



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

De komende Algemene Vergadering

Vraagstuk van de ethiek

Voor de komende, op 18 april a.s. in Esplanade te Utrecht te houden Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst moge de belangstelling en daarmee de opkomst van vele leden worden gevraagd. Na een huishoude-

lijk gedeelte volgt, na een korte pauze, te half drie een bespreking van het vraagstuk van de medische ethiek, welke zal worden ingeleid door de voorzitter der Maatschappij Dr. L. van Drift, die, menen wij, in die inleiding ook verantwoording af wil leggen van het ten aanzien van de medische ethiek gevoerde en te voeren beleid, en waarna Dr. C. P. Sporken het thema aan een beschouwing zal onderwerpen. Laatstgenoemde als publicist en spreker over de ethische aspecten van het medische beroep heeft voldoende bekendheid verworven om een gang naar deze Algemene Vergadering waard te doen zijn.

Nu dit thema, niet terloops maar in een afzonderlijk daartoe gereserveerd gedeelte van deze vergadering aan de orde zal worden gesteld, gaan onze gedachten terug naar de rede, welke de toenmalige voorzitter der Maatschappij Dr. Z. Nauta in 1968 te Groningen heeft gehouden. Hij wees er op dat men een aantal vraagstukken niet binnen eigen kring zou kunnen oplossen doch dat een oplossing mede moest voortkomen uit een dialoog met de buitenwereld. Duidelijk was in de beschouwing van Dr. Nauta dat hij tot die vraagstukken ook rekende de problematiek, hedendaagse ethische problematiek, waarvoor de arts zich gesteld ervaart, waarmee hij als medicus nauw en subjectief is betrokken, doch van welke problematiek men niet kan zeggen dat zij onder het begrip „medische ethiek” is te rubriceren. Het is een maatschappelijke ethische problematiek

25e JAARGANG — No. 12 — 20 MAART 1970

INHOUD

De komende Algemene Vergadering	273
Commissie-Vos wil afzien van verplichte ziekenfondsverzekering	275
Ontwerp van wet op de dierproeven naar Tweede Kamer	277
Psychiatrische hulp voor Engelse jongeren schiet tekort	278
Rapport van het Nederlands Genootschap voor Medische Sexuologie over het abor- tusvraagstuk	279
Discussie over abortus provocatus	281
Wetsontwerp inzake luchtverontreiniging ..	286
Internationaal perspectief	287
Studentengezondheidszorg	289
Overheidsbeleid inzake medische keuringen Strengere wettelijke bepalingen inzake ge- bruik wekaminen	293
Van het hoofdbestuur: Uitslagen verkiezingen districtsraden ...	294
Gezamenlijke studiedag L.S.V. en Nationale Ziekenhuisraad	294
Personalia	294
Brieven aan de redactie	295
Varia	295

Hoofdredacteur: F. A. Bol
Redactie: J. J. van Mechelen (eocr.), C. C. G. Jansens
Colofon op bladzijde 296

en in zoverre lijkt het begrip of de definitie „medische ethiek” obsoleet. In die zin zou men zelfs geneigd kunnen zijn alsnog deze kanteekening te maken bij het pleit van Dr. Nauta tot het aangaan van een dialoog met de buitenwereld, dat, ongeacht of men aan het pleit gevolg wil geven, de buitenwereld harerzijds reeds op onderscheidene punten zelf het initiatief tot een dialoog met de medische wereld heeft genomen. Want bijvoorbeeld ten aanzien van het tijdstip van de dood, van orgaantransplantatie en van reanimatie, om enkele voorbeelden te noemen, is zij in hoge mate geïnteresseerd en betrokken en dientengevolge tot in bepaalde mate medebepalend ten aanzien van de daaromtrent zich ontwikkelende zedelijke begrippen. Talrijke publikaties in niet medische tijdschriften en in persorganen hebben aangetoond dat steeds meer auteurs uit andere disciplines en uit andere groeperingen dan die der medici over medische ethiek de pen voeren. De fase, waarin het er de buitenwereld ogenschijnlijk om ging meer kennis te kunnen krijgen van de wetenschap, is, zeker ten opzichte van de ontwikkelingen op geneeskundig gebied, reeds verstreken. Wij leven snel. Wij zijn in de fase dat de buitenwereld met aandacht de toepassingen van deze ontwikkelingen gade slaat en dit niet alleen, ook dat zij constateert welk een groeiende macht de medische hand wordt toevertrouwd, dat zij zich afvraagt waar de begrenzing ligt van de bevoegdheid die macht te hanteren, kortom dat zij de wetenschapsman vraagt verantwoording af te leggen van zijn doen en laten.

Deze gang van zaken is niet nieuw. Men heeft de wetenschap weleer naar aanleiding van haar toepassingen — chemie en fysica wegens hun bijdragen tot het vervaardigen van vernietigende wapens — om rekenschap gevraagd, zoals voorbeelden te over in literatuur en toneelliteratuur hebben aangetoond. De parallel gaat niet geheel op, want daar heeft de gedreven wetenschapsman de consequenties van zijn vorsingen niet individueel kunnen blijven hanteren en beheersen. In zoverre zou men ten opzichte van de medicus kunnen stellen dat hij, los, zoals elders, van staatsmacht, wel de individuele beheerser blijft van de toepassing van zijn wetenschappelijke vorderingen. Dat maakt dat de buitenwereld zich er wellicht niet zo gemakkelijk bij neer zou leggen wanneer hij geen rekenschap zou willen geven van zijn doen en laten als in die gevallen, waarin wetenschappelijke

vooruitgang in staatkundig beleid toepassing kan vinden.

In zoverre doet men verstandig, nu het gaat om deze belangstelling in de buitenwereld voor het ethische gedragspatroon van de medicus, deze belangstelling ook niet te verwarren met een ongezonde nieuwsgierigheid, die zich wel eens in ietwat sensationele vorm recent heeft afgetekend voor medische verrichtingen op zichzelf. De geenszins door ieder gewaardeerde vormen van publiciteit omtrent harttransplantaties en dergelijke kunnen bezwaarlijk als afweer in het geding worden gebracht wanneer het er om gaat niet om geneeskundige verrichtingen of de mogelijkheid daartoe opzichzelf onder de loep te nemen, maar vast te stellen dat de ethiek van de medicus onder verband van zijn hedendaagse geneeskundige mogelijkheden geen individuele, maar steeds meer een maatschappelijke aangelegenheid wordt. Misschien zou men kunnen stellen dat de medicus door de medisch-wetenschappelijke vorderingen uit zijn micro-ethiek naar een macro-ethiek is gevoerd.

*
**

Dit zijn zo enkele gedachten die zich aandienen naar aanleiding van het voornemen der Maatschappij Geneeskunst om in de op 18 april a.s. te houden Algemene Vergadering de ethiek in den brede aan beschouwingen te onderwerpen. Algemene Vergaderingen worden in het algemeen niet gekenmerkt door de tegenwoordigheid van vele leden naast de daarop trouw afgevaardigden. Maar nu wordt — als gezegd: in een daarvoor gereserveerd, te half drie aanvangend gedeelte van deze Algemene Vergadering — een thema aan de orde gesteld, waarbij iedere medicus individueel en direct is betrokken en waarop iedere medicus zich zal willen en moeten bezinnen. Ook al zullen met betrekking tot de evolutie in de ethiek, voor zover de medicus daar in de beoefening van zijn taak voor gesteld raakt, de denkbeelden en inzichten wel eens blijven divergeren — de discussie in Medisch Contact over abortus is er een voorbeeld van — het is altijd nuttig zijn gedachten te scherpen aan die van anderen. En zowel van de inleiding van Dr. v. d. Drift als van de beschouwing van Dr. Sporken mag worden verwacht, dat zij dienaangaande als een goede slijpsteen zullen fungeren.

v.M.

Commissie Vos wil afzien van verplichte ziekenfondsverzekering

De commissie „Premiedruk sociale verzekering”, gepreseed door Ir. H. Vos, welke in 1967 van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid opdracht kreeg om, met inachtneming van het huidige karakter der sociale verzekering en van de bestaande verhouding van overheidsbijdragen en premie-inkomsten, het vraagstuk van de premiedruk in de sociale verzekering nader onder ogen te zien, heeft haar rapport uitgebracht. Men zou dit rapport een voorstudie ten behoeve van de Sociaal Economische Raad kunnen noemen, want de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid zal dit rapport met verzoek daarover van advies te dienen, doorzenden aan de S.E.R. De toezending van dit rapport aan de S.E.R. en daarmee de publikatie van de tekst van de adviesaanvraag van de minister is op korte termijn te verwachten.

Intussen laten wij uit dit lijvige rapport van de commissie Vos, waarin in den brede wordt ingegaan op loondervingsverzekeringen, algemene bodemvoorzieningen en kinderbijslagverzekeringen, hier gedeelten volgen uit hoofdstuk VI, handelende over verzekeringen tegen kosten van geneeskundige verzorging. Na een samenvatting te hebben gegeven van de inhoud van de bestaande verzekeringen en gegevens te hebben verstrekt met betrekking tot de drie soorten ziekenfondsverzekering formuleert de commissie haar bezwaren tegen de huidige situatie. Zij formuleert die bezwaren als volgt:

„De huidige situatie ontmoet de volgende bezwaren.

a. Ten dele geschiedt de afbakening van de verschillende verzekeringen naar maatstaven die voor de dekking van het onderhavige risico niet relevant moeten worden geacht (bijvoorbeeld het onderscheid tussen loontrekkenden en zelfstandigen beneden een bepaald inkomen). Voorts is de verplichte verzekering beperkt tot de actieven, maar de vrijwillige verzekering niet. Dit heeft ertoe geleid, dat het percentage bejaarden in de vrijwillige verzekering geleidelijk is toegenomen, hetgeen — gelet op het grotere risico van de bejaarden — tot een relatief grote premiestijging heeft geleid.

b. Een bezwaar is voorts, dat de premiegrondslagen verschillend zijn, waardoor de premiedruk bij een gelijk inkomen kan uiteenlopen. De premiegrondslagen samenvattend, blijkt het volgende:

verplichte verzekering: procentuele gezinspremie naar looninkomen zonder regionale differentiatie. De hogere inkomens betalen dus mede voor de lagere

inkomens. Bij een gelijk inkomen is de premie per persoon hoger naarmate het aantal personen wier risico mede gedekt wordt door de verzekeringsplicht van de rechtstreeks verzekerde, geringer is. Deze premiegrondslag leidt voorts tot belangrijke overdrachten al naar gelang burgerlijke staat en gezinssamenstelling.

Vrijwillige verzekering: regionaal gedifferentieerde nominale premie, verschuldigd per verzekerde, zij het dat kinderen beneden 16 jaar medeverzekerd zijn. Hier dus geen overdrachten al naar gelang inkomenshoogte en een beperktere overdracht van ongehuwden en gehuwden zonder kinderen ten gunste van gehuwden met kinderen. Wel wordt deze verzekering zwaar belast door het relatief grote aantal bejaarden.

Bejaardenverzekering: voor de onderscheidene inkomensklassen verschillende nominale premies. Deze zijn gezinspremies. Geen overdrachten van hogere naar lagere inkomens, omdat het verschil tussen de betaalde premie en de kostendeekkende premie door subsidie van het Rijk en van de verplichte verzekering wordt gefinancierd. Wel overdrachten van ongehuwden naar gehuwden. Dit heeft in een aantal gevallen tot gevolg, dat voor ongehuwden die krachtens hun inkomen voor de bejaardenverzekering in aanmerking komen, de vrijwillige verzekering goedkoper is.

A.W.B.Z.; premieheffing als bij de overige volksverzekeringen. Het herverdelend effect is gelijksoortig aan dat van de verplichte verzekering. De bejaarden zijn echter eveneens verzekerd, maar van hen wordt geen premie gevraagd. Weduwen en volle wezen betalen geen premie over het inkomen dat zij krachtens de A.W.W. ontvangen.

c. Als een laatste bezwaar kan gevoeld worden dat de ziekenfondsverzekering een loon-, respectievelijk inkomensgrens kent bij overschrijding waarvan de verkregen dekking tegen de kosten van geneeskundige verzorging wegvalt. Dit is weliswaar eigen aan het gevolgde systeem van risicodekking maar het roept wel vragen op naar de juistheid hiervan. De continuïteit van de dekking welke vooral voor de zwaardere risico's van groot belang moet worden geacht, is immers onvoldoende gewaarborgd. Weliswaar zijn voorzieningen getroffen om zoveel mogelijk te bereiken dat de dekking gehandhaafd kan blijven, maar juist in bepaalde moeilijke omstandigheden kan een aanzienlijk verhoogde premie, respectievelijk uitsluiting wegens aanwezige ziekten of

gebreken in de huidige situatie niet steeds worden vermeden."

In paragraaf 5 van hoofdstuk VI formuleert de commissie de uitgangspunten voor een opzet van de verzekeringen tegen kosten van geneeskundige verzorging. Zij schrijft daar:

„De hiervoren genoemde bezwaren kunnen voor een deel verminderd worden door aan de verzekering tegen het risico van kosten van geneeskundige verzorging de volgende uitgangspunten ten grondslag te leggen.

1. De risico's die nagenoeg niemand meer zelf kan dragen, dienen continu gedekt te zijn, zodat niet hetzij door overschrijding van een loon- of inkomensgrens, hetzij door wijziging van economische status de mogelijkheid van een lacune in de dekking hiervan kan ontstaan.

2. De grondslagen van de verschuldigde premie ingevolge de wettelijke ziektekostenverzekering(en) dienen voor iedereen gelijk te zijn, dus onafhankelijk van zijn wijze van inkomensverwerving.

3. Met betrekking tot de lastenverdeling is de commissie van oordeel, dat niet voorbij kan worden gegaan aan de ook procentueel sterke stijging van de lasten, die zich in het verleden heeft voorgedaan en die ook bij een scherpe kostenbewaking in de toekomst niet zal kunnen worden vermeden. Om de kosten ook „draagbaar" te doen zijn voor hen die een laag inkomen bezitten, zal naar het oordeel van de commissie in de lastenverdeling de draagkracht te effectueren door een procentuele premie welke het gehele gezin dekking biedt een belangrijke rol moeten spelen. Daarnaast acht zij het echter gewenst dat in de lastenverdeling ook verschillen in burgerlijke staat en gezinssamenstelling tot uitdrukking komen, hetgeen zou kunnen geschieden door naast de procentuele premie een nominale premie per gezinslid te heffen. Procentuele premie en nominale premie dienen zodanig te worden gecombineerd, dat bij volledige dekking van alle kosten de totale premielast voor degenen met een laag inkomen niet onevenredig hoog wordt."

De commissie zegt hierna van oordeel te zijn, dat een wettelijke verplichting met betrekking tot het verzekeren van de onderhavige risico's niet verder dient te gaan dan ter verwezenlijking van de voornoemde uitgangspunten noodzakelijk is. Dit impliceert dat terzake van de risico's waarvan een continue dekking niet strikt noodzakelijk is, de keuze moet worden gelaten in hoeverre en op welke wijze men zich tegen de kosten van deze risico's wil verzekeren. Ten aanzien van deze risico's zou dus met een vrijwillige verzekering met een nominale premie kunnen worden volstaan, waardoor het derde uitgangspunt zou kunnen worden verwezenlijkt. De commissie is er zich overigens van bewust, dat de inkomenshoogte mede bepalend is voor de mate waarin continue dekking van de risico's nodig is.

Zij meent anderzijds dat in het karakter van de risico's een duidelijke aanwijzing is gelegen voor het bepalen van de grenslijn tussen de verplichte en de vrijwillige verzekering. In de volgende paragraaf wordt daarop teruggekomen.

Aleer zij daarna op grond van de genoemde uitgangspunten de hoofdlijnen van een andere opzet van de wettelijke ziektekostenverzekeringen aan geeft, schenkt de commissie aandacht aan de vraag te wiens laste de premie door deze verzekeringen moet worden gebracht. Zij zegt daar:

„In tegenstelling tot de overige verzekeringen, die hierdoor gekenmerkt worden dat zij aanspraak geven op een uitkering in geld dat door de uitkeringsgerechtigde naar eigen inzicht kan worden besteed, geven de ziektekostenverzekeringen aanspraak op medische diensten, respectievelijk op restitutie van de daarvoor betaalde kosten. De financiering door middel van een wettelijke verzekering beoogt een beperking van de consumptie door onvoldoende koopkracht van bepaalde groepen van de bevolking te voorkomen. De consumptie van medische diensten vormt een onderdeel van het bestedingspatroon. De commissie acht geen reden aanwezig om voor de werknemers dit onderdeel van de bestedingen onzichtbaar te maken. Zij is derhalve van mening, dat de premies van de wettelijke ziektekostenverzekeringen, ongeacht het systeem daarvan, ook voor de werknemers ten laste van de verzekerden dienen te komen. Dit sluit uiteraard niet uit, dat bij (collectieve) arbeidsovereenkomst kan worden bepaald dat de premie geheel of gedeeltelijk door de werkgever zal worden gedragen."

Hoofdlijnen van een andere opzet

Met betrekking tot de hoofdlijnen van een andere opzet van de verzekeringen tegen kosten van geneeskundige verzorging gaat de commissie als volgt verder:

„Het uitstippelen van de hoofdlijnen van de verzekeringen tegen kosten van geneeskundige verzorging vereist een concretisering van de opgesomde uitgangspunten. De commissie heeft gemeend geen gedetailleerde uitwerking te moeten geven van de structuur van de onderhavige verzekeringen, omdat de minister en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid op 9 augustus 1968 te dien aanzien het advies van de Sociaal-Economische Raad hebben gevraagd.

„Voor wat het eerste hiervoren genoemde uitgangspunt betreft, zouden — naast de verstrekkingen thans opgenomen in de A.W.B.Z. — ook de kosten van ziekenhuis- en sanatoriumverpleging en die van specialistische hulp (klinisch en poliklinisch) kunnen worden aangemerkt als zodanige zware risico's dat continuïteit in de dekking daarvan gewaarborgd moet zijn. Met betrekking tot de poliklinische specialistische hulp zou wellicht kunnen worden betwijfeld of continue dekking vereist is. Zonder overigens te dezen aanzien een definitieve

uitspraak te willen doen, mede gelet op de vermelde adviesaanvraag aan de Sociaal-Economische Raad, wijst de commissie erop dat ook dergelijke hulp zeer hoge kosten met zich kan brengen (bijvoorbeeld bij chronische ziekten) en dat een splitsing tussen specialistische hulp gepaard gaande met ziekenhuisopname, en poliklinische specialistische hulp tot — uit medisch gezichtspunt niet noodzakelijke — ziekenhuisverpleging zou kunnen leiden, omdat de kosten dan door de verzekering zouden worden gedragen. Voor het hierna geschetste beeld wordt ervan uitgegaan dat ook de poliklinische specialistische hulp continu gedekt moet zijn.

„Continue dekking van de kosten van genoemde risico's vereist, dat de kring van verzekerden niet beperkt wordt tot een groep van de bevolking, bepaald bijvoorbeeld door de hoogte van het inkomen, de economische status of de leeftijd. De dekking zou dan door middel van een volksverzekering kunnen geschieden, waarbij op grond van het hiervoren genoemde tweede uitgangspunt de grondslag van de premieheffing voor alle verzekerden gelijk is. De lastenverdeling is dan gelijksoortig aan die van de overige volksverzekeringen.

„Ten aanzien van de overige verstrekkingen die thans in de ziekenfondsverzekering zijn opgenomen zou naar het oordeel van de commissie van een verplichte verzekering kunnen worden afgezien. Bij een vrijwillige verzekering zou dan voor deze ver-

strekkingen een nominale premie dienen te worden geheven.

„Aldus zou het volgende beeld ontstaan:

a. een volksverzekering die naast de reeds thans in de A.W.B.Z. opgenomen verstrekkingen ook omvat de ziekenhuis- en sanatoriumverpleging vanaf de eerste dag en de specialistische hulp (klinisch en poliklinisch);

b. een vrijwillige verzekering voor de overige verstrekkingen die thans in het ziekenfondspakket zijn opgenomen. De commissie gaat er hierbij overigens van uit dat voor de personen met een inkomen beneden de loon- en inkomensgrens van de huidige ziekenfondsverzekering een vrijwillige ziekenfondsverzekering zal worden gehandhaafd, waarin de kinderen beneden 16 jaar en enkele categorieën kinderen tussen 16 en 27 jaar gratis medeverzekerd zullen zijn.”

Bij het voorgaande tekent de commissie uitdrukkelijk aan dat zij de consequenties van de geschetste structuur voor de honorering van de medewerkers en voor de positie van de ziektekostenverzekeringsinstellingen niet in haar studie heeft betrokken. Gelet op haar taakopdracht en op de hiervoren genoemde adviesaanvraag aan de S.E.R. meent de commissie zich van een oordeel over deze consequenties te kunnen onthouden.

Ontwerp van wet op de dierproeven naar Tweede Kamer

Negentig jaar nadat voor het eerst de wenselijkheid van een wet ter regeling van de vivisectie in de Staten-Generaal ter sprake is gebracht is thans op voordracht van de staatssecretaris van Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, bij de Tweede Kamer een ontwerp van een Wet op de dierproeven ingediend. Het wetsontwerp is gebaseerd op een voorontwerp waarover de Centrale Raad voor de Volksgezondheid een gunstig advies heeft uitgebracht.

In het wetsontwerp wordt de bescherming van het dier centraal gesteld. Het ontwerp gaat uit van een stelsel van vergunningen. De dierproeven zullen alleen kunnen worden uitgevoerd onder controle van een strenge inspectie. Zonder vergunning zal het verrichten van proeven op dieren zijn verboden. Uitgangspunt van het wetsontwerp is de gedachte, dat proeven op dieren alleen aanvaardbaar zijn indien zij zijn gericht op het belang van de gezondheid of de voeding van mens of dier. Hiervan kan slechts ten behoeve van een zeer gewichtig ander belang worden afgeweken. Als voorbeeld van proeven waarvoor hij op grond van dit uitgangspunt geen vergunning zal geven, noemt de staatssecretaris in de toelichting op het wetsontwerp effectiviteitsproeven in de cosmetische industrie.

Uit de toelichting op het wetsontwerp blijkt, dat vergunningen tot het nemen van proeven op dieren zullen worden afgegeven aan betrokken instellingen, zoals universiteiten, ziekenhuizen en farmaceutische industrieën. Het is wenselijk, aldus de staatssecretaris, dat de verzorging van de dieren wordt opgedragen aan gediplomeerde dierenverzorgers. Hij acht het voorts noodzakelijk dat dierenartsen of andere deskundigen toezicht houden op het welzijn van de proefdieren. Op het punt van de huisvesting, verzorging, verpleging en voeding der proefdieren zullen nauwkeurige voorschriften worden gegeven. Die voorschriften zullen bij Algemene Maatregel van Bestuur worden vastgesteld.

Proefdieren zullen volgens het wetsontwerp in het algemeen slechts mogen worden betrokken van speciale hiertoe ingerichte fokkerijen. Zij zullen voorts mogen worden betrokken van andere laboratoria die dierproeven verrichten. Dierenhandelaren kunnen enkel in aanmerking komen als zij een vergunning op grond van de Wet op de Dierenbescherming bezitten. Beoogd wordt aldus het betrekken van dieren van ongeregistreerde handelaren te voorkomen. Ook wordt beoogd het stelen van dieren voor verkoop als proefdier effectief tegen te gaan. Grote waarde wordt ook gehecht aan het speciaal

fokken van proefdieren van uniforme kwaliteit. Bij gebruikmaking van deze dieren kan namelijk met kleinere aantallen worden volstaan. De uitslag van de proef is dan namelijk zekerder en herhaling is dan overbodig geworden.

Een belangrijk element vormen in het ontwerp de voorschriften ten aanzien van verdoving of narcose en zo nodig het na afloop van de proef doden van het proefdier. Uitgangspunt van de staatssecretaris is hierbij pijn of ernstig ander ongemak bij het dier te voorkomen. Het toezicht op het bij of krachtens de wet bepaalde is in het ontwerp opgedragen aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Het ligt in het voornemen, met name de Veterinaire Hoofdinspectie van dit Staatstoezicht daarmee te belasten. Men beschikt daar over deskundige dierenartsen, aan wie voor de uitvoering van hun taak de nodige bevoegdheden kunnen worden toegekend.

Voorts wordt aan vergunninghouders een verplichting opgelegd, een eenvoudige administratie van de genomen proeven bij te houden. Hierover moet periodiek worden gerapporteerd. Daardoor kan de inspecteur van de volksgezondheid nagaan hoe de stand van zaken met betrekking tot de proeven op dieren is. In dit ontwerp is de instelling voorzien van een permanente deskundige adviescommissie, die aan de staatssecretaris en aan hen, die met het toezicht op de naleving van de wet belast zijn, voorlichting en adviezen zal kunnen verstrekken.

ADRESWIJZIGINGEN

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

Dr. Kruisinga legt in de Memorie van Toelichting bij het wetsontwerp de nadruk met name op het belang van methodes ter vervanging van dierproeven. Hij vestigt de aandacht op de mogelijkheden van het gebruik van weefsel- en celcultures en deelt mede dat de ontwikkeling daarvan thans wordt gesubsidieerd. Onder meer is onlangs besloten hier toe een onderzoek bij het Radiobiologisch laboratorium van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. onder leiding van Dr. G. W. Barendsen te stimuleren. Het betreft hier een onderzoek dat zich in het bijzonder met de toepasbaarheid van weefselcultures in plaats van dierproeven bezighoudt. De staatssecretaris deelt verder mee, dat hij aan de minister van Onderwijs heeft verzocht, de universiteiten te wijzen op de wenselijkheid, herhalings- en demonstratieproeven zoveel mogelijk te vervangen door bijvoorbeeld het gebruik van films.

Psychiatrische hulp voor Engelse jongeren schiet te kort

Het is helaas maar al te waar, dat een jongere die psychiatrische hulp wil krijgen, er het beste aan doet de wet te overtreden. Hoewel, de behandeling die in opvoedingsgestichten en tuchtscholen wordt gegeven is ook niet je dát. Aldus de Lancet van 28 februari, waarin aandacht wordt besteed aan de tekortschietende geestelijke gezondheidszorg voor de opgroeiende jeugd in Engeland. Jongeren tussen de 17 en 21 jaar zitten er tussen de wal van de „child-guidance service” en het schip van het „local-authority mental department”. Vaak blijkt geen der personen of instanties op het vlak van geestelijke volksgezondheid direct en volledig aanspreekbaar voor de hulpverlening aan jongeren. In vele gevallen is noch de hulpzoekende noch de hulpverlener van alle beschikbare diensten op de hoogte.

Onlangs verscheen een rapport over de psychiatrische voorzieningen voor adolescenten in Manchester. De stad is daar maar karig mee bedeed. In 1964 gaf het ministerie van Gezondheid de aanbeveling per miljoen inwo-

ners een psychiatrische eenheid van minimaal 20-25 plaatsen voor hulp aan jongeren in te stellen. In Manchester is er nog geen. Terwijl in Birmingham in een opvangcentrum achttien bedden en elf stafleden voor gebruikers van verdovende middelen klaarstaan, is het drugcentrum in Manchester nauwelijks meer dan een polikliniek waar recepten worden verstrekt.

Overigens zijn de problemen in Manchester dezelfde als die waarmee men alom in den lande kampt. Het schort aan scholing, financiën, accommodatie en personeel. Aan de psychiatrie van kind en jongere wordt tijdens de Britse artsenopleiding maar weinig aandacht besteed. Vele ziekenhuizen kunnen jongere patiënten met psychische moeilijkheden slechts verwijzen naar een algemene inrichting in de buurt, of trachten hen buiten de regio onder te brengen; er is vaak geen beginnen aan. Er is een tekort aan medewerkers voor de hulp aan kinderen, hetgeen resulteert in wachttijden van zes tot acht weken. De „child-guidance services”, die

openstaan voor kinderen tussen 5 en 17 jaar hebben in de praktijk haast alleen maar cliënten beneden de 13, wier verwijzing door onderwijzers en schoolartsen geschiedt. Aan de andere kant kent het „mental-health department” erg weinig bezoekers beneden de 21 jaar. Ook medewerkers van de gezinswelzijnszorg ontmoeten zelden jongeren tussen de 17 en 21 jaar, terwijl huisartsen vaak onbekend zijn met de mogelijkheid ook hun jongere patiënten naar de welzijnszorg door te sturen. De universitaire gezondheidsdiensten functioneren goed; de overige instellingen van voortgezet onderwijs blijven echter schromelijk achter in de zorg voor de in geestelijke nood verkerende leerling. Het rapport doet een groot aantal aanbevelingen, waarbij vooral op de preventie wordt gehamerd. Verder wordt bepleit, de diverse diensten te bundelen en ook — en dat is zegt de Lancet het allerbelangrijkst — wegen te zoeken om jongeren die psychisch in de klem zitten te laten weten bij wie zij met hun moeilijkheden terecht kunnen.

Rapport van het Nederlands Genootschap voor Medische Sexuologie over het abortusvraagstuk

Naar aanleiding van het voorstel van de American Medical Association, geamendeerd door een commissie der K.N.M.G. en gepubliceerd in Medisch Contact dd. 3 jan. 1969 (Jrg. 24 No. 1) heeft ook het Nederlands Genootschap voor Medische Sexuologie zich diepgaand met de problematiek van de abortus provocatus beziggehouden. Het Genootschap kwam daarbij unaniem tot de volgende conclusies:

Conclusie A:

In de huidige situatie is het opstellen van stringente, gefixeerde regels voor de medische indicatie tot abortus provocatus ongewenst, aangezien:

1. de periode van discussie in brede medische kring te kort en de benodigde ervaring met therapeutische abortus onvoldoende is voor een uitgebalanceerd standpunt;
2. het fixeren van een therapeutische gedragslijn onjuist is met het oog op de snelle ontwikkeling van de geneeskunde;
3. de plaats van de abortus arte provocatus in het Nederlandse cultuurpatroon evenals de attitude tegenover zwangerschap én het afbreken daarvan, aan voortdurende wijziging onderhevig is, zowel bij de Nederlandse bevolking als bij het artsencorps;
4. de benodigde wetenschappelijke kennis ontbreekt wat betreft de Nederlandse populatie.

Conclusie B:

Het Genootschap meent dat het *niet* juist is de medische procedureregels te beschouwen los van de wenselijkheid tot wetswijziging.

Ten aanzien van de wettelijke situatie in Nederland werden twee alternatieve zienswijzen overwogen:

Alternatief 1

Dit zou als volgt kunnen worden geformuleerd:

De huidige wetgeving laat de medicus voldoende ruimte om op medische indicatie een abortus te realiseren. Gezien echter de bestaande onzekerheden over de begrenzing van deze medische indicatie, nog geaccentueerd door een veelal negatief geconditioneerd zijn van de Nederlandse artsen ten deze, blijft een - als bedreigend gevoelde - rechtsonzekerheid bestaan. Slechts door onder andere een meermaals herhaalde en duidelijke bekendmaking door de Overheid en in verband met de tuchtrechtspraak ook door de K.N.M.G. van de mogelijkheden die de huidige wet de medicus biedt, kunnen misschien op den duur de voorwaarden worden gerealiseerd wel-

Het Nederlands Genootschap voor Medische Sexuologie heeft vorig jaar een rapport opgesteld over het abortusvraagstuk, een rapport dat - weliswaar gedateerd 12 juni 1969 - door omstandigheden binnen het Genootschap eerst onlangs voor publicatie kon worden vrijgegeven. Bij de aanbieding werd namens het bestuur van het Genootschap nog onderstreept, dat het hier afgedrukte rapport werd opgesteld, vóórdat de Commissie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie haar visie op het abortusvraagstuk (zie Medisch Contact nr. 7 van 13 februari j.l., bladzijde 143 e.v.) in de publiciteit had gebracht.

Red. M.C.

ke nodig zijn om de wet in feite te laten functioneren.

Alternatief 2

Gestreefd moet worden naar een wetswijziging waardoor het begrip abortus geheel uit de wet verdwijnt. De aborteur niet-geneeskundige blijft strafbaar wegens het onbevoegd uitoefenen van de geneeskunst. Wel dient de strafmaat te worden verzwaaard in verband met de ernst van het delict.

De therapeutische abortus door medici dient - zoals alle medisch handelen - te voldoen aan hoge normen van goede geneeskunde. Daartoe is het opstellen van - niet limitatieve! - richtlijnen en adviezen dringend gewenst.

De voorkeur van het Genootschap gaat - unaniem - uit naar het tweede alternatief, aangezien dit in tegenstelling tot het eerste op korte termijn een oplossing biedt de medicus van de bestaande rechtsonzekerheid te bevrijden en daarmee de deur te openen tot een adaequate hulpverlening. Het Genootschap sluit zich hiermee volledig aan bij de zienswijze van Prof. Mr. Ch. J. Enschedé zoals neergelegd in zijn Actualiteitencollege strafrecht gegeven in de periode oktober-december 1968; wij citeren:

- 9.3. „Maar men moet nog een stap verder gaan. (Hier verwijs ik met klem naar Chabot (B. E. Chabot: „Over argumenten vóór en tegen abortus provocatus”, Amsterdam 1968, 74 blz.);) men moet de a.p. door de bevoegde arts legaliseren, en dat wel: door in de wet gedragsregels op te nemen die strafvrijheid ver-

zekeren. De Engelse abortion Act 1967 kan hier als voorbeeld dienen (maar niet klakkeloos worden overgenomen: ik meen dat onderzoek moet worden of inderdaad geen poliklinische behandeling mogelijk is).

Maar, anders dan de Engelse wet, ware géén omschrijving van medische indicatie op te nemen. De vraag of een a.p. mag worden uitgevoerd of niet is een vraag van medisch moraal, en die kan niet worden gediend door een wetelijk keurslijf.

- 9.4. Men onderscheide hier de *medische moraal* van de *medische indicatie*. Naar de huidige opvattingen eist de *medische moraal* voor de a.p. een *medische indicatie*. Maar 't lijkt niet zo zeker, dat dat altijd zo zal moeten zijn. Opname van een medische indicatie als eis voor a.p. in de wet zou dan ook een mogelijk wenselijke ontwikkeling in de weg kunnen staan. Zolang de medische moraal voor a.p. een medische indicatie blijft eisen, zolang is het sociale a.p. probleem onoplosbaar. Daarom zal dat probleem slechts in twee trappen kunnen worden opgelost:

- de a.p. door de arts dient, mits voldaan wordt aan zekere gedragsregels omtrent beslissing en uitvoering, te worden gelegaliseerd (d.w.z. de arts zij nimmer strafbaar, zolang hij binnen de grenzen van de gedragsregels blijft);
- de medische moraal dient afstand te doen van het vereiste van een medische indicatie, hoe ruim die ook moge zijn.

- 9.5. *De eerste trap*: de gedragsregels zullen o.m.

moeten inhouden: geen excessief salaris; geen heimelijke behandeling. Deze laatste eis kan bijvoorbeeld worden voldaan door de eis van overleg met andere arts.

- 9.6. *De tweede trap*: Staande huwelijk zij de a.p. beslissing in beginsel de beslissing, niet van de arts, maar van het echtpaar, buiten huwelijk: niet van de artsen, maar van de vrouw. De arts voere de a.p. uit zodra hij zeker is: - dat de echtelieden resp. de vrouwen na afweging van alle belangen hun beslissing hebben genomen; - tenzij er een medische contra-indicatie is. Dat zijn, voor zover ik zie, eisen die vergelijkbaar zijn met de gang van zaken t.a.v. een plastisch-chirurgische ingreep".

Conclusie C:

Uit het bovenstaande volgt reeds dat de voorstellen van het A.M.A.-rapport met het commentaar van de Maatschappij-commissie als zodanig onaanvaardbaar zijn, met name ook de limitatieve opstelling: "... opposed to induced abortion except when ..." met de vijf uitzonderingsregels hiervoor. De regel nr. 2 (foetale indicatie) werd reeds o.i. terecht door de commissie verworpen.

Ten aanzien van de regels nr. 1 (gezondheid van de vrouw), nr. 3 (verkrachting en incest), nr. 4 (twee andere deskundigen) en nr. 5 (in ziekenhuis) zijn o.i. onderstaande formuleringen te prefereren als voorlopige richtlijnen:

- I. Abortus arte provocatus dient te worden overwogen indien:
 - a) (ad 1) er gefundeerde redenen zijn om aan te nemen dat de zwangerschap en zijn consequenties de lichamelijke of geestelijke gezondheid van de moeder, of van degenen die direct van haar afhankelijk zijn, ernstiger zal bedreigen dan het afbreken ervan;
 - b) (ad 3) wanneer er een redelijk vermoeden bestaat dat de zwangerschap het gevolg is van een strafbaar seksueel contact.
- II. De wens van de vrouw is hierbij een centraal gegeven, maar dient getoetst te worden op echtheid van motieven; zo mogelijk dient ook de partner in het overleg te worden betrokken. De indicatiestelling blijft evenwel een medische beslissing, waarvan zoveel mogelijk de gronden en consequenties met de vrouw dienen te worden besproken.
- III. (ad 4) Elk abortusverzoek dient indien nodig te worden onderzocht door in overleg met de vrouw te kiezen deskundigen op het gebied der verschillende facetten van het desbetreffende geval. Ook bij het afwijzen van het nadrukkelijke verzoek van een vrouw dient dezelfde zorgvuldigheid in acht te worden genomen en de beslissing aan de vrouw te worden toegeleend. Ter voorkoming van gewetensdrang is

Medische informatiekaart

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

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

een arts, die - op grond van zijn eigen oordeel - het verzoek tot abortus provocatus afwijst, gehouden, de vrouw door middel van verwijzing in de gelegenheid te stellen elders medisch advies in te winnen.

- IV. (ad 5) De ingreep dient vanzelfsprekend te worden verricht door een deskundige - meestal gynaecoloog - in een adaequate omgeving - bij voorkeur in een ziekenhuis gelegen in het rayon van de vrouw.
- V. Het verdient zeer sterk aanbeveling de procedure zo snel te laten verlopen, dat de geïndiceerde abortus provocatus binnen de kortst mogelijke termijn kan plaatsvinden.
- VI. Voor minderjarigen dient ernaar gestreefd te worden de ouders in het overleg te betrekken, tenzij het belang van de betrokkenen zich daartegen verzet.
- VII. Met klem dient te worden gesteld, dat goede nazorg, zowel van de vrouwen bij wie een the-

rapeutische abortus is verricht, als bij de vrouwen bij wie een verzoek daartoe is afgewezen, van het grootste belang is. Speciaal bij een afgewezen verzoek tot therapeutische abortus dient optimale medisch-sociale hulp en begeleiding te worden verleend.

- VIII. Anonieme registratie (b.v. bij het N.I.S.S.O. het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek) van verrichte - en afgewezen - therapeutische abortus dient te worden bevorderd, echter uitsluitend ten behoeve van wetenschappelijke doeleinden.
- IX. Preventie van ongewenste zwangerschap door het scheppen van een klimaat waarin optimale sexuele voorlichting en optimale anticonceptionele hulp mogelijk zijn blijft uiteraard de te prefereren weg.

Dr. C. van Emde Boas, voorzitter
A. F. C. Overing, secretaris

Discussie over :

ABORTUS PROVOCATUS

M. G. Pannekoek:

„Een rapport met te veel onvoldoendes”

Het rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, dat als een „bijdrage aan de landelijke discussie over het abortusvraagstuk” eerst landelijk werd geïntroduceerd via een persconferentie en -communiqué, en vervolgens aan de artsen werd gepresenteerd via Medisch Contact no. 7/1970, bladzijde 143, kan bezwaarlijk als een „discussiestuk” worden beschouwd. Van „discussie” in de zin van „gedachtenwisseling” mag immers nauwelijks worden gesproken: het standpunt is bepaald, en een afwijkende mening wordt a priori toegeschreven aan emotionaliteit. Degene die er een andere mening op na houdt, is eigenlijk een soort patiënt, wiens denkpatroon wordt bepaald door zijn opvoeding, opleiding, en niet te vergeten, het „establishment” waartoe hij behoort. Discussie is niet meer mogelijk, hoogstens debat.

De meest verhelderende paragraaf tref ik aan op pagina 146. Ik citeer deze volledig:

„Aangezien de huisarts slechts zelden krachtige somatische motieven zal vinden voor de ingreep, wordt de patiënt naar de psychiater verwezen, die van zijn kant gewoonlijk evenmin in staat is een duidelijk (ziektkundig) motief aan te geven. Indien hij toch meent dat abortus bij deze vrouw

de juiste oplossing is, is hij gedwongen een feitelijk emotioneel probleem van een maatschappelijk redelijk functionerende vrouw, die objectief niet ziek is en van wie ook niet is te verwachten dat zij echt psychiatrisch ziek zal worden, in diagnostische termen te „verpakken”. Hij mag niet zeggen dat het om een zuiver emotioneel probleem gaat, om een vrouw die op gronden die haar subjectieve levensgevoel raken, van haar zwangerschap af wil. Hij mag vooral niet zeggen dat het om een menselijk wezen gaat dat het moeilijk heeft, om een gezonde vrouw in menselijke misère, want dat is voor de wet geen uitgangspunt en dus vallen de termen „depressief” of „suicidaal”. Met andere woorden het probleem waarvoor de medicus staat is geen medisch probleem maar een probleem van de medicus.”

Deze uitspraak is vooral verhelderend voor diegenen, die tot dusverre zo vaak met verbazing — zo niet verbijstering — de rapporten van psychiatrische teams hebben gelezen, waarin ijverig werd gespeurd naar „infantilisme”, „depressie” en „suicidegevaar”, terwijl de familiestamboom was afgezocht naar psychosen, en ook het hartinfarct dat één van de ouders bedreigde niet was vergeten. Ik heb mij bij de lezing van dergelijke rapporten dikwijls afgevraagd: „Zouden zij dat nu werkelijk menen”? Het antwoord kennen wij nu; het was slechts „verpak-

king". Interessant is het, om daarbij te herinneren aan de discussies in de Nederlandse Gynaecologische Vereniging (daar is gedachtenwisseling wel mogelijk), waarbij door zeer deskundige voorstanders van het „abortusteam”, bij herhaling, tegenover twijfel mijnerzijds werd gesteld, dat de „moderne psychiatrie” (wat dat dan ook mag wezen) tegenwoordig nauwkeurig in staat is de exacte verhouding tussen draagkracht en draaglast van het bedreigde individu te bepalen en dat daarom het advies van de psychiater voor ons zo waardevol kan zijn. In het hele rapport wordt zelfs geen enkele poging gedaan om laatgenoemde stelling waar te maken. In plaats daarvan vinden wij slechts het hierboven geciteerde testimonium paupertatis.

Er komen verder in het rapport zoveel ondeugdelijke redeneringen en ontoelaatbare bewijsvoeringen voor (het woord „bewijs” is vrijwel overal ten onrechte gebruikt), dat het ondoenlijk is deze allemaal naar voren te brengen. Ik zal dus volstaan met enkele karakteristieke voorbeelden, waarbij ik de paginering van Medisch Contact aanhoud.

1 p. 147:

„In onze cultuur bestaat een sterke neiging ergens een begin en een einde van het persoonlijk menselijk leven aan te geven. Maar het is uiterst moeilijk hier absolute grenzen vast te stellen want deze liggen individueel — onder meer afhankelijk van levensbeschouwing — zo verschillend, dat het onmogelijk is gebleken een vast criterium te vinden dat voor iedereen aanvaardbaar is.”

Dit is natuurlijk nimmer een argument om dan maar helemaal af te zien van het vaststellen van criteria — of zelfs het pogen daartoe —: is er ooit iets waar *iedereen* het over eens is?

2. p. 147 (over embryonale ontwikkeling):

„In dit verband lijkt het ons zinvol vast te stellen dat het hier (niet?-P) gaat om wetenschappelijk vaststaande feiten, maar om een emotionele waardering die niet aan deze *zogenaamde* (cursivering van mij -P) feiten wordt ontleend, maar waaraan wij — in tegendeel — vaak onbewust deze feiten secundair hechten.”

Afgezien van de correctie, die naar ik meen in de tekst moet worden aangebracht om er althans iets „zinvols” van te maken, wijs ik er op dat bevruchting, nidatie en embryonale ontwikkeling wel degelijk wetenschappelijk vastgestelde feiten zijn. Het woord „zogenaamd” is hier misplaatst: de waardering van de feiten kan emotioneel worden bepaald, maar het blijven wetenschappelijke feiten.

3. p. 144. Ondeugdelijke bewijsvoering:

„Hoe subjectief dit standpunt in feite is, wordt *bewezen* (cursivering van mij -P) door de omstandigheid dat er niet alleen talrijke artsen zijn en ook velen buiten de medische wereld, die abortus provocatus zonder meer als moord beschouwen,

maar evenzeer grote groepen medici, die de abortus provocatus, ook de abortus „op verzoek” volledig aanvaarden.”

Alsof het feit, dat er over een zaak door verschillende mensen verschillend wordt gedacht, *bewijst* dat het om subjectieve standpunten gaat! Indien twee geleerden een verschillende mening hebben over het ontstaan van de maan, bewijst dat dan, dat deze meningen subjectief zijn gevormd?

4. p. 150 en 151. Ontoelaatbare omkering van de bewijslast: indien men wil aantonen, dat een ingreep ongevaarlijk is, kan men niet volstaan met het bestrijden van tegengestelde meningen.

Bij het bespreken van de vraag of het verrichten van abortus schadelijke gevolgen voor de vrouw zou kunnen hebben, wordt een aantal publikaties, die dit zouden beweren, aan een kritische beschouwing onderworpen. Dit suggereert dat, zo lang schade niet is bewezen, men moet aannemen dat deze schade ook niet bestaat. Dit leidt tot een nog potsierlijker argumentatie (p. 151):

„De verwachting ligt voor de hand dat bij een verruiming van de mogelijkheden, waardoor een groter aantal evenwichtige vrouwen (en vrouwen die aan de grens van een psychische decompensatie leven), kan worden geholpen, de frequentie van schadelijke gevolgen zal afnemen.”

Dit laatste is ongetwijfeld juist: de chirurg die veel negatieve appendices opereert, heeft het kleinste percentage complicaties!

5. p. 145. Bewijsvoering door insinuatie: indien men de juistheid van een standpunt wil aanvechten, en men kan aantonen dat het in één opzicht (wellicht) onjuist is, insinueert men daarmee, dat het in andere opzichten ook wel niet betrouwbaar zal zijn.

In de beschouwing over het „behoud van het leven”, worden „Medische Ethiek en Gedragsleer” en de W.M.A. geciteerd. Hierna wordt erop gewezen, dat dit standpunt t.o.v. de euthanasie niet houdbaar is. Ik ben het daar wel mee eens, maar dit impliceert niet, dat dit standpunt dan óók ongeldig is voor abortus. Hierop volgt dan nog:

„De zojuist geciteerde passage uit „Medische Ethiek en Gedragsleer” laat bijvoorbeeld in het ongewisse wat menselijk leven is.”

Deze uitspraak zou naar mijn mening het beste als een voorbeeld van „one-up-man-ship” kunnen worden gerubriceerd: het plaatsen van een irrelevante opmerking, waarmee men de schijn wekt de ander schaakmat te zetten. Het feit, dat er bibliotheken zijn volgeschreven over de vraag wat menselijk leven nu wel precies is, doet niets af aan het feit, dat bij abortus het begin en het einde van dit menselijke leven nauwkeurig vaststaan. Ik benadruk nogmaals: over de waarde van dit leven kan men van mening verschillen.

Naast de hierboven geciteerde onhoudbare en onaanvaardbare redeneringen, zijn er nog een aantal tendensen in het rapport waarop ik even wil ingaan. Zo wordt er constant gehamerd op de „emotionaliteit” van de — wat ik hier maar zal noemen — „andersdenkende”. Het woord emotie krijgt hier een verdachte betekenis. Bij iedere verstandelijk genomen beslissing, valt na naarstig speuren, wel de één of andere emotionele drijfveer te ontdekken of te construeren, waarbij desnoods altijd nog een beroep op het onderbewuste kan worden gedaan („emotionele motieven, vermomd als rationele overwegingen” -p. 154), maar de onjuistheid van deze beslissing is hiermee niet aangetoond. Iemand die op zuiver emotionele gronden handelt, kan zelfs ook nog wel eens gelijk hebben. De soldaat die weigert om op bevel van zijn commandant een aantal onschuldige burgers terecht te stellen, doet dat op emotionele gronden. Wij zullen hem „gelijk” geven, maar als hij zijn verstand had gebruikt zou hij waarschijnlijk anders hebben gehandeld.

Merkwaardig is ook de telkens weer opduikende opvatting, dat de arts zich bij zijn beslissing ten aanzien van abortus niet moet laten leiden door zijn eigen levensbeschouwing of door „argumenten van gedeeltelijk ethisch-godsdienstige aard, die een zeker absoluut karakter schijnen te verlenen aan een in feite subjectief standpunt...” (p. 144), maar zich moet refereren aan de ethische opvatting van de patiënt. Dit is nonsens: ieder medisch handelen zal moeten worden geleid door ethische overwegingen. Dat begint al bij het voorschrijven van een medicament of een dieet, en neemt steeds grotere proporties aan naarmate het om grotere ingrepen gaat. De arts zal voortdurend, bij iedere beslissing die hij neemt, aan zijn geweten moeten appelleren, anders is werkelijke geneeskunde (ik spreek nog niet eens van „geneeskunst”) ondenkbaar. Hoe komt het — vraagt men zich af — dat het juist de psychiaters zijn, die dit fundamentele punt „scotomiseren” (om maar eens één van hun eigen termen te gebruiken)? Laat ik mij — als amateurpsycholoog — nu ook maar eens aan een verklaring hiervoor wagen:

Van de behandelende medische disciplines is de psychiatrie de enige waarbij vrijwel niets wordt „gedaan”. De psychiater verricht geen mechanische ingrepen. Zijn taak is het in de eerste plaats om zijn patiënt aan te horen en daarbij zijn eigen ethische opvattingen zo veel mogelijk te elimineren. Hij mag niet in de stoel van de rechter gaan zitten en een oordeel vellen, hoe verwerpelijk de dingen, die zijn patiënt hem toevertrouwt, ook mogen zijn. Treedt hierdoor bij de praktiserende psychiater wellicht een „beroepsdeformatie” op, die hem er toe brengt te verlangen, dat iedere arts zich in zijn werk distantieert van de eigen ethische normen? Dit is een hypothese waarop men mij kan aanvallen, maar let vooral op, dat ik het woord „bewijs” niet heb gebruikt!

Tenslotte valt nog op, dat in het rapport, en trouwens in de gehele discussie over abortus, telkens weer wordt gewezen op de snelle veranderingen,

die zich in de tegenwoordige maatschappij in zo veel opvattingen voltrekken. Voor iemand die met zijn tijd mee wil gaan en niet voor conservatief wil worden versleten, is het belangrijk om deze stromingen te onderkennen en te volgen. Maar achter welk spandoek moet men lopen als er tegelijkertijd twee vooruitstrevende stromingen in tegengestelde richting gaan? Zo bestaat er enerzijds de tendens om steeds minder waarde te hechten aan het leven van de ongeboren vrucht, althans in een vroeg stadium, terwijl anderzijds de preventieve geneeskunde zich steeds intensiever en steeds vroeger met deze zelfde vrucht gaat bezighouden (prenatale pediatrie). Hetzelfde merkwaardige feit kan men constateren op het gebied van de ethiek: terwijl het vasthouden van de medici aan hun ethiek steeds meer als een „verouderd standpunt” wordt beschouwd, gaat men er in toenemende mate op aandringen, dat andere wetenschappelijke werkers (fysici, chemici, bacteriologen) zich van hun ethische verplichtingen ten opzichte van de maatschappij bewust worden (oorlogvoering). Interessante conflicten kunnen er op dit punt ontstaan voor de werkers aan de „abortuspijl”: deze zou misschien gemakkelijk als chemisch wapen in de oorlogvoering kunnen worden gebruikt. Moeten zij hun arbeid voortzetten of staken in het belang van de mensheid?

Nog een laatste opmerking. Aangezien het kenmerk in de bedoeling van de samenstellers heeft gelegen dit rapport onder de aandacht van het grote publiek te brengen, wekt het bevreemding, dat zij niet de moeite hebben genomen het in redelijk verstaanbare taal te redigeren. Het vrijwel ondoordringbare rookgordijn van psychiaterse terminologieën (het woord „attitude” komt er meer dan dertig maal in voor!) maakt de lezing ervan tot een vermoeiende en droevig stemmende bezigheid.

Rotterdam maart 1970

M. G. Pannekoek

Dr. G. P. M. Kruyver: „To be or not to be, that is the question”

*Thus conscience does make cowards of us all
and thus the native hue of resolution is sicklied
o'er with the pale cast of thought.*

W.Shakespeare.

Het zij mij gegund, de hiernavolgende beschouwing over het abortusvraagstuk in te leiden met bovenstaande citaten uit Hamlet. Zij zijn bedoeld als illustratief voor het dilemma waarvoor de arts, die met dit vraagstuk wordt geconfronteerd, zich ziet geplaatst. Met alle waardering die ik als gynaecoloog heb voor een aantal beschouwingen in het rapport abortusvraagstuk van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, waarin facetten worden belicht, die in andere werkstukken over dit onderwerp in het duister bleven, roept het bij mij anderzijds toch wel kritiek op. Duidelijkheidshalve wil ik vooropstellen vanuit welke „levensbeschouwelijk-

ke" attitude ik zelf het abortusvraagstuk benader. Dit is het 2de van de onder punt 4 van het betreffende rapport genoemde standpunten: het embryo is een potentieel individu. Het heeft recht op leven, maar in geval van een ernstig belangenconflict gaat dat van de vrouw voor. Dit ter inleiding.

Mijn bezwaren tegen het rapport gaan allereerst uit tegen de stelling, dat de „nee, tenzij” houding berust op een emotionele attitude met een rationele bovenbouw. Het gynaecologenrapport wordt ter zake deze houding gewraakt. De betreffende stelling in het gynaecologenrapport houdt in, dat het feit, dat de vrouw zich niet bewust is een potentieel individu het leven te benemen, niets verandert aan het bij de medicus aanwezige weten, dat elke jonge zwangerschap wel degelijk het bestaan van een potentieel nieuw menselijk individu impliceert. Voor mij is deze stelling nauwelijks aanvechtbaar en voor zover aanvechtbaar, komt zij mij voor als met redelijke argumenten verdedigbaar. Het emotionele hierin is mij niet duidelijk. Ik meen, dat het onjuist is te stellen, dat de verschillende attitudes (en met name deze gewraakte attitude) in wezen van emotionele aard zijn. Ik meen dat dit begripsverwarrend werkt en het inzicht in deze problematiek vertroebelt.

De verschillende attitudes ten aanzien van het abortusvraagstuk worden ingegeven door de divergerende levensbeschouwingen, die hieraan ten grondslag liggen en die de ethische normen bepalen van waaruit men zijn leven gestalte geeft. Ethiek berust mijns inziens niet primair op emoties, doch op veel complexere structuren, die zowel door eigen aard en aanleg (denk- en gevoelsbegaafdheid) als door het milieu (met de mogelijkheid van indoctrinatie enerzijds, doch verworven inzicht door eigen levenservaring anderzijds) worden bepaald. Wanneer de medicus bij het abortusvraagstuk in een ethische conflictsituatie komt, dan kan dit emotionele implicaties met zich meebrengen, door het gevoel van frustratie hierdoor veroorzaakt. De een zal hierdoor meer geëmoveerd, dat is ontdaan zijn (namelijk van zijn gemoedsrust) dan de ander, doch de emotionele implicaties zijn mijns inziens een gevolg en niet de oorzaak van dit ethisch conflict. In dit verband acht ik het standpunt, dat de beoordeling of een ongewenste zwangerschap in een bepaald geval een calamiteit voor de vrouw betekent, als een emotionele waardering moet worden beschouwd, eveneens onjuist. Vooropgesteld de aanwezigheid van voldoende deskundigheid inzake de psychiatrische, psychologische en sociale aspecten, die bij de abortusaanvraag op „psycho-hygiënische” indicatie in het geding zijn, is het geen zaak meer van emotionaliteit die de motivatie tot al of niet afbreken van een zwangerschap bepaalt, doch betreft het een oordeelvorming over de implicaties die van deze zwangerschap kunnen worden verwacht. Dat men hierbij aan een zekere mate van subjectiviteit niet kan ontkomen, wil ik niet ontkennen. De eisen die aan een dergelijk team worden gesteld, zijn waarlijk niet gering.

Degene, die op levensbeschouwelijke grond abortus provocatus afwijst, tenzij „bij een botsing van plichten”, zal zich ervoor dienen te behoeden, dat hij vanuit zijn standpunt de calamiteuze consequenties van de betreffende zwangerschap niet onderschat. Met name de gynaecoloog, die met een „nee, tenzij” attitude in een team werkzaam is, zal zich hiervan bewust moeten zijn. Zijn discipline immers is er bij uitstek een van zorg voor en bescherming van het nog ongebooren leven. Ook als hij, daarbij geholpen door ter zake kundige adviseurs, tot de overtuiging is gekomen, dat in een bepaald geval abortus geïndiceerd is, zal hij tegen zijn ratio in, emotionele weerstanden vóór en tijdens de uitvoering van de ingreep te overwinnen hebben.

Mijn tweede bezwaar betreft de motivatie van de door de betreffende commissie verdedigde „ja, tenzij” attitude. Met name het eerste argument, namelijk dat het moment waarop men van een mensenleven gaat spreken subjectief bepaald is, spreekt mij als argument voor deze attitude niet aan. Het is zeer wel mogelijk, dat het verstoren van een beginnende graviditeit een vrouw niet aanspreekt als het wegnemen van een potentieel menselijk leven, doch dit doet aan de feitelijkheid ervan geen afbreuk. De verwijzing in dit verband naar vroegere opvattingen over anticonceptie en masturbatie, die als voerend tot vernietiging van toekomstig leven werden beschouwd, acht ik niet steekhoudend. Voorkomen van conceptie en wegnemen van reeds potentieel menselijk leven zijn zaken van verschillende orde. Alleen de tweede overweging, gebaseerd op de aanvaarding van de voor de vrouw geldende autonome gevoelens en waarden als primair gegeven, is mijns inziens een zinvol argument, dat met name diegene tot nadenken stemt, die meent dit niet vanuit zijn levensbeschouwing te kunnen accepteren. Dit nadenken heeft mij tot de volgende overwegingen gebracht.

1. Dat men de voor de mens geldende gevoelens en waarden als autonoom aanvaardt, spreekt in onze maatschappelijke structuur vanzelf, zij het met dit voorbehoud, dat deze waarden en gevoelens niet lijnrecht indruisen tegen die van anderen. Ik meen dat de vrouw, die ongewenst zwanger is, in de laatste situatie verkeert. Haar belangen druisen in tegen die van de ongebooren vrucht, voor welke het (zij het niet bewust) gaat worden „to be or not to be”. Ik meen te kunnen stellen, dat de vrouw, met betrekking tot het recht te beschikken over dit ongebooren leven, niet autonoom is, omdat het niet haar leven is. Ik meen, dat de maatschappij het recht en ook de plicht heeft voor dit nog niet geboren, maar wel reeds aangelegd menselijk leven op te komen. Wel meen ik dat de vrouw in het dilemma waarvoor zij zich ziet geplaatst, recht heeft op een open en eerlijke houding ten opzichte van haar nood, en dat men bij een ernstig belangenconflict háár bedreigd menselijk bestaan laat prevaleren boven dat van het nog embryonale menselijk leven. Ik meen, dat het

juist is dat de maatschappij het oordeel hierover in handen geeft van ter zake deskundigen.

2. Het heeft mij voorts verwonderd dat de betekenis van de verwekker bij de betreffende overwegingen niet aan de orde is gekomen. Ook ten aanzien van deze is de vrouw mijns inziens niet autonoom in haar beslissingen, althans niet wanneer er sprake is van een nog aanwezige man-vrouwrelatie. De implicaties hiervan zouden in een „ja, tenzij” attitude toch stellig moeten worden uitgediept.

3. De „ja, tenzij” attitude is door de vergadering van de Vereniging van Psychiatrie geaccepteerd, terwijl de Ned. Gyn. Vereniging zich heeft uitgesproken voor het „nee, tenzij” standpunt. Blijkbaar moet deze divergentie van benadering worden verklaard uit een verschil in discipline. Een psychiater ziet voor zich het toekomstbeeld van de vrouw met een ongewenste zwangerschap met alle gevolgen ervan voor haar psyche, respectievelijk huwelijk en gezin, en laat dit prevaleren ten koste van het ongeboren leven. De gynaecoloog ziet voor zich het beeld van een gave zwangerschap, die tot de geboorte van een gezond kind zal leiden en laat dit prevaleren, tenzij kan worden verwacht, dat de aanstaande moeder ernstig in haar levensmogelijkheden wordt geschaad. Het „tenzij” van de „ja, tenzij” attitude heb ik bij het tegenover elkaar plaatsen van deze twee standpunten niet vermeld, daar dit geen alternatief is dat ten koste van de zwangerschap gaat. Dit „tenzij” immers geldt in het geval waarin de vrouw in wezen de zwangerschap wel wil en tegen zichzelf in om abortus vraagt. Ik meen dat het gynaecologenstandpunt eerlijker is, daar dit wel rekening houdt met het belang van de conceptus.

4. Dit verschil in attitude zal in de praktijk in de betreffende teams vèrgaande consequenties met zich mee brengen. Men zal kunnen verwachten dat in veel gevallen, waarin de psychiater vòòr is, de gynaecoloog zich gedwongen voelt een veto uit te spreken. Het zeer progressieve standpunt van de Vereniging van Psychiatrie zal het verkrijgen van een communis opinio bij het hanteren van de indicatiestelling mijns inziens in de weg staan en het werken in teamverband bemoeilijken.

De visie van het betreffende rapport op de abortusteams en met name ook de noodzaak tot vorming hiervan in alle regionale ziekenhuizen kan ik onderschrijven. Graag zou ik hieraan het volgende willen toevoegen. Hulpverlening bij ongewenste zwangerschappen is een maatschappelijke noodzaak. Tot dusverre was (en is op veel plaatsen nog) hier een ernstige lacune. Bij het toewijzen van een abortus blijft veelal een stuk psycho-sociale nood achter, waarin dient te worden geholpen. Nog sterker geldt dit bij een afwijzing. De Limburgse gynaecologen hebben bij hun voorstel tot vorming

van deze teams vooral hierop het accent gelegd. Zij spreken van teams ter begeleiding van ongewenste zwangerschappen. Dit houdt abortus in, als een andere oplossing niet aanvaardbaar is. Dit houdt echter ook de noodzaak van efficiënte hulp in bij afwijzing van een aanvraag. Hiertoe is de inschakeling van instanties, die in staat zijn deze begeleiding te bieden, vereist. Nauwe samenwerking hiermee (ik denk met name aan de Stichtingen voor Geestelijke Gezondheidszorg) lijken mij noodzakelijk om deze hulp efficiënt te kunnen realiseren. Het bezwaar van de psychische belasting, die het voor de vrouw betekent, een team te moeten passeren is reëel en wordt door veel vrouwen, doch niet door allen, als zodanig gevoeld. Men kan dit ten dele ondervangen door de vrouw niet meer leden van het team te laten passeren dan nodig is voor een zorgvuldige analyse. In groter teamverband kan men de casuïstiek retrospectief bestuderen aan de hand van de follow-up, zowel van toegewezen, als afgevoerde gevallen. Publikatie van de casuïstiek en follow-up, waartoe Prof. Ladee een eerste aanzet gaf, lijkt gewenst om tot een zuiverder indicatiestelling te komen. Voor alle bestaande teams blijft het voorlopig een „door schade en schande wijs worden”.

Dat deze teams op den duur zullen dienen te verdwijnen, zie ik in het licht van bovengeschetste zienswijze niet in. Wanneer wij als medici steeds meer naar teamwork dienen te streven om efficiënter te kunnen werken, waarom dan niet hier, waar de problematiek bij uitstek multi-disciplinair is en de beslissing zo uiterst belangrijk. Ook bij de „ja, tenzij” houding zal men aan een team, hoe klein ook, niet ontkomen. Mij dunkt dat de psychiater voor een zuiver oordeel veelal de hulp van een psycholoog en de P. S. W. behoeft.

Tenslotte nog één opmerking over het al of niet noodzakelijk zijn van wetswijziging. De noodzaak hiervan lijkt mij evident, namelijk voort te vloeien uit de veranderde visie die men zowel buiten als in medische kringen op dit vraagstuk heeft, een visie die niet vigeerde toen deze wet aan het eind van de vorige eeuw tot stand kwam. Dat de arts, die op goede gronden abortus provoceert, de facto door strafuitsluitingsgronden en jurisprudenties wordt beschermd mag waar zijn. Ik meen, dat het zijn goed recht is ook de jure van strafvervolgung te zijn gevrijwaard. Hij dient in deze door de wet expliciet en niet alleen impliciet te worden beschermd. Hoe deze wetswijziging dient te worden geformuleerd, is een zaak van deskundigen. Men behoeft zich, naar ik hoop, wel voor het opnemen van voorschriften omtrent de indicatiestelling in de wet.

Maastricht, 3 maart 1970

Dr. G. P. M. Kruijver, gynaecoloog.

Wetsontwerp inzake luchtverontreiniging

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft de memorie van antwoord betreffende het ontwerp van wet inzake de luchtverontreiniging bij de Tweede Kamer ingediend. De bijzondere commissie uit de Tweede Kamer voor dit ontwerp had op 1 oktober 1969 haar voorlopig verslag uitgebracht ten aanzien van het ontwerp, dat op 23 september 1968 was ingediend.

Naar aanleiding van vragen en opmerkingen van een aantal leden van de Kamercommissie spreekt de staatssecretaris in zijn memorie van antwoord zijn voorkeur uit voor een sectorsgewijze wetgeving op het gebied van de milieuhygiëne, zoals hij ook reeds uitvoerig heeft gedaan in zijn memorie van antwoord aan de Eerste Kamer bij de behandeling van de Wet hygiëne en veiligheid zweminrichtingen. De sectoren van de milieuhygiëne, zoals bijvoorbeeld water-, bodem- en luchtverontreiniging verschillen sterk van elkaar en vragen ieder een eigen specifieke aanpak. Zodra op alle deelgebieden van de milieuhygiëne wettelijke regelingen gereed zijn gekomen, zou kunnen worden gezien in hoeverre deze regelingen tot een geheel kunnen worden samengevoegd. Een dergelijke „codex milieuhygienicus” acht Dr. Kruisinga zeker realiseerbaar in de toekomst.

De problematiek van de luchtverontreiniging is zeer gevarieerd en omvat zeer verschillende deelaspecten (technologie, meteorologie, invloed op de mens, dier en plant, aantasting van materialen, meetmethoden). Deze kan, aldus de staatssecretaris, in het huidige stadium van de ontwikkeling beter blijven berusten bij de thans op dit gebied actieve en deskundige instellingen in den lande, zoals het K.N.M.I., de TNO-instituten en met name het Instituut voor Gezondheidstechniek TNO, het Instituut voor Plantenziektkundig Onderzoek (I.P.O.), de KEMA, het R.I.V., universiteiten en hogescholen. Dr. Kruisinga acht het, in plaats van het oprichten van een nationaal instituut voor de luchtverontreiniging, nuttiger om tussen de bestaande instituten een sluitende coördinatie te bewerkstelligen. Dit laatste zal zijnerzijds met kracht worden bevorderd. Hij acht het voorts gewenst zorg te dragen dat deze instituten zo goed mogelijk worden toegerust.

Wat betreft de opleiding van deskundigen op het gebied van de milieuhygiëne — en derhalve van degenen die bij de uitvoering van de wet op technisch gebied zullen moeten adviseren — wordt voorts nog gewezen op de bestaande studierichtingen in de gezondheidstechniek aan de Technische Hogescholen te Delft en te Enschede en de onlangs ingestelde studierichting Milieuhygiëne aan de Landbouwhogeschool te Wageningen, alsmede op

de aan de Technische Hogeschool te Delft gegeven postacademiale cursussen.

Verschillende internationale aspecten hebben de Tweede-Kamercommissie aanleiding gegeven tot vragen en opmerkingen. Dit betrof allereerst het verschijnsel van een grensoverschrijdende luchtverontreiniging. Deze vormt met name een probleem tussen Nederland en België. De staatssecretaris heeft daarom overleg ter zake geopend met de Belgische minister van Volksgezondheid en Gezin. De industrieën langs het kanaal van Gent naar Terneuzen en ten Noorden van Antwerpen, in de Kempen en in het gebied rond Luik vormen belangrijke potentiële bronnen van luchtverontreiniging, wier aanwezigheid op Nederlands grondgebied merkbaar kan zijn. Omgekeerd is in België luchtverontreiniging vanuit Zeeuwsch-Vlaanderen en Zuid- en Midden-Limburg te verwachten. Het overleg met België heeft ten doel eventuele geconstateerde grensoverschrijdende luchtvervuiling te elimineren, dan wel zoveel mogelijk te beperken. Ook met West-Duitsland is overleg geopend, dat overigens meer onderwerpen omvat dan uitsluitend de (grensoverschrijdende) luchtverontreiniging. In een briefwisseling tussen Dr. Kruisinga en zijn Duitse collega is onlangs een aantal samenwerkingsafspraken tussen Nederland en West-Duitsland vastgelegd.

De staatssecretaris acht internationaal overleg in multilateraal verband van essentieel belang voor het beleid. In een aantal internationale organisaties worden verschillende aspecten van de luchtverontreiniging bestudeerd. In de Raad van Europa concentreert het overleg zich vooral op de harmonisatie van wetgeving. Dit heeft geleid tot het opstellen van een „Declaration of Principles”, welke in maart 1968 door de Raad van Ministers van de Raad van Europa is aanvaard. Dr. Kruisinga heeft voor het onderhavige wetsontwerp deze „Declaration of Principles” mede tot uitgangspunt genomen.

De staatssecretaris is van oordeel dat het opstellen van standaardwaarden voor de maximaal toelaatbare concentratie van luchtverontreinigende stoffen behoort tot de taak van de Wereld Gezondheidsorganisatie, die zich dit dan ook tot taak heeft gesteld. In het bijzonder wordt ook nog gewezen op het lange-termijnprogramma dat mede op Nederlands verzoek is opgesteld door de regio Europa van de Wereld Gezondheidsorganisatie op het gebied van de milieuhygiëne. Dit programma is onlangs aan de Tweede Kamer der Staten-Generaal toegezonden. Behalve de bovengenoemde, noemt de memorie van antwoord nog verschillende andere activiteiten in internationaal verband.

Huisarts en specialist in de Verenigde Staten

In 1967 maakte Prof. Dr. A. C. Drogendijk, hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam, een studiereis naar de Verenigde Staten. Hij bracht hiervan verslag uit aan de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Aan dit verslag, dat ons door de schrijver ter beschikking werd gesteld, ontleenden wij grotendeels de in het hiernavolgende vermelde feiten. Die feiten betreffen de opleiding en positie van huisarts en specialist in de Verenigde Staten, alsmede de stand van de sociale geneeskunde in dat land.

De huisartsgeneeskunde

De Amerikaanse huisarts: hij heet „general practitioner” en hij is op zijn retour. De laatste veertig jaar is het aantal huisartsen in de Verenigde Staten bijna gehalveerd. Waren er in 1931 nog 90 huisartsen per 100.000 inwoners, in 1962 was dit getal tot 37 teruggelopen. Voor wie absolute cijfers wil: tegenover de 112.000 huisartsen van 1931 stonden er 75.000 in 1960 en 66.000 in 1965. De laatste tijd kiest hooguit 15% van de afgestudeerde medici in de Verenigde Staten voor de algemene praktijk. In 1967 bleek er zelfs maar 2% in geïnteresseerd. Vanwaar deze geringe belangstelling voor het huisartsvak? In zijn verslag geeft Prof. Drogendijk een vijftal redenen.

In de eerste plaats neemt de huisarts in de Verenigde Staten niet zo'n centrale plaats in de gezondheidszorg in als bij ons het geval is. Dit hangt ten nauwste samen met het feit, dat haast geen Amerikaan tegen ziekte is verzekerd. Het ziekenfondsbestand is klein, de band tussen huisarts en patiënt daardoor los. In geval van ziekte wendt men zich meestal direct tot de polikliniek, een reis die zonder verwijzing door de huisarts kan worden ondernomen.

Ten tweede: huisbezoek is — vooral in de grote steden — een onmenselijke opgave. De afstanden zijn groot, de parkeerproblemen al evenzeer. In verreweg de meeste gevallen wordt telefonisch advies gegeven.

Een derde punt is, dat de grens tussen algemene en specialistenpraktijk lang niet zo scherp wordt getrokken als in ons land. Vaak begeeft de huisarts zich op het terrein van de specialist. Huisartsen mogen hun patiënten in het ziekenhuis behandelen, menige operatie wordt door hen verricht. Anderzijds bewegen sommige specialisten zich steeds meer op het terrein van de huisartsenpraktijk. Dit geldt vooral voor de internisten en de kinderartsen, daarnaast ook voor de vrouwenartsen. In 75% van de gevallen fungeren de eerstgenoemden op hun vakgebied tevens als huisarts. Een en ander heeft ertoe geleid,

dat in de Verenigde Staten de begrippen „general practitioner” en „family physician” elkaar niet dekken, aangezien relatief weinig huisartsen alle leden van een gezin behandelen.

Vierdens staat de huisarts noch bij de bevolking noch bij zijn gespecialiseerde vakbroeder hoog aangeschreven. De techniek staat nummer één. Omdat de Amerikaan veeleer technisch dan sociaal is ingesteld, zal hij zich in geval van ziekte direct tot de technisch meest bekwame — de specialist — wenden.

Tenslotte is er de verre van ideale huisartsenopleiding. De toekomstige huisarts maakt tijdens zijn opleiding geen kennis met het morbiditeitspatroon in de huisartsenpraktijk. Met die praktijk maakt hij überhaupt nauwelijks kennis. De geneeskunde in de Verenigde Staten is meer gericht op het ziekenhuis en het laboratorium dan op de maatschappij zelf. Kortom: aan de sociaal geneeskundige zijde van de geneeskunde wordt in de Verenigde Staten weinig aandacht geschonken.

Tijd om de artsenopleiding in de Verenigde Staten eens op de keper te beschouwen. De studie strekt zich uit over 5 jaren. Schematisch kan men die als volgt indelen: 2 jaren basisscholing — 2 jaren (poli-)klinisch onderwijs — 1 jaar „internship”. Het tweejarig onderricht in de basiswetenschappen omvat tevens indirect klinisch onderwijs. Via de tv kunnen demonstraties en operaties worden waargenomen. Gedurende de middelste twee jaren worden geen hoorcolleges meer gegeven. Het leerproces verloopt met behulp van bed-side teaching en co-assistentenschappen, „clerkships” genoemd. De poliklinische periode beslaat 3 maanden. Aan het eind van het vierde studiejaar moet een afsluitend examen worden afgelegd. Geslaagden mogen zich sieren met de titel „medical doctor”, evenwel zonder daarmee (in de meeste gevallen) de bevoegdheid tot vrije praktijkvoering te hebben verworven. In de meeste gevallen: in 18 staten is het daaropvolgende interne jaar niet verplicht gesteld. Het merendeel der toekomstige huisartsen geeft er echter de voorkeur aan op deze manier enige klinische ervaring op te doen, ook al zou het dan niet per se hoeven. Tijdens het „internship” is de medisch student, nu „medical doctor”, een betaalde kracht, die in meerdere of mindere mate over de verschillende afdelingen rouleert. Dat laatste hangt af van de studierichting die hij kiest. Over het algemeen is na het volbrengen van het interne jaar vestiging als huisarts mogelijk. Sommige medische faculteiten voegen er nog een extra poliklinisch jaar aan toe. Over een stage in de huisartspraktijk zijn nog geen stemmen opgegaan.

Zijn opleiding en status van de Amerikaanse huis-

arts niet altijd even gedegen, toch voelt hij zich — vooral als hij er één van de oude stempel is — een echte gezinsdokter. Een bewijs van actieve belangstelling van binnenuit: op een enquête over nascholing en een daarvoor in te stellen diploma met een geldigheidsduur van 6 jaren kwamen binnen tien dagen 13.000 antwoorden binnen, waarvan 10.000 positief. De nascholing is gestart, voor de eerste examens — juli 1968 — meldden zich niet minder dan 8.000 huisartsen aan. In overeenstemming met de geest die over het huisartsendom vaardig was geworden, lanceerde de American Medical Association in 1966 het idee, de huisarts voortaan een gespecialiseerde opleiding te geven. Het nieuwe vak zou de naam „family practice” moeten krijgen. Tijdens de opleiding zou speciale aandacht moeten worden besteed aan de sociale geneeskunde, de psychosomatiek, de gedragswetenschappen en de seksuele problematiek.

Overigens is er ook een tegengestelde tendens waarneembaar. G. Silver van het Newyorkse Montefiori Hospital bijvoorbeeld zou de huisarts geheel willen laten verdwijnen. De laatste zou moeten worden vervangen door een team, bestaande uit een internist, een kinderarts, een wijkverpleegster en een maatschappelijk werkster. De centrale plaats wordt daarbij aan de wijkverpleegster toegedacht.

Ondertussen heeft de huisartsgeneeskunde niet alleen van de zijde van de American Medical Association maar ook van hogerhand steun gekregen. International Hospital Review 4/69 bericht, dat gouverneur Nelson Rockefeller van de staat New York als eerste een wet heeft ondertekend, die de medische faculteit van iedere universiteit in die staat verplicht een afdeling „family medicine” in te stellen.

De specialismen

Komt de promotie tot erkend specialisme de huisartsgeneeskunde wellicht te stade, met dat al zijn de „andere” specialismen er niet minder om in de meerderheid. In zijn „Currents in American medicine” noemt Julius B. Richmond, deken van één der „medical schools” in de staat New York een getal van 85%. Andere recente bronnen spreken van 72.000 huisartsen op een totaal van 300.000 medici, wat neerkomt op een specialistenpercentage van 76. Drogendijk noteert een klimmende reeks van 36% in 1949 naar 48% tot meer dan de helft in 1967.

De bezwaren, die in de Verenigde Staten tegen het huisartsberoep bestaan, vinden hun tegenwicht in de voordelen die men er aan de specialismen verbonden acht. Te denken valt aan een hogere status, een groter prestige, ziekenhuisaccommodatie en relaties met de academische opleiding. Daarnaast zullen ook hogere verdiensten, een ruimer aanbod van hulpkrachten en minder nachtelijke oproepen meespelen.

De aankomend specialist of wetenschappelijk onderzoeker krijgt de status van „resident” en wordt junior stafid. De specialistische vakstudie vergt

tussen de 3 en 5 jaar. Het totaal aantal specialisten bedroeg drie jaar geleden 33. De opleiding wordt met een examen afgesloten; daarmee belast zich één der 19 afzonderlijke „boards”.

Wie zich heeft gespecialiseerd kan in het ziekenhuis blijven werken, hij kan zich vrij vestigen, maar hij kan beide zaken ook combineren. Dat laatste komt het meest voor, daar de ziekenhuizen overwegend part-time specialisten in dienst nemen. Een andere mogelijkheid biedt de groepspraktijk. Deze wordt in de Verenigde Staten, anders dan in Engeland, veelal niet door huisartsen gevormd, maar — althans in de grote steden — door specialisten: internisten, kinderartsen en verloskundigen, af en toe in samenwerking met een chirurg of een huisarts.

De sociale geneeskunde

Eén specialisme willen wij nog apart voor het voetlicht halen: de sociale geneeskunde. „Het is een algemeen bekend feit”, schrijft Prof. Drogendijk, „dat men in Amerika zo bang is voor gesocialiseerde geneeskunde zoals die in Engeland in de National Health Service gestalte heeft gekregen, dat men zelfs de naam „social medicine” niet wilde gebruiken. Tot voor kort sprak men daarom van „public health and preventive medicine”. Maar zowel „public health” als „preventive medicine” ontberen een belangrijk onderdeel van de sociale geneeskunde. Bedoeld is dat deel van de sociale geneeskunde dat zich bezighoudt met de psycho-sociale achtergronden van ziekte. In geen van beide speelt de relatie patiënt-maatschappij, zowel in micro- als in macroverband, een rol. Het kwam daarom goed van pas, dat in Engeland het begrip „social medicine” het veld had moeten ruimen voor een term waarin die relatie wel ligt besloten. Die term was „community medicine”, en het is onder die benaming dat de sociale geneeskunde thans ook in de Verenigde Staten voortleeft.

De functie van de gemeenschapsgezondheidszorg, een medische zorg ten behoeve van de samenleving te zijn, weerspiegelt zich in het studierooster voor dit specialisme. Aan bod komen de volgende vakken: volksgezondheidsbeleid; epidemiologie; preventieve geneeskunde; milieu-hygiëne; sociale hygiëne; medische sociologie; medische economie; medische politicologie; bedrijfsgeneeskunde, revalidatie inbegrepen; geestelijke volksgezondheid; geriatrie; gezondheidsvoorlichting en -opvoeding; demografie; statistiek en methodiek.

De beroepsopleiding tot sociaal-geneeskundige vindt plaats aan zogeheten „schools of public health”. Deze zijn aan een medische faculteit verbonden. In aantal zijn het er nog niet zoveel. Door de band met de medische faculteit bestaat er eveneens een directe relatie met het academisch ziekenhuis en de daarmee geaffilieerde ziekenhuizen. Ook zijn er zo rechtstreekse betrekkingen met de extramurale gezondheidszorg. Een bijzonderheid is, dat deze „schools of public health” niet alleen sociaal-geneeskundigen opleiden, maar tevens beoefe-

naren van andere disciplines die zich bewegen op het vlak van de volksgezondheid: tandartsen, dierenartsen, ingenieurs, wijkverpleegsters, maatschappelijk werkers en anderen.

De docenten aan deze opleiding zijn tevens verbonden aan de medische faculteit. Dit betekent, dat in plaatsen met een „school of public health” de sociale geneeskunde tevens als bijvak in het medisch curriculum is opgenomen. Aan de Mount Sinai School of Medicine (New York) wordt een basiscursus in het vak in het tweede jaar gegeven, als voorbereiding op het co-assistentenschap. Gedoceerd worden onder meer gedragswetenschappen, gemeenschapsgezondheidszorg, ecologie van de mens, organisatie, spreiding en financiering van de individuele gezondheidszorg en medische ethiek.

Ook gedurende het tweejarig co-schap worden in kliniek en polikliniek sociaal-geneeskundige aspecten naar voren gehaald. In het ziekenhuis leert de student zo niet alleen de verschijnselen maar ook de gevolgen van ziekte onderkennen, met betrekking tot de patiënt zelf en met betrekking tot diens gezin. Even belangrijk is hierbij de rechtstreekse waarneming van de wisselwerking tussen de mens en zijn omgeving in verband met gezondheid en ziekte. Dit contact met de sociaal-geneeskundige zijde van het ziek zijn wordt ook op de polikliniek levend gehouden. De student maakt daar kennis met de „comprehensive medical care” en met een rij speciale maatschappelijke vraagstukken als alcoholisme, geboortebeperving en sociaal-psychiatrische problematiek.

t.V.

World University Service Conference of Experts on Student Mental Health te Groningen

Studentengezondheidszorg

Van 4 tot 11 januari jongstleden werd te Groningen de tweede Europese Conference of Experts on Student Mental Health gehouden, welke onder auspiciën van de World University Health Service werd georganiseerd. Onderstaand een verslag van deze conferentie, dat ons werd toegezonden door Tj. H. Hut, directeur-arts van de Universitaire Gezondheidsdienst in de organiserende stad:

De World University Health Service (WUS), waarvan het hoofdkwartier is gevestigd in Genève, is een internationale organisatie met afdelingen in praktisch alle landen ter wereld. Zij geeft financiële en materiële hulp aan universiteiten, studenten en staf in de ontwikkelingslanden. Ook is zij actief op het terrein van de studentengezondheidszorg. Voor het begrip gezondheid wordt uitgegaan van de definitie van de Wereld Gezondheids Organisatie. Zo houdt de WUS zich bezig met de curatieve en preventieve aspecten van de gezondheid, hygiëne, voeding, studieomstandigheden aan de universiteiten, maar ook met het oprichten van universiteitsklinieken en centra voor geneeskundig onderzoek en behandeling van studenten, staf en hun familieleden. Daarnaast organiseert de WUS regelmatig conferenties betreffende de studentengezondheidszorg. In Azië hadden deze evenementen plaats in 1951, 1962 en 1966. De eerste Europese Conference of Experts on Student Mental Health werd in 1961 gehouden in het slot Münchenwiler bij Murten in Zwitserland. Deze tweede conferentie werd van 4 tot 11 januari 1970 in Groningen gehouden, waarbij de Rijksuniversiteit als gastvrouw optrad. De Wereld Gezondheids Or-

ganisatie vaardigde evenals in 1961 Dr. Brian Davy, hoofd van de Student Mental Health Unit te Cambridge, als consultant af. Voor deze conferentie werd steun verkregen van de World Federation of Mental Health en het Bureau of Information and Research on Student Health (BIRSH) te Rome.

De organisatie van de conferentie lag in handen van het Nederlands WUS-comité en WUS-Internationaal te Genève. Evenals in 1961 was zij bedoeld als werkconferentie. Dit hield in, dat de WUS ongeveer 60 personen uitnodigde uit verschillende Europese landen (België, Denemarken, Engeland, Frankrijk, Hongarije, Italië, Joegoslavië, Nederland, Spanje en Zweden) de Verenigde Staten van Amerika, Canada en Australië. Enkele waarnemers uit India namen eveneens deel aan deze conferentie, evenals de Regional Officer for Mental Health van de Europese afdeling van de Wereld Gezondheids Organisatie, Dr. Anthony May. De in dezelfde tijd heersende griep epidemie verminderde het aantal deelnemers tot ongeveer 50; de groep bestond uit studentenartsen, psychiaters, psychologen, sociologen, een decaan en een tiental studenten. Qua functie bleken verschillende deelnemers zich bezig te houden met de behandeling van studenten, een enkeling bedreef alleen research, sommigen waren bij het onderwijs, weer anderen bij de organisatie van de studentengezondheidszorg betrokken.

In zijn „Keynote Address” ging Brian Davy op vele aspecten in, die invloed uitoefenen op de psychische gezondheidstoestand van studenten. Volgens werden de deelnemers in werkgroepen gesplitst. De voorzitter en rapporteur werden door de

organisatie aangewezen, maar daarmee hielden de wat autocratisch aandoende regelingen ook op. Verzocht werd vrij te discussiëren over alle aspecten, die direct dan wel indirect zijn betrokken bij de geestelijke gezondheidszorg van studenten. Dit bleek gemakkelijker gezegd dan gedaan. De taalbarrière, het gebrek aan een duidelijk beeld bij de deelnemers van de maatschappij in het andere land en de invloed daarvan op de studentengezondheidszorg, de verschillende onderwijssystemen, de verschillende cultuur- en denkpatronen, het gemis aan algemeen erkende operationele definities van gebruikelijke terminologie belemmerden de discussie. De leden in de werkgroepen wensten eerst geïnformeerd te worden over al deze zaken, hetgeen resulteerde in min of meer langdurige monologen, waarbij verschillende deelnemers kans zagen hun respectieve stokpaardjes te berijden. Voeg daarbij de gebruikelijke zich ontwikkelende groepsprocessen, die ook hier een rol speelden, en men kan zich voorstellen, dat de eerste rapportage over het algemeen een onsamenhangende opsomming opleverde van feiten, ideeën, veronderstellingen en axioma's.

In de tweede helft en vooral tegen het eind van de conferentie (of juist daardoor?) kon men pas van discussie spreken en kwam er enige tekening in dit op het eerste gezicht zo oeverloos lijkend gebied. De verslagen bleken bij de eindrapportage ook aan duidelijkheid te hebben gewonnen. Zo zocht de ene werkgroep het in het doen van aanbevelingen aan de overheid. Een andere werkgroep ontwikkelde een model van de relaties tussen Universitaire Gezondheidsdienst, faculteiten en maatschappij ten behoeve van een optimaal verlopende geestelijke gezondheidszorg voor studenten. Weer een andere groep legde de nadruk op de bezwaren van de geïsoleerde positie van de universiteit en op de bezwaren van het onderwijssysteem.

Enkele plenaire zittingen waren gewijd aan voordrachten. Zo sprak Professor Erwin Stengel, oud-hoogleraar in de psychiatrie aan de Universiteit van Sheffield, over „Attempted suicide and suicide among the young”; Professor Jean Kellerhals, hoogleraar in de sociologie aan de Universiteit van Genève over „The integration of young people and especially students into society”; Professor, Jonathan Mirsky, Co-Director East Asia Centre van het Dartmouth College, Thetford Vermont, USA, over „The revolution in the university and its impact on student mental health”. Deze voordrachten en de rapporten der werkgroepen zullen, zo ligt in het voornemen van de WUS, zo spoedig mogelijk worden gepubliceerd.

Het viel de schrijver van dit verslag op, dat aan het eind van de conferentie bij vele deelnemers een gevoel van onzekerheid bestond over hun eigen plaats in het geheel van de voorzieningen op het gebied der „geestelijke” gezondheidszorg voor studenten. De zo vanzelfsprekend lijkende centrale plaats, die psychologen en psychiaters in de organisatie innemen, werd nu betwijfeld. Niet alleen heerste er onzekerheid over de plaats van de wer-

kers op dit gebied, maar ook ten aanzien van de plaats van de organisaties hoorde men stemmen of het niet juist was ook de voorzieningen ten behoeve van de psychische zorg van studenten te doen integreren in de bestaande maatschappelijke organisaties. Sommigen daarentegen waren overtuigd van de specifieke positie van studenten in de maatschappij, maar hadden geen bezwaar tegen de uitgroei van bestaande universitaire voorzieningen tot voorzieningen voor alle adolescenten. Een duidelijke binding met de universitaire beleidsinstanties werd vooral door de Angelsaksische deelnemers niet juist geacht. Men vond, dat behalve het dringend noodzakelijke onderzoek op dit gebied, het regelmatig uitwisselen van gegevens op nationaal en internationaal niveau in de vorm van conferenties, congressen en fellowships moest worden geïntensiveerd. Op deze conferentie bleek het grote belang van het onderlinge contact en het kennisnemen van de informatie over de activiteiten en experimenten in andere landen. Hierdoor kwamen de leden van de werkgroepen ondanks de zeer verschillende landen van herkomst tot de slotsom, dat er een basis te vinden was. Hiervan uitgaande bleek het mogelijk om tot gemeenschappelijk aanvaarde conclusies te komen.

Volgens schrijver zou de aanwezigheid van meer studenten in de werkgroepen het resultaat nog hebben verbeterd. Nu bleek vaak, dat deelnemers — niet-studenten — behoefte hadden aan weerwoord om daaraan eigen opvattingen te toetsen. Concluderend meent schrijver te moeten stellen, dat de tweede Europese WUS Conference of Experts on Student Mental Health te Groningen geslaagd kan worden genoemd.

Tj. H. Hut,
Universitaire Gezondheidsdienst
te Groningen.

Buitendienstmedewerkers van de O.L.M.A.

Inlichtingen over de betekenis, welke de OLMA — de door de Maatschappij Geneeskunst ingestelde Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen — voor u kan hebben, worden gaarne verstrekt wanneer u, wonende in de westelijke helft van Nederland (inbegrepen de provincie Utrecht), de buitendienstmedewerker J. van Elzelingen Skabo-Brun te Amsterdam opbelt: 020-229.225.

Of wanneer u zich, wonende in de andere dan de genoemde delen van ons land, telefonisch verstaat met de buitendienstmedewerker R. Th. van der Gardin te Epse-Gorssel: 05759-18 25.

Overheidsbeleid inzake medische keuringen

Begin februari i.l. hebben de Tweede Kamerleden de heren Boot (K.V.P.) en C. J. van der Ploeg (K.V.P.) de volgende schriftelijke vragen gesteld betreffende medische keuringen ten behoeve van het Rijk en de lagere publiekrechtelijke organen.

1. Hebben de bewindslieden kennis genomen van recente kritiek op medische keuringen?

2. Is het juist, dat van overheidswege op grond van het resultaat van het onderzoek door keuringsartsen nog personeelsselectie wordt toegepast op grond van ziekterisico e.d.?

3. Willen de bewindslieden nog eens duidelijk uiteenzetten welke bepalingen gelden voor de keuring van aan te stellen personeel voor de rijksdienst en de lagere publiekrechtelijke organen?

4. Willen de bewindslieden bij beantwoording van vraag 3 ook aandacht schenken aan het bepaalde in artikel N 5 van de Algemeen Burgerlijke Pensioenwet, dat ertoe zou kunnen leiden sollicitanten af te keuren anders dan op grond van ongeschiktheid voor de functie, met het oog waarop gekeurd wordt?

5. Kunnen de bewindslieden nadere, eventueel wettelijke maatregelen toezeggen tot een wijziging van het beleid, indien vraag 2 bevestigend moet worden beantwoord?

6. Achten de bewindslieden maatregelen wenselijk en mogelijk om de discriminatie, bedoeld in vraag 2, ook voor het particuliere bedrijfsleven en m.n. voor verzekeringskeuringen zoveel mogelijk tegen te gaan?

7. Kunnen de bewindslieden de stelling onderschrijven, dat het verrichten van medische keuringen, die uitsluitend economische doeleinden dienen, als medisch-ethisch ontoelaatbaar moet worden beschouwd, zodat er wettelijke maatregelen tegen dienen te worden getroffen?

8. Is het de bewindslieden bekend, dat het nog steeds voorkomt, dat particuliere verzekeringsinstellingen weigeren personen, die niet of niet meer onder de verplichte verzekering vallen, tegen ziekterisico te verzekeren op grond van medische keuringen, welke als uitkomst een verhoogd ziekterisico opleveren?

9. Welke wegen staan betrokkenen open bij bevestigende beantwoording van vraag 7 ten einde zich doeltreffend tegen ziektekosten te verzekeren?

Op deze vragen is thans het volgende antwoord gegeven door de minister van Sociale Zaken en

Volksgezondheid, en de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken, mede namens de minister van Binnenlandse Zaken en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

1. Deze vraag wordt bevestigend beantwoord.

2. Een personeelsselectie in die zin, dat van een aantal sollicitanten degene, die op grond van het onderzoek door keuringsartsen het minste ziekterisico oplevert, voor een aanstelling in aanmerking wordt gebracht, wordt in de rijksdienst niet toegepast en — voor zover bekend — evenmin bij de lagere publiekrechtelijke lichamen.

Wel wordt degene, die na selectie op andere eisen van geschiktheid en op eisen van bekwaamheid, ernstig voor een aanstelling in aanmerking komt, gekeurd ter beantwoording van de vraag of hij uit medisch oogpunt geschikt is voor de desbetreffende functie.

Hierbij speelt ziekterisico, dat in een later stadium van het leven van betrokkene kan optreden geen rol; dit risico is uiterst moeilijk te voorzien. Rekening wordt alleen gehouden met het reeds bestaande en onmiddellijk te verwachten risico van ziekte, die, gezien de aard der verschijnselen, in de nabije toekomst met aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid zal optreden en een zodanige omvang, duur of frequentie zal hebben, dat van een normale werkprestatie geen sprake zal kunnen zijn.

De instantie, die tot de medische keuring opdracht gaf, krijgt bij een negatieve uitslag van de keuringsinstantie bericht, dat betrokkene medisch ongeschikt is de aan het te vervullen ambt verbonden c.q. de hem op te dragen werkzaamheden te verrichten; bij keuringen, verricht door de Rijksgeneeskundige Dienst, wordt de huisarts van de betrokkene over de redenen van de medisch ongeschiktheidverklaring door de keuringsinstantie ingelicht.

3. Op de medische keuring van in burgerlijke Rijksdienst aan te stellen c.q. op arbeidsovereenkomst in dienst te nemen personen zijn de artikelen 9, 9a en 10 van het Algemeen Rijksambtenarenreglement c.q. de artikelen 8 en 8a van het Arbeidsovereenkomstenbesluit van toepassing.

De artikelen 9 A.R.A.R. en 8 A.O.B. vormen de basis van de keuring. De artikelen 9a A.R.A.R. en 8a A.O.B. bevatten de mogelijkheid van herkeuring op verzoek van de belanghebbende. Ingevolge het krachtens het vierde lid van deze artikelen vastgestelde herkeuringsreglement hoort de herkeuringscommissie op diens verzoek een door de belanghebbende aangewezen geneeskundige. Bij circulaire van 24 april 1969 (Dir. O.P., Hoofdafd. O.P.Z., Afd. A.J.Z., nr. AB69/526) heeft de staatsse-

cretaris van Binnenlandse Zaken de ministers verzocht te willen bevorderen, dat de belanghebbende in het schrijven, waarbij hem gelegenheid wordt geboden herkeuring aan te vragen, op de mogelijkheid tot het doen van evenbedoeld verzoek wordt gewezen.

Artikel 10, eerste lid, van het A.R.A.R. geeft aan, dat bij wijziging van een privaatrechtelijk in een publiekrechtelijk of van een tijdelijk in een vast dienstverband slechts in enkele met name genoemde gevallen opnieuw keuring plaatsvindt. Voor het geval van aanstelling in een ander ambt bepaalt het tweede lid van dit artikel dat, behalve in de uitzonderingsgevallen genoemd in het eerste lid, niet opnieuw keuring plaatsvindt, tenzij voor de vervulling van de nieuwe werkzaamheden andere eisen worden gesteld dan voor het tot dusverre beklede ambt.

De rechtspositieverordeningen van de lagere publiekrechtelijke lichamen bevatten eveneens bepalingen omtrent de keuring. Verwezen zij, voor wat de gemeenten betreft, naar artikel B 3 van het ontwerp-algemeen ambtenarenreglement, vastgesteld door het Centraal Orgaan na volledige overeenstemming bij de behandeling in het Centraal Overleg ingevolge de gemeenschappelijke regeling betreffende de behandeling van gemeentelijke personeelsaangelegenheden.

De medische richtlijnen, die bij de aanstellingskeuringen zowel voor het Rijk als de lagere publiekrechtelijke lichamen worden toegepast, zijn vastgelegd in de „Leidraad voor het keuren van burgerlijk overheidspersoneel”. Deze leidraad is opgesteld door de Rijksgeneeskundige Dienst in samenwerking met de gemeentelijke geneeskundige en gezondheidsdiensten van Amsterdam, Rotterdam, 's-Gravenhage en Utrecht. Voor de militairen en de politie gelden afzonderlijke richtlijnen.

4. Artikel N 5 van de Algemene burgerlijke pensioenwet kan er in redelijkheid niet toe leiden sollicitanten af te keuren anders dan op grond van ongeschiktheid voor de functie, met het oog waarop gekeurd wordt. Het artikel kan immers voor het desbetreffende orgaan, slechts een nadelig effect sorteren bij indiening na afkeuring of voorwaardelijke geschiktverklaring.

Dit artikel heeft uitsluitend betrekking op het in dienst nemen, in bijzondere gevallen in het belang van de dienst, van een door de keuringsarts voor de betrokken functie niet of slechts voorwaardelijk geschikt bevonden sollicitant. In deze gevallen kunnen op grond van artikel N 5 de pensioenconsequenties ten laste van het aanstellende orgaan komen.

5. Gezien de beantwoording van vraag 2 lijkt er geen aanleiding te bestaan voor maatregelen als in de vraag bedoeld.

De bewindslieden zijn van oordeel, dat het beleid inzake aanstellingskeuringen juist is. Enerzijds strookt het niet met het belang van een afgekeurde om, onder omstandigheden als vermeld onder 2, de aan de desbetreffende functie verbonden werkzaam-

heden te verrichten, anderzijds kan de overheid/werkgeefster de haar toekomende taak niet naar behoren organiseren en uitvoeren, indien zij niet — naar menselijke maatstaf gemeten — kan rekenen op de aanwezigheid en ongestoorde werkkraft van haar ambtenaren en andere werknemers.

Overigens moge er nog op worden gewezen, dat de ambtelijke rechtspositieregelingen geen soortgelijke bepaling kennen als vervat in artikel 44, eerste lid, onder a, van de Ziektewet (mogelijkheid de uitkering van ziekengeld geheel of ten dele te weigeren, indien de ongeschiktheid tot werken bestond op het tijdstip dat de verzekering een aanvang nam, dan wel indien de ongeschiktheid tot werken binnen een half jaar na het tijdstip, dat de verzekering een aanvang nam, is ingetreden terwijl de gezondheids-toestand van de betrokkene ten tijde van de aanvang van zijn verzekering het intreden van ongeschiktheid tot werken binnen een halfjaar kennelijk moest doen verwachten) en in het overeenkomstige artikel 30, eerste lid, van de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering.

6. Uit het antwoord op vraag 2 blijkt, dat discriminatie als hierbedoeld bij de keuringen voor de rijksdienst en de lagere publiekrechtelijke organen niet of nauwelijks een rol speelt. Ten aanzien van het particuliere bedrijfsleven bestaat de indruk, dat ook daar het ziekterisico — met name dat op lange termijn — geen factor van doorslaggevende betekenis is. Met betrekking tot de verzekeringskeuringen wordt verwezen naar het antwoord op vraag 8.

7. Deze stelling kan niet zonder meer worden

Pincet en Penseel

Met betrekking tot de jaarlijks terugkerende vaste programmapunten kan worden medegedeeld, dat de zogenaamde „teken-dagen” dit jaar zullen worden gehouden te Zierikzee — donderdag 4 juni circa 18 uur t/m zondag 7 juni — waar collega C. M. van Hoorn officieus als gastheer zal optreden. Bij voldoende belangstelling is er een mogelijkheid tevens een kleine plaatselijke expositie te houden.

Het jaarlijkse Ledencongres, begin oktober te 's-Gravenhage, verzekert Pincet en Penseel in de foyer van het Congresgebouw een magnifieke expositieruimte en accommodatie. Uiteraard wordt een en ander t.z.t. per circulaire aan onze leden nader toegelicht. Het leek echter van belang om nu reeds daarop te wijzen opdat vele leden daarmee rekening zullen willen houden.

Voor het bestuur P. & P.
F. J. A. Alkemade

onderschreven. In dit verband moge worden gewezen op het recht van de verzekeringsmaatschappijen om zich door middel van een medisch onderzoek te beschermen tegen verhoogde ziekte- en/of overlijdensrisico's. Het wordt thans nog niet noodzakelijk geacht ter zake wettelijke maatregelen te treffen.

8. In april 1967 hebben de in de Contactcommissie Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars verenigde ziektekostenverzekeraars de mogelijkheid geschapen voor iedere Nederlander die niet valt onder de werkingssfeer van de ziekenfondsverzekering, zich te verzekeren tegen kosten van geneeskundige risico's zonder beperkende bepalingen ten aanzien van de gezondheidstoestand, leeftijd of omvang van het verstrekkingenpakket voor te schrijven (Stichting Nederlands Onderling Herverzekeringsinstituut voor ziektekosten).

Aan deze verzekeringmogelijkheid, welke beoogt aan diegenen die tot dusverre op grond van hun gezondheidstoestand of gevorderde leeftijd niet voldoende of niet dan met uitsluitingen tegen ziekte-

kosten verzekerd konden worden, niettemin zonder selectie een redelijke dekking te bieden op basis van ziekenhuisverpleging in de laagste klasse, werd destijds ruime bekendheid gegeven en er is in de pers meer dan eens aandacht aan besteed.

Voor degenen die wegens overschrijding van de loon- of inkomensgrens gedwongen worden de ziekenfondsverzekering te verlaten is een afzonderlijke regeling getroffen. Indien de aanmelding voor de particuliere verzekering geschiedt binnen twee maanden na beëindiging van de ziekenfondsverzekering, geldt voor deze ex-ziekenfondsverzekerden geen wachttijd. Voor degenen die niet verzekerd waren geldt voor deze speciale verzekering een wachttijd van vier maanden. Wel wordt als eis gesteld dat men op het tijdstip waarop de speciale verzekering wordt aangevraagd, niet ter behandeling en/of verpleging in een ziekenhuis, sanatorium of andere inrichting is opgenomen.

9. Gezien het antwoord op vraag 8 behoeft deze vraag geen beantwoording.

Strengere wettelijke bepalingen inzake gebruik wekaminen

Bij de Tweede Kamer der Staten-Generaal is op voordracht van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid een ontwerp van wet ingediend, inhoudende een regeling welke beoogt aan het ongecontroleerd gebruik van wekaminen zoveel mogelijk paal en perk te stellen.

De staatssecretaris, Dr. R. J. H. Kruisinga, acht een regeling als in het ontwerp vervat noodzakelijk. In de praktijk is naar zijn oordeel gebleken dat het medisch ongecontroleerd gebruik aanleiding geeft tot een toenemend misbruik ten nadele van zowel de lichamelijke als geestelijke gezondheid van de gebruiker en de menselijke samenleving. De gevaren welke voortvloeien uit het misbruik van deze middelen, in het bijzonder wanneer het gebruik gepaard gaat met het gebruik van andere middelen, hebben in Zweden zelfs geleid tot een algemeen verbod van aflevering en gebruik van wekaminen.

Door de Commissie Verdovende Middelen van de Verenigde Naties wordt thans een regeling voorbereid, teneinde de produktie en het internationale verkeer in onder andere wekaminen aan strenge banden te leggen. Gedacht wordt aan een soortgelijke regeling als is geschied ten aanzien van verdovende middelen.

Op de bijzondere gevaren van het gebruik van wekaminen heeft de staatssecretaris reeds gewezen in een brief aan de Tweede Kamer van de Staten-Generaal van 14 april 1969. In die brief werd aangekondigd dat verdere maatregelen werden overwogen en andere in voorbereiding waren.

De noodzaak van een stringente regeling ter zake heeft de staatssecretaris er reeds toe gebracht, op

basis van de Wet op Geneesmiddelenvoorziening, bij zijn beschikking van 21 maart 1969 (Stcrt. 1969, 63) voorschriften te geven krachtens welke onder meer de aflevering aan de gebruiker slechts mag geschieden op recept.

Dr. Kruisinga is van oordeel dat thans verder dient te worden gegaan. Krachtens de in het thans ingediende ontwerp van wet vervatte regeling zal ook het aanwezig hebben en/of het afleveren van genoemde middelen, zonder dat men daartoe is gerechtigd, verboden zijn. Voor het afleveren in het groot is krachtens de regeling een speciale vergunning vereist.

Krachtens het 5e lid van het nieuwe artikel 4A zal ook voorraadregistratie en voorraadcontrole door het Staatstoezicht op de Volksgezondheid bij degenen die in het bezit zijn van een vergunning tot afleveren, kunnen worden voorgeschreven. Deze regeling moet worden gezien als een interimoplossing. Het ligt in de bedoeling van staatssecretaris Kruisinga in overleg met de minister van Justitie een algehele herziening van de bestaande wettelijke regeling voor verdovende middelen en voor andere stoffen waarvan het gebruik ernstige schade aan het individu en/of de gemeenschap kan toebrengen, tot stand te brengen.

Om de risico's verbonden aan het ongecontroleerde gebruik van wekaminen ook onder de aandacht te brengen van de jeugd is de voornoemde brief van 14 april 1969 door de directeur-generaal van de Volksgezondheid dezer dagen ter kennisneming toegezonden aan de hoofden van onderwijsinstellingen voor dagonderwijs, bedoeld in de Wet op het voortgezet onderwijs.

Uitslagen verkiezingen districtsraden

Op grond van het bepaalde in artikel 607 lid 3 H.R., worden de uitslagen van de verkiezingen voor de districtsraden in MC gepubliceerd. Deze publicatie vindt nu nog plaats in alfabetische volgorde.

Wanneer vóór of op 1 april 1970 alle 20 districtsraden zullen zijn verkozen en zij tevens elk hun bureau (bestaande uit voorzitter, plv. voorzitter(s) en secretaris) hebben samengesteld, zal een overzichtspublikatie plaatsvinden.

Op grond van de gehouden verkiezingen zijn tot lid van de districtsraad voor *district VIII* gekozen:

Dr. W. A. Bax, Vlissingen
H. L. A. Bom, Cadzand

Gezamenlijke studiedagen L.S.V. en Nationale Ziekenhuisraad

Nauwer contact tussen de Nationale Ziekenhuisraad en de Landelijke Specialisten Vereniging heeft er toe geleid problemen der gezondheidszorg gezamenlijk te bestuderen en te bediscussiëren. In deze geest werd in november 1968 een gezamenlijke studiedag gewijd aan „Specialisten en ziekenhuizen in regionale samenwerking”. De respons ten aanzien van die bijeenkomst was zodanig, dat de Nationale Ziekenhuisraad en het Centraal Bestuur der L.S.V. hebben besloten op zaterdag 11 april a.s. een tweede gezamenlijke studiedag te organiseren met als thema „Ziekenhuismanagement en specialisten”.

Op deze studiedag zal Prof. Dr. B. C. J. Lievegoed, hoogleraar in de sociale pedagogiek te Rotterdam, het thema inleiden. Co-referenten zijn Dr. L. M. J. de Groot, economisch directeur van het St. Laurentiusziekenhuis te Rotterdam en lector in de ziekenhuiswetenschappen aan de universiteit van Leuven, en Dr. J. van Mansvelt, zenuwarts te Haarlem. In de middag volgt een paneldiscussie, waarbij het panel zal worden gevormd door de referent en de beide co-referenten.

De studiedag zal worden gehouden in „De Doelen” te Rotterdam en aanvangen te 10.30 uur. Voor deelneming aan deze studiedag kan men zich wenden tot het bureau der L.S.V., Lomanlaan 103, Utrecht.

P. K. de Haas, Goes
V. 't Hart, Kamperland
H. Hofstee, Hoek
A. J. van den Hoorn, Schuddebeurs
G. V. M. de Meijer, Sluis
C. A. Schiltman, Axel
Mej. M. J. van der Vooren, Middelburg

voor District XIV

H. L. van Aller, Wageningen
R. Bakker, Doetinchem
J. C. Drost, Arnhem
Dr. E. E. M. Geelen, Arnhem
S. T. Heij, De Klomp
W. Kastein, Deil
J. v. d. Koppel, Ophemert
W. L. Nolke, Arnhem
J. J. Prick, Nijmegen
Dr. A. J. P. M. de Rooy, Nijmegen
Dr. H. L. A. Vlamings, Nijmegen
K. F. E. Vogelesang, Doetinchem

voor District XIX

L. Feenstra, IJsbrechtum
H. Gerritsma, Sneek
H. W. ter Haar, Noord-Bergum
J. Haveman, St. Nicolaasga
P. Heun, Zwaagwesteinde
Dr. E. H. Hijersma, Leeuwarden
B. C. Noordhoff, Drachten
Dr. C. J. Sorgdrager, Heerenveen
J. Udding, Drachten

Nieuwe leden:

Dr. A. F. Casparie, Hezenbergerweg 56, Hattem.
Mevr. I. J. A. M. C. Casparie-v. Velsen, Hezenbergerweg 56, Hattem.
E. S. van Emmerik, Amsteldijk 17 bv, Amsterdam.
J. C. H. Friederich, Bosboom Toussaintstraat 26, Zwolle.
J. M. van Geelen, Jan Gijzenkade 343, Haarlem.
G. C. A. M. van Hattem, Voorstraat 19, Oude Tonge.
H. Hermse, Kievitlaan 5, Hoevelaken.
P. F. H. M. Höppener, Kroonkampweg 40, Haren.
J. H. F. Koetsier, Ootmarsumsestraat 94, Almelo.
Mevr. C. A. R. van Meer-Tilanus, Onderweg 14, Schoorl.
Mevr. A. Nanninga-Jager, Canadalaan 65, Groningen.
Mej. C. W. Roosjen, Stationsweg 6, Woudenberg.
H. R. M. Vaanhold, v. Goyenlaan 147, Soest.
Mej. M. Verjaal, Ernst Casimirlaan 52, Groningen.
Mej. C. M. R. Weemaes, Bessenvlinderstraat 71, Eindhoven.

Overleden:

I. Bloch, Weteringschans 71, Amsterdam.
W. A. Borgeld, Storm v. 's Gravensandeweg 2, Wassenaar.
J. C. Meyboom, Cronestein, Plantijnstraat 20, Leiden.
R. A. Prins, Heindiuslaan 53, Amersfoort.
N. H. D. Schöyer, Pompstraat 48, Gorinchem.
P. P. Veugeliers, Procullusstraat 43, Heerlen.

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

NASCHOLINGS CURSUS HUISARTSEN

Donderdagavond, 26 februari, is mij, en velen met mij tijdens een discussie in de Teleac-studio te Delft tussen verontrusten enerzijds en vertegenwoordigers van het N.H.I., begeleidingscommissies en N.H.G. anderzijds duidelijk geworden, dat de genoemde Teleac-cursus stoelt op een aantal misslagen en een foutieve presentatie van bestuurders van N.H.I., N.H.G. en K.N.M.G. Over een zo gewichtige zaak als het open uitzenden van grondige medische informatie via een zo indringend communicatie-medium, had men nimmer binnen zo'n kleine kring tot besluitvorming mogen overgaan. Nu is over tenminste 4500 huisartsen beslist als de Vrede van Utrecht: „Bij u, over u, maar zonder u". Het moet immers toch duidelijk zijn dat, indien een niet medische organisatie (Teleac), een cursus voor (huis)artsen voorslaat aan het N.H.I., deze laatste niet kan volstaan met in bestuurskringen van genoemde genootschappen een aantal „representanten" te vragen hun oordeel te vellen. Ten eerste kan niemand zich in een dermate onbekend gebied representant noemen, voor welke groep dan ook. Ten tweede zou het hier betreffen een cursus voor huisartsen, zodat uitsluitend huisartsen te beslissen hebben en niet „representanten" van andere groeperingen.

Dat het N.H.I., na zijn veel te lichtvaardige en ondoordachte besluitvorming, zich dan gaat verschuilen achter de commissie van „representanten", waarvan ook het bestuur van het N.H.I. moest weten, dat zij niemand konden representeren, maakt iedere verdediging van de cursus bij voorbaat verdacht.

Als men ons toezegt tot evaluatie over te zullen gaan na vier uitzendingen, dan zal deze enquête zeker wel worden gehouden (zoveel vertrouwen heb ik dan nog wel in de begeleidingscommissie). Echter dat, bij - voor deze cursus - negatieve uitslag revisie c.q. stopzetting van de cursus zal volgen, wordt na alle gemanipuleer buiten de individuele huisarts om, maar een dubieuze zaak, waar weinigen in geloven. Men heeft het er ook wel naar gemaakt!

Tenslotte nog een opmerking over

de titel: „Nascholing voor huisartsen". Nascholing zou inhouden, dat onderwerpen, die (nog) niet behandeld zijn aan de school/universiteit, ter lering worden aangeboden. Niets is echter minder waar. Men wil een aantal gespecialiseerde onderwerpen aan de arts, ter opfrissing van kennis, als „reminder", voorzetten. Echter, indien dit zo gezien wordt, begrijp ik noch de term „nascholing", noch het woord „huisartsen" in dit verband. Zijn deze onderwerpen dan niet interessant voor iedere arts of is de huisarts veel dommer dan zijn collegae uit andere disciplines? In deze tijd, dat de huisarts toch al in een hoek zit waar de slagen vallen, lijkt het mij tactischer (een woord, dat de besturen blijkbaar niet kennen) om de titel maar rustig te veranderen in: „Cursus voor artsen". Daar de uitzendingen, buiten onze beslissing om, toch wel door zullen gaan (inspraak is niet „in"), beveel ik de begeleidingscommissie toch wel ten dringendste aan deze wijziging op te volgen.

Rotterdam, 27 februari 1970

J. Ridderikhoff

De Rijksuniversiteit te Groningen heeft aan Dr. Willem Johan Kolff, hoogleraar in Salt Lake City (Verenigde Staten) de Ubbo Emmiuspenning in de categorie wetenschap toegekend, in verband met het feit, dat hij de eerste bij de mens toepasbare kunstnier heeft ontworpen. Prof. Kolff verrichtte zijn onderzoek in het Fysiologisch Laboratorium van de Rijksuniversiteit te Groningen onder leiding van Prof. Dr. R. Brinkman, thans emeritus-hoogleraar in de radiopathologie, waarbij hij hulp ondervond van Prof. Dr. L. D. Eerland, thans emeritus-hoogleraar in de heelkunde en Prof. Dr. T. Huizinga, buitengewoon hoogleraar in de farmacotherapie en receptuur.

In 1946 promoveerde de heer Kolff cum laude bij Prof. Dr. R. Brinkman op een proefschrift, getiteld: „De Kunstnier". In deze dissertatie deed hij mededeling van de eerste resultaten van de toepassing van de kunstnier bij de mens. Behalve de behandeling met de kunstnier ontdekte hij tevens, dat het door spoeling van de buikholte mogelijk is patiënten, die lijden aan nierversgiftiging, te helpen. Deze methode wordt ook thans nog wel naast de kunstnierbehandeling overal ter wereld

toegepast en heeft zeer vele patiënten, die leden aan ernstige nierziekten, het leven gered. Prof. Kolff was tevens de eerste, die in Groningen, in samenwerking met de eerder genoemde hoogleraren aan de ontwikkeling van een kunsthart heeft gewerkt.

De Ubbo Emmiuspenning, die op 25 juni 1964 door de Stichting Groninger Universiteitsfonds aan de Rijksuniversiteit te Groningen werd aangeboden ter gelegenheid van haar 350-jarig bestaan, werd in de categorie wetenschap eerder (nl. in 1965) toegekend aan — thans wijlen — Prof. Dr. J. Mulder tot zijn overlijden in het najaar van 1965 hoogleraar in de interne geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden en in 1968 aan Prof. Dr. J. F. Staal, thans hoogleraar in de filosofie aan de Universiteit van Californië in Berkeley (V.S.).



Van 25 tot 30 oktober 1970 zal in Vigyan Bhawan, New Delhi, India, het 11e International Congress of Internal Medicine worden gehouden, onder auspiciën van de Association of Physicians of India. Het congres zal worden voorgezeten door Dr. K. K. Datey. Voorzitter van de organisatiecommissie is Dr. R. Viswanathan. De inschrijfkosten bedragen 50 dollar; familieleden en anderen die de reis meemaken betalen de helft. Formulieren voor de inschrijving en de hotelreservering, alsmede overige informatie kunnen worden aangevraagd bij de Travel Corporation of India Pvt. Ltd., C35, Connaught Place, New Delhi - 1. Mededelingen en cheques kan men toesturen aan Dr. R. Viswanathan, Chairman, Organising Committee, XI International Congress of Internal Medicine, V.P. Chest Institute, Delhi - 7".



Het aantal abortusgevallen is in Engeland niet toegenomen, sinds anderhalf jaar geleden de vrijere abortuswetgeving is ingevoerd. Wel heeft een verschuiving plaatsgevonden van de illegale abortus naar de therapeutische abortus.

In de Lancet is een overzicht gepubliceerd over de resultaten van de eerste anderhalf jaar nieuwe praktijk. Volgens die resultaten werkt de nieuwe wetgeving beter dan wie ook (zelfs de voorstanders) had durven hopen. Een belangrijk winstpunt is onder meer, dat de abortus met een minimum aan vertraging en dus in een vroeg stadium van de zwangerschap kan worden uitgevoerd: in 85% van de

gevallen vond de ingreep vóór de derdiende week plaats. Wellicht onder meer daarmee verband houdend is de sterfte aan abortus teruggelopen. Vele jaren lang was dat sterftcijfer in Engeland en Wales tussen de 45 en 50 per jaar. In 1969 daalde het tot 22.

Een der bijkomende conclusies in het overzicht luidt, dat het dringend nodig is verbetering te brengen in de voorbehoedpraktijk. Veel vrouwen, zo wordt gezegd, die van contraceptie afweten en die de middelen kunnen krijgen, gebruiken ze niet en blijken dan toch verbaasd als ze zwanger worden. Dit schrijft Het Vrije Volk.



De commissie Winkler-medaille stelt het op prijs aanwijzingen te ontvangen omtrent geschriften, die geacht worden in aanmerking te komen voor beoordeling. Overeenkomstig de statuten van de Winkler-medaille komen voor deze medaille uitsluitend in aanmerking werken van Nederlanders — lid of geen lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie — op het gebied van de neuropathologie, zowel de etiologie, de histopathologie als de symptomatologie en de therapie der neurologische aandoeningen betreffend, en wel voor zover deze werken na 1 september 1965 zijn verschenen. Verdiensten op het gebied van de normale anatomie, de fysiologie of de biologie zullen daarbij alleen in aanmerking komen, indien zij in nauw verband staan met de neurologische kliniek. Aanwijzingen omtrent geschriften en eventueel de desbetreffende publikaties moeten vóór 1 juli 1970 worden gezonden aan het Centraal Secretariaat van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie, Lomanlaan 103, Utrecht.



„Wanneer de Amerikaanse minister van Gezondheidszorg, R. Finch, zegt, dat een wetgeving noodzakelijk zou kunnen worden om grote gezinnen onaanvaardbaar te maken, dan geldt dat ook voor Nederland reeds thans. Wil men dit overvolle land in de toekomst leefbaar houden, dan zal men moeten aanvaarden, dat er voor grote gezinnen (meer dan drie kinderen) geen plaats meer is. Het is één van de rekeningen, die wij moeten betalen voor het grote goed van een bijzonder lage sterfte. „Verbeteringen van de hulpverlening bij anticonceptie, seksuele voorlichting op school, legalisering van de abortus en het accepteren van sterilisatie, zowel voor de vrouw als voor de man, zijn daarom

niet straks, maar nú nodig”. Dit schrijft Ir. R. van Hasselt, secretaris van de Stichting Welzijn en Bevolkingsgroei, in de NRC. Aan de daling van het geboortecijfer van de laatste jaren kwam in 1969 een abrupt einde. Het aantal levendgeborenen per 1000 inwoners, 20,7 in 1964, was geleidelijk gedaald tot 18,6 in 1968, maar steeg in 1969 weer tot 19,2. Verrassend hierbij is niet de toename van het aantal geboorten op zich zelf, maar de omvang ervan: van 1968 op 1969 steeg het absoluut aantal levendgeborenen van 237.112 tot 247.586, een toename met meer dan 10.000! Voor deze opwaartse druk op het geboortecijfer wijst Ir. Van Hasselt een paar oorzaken aan. Allereerst is er de aanzienlijke getalsvermeerdering van het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijdsklasse. In 1966 en 1969 bedroeg het aantal vrouwen van 20-24 jaar in ons land respectievelijk 447.058 en 553.889. Verder trouwt thans reeds bijna de helft van de Nederlandse vrouwen op deze leeftijd; in 1961 was nog geen 40% van de vrouwen van 20-24 jaar gehuwd. Dit trouwen op vroege leeftijd neemt al sinds enige jaren steeds meer toe, wat in 1969 voor het eerst tot uitdrukking kwam in een opnieuw stijgend aantal latergeborenen.



Op maandag 9 maart 1970 werd de helikopterlandingsplaats van het Academisch Ziekenhuis te Leiden officieel in gebruik gesteld. De landingsstrip ligt aan de zuidwestelijke rand van het ziekenhuisterrein. De strip is aangelegd zowel ten behoeve van het zieken- en gewondenvervoer als ten behoeve van Eurotransplant. In deze op initiatief van Prof. Dr. J. J. van Rood in het leven geroepen organisatie wordt in Europees verband samengewerkt op het gebied van orgaantransplantaties. Reeds enkele uren voor de officiële openstelling van de landingsplaats was deze praktisch in gebruik genomen. Een helikopter van de vliegbasis Soesterberg bracht toen hartspierweefsel van Leiden naar Utrecht, in welke stad van de contractiële eigenschappen van dit weefsel, dat bij iedere open hartoperatie ter beschikking komt, studie wordt gemaakt.



Op zaterdag 11 april 1970 zal in Congresgebouw „Het Turfschip” te Breda onder auspiciën van Winthrop n.v. een Symposium over chronische pijn worden gehouden. Dit symposium zal onder voorzitterschap staan van P. Admiraal, anesthesist te Delft.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

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

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

Oplage: 16.200 exemplaren.

Druk: Verweij Mijrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

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

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