direct verzekerden zouden onder de uitbreiding komen te vallen en hoeveel indirect verzekerden?

Heeft de minister gegevens over de als enige grond aangevoerde nood van deze groep?

Is het juist, dat mag worden aangenomen, dat er ongeveer evenveel betrokkenen vóór als tegen zijn?

Is het voorts juist, dat 80 pct. van bedoelde werknemers ter tegemoetkoming in de kosten een werkgeversbijdrage ontvangt?

Hoe weet de minister, dat speciaal deze groep behoefte zou hebben aan een volledige dekking van de huisartsen- en farmaceutische hulp, nu men deze risico's desgewenst volop kan verzekeren doch zulks meestal niet wenst?

Geeft de ziekenfondsverzekering ten aanzien van de tandheelkundige hulp overigens ook niet maar een zeer beperkte dekking?

Kan de minister adstrueren, in hoeveel gevallen en in welke mate de „andere” verzekeringen de draagkracht van velen te boven zouden gaan, gegeven het feit dat de reële inkomensstijging van de laatste jaren na aftrek van de sterk gestegen ziektekosten altijd nog een zeer bedenkelijke inkomensverbetering oplevert?

Wil de minister motiveren waarom hij de verschillende tegen deze wijziging aangevoerde bezwaren geheel onbesproken laat?

Wat is het oordeel van de minister over de door de S.E.R. en de Centrale Raad voor de Volksgezondheid aangevoerde bezwaren, dat de voorgestelde structurele verhoging voor de meeste verplicht verzekerden niet tot premieverlaging zou leiden en voor een relatief kleine groep zelfs tot premieverhoging, en voorts dat daarmee afbreuk zou

worden gedaan aan de goede verhoudingen tussen de groeperingen die bij de ziekenfondsverzekering zijn betrokken?

Heeft de minister kennis genomen van de bezwaren, die terzake door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst in dit verband naar voren zijn gebracht?

Moet verwacht worden, dat de medewerkers direct met tariefsverhogingen zullen komen?

Hoe staat de minister tegenover inwilliging van deze eisen en wat is dan het uiteindelijke resultaat voor de kosten van de ziekenfondsverzekering?

Acht de minister het voorts verantwoord het draagvlak van de particuliere ziektekostenverzekeringen op deze wijze te verzwakken en de inkomenspositie van duizenden assurantietussenpersonen aan te tasten? In het ziekenfondsbestand hebben zich als gevolg van het huidige systeem van loongrensbepaling géén ingrijpende wijzigingen voorgedaan.

Is voorts de oorzaak van de teruggang van het aantal vrijwillig verzekerden juist niet te vinden in de hogere inkomensklassen, en moet daarom niet verwacht worden, dat een verhoging van de inkomensgrens voor deze verzekering weinig zal betekenen omdat dat niets oplost?

Speelt de „grens”-problematiek, waarin dit wetsontwerp een verbetering tracht aan te brengen, niet evenzeer bij een f 17.000-grens en zal door dit voorstel niet juist het „duiventileffect” worden vergroot, nu daardoor — anders dan bij de reeds doorgevoerde uitbreiding in verband met de zogenaamde peildatum — personen, die al lang niet meer verplicht verzekerd waren, thans hun particuliere verzekering moeten afstoten?

De verschillende aspecten van de voorgestelde wijziging overziende kwam deze leden deze wetswijziging onvoldoende gemotiveerd voor. Ook zij erkennen, dat de problematiek van de snel stijgende ziektenkosten ernstig is, doch achten het niet aanvaardbaar een beperkte groep werknemers met bescheiden inkomens daarvan speciaal de dupe te laten worden door de ook in de huidige ziekenfondsverzekering al aanwezige elementen van overtrokken solidariteit op de voorgestelde wijze te gaan versterken. Aldus het voorlopig verslag, waarin voorts onder meer het volgende wordt vermeld:

Verskillende leden begonnen met uiting te geven aan hun verbazing over het tijdstip van indiening van dit wetsontwerp. Immers, het gehele vraagstuk van de meest gewenste structuur tegen de kosten van geneeskundige verzorging is thans in studie mede als gevolg van gerichte adviesaanvragen van de beide bewindslieden van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Hiernaast is het vraagstuk van de premiedrukverdeling — mede aan de hand van de door de commissie-Vos gedane aanbevelingen — binnen de S.E.R. eveneens onderwerp van studie.

Naar de mening van verschillende leden is het — hangende deze studies — noodzakelijk met betrekking tot wijzigingen in casu verbeteringen op het terrein van de sociale verzekeringen de uiterste terughoudendheid te betrachten, tenzij er duidelijk

sprake is van een dermate scheefgetrokken situatie dat langer handhaven van deze situatie onaanvaardbaar is. Dit leek deze leden met betrekking tot de in dit wetsontwerp aan de orde gestelde problematiek — ook na lezing van de Memorie van Toelichting — nog niet overtuigend aangetoond.

Ten slotte wilden de verschillende leden, hier aan het woord, zich aansluiten bij de vragen van vele leden aan de minister om een oordeel te geven over de beschouwingen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en van de particuliere ziektekostenverzekeraars. Hiermede zou dan ongetwijfeld ook een aantal bij hen verder nog levende vragen zijn beantwoord.

Verschillende andere leden konden zich met de strekking van het wetsontwerp wel verenigen. Met name hadden zij begrip voor het argument, dat de bestedingen ten behoeve van de medische verzorging sneller zijn gestegen dan de inkomens en dat daardoor een steeds groter deel van het gezinsbudget voor deze voorzieningen worden opgeëist. Zij zagen niet in, dat de maatregel enig verschil veroorzaakt in het inkomen van de huisartsen, sinds de honorering van de huisartsen door de ziekenfondsen ingevolge het rapport-Van der Ven uitgaat van een gelijke beloning van medische hulp aan fonds- of particuliere patiënt. Delen de bewindslieden deze mening?, zo informeerden zij.

Sommige leden betwijfelen de wenselijkheid van dit wetsontwerp. Wellicht is het wenselijk, aldus deze leden, te streven naar een verlaging van de kosten van de gezondheidszorg voor personen van wie het inkomen juist boven de loongrens ligt. Zeker is het niet. Uit een enquête gehouden door de N.V.O.Z. is gebleken, dat een zeer groot deel van de werknemers boven de loongrens van de werkgevers een tegemoetkoming in de premies voor de particuliere ziektekostenverzekeringen ontvangt. De voorstellen van de Regering worden niet gesteund door de resultaten van deugdelijk onderzoek. Een verantwoord onderzoek naar de noodzaak om de loongrens structureel te verhogen en daardoor een groep particulier verzekerden bij de ziekenfondsen onder te brengen heeft niet plaatsgevonden. Evenmin was er sprake van een onderzoek naar de opinies van de betrokkenen, aldus deze leden.

Sommige leden, hier aan het woord, achtten de spoedige invoering van een volksverzekering tegen ziektekosten gewenst. Bij deze volksverzekering behoort een premieheffing volgens draagkrachtprincipe plaats te vinden, en dient het onderscheid tussen fondspatiënten en particuliere patiënten te verdwijnen. De voorgestelde incidentele verhoging van de loongrens brengt zo'n stelsel niet dichterbij. Het schept echter nieuwe problemen. hetgeen de twijfels over dit wetsontwerp verklaart, zo stelden deze leden tenslotte.

SYMPOSIUM OVER KINDERMISHANDELING

Het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft besloten op

zaterdag 19 december a.s.

een symposium te houden over het vraagstuk van de

KINDERMISHANDELING

Het doel van het symposium is de artsen in ons land, maar niet alleen hen, zich bewust te doen zijn van de ernst en omvang van deze problematiek en hen te informeren omtrent de rol die zij en anderen kunnen vervullen bij de bescherming van het bedreigde kind.

De bijeenkomst wordt geopend te 10 uur 's-morgens in het

Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht

Als inleiders zullen optreden: *Dr. F. Kuipers*, kinderarts te Amsterdam, en *mevr. J. T. Ch. Valkenburg*, maatschappelijk werkster, verbonden aan het Sophia Kinderziekenhuis te Rotterdam.

Na een korte pauze zal te circa 11.15 uur een paneldiscussie worden gehouden. In het panel zullen onder meer zitting hebben: *Dr. J. A. Dallmeijer*, voorzitter, lid van het hoofdbestuur der K.N.M.G., *Dr. F. Kuipers*, *mevr. J. T. Ch. Valkenburg* en *mevr. Th. Cohen Matthijssen*, kinderpneumonioloog.

Het ligt in de bedoeling het symposium te beëindigen te circa 13.00 uur.

Door deze publikatie worden alle belangstellende artsen uitgenodigd aan dit symposium deel te nemen. Afzonderlijke uitnodigingen zullen worden gericht aan verenigingen, instellingen en personen, die bij deze problematiek nauw zijn betrokken.

Promoties:

P. Elzenga te Eelde promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Omphalocoele”. Promotor was Prof. Dr. P. J. Kuijjer. Co-referent Prof. Dr. A. G. de Wilde.

L. Kater te Amsterdam promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Morphological and dynamic aspects of the thymus”. A histological and experimental study of the role of the thymus and the Hassall's corpuscles especially in immune response. Promotor was Prof. Dr. A. de Minjer.

J. S. Kuipers te Haren promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Een bacteriologisch-epidemiologisch onderzoek van een beademingscentrum” (met een bespreking van het effect van enkele nieuw ingevoerde en een vermelding van enkele gewenste voorschriften). Promotores waren Prof. Dr. N. G. M. Orie en Prof. Dr. K. C. Winkler.

J. J. van Oenen te Amsterdam promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Ongehuwde ouders”. Promotor was Prof. Dr. A. Querido.

J. U. Postma promoveerde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Vergelijking van elektroencefalografische afwijkingen met ballistocardiografische afwijkingen bij intermitterende cerebrovasculaire insufficiëntie”. Promotor was Prof.

Dr. J. F. Folkerts. Co-promotor Prof. Dr. A. A. Knoop.

D. F. Swaab te Amstelveen promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Factors influencing neurosecretory activity of the supraoptic and paraventricular nuclei in rat; a histochemical and vytochemical study”. Promotor was Prof. Dr. J. Ariëns Kappers.

W. van Tilburg te Diemen promoveerde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Pink spot en schizofrenie”. Promotor was Prof. Dr. F. C. Stam.

Benoëmingen:

Dr. H. J. van Aalderen is benoemd tot lector in de faculteit der geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de huisartsgeneeskunde.

Dr. R. Steendijk is benoemd tot lector in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de fysiologie en pathologie van de groei en de lichamelijke ontwikkeling van het kind.

Dr. K. de Vries is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de allergologie.

Mevr. Dr. B. H. P. van der Werf-Messing is benoemd tot buitengewoon hoogleraar aan de Medische Faculteit te Rotterdam om onderwijs te geven in de klinische radiotherapie.

Premie verplichte ziekenfondsverzekering en bejaardenziekenfondsverzekering in 1971

De Ziekenfondsraad heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid geadviseerd de premie voor de verplichte ziekenfondsverzekering voor 1971 vast te stellen op 7,7%. De premie bedraagt nu 7,5%. Premieverhoging is volgens de raad noodzakelijk, in het bijzonder als gevolg van de sterke stijging der verpleegtarieven, verbeterde behandelingsmethoden en het toenemende gebruik dat van de verstrekkingen wordt gemaakt. Hoewel op zich zelf een hogere premie nodig zou zijn, kan naar het oordeel van de raad met een lager percentage worden volstaan, door een bijdrage uit de reserve.

Ten aanzien van de ziekenfondsverzekering voor bejaarden is de raad van oordeel, dat de noodzakelijke premie voor de onderscheidene premieklassen in 1971 19% hoger zou moeten zijn dan de nu geldende premiebedragen. De raad heeft echter geadviseerd dat, alleen voor het jaar 1971, maatregelen worden getroffen om de premieverhoging tot 10% te kunnen beperken. De raad meent, dat deze maatregelen zouden kunnen inhouden dat de daartoe no-

dige gelden worden verkregen deels uit voor minder draagkrachtigen voor premiereducties in 1970 en 1971 beschikbaar gestelde bedragen, deels uit een bijdrage van de verplichte verzekering. De raad acht het eveneens gewenst, dat door die maatregelen mogelijk wordt gemaakt dat voor 1971 a. de inkomensgrens, waaronder vrijwillig verzekerden in aanmerking kunnen komen voor premiereductie, wordt verhoogd tot f 10.850,—; b. in de premiereductieregeling de gereduceerde premie eveneens niet meer wordt verhoogd dan met 10%.

Maatschappij-agenda 1970

14 november	— N.H.G.-congres
21 november	— Ledenvergadering L.A.D.
26 november	— Ledenvergadering L.H.V.
11 december	— Ledenvergadering L.H.V.
19 december	— Alg. Vergadering Maatschappij

Ethische vragen in de gezondheidszorg

Door Dr. M. Timmer

Bij het kennisnemen en onderling vergelijken van de vele en verlerlei uiteenlopende publikaties waarin het thema: „medische ethiek” aan de orde wordt gesteld, treft het menig lezer dat niet alle auteurs aan dit begrip dezelfde inhoud geven. In een periode waarin zoveel dynamiek in onze samenleving en daarmee ook op het studieveld van de ethiek is op te merken, maakt dit verschijnsel het de lezer niet gemakkelijk om dit proces van discussies rondom het thema „medische ethiek” te volgen. Onderstaand zijn uit de recente literatuur over dit thema een aantal centrale begrippen in een overzichtelijk verband gebracht.

Een onderscheid wordt gemaakt tussen het besluitvormingsproces, waarin waarden vergelijkend worden gewogen om tot een keuze te komen voor de te volgen gedrags- en handelwijze, en het resultaat van dit besluitvormingsproces.

Bij dit besluitvormingsproces dat tot een zedelijke beslissing leidt, wordt als regel sterk gerefereerd aan de normen, de min of meer vaste gedragsregels, die gangbaar zijn in de groepering waarin men functioneert. In het geval van een medisch-zedelijke beslissing kan dit zowel de groepering van de medische beroepsbeoefenaars betreffen als andere groeperingen die bij de gezondheidszorg zijn betrokken (verplegenden, bevolking). De leden van de groepering kennen aan de gangbare normen tot op bepaalde hoogte een bindend karakter toe. Wanneer men kennis neemt van de zedelijke beslissingen die door leden van dezelfde groep zijn genomen, constateert men dat enige variabiliteit tussen bepaalde grenzen voorkomt. De norm stelt beperkingen aan de mogelijke gedragingen.

Voor de resultaten van het bovengenoemde besluitvormingsproces bestaat belangstelling bij de beleidsfunctionarissen in de gezondheidszorg. Voor het proces als zodanig bestaat wetenschappelijke belangstelling bij de psycholoog. Aan de inhoudelijke kant van dit gebeuren geeft de ethicus zijn aandacht. Dit laatste betreft de systematische bestudering van de samenhang tussen de in dit proces betrokken waarden, waaruit de meer concrete normen zijn afgeleid. De normen zijn de uitwerking van de waarden. Zij geven aan op welke manier de waarden behoren te worden geconcretiseerd.

Deze systematische bestudering van de oorsprong, samenhang en betekenis van de waarden die van invloed zijn op het gedrag van de mens is het studieveld van de ethicus. Dit studieveld van de ethicus beperkt zich tot het centrale waardencomplex, het systeem van opvattingen, (soms beginselen genoemd), dat kenmerkend is voor één bepaalde levensbeschouwing of ideologie*. Deze beperking tot één levensbeschouwing heeft tot gevolg dat er een groot aantal ethische systemen is ontwikkeld.

In nevenstaand artikel wijdt Dr. M. Timmer, stafid van het Instituut voor Sociale Geneeskunde van de Vrije Universiteit te Amsterdam, een beschouwing aan een aantal kernbegrippen rondom het thema „medische ethiek”, zoals dat uit de recente literatuur naar voren komt.

De ontwikkeling, die deze ethische systemen hebben doorgemaakt, heeft verschillen doen ontstaan tussen de huidige en vroegere verschijningsvormen. De ethiek van het katholicisme, het reformatische christendom, het confucianisme, het existentialisme, het humanisme, het hindoeïsme, het marxisme en de islam, de psychoanalyse e.a. zijn daarvoor aparte studievelden.

De ethiek heeft als doel het verhelderen van de samenhang van de relevante waarden en het komen tot normatieve uitspraken. De rangorde der waarden in de vele levensbeschouwingen en hun ethische systemen blijkt bij onderlinge vergelijking sterk uiteen te lopen. Is in het ene systeem de Goddelijke openbaring de hoogste waarde, in andere treffen we als zodanig aan de persoonlijkheid, de staat, de welvaart voor allen, de naastenliefde e.a., welke in de levensbeschouwing centraal staan.

De wetenschap der sociologie bestudeert de min of meer stabiele betrekkingen tussen mensen en groepen (sociale structuren) en bewegingen binnen deze structuren (sociale processen). Zij richt haar belangstelling daarom ook op specifieke cultuurelementen, die van invloed zijn op de sociale structuren en processen. Tot deze cultuurelementen behoren de waarden en normen. Van Doorn en Lammers definiëren waarden als centrale maatstaven met behulp waarvan men het eigen gedrag en dat van anderen beoordeelt. De definiëring van normen is bij deze auteurs: opvattingen hoe men zich dient te gedragen of hoe men zich juist niet moet gedragen.

De min of meer vaste gedragsregels, de normen, die in elke cultuur voorkomen en een sterk regulerende invloed uitoefenen op de innerlijke en uiterlijke gedragingen van de groepsleden, worden door de sociologische onderzoeker bestudeerd op hun: reikwijdte (het aantal personen waarop de norm van

* Door A. Hoogerwerf gedefinieerd als: „een min of meer beredeneerd, samenhangend en door een aantal personen aanvaard geheel van opvattingen (beginselen, normen, doeleinden en verwachtingen) ten aanzien van een bepaalde sector der samenleving of ten aanzien van een gehele samenleving”.

toepassing is); precisie (de mate van nauwkeurigheid waarmee de norm het aantal mogelijke gedragingen beperkt); aanvaarding (het instemmen van het individu met de norm); en naleving (het zich gedragen overeenkomstig de norm). Zijn belangstelling geldt zowel het functioneren van normen in een gangsterbende, nonnenklooster, vakvereniging, als in een artiestenkring. Hij streeft naar kennis en inzicht in wetmatigheden, die samenhang tussen culturele elementen en de sociale structuur kunnen verklaren. Het resultaat van geslaagd onderzoek op dit gebied zal leiden tot het verkrijgen van een oordeel dat zoveel mogelijk een *zijnsoordeel* zal zijn, dat wil zeggen het betreft een uitspraak over waar of onwaar. Het zal de kennis omtrent de werkelijkheid zijn, die een hoge mate van objectiviteit of intersubjectiviteit heeft. In deze formulering is afgezien van de „linkse” sociologieën, die pretenderen naar *waarde-oordelen* te streven.

De ethicus tracht, rekening houdend met de bestaande wetenschappelijke kennis, te komen tot een normatieve uitspraak, een kwalificatie in termen van goed of kwaad naar de door hem gehanteerde maatstaf, die werd ontleend aan zijn levensbeschouwing of ideologie. Zijn ethisch oordeel zal een *waarde-oordeel* zijn. Het begrip „waarde-oordeel” is ruimer dan het begrip „zedelijk oordeel”, daar onder meer ook esthetische oordelen in deze categorie vallen.

Het Nederlandse cultuurgebied wordt mede gekenmerkt door de omstandigheid dat een aantal groeperingen met uiteenlopende levensbeschouwingen in één nationaal verband leven. Voor de kansen op een vruchtbare samenwerking in groepsverband is een zorgvuldige oriëntering over de uiteenlopende normen van de deelnemers van groot belang. Wanneer ter bereiking van een gesteld doel een organisatie wordt tot stand gebracht, dan zal deze trachten te voldoen aan de voorwaarden om te zijn: doelgericht, doelbewust en doelmatig. Bij het scheppen van een doelmatige samenwerkingsstructuur blijkt vaak dat het uiteenlopen van de levensbeschouwelijke uitgangspunten der medewerkenden een vruchtbaar samenwerken gericht op een voor hen motiverende doelstelling niet verhindert.

In een periode waarin een aantal waarden, die lange tijd stabiel zijn geweest, geleidelijk in betekenis afnemen of soms geheel verloren gaan en waarin de bewustwording van deze devaluatie bij velen plaatsvindt, neemt de behoefte aan inzicht omtrent de juistheid van de actuele normen toe. De kennis over de aard van het proces en de krachten daarin die deze „Umwertung der Werten” leidt, is gering. De ouderen zullen neigen tot het blijven erkennen van de juistheid van de overgeleverde normen, terwijl de jongeren van dezelfde groepering de tijd rijp achten om na de erkenning van de veranderingen in de centrale waarden de juistheid van de voorheen afgeleide normen aan een nadere toetsing te onderwerpen.

Op het werkterrein van de gezondheidszorg zijn bij de vele medewerkenden een aantal vragen gere-

zen, waarvoor ook bij de ethicus belangstelling bestaat. Deze ethische vraagstellingen kunnen worden gerangschikt in vragen rondom: a) de vaststelling van de doeleinden van de gezondheidszorg; b) de keuze van de te gebruiken middelen.

ad a: doelstelling

In de westerse cultuur wordt de doelstelling, waarin gesproken wordt over het herstel en behoud van de gezondheid der betrokken bevolking, in twee aparte doelstellingen globaal geformuleerd als volgt:

de eerste, zogenaamde *curatieve* gezondheidsdoelstelling, omvat het herstellen van de gezondheidsstoornissen van alle leden der bevolking, op zodanige wijze en schaal als dat in het kader van de beschikbare wetenschappelijke kennis, therapeutische mogelijkheden, economische en personele voorzieningen optimaal mogelijk is;

de tweede zogenaamde *preventieve* gezondheidsdoelstelling, omvat het medebeheer van het milieu, waarbij het beheer zal worden gericht op het bevorderen en beschermen van de gezondheid van de leden der bevolking; zowel in de fysische, chemische, biologische als sociale milieusectoren dienen tekorten te worden aangevuld en gezondheidsbedreigende factoren te worden geminimaliseerd of verwijderd.

Over de globale inhoud van deze beide gezondheidsdoelstellingen bestaat in de Nederlandse samenleving een vrij grote consensus. Bij het afwegen van de betekenis van de volksgezondheid tegenover bijvoorbeeld economische belangen in het politieke proces, blijkt de betekenis die de overheid en volksvertegenwoordigers aan de waarde „gezondheid” toekennen. Enkele voorbeelden van actuele ethische vragen rondom deze beide doelstellingen zijn:

- Tot welke mate is het aanvaardbaar, dat een sterke betrokkenheid bij de curatieve doelstelling ertoe leidt de preventieve doelstelling daaraan ondergeschikt te maken?
- In welke mate is het aanvaardbaar, dat grote aandacht voor „interessante” technieken ertoe leidt dat veel aandacht en energie wordt geïnvesteerd in een therapie die slechts voor een kleine groep patiënten van betekenis zal kunnen zijn? Dit kan voor de harttransplantaties mischien gelden.
- In hoeverre is het juist te achten, dat de curatieve doelstelling tot op zekere hoogte wordt beperkt ten aanzien van de bejaarden, zodat dit deel van de bevolking in mindere mate dan gemiddeld profiteert van de gezondheidsvoorzieningen?
- In hoeverre is het aanvaardbaar, dat medische deskundigen en middelen worden onttrokken aan de curatieve gezondheidsdoelstelling om te worden ingezet voor een andere doelstelling (bijvoorbeeld het betrekken van gynecologen bij

het afbreken van ongewenste zwangerschappen)?

- In welke graad is het domineren van enkele betrokken groeperingen bij de operationele formulering van de curatieve gezondheidsdoelstelling acceptabel, als dit ten koste gaat van de invloed van andere belanghebbenden (bijvoorbeeld verplegend personeel versus verpleegden, of artsen versus monding bevolking)?
- Welke mate van vermenging van de curatieve of preventieve gezondheidsdoelstelling met een economische en/of sociale doelstelling is aanvaardbaar voor de dienstverleners en dienstontvangers?
- In hoeverre wordt het beperken van het begrip gezondheid tot biologische gezondheid aanvaard, waardoor psychische en sociale aspecten van ziekte de kans lopen buiten de aandacht der artsen te blijven?
- In hoeverre is het juist te achten, dat de arts bepaalde verschijnselen als ziekte beschouwt, terwijl de betrokkene de rol van ziekte niet wenst te aanvaarden, zoals het geval is bij vele homofiele personen?
- Voor wie is het aanvaardbaar dat na het falen van de pogingen om de curatieve gezondheidsdoelstelling te bereiken, in een aantal gevallen het verder begeleiden van de patiënt wordt vervangen door het actief beëindigen van het leven?
- Gedurende welke periode wordt het tot in de perfectie nastreven van de beide gezondheidsdoelstellingen voor onze eigen bevolking aanvaard met voorbijzien aan grote gezondheidsbehoeften bij andere bevolkingen?
- Wanneer acht men het juiste tijdstip in het behandelproces bereikt waarop de pogingen tot gezondheidsherstel moeten worden beëindigd en het curatieve doel als onbereikbaar moet worden beoordeeld?

ad b: keuze van de middelen

De ethische vragen bij de middelenkeuze hebben een eigen aspect, dat deze vragen onderscheidt van die betreffende de doelstelling. Voor hen, die met mij het volgende a priori willen stellen, geldt dat aan de keuze van het middel de doelmatigheidsvraag vooraf gaat. Deze vraagt, of het middel geschikt is gebleken voor het bereiken van het doel waartoe het in gebruik is genomen of ontworpen.

Aan een middel kunnen de volgende vier kenmerken worden onderscheiden: effectiviteit: het middel is in staat om bij aanwending het doel te benaderen of te bereiken; efficiency: het middel kan, vergeleken met ander effectieve middelen met minder financiële of andere kosten worden gebruikt; onmisbaarheid: zonder het middel kan het doel niet worden bereikt; toereikendheid: het middel is zodanig dat het hanteren ervan toereikend is om het doel te bereiken en van het gebruik van andere (aanvullende) middelen kan worden afgezien. Bij het kiezen

van een middel zal de keuze worden gesteld op dat middel dat, beoordeeld vanuit de doelstelling, het grootste aantal van deze kenmerken bezit. Het vaststellen van deze kenmerken van een middel vindt plaats op grond van uitkomsten van toetsingsprocedures, die hebben geleid tot wetenschappelijke kennis. Middelen die deze toetsingsprocedure nog niet hebben ondergaan, worden geacht in de experimentele fase te verkeren. Voor deze middelen, die voorshands op andere gronden dan wetenschappelijke kennis worden geacht effectief te kunnen zijn, blijft het de vraag of het ontwerpen van een toetsingsprocedure hiervoor nog lang achterwege kan blijven. Gezien de hoge kostbaarheid van wetenschappelijke kennis is ook bij de toetsing van de middelen niet alles bereikbaar wat wenselijk wordt geacht. De vraag: juist (doelmatig) of verkeerd (ondoelmatig)?, blijft bij de keuze van het middel voorafgaan aan de vraag: goed of kwaad?

Ter wille van de curatieve doelstelling zijn vele middelen in gebruik - variërend van farmacon, operatieve ingreep, dieet, bestraling en prothese tot verpleegster, huisarts, specialist, ziekenhuis, laboratorium, kruisvereniging, MOB en G.G. en G.D.-afdelingen. Voor de preventieve gezondheidsdoelstelling zijn de middelen onder meer: quarantainedienst, keuringsdienst voor vlees en voedingswaren, gefluorideerde drinkwatervoorziening, afvalwaterreiniging, beheer van arbeids- en recreatiemilieu, melders van luchtverontreiniging.

Een aantal van deze genoemde middelen zijn op hun effectiviteit onderzocht. In de Westeuropese cultuur, waar men de gezondheidszorg zoveel mogelijk op wetenschappelijke kennis wenst te funderen, wordt het bovengenoemde a priori, naar ik meen, op grote schaal aanvaard. Nu in de tegenwoordige periode de ontwikkeling op het werkterrein van de gezondheidszorg zo'n sterke dynamiek vertoont met een begeleidende sterke stijging van de kosten, wordt de vraag om de nog niet onderzochte middelen te toetsen op hun optimale effectiviteit steeds duidelijker gesteld.

In het probleemgebied van de wetenschap der sociale geneeskunde worden, het duidelijkst in het Engelse concept ervan, drie sectoren onderscheiden, te weten: de ontwikkeling van kennis, die noodzakelijk is voor de preventieve gezondheidszorg; de ontwikkeling van kennis, die noodzakelijk is voor het beheren van de sociale en economische gevolgen van ziekte; de „operational research”, die toetst of de organisaties die als middel in dienst zijn gesteld van de preventieve en curatieve gezondheidsdoelstelling optimaal doelmatig zijn gestructureerd en evenzo functioneren. Het is dit derde probleemgebied, dat bij gunstige ontwikkeling de kennis over de doelmatigheid van de middelen c.q. organisaties zal doen toenemen. Rondom de keuze van de te gebruiken middelen rijzen eveneens ethische vragen zoals:

- Is het aanvaardbaar, dat minder effectieve middelen nog steeds in de keuze worden betrokken, bij aanwezigheid van meer effectieve?

- Tot welke mate is het aanvaardbaar, dat dadendrang leidt tot het aanwenden van effectieve middelen, die echter na kritische beoordeling niet onmisbaar mogen worden geacht, doordat zij van een zwaarder kaliber en riskanter blijken te zijn dan voor de behandeling van het geval noodzakelijk was? Over de niet-noodzakelijke operaties leze men de klinische les van Prof. Jongkees: „Moest dat nu?”
- Is het aanvaardbaar voor de andere betrokkenen bij de gezondheidszorg, dat de arts — die in zijn professioneel functioneren ook een middel is — zich tot nu toe niet beschouwt als een duidelijk aangewezen object voor een toetsingsonderzoek?
- In hoeverre is het aanvaardbaar, dat de keuze van het middel plaatsvindt zonder dat de patiënt zich een duidelijk oordeel heeft kunnen vormen over de onmisbaarheid ervan en over de te verwachten gevolgen en de risico's die het gebruik van het middel met zich meebrengt?
- In welke mate is het acceptabel, dat bij de presentatie van een therapie zeer hoge verwachtingen worden opgeroepen?
- In hoeverre is het juist te achten, dat een bruikbaar middel voor de curatieve gezondheidsdoelstelling, zoals de zwijgplicht, geleidelijk aan losraakt uit de context van deze doelstelling en een eigen leven gaat leiden?
- In hoeverre is het juist te achten, dat de zwijgplicht in een nieuwe verschijningsvorm wordt aangewend ter afweer van kritische vragen van de zijde van patiënt, familieleden van de patiënt, collega's of directie?
- Tot welke graad is het aanvaardbaar, dat bij gebruik van een middel persoonlijkheidsveranderingen optreden, zoals dat onder meer bij sommige psychofarmaca het geval kan zijn?
- In welke mate is het aanvaardbaar om de vraag naar de effectiviteit betreffende het middel te blijven negeren, wanneer goede toetstechnieken beschikbaar zijn? Een vraag die aan de homeopathie door D. K. de Jongh in zijn dissertatie is gesteld.

Op het gecompliceerde werkkterrein van de gezondheidszorg is samenwerking van vele en velerlei deskundigen een voorwaarde voor een effectief handelen. Voor deze samenwerking is het noodzakelijk dat er onder de medewerkenden een overeenstemming bestaat over de doelstelling waarvoor men de vele inspanningen zal gaan aanwenden. Daarnaast is een consensus over het gebruik van de middelen nodig bij de vele betrokkenen, zoals verplegenden, artsen, economen, patiënten, laboranten, medisch-maatschappelijk werkers, diëtisten en anderen. De uiteenlopende levensovertuigingen bij de medewerkenden kan voor de overeenstemming

over doel en middelen uiteraard een hindernis blijken te zijn. Wanneer bij ontbreken van overeenstemming over het uiteindelijk doel ook alle pogingen om een gemeenschappelijk tussendoel te vinden, blijken te falen, zal de samenwerking niet tot stand komen. Veelal blijkt, dat de divergentie wat betreft de levensbeschouwelijke uitgangspunten een convergentie van activiteiten gericht op een gemeenschappelijk doel of tussendoel niet hoeft uit te sluiten. De onderlinge samenwerking, die op zich een belangrijk middel is, zal bij de keuze van middelen worden meegewogen. Wanneer de opvattingen omtrent een doelstelling in een groepering sterk divergeren, zoals dat momenteel het geval is over het al of niet aanvaarden van het afbreken van ongewenste zwangerschap door middel van abortus provocatus, wordt een intensief en langdurig onderling beïnvloedingsproces op gang gebracht. Of dit proces zal resulteren in een nieuwe consensus zal het verder verloop ons leren. Onder de geneeskundigen, een subgroepering onder alle medewerkers in de gezondheidszorg, heeft lange tijd grote overeenstemming bestaan over de antwoorden op de vele ethische vragen in de gezondheidszorg. Van 1936 tot 1959 werd de „medische ethiek” in dezelfde formulering aan iedere pasgeslaagde arts uitgereikt. Over de aanvaarding en de naleving van deze norm in de groepering van geneeskundigen in ons land bestaat een fragmentarische literatuur.

Nu de overeenstemming over de normen verloren is gegaan, doordat de reikwijdte en de aanvaarding der aloude normen zijn verminderd en alternatieve normen aan invloed hebben gewonnen, wordt het beantwoorden van ethische vragen een uitdaging voor een persoonlijke stellingname. Het conformeren aan de normen van de groepering wordt de arts verhinderd doordat een aantal verschillende normen in de groepering functioneren. De veranderde rolverwachting betreffende zijn beroepsrol bij de be-



De fractie, waarin alle verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen O.L.M.A. worden uitgedrukt, heeft — berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen per ultimo september 1970 — voor het vierde kwartaal 1970 een waarde van f 1,166.

volking (en dus bij zijn patiënten) en bij paramedische medewerkers bemoeilijkt hem op andere wijze de beantwoording. Deze ontwikkelingen dwingen de arts tot een zorgvuldige bezinning op de doelstelling waarvoor hij zich inzet. Ook verhelderen zij het gegeven, dat het uitoefenen van de geneeskunst meer vergt dan alleen het optimaal vervullen van de professionele rol. Daar hij meer is dan drager van deze rol alleen, wordt van de arts een grotere inzet gevraagd. Bij de studie in de geneeskunde krijgt de systematische opleiding in de professionele rol uit de aard der zaak alle aandacht. De doelstelling der geneeskundige faculteit is het opleiden tot kundige artsen. De mogelijkheid om tijdens de opleiding te komen tot een confrontatie met de ethische vragen op het werkterrein van de gezondheidszorg is voor vele studenten nog beperkt gebleven. Deze beperkte ervaring kan hen later in de besluitvorming weinig oriëntatie bieden.

Nu de consensus van de groep hem ontvalt, ontvangt de arts de gelegenheid zich te bezinnen op de waarden, die hij bij zijn persoonlijke stellingname de prioriteit verleent. Alleen na deze bezinning in overleg met zijn collega's met gelijke levensbeschouwing kan hij een inbreng geven bij de totstandbrenging van de nieuwe normen die in de toekomst de activiteiten in dienst van de gezondheidszorg zullen reguleren.

Literatuur:

- „Aesculaap”: speciaal Wendingnr. juli-aug. 1952 Boeken-centrum, Den Haag.
 Banning, W.: Inleiding in de sociale ethiek (2e dr.) 1962 Servire, Den Haag.
 Berg, J. H. van den: Medische macht en medische ethiek Uitg. G. F. Callenbach N.V. Nijkerk, 1969.
 Calff, J. P.: Medische ethiek vandaag Agon Elsevier - Amsterdam, 1969.
 Doorn, J. A. A. van; en Lammers, C. J.: Moderne sociologie (4e druk) 1964.
 Hoofdakker, R. H. van den: Het bolwerk van de beteroers Soteria, 13e jrg. pag. 127-130: Wij worden opgeleid tot roofdieren (interview) Vrij Nederland, aug. 2, 1969: Artsenstand, sleepanker dat de vooruitgang afremt (interview) Het Vrije Volk, 30 aug. 1969: Arts en autoriteit Vrij Nederland, 3 jan. 1970.
 Hoogerwerf, A.: Protestantisme en progressiviteit diss. V.U., 1964.
 Jongh, D. K. de: Kritische beschouwingen over de homeopathie diss. Amsterdam, 1943.
 Jongkees, L. B. W.: Moest dat nu? (klinische les) Ned. Tijdschr. v. Gen. 1970 (114) pg. 45.
 Kon. Mij. t.b.v. Geneeskunst: Medische ethiek 1e dr. 1936; 2e dr. 1941; 3e dr. 1959.
 Kortbeek, L. H. Th. S.; e.a.: Recent medisch ethisch denken I Stafleu's Wetensch. Uitg. mij., 1968.
 Lindeboom, G. A.: Opstellen over medische ethiek J. H. Kok Kampen, 1960.
 Sporken, C. P.: Voorlopige diagnose Inleiding tot een medische ethiek AmBo, Utrecht - 1969.

Artsdiploma's voldoen sedert 1 september 1968 niet geheel aan wettelijke vereisten

Door Dr. Mr. Dr. W. Schuurmans Stekhoven (Knegsel)

Ingevolge art. 1 WUG is uitoefening geneeskunst alleen geoorloofd aan degenen, die deze bevoegdheid volgens de wet verkregen. Die wet is de WMO, bepalend in art. 211, dat de hoedanigheid van arts wordt verkregen door het met goed gevolg afleggen van het arts-examen. Art. 32 WMO bepaalt, dat het Academisch Statuut (hieronder verder afgekort tot A.S.) de vereisten regelt voor het krachtens universitair getuigschrift verkrijgen van die hoedanigheid.

In het A.S. 1963 waren die wettelijke vereisten geregeld in de artt. 29 t/m 31 op de bekende wijze (tweedeling in semi-arts- en artsexamen). Op elk artsdiploma stond dan ook... „artsexamen, bedoeld in de artikelen 30 en 31 van het Academisch Statuut (Koninklijk besluit van 11 september 1963, staatsblad 380)”. In aansluiting daaraan werd dan nog verwezen naar de erlanging van de hoedanigheid van arts (wet van 25 december 1878, Staatsblad 222,) zinloos geworden door art. 211 A.S. 1963, waaraan de toekenning van die „hoedanigheid” was overgebracht.

Bij wijziging in 1968 van het A.S. 1963 zijn met in-

gang van 1 september 1968 de artt. 30 en 31 A.S. 1963 vervallen. Het tweedelige artsexamen (oude stijl) werd vervangen door twee examens: 1. „assistent-artsexamen” (met titel en bezoldiging), nieuw art. 27 A.S. 1963; 2. „artsexamen” (nieuwe stijl), nieuw art. 28 A.S. 1963.

Waar overgangsbepalingen werden verzuimd kon dus sedert 1 september 1968 de hoedanigheid van arts, bedoeld in art. 211 A.S. 1963 uitsluitend worden verkregen door het met goed gevolg afleggen van het artsexamen (nieuwe stijl) bedoeld in artikel 28 van het Academisch Statuut (Koninklijk besluit van 11 september 1963, Staatsblad no 380, zoals (toen) laatstelijk gewijzigd bij Koninklijk Besluit van 8 oktober 1968, Staatsblad 500).

Aangezien de omschakeling op het „nieuwe curriculum” tijd eiste, zijn de faculteiten — op uitdrukkelijke aanwijzing van de minister van Onderwijs — rustig voortgegaan „semi-artsexamens (oude stijl)” en wat erger is „artsexamens (oude stijl)” af te nemen en semi-artsgetuigschriften (oude stijl) en artsdiploma's (oude stijl) af te geven, die niet meer

bestaan (verwijzende naar artikelen van het A.S. die niet meer bestaan): noch die examens, noch die diploma's voldoen dus formeel en materieel aan de wettelijke vereisten. Juist om de zaak niet al te scherp te slijpen spreek ik niet van „ongeldig” en „onwettig” (wat die examens en diploma's natuurlijk wel zijn). Dit is geen formalistische kwestie maar een zaak van openbare orde en formeel recht.

Reeds verleden jaar heb ik gedetailleerd in de rubriek „Arts en Wet” van het N.T.v.G. zowel de bevoegdheden als de aansprakelijkheden van assistent-artsen, huisartsen alsmede inrichtingen, waar zij hun „stage” doorbrengen, besproken. Ook is toen reeds zowel het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid als het departement van Onderwijs gewaarschuwd. De kwestie is toen ook — als ik wel ben geïnformeerd — ter kennis gebracht van de staatscommissie-De Vreeze (tot herziening van de geneeskundige wetgeving). Men miskende toen noch de ernst noch de moeilijkheden, verbonden aan de correctie van de gemaakte fout(en).

Ik meen echter dat thans het ogenblik is aangebroken, dat ook de zeker al uit enige honderden „collegae” bestaande „artsen”-generatie met na 1 september 1968 afgegeven „artsdiploma” (oude stijl) wordt geconfronteerd met wat ik maar het „vitium originis” zal noemen van hun wettelijk op zijn minst op losse schroeven staande „hoedanigheid van arts”. Al was het maar in de overtuiging, dat velen hunner — voor zover Maatschappijlid — er bij het Hoofdbestuur op zullen aandringen adequate stappen te nemen om genoemd „vitium” alsnog weg te nemen.

Rechtstreekse aanleiding tot het schrijven van deze beschouwing was de ervaring, dat noch die groep jonge artsen, noch de groep medisch doctorandi, die op het punt staan de niet meer bestaande examens af te leggen en de niet meer aan de wettelijke vereisten voldoende getuigschriften te erlangen, daarvan op de hoogte zijn. Bovendien compliceert deze problematiek ook de verzoeken van de onlangs met een dergelijk „arts-diploma (oude stijl)” begiftigde groep „contract-studenten”, die zich bij Defensie hebben verbonden zich na de erlanging van de hoedanigheid van arts (nieuwe stijl) tot „officier-arts (nieuwe stijl)” te laten beëdigen en om ernstige redenen ontheffing van die overeenkomst willen vragen. Men dringt er van militaire zijde bij hen op aan zich toch als „officier” te laten beëdigen, hetgeen natuurlijk onjuist is, omdat zij ten onrechte bij K.B. tot „officier-arts” zijn benoemd, niet wetende, dat zij die hoedanigheid van arts (nieuwe stijl) niet bezitten.

Natuurlijk zijn ook strafrechtelijke en tuchtrechtelijke verwickelingen denkbaar. Uiteraard zal men hen — waar zij te goeder trouw zijn — geen „onbevoegde uitoefening van de geneeskunst” ten laste kunnen leggen. Maar anderzijds komt het mij voor,

DOKTERSMAPJE

Onder deze benaming is nog steeds verkrijgbaar een plastic portefeuille van gele kleur. Het doel van dit doktersmapje is de behandelend arts inlichtingen te verstrekken over voorafgaande behandelingen en verstrekte medicamenten. Een boekje (groene omslag) in de portefeuille aanwezig geeft namelijk de arts de mogelijkheid voor zijn behandeling kennis te nemen van de bevindingen van zijn voorganger en na zijn behandeling hierin voor zijn collega die na hem de behandeling moet voortzetten de nodige inlichtingen te verstrekken. Op deze wijze is het, met vrijwillige medewerking van de artsen, mogelijk die inlichtingen te verschaffen, die een arts van een niet trekkende patiënt uit eigen ervaring en eigen aantekeningen kent. In de portefeuille bevindt zich achter doorzichtig plastic een witte kaart waarop de naam, het adres enz. van de eigenaar wordt vermeld. In de portefeuille zijn verder aanwezig een aantekenboekje in groene omslag en een vijftal enveloppen.

Het doktersmapje is tegen contante betaling verkrijgbaar bij het ziekenfonds „A.N.O.Z.” afd. B.S.P., Kromme Nieuwe Gracht 56 te Utrecht, tel. 030 - 25643. Verzekerden die lid zijn van het aanvullingsfonds kunnen dit mapje één keer gratis ontvangen en voorts kan het worden besteld via de diverse kantoren van het A.N.O.Z. in den lande, het Centraal Bureau voor de Rijn- en Binnenvaart, Koningin Emmaplein 6 te Rotterdam en de erkende werknemersorganisaties.

dat ten aanzien van ernstige delicten, waarop als bijkomstige straf „ontzetting van de bevoegdheid een beroep uit te oefenen” is voorzien, zodanige ontzetting niet mogelijk is, waar zij de „hoedanigheid van arts” (nieuwe stijl) en dus de bevoegdheid geneeskunst uit te oefenen rechtens missen. Tucht-rechtelijk staat het niet anders: het gemis van de meergenoemde hoedanigheid maakt het op zijn minst twijfelachtig of in hoogste instantie hun niet de kwaliteit van „geneeskundige” in de zin der tuchtwet zal worden ontzegd.

Ik zal hier niet treden in het bij uitstek — ook medisch-ethisch — delicate probleem voor de faculteiten, die, alvorens bedoelde niet aan de wettelijke vereisten beantwoordende „arts”-diploma's uit te reiken, de artseneed vorderen van doctorandi, waarvan de faculteit moet worden geacht te weten, dat zij de „hoedanigheid van arts” — noch nieuwe noch oude stijl — erlangen. Voor mij maakt dit kleine onderdeel, juist omdat voor de toekomstige collegae een van de hoogtepunten van het plechtig uur de „arts-bul-uitreiking” kan zijn en voor velen ook pleegt te zijn, de gehele gang van zaken sedert 1 september 1968 des te onaanvaardbaarder, medisch, ethisch en juridisch.

Opleiding en training in de huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht

In de nieuwe wettelijke regeling van de medische studie is na de zesjarige opleiding tot assistent-arts voorzien in een verplicht zevende jaar, waarin kan worden gekozen voor verdere opleiding tot specialisatie of tot praktijkstudie voor het beroep van huisarts. Officiëel zal deze regeling pas effect hebben in 1974, maar omdat Utrecht eerder met een nieuwe opzet van de studie begon, is men daar volgend jaar al aan dat zevende jaar toe en zal met zo'n 70 tot 80 studenten moeten worden begonnen aan de praktijkopleiding tot huisarts. Tot dat doel is onder leiding van Prof. Dr. J. C. van Es het Instituut voor Huisartsgeneeskunde opgericht, dat onlangs een pand aan de Mariahoek heeft betrokken. Bij die gelegenheid heeft Prof. Van Es de opleiding en training in de huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, alsmede de doelstelling en inrichting van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde nader uiteen gezet. Hij gaf daarbij de volgende toelichting:

Onderwijs in de huisartsgeneeskunde wordt op verschillende tijdstippen gedurende het curriculum gegeven. De voornaamste activiteiten op dit gebied komen voor in het 3e, 4e en 7e studiejaar. Volgend jaar zal dit worden uitgebreid tot het 2e jaar en in de toekomst ook tot het 6e.

A. Gedurende het 3e en 4e jaar van de medische studie volgen de studenten colleges over enige geselecteerde hoofdstukken uit de huisartsgeneeskunde. In het 3e studiejaar komen de volgende aspecten aan de orde: een overzicht van het voorkomen van ziekten in de huisartspraktijk, de arts-patiënt-relatie en gezinsgeneeskunde. Het Leitmotiv bij de behandeling van deze onderwerpen is de toepassing van de geneeskunde in de huisartspraktijk. Het doel is niet zozeer de studenten gezinssociologie te leren, maar wel hun vertrouwd te maken met een aantal uitgangspunten hiervan, die nuttig of noodzakelijk zijn voor een adequaat functioneren als huisarts. Evenzo, in plaats van een overzicht te geven van het patroon van het voorkomen van ziekten, wordt aan de studenten geleerd, hoe dit patroon in te passen in hun diagnostische, therapeutische en preventieve activiteiten. Het uiteindelijke doel is, de studenten een denkwijze te leren, welke kan helpen bij die speciale manier van oplossen van problemen, die de huisartsgeneeskunde eigenlijk is.

Bijna al het onderwijs wordt gegeven op basis van een gegeven geval, hetwelk soms wordt gedemonstreerd met behulp van video-tapes. In aanvulling hierop worden syllabi gemaakt (of zijn ten dele gereed), welke de student leren hoe hij meer inhoudelijke gegevens moet vasthouden. Deze gegevens zijn even onontbeerlijk als de denkwijze in de huisartsgeneeskunde.

Het grote aantal studenten betekent een onder-

wijsprobleem. Ofschoon de ontwikkeling zich duidelijk beweegt in de richting van de invoering van discussies in het onderwijs, het grote aantal studenten verhindert pogingen in deze richting. Een compromis is de studenten gelegenheid te geven vragen te stellen gedurende een college, maar dit is geen werkelijke uitwisseling van ideeën of een dialoog. Aan het eind van een studiejaar worden de besproken onderwerpen samen met de studenten geëvalueerd. Als resultaat hiervan is reeds een aantal verbeteringen aangebracht.

De colleges van het vierde cursusjaar zijn een voortzetting van die van het derde jaar, maar de nadruk wordt dan meer gelegd op de medische aspecten van de probleemoplossing. Een aantal colleges hebben de klachten van patiënten als uitgangspunt; bekeken wordt een patiënt met koorts, rugklachten, buikkoliek, hoofdpijn. Ook komen ter discussie patiënten, die bij onderzoek geen afwijkingen vertonen, de chronisch zieke, de stervende, de rouwende familie, dus een aantal feitelijke situaties waarmee een huisarts regelmatig in aanraking komt. De nadruk ligt op de manier, waarop de problemen worden opgelost en de factoren, die deze processen beïnvloeden.

Het eerste examen over onderwerpen die in het 3e en 4e jaar zijn gegeven zullen in het cursusjaar '70/'71 plaatsvinden. In Utrecht heeft men eerst ervaring willen opdoen met deze manier van onderwijs geven, alvorens aan examineren te denken. Daar bij het onderwijs in de huisartsgeneeskunde de nadruk valt op begripsvorming, het vertrouwd raken met processen en het oplossen van problemen, is nu de tijd gekomen om een oordeel te vormen, dat in overeenstemming is met het doel van dit onderwijs. Alle andere examens in het vierde jaar worden nog op de oude manier afgenomen, maar deze methode wordt toch minder geschikt geacht. De voorkeur gaat uit naar een methode, die niet alleen de vooruitgang van de student aantoonst, maar die hem zelf tevens de mogelijkheid biedt een inzicht te krijgen in zijn kennis en bekwaamheid en te constateren welke hiaten er nog zijn.

B. Het algemene studieprogramma omvat een verplichte periode van 40 halve dagen, die de student in staat stelt om hem meer vertrouwd te maken met één van de speciale terreinen. Deze bestaan hoofdzakelijk uit pre-klinische en laboratorium-onderwerpen; de studenten mogen echter ook medische psychologie, sociale geneeskunde of huisartsgeneeskunde kiezen.

Er is een toenemende vraag naar een stage bij de huisarts (30% van het totaal). Dit aantal bereikt het maximaal haalbare en wordt gezien als de limiet voor het ogenblik. Hoewel het oorspronkelijk doel van een praktijkperiode was om deel te nemen aan

één of meer research-projecten, de praktijkperiode in een huisartspraktijk beoogt het volgende: De student moet enig inzicht verwerven in wat er in zo'n praktijk gebeurt, welke consequenties ziekte heeft voor de patiënt en zijn omgeving. Deze tijd moet ook bijdragen in zijn normerende algemene ontwikkeling als beroepswerker, inzake taken, houdingen etc., dusdanig dat de student leert waarnemingen onder woorden te brengen en ter discussie te stellen in een groep. Hij leert ook literatuur te raadplegen en samen te werken met collega's.

De praktijkperiode wordt ruwweg als volgt georganiseerd: De studenten worden in groepen van 12 verdeeld met een stafid van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde als groepsleider. Na enige inleidende groepsdiscussies worden de studenten toegevoegd aan een huisarts voor een week. Gedurende deze tijd worden de handelingen van deze huisarts gadeslagen. Mondeling worden hun waarnemingen in de groep gerapporteerd. Vervolgens zoeken de studenten samen met de huisarts een patiënt uit, die zij verschillende keren zelfstandig bezoeken; het idee is dat deze bezoeken de student voornamelijk enig begrip moeten bijbrengen over de invloed, welke de ziekte heeft op de patiënt en zijn omgeving. De studenten moeten schriftelijk verslag uitbrengen, wat daarna tijdens groepsbijeenkomsten wordt besproken. Vervolgens wordt de groep in telkens twee studenten verdeeld, die een onderwerp op het terrein van de huisartsgeneeskunde uitkiezen in de literatuur of op een andere manier gegevens verzamelen. Over genoemd onderwerp schrijven zij een scriptie, die wordt besproken in de groep.

C. Nu wordt enige informatie gegeven over het 7e en laatste jaar van het curriculum. Het programma is in wording en midden 1971 zal het worden ingevoerd. De andere universiteiten zullen na 3 jaar volgen. Zoals reeds eerder vermeld: het zevende jaar is gewijd aan een gedifferentieerde opleiding. Dit betekent dat de toekomstige specialist met zijn specialisme dat jaar begint, terwijl de toekomstige huisarts een specifieke vakopleiding krijgt deels in een huisartspraktijk en deels in een klein ziekenhuis. Deze training behoort voldoende niveau te hebben en te zijn gericht op een toekomstige praktijk als huisarts. Het omvat de volgende componenten:

1. De afgestudeerde student, bevoegd als medicus (maar alleen onder toezicht) volgt een cursus bij het Instituut voor Huisartsgeneeskunde. Deze cursus moet die informatie en training verschaffen, die het werk hierna in de huisartspraktijk vergemakkelijkt. De cursus is voornamelijk gericht op de manier, waarop een aantal gewone of zeer ingewikkelde problemen van behandeling kunnen worden aangepakt, het proces van het eerste contact tot beëindiging van het contact. Enige elementen zijn: de presentatie van de klachten; wat te doen nadat de eerste informatie binnen is; verder afnemen van voorgeschiedenis, de omvang van het lichamelijk onderzoek en de hulpmiddelen en aanvullend vereist onderzoek; hoe dit moet worden uit-

gevoerd of door anderen kan worden uitgevoerd; welke diagnose moet worden overwogen, op welke gronden men hiertoe komt en wat de consequenties zijn van het verwijzen naar een specialist; is opname in een ziekenhuis nodig; welke therapie kan worden gegeven (in detail); hoe te handelen met de omgeving van de patiënt; hoe staat het met ophouden met of opnieuw opnemen van het werk; welke sociale gevolgen heeft de ziekte en wat zijn de consequenties voor de organisatie van de praktijk. Ziekten en klachten op deze manier bestudeerd omvatten: pijn in de borst, dyspnoea, buikklachten, ongevallen en vergiftigingen, functionele symptomen, bewusteloosheid en acute verwarring.

2. Nadat deze cursus is gevolgd, wordt de zevendejaars toegevoegd als assistent aan een huisarts, gekozen uit huisartsen, die bereid zijn te fungeren als opleider (er is vrij grote interesse hiervoor, zodat een keuze mogelijk is). Nu wordt verwacht, dat jaarlijks 70 à 80 afgestudeerden een praktische opleiding wensen te volgen, moeten 35 à 40 huisartsen beschikbaar zijn als huisarts-opleider. Vele malen het vereiste aantal opleiders heeft zich aangemeld. In een aantal gevallen is een groep huisartsen huisarts-opleider. Deze huisarts-opleider wordt een officiële status geboden; hij krijgt een part-time aanstelling als stafid bij het instituut voor huisartsgeneeskunde.

Het kardinale punt is dat de huisarts-opleider het zijn assistent meer en meer mogelijk moet maken om zelfstandig op te treden. Na een korte inwerkperiode moet de assistent spreekuur houden, bezoeken afleggen - kortom, het werk doen van een huisarts. Echter dagelijks moet hij de behandelde patiënten bespreken met de huisarts-opleider en de problemen bespreken, die hierbij voorkwamen. De huisarts-opleider behoeft zich niet te bekommeren om theoretische of systematische scholing. Dit wordt door middel van zogenaamde „terug-komdagen" verzorgd.

3. Eén dag per week wordt door afgestudeerden op het instituut doorgebracht voor verdere studie en begeleiding. Zij ontmoeten elkaar in groepen van twee, onder leiding van een stafid. Het programma is als volgt:

Een discussie van twee uur, gericht op een patiënt van een van de beide afgestudeerden. Deze discussie omvat het gehele proces van diagnose en therapie, behandeling en verzorging worden besproken en probleemoplossing is het centrale thema. Twee uur worden besteed aan een meer systematische discussie over belangrijke onderwerpen in de huisartsgeneeskunde. De leden van de groep zijn behulpzaam bij het kiezen van deze onderwerpen. Bij voorkeur houden één of twee studenten een verhandeling over een onderwerp (met de nadruk op eigen handelen). Het is ook mogelijk excursies te maken of specialisten en andere deskundigen uit te nodigen, indien nodig. Twee uur wordt vervolgens besteed aan een training in „praten met patiënten". Er wordt gesproken over verschillende typen van gesprek, anamnese opnemen,

geven van advies, informatief gesprek, luisteren naar de patiënt enz. Voor dit gedeelte wordt een mede-staflid uitgenodigd; hij is een expert op dit gebied. De verdere uren van deze „terug-kom-dag” worden besteed aan informeel contact met elkaar en administratieve of persoonlijke problemen. Het zal duidelijk zijn geworden, dat met zulk een programma de huisarts-opleiders geen intensief trainingsprogramma nodig hebben, maar dat een introductiecursus van bijvoorbeeld 6 halve dagen voldoende is.

4. Tenslotte volgt een verblijf van 6 maanden als co-assistent in een zogenaamd perifeer ziekenhuis (250-400 bedden). De assistent is verbonden aan een bepaalde afdeling, bij voorkeur de afdeling interne ziekten, chirurgie, kinderziekten, gynaecologie/verloskunde of neurologie/psychiatrie. Dit stelt hem in staat zich grondig vertrouwd te maken met één afdeling, waar hij werk van betekenis kan doen. Niettemin worden een aantal maatregelen genomen om zijn horizon te verbreden: a. de zevendejaars die in één ziekenhuis werken ontmoeten elkaar 1 uur per dag om de interessantste patiënten bij toerbeurt te bespreken; b. alle co-assistenten krijgen avond- en nachtdiensten voor spoedgevallen; c. voorzover mogelijk worden zij in staat gesteld de poliklinieken voor K.N.O., dermatologie en ophtalmologie te bezoeken. Gedurende dit verblijf in het ziekenhuis blijven de „terug-kom-dagen” als in de eerste fase. Het zal duidelijk zijn, dat voorbereidend werk voor dit programma tijdrovend is. De voorbereidingen zijn inmiddels zover gevorderd dat het gehele schema gereed is, voor zover het de organisatorische structuur betreft; een bijna voldoende aantal stafleden is aangetrokken en overeenkomsten met 5 ziekenhuizen zijn zo goed als gesloten. Een aantal administratieve en technische problemen, zoals woonruimte voor de zevendejaars moet nog worden opgelost.

D. Experimenteel onderwijs in de huisartsgeeneskunde start in het cursusjaar 1970/71. In nauw overleg met een groep actieve studenten is een programma gemaakt voor een experimentele cursus, waarbij de studenten voornamelijk te maken krijgen met pre-klinische onderwerpen, die het hun mogelijk maken een idee te vormen van hun beroep, alsmede inzicht en motivatie te verkrijgen voor verdere studie. Een ander doel van dit onderwijs is, om de student de wisselwerking te laten zien tussen patiënt, familie en samenleving. De nadruk wordt gelegd op de frequente noodzakelijkheid van interdisciplinaire samenwerking. Het experiment is geboren uit een oorspronkelijk verzoek een serie colleges over medische ethiek voor te bereiden!

Het onderwijs is gericht op de patiënt, of op het geval. Het uitgangspunt is de presentatie van een patiënt, bij voorkeur door middel van een videoband. Met verwijzing naar deze getoonde patiënt wordt de studenten een aantal vragen voorgelegd, die zij in groepen van 10-15 studenten bespreken. Dan volgt een samenvattende discussie, waarin ver-

schillende specialisten ook hun visie op de patiënt kunnen geven. In totaal worden 6 ochtenden aan dit experiment besteed. Een begeleidende groep wordt samengesteld, waarin studenten, een maatschappelijk werker, een wijkverpleegster en een verpleegster van de G.G.D., een huisarts, een sociaal-psycholoog, een professor in de ethiek en Prof. Van Es zelf zitting hebben. Deze groep is uiteindelijk verantwoordelijk voor dit onderwijs-experiment. Het is vermeldenswaard, dat de studenten zelf een grote en positieve inbreng hebben geleverd en dat een interdisciplinaire groep verantwoordelijk is voor het onderwijs in dit experiment.

E. Aanvullend geeft de huisartspraktijk ad hoc bijdragen op verschillende punten in het curriculum. Het levert zijn aandeel in de colleges over geïntegreerde therapie en enige andere voordrachten worden gegeven in samenwerking met anderen. Een interessant nieuw project is een polikliniek voor Seksuologie, waarin een gynaecoloog, een psychiater en een staflid van het instituut gezamenlijk spreekuur houden, met een mogelijkheid van onderlinge ruggespraak.

F. Tenslotte is er een plan om alle studenten (inclusief toekomstige specialisten) te verplichten waarschijnlijk voor een periode van twee weken een korte stage te laten volgen. In het studie-programma is hiervoor tijd uitgetrokken, maar geen stappen zullen hiervoor worden ondernomen, totdat de training van het 7e jaar behoorlijk is georganiseerd.

De staf, waarover men in Utrecht nu de beschikking heeft is te klein hiervoor en aan de beroepsopleiding werd prioriteit gegeven. Niettemin rijst de vraag, hoe dit alles in de nabije toekomst kan worden verwezenlijkt. Eenvoudig rekenen geeft de volgende uitkomsten: Ongeveer 4.400 huisartsen doen praktijk in Nederland. Elk universiteitsjaar omvat ongeveer 1.500 medische studenten van wie plus minus 500 huisarts willen worden. Indien de huisarts-opleiders 2 assistenten of 2 stagiaires in hun praktijk per jaar hebben, dan zullen er 750 nodig zijn voor stages en 250 voor de beroepsopleiding. In totaal is dit 1.000 huisartsen, of bijna 25% van het landelijk totaal. Of dit haalbaar is, moet worden afgewacht. Indien dit niet zo is, dan moet volgen van stages rationeler worden opgezet, dat wil zeggen teruggrijpen op audio-visuele middelen. Dit maakt het mogelijk om het aantal huis-opleiders te verminderen.

Tenslotte merkte Prof. Van Es nog op, dat volgens hem het enorme voordeel van het vermelde onderwijsprogramma is, dat het wordt uitgevoerd binnen de universitaire context en derhalve verplicht is. Het nieuwe programma zal dus ten goede komen van alle toekomstige huisartsen. De tijd zal leren of een programma als dit, voorzover reeds onderwezen en in opbouw is, voldoet. In de wetgeving zijn voldoende mogelijkheden geschapen voor revisie en heraanpassing van de programma's voor onderwijs en training, aldus Prof. Van Es.

Korte verslagen

Kort verslag van de vergadering van het hoofdbestuur gehouden op zaterdag 4 juli 1970 in het gebouw van de Maatschappij, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Voorzitter: Dr. L. van der Drift.

De voorzitter opent om 10.30 uur de vergadering.

Hulpverlening bij ongewenste zwangerschap. Besloten wordt om aan de hand van de gemaakte en nog nader schriftelijk in te dienen kritische opmerkingen een nieuw concept-schrijven aan de afdelingen terzake van dit onderwerp op te stellen en opnieuw aan het hoofdbestuur aan te bieden.

Wetswijziging betreffende abortus provocatus. Het hoofdbestuur zal dit vraagstuk opnieuw in behandeling nemen, nadat het secretariaat een nota inzake deze eventuele wetswijziging heeft opgesteld.

Beroepszaak van de Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie. Met algemene stemmen wordt besloten akkoord te gaan met de inschrijving in het register sociale geneeskunde van de in beroep gegane arts.

Beleidsnota van het bestuur van Medisch Contact. Aan de hand van de gemaakte opmerkingen zal aan het bestuur van Medisch Contact worden verzocht een herziene beleidsnota op te stellen.

Concept-beschrijvingsbrief voor de Algemene Vergadering van 12 september 1970. Het hoofdbestuur keurt de financiële stukken en jaarverslagen alsmede enkele aanvullende punten van de beschrijvingsbrief goed.

Verslag van de werkzaamheden van de bestuurlijke gespreksgroep personeelsbeleid. Besloten wordt de wijzigingsvoorstellen en verdere adviezen van deze gespreksgroep over te nemen. Het nieuwe personeelsbeleid kan nu met ingang van 1 januari 1970 worden gerealiseerd. Met dank voor de verrichte werkzaamheden heft het hoofdbestuur de gespreksgroep op. De secretaris-generaal zal de uitvoeringsmaatregelen treffen.

Besluit no 1-1970 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten. Ten aanzien van dit besluit inzake de opleidingseisen voor het specialisme kindergeneeskunde kan het hoofdbestuur zich verenigen.

Schrijven inzake de verhoudingen tussen het hoofdbestuur en de belangenverenigingen. Dit stuk wordt ter verdere afhandeling in handen gesteld van de Commissie Organisatie-criterium.

Jaarverslag 1969 aangaande de Bibliotheek van de Maatschappij. Met grote waardering voor het belangrijke werk dat door de bibliothecaris is gedaan, wordt dit verslag voor kennisgeving aanvaard.

Mededelingen van de voorzitter van de Maatschappij. In verband met het op 19 december a.s. vastgestelde symposium over Kindermishandeling zal zo nodig de Algemene Vergadering gehouden worden op vrijdagavond 18 december a.s.

Te 17.00 uur sluit de voorzitter de vergadering.

Kort verslag van de vergadering van het hoofdbestuur gehouden op zaterdag 5 september 1970 in het gebouw van de Maatschappij, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Voorzitter: Dr. L. van der Drift.

De voorzitter opent de vergadering te 13.00 uur.

Reorganisatie leden- en contributie-administratie. Het hoofdbestuur besluit voor deze werkzaamheden de hulp van een computer-service bureau in te schakelen. De uitwerking hiervan wordt aan de secretaris-generaal opgedragen.

De nieuwe contributieregeling. Deze zal worden ingevoerd op 1 januari 1971; de grenswaardebedragen, afgerond op f 500,— zullen jaarlijks worden aangepast op basis van de indexcijfers inzake de regelingslonen.

Benoeming van een hoofd afdeling buitenland. Het hoofdbestuur benoemt Mr. H. A. Veenstra tot secretaris-buitenland voor halve dagen bij het secretariaat van de Maatschappij. Getracht wordt de functie per november 1970 te doen ingaan.

Hulpverlening bij ongewenste zwangerschap. Met enkele amenderingen wordt besloten het concept-schrijven aan de afdelingen inzake het abortusvraagstuk te laten uitgaan.

Wetswijziging betreffende abortus provocatus. Het hoofdbestuur bepaalt een standpunt inzake deze eventuele wetswijziging, dat naar voren zal worden gebracht bij de commissie abortusvraagstukken (Commissie Kloosterman) en daarna kan dienen voor publikatie in Medisch Contact.

Vervolgens houden Prof. Dr. A. Querido en Prof. Dr. F. J. Thung een inleiding over „Modern wetenschappelijk onderwijs in de geneeskunde”, gevolgd door een uitgebreide discussie.

Begroting kadercursus 1970. Deze wordt goedgekeurd.

Wetsontwerp verhoging van de loongrens. Ten aanzien hiervan stelt het hoofdbestuur de tekst van een (eventueel later uit te zenden) adres aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal vast.

Tenslotte gaat het hoofdbestuur akkoord met het verzoek van het Ondersteuningsfonds om collega De Jager nog één jaar aan te laten blijven als secretaris van dit fonds.

Te 18.30 uur sluit de voorzitter de vergadering.

Jaarverslag 1969 C.La.N.A.G.

Inleiding

In het afgelopen verslagjaar zag het bestuur zich geconfronteerd met het vertrek van zijn energieke directeur de heer M. J. van der Horst naar een functie in het bedrijfsleven. Wij zijn hem veel dank verschuldigd voor de snelle en grondige opzet van het laboratorium en de volledige inzet voor ons doel „de apotheekhoudende huisarts een zo goed mogelijk farmaceutisch produkt te laten afleveren”. Met hem werd ook reeds gesproken over bio-farmaceutische controle door het laboratorium, voor zover dit binnen het kader der kosten mogelijk zou zijn. Zijn taak is inmiddels op enthousiaste wijze overgenomen door de heer G. Eijkel, die zich snel in de problematiek inwerkte en op bekwame wijze de leiding voert.

Vele apotheekhoudende huisartsen hebben de weg naar het laboratorium leren kennen en het mag tot voldoening stemmen, dat het laboratorium naast zijn controlerende functie een nieuwe heeft geschaffen, namelijk een voorlichtende. Het doel van de oprichters, de zo goed mogelijke farmaceutische voorziening van het platteland, wordt hierdoor ook ten sterkste bevorderd.

Hierbij wordt tevens décharge verleend aan de directeur van het laboratorium voor het door hem gevoerde farmaceutische en financiële beleid.

Namens het bestuur,
L. Smid, arts, voorzitter

Dit jaarverslag wijkt in enkele onderdelen af van beide vorige. Hoewel de opzet gelijk is gebleven, leek het ons beter enkele herhalingen, die het verslag 1968 vertoonde, ditmaal te vermijden.

Wel vermelden wij wederom een lijst van nieuwe, door ons in onderzoek genomen geneesmiddelen met hun bepalingmethode, en aanvullingen en/of wijzigingen op bestaande onderzoekmethoden.

Wegens de grote verscheidenheid van geneesmiddelcombinaties (eigen of speciale receptuur) nemen wij hiervan voortaan geen overzicht meer op.

Tegen het einde van het verslagjaar heeft de eerste directeur van C. La.N.A.G., de heer M. J. van der Horst, afscheid genomen van de Stichting wegens het aanvaarden van een functie in de research van een grote farmaceutische onderneming. Steller dezes zal de heer Van der Horst steeds dankbaar blijven voor de ontwikkeling van het laboratorium zoals dit thans bestaat en functioneert; hij hoopt het werk in dezelfde geest voort te zetten.

Ontwikkeling

Een belangrijke vooruitgang is de nu aanwezige mogelijkheid tot snelle kwantitatieve analyse via dunnelaag-chromatografische scheiding en meting van de gescheiden bestanddelen op de plaat met behulp van de Zeiss densitometer.

Chromatografische scheidingsmethoden zijn voor de analyse van samengestelde geneesmiddelen en van gedeeltelijk ontlede produkten van groot belang. Zo hopen wij in 1970 onze kolomchromatografie verder te ontwikkelen en daarnaast gaschromatografie te gaan toepassen.

Oplossnelheid en resorptiesnelheid van geneesmiddelen en hun toedieningsvormen hebben vaak groter invloed op de werking dan fouten van 10% of 20% in de dosering. Het is noodzakelijk hierin een zo goed mogelijk inzicht te verkrijgen binnen de mogelijkheden van de chemische en fysische methodieken. Geclaimde goede eigenschappen op dit gebied vormen heden ten dage een belangrijk verkoopargument, terwijl eventuele slechte eigenschappen de werking van een geneesmiddel sterk kunnen verminderen of zelfs opheffen. Hiervan zijn ons al voorbeelden bekend.

Dank zij het initiatief van de vorige directeur beschikken wij thans over apparatuur waarmee wij door in-vitro-proeven een goede waardering kunnen verkrijgen van diverse fabrikaten van eenzelfde geneesmiddel ten opzichte van elkaar. Wanneer wij hiermee correlaties vinden tussen door artsen opgedane ervaringen en onze uitkomsten, is de mogelijkheid geschaffen om door overleg met de betrokken fabrikanten verbeteringen te bewerkstelligen, dan wel het inferieure produkt aan de circulatie te doen onttrekken.

Het onderzoek van injectievloeistoffen op vaste verontreinigingen is verscherpt door de aanschaf van een apparaat voor beschouwing in gepolariseerd licht.

Voor de kwantitatieve bepalingen door middel van dunnelaag-chromatografie werd een micrometer-spuut aangeschaft.

Bij de opstelling voor kolomchromatografische analyse werd een afzuigstelsel gebouwd ter verwijdering van schadelijke dampen van de gebruikte vloeistoffen.

Zoals in een vorig jaarverslag werd opgemerkt zijn er ook onderzoeken gedaan welke in de tabel niet zijn vermeld, o.a. bepaling van het smelttraject van zetpillen.

Adviezen

Indien geneesmiddelen, in het bijzonder tabletten,

in een andere verpakking worden overgestort in verband met compacter berging of praktische bereikbaarheid, levert dit geen bezwaren op wanneer fabriek en chargenummer bekend blijven.

Vele geneesmiddelen zijn, ook in tabletvorm, gevoelig voor licht, in het bijzonder ultraviolette stralen van een golflengte, die door kleurloos glas en sommige kleurloze plastics worden doorgelaten. Daarom is overstorten in kleurloze glazen of plastic flessen niet aan te bevelen. Er zijn ook kleurloze plastics in de handel die deze stralen tegenhouden, doch voorzichtigheid blijft geboden.

Mede door het grote aantal geneesmiddelen en het feit, dat er steeds nieuwe bijkomen, is het praktisch onmogelijk een volledige lijst samen te stellen van die stoffen, die „buiten invloed van het licht” moeten worden bewaard.

Wij stellen ons voor deze en andere adviezen door te geven aan de Apotheek Commissie der Landelijke Huisartsen Vereniging.

Uitbreiding instrumentarium

Allen Liquid Viewer, voor het beoordelen van de helderheid van injectievloeistoffen in gepolariseerd licht.

Polarisatie-uitrusting en micrometer voor de microscoop.

Autoclaaf en 2 broedstoven (voor microbiologie).

Zeiss uitrusting voor densitometer, in combinatie met de Zeiss spectrofotometer PMQ II in gebruik bij het dunnelaag-chromatografisch onderzoek.

Cuvettendeur voor de Camag fluorometer.

Desaga Resomat apparatuur voor dissolutie- en permeatie-proeven.

Hitachi model 101-1003 UV/VIS spectrofotometer, ter combinatie met de Resomat.

Twee wisseleenheden ter uitbreiding van de Metrohm potentiograaf.

Agla Micrometer Syringe, voor het opbrengen van monsters voor kwantitatieve dunnelaag-chromatografie.

Servogor Recorder RE 511.

Onderzochte niet-verpakte geneesmiddelen en specialité's Periode 1-1-'69 t/m 31-12-'69

Artikel	aant.	goed	o/v	gew.	geh.	ontl.	des.
tabletten	4469	4035	317	13	63	28	6
dragees	1413	1307	72	6	14	10	7
capsules	608	533	5	13	11	20	28
injecties	909	619	267	—	10	12 ²⁾	—
poeders	35	31	1	—	1	2	—
suppositoria	120	105	10	—	2	3	—
zalven	209	193	10	—	4	1	—
diversen	689	580	52	—	9	53 ¹⁾	—
	8452	7403	734	32	114	129	41

1) waarvan 30 met hoger dan toegestaan kiemgetal	tabletten	6 afgekeurd
	dragees	5 afgekeurd
2) waarvan 7 niet steriel	capsules	1 afgekeurd
	injecties	6 afgekeurd
	zalven	1 afgekeurd
	diversen	1 afgekeurd

Afkortingen:

aant. aantal
o/v. onregelmatig/vuil
gew. gewichtsafwijking
geh. gehalte-afwijking
ontl. ontleding
des. desintegratie

In dit totaal overzicht zijn begrepen de circa 75 monsters die in de loop van 1969 door 59 artsen ter onderzoek aan ons werden opgezonden.

Onderstaand volgt een lijst van nieuwe, door ons in onderzoek genomen geneesmiddelen met hun bepalingsmethode, en aanvullingen en/of wijzigingen op bestaande onderzoeksmethoden.

n = nieuw voorschrift;
w = wijziging;
a = aanvulling

Produkt	Bepalingsmethode	
Acetofenazinedimaleaat	U.V. spec.	n
Acetosol	kolomchrom.	a
Acetyldigitoxine	D.L.C.	a
Adrenalinebitartraat	U.V. spec. + kolomchrom.	a
Adrenaline HCl	U.V. spec. + kolomchrom.	a
Aluminiumacetylsalicylaat	complexom. + kolomchrom.	a
Ambazon	U.V. spec.	n
Amfepramon HCl	potentiom. (perchloorz.)	n
Aneurine HCl	U.V. spec.	a
Aprobarbital	acidim.	n

Benziodaron	argentom.	a
Bibenzonbromide	U.V. spec.	n
Bisacodyl	U.V. spec.	a
Bismutsubnitraat	gravim.	n
Broomhexine	U.V. spec.	n
Broxyquinoline	U.V. spec. + acidim.	n
Bucizine	U.V. spec.	n
Busulfaan	acidim.	n
Butylscopolaminebromide	argentom.	n
Calciumaluminiumaminosalicylaat	complexom. + jodom.	n
Calciumbenzoylaminosalicylaat	complexom.	n
Carbutamide	acidim.	a
Chloormezanon	U.V. spec.	n
Chloorprothixeen	U.V. spec.	n
Chloorquinolal	U.V. spec.	n
Chloortalidon	U.V. spec.	a
Chloortetracycline HCl	kolomchrom.	a
Chloralhydraat	jodom.	n
Cholinetheofyllinaat	potentiom. (perchlorz.)	a
Cinnarizine	potentiom. (perchlorz.)	a
Clofibrat	U.V. spec. + acidim.	n
Clonidine	U.V. spec.	n
Coffeine	U.V. spec.	a
Coumetarol	potentiom. (acidim.)	n
Cyclizine HCl	potentiom. (perchlorz.)	a
Cyclizinelactaat	U.V. spec. + potentiom. (perchlorz.)	n
Cyproheptadine	U.V. spec.	n
Desoxycortonaacetaat	U.V. spec.	n
Dextropropoxyfeen	potentiom. (perchlorz.)	n
Dibenzepine HCl	U.V. spec.	n
Diethylcarbamazine	potentiom. (perchlorz.)	n
Digitalispreparaten	D.L.C.	n
Digitoxine (= Digitaline)	D.L.C.	a
Digoxine	D.L.C.	a
Dihydrokinidinegluconaat	acidim.	n
Dihydrokinidine HCl	acidim.	n
Di-joodtyrosine	oxidim.	n
Dioxyantrachinon	U.V. spec.	a
Dipyridamol	U.V. spec.	n
Disulfiram	Kjeldahl	n
Dixyrazine	U.V. spec.	n
Doxepine	U.V. spec.	n
Dydrogesteron	U.V. spec.	n
Ectylureum	Kjeldahl	n
Ergometrinemaleaat	U.V. spec.	a
Ergotaminetartraat	U.V. spec.	a
Erytromycinelactobionaat	U.V. spec. + I.R. spec.	n
Etafylline	U.V. spec.	n
Ethambutol	potentiom. (perchlorz.)	n
Ethopropazine HCl	U.V. spec.	n
Ethylbiscoumacetaat	acidim.	n
Ethyldicumarol	acidim.	n
Fenacetine	U.V. spec.	w
Fenfluramine HCl	potentiom. (perchlorz.)	n
Fenforminechloride	U.V. spec.	a
Fenindaminetartraat	U.V. spec.	a
Fentamine	U.V. spec.	n
Ferroammoniumcitraat	cerim. + jodom.	n
Ferrochloride	jodom.	a
Ferrocitraat	jodom.	a
Ferrofosfaat	cerim. + jodom.	n
Ferrofumaraat	jodom.	a
Ferrogluconaat	cerim. + jodom.	n
Ferrolactaat	jodom.	a
Ferrosulfaat	jodom.	a

Ferrotartraat	cerim. + jodom.	n
Flumetasonpivalaat	U.V. spec.	n
Ftalylsulfathiazol	acidim. (potentiom.)	n
Furosemide	potentiom. (acidim.)	a
Glutaminezuur	acidim.	n
Glutethimide	U.V. spec.	n
Glycopyrron	potentiom. (perchloorz.)	n
Glymidine	acidim.	n
Guanacline	kolomchrom. + acidim.	a
Guanethidinesulfaat	kolomchrom. + acidim.	n
Guanoxansulfaat	kolomchrom. + acidim.	n
Hexamine	potentiom. (perchloorz.)	a
Hexamineamygdalaat	potentiom. (perchloorz.)	a
Hydralazine HCl	U.V. spec.	n
Hydrastis-extract	gravim.	n
Hydrokinidine HCl	acidim.	n
Hydroxyprogesteron	U.V. spec.	n
Ibuprofen	acidim.	n
Inosine	U.V. spec.	n
Inositolnicotinaat	U.V. spec.	n
Isosorbidedinitraat	I.R. spec.	a
Kaliumbromide	argentom. + jodom.	n
Kinidinebisulfaat	acidim. + rotatie	n
Kinidine-fenobarbital	acidim.	a
Kinidinepolygalacturonaat	acidim. + rotatie	n
Kwik(II)aminochloride	acidim.	n
Lanatoside C	D.L.C.	a
Mebeverine	acidim.	n
Mebhydroline	acidim.	w
Meclastine	U.V. spec.	n
Medofenoxaat HCl	U.V. spec.	n
Mefenaminezuur	U.V. spec.	n
Mefenoxalon	Kjeldahl	n
Mefenytine	Kjeldahl	n
Mefruside	Kjeldahl	n
Megestrolacetaat	D.L.C.	n
Menadionnatriumbisulfiet	kolomchrom. + U.V. spec.	w
Mesoridazinebenzeensulfonaat	colorim.	n
Mesterolon	D.L.C.	n
Metformine	argentom.	n
Methocarbamol	U.V. spec.	a
Methoxyfenamine HCl	U.V. spec.	n
Metixeen	potentiom. (perchloorz.)	n
Methyldopa	colorim.	w
Metoclopramide	U.V. spec.	n
Nalidixinezuur	acidim.	n
Nandrolondecanoaat	D.L.C.	n
Natriumfluoride	argentom.	n
Neomycinesulfaat	U.V. spec.	n
Nicotinamide	potentiom. (perchloorz.) + U.V. spec.	n
Nicotinylalcohol	U.V. spec.	w
Nitroglycerine	colorim.	a
Nortriptyline	U.V. spec.	n
Opipramol	U.V. spec.	n
Orciprenalinesulfaat	U.V. spec.	n
Oxazepam	U.V. spec.	w
Oxyfenoniumbromide	argentom.	a
Oxymetazoline	U.V. spec.	n
Pentolinebitartraat	potentiom. (perchloorz.)	w
Pethidine HCl	acidim. (potentiom.)	a

Prenylaminelactaat	U.V. spec.	w
Promazine HCl	U.V. spec. + potentiom. (perchloorz.)	w
Promethazine HCl	U.V. spec. + potentiom. (perchloorz.)	w
Propanthelinebromide	potentiom. (perchloorz.) + argentom.	w
Propericiazine	U.V. spec. + potentiom. (perchloorz.)	a
Propoxyfeen	potentiom. (perchloorz.)	n
Protoveratrine	D.L.C.	n
Quinestrol	D.L.C.	n
Reserpine	colorim.	a
Salazosulfapyridine	U.V. spec.	w
Stimulol	U.V. spec.	n
Streptomycinesulfaat	U.V. spec.	a
Strophantine	D.L.C.	a
Styramaat	U.V. spec.	n
Sulfadimethyloxazol	potentiom. (diazot.)	n
Sulfafenazon	potentiom. (diazot.)	n
Sulfamethoxydiazine	acidim. + potentiom. (diazot.)	n
Sulfaperine	acidim. + potentiom. (diazot.)	n
Testosteronpropionaat	U.V. spec.	w
Theofylline	acidim. + U.V. spec.	n
Tiocarlide	Kjeldahl	n
Tolazamide	U.V. spec.	n
Tosylchloramide	oxidim.	n
Triamtereen	U.V. spec.	w
Trifluoperazine HCl	U.V. spec.	n
Tripolidine	U.V. spec.	n
Tropicamide	U.V. spec.	n
Valnoctamide	I.R. spec.	n

Afkortingen:

acidim.	acidimetrisch	gravim.	gravimetrisch
argentom.	argentometrisch	I.R. spec.	Infrarood spectrofotometrisch
cerim.	cerimetrisch	jodom.	jodometrisch
colorim.	colorimetrisch	kolomchrom.	kolomchromatografisch
complexom.	complexometrisch	oxidim.	oxidimetrisch
diazot.	diazotering	potentiom.	potentiometrisch
D.L.C.	dunnelaag-chromatografie	U.V. spec.	ultraviolet spectrofotometrisch

Balans per 31 december 1969 (31.12.1968)

ACTIVA			PASSIVA		
	31.12.1969	31.12.1968		31.12.1969	31.12.1968
	f	f		f	f
Instrumentarium	141.669,—	127.973,—	Kapitaal	6.885,—	6.885,—
Meubilair kantoor en laboratorium	21.651,—	21.744,—	7% obligatielening o/g	150.000,—	150.000,—
Inrichting kantoor en laboratorium	45.737,—	47.874,—	7% lening o/g A.N.O.Z.	80.000,—	80.000,—
Geldmiddelen	120.829,75	94.017,87	7% lening o/g Landelijke		
Voorraden	25.735,25	19.536,27	Huisartsen Vereniging	130.000,—	50.000,—
Te vorderen bijdragen			Ontvangen voorschotten Landelijke Huisartsen Vereniging	8.360,16	68.949,84
ziekenfondsen	40.900,—	46.849,60	Te betalen posten	28.463,76	43.335,46
Te vorderen posten	3.427,61	4.051,03			
Niet door ziekenfondsbijsdragen gedekte tekorten	3.759,31	37.124,53			
	403.708,92	399.170,30		403.708,92	399.170,30

Staat van baten en lasten over 1969 (1968)

	1969		1968	
	Begroting	Werkelijkheid	Begroting	Werkelijkheid
	f	f	f	f
Kosten bestuur	12.000,—	7.360,14	8.000,—	9.947,—
Personeelskosten	239.000,—	223.597,02	192.400,—	190.404,32
Kosten monsterverwerving	20.000,—	18.716,57	51.800,—	10.723,75
Kosten laboratorium	106.000,—	101.655,78	99.000,—	105.727,77
Algemene kosten	29.000,—	23.035,87	29.000,—	21.760,34
Financieringskosten	21.000,—	19.790,74	10.500,—	14.392,09
Onvoorzien	7.000,—	9.370,34	6.950,—	1.923,99
Totale kosten	434.000,—	403.526,46	397.650,—	354.879,26

Verdeling exploitatiekosten

403.526,46

354.879,26

	1969		1968	
	Ziekenfondsen 73%	L.H.V. 27%	Ziekenfondsen 73%	L.H.V. 27%
	f	f	f	f
Bijdragen in het tekort	294.574,32	108.952,14	259.061,86	95.817,40
Afschrijving aanloopverlies	6.012,50	—,—	6.012,67	—,—
	300.586,82	108.952,14	265.074,53	95.817,40
Bijgedragen	317.989,35	108.952,14	252.000,—	97.440,82
Voorlopig overschot resp. tekort (1968)	17.402,53	—,—	13.074,53	/. 1.623,42

Toelichting op kosten laboratorium en afschrijvingen over 1969

G. Eijkel, apotheker

G. J. Buth, arts
J. F. van der Aa

Kosten laboratorium

Werkelijkheid

	f
Huur gebouw	35.000,—
Gas, water en elektra	3.915,45
Onderhoud, schoonhouden	18.849,37
Verwarming	4.736,25
Verzekering	872,47
Afschrijvingen	26.940,34
Chemicaliën	5.098,46
Glaswerk	6.243,44
	<u>101.655,78</u>

Specificatie afschrijvingen

	f
Instrumentarium	17.896,30
Meubilair	2.895,39
Inrichting	6.148,65
	<u>26.940,34</u>

Toelichting op Balanstelling 1968:

Voor 1968 komt alsnog 100% i.p.v. 73% van de afschrijving ad f 6.012,67 (afschrijving tekort 1967), derhalve f 1.623,42, ten laste van de ziekenfondsen, hetgeen het verschil in de balanstellingen 31-12-'68 (zie ons vorig jaarverslag) verklaart.

Verklaring

Op grond van onze werkzaamheden verklaren wij, dat wij de balans per 31 december 1969 en de staat van baten en lasten over 1969 akkoord hebben gevonden.

Nederlandse Accountants-Maatschap
w.g. J. Reefman

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

DE HARDE LIJN TEGEN SOFT DRUGS

De dagbladpers doet verslag van de strijd om de drugs. De controverse daarover spitst zich de laatste tijd weer toe. Daarbij lijkt het wel, of onze staatssecretaris voor Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, in het verkeerde kamp belandt. Dat is dan het kamp van de zwart-wit denkers, de law-and-order mensen, de mensen van de harde lijn en van het weinig subtiele denken. Degenen, die deskundig genoeg worden geacht om een rapport uit te gaan brengen aan Dr. Kruisinga, zoals Drs. Cohen, verweren zich tegen die harde lijn. Een aantal met name Rotterdamse artsen steunt de staatssecretaris om hard te blijven of te worden. Een dergelijke steun doet de zaak geen goed, al zijn er onder de zenuwartsen van die groep twee alcoholkenners.

Bij deze controverse over de soft drugs zijn nu vele gezichtspunten relevant. Een daarvan is het definitieve gezichtspunt: met „drug” worden aangeduid genotmiddelen, verdovende middelen en verslavende middelen die schadelijk (kunnen) zijn voor de gezondheid van de gebruiker en eventueel ook voor diens omgeving. Zo opgevat vallen koffie, tabak, alcohol, alle sedativa en hypnotica, maar ook trichloorethyleen en plasticlijm onder dit verzamelbegrip „drug”. Ja, er schijnen zelfs wel „addiction-prone” figuren te zijn, die aan een roos verslaafd zouden raken als iemand ze zou suggereren dat ze er „high” van worden. De omvang van het begrip „drug” is dus niet vastomlijnd, en de inhoud bevat vier criteria, die ook al niet erg scherp omschreven zijn. Nemen we het begrip „verslaving”: dit is naar Van Proosdij volgens een voorstel van de W.H.O.-commissie in 1950 „een overweldigende begeerte of behoefte om door te gaan met het gebruik van een stof, die men ten koste van alles tracht te bemachtigen”. Het begrip is nu uitgebreid tot andere zaken dan stoffen alleen: men spreekt van work-addicts en van love-addicts. In de praktijk zal bij cannabis het percentage verslaafden onder de gebruikers volgens een schatting van een Nederlandse deskundige niet meer dan drie procent bedragen; van alcohol en nicotine zijn de percentages niet bekend.

De nieuwe harde lijn baseert de staatssecretaris op een recente uit-

spraak van de W.H.O. tijdens haar jaarlijkse zitting, nu in Malta. Daarbij is de liberalisatie van het gebruik van cannabis veroordeeld. In tegenstelling tot de W.H.O.-commissie die tot deze bevinding kwam, heeft de nationale commissie over de oorzaken van geweld in de Verenigde Staten kort geleden juist aanbevolen de aanpak van de soft drugs te liberaliseren. D. Mulvihill, M. P. Tumin en anderen argumenteren in dat rapport, dat grote aantallen jongeren het respect voor de wet hebben verloren; dat is dan volgens de rapporteurs mede veroorzaakt door de harde wetten. Volgens de steppingstone-theorie zou een marihuana-gebruiker vanzelf overgaan op sterkere middelen. Deze theorie wordt nu door de rapporteurs onbewezen geacht. Denemarken heeft bij rondschrijven van de minister van Justitie d.d. 15 juli 1969 het opleggen van straf aan gebruikers van soft drugs afgeschaft (Wijbenga). Ook in Canada denkt men meer „soft”.

De vraag is, welke de achtergrond zou kunnen zijn van het harde drugbeleid bij ons. Drs. Cohen geeft in een interview aan, dat de W.H.O. vanaf 1920 al iets heeft tegen de cannabis; doorslaggevende argumenten zijn er echter nooit tegen aangevoerd. De socioloog Howard Becker illustreert aan het tot stand komen van de Marihuana Tax Act in 1937 in Amerika hoe zo'n wet wel tot stand komt. Daarvoor zijn nodig morele ondernemers, die belang hebben bij een dergelijke wetgeving. De totstandkoming van genoemde wet stuitte op weerstand, gezien de rapporten van 1932-1933 in het V.S.-leger (Laurie). Ook later is in het La Guardia-rapport de marihuana onschuldig genoemd (Laurie, op. cit.). Het morele ondernemerschap kwam tenslotte van het Federal Bureau of Narcotics, dat met het handhaven van de Harrison Act tegen opiumhandel veel prestige had gewonnen. Het is bekend uit de organisatieleer, dat allerlei organisaties (en niet alleen industriële organisaties) hun doelen verschuiven en graag expanderen. Is dan nog een superhavig directeur van zo'n bureau, dan gaat het „los”, en die was er bij het Federal Bureau of Narcotics in de persoon van H. J. Anslinger. Nog in 1953 schreef deze laatste een boek waarin hij enige minder fraaie woorden wijdde aan het La Guardia-rapport, zonder dit op grond van nieuwere feiten te kunnen bestrijden (Laurie, op. cit.). De geschiedenis vertelt niet, of Anslinger tevoren een veer had moeten laten, toen de drooglegging van Amerika werd opgeheven. Wel zeggen twintig van de grootste drug-experts nog in oktober 1969 in San Francisco:

„We know nothing”, te weten over de vermeende schade die uit het gebruik van soft drugs zou voortvloeien. Dan hebben wij de behandelaars. Ook deze zitten in organisaties die zich uiteraard graag breed maken. Zo hebben Krauweel en Esser al jaren gevochten tegen het alcoholisme. Zij krijgen een selectie van de ongunstige gevallen en zij zien weer een kans om hun organisatie uit te breiden. Misschien — zeer misschien — zijn zij ook wel een beetje verslaafd aan het bestrijden van verslavingen.

De politieke motivering voor het standpunt van Kruisinga: het drugbeleid steunt op internationale afspraken. In Amerika, dat in de W.H.O. veel macht heeft, is de harde lijn in de politiek de laatste tijd duidelijk geworden. Trouw als altijd volgen wij, al zijn de internationale afspraken niet bindend voor een harde lijn tegenover marihuana-gebruikers (vergelijk V.d. Meulen in Wijbenga, op. cit.). Dan is er de partijpolitiek van de C.H.U. Deze partij volgt met de verkiezingen een hardere lijn. Wellicht vond de staatssecretaris onvoldoende steun enerzijds bij zijn vakgenoten, anderzijds bij zijn partijgenoten om zijn eigen meer progressieve beleid te kunnen voortzetten.

Er zijn bepaalde politieke en sociale gevolgen van het beleid, die niet altijd evenveel nadruk krijgen: in de subcultuur waar cannabis wordt gebruikt, zijn relatief veel sociale rebellen te vinden. Het verboden houden van cannabis stimuleert het gebruik, gezien de ervaring in Amerika met alcohol en de verwantschap in het gebruik tussen alcohol en cannabis-produkten. De subcultuur wordt door het verbod meer geïsoleerd. De reuk van cannabis is gemakkelijk te herkennen. Het ontbreken van een wettelijke leeftijdsgrens maakt, zoals bij het roken is vastgesteld, disciplinerend door de ouders ook moeilijker. Revolutionair potentieel wordt door drugs voor een deel gebonden in inactiviteit of ook in hulpverlenende activiteit voor broeders. In de subcultuur draait men de regels wellicht om: „Zeggen ze dat stuff gevaarlijk is — en dat liegen ze — dan zal het met de LSD, de horse en de O ook wel meevallen”. Dan raken ze „hooked” en dan zeggen Esser en anderen weer: „Zie je wel”. Ook is het voor politie en justitie gemakkelijker om een delict te hebben, waarop iemand altijd te grijpen is, als ze hem eigenlijk voor wat anders willen hebben. In de onbeschermd subcultuur zal geen medicus of medisch-maatschappelijk werker kunnen zeggen wie er nu op grond van zijn voorgeschiedenis bijvoorbeeld toch maar liever geen cannabis moet gebruiken.

Een behoorlijke research is door het verbod weer aanzienlijk bemoeilijkt. Ook de voorstanders-voorlichters schieten hun doel vaak voorbij en maken niet altijd voldoende onderscheid tussen gevaarlijke en ongevaarlijke middelen: vergelijk Het rode boekje voor scholieren en het voorlichtingsblad van het consultatiebureau te Haarlem. De subculturele gebruikers worden niet beschermd door een Warenwet, zoals rokers of alcoholisten. Verslaving aan marihuana is waarschijnlijk niet zo frequent als die aan hasisch: het laatste wordt immers tezamen met het sterk verslavende Herba nicotiniciana gerookt. Vaak wordt vermeld, dat dealers opium mengen of koppelverkoop afdwingen om verslaving en omzet te bevorderen. Gezien het bovenstaande mogen wij vermoeden, dat het drugbeleid minstens evenveel schade doet als destijds de drooglegging in Amerika. Wil men bevestigen de harde lijn consequent volgen, dan moet men ook alcohol en nicotine verbieden en misschien zelfs koffie. Thee niet, dacht ik.

Beverwijk, 15 oktober 1970

J. H. van Meurs, zenuwarts

Literatuur

- A. K. Cohen. Sociologie van het afwijkend gedrag. Prisma Compendium 85; H. Cohen. Druggebruik in Nederland. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid nr. 2/1970; Wij weten niets. Documentatieblad ministerie van Justitie 1970 nr. 4; P. Laurie. Drugs. Pelican 1967-1969; C. van Proosdij. De problematiek van de gehechtheid aan tabaksgebruik. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 1970 1662; C. Wijbenga. Soft Drugs 1969-1970. Van Gent; Weet je hoe te trippen? Ben je aan het afkicken of wil je van de shit naar de O? M.M.C.B. Haarlem; Het rode boekje voor scholieren. A. W. Bruna en Zoon, Utrecht.

ABORTUS EN HET ONWETTIGE KIND

Ik ben zeer blij, dat collega Wilder-vanck eindelijk eens het kind van de vrouw die had willen aborteren ter discussie stelt (M.C. nr. 42/1970, blz. 1137). Liever echter zou ik willen vragen: hoe is het lot van het niet-gewenste kind? Dan zou ik menen, dat het lot van het ongewenste kind in alle gradaties ongunstig is - vanaf kindermishandeling, eventueel de dood ten gevolge hebbende, tot fijne nuances van moeilijkheden, zoals bijvoorbeeld het kind dat zich in het gezin, bestaande uit moeder en kind, schor schreeuwt om de aandacht van de moeder te vangen; of het in een goed gezin aangenomen kind van acht jaar, dat op school niets meer kon presteren, omdat het bleek te hebben begrepen dat dit niet zijn echte ouders waren en worstelde met het probleem:

wie zijn dan wel mijn vader en moeder, en waarom hebben zij mij in de steek gelaten?

Ik ben het daarom volstrekt eens met collega Schuurmans Stekhoven (t.a.p.), als hij zegt dat de vrouw moet beslissen of zij het kind wil hebben of niet en dat de arts slechts beslissen mag of hij zijn medewerking aan die abortus wil verlenen of niet.

Tenslotte zou ik aan collega Fleischer (t.a.p.) willen vragen, of hij wel eens een spin, vlieg of lastige mug heeft gedood of lastige bacteriën, die een mens bijvoorbeeld lastige furunkels bezorgen...

Voorburg, 18 oktober 1970

Mej. J. E. Noordenbos, schoolarts

AL TE GENUANCEERD

Als ik het in Medisch Contact van 16 oktober (M.C. nr. 42/1970, blz. 1111) genuanceerd genoemde standpunt van het hoofdbestuur van de Maatschappij goed begrijp, wil deze het uitvoeren op goede gronden van een abortus provocatus uit de sfeer van het strafrecht halen. Het plegen van een dergelijke abortus door onbevoegden zou echter strafbaar gesteld moeten blijven, „waar het hier een misdrijf tegen het leven betreft” (aanhalingstekens van mij, H.). De raison van dit laatste argument ontgaat me een beetje.

Als abortus provocatus een misdrijf tegen het leven zou zijn, zie ik niet goed waarom een medicus zou mogen doen wat een leek niet mag. Een medicus mag alleen meer, omdat hij meer kan, niet omdat voor hem wezenlijk andere ethische maatstaven zouden gelden. Een aparte medische ethiek die af zou wijken van een algemene ethiek bestaat niet. Er blijven trouwens genoeg argumenten om abortus provocatus door leken strafbaar te achten.

Als alles goed gaat is het een kwestie van onbevoegd uitoefenen van de geneeskunde, als het fout gaat, komt daar het toebrengen van zwaar lichamelijk letsel bij en als het helemaal fout gaat van toebrengen van zwaar lichamelijk letsel, de dood ten gevolge hebbend. Dit lijken me voldoende gronden voor strafrechtelijke vervolging. Men begrijpe hieruit niet, dat ik tegen verantwoorde zwangerschaps-onderbreking ben, ik ben alleen tegen een onjuiste argumentatie ervan, voortvloeiend uit een begrip van medische ethiek waar met twee maten gemeten wordt.

Aalst, 19 oktober 1970

A. E. Hensen, arts

BIOLOGISCH WETENSCHAPPELIJK PERSPECTIEF VOOR DE GENEESKUNDE

Naar aanleiding van het commentaar van collega lemhoff (in M.C. nr. 42/1970, blz. 1138) op mijn voordracht voor het congres van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst zou ik gaarne nog het volgende willen opmerken:

Het ingezonden stuk van collega lemhoff is een uiterst enthousiast artikel, dat zijn grote geëngageerdheid met de huidige problematiek reflecteert. Zijn betoog ondersteunt echter duidelijk mijn stelling, die ik in de inleiding van mijn voordracht geponeerd heb, te weten, dat het Nederlands intellectueel klimaat sterk naar de humaniora neigt en dat de Nederlandse arts en zijn patiënt in een anti-science klimaat leven. Ik heb zelfs onderstreept, dat men slechts de zaterdagskrant behoeft op te slaan om dit te zien gedemonstreerd. En waarlijk, in de afgelopen weken na het congres hebben de dagbladen — waarschijnlijk ongewild — mijn stelling met bewijzen gestaafd.

Het verschijnsel van de anti-science attitude is echter geenszins nieuw en heeft gedurende de eeuwen welig getierd. Ik ben met de historische sporen daarvan aan den lijve vertrouwd. Gedurende zeven jaren heb ik onderwijs gegeven in één van de oudste anatomische collegezalen van de Verenigde Staten van Amerika. Ik bereikte deze zaal via een wenteltrap, waarlangs in de negentiende eeuw studenten en docenten ongemerkt konden vluchten wanneer de burgers van de stad Baltimore het gebouw bestormden uit woede over de daar bedreven ontleding van menselijke lichamen. Zulk een verontwaardiging komt vaak voort uit wanbegrip, hetgeen ik ook in de uiteenzetting van collega lemhoff meen te bespeuren. Het lijkt mij, dat collega lemhoff de draagwijdte en de poëzie in vele van de moderne ontwikkelingen in de biologie niet heeft doorzien. De moderne biologie heeft een geheel nieuw venster geopend op de fenomenen van het leven en het panorama, dat wij door dit gedeeltelijk nog beslagen raam kunnen aanschouwen, is adembenemend. Dit venster werd geopend, toen in de biologie en daarmee in de humane biologie het idee „informatie” werd geïntroduceerd. De hieruit voortvloeiende informatie benadering in de wetenschappen van het leven heeft echter niet alleen de door collega lemhoff onderstreepte regelmechanismen duidelijker gemaakt. Zij heeft ook laten zien hoe het individu bestaande uit materie in werkelijkheid de vermaterialisering van een concept is, dat in codevorm wordt meegedra-

gen. De moleculaire biologie is begonnen met ons duidelijk te maken via welke mechanismen dit concept wordt gematerialiseerd. De gegevens van de moderne biologie impliceren dus, dat — om de aanhaling van collega lemhoff te gebruiken — wat is (materie), niet werkelijk waar is, doch slechts de uitdrukking van een concept (de waarheid). Het is in het licht van deze overwegingen, dat ik met Wiener dit concept van het organisme en van het individu zijn ziel zou willen noemen.

De moderne biologie met haar informationele benadering van de processen van het leven spreekt dus over regelmechanismen, doch opent tevens een veel weidser perspectief. Zij begint ons in staat te stellen een brug te bouwen tussen de beide polen van het klassieke dualisme, dat zo sterk uit het pleidooi van collega lemhoff naar voren komt. Dit dualisme wordt het meest duidelijk, wanneer hij spreekt over de *individuele ervaring*, de *subjectieve wereld van iedere mens (the private)* in tegenstelling tot de *objectieve wereld (the public)*, die hij met de naam biologie aanduidt. In zijn tekst schijnt collega lemhoff te impliceren, dat de *subjectieve wereld (the private)* voorrang heeft boven de *objectieve (the public)*. Ik moet echter onderstrepen, dat in werkelijkheid beide werelden onverbrekkelijk met elkaar zijn verbonden. Bovendien blijkt, dat het subjectieve en daarmee ook het zogenaamde bewustzijn duidelijk afhankelijk is van het objectieve en de ervarings- en actiecapaciteit van ieder van ons afhankelijk van ons zenuwstelsel. Met andere woorden, de angst, de frustratie, de haat en de wanhoop, waarvan collega lemhoff spreekt, zijn in dubbele zin ondenkbaar zonder zenuwstelsel. Zij kunnen in feite worden gezien als de uitdrukking van de in ieder regelsysteem aanwezige discrepantie tussen de gestelde gedragslijn en de verwerkelijking daarvan, uit welke discrepantie het regelsysteem tevens zijn kracht put. Als zodanig zijn angst en frustratie even elementair in de biologie als het principe van de negatieve terugkoppeling.

De hier aangeduide implicaties vormen een belangrijke motivering voor de arbeid van vele onderzoekers in deze gebieden van de wetenschappen van het leven. Het is dan ook uiterst teleurstellend te zien, dat collega lemhoff en sommigen met hem geneigd zijn aan deze zienswijzen voorbij te gaan, alhoewel zij één van de meest boeiende gegevens van onze tijd vormen. In plaats daarvan trekken zij zich terug in het bolwerk van de klassieke humaniora en in het conventionele dualisme.

Waarlijk, ons intellectueel klimaat is anti-science en tot ons nadeel.

Rotterdam, 22 oktober 1970

Prof. Dr. H. G. J. M. Kuijpers

WAT DE KRITIESE ARTSEN BEROERT

Op het 22e ledencongres van de K.N.M.G. heeft een groep artsen, ontevreden over vorm en inhoud van dit congres, op luidruchtige en storende wijze de aandacht op zichzelf en hun inzichten willen vestigen. Dit was vanzelfsprekend een weinig effectieve wijze van handelen, maar het bracht de kritiese artsen in de „publiciteit”. Daar zij een aantal gemeenplaatsen ten beste gaven, die het in de publiciteit goed doen, werd hun actie over het algemeen positief gewaardeerd.

Nu kunnen wij dan lezen in Medisch Contact d.d. 23-10-1970 wat hen beroert. Met verbazing verneemt men nu dat dit zaken zijn, die iedereen beroeren. Deze groep diende zich dus aan met een korte samenvatting van de grote problemen van deze tijd, waarover dagbladen en medische vakliteratuur regelmatig artikelen bevatten, met als enige originele, zij het aanvechtbare mededeling, dat alle andere leden van de Maatschappij geen enkel begrip hebben van, laat staan enige belangstelling vóór wat de kritiese artsen beroert.

Hun verwijt zou dus moeten zijn dat de Maatschappij deze problemen nog niet heeft opgelost. Maar met de beste wil kan men niet ontdekken hoe de kritiese artsen deze problemen menen te moeten oplossen. Men kan in al of niet „zinvolle discussies” wel praten over een aantal problemen, maar dat houdt de oplossing nog niet in.

De staatssecretaris Dr. Kruisinga heeft enkele opmerkingen gemaakt, die stof tot overdenken gaven en min of meer duidelijk maakten dat ook hij niet geheel onberoerd was door wat de kritiese artsen beroert. Wel wordt hem verweten dat hij het oog ook richt op „economische vooruitgang”. Maar aangezien de kritiese artsen later opmerken dat de economisch sterkere landen de zwakkere landen moeten bijstaan, moeten zij Dr. Kruisinga niet kwalijk nemen dat hij inziet dat dit juiste verlangen hoge eisen aan onze economie zal stellen, indien er in toenemende mate aan zal worden voldaan.

Via de woningbouw, arbeidssituaties en milieuverontreiniging komt men dan tot het toenemend gebruik van alcohol en tranquillizers. Hoever hier het een het gevolg is van het ander durf ik niet zonder meer te zeggen. Misbruik van alcohol en tranquillizers heb ik herhaaldelijk waargenomen waar woning- en arbeidssituatie niets te wensen over-

lieten. Maar het zal stellig de staatssecretaris interesseren te vernemen of de kritiese artsen alcohol en tranquillizers rekenen tot hard drugs of tot soft drugs, daar dit een uiterst belangrijke vraag is wanneer men het gebruik aan banden zou willen leggen. Wanneer ik mij nu „politiek opstel” en ook enige gemeenplaatsen mag gebruiken zou ik moeten opmerken dat de artsen hun patiënten niet patroniserend mogen betuttelen, hun geen voorschriften en geen alcohol mogen verbieden. De volwassen Nederlander zal zelf wel uitmaken wat goed voor hem is. Hier liggen dus wel voetangels voor wie op goede voet wil blijven met onze vooruitstrevende media.

Wat verder te zeggen over de toenemende verkeerschaos, hart- en vaatlijden, ziekenhuizen, de verhouding arts-medisch hulppersoneel en verplegend personeel, die zwaarder worden afgeschilderd dan vaak het geval is. Wat te zeggen over de opmerkingen dat de begrenzing van het nationale inkomen dwingt tot het stellen van prioriteiten en dat bestrijding van milieuverontreiniging internationaal moet worden aangepakt. Allemaal waarheden, algemeen bekend en algemeen mede het beleid bepalend. Maar de oplossing?

Men zou niet langer genoeg moeten nemen met de kapitaalsuitbreiding. Wat verstaat men daaronder? Er wordt ten onrechte een verschil gemaakt tussen welvaart voor enkelen en de slechte gevolgen voor velen. De toenemende verkeerschaos is niet het gevolg van de toenemende welvaart van enkelen maar van zeer velen. Deze toenemende welvaart eist in ons land toenemende industrialisering. De bevolkingstoename eist meer recreatiemogelijkheden terwijl ook daarvoor minder ruimte blijft. En de gevolgen blijven niet uit. De ontwikkeling is zo stormachtig geweest dat het geen wonder is dat de zaak uit de hand is gelopen.

Men doet al meer dan de kritiese artsen denken aan milieuverontreiniging. Sluiting van industrieën zou sneller werken maar in menig ander opzicht fataal zijn. Men zal verder moeten werken op de ingeslagen weg. Of willen de schrijvers een terugkeer naar een meer Arcadische samenleving? Houden zij die voor mogelijk? Zou de meerderheid van het Nederlandse volk ooit bereid zijn welvaart op te offeren aan welzijn?

Er zal een middenweg moeten worden gezocht, door studie en samenwerking van velen. Pas daarna worden de discussies „zinvol” en eerst dan heeft men wellicht iets te publiceren.

Amsterdam, 25 oktober 1970

C. Landheer

Tijdens het door de Nederlandsche Vereeniging van Artsen-Automobilisten georganiseerde 7e internationale congres op verkeersmedisch gebied, eerder dit jaar in Amsterdam, werd met algemene stemmen de volgende resolutie aangenomen: „Geneesmiddelen die de rijvaardigheid nadelig kunnen beïnvloeden, dienen duidelijk als zodanig te worden gekenmerkt door de apotheker bij het verstrekken aan de patiënt (bijvoorbeeld door een speciaal stempel of een speciaal gekleurd etiket); de arts dient zijn recepten van een duidelijk voorschrift te voorzien, voor zover geneesmiddelen worden verstrekt die de rijvaardigheid van de patiënt nadelig kunnen beïnvloeden of die niet mogen worden gecombineerd met alcohol”.

¶

Japan telt op het ogenblik 50 medical schools, waaronder 16 privé. In 36 van de 50 gevallen zijn er bindingen met een universiteit. Het afgestudeertal ligt rond de 4000; een kwart daarvan boekt Tokio. De hoofdstad heeft de meeste medische opleidingsinstituten van alle Japanse steden, onder meer 2 rijksinstellingen; daarnaast 10 van de 16 privéscholen. Veel medisch-wetenschappelijk onderzoek wordt binnen de scholen zelf of in universitaire researchcentra verricht. Er zijn een paar onafhankelijke instituten voor medisch-wetenschappelijk onderzoek; deze worden gesubsidieerd door de staat of gaan uit van een stichting. Het totaal aantal onderzoekcentra op dit vlak bedraagt 111. Aldus JAMA (Journal of the American Medical Association), 31 augustus 1970.

¶

Teneinde gehandicapten aan een passende plaats in het arbeidsproces te kunnen helpen, heeft het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid een onderzoek laten instellen naar de ideeën en het beleid van het bedrijfsleven ten aanzien van de tewerkstelling van personen die met een handicap moeten leven. Uit dit onderzoek, verricht door het Instituut voor Psychologisch Marktonderzoek te Schiedam, is onder meer gebleken, dat er een zeer ongunstige oordeel bestaat over de gehandicapte als potentiële werknemer. Veelal blijkt dit oordeel te leiden tot een zakelijk ongegronde weerstand tegen het plaatsen van gehandicapten. Mogelijke maatregelen om de inpassing van gehandicapten in de arbeid te bevorderen bleken onbekend.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

Uitgever: Uitgeversmij. Kruij N.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259°, postgiro 142554.

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

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland f 35,—, losse nummers f 1,04 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 16.510 exemplaren.

Druk: Verweij Mijdsrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-12184 of 12980; postgiro 111950 t.n.v. de penningmeester der Stichting Ondersteuningsfonds te Utrecht.

Raad van Beroep:

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

* * *

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfonds Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021