



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

KLOOF

Wanneer wij spreken over voorzieningen die gewenst of noodzakelijk zijn voor de volksgezondheid of voor de behandeling van de zieke mens, dan zal altijd blijken, dat er een verschil bestaat tussen hetgeen enerzijds theoretisch mogelijk is en anderzijds praktisch is te realiseren. Zo zou het in theorie mogelijk zijn om ieder partio carcinoom tijdig te ontdekken, in de praktijk evenwel zou dit zoveel kosten aan

uitrusting en mankracht met zich meebrengen, dat het niet is te realiseren. Het bestaan van deze kloof tussen het theoretisch mogelijke en het praktisch uitvoerbare schept grote verplichtingen voor allen die zijn betrokken bij de zorg voor de gezondheid. Door een efficiënt gebruik van mankracht en apparatuur kan deze kloof zo klein mogelijk worden gemaakt. Maar dan is bovendien nodig een structuur van de geneeskundige verzorging die een maximaal rendement van de benodigde gelden bevordert.

In dit nummer van Medisch Contact vindt de lezer een artikel van de hand van collega Karthaus te Breda. De auteur toont zich ernstig verontrust over de weinig efficiënte wijze van besteden van de enorme kapitalen (in de jaren 1965 - 1967 een bedrag van rond 800 miljoen) die met de bouw en inrichting van nieuwe ziekenhuizen zijn gemoeid. Niet ten onrechte stelt hij, dat het mogelijk moet zijn om tot standaardmodellen voor moderne ziekenhuizen te komen. Op het 22ste Ledencongres van de K.N.M.G. heeft Prof. Dr. A. Querido een structuur — naar Deens model — getoond, die een goede verdeling van de ziekenhuistaken in de hand werkt. Modellen als dit, die elders al geruime tijd functioneren, maken het volgens Querido mogelijk, vrij nauwkeurig voorspellingen te doen over de behoefte aan artsen, hulpkrachten en voorzieningen voor bijvoorbeeld een miljoen inwoners.

Bij de nieuwe Wet op de ziekenhuisvoorzieningen worden bouw en inrichting van een ziekenhuis gebonden aan een vergunning van de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Deze vergunning zal niet worden gegeven voor de bouw — en in voorkomende gevallen

25e JAARGANG - No. 46 - 13 NOVEMBER 1970

INHOUD

Kloof	1225
„Vrijwillige sterilisatie“, een literatuurrapport van het N.I.S.S.O.	1226
De gang van zaken bij de bouw van moderne ziekenhuizen	1227
Arts en Fiscus	1233
Medisch Comité Nederland-Vietnam	1235
Enige opmerkingen over het kwantitatieve probleem van de psychotherapie	1237
Stormloop op congres „Te gek om los te lopen“	1240
Geneesmiddelenindustrie en haar toekomst	1241
Programma Utrechtse artsencursus	1244
Artsencursus 's-Gravenhage	1244
Nieuwe vorm van nascholing in Amsterdam	1244
Medische studenten organiseren training sociale vaardigheid	1245
Van het Centraal Bestuur L.H.V.: Nascholing in de periferie	1247
Van het Centraal Bestuur L.A.D.: Verslag Commissie v. d. Geldmiddelen ..	1248
Aanvulling agenda ledenvergadering 21 november 1970	1248
Van de Commissie Geneeskundige Verklaringen: Vrijstelling van leerplicht	1249
Brieven aan de redactie	1250
Varia	1252

Hoofdredacteur: F. A. Bol. Redactie: J. J. van Mechelen
(secre.), C. C. G. Jansens en R. A. te Velde.
Colofon op bladzijde 1252.

evenmin voor de verbouw en de aanschaf van nieuwe apparatuur — indien deze voorzieningen niet passen in het landelijk ziekenhuisplan, dat wordt opgesteld door de minister nadat hij advies heeft ingewonnen bij het college voor ziekenhuisbouw. Hiermee is het raam gegeven, waarbinnen het mogelijk is een maximum aan profijt te trekken van de grote investeringen die voor ziekenhuisbouw en -inrichting noodzakelijk

zijn. Indien deze nieuwe wet een bijdrage kan leveren tot een betere verdeling van de ziekenhuistaken, dan is het verlies van de individuele autonomie van de ziekenhuizen niet belangrijk. Wel belangrijk is met aller medewerking de kloof tussen het theoretisch mogelijke en het praktisch uitvoerbare zo klein mogelijk te houden.

B.

„Vrijwillige sterilisatie”, een literatuurrapport van het N.I.S.S.O.

Het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek, het N.I.S.S.O., is uitgekomen met een literatuurrapport over „Vrijwillige sterilisatie”. In de inleiding, die wij hier kort samenvatten, wordt duidelijk gemaakt wat daartoe de drijfveren waren:

Voor vrijwillige sterilisatie bestaat een groeiende belangstelling, waarschijnlijk omdat de geboorteregeling op grotere schaal wordt geaccepteerd zonder dat men volledig tevreden is met de methoden en technieken die daartoe ter beschikking staan. Betrouwbare middelen als condoom en pil ontmoeten veel weerstand: men vindt ze storend of is bevreesd voor het effect ervan op het lichaam. Hoogst onbetrouwbare methoden als coitus interruptus en periodieke onthouding hebben dit nadeel niet of minder en worden dan ook op grote schaal toegepast.

Er wordt gezocht naar een betrouwbaar middel, dat niet storend werkt en dat geen nadelige invloed heeft op het lichaam. Sterilisatie nu is een methode die aan deze voorwaarden voldoet. Toch zijn velen huiverig om zich te laten steriliseren, en wel omdat de methode zoals de zaken er nu voorstaan vrijwel definitief te noemen is.

In Nederland krijgt de sterilisatie pas sinds enkele jaren meer belangstelling. Velen zijn nog onbekend met deze methode of koesteren er verkeerde denkbepelden over. Sterilisatie wordt dan vaak verward met castratie; men is bang voor libido- en/of potentieverlies. Het is begrijpelijk, dat dergelijke misverstanden een hardnekkig bestaan leiden: sterilisatie druist in tegen iets wat in onze samenleving als een fundamentele waarde wordt ervaren, te weten het (kunnen) verwekken dan wel het (kunnen) baren van nieuw leven. Langzamerhand heeft deze waarde echter een ander accent gekregen. De nadruk ligt nu meer op het verwekken of voortbrengen van verantwoord en menswaardig leven. De mogelijkheid hiertoe schiepen de voorbehoedmiddelen. De sterilisatie ligt in het verlengde van deze ontwikkeling.

In het nieuwe N.I.S.S.O.-rapport is de bestaande onderzoeksliteratuur over vrijwillige sterilisatie samengevat. Kernvragen waren: wie laten zich steriliseren en waarom; wat is het effect van de ingreep op het seksuele gedrag, op de relatie met de partner en op het persoonlijk welbevinden? De beschikbare

gegevens geven niet op alle vragen een exact antwoord. Er zijn slechts subjectieve meningen van gesteriliseerden geregistreerd; ook wanneer gebruik is gemaakt van onderzoeksinstrumenten is er toch nog slechts sprake van correlaties, zonder dat er zekerheid bestaat over oorzakelijke verbanden. Daarnaast moet worden bedacht, dat het materiaal voornamelijk betrekking heeft op de Amerikaanse bevolkingsgroep.

Hoewel de ingreep als zodanig wel lichamelijk is, werd er bij het onderzoek van uitgegaan dat de vrijwillige sterilisatie toch in de eerste plaats moet worden benaderd als een gedragswetenschappelijk, en niet als een medisch gegeven: het is een ingreep die men om bepaalde redenen laat verrichten en waarop men onder invloed van velerlei sociale en psychologische factoren op een bepaalde manier reageert; het medische aspect is hier vrijwel te verwaarlozen, aldus de inleiding. Sterilisatie behoeft sociaal-psychologische aandacht. In de praktische situatie betekent dit een deskundige sociaal-psychologische begeleiding van het beslissings- en verwerkingsproces van degenen die zich wil laten steriliseren. Inmiddels is voor de ingreep zelf de medewerking van een medicus noodzakelijk. Bij het onderzoek „Huisarts en Anticonceptie” (N.I.S.S.O. 1969) is evenwel gebleken, dat het merendeel der Nederlandse huisartsen afwijzend staat tegenover sterilisatie, behoudens in geval van medische of eugenetische indicatie. Als mogelijke verklaring voor deze weerstand van artsenzijde tegen sterilisatie als vorm van geboorteregeling noemt het huidige rapport de vrees voor ongunstige psychologische reacties. Te onderzoeken in hoeverre die vrees gerechtvaardigd is, was een van de doelen van dit N.I.S.S.O.-onderzoek.

Het rapport omvat twee delen: vrijwillige sterilisatie van de man, en vrijwillige sterilisatie van de vrouw. Het sluit met een literatuurlijst. „Vrijwillige sterilisatie” is à raison van f 7,50 bij het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek verkrijgbaar. Men kan het bestellen door het genoemde bedrag over te maken op gironummer 1367444, t.n.v. penningmeester N.I.S.S.O., Zeist, onder vermelding van „Literatuurrapport Sterilisatie”.

De gang van zaken bij de bouw van moderne ziekenhuizen

***Rivaliteit, ondeskundigheid en conservatisme
leiden tot ongekeende verspilling en maken het hedendaagse
ziekenhuisbed onverantwoord kostbaar***

Door Dr. A. J. M. Karthaus, chirurg te Breda

„The smell of carbolic is gone, but many inefficient practices have carried on for decades.”

Dichter

De stelling van collega Bender te Rotterdam: „Artsen die in medische periodieken kritiek wensen te publiceren op toestanden uit hun arbeidsterrein, dienen zich hierbij op geen enkele wijze te laten beïnvloeden door een eventuele hieruit voortvloeiende publiciteit in de zogenaamde lekenpers” heeft mij aangemoedigd enkele woorden te wijden aan de gang van zaken bij de bouw van een modern ziekenhuis. De directe aanleiding tot dit geschrift vormt een publikatie in „Het Financieele Dagblad” van 13 februari jl. Hierin wordt ons de ruimtelijke schets vertoond van het nieuwe ziekenhuis „Leyenburg” in Den Haag. Inderdaad een fraai, rechthoekig bouwwerk, geheel van deze tijd. In tegenstelling tot de uiterlijke vorm staat de daarbij afgebeelde plattegrond van een deel van het verpleeghuis. Bij het bestuderen van deze afbeelding zal het iedereen duidelijk worden, dat men bij de opening van het nieuwe gebouw op 22 december 1971, zal binnentreden in het zoveelste conventionele ziekenhuis, slechts gestoken in een modern jasje. In een redactioneel artikel in Medisch Contact van 14 februari 1969 schrijft C. L. van Woelderen: „Niemand knipt meer met de ogen wanneer hij leest, dat zo'n nieuw ziekenhuisbed een investering van rond een ton vergt. Anderzijds gaan terecht verontrust de wenkbrauwen omhoog, wanneer bekend wordt dat elders een nieuw ziekenhuisbed zal worden gecreëerd, dat meer dan anderhalf maal aan investering zal eisen dan de reeds genoemde gemiddelde ton.” Wanneer dan bovendien blijkt, dat dit geld wordt neergeteld — zoals in het geval Leyenburg — voor een conventioneel bed, dan vraagt men zich in genoemde af: kan dit nu allemaal maar zo?

De hoeveelheid geldmiddelen die in ons land jaarlijks wordt gebruikt voor de bouw van ziekenhuizen is zeer aanzienlijk. Volgens de Memorie van Toelichting Nr. 3 behorende bij het wetsontwerp Ziekenhuisbouw werd in de jaren 1965 - 1967 respectievelijk f 121, 118 en 167 miljoen bedstee. Samen dus het ronde bedrag van f 400.000.000. Wanneer men dan verder leest, dat de inrichting van de betreffende ziekenhuizen nog eens eenzelfde bedrag vergde, dan komt men tot een totaal bedrag van 800.000.000 gulden. Men begripe mij niet verkeerd. Op zich zelf acht ik dit kapitaal zeker niet te

De titel van dit verhaal spreekt voor zichzelf. Dr. Karthaus schildert in zijn artikel het portret van ziekenhuisbestuurders, directies en andere bij de ziekenhuisbouw betrokkenen. Geen erg flatteus portret. De auteur vindt, dat het allemaal met meer efficiency, vooral in de planning, zou kunnen en ook moeten. Hij bepleit een optimale benutting van wat in modetermen heet manpower en knowledge-power, ten dienste van de centrale figuur: de patiënt.

groot, gezien de stormachtige ontwikkelingen in de medische wereld. Ik ben er echter in de loop der jaren van overtuigd geraakt, dat gebrek aan deskundigheid, conservatisme en rivaliteit oorzaak zijn, dat een niet onaanzienlijk gedeelte van dit geld wordt verspild.

Terstond gaat zich de vraag aan ons opdringen, wie in ons goede vaderland verantwoordelijk is voor de besteding van deze schier astronomische bedragen. In het algemeen kan men zeggen, dat de verantwoordelijkheid in de eerste plaats berust bij de besturen van de ziekenhuizen. Om nog eens Van Woelderen te citeren: „Deze besturen zijn de beleidsvormende en bepalende lichamen, op wie de uiteindelijke verantwoording rust ten aanzien van het optimaal functioneren van zo'n dienstverlenend miljoenenbedrijf in de volksgezondheidszorg, waarvoor de financiële middelen worden opgebracht door de gemeenschap in haar totaliteit. Een zware verantwoordelijkheid op de schouders van deze bestuurders, een taak die capaciteit en deskundigheid veronderstelt bij hen die worden geroepen”. Inderdaad zou men mogen veronderstellen, dat deskundigheid een van de belangrijkste pijlers vormt waarop de benoeming van de leden van het ziekenhuisbestuur gegrondvest is. Dit blijkt niet altijd het geval te zijn. In de laatste jaren hebben vele uit religieuze samengestelde besturen hun taak overgedragen aan leken-besturen. Het toevoegsel „leken” heeft in de praktijk een minder aangename dubbele betekenis gekregen. Een citaat uit het artikel „Vogelvrije medici” in Medisch Contact d.d. 30 mei 1969 van collega Roest: „Teveel worden de ziekenhuisbesturen gevormd door respectabele dames en heren, die ongehinderd door kennis van medische zaken hun beslissing nemen.” De meerderheid

van deze personen worstelt met het begrip „democratie” en handelt dienovereenkomstig. De ziekenhuisspecialist zien zij bij voorkeur als een soort afdelingschef of daarmee gelijk te stellen werknemer. Terwijl men in de zakenwereld — terecht — ernstige bezwaren zou hebben tegen de benoeming van een internist, dermatoloog of chirurg tot commissaris van een wollenstoffenfabriek, een hoogovenbedrijf of scheepsbouwmaatschappij, wordt de benoeming van een industrieel tot lid van een ziekenhuisbestuur voetstoots aanvaard. Eventuele bedenkingen worden weggewuifd met het argument, dat „manager-kwaliteiten” voldoende zijn om een ziekenhuis te kunnen besturen. De praktijk leert echter anders. De geneesheer-directeur van vroeger of de directeur-geneesheer van thans, bijgestaan door een economisch directeur en een adjunct-directrice, adviseert het bestuur. Om het geheel een democratisch tintje te geven, bezigt men veelal de term: „gehoord de medische staf”. Tegenwoordig spreekt men van directeur-geneesheer, daarmee angevende, dat de directeurszetel wordt bezet door een arts die het directoraat als een fulltime-functie uitoefent en daarnaast geen eigen praktijk meer heeft. Vele van deze directeuren-nieuwe stijl zijn ex-huisartsen of ex-specialisten, die — om welke reden dan ook — hun praktijk vaarwel zegden. Een speciale opleiding voor het directeurschap behoorde eigenlijk reeds lang te bestaan, doch zal ongetwijfeld nog jaren ontbreken. In vele ziekenhuizen is de zakelijke leiding in handen van een doctorandus economie. Berwers, hoofdredacteur van „Instelling en Management”, zegt hierover: „Wij miskennen geenszins de medisch-organisatorische functie in het ziekenhuis, maar organiseren is nu eenmaal primair geen werk voor een medicus, hoewel die het soms verdienen kan doen. Het blijft echter een feit, dat een economisch goed geschoold specialist in de top van een ziekenhuis niet mag worden gemist”. Ieder welkend mens zal het met de laatstgenoemde opmerking eens zijn. Maar dan toch speciaal goed geschoold in de ziekenhuiseconomie met haar vele medisch-specialistische facetten. Doch waar vindt men een dergelijke functionaris? Enkele uitzonderingen daargelaten, constateert men dat deze economen uitsluitend de bedrijfseconomie in hun wetenschappelijke bagage meevoeren. Het zijn vaak niet de economisch goed geschoolde specialisten, die in onze moderne ziekenhuiswereld onmisbaar zijn. De meesten van hen missen ieder gevoel voor wat de zieke in de allereerste plaats nodig heeft voor een adequate behandeling. Velen voelen zich de bedrijfsleider van een fabriek in gezondheidsartikelen. Zij zijn, vaak onder druk van het C.O.Z., geneigd de citroen zo ver mogelijk uit te knippen en vergeten daarbij, dat vele bedrijfskundige principes in een ziekenhuis niet van toepassing zijn. En dan te bedenken, dat dergelijke personen een belangrijke stem hebben bij het ontwerpen van plannen voor een nieuw ziekenhuis.

Bestuurscollege en directorium, samengesteld uit bovenbeschreven „deskundigen”, besluiten op een

gegeven moment, vaak op aandringen van de staf-specialisten, tot nieuwbouw. Er is haast bij. De voorzitter van de Bond voor R.K. Ziekenfondsen in Nederland, de heer J. P. M. Hendriks, drukt het in „Elseviers Weekblad” van 31 januari 1970 als volgt uit: „Een belangrijk deel van de investeringsactiviteiten van de ziekenhuisbesturen mag worden verklaard door pogingen binnen te zijn vóór de bui van Kruisinga losbarst” (gedoeld wordt op de Wet op de ziekenhuisbouw van staatssecretaris Kruisinga). Er wordt een grote activiteit aan de dag gelegd. De directie krijgt opdracht van het ziekenhuisbestuur om zich te oriënteren, om te beginnen in eigen land in plaatsen waar men reeds aan het bouwen is of waar men zojuist met de bouw is gereedgekomen. Weldra worden deze oriënterende reizen uitgebreid tot de buurlanden. Tenslotte blijkt een reis naar de Verenigde Staten onvermijdelijk. Vanzelfsprekend worden de aan de reis verbonden kosten geboekt als exploitatie, representatie of zelfs als „research”. Het werkelijk nuttig effect van deze reizen is uiteraard nihil tot minimaal. Wanneer een bepaalde regio meer dan één ziekenhuis telt, is (zoals ook de wet-Kruisinga beoogt) een coördinatieplan wenselijk. Hier manifesteert zich al spoedig een groot struikelblok. De besturen van de betrokken ziekenhuizen ontvangen elkaar vriendelijk en schijnbaar vol begrip voor ieders problemen, doch blijken bij nader inzien niet tot samenwerking bereid. Zij zijn gewend achter gesloten deuren „op hoog niveau” te vergaderen en achten het beneden hun waardigheid naar de mening van de specialisten en het verplegend personeel te luisteren, laat staan deze te eerbiedigen. Dat een dergelijke houding tot ernstige conflicten kan leiden, bleek uit recente publikaties in de Nederlandse dagbladen. De directeur van het Nederlands Adviesbureau voor Ziekenhuisplanning, J. Schoneman, schrijft in „International Hospital Review” van januari 1969, „... dat er tot 1969 op vrijwillige basis te weinig tot stand komt van deze coördinatie der werkzaamheden. Liever versnipperen (lees: verspillen) van onze kostbare gelden dan werkelijk samenwerken”. Het spel wordt echter gespeeld. Men laat door een al of niet landelijk bekend adviesbureau een zogenaamd doelgericht rapport uitbrengen, waarin de samenstellers vaak tot een door de directie gewenste conclusie komen op grond van gegevens uit de jaren twintig en dertig. Wanneer de eenzijdigheid van het rapport zelfs de meest argeloze aan het twijfelen brengt, ontstaat er onrust. Als voorlopige uitweg ziet men een aanvullend rapport door een ander adviesbureau, dat uiteraard tot een geheel andere conclusie komt. Het behoeft geen betoog, dat de niet geringe kosten van een dergelijk onderzoek ten laste komen van de exploitatie van het ziekenhuis. Het meeste opzien baren de conclusies van een dergelijk rapport (dat doorspekt is met termen als: werksfeer, speelruimte voor de verpleegsters, situering in de regio, de wil tot samenwerken, etc.). Zonder reële argumenten adviseert het planbureau tot uitbreiding van bestaande ziekenhuizen met een aantal bedden, of

stelt de grootte vast van een nieuw te bouwen ziekenhuis, uit het oog verliezend, dat de wijze van behandelen van de patiënten zich in een revolutionair stadium van ontwikkeling bevindt en niet alleen is gediend met het creëren van verpleegbedden. De hier besproken gang van zaken is niet tot incidentele gevallen beperkt. Als men bedenkt, dat in ons land in 3 jaar tijds f 400.000.000 aan dergelijke „experimenten” wordt besteed, dan zal toch bij ieder zinnig mens de vraag moeten rijzen, of het ook in ons goede vaderland niet eindelijk hoog tijd gaat worden om kostenbesparende maatregelen te nemen.

Toestanden als de bovenbeschrevene zijn overigens niet tot ons land beperkt. Richard Nixon begon terstond na zijn inauguratie als president der Verenigde Staten stappen te ondernemen „that not only will control medical care costs, but will roll them back wherever possible”. Voor 1970 eiste hij „a reduction of \$104.400.000 in hospital construction outlays”. Zonder twijfel bestaan in Nederland deze mogelijkheden evenzeer, mits men slechts de moed heeft om rigoureuus van werkwijze te veranderen. Uit vele recente bouwsels is namelijk gebleken, dat lang niet iedere architect de problematiek van de moderne ziekenhuisbouw beheerst. Herbert K. Gallagher, A.I.A., merkt in dit verband terecht op: „The worst thing for quality is the accretion of architects who have a kind of closed shop permanence in relation to specific institutions”. Een misdadiger keert vroeg of laat terug naar de plaats van zijn misdaad. „Hoe zelden”, bekent een Amerikaans architect, „zien wij architecten terugkeren in het door hen gebouwde ziekenhuis, om de talloze klachten van de gebruikers te aanhoren”. Het probleem van de architect moge ingewikkeld zijn, nog ridiculer situaties doen zich voor op het gebied van de zogenaamde adviesbureaus. Als gevolg van de hoogconjunctuur in de ziekenhuisbouw zijn deze instituten de laatste jaren als paddestoelen uit de grond gerezen. De werkwijze van deze heren is kenmerkend. Men organiseert „hoorzittingen”, waar de eisen van specialisten, verplegenden, administratief en laboratoriumpersoneel worden aangehoord. Een volgend programmapunt is een bezoek aan de verschillende afdelingen. Zeer juist worden dergelijke toestanden beschreven in „Modern Hospital” van juni 1969: „The hospital field is scrutiny prone and over the years it has suffered a parade of anthropologists, sociologists, economists, educators, engineers, mathematicians and public administrators and many others to promenade through its corridors, pointing and rolling eyes towards the ceiling. More often than not these invasions have been initiated by hospital people themselves whose capacity to absorb punishment is matched only by the eagerness of the non hospital world to lay it on”. Gaat men nu eens serieus na, hoe groot de werkelijke ervaring en deskundigheid van de heren van het adviesbureau zijn, dan kan men vaak zijn ogen niet geloven. Al niet veel beter is het gesteld met de meeste technische adviesbureaus. Nog niet

zo lang geleden kon ik getuige zijn van de inbouw van een partiële air conditioning-installatie op een gemoderniseerde operatie-afdeling. Een ieder, die niet volslagen leek is op dit terrein kon al van tevoren vertellen, dat de installatie niet bevredigend zou functioneren. Ondanks protesten van bepaalde zijde werd de gewraakte installatie met toestemming van het bestuur ingebouwd. De gevolgen bleven niet uit. Een bacteriologisch onderzoek toonde aan, dat het in werking zijn van het systeem meer risico's voor de steriliteit meebracht, dan wanneer het uitgeschakeld was. Wat te zeggen over het ontwerp van een juist gereedgekomen ziekenhuis, waarvan de operatiekamers al heel gauw niet aan de gestelde eisen blijken te voldoen, waardoor het noodzakelijk wordt een ruimere operatiekamer in het nieuwe gebouw te construeren? Geschatte kosten één miljoen! Wat te zeggen over de planning van een ziekenhuis, waarbij nog tijdens de bouw blijkt, dat het geraamde aantal bedden niet kan worden ondergebracht in het ontworpen verpleeghuis? Uiteraard wordt nog snel (net op tijd?) een nieuwe verdieping bijgebouwd tegen helaas wat tegenvallende kosten: f 5.000.000. Wat te zeggen van de polikliniek van een gereedgekomen ziekenhuiscomplex, waar de specialist bij ingebruikneming van de hem door de directie toegewezen ruimte tot de ontdekking komt, dat hij telkens van achter zijn bureau moet opstaan om een nieuwe patiënt in de behandelkamer toe te kunnen laten? Het toppunt van goede planning vormt wel een op de televisie getoond hypermodern ziekenhuis, waar reeds twee psychiatrische patiënten kans zagen van de zevende etage te springen, om de eenvoudige reden, dat de psychiatrische en neurologische afdeling door de „deskundigen” op die etage werd gesitueerd. Als commentaar van de directie kon men in de pers lezen: „In de naaste toekomst zullen we moeten streven naar een apart gebouw op de begane grond, waar de afdeling psychiatrie een veilig onderkomen heeft.”

Dit zijn slechts enkele van de ontelbare mislukkingen, die ik op gebied van ziekenhuisbouw heb geconstateerd. Ook wij specialisten gaan geenszins vrijuit. Gewoonlijk blijven onze wensen beperkt tot het vaststellen van het aantal bedden op de verschillende afdelingen. De president van het „Institute of Motivational research”, Dichter, meent terecht: „Fifty to sixty percent of hospital stays could be eliminated”, en daarmee uiteraard het aantal bedden. De instelling van een instituut tot bepaling van het opnamebeleid in onze ziekenhuizen zal voorlopig wel een wensdroom blijven. Men kan niet zeggen, dat de meeste specialisten in de problematiek van de ziekenhuisbouw zijn geïnteresseerd. Hier signaleert men een duidelijk tekort in de opleiding tot specialist. Wij behandelen de patiënt, maar het waar en het hoe interesseert slechts enkelen. Ik meen, dat als één van de belangrijkste taken van de in een ziekenhuis werkende specialist mag worden beschouwd, dat hij zich voortdurend op de hoogte stelt van alle moderne behandelingsmethodes en -technieken en de daarmee samenhangende

consequenties voor de ziekenhuisbouw c.q.-verbouwing. Men kan mijns inziens niet veronderstellen, dat bestuur en directie van de ziekenhuizen zich diepgaand en ter zake kundig met deze materie bezighouden. Vaak hoort men in de wandelgangen van het ziekenhuis verzuchtingen als: „Wanneer ik dit ook nog moet doen”, of: „Laat dat maar door de universiteiten uitzoeken”. Willen wij, specialisten, werkelijk inspraak krijgen bij de bouw of verbouwing van een ziekenhuis, dan behoren wij met goed gefundeerde gegevens ter tafel te komen. Deze gegevens zijn uiteraard mede bepalend voor de samenstelling van de afdeling en het daarmee samenhangende totaal aantal verpleegafdelingen.

Door computers geleide laboratoria, voorzien van de allerlaatste snufjes op het gebied van groepsbepalingen (o.a. S.M.A. 12), stellen ons nu reeds in staat de poliklinische „screening” van grote aantallen patiënten zonder veel tijdverlies te realiseren, waardoor hun opnameduur dramatisch kan worden verkort. De mogelijkheden van een „day hospital” zijn in de praktijk nauwelijks onderzocht. Het is te verwachten, dat het nog jaren zal duren voordat men over voldoende gegevens beschikt omtrent deze wijze van behandelen. Het verbaast mij daarom altijd ten zeerste hoe besturen, directies en planbureaus zo met stelligheid het totaal aantal bedden van een regio of van een nieuw te bouwen ziekenhuis kunnen vaststellen. Het zal inmiddels zelfs de deskundigen wel niet ontgaan zijn, dat de „Real time electronic access communication for hospitals” van Honeywell in de Verenigde Staten in het Baptist Hospital of South East Texas in Beaumont zal worden geïnstalleerd. Het centraal laboratorium voor de bloedtransfusiedienst van het Nederlandsche Rode Kruis te Amsterdam zal reeds in de loop van 1971 twee Honeywell-computers in gebruik nemen! Het valt derhalve te verwachten, dat dergelijke systemen ook in onze ziekenhuiswereld op ruimere schaal zullen worden toegepast dan thans reeds het geval is. Dit zal een omwenteling betekenen voor onze werkwijze, die te vergelijken is met de overgang van het schroefvliegtuig naar het straalvliegtuig. Gezien de hoge kosten van een dergelijk computersysteem is het logisch, dat concentratie in één groot, en niet spreiding van patiënten over vele kleine ziekenhuizen van de regio, de aangewezen weg is indien men tot nieuwbouw besluit. Het ziekenhuis behoort in eerste instantie te worden gebouwd voor de patiënt, die recht heeft op medische behandeling welke overeenkomt met de allerlaatste ontwikkelingen - niet ter meerdere eer en glorie van ziekenhuisbestuur, directie en medische staf. Tenslotte dienen wij er rekening mee te houden, dat de specialist van de toekomst tijdens zijn opleiding vertrouwd is geraakt met deze moderne technieken en apparaturen. Na het beëindigen van zijn opleiding zal hij derhalve bij voorkeur trachten staflid te worden in een ziekenhuis, waar de mogelijkheid bestaat deze technieken toe te passen! Het zal dus voor de minder goed geoutilleerde ziekenhuizen steeds moeilijker worden

specialisten van „niveau” aan te trekken. Ook met dit laatste, reeds gesignaleerde verschijnsel zal men bij de bouw van een nieuw ziekenhuis rekening moeten houden. Blijven wij thans als adviserend specialist op dit gebied in gebreke, dan zijn wij er mede schuldig aan dat genoemde experts op onverantwoorde wijze misbruik blijven maken van anderen's onkunde!

Lang voorbij zijn de tijden, waarin het een gunst was dat men in een ziekenhuis werd opgenomen en genoeg moest nemen met het gebodene. Maar desondanks geldt tot op zekere hoogte nog de in 1968 door Mc Call's Magazine gelanceerde uitspraak: „Hospitals are a jungle. You enter at your own risk”. Wij artsen mogen nimmer vergeten, dat de ziekenhuispatiënt een mens is die lichamelijk en vaak ook geestelijk in nood is. Onder bepaalde omstandigheden heeft iedereen het verlangen zich in eenzaamheid terug te trekken. Hoe is dit laatste in onze hedendaagse ziekenhuizen te realiseren, wanneer men niet op de klasse-afdeling ligt, maar op een kamer of zaal van 6 - 20 personen? Ik wil dan nog geheel buiten beschouwing laten hoe men in deze omstandigheden menswaardig kan sterven. John K. Northrop, stichter van de Northrop Aircraft Corporation en gewend aan het keiharde Amerikaanse zakenleven, is van mening: „Hospitals should have only private rooms since the costs would be a small part of the overall financial operation of a hospital, and a patient should have his own thoughts and not be disturbed by other patients in the sick room.” Tot nu toe worden in Nederland de ziekenhuizen gebouwd volgens de ideeën van bestuur, directie, architect en adviseurs. Ervaring en leeftijd staan garant voor een degelijk conservatisme. Bij de bouw van het moderne ziekenhuis moet eindelijk de volle aandacht worden besteed aan de eisen van de hedendaagse patiënt. Een revolutionaire hervorming in het denken is nodig om ons van onze traditionele ideeën te verlossen, welke nu al vele jaren hun stempel drukken op de ziekenhuisbouw. Terecht merkt Herbert McLaughlin op: „As hospitals grow larger and more complex, neither traditional plans nor methods of planning are adequate to prove building which can respond to existing and unforeseen demands. Innovation is needed but too often rejected.” In dit verband mogen enkele „killer phrases” die men nogal eens hoort bezigen, niet onvermeld blijven: „Een dergelijke bouw is financieel niet haalbaar” (niet met cijfers aangetoond!); „deze ideeën vertragen de bouw” (zeer krachtig); „een dergelijk ziekenhuis is niet te runnen” (doorslaggevend); „Den Haag keurt dit zonder meer af” (een heel goede); „patiënten vinden alleen liggen afschuwelijk”. De laatste opmerking heb ik in de praktijk talloze malen kunnen toetsen. Bij mijn weten heb ik nog nooit geconstateerd, dat leden van het bestuur of hun naaste familieleden, directeuren of andere gezagsdragers in de ziekenhuiswereld hun opnemingsuitstelden, omdat er geen plaats was op de zaal of de zesbedskamer. De praktijk leert, dat in een derge-

lijke situatie koortsachtig wordt gewerkt aan de ontruiming van een eerste klas kamer ten behoeve van deze zeer belangrijke zieke.

Gelukkig is men vooral buiten onze grenzen gaan beseffen, dat er met de ziekenhuisbouw iets mis is. In de recente literatuur treft men steeds meer publikaties aan over ziekenhuizen die uit één- en twee bedskamer bestaan. De gedachte „how will consumers shape the hospitals” wint terrein. Het is namelijk in de loop der jaren gebleken, dat de meeste klachten die door de patiënten worden geuit betrekking hebben op de „horeca-sector” van het ziekenhuis. Dit is volkomen begrijpelijk, aangezien vele patiënten zich hierover een juist oordeel kunnen vormen. De overgrote meerderheid van de Nederlandse bevolking heeft wel zijn eigen ervaringen opgedaan tijdens vakantie-reizen of zaken-tournees. Gebrek aan rust, geluidshinder, het ontbreken van sfeer, te koude en onverzorgde maaltijden, het snel wisselen van het verpleegstersbestand, gebrekkige sanitaire voorzieningen en het ontbreken van mogelijkheden tot bezigheid zijn enkele van de meest gehoorde klachten. Het wereldje van de ziekenhuispatiënt is beperkt. Herbert McLaughlin spreekt over: „Modules of personal interaction”, „A patient's preoccupation is with himself (and his progress), with his doctor and the nursery staff, with his meals, his visitors and his entertainment. Comprehensive of his physical environment is limited in his room, his view and his perception of activity in the corridor and nursing activity areas”. „The vogue for white walls and walls washed with light will have to be abandoned.” Het ontgaat blijkbaar vele „experts”, dat steriliteit niets te maken heeft met een witte kleur. Soms krijgt men de indruk, dat deze ijskastsfeer in onze ziekenhuizen wordt gehandhaafd om het vertrek naar de andere wereld te vergemakkelijken. Het ziekenhuisbed heeft in onze dagen nog steeds de vorm van een angstaanjagende kooi. Nu is het juist onze taak de overgang van huiselijke sfeer naar ziekenhuissfeer zo klein mogelijk te maken. Vele moderne plastic meubels hebben een vormgeving die zich uitstekend leent voor de moderne ziekenkamer. De ideeën van de Deense architect Verner Panton zouden zonder twijfel op dit gebied wonderen wrochten. Bij de bouw van het hedendaagse ziekenhuis zal men eindelijk eens moeten overgaan tot het zogenaamde sandwich-principe, waarbij tussen twee etages voldoende werk- (geen kruip-) ruimte overblijft. Het aanbrengen van nieuwe voorzieningen respectievelijk herstel van bestaande voorzieningen zal dan ongestoord kunnen geschieden, zonder dat het leven in het ziekenhuis door een overmaat aan decibels of wolken van stof tot een verblijf in het voorportaal van de hel wordt. Om tijd te sparen en het werk te vergemakkelijken behoren deze tussenruimten een „stahoogte” te hebben en bovendien verbonden te zijn met het verticale transportsysteem. Binnen niet al te lange tijd zullen wij met de komst van de vele elektronische apparaten vele electrotechnische experts als collega's in onze ziekenhuizen be-

groeten. Het begrip „electrical sensible patiënt” heeft zijn intrede gedaan in de medische wereld en daarmee behoren wij rekening te houden. De electrotechnici hebben recht op dezelfde arbeidsruimten als het verplegend personeel en de medische staf. Het lijkt wat irreëel om deze „experts” in het nieuwe ziekenhuis tussen verlaagde plafonds te zien verdwijnen om hun dagelijkse werkzaamheden te gaan verrichten.

Op vele gebieden van de ziekenhuisbouw zal eindelijk eens echte research moeten plaatsvinden. Anders bestaat het reële gevaar dat wij de oude, platgetreden paden blijven bewandelen. Dichter meent terecht, dat „hospital care is unnecessary costly because hospitals have not adopted enough modern management, technics and labor saving devices and concepts”. Dat voor ziekenvervoer, politie, toevoerbedrijven en medische staf het ziekenhuis zonder vertraging op elk moment van de dag bereikbaar moet zijn spreekt voor zichzelf. Slechts zelden heeft men tot nu toe met deze eisen rekening gehouden. Eurotransplant heeft thans en in de toekomst behoefte aan grote aantallen organen om transplantatie-operaties te kunnen verrichten. In de praktijk werden reeds verscheidene malen organen per helikopter bij goed vliegweer naar een transplantatiecentrum vervoerd. Over de beperkte mogelijkheden van de helikopter voor het vervoer van „emergency” patiënten schreef ik reeds eerder. Derhalve moet men een helihaven creëren bij ieder nieuw te bouwen ziekenhuiscomplex. Gezien de vele facetten van dit probleem lijkt het zinvol, dat de plaats van het nieuwe ziekenhuis eerst wordt vastgesteld nadat de Dienst Openbare Werken, de G.G. en G.D., de verkeerspolitie, de Rijksluchtvaartdienst en experts op het gebied van het openbaar vervoer met het ziekenhuisbestuur overleg hebben gepleegd. Daar de volksgezondheid een nationaal belang is, verdient ook de ziekenhuisbouw een nationale belangstelling. Het moet mogelijk zijn om in enkele jaren te komen tot de „outlay” van een ultramodern standaard-ziekenhuis, wanneer de minister van Volksgezondheid bereid is alle deskundige krachten centraal te bundelen. De problematiek van de bouw is tot op zekere hoogte in wezen voor ieder ziekenhuis gelijk. Afhankelijk van het dienstenpakket en het aantal bedden zal men volgens een bepaalde sleutel de grootte van de poliklinieken, het behandelgebouw en het verpleeghuis kunnen vaststellen. Deze standaard „outlays” maken de talloze ontwerpschetsen voor ziekenhuizen overbodig (er zijn tot nu toe geen twee ziekenhuizen gebouwd die aan elkaar gelijk waren) en werken dus sterk kostenbesparend. Men zal verder industrieën moeten vestigen waar de produktie van „disposable” materialen en maaltijden voor alle ziekenhuizen in Nederland ter hand wordt genomen. Dat het hier om grote aantallen gaat, leerde mij een vluchtige oriëntering in een 700-beds ziekenhuis. Per dag moet men 50.000 kopjes, schoteltjes, borden, messen, lepels, vorken en dergelijke selecteren, uitreiken, na gebruik verzamelen, afwassen, drogen,

selecteren, waarna de kringloop weer van voren af aan kan beginnen. Het gebruik van „disposables” heeft hier grote voordelen. „No washing, no sterilising, no breaking, no waste, no big investment costs, no noise.” Wat is eenvoudiger dan maandelijks een container met al deze artikelen in „disposable” vorm af te leveren. Deze containers kunnen zodanig worden geconstrueerd en ingedeeld, dat ze op de daarvoor uitgezochte plaats aan het ziekenhuis worden gekoppeld, waardoor overladen overbodig wordt. Hetzelfde geldt voor het maaltijdenprobleem. Grote containers waarin alle maaltijden in diepvries worden aangevoerd, worden tijdelijk gekoppeld aan de verdeelafdeling van het ziekenhuis en kunnen op deze wijze als „store” fungeren. „Britain's first centralized production kitchen and blast freezing system”, 65 km ten zuiden van Londen lijkt een belofte in te houden. De vrees voor „high equipment costs” en „menu fatigue” bleken ongegrond. „Menu flexibility and cost savings resulting from this system have been dramatic”. In een ziekenhuis van 213 bedden bespaarde dit systeem nu reeds 300 man-uren per week.

Zoals men in de scheepvaart het transport-systeem dat vele eeuwen had voldaan in korte tijd moest wijzigen om het vervoer per schip rendabel te houden, zo zal ook het ziekenhuiswezen om dezelfde reden rigoureuus moeten omschakelen. Een tot op heden nagenoeg verwaarloosd aspect van de ziekenhuisbouw is het bepalen van het bouwterrein en de daarmee samenhangende verkeers- en transportproblemen. Het is zonder meer duidelijk, dat bij de bouw van een ziekenhuis moet worden gezocht naar een geschikt en vooral uitgestrekt bouwterrein. Vaak hoort men de wens uiten, dat een ziekenhuis in de stad moet liggen. Gezien de hoge kosten van een aldaar gelegen terrein wordt de grondoppervlakte waar mogelijk verkleind! Van dergelijke situaties zijn in ons land talrijke voorbeelden aan te wijzen. Men tracht de moeilijkheden die daaruit voortspruiten te ondervangen door slagbomen en portiershuisjes, waar binnenkomenden zich moet legitimeren alvorens te worden toegelaten tot het parkeerterrein. De auto's van bezoekers van patiënten staan meestal buiten het parkeerterrein, her en der in de aangrenzende straten. Ik meen, dat elk nieuw ziekenhuis buiten de stad moet worden gebouwd! In de eerste plaats is de grondprijs buiten de stad aanmerkelijk lager dan in de stad. In de tweede plaats behoort men rekening te houden met parkeerterreinen van voldoende afmeting. Het aantal auto's van bezoekers kan thans reeds worden geschat op 1 - 1½ per bed. Voor een 1000-beds ziekenhuis betekent dit in 1970 circa 1500 auto's tijdens het bezoekuur. Voor de komende decennia is een prognose nauwelijks te geven. Het aantal auto's van de vaste staf groeit met de dag. Men zal tenslotte rekening moeten houden met 600 - 1000 auto's waarvoor gedurende de gehele werktijd parkeerruimte moet worden gevonden. De vraag dringt zich op, of de op-

lossing in de toekomst niet moet worden gezocht in parkeergarages. Deze hebben het voordeel, dat zij kunnen worden gebouwd op een beperkt grondoppervlak en dat zij de auto's tegen weersinvloeden beschermen. Men zal er voor moeten zorgen, dat een zekere gelijkmatige aan- en afvoer van motorvoertuigen kan plaatshebben om verkeersopstoppen op en in de nabijheid van verkeersaders te voorkomen. Tenslotte nog iets over het probleem van de centrale inkoop. In de Verenigde Staten werd opgericht het „New York Hospital Bureau”. „Another major advantage of group purchasing is that it gives the small institution the purchasing power of a larger hospital. Smaller hospitals can often save 20 - 30 percent on equipment costs by joining a purchasing group while large hospitals can anticipate approximately 10 percent reductions on their former cost. Another criticism of group buying is that it reduces the vendor prices thus minimizing their profits.” In Nederland zijn — zij het op kleine schaal — op confessionele basis pogingen op dit gebied gedaan, zonder veel succes overigens. Door alle ziekenhuizen te verplichten zich te bundelen (fusies!) kan men de prijzen van alle artikelen drukken, terwijl de kwaliteit zal kunnen verbeteren. In dit verband moge nog eens worden herinnerd aan de f 400.000.000, die in de jaren 1965 - 1967 werden besteed aan de inrichting van ziekenhuizen.

Velen van degenen die dit artikel lezen zullen geneigd zijn de schouders op te halen en de schrijver als een utopist beschouwen. Daartegenover moge worden gewezen op de realiteit: 800.000.000 gulden, in 3 jaar geïnvesteerd in bouw en inrichting van ziekenhuizen, die geen van alle de verwezenlijking zijn van revolutionaire ideeën. De ontwikkeling van een gestandaardiseerd ziekenhuis moet men zien als de ontwikkeling en de bouw van een modern verkeersvliegtuig. Wanneer er — na jaren van research en experimenten — tenslotte een vliegtuig op de markt verschijnt, wordt het door vrijwel alle luchtvaartmaatschappijen gekocht - slechts de letters en de kleuren op de romp duiden de maatschappij aan. De passagiers worden echter in al deze vliegtuigen op precies dezelfde wijze vervoerd: snel, comfortabel, volgens moderne principes en betrekkelijk goedkoop. Op dezelfde wijze zullen in de toekomst alle patiënten kunnen worden behandeld in het standaard-ziekenhuis. Slechts het kruis, de duif, het abstracte ornament, de davidster of de halve maan op de voorgevel zullen aanduiden of men in een katholiek, een protestants-christelijk, neutraal, israëlitisch of islamitisch ziekenhuis wordt verpleegd. „If man can leave his footprints on the moon through our massed efforts he can do something about health care.”

Breda, september 1970

Dr. A. J. M. Karthaus

Lijfrente bij praktijkoverdracht meer actueel

Door Mr. K. Sneep

Het is bekend, dat de medicus, die zijn praktijk wenst neer te leggen en deze bij die gelegenheid aan een collega wil overdragen, de keuze heeft in hoofdzaak uit twee mogelijkheden:

- verkoop tegen een som ineens (al dan niet in termijnen te betalen);
- verkoop aldus, dat de overdrager een recht op lijfrenten (periodieke uitkeringen) krijgt.

In het eerste geval zal op de verkoopsom desgevraagd het bijzondere inkomstenbelastingtarief van 20% tot hoogstens 40% (in de praktijk praktisch steeds 40%) van toepassing zijn, terwijl bovendien van die verkoopsom een bedrag van f 10.000,— zal zijn vrijgesteld (voor zover die vrijstelling sedert 1 januari 1965, terzake van een overdracht van een deel van dezelfde praktijk, al niet geheel of gedeeltelijk eerder is genoten).

In het tweede geval zal, onder zekere voorwaarden en beperkingen, inkomstenbelasting geheven worden naar het normale progressieve tarief over elk der jaarlijks te ontvangen lijfrentebedragen. In deze situatie komt de vrijstelling van f 10.000,— (als regel) te vervallen, óók als naast de lijfrenten (recht op periodieke uitkeringen) een som ineens werd bedongen, op welke som wederom desgevraagd het bijzondere inkomstenbelastingtarief van (20% tot hoogstens) 40% kan worden toegepast.

Het bedingen van lijfrenten (rechten op periodieke uitkeringen) bij gelegenheid van de staking/overdracht der praktijk is op de achtergrond geraakt, voornamelijk doordat de lijfrenten, die voor een bepaalde geldsom konden worden bedongen, slechts zó weinig méér waren dan de bedragen, die bij normale rentegevende belegging aan rente konden worden gekweekt met instandhouding van de hoofdsom, dat het doorgaans het kind met het badwater weggooien zou zijn als men, omderwille van de fiscale voordelen, lijfrenten en dergelijke bedong in plaats van een som ineens. Om een voorbeeld te noemen: Stel, dat een medicus de keus heeft tussen enerzijds f 200.000,— voor zijn praktijk als overdrachtprijs te bedingen, of anderzijds, als hij aan de fiscale voorwaarden voldoet (zie hierna), voor zich persoonlijk een lijfrente te bedingen van f 22.000,— (contante waarde eveneens f 200.000,—). Het toucheren van de eerste mogelijkheid (koopsom) leidt dan tot een éénmalige dadelijke inkomstenbelastingheffing van (zeg) 40% x (f 200.000,— — f 10.000,—) = f 76.000,—, zodat van de f 200.000,— koopsom netto f 124.000,— resteert. Bij een rentevoet van (thans) gemiddeld 9% levert dit bedrag een jaarlijks inkomen op van f 11.160,— per jaar, waar-

van (na aftrek van zeg \pm 50% normale inkomstenbelasting) \pm f 6.000,— per jaar resteert met instandhouding van de f 124.000,—. Wordt de f 200.000,— omgezet in een jaarlijkse lijfrente van f 22.000,— per jaar, waarvan na normale progressieve inkomstenbelasting zeg f 11.000,— per jaar resteert, dan is bij overlijden de hele koek opgeteerd.

In het bovenstaande zijn wij er van uitgegaan dat, bij een leeftijd ten tijde van de ingang der lijfrente van 65 jaar doch jonger dan 70 jaar, de contante waarde der lijfrente kan worden berekend door het lijfrentebedrag te vermenigvuldigen met 9 (aldus successierechnormen). Dit betekent, dat in het eerste geval (bedingen van een koopsom) de medicus netto een waarde geniet van $9 \times f 6.000,— = f 54.000,—$ (netto rente) plus de in stand gehouden f 124.000,—, zijnde tezamen f 178.000,—. In het tweede geval (beding ener lijfrente) geniet hij een waarde van $9 \times f 11.000,— = f 99.000,—$, terwijl verder niets resteert. Het is dus duidelijk, dat (afgezien van gevallen, waarin het hebben van een hoog inkomen een noodzaak is of aan het bewaren van vermogen voor nabestaanden geen behoefte bestaat) het bedingen van een lijfrente in plaats van een koopsom géén voordelige zaak is.

Dit laatste wordt echter weer anders als de mogelijkheid bestaat de lijfrente bijvoorbeeld van de eigen kinderen te bedingen. Het is namelijk fiscaal niet noodzakelijk, dat bij overdracht van de praktijk de lijfrente wordt bedongen van de praktijkovernemer; het is evenzeer mogelijk van de overnemer een koopsom te bedingen, mits deze door de praktijkverkoper binnen zes maanden na de praktijkoverdracht wordt omgezet in een lijfrente. Stel, dat de medicus zijn praktijk overdraagt voor f 200.000,— (koopsom), en dat hij voor deze f 200.000,— een lijfrente koopt bij (een van) zijn kinderen, groot f 22.000,— per jaar. Het financieel en fiscaal aspect voor vader en kinderen is dan als volgt: De overdragende medicus (vader) krijgt levenslang een jaarlijkse lijfrente van f 22.000,—, van welk bedrag hij jaarlijks inkomstenbelasting moet betalen. De kinderen ontvangen tezamen de koopsom ad f 200.000,—, waarvan zij bij belegging een jaarlijkse rente van f 18.000,— (rentevoet 9%) maken. Daartegenover moeten zij vader f 22.000,— lijfrente betalen, zodat zij jaarlijks — zo zij de f 200.000,— koopsom intact willen laten — f 4.000,— uit eigen inkomsten moeten bijbetalen, welke f 4.000,— van hun fiscaal inkomen aftrekbaar is, en dus in feite netto een veel lager bedrag uitmaakt. Het eindresultaat is dat de vader de f 22.000,— (bruto) jaarlijkse lijfrente krijgt, die de kinderen per jaar slechts f 4.000,—

(bruto) kost, terwijl de volle f 200.000,— bij de kinderen geheel intact blijft! Voor de vermogensbelasting zal vader de contante waarde van de lijfrente als vermogen moeten aangeven (deze contante waarde daalt bij het klimmen der jaren). De kinderen zullen de f 200.000,— als vermogen moeten aangeven, maar mogen de contante waarde der lijfrente als schuld van hun vermogen aftrekken. Bij overlijden van vader (einde der lijfrente) zullen de kinderen voor de berekening der successierechten de f 200.000,—, verminderd met het totaal bedrag der aan vader werkelijk uitbetaalde lijfrenten (f 22.000,— per jaar), als uit de nalatenschap verkregen moeten aangeven. (Is een groter bedrag aan lijfrentebedragen uitbetaald dan de f 200.000,—, dan leidt dat niet tot een successierechtelijke aftrekpost.) Deze omzetting van een bij praktijkoverdracht verkregen koopsom in een lijfrente bij de eigen kinderen heeft de hierboven beschreven fiscale aantrekkelijkheid gekregen door een arrest van de Hoge Raad van 24 juni 1970 nr. 16.361; wij nemen aan dat het de lezers weinig zal interesseren waarom vóórdien de fiscale aspecten ongunstiger waren en op welke gronden de Hoge Raad tot het beschreven gunstige resultaat kwam.

Het is duidelijk, dat wij in het boven beschrevene slechts een zeer schematische opzet hebben weergegeven, doch dat velerlei nuanceringen (bijvoorbeeld waardevastheidsclausules) en verfijningen

(waaronder zekerheden) denkbaar zijn. Rest ons slechts mede te delen, dat het omzetten van een koopsom in een lijfrente (recht op periodieke uitkeringen) aan een aantal beperkingen is gebonden, die in hoofdzaak op het volgende neerkomen:

- de lijfrenten en dergelijke moeten binnen zes maanden na de praktijkoverdracht zijn bedongen;
- deze lijfrenten moeten toekomen aan de medicus zelve, zijn echtgenote en zijn eventuele kinderen zolang deze nog minderjarig zijn;
- de lijfrenten mogen in principe niet later ingaan dan op de 65-jarige leeftijd van de medicus of op de latere praktijkoverdrachtsdatum;
- de contante waarde van de bedongen lijfrente mag ten hoogste f 200.000,— bedragen, mits de overdragende medicus ten tijde van de praktijkoverdracht minstens 60 jaar oud is dan wel voor 45% of meer arbeidsongeschikt is. Is de medicus 50 jaar doch jonger dan 60 jaar, dan mag (behalve in het geval van genoemde invaliditeit) de contante waarde der bedongen lijfrenten niet meer dan f 100.000,— bedragen. In alle andere gevallen mag deze contante waarde de f 50.000,— niet overschrijden.

De Hoge Raad heeft aldus een wijd perspectief geopend om bij verkoop van de praktijk verkregen koopsommen in de familiale sfeer tot hun optimale recht te doen komen.

SYMPOSIUM OVER KINDERMISHANDELING

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

zaterdag 19 december a.s.

een symposium te houden over het vraagstuk van de

KINDERMISHANDELING

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

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

Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum te Utrecht

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

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

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

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

MEDISCH COMITÉ NEDERLAND-VIETNAM

In Medisch Contact van 14 maart 1969 is de oprichting aangekondigd van de Stichting Medisch Comité Nederland-Vietnam. Doelstellingen van het comité zijn: het bieden van medische hulp aan de gezondheidsdiensten van Noord-Vietnam en het Nationale Bevrijdingsfront van Zuid-Vietnam en het geven van voorlichting in Nederland over de situatie in Vietnam.

Binnen twee jaar na de oprichting — tot 1 oktober 1970 — is een half miljoen gulden aan bijdragen ontvangen en besteed voor de aankoop van medicijnen en instrumenten. Bovendien zijn veel medicamenten verkregen bij inzamelingen van proefmonsters. Van de ongeveer duizend in den lande benaderde collegae stond een derde deel hun artsenmonsters af. Aan bruikbare preparaten is voor een waarde van rond f 150.000,— verzonden. Twee procent van de ontvangsten is voor administratie uitgegeven en 8% voor transport en verzekering. De stichting werkt uitsluitend met vrijwilligers.

In vrijwel alle Europese landen zijn comité's werkzaam om medische hulp te bieden. Het coördinatiesecretariaat, dat onder andere met de Oecumenische Raad van Kerken samenwerkt, is gevestigd te Parijs. De stellingname van de medische Vietnam Comité's is kernachtig samengevat in het devies van onze Britse zusterorganisatie: „Our aid goes where the bombs fall”.

De goederen zijn voornamelijk bestemd voor het gebied van het Nationale Bevrijdingsfront, dat driekwart van Zuid-Vietnam beslaat. Daar is de nood nog groter dan in Noord-Vietnam. In Zuid-Vietnam ondergaat de bevolking van dag tot dag de verschrikkingen van de totale oorlog: massale bombardementen, napalm, fragmentatiebommen, gifgasen en oogstverdelgers, met als gevolg ondervoeding, malaria en verminkingen op zeer grote schaal, afgezien van honderdduizenden doden. De zendingen van ons comité bestaan vooral uit kinine (\pm 1.700 kg), antibiotica en chirurgische trousses; daarnaast diverse instrumentaria, analgetica, vitaminen, ijzerpreparaten en melkpoeder.

Het comité heeft de beschikking over veelzijdig documentatiemateriaal: films, foto's, brochures, boeken en tijdschriften, zodat het mogelijk is om artsen en publiek bij lezingen en discussies, waarvoor het comité in alle delen van het land wordt uitgenodigd, informatie te verschaffen over de situatie, met name op medisch gebied, in Vietnam. Begunstigers ontvangen periodiek een verslag van de gang van zaken.

Het Bestuur van het Medisch Comité Nederland-Vietnam roept iedere collega op het werk van de stichting te steunen door bijdragen te storten, proefmonsters af te staan en tot het comité van aanbe-

veling toe te treden. Het aanbevelingscomité telt meer dan 200 namen van huisartsen, hoogleraren, specialisten, assistenten en apothekers. Hun aantal neemt steeds toe.

Het secretariaat — Prinsesselaan 6-8, Beverwijk, tel. 02510-23505 — verschaft gaarne alle gewenste inlichtingen.

Bijdragen kunnen worden gestort op de postgiro of bij de AMRO-bank: Postgiro 1090400 ten name van Medisch Comité Nederland-Vietnam te Amsterdam, AMRO-bank - Amsterdam ten gunste van MCNV rek. nr. 41.36.45.266.

Wassenaar, 21 oktober 1970

Het bestuur van het Medisch Comité Nederland-Vietnam:

Prof. Dr. J. H. de Haas, voorzitter,
N. J. van Rhijn, chirurg,
J. A. Groenink, internist,
W. A. de Bruin, huisarts,
A. H. I. Netelenbos, assistent internist,
R. C. J. Smeenk, med. drs.,
K. M. J. Mengelberg, med. kand.,
E. de Smit-Kruyt, verpleegkundige.

Het Comité van aanbeveling:

W. Aalders	huisarts	IJpendam
B. L. van Albada	huisarts	Harlingen
Cath. J. van Albada	tropenarts	Amsterdam
Dr. L. E. W. van Albada	kinderhygiënist	Vries
J. L. Baggen	huisarts	Brunssum
R. J. P. Bauwens	huisarts	Terneuzen
J. Beekmans	keel-, neus- en oorarts	Melissant
J. A. Beker	huisarts	Leiden
Dr. J. Bender	chirurg	Rotterdam
J. Bendien	psychiater	Amsterdam
F. R. van den Berg	huisarts	Arnhem
W. R. A. Berger	huisarts	Amersfoort
A. F. Beyderwellen	huisarts	Katwijk a. Zee
J. A. C. Bleeker	ass. psychiater	Amsterdam
Dr. G. Boersma	orthop. chirurg	Apeldoorn
N. F. Bosma	chirurg	Amsterdam
H. Bottema	kinderhygiënist	Assen
Mej. M. A. Broer	kinderarts	Assen
T. J. J. Bruin	ass. chirurg	Marken
Prof. Dr. F. J. J. Buijtendijk		Amsterdam
Dr. F. Bijlsma	wetensch.medew.	G.U. Midwoud
Mevr. A. ten Cate-v. Laarhoven	arts	Amsterdam
J. W. ten Cate	ass. internist	Amsterdam
J. Christoffels	ass. psychiater	Amsterdam
Mevr. B. van Dantzig-van Amstel	psychiater	Amsterdam
E. H. Dercksen	huisarts	Amsterdam
Th. W. Donkerlo	cardioloog	Bussum
Mevr. L. H. Doornenbal-Verbeek	tropenarts	Jalalpur

(Vervolg zie volgende bladzijde)

P. Doornenbal chirurg Jalalpur
 L. Driessen ass. psychiater Amsterdam
 J. L. Duffer huisarts Amsterdam
 J. Dunk huisarts Udenhout
 Dr. C. van Emde Boas psychiater Amsterdam
 M. J. den Engelsman huisarts Assen
 W. F. Eijgenstein psychiater Leiden
 Dr. P. Fleury kinderneuroloog Amsterdam
 Dr. C. Francke internist Rotterdam
 Mevr. F. D. M. Frankenberg-van der Ham arts Assen
 W. Frankenberg huisarts Assen
 A. P. P. Freeve huisarts Haaksbergen-Ov.
 Prof. Dr. M. Frenkel Amsterdam
 Mevr. A. Freud-de Swaan ass. longarts Amsterdam
 G. E. Freud klin. fysioloog Amsterdam
 P. J. Geerlings ass. psychiater Amsterdam
 H. A. van Geuns longarts Rotterdam
 L. S. Go apotheker Leiden
 Ellen A. de Graaff ass. plast. chirurgie Sittard
 P. Greup huisarts Poortugaal
 Prof. Dr. F. Grewel Amsterdam
 A. M. M. J. de Groot huisarts Jutphaas
 Prof. Dr. C. Haanen Nijmegen
 Mevr. Dr. J. H. de Haas-Posthuma kinderarts Wassenaar
 M. Hageman ass. kno Amsterdam
 T. E. Halbertsma huisarts Wirdum-Fr.
 J. van Halewijn huisarts Nijmegen
 A. Hamel arts S.W.O. Zoetermeer
 T. G. Han huisarts Zaandam
 L. ten Have arts Amsterdam
 Mireille Hellendoorn anaesthesiste Amsterdam
 M. J. Heys-Boersma internist Ermelo
 M. L. H. Hintzen ass. chirurg Amsterdam
 J. Hoekstra huisarts Amsterdam
 Dr. F. Hogewind internist Assen
 Mevr. Dr. J. J. Hogewind-De Nijs röntgenologe Assen
 W. R. W. Hommes ass. psychiater Haarlem
 Dr. R. H. v. d. Hoofdakker psychiater Glimmen
 Dr. L. Hornstra psycho-analyticus Bakhuisen
 Martha Hovy huisarts Amsterdam
 J. M. M. Huntjens huisarts IJsselstein
 W. G. J. Iemhoff ass. internist Wijngaarden
 A. Janse ass. neuroloog Amsterdam
 M. J. Janse ass. cardioloog Amsterdam
 Prof. Dr. C. Jerusalem Nijmegen
 K. Jiskoot huisarts Terneuzen
 L. de Jong huisarts Amsterdam
 B. Knap huisarts Augustinusga
 A. P. Koppert huisarts Rotterdam
 J. Kemeling tandarts Rotterdam
 A. I. J. Klooswijk tandarts Zwanenburg
 W. E. Koster-Kreger arts Amsterdam
 Dr. J. H. Kraak dermatoloog Rotterdam
 J. Th. Kramers arts Maarheeze
 H. R. Kraus zenuwarts Oegstgeest
 R. Krol ass. psychiater Amsterdam
 Dr. A. A. v. d. Kroon arts Baarn
 G. Kropveld zenuwarts IJmuiden
 J. P. Kruithof huisarts Zwiindrecht
 Prof. Dr. H. M. Kuitert V.U. Amsterdam
 Dr. T. H. Kwee gynaecoloog Winschoten
 Prof. Dr. G. A. Ladee Rotterdam
 H. Lakmaker huisarts Amsterdam
 Prof. Dr. W. Lammers Paterswolde
 J. L. van de Lande psychiater Santpoort
 A. O. de Leeuw huisarts Amsterdam
 H. de Leeuw huisarts Amsterdam
 R. de Leeuw kinderarts Amstelveen
 Mevr. W. M. Lek-v. d. Ham C.B.-arts Bilthoven

H. Levy huisarts Amsterdam
 P. Lichtveld plastisch chirurg Amsterdam
 Dr. H. M. v. d. Linde path. anatoom Kortenhoef
 A. Ludwig huisarts Amsterdam
 J. F. van Luin ass. psychiater Amsterdam
 J. v. d. Made revalidatie-arts Heer (L.)
 J. A. M. Mathijssen ass. psychiater Amsterdam
 J. H. van Meurs zenuwarts Beverwijk
 J. P. Meyer ass. psychiater Utrecht
 J. S. Meijer huisarts Amsterdam
 Dr. H. P. Milikowski socioloog Leiden
 Prof. Dr. M. G. J. Minnaert Utrecht
 Johanna H. Moes huisarts Amsterdam
 Prof. Dr. J. Moll Rotterdam
 Dr. W. Möller biochemicus Leiden
 Dr. J. P. C. Moors Rosmalen
 J. Mourik reserve 1e lt. arts Groningen
 J. Mulder ass. internist Moordrecht
 E. A. Munneke jeugdarts Amsterdam
 G. F. Nelck kinderarts Assen
 J. C. Netelenbos ass. internist Amsterdam
 C. Nieboer ass. dermatoloog Amsterdam
 Mevr. G. L. Nieuwenhuijsen-Smid arts Koeweit
 A. C. H. de Nooyer huisarts Lichtenvoorde
 Oey Tjeng Sit apotheker Amsterdam
 Dr. C. J. Oosterhuis chirurg Heemskerk
 Mevr. H. C. Passchier-Meijer schoolarts Zeist
 A. Pen zenuwarts Bovensmilde
 D. van Perusem psychiater Den Helder
 Liesbeth v. d. Pol ass. psychiater Amsterdam
 B. S. Polak huisarts Amsterdam
 F. Polak ass. psychiater Amsterdam
 A. C. Pols-Cramer arts Assen
 J. Pols psychiater Assen
 H. G. Post zenuwarts Assen
 J. C. W. Prins psychiater Den Haag
 Prof. Dr. A. Quispel Oegstgeest
 C. J. J. van de Raaij huisarts Amsterdam
 Dr. F. van Ree zenuwarts Bennebroek
 J. R. van Reekum studentenarts Delft
 Th. E. van Reemst huisarts Amsterdam
 H. W. Reinking huisarts Assen
 Dr. N. van Rhijn huisarts Amsterdam
 W. J. Roelfsema huisarts Norg
 J. Romeijn huisarts Amsterdam
 J. Roos ass. psychiater Amsterdam
 Dr. H. G. M. Rooymans psychiater Zeyen (gem. Vries)
 Dr. Ph. Rümke internist Amsterdam
 F. Schellart ass. psychiater Schiedam
 Dr. H. J. C. van Scherpenberg KNO-arts Hoorn
 G. J. Schiethart huisarts Amsterdam
 C. N. Schlebaum huisarts Voorschoten
 W. P. Schoe gynaecoloog Utrecht
 Anna Schotte internist Amsterdam
 J. A. M. Schouten wetensch. ambt. R.U. Amsterdam
 J. Sirag bedrijfsarts Garijp
 A. M. Smit tropenarts Bergen (NH)
 Th. J. Snels huisarts Arnhem
 S. Snieder huisarts Amsterdam
 J. C. A. Sommers huisarts Amsterdam
 G. J. Sorgdrager huisarts Baarn
 Prof. Dr. T. D. Stahlie Amstelveen
 J. C. Sorgdrager huisarts Amsterdam
 Dr. P. Stevens ass. internist Leiden
 W. F. Storm sexuoloog Amsterdam
 J. Strich psychiater Amsterdam
 C. Strumphler arts Eibergen

(Vervolg zie volgende bladzijde)

J. H. H. de Swart	huisarts	Bussum
J. Swen	arts	Kimpese (Congo)
A. O. H. Tellegen	tropenarts	Sotik (Kenya)
A. O. H. Tellegen	bedrijfsarts	Voorburg
J. P. Teuns	psychiater	Wassenaar
Dr. J. W. Thomee	tropenarts	Amsterdam
Dr. J. H. M. van Tongeren	internist	Nijmegen
N. Treurniet	psychiater	Amsterdam
J. Uwland	dierenarts	Gouda
W. M. Veenema	dpl. mil. arts	Wierumerschouw
Dr. Alje Vennema	tropenarts	Penarth (U.K.)
Dr. F. Verhage	klin. psycholoog	Amsterdam
P. M. F. Vernimmen	neuroloog	Amsterdam
A. Visschedyk	huisarts	Heel-NB
Prof. Dr. P. E. Voorhoeve		Muiderberg
W. F. de Vos	huisarts	Amsterdam
H. W. B. Voskuil	huisarts	Vianen
K. de Vries	huisarts	Assen

H. H. Warmink	ass. kinderarts	Den Haag
Mevr. A. L. van Wely	kinderarts	Schiedam
Mevr. C. A. M. Wennen-van der Meij	soc. geneesk.	Noordwijk
E. Wennen	tropenarts	Noordwijk
H. Wernik	huisarts	Nijmegen
L. H. G. van Wersch	apotheker	Kerkrade
Mevr. M. C. M. van Wersch-v. d. Spek	arts GG en GD	Rotterdam
T. de Wever	ass. psychiater	Amsterdam
W. M. Wiersinga	arts	Amsterdam
Prof. Dr. D. Wiersma		Leiden
J. A. Wiese	arts	Alkmaar
Prof. Dr. A. G. de Wilde		Vries
E. de Wind	psychiater	Amsterdam
P. W. Windels	stafdoc. soc. acad.	Driebergen
R. Witkamp	huisarts	Zoutkamp
J. Witzand	huisarts	Zeist
Dr. F. J. H. Wong Lun Hing	huisarts	Amsterdam
Dr. Mathilda A. van Zanten	chirurg	Brunssum

Enige opmerkingen over het kwantitatieve probleem van de psychotherapie

In het jaarverslag 1969, van het Instituut voor Medische Psychotherapie verscheen van de hand van de directie I.M.P. de volgende beschouwing over het kwantitatieve probleem van de psychotherapie:

De psychotherapie neemt, met zijn beoefenaars, een merkwaardige plaats in onder het geheel van voorzieningen voor de Volksgezondheid. Wanneer iemand door enigerlei lichamelijke kwaal wordt getroffen, kan men hem nauwelijks inhalen om hem nog de goede raad mee te geven vooral naar de dokter te gaan; hij staat al op de stoep. Wanneer men iemand vindt, die aarzelt, komt dat niet omdat hij zich zou schamen voor de ernst van zijn kwaal — hij schaamt zich voor de geringe omvang er van — voor zo iets kun je de dokter niet lastig vallen.

Maar laat het nu eens met iemand zo gesteld zijn, dat hij bij een psychotherapeut zijn heul zou moeten zoeken. Weinigen zal hij op zijn weg vinden, die hem niet deze stap zouden afraden — als hij al iemand om raad heeft durven vragen, want het is in onze dagen heel gewoon dat men zich schaamt voor emotionele moeilijkheden — en in een omgeving waar dit zo is, ontmoet men ook weinig begrip als men ze heeft. Dit gebrek aan begrip beperkt zich waarlijk niet tot ongeletterden; juist ook zij bij wie vele mensen in de eerste plaats hulp zoeken voor hun kwalen — ook psychische — de artsen, zijn vaak afwerend, zelfs vijandig, jegens hen, die aanbieden psychische moeilijkheden te willen behandelen. Wanneer men als psychotherapeut niet al zo goed getraind was in begrijpen in plaats van affectief te reageren, zou men haast geneigd zijn zich kwaad te maken als wéér een patiënt vertelt, dat de huisarts zei, dat die kerels zelf allemaal gek

zijn — dat het tijd verknoeien is, maar je mag het wel proberen — dat je er aan verslaafd raakt — dat je toch moet proberen je er over heen te zetten — dat na de internist, de chirurg, de röntgenoloog, de neuroloog, nu toch ook de cardioloog geraadpleegd diende te worden voor die nare pijn in de schouder. Deze scepsis zou acceptabel zijn, wanneer hij gebaseerd was op een grondige kennis van het gebied waar psychotherapie over gaat. Maar niet zelden vermeldt de sceptische verwijzer van „psychiatrie” geen verstand te hebben — de indruk wekkende, dat men hem hiervan evenmin mag verdenken als van te kunnen breien.

Wanneer de deskundigen zich zo opstellen, hoe dan de patiënt. Maar heel zelden ontmoet men mensen, die voor hun emotionele problemen even vanzelfsprekend hulp zoeken als voor hun lichamelijke. Het ligt dus voor de hand, dat zij die hulp zoeken maar een klein deel zullen zijn van hen die hulp nodig hebben, en dat van hen die hulp zoeken nog maar weer een klein deel op de juiste plaats terecht komt.

En reeds onder die omstandigheden kan de aangeboden hulp maar een klein deel van de gezochte hulp honoreren. Dat wil zeggen, nu reeds, in een klimaat waarin het vaak beschamend geacht wordt hulp te zoeken, waarin voor geestelijke hygiëne zeker niet op dezelfde schaal propaganda gemaakt wordt als voor somatische zorg — nu reeds blijven velen ongeholpen. Hoe groot de behoefte aan hulp zou blijken te zijn als alle nood bekend was, is nauwelijks voor te stellen. Uit onderzoekingen is gebleken, dat tussen een derde en de helft van alle bij de huisarts gebrachte problemen geen somatische basis hebben — d.w.z. in principe binnen het bereik van de psychotherapie vallen. Ongeveer hetzelfde deel van de bevolking leed, bij een beroemd onder-

zoek in New York, aan diagnostiseerbare psychiatrische aandoeningen. (Het getal van hen, die psychotherapeutische bemoeiing nodig hadden moet dan, gezien de aard van de psychiatrische diagnostiek, nog groter geweest zijn).

Het lijkt nu niet onwaarschijnlijk, dat dit beeld — een derde tot de helft van ons allemaal zouden psychotherapeutische hulp kunnen gebruiken — eerder de lachlust dan bezorgdheid oproept. Ten onrechte — en wel daarom, omdat alle tekenen er op wijzen, dat het einde in zicht is van de methode, waarmee de maatschappij tot nu toe het probleem van het emotionele leed heeft opgelost — de methode van de ontkenning, de loochening. Dat dit laatste het geval is, is niet moeilijk te bewijzen — al was het slechts door te wijzen op de noodzaak, artikelen als dit te schrijven. Maar er zijn ook betere, wat specifiekere, voorbeelden te geven. Ieder jaar worden duizenden mensen invalide op grond van neurotische stoornissen en deze zijn dan nog maar alleen afkomstig uit het werkende deel van de bevolking — het is namelijk uitgerekend voor de verzekerden onder de Wet op de Arbeids Ongeschiktheid door Weijel. Voor de totale bevolking moeten het er nog veel meer zijn — niet-werkende vrouwen, mensen die te oud of te jong zijn om te werken en allen, die niet onder de W.A.O. vallen tellen hier niet mee — en dat zijn nog slechts de invaliden. Het lijkt aannemelijk, dat voor iedereen, die op grond van psychische kwalen niet meer in staat is tot werken een veelvoud — hoe groot precies weet niemand — er mee rond loopt.

Een ander voorbeeld waaruit blijkt hoe groot de verborgen behoefte aan psychotherapeutische hulp is, is te vinden in de ervaringen van de abortusteams. Zoals bekend, is gedurende de laatste jaren de officiële geneeskunde zich gaan bezig houden met de problematiek rond de abortus. Eveneens bekend is, dat het een omvangrijk probleem is, de schattingen lopen uiteen, maar 10.000 abortus per jaar lijkt niet overdreven (dit is overigens een goed voorbeeld van de loochening waar zojuist op werd gewezen). Telkens weer blijkt nu, dat de ongewenste zwangerschap niet een op zich zelf staand gebeuren is, dat een voorheen acceptabele toestand verstoort. Dit komt natuurlijk voor, maar in het geheel niet ongewoon is, dat de ongewenste zwangerschap de druppel is, die de emmer doet overlopen, dat er al lange tijd een situatie bestaat waarin enige hulp niet misstaan zou hebben. Een voorbeeld, dagelijks voorkomend, moge duidelijk maken wat bedoeld wordt.

Een meisje van 17 jaar wordt zwanger, komt in paniek abortus vragen. De zwangerschap is verwekt op een feestje, door een jongen die zij nauwelijks kende en die verder ook niet met haar te maken wil hebben, zij trouwens evenmin met hem. Het meisje komt uit een keurig milieu, vader is een hogere ambtenaar, één jonger broertje. De waarde van psychologische scholing kan nu al blijken in de weigering genoegen te nemen met een ogenschijnlijk zo overzichtelijke situatie: een ongeluk zit

in een klein hoekje. Maar wanneer we er van uitgaan, dat iemand goede redenen moet hebben voor zelfbeschadigend gedrag, wordt onze nieuwsgierigheid juist gewekt. (In het algemeen kan gezegd worden, dat overal waar men ter verklaring van menselijk gedrag grijpt naar morele termen — zoals „eigen schuld“, „onvoorzichtigheid“, „luiheid“, enzovoort — de werkelijke samenhangen onzichtbaar blijven; dit is een van de manieren waarop de genoemde loochening zich voltrekt.) Dit meisje nu vertelt — en dat het geen verhaaltje voor de vaak is blijkt uit de moeite, die het haar kost om het te vertellen, ze schaamt zich, voelt zich een verraderster — dat het thuis al heel lang ongezellig is. Vader en moeder leven langs elkaar heen, als ze nog eens praten wordt het vlug ruzie, haar jongere broertje is lastig, maakt scènes, zij zelf houdt zich altijd maar stil om de sfeer niet nog verder te bederven. Op de avond, dat ze zwanger geworden was, voelde ze zich erg naar, zo'n onverschillig gevoel, misschien wel kwaad, wat kon het haar nog schelen, ze wou eens even nergens meer aan denken. Een heel banaal verhaal: een gezin waar niemand iets aan merkt, een lief meisje, een beetje stil — maar ondertussen leven vier mensen in een emotionele woestijn, en niemand denkt er aan, dat zo'n toestand eerder aanleiding zou kunnen zijn tot hulp zoeken dan de lichamelijke kwaaltjes waar prompt een dokter bij komt. De moeder van dit meisje liep trouwens met hoofdpijn bij de huisdokter. Er was al jarenlang niet veel aan te doen.

In het kader van dit betoog is het centrale punt van dit voorbeeld niet, dat bij nader doorvragen dit meisje, dat met haar zwangerschapsprobleem kwam, al vele jaren met haar gezinsgenoten in een gepleisterd graf bleek te wonen. Waar het om gaat is, dat dit meisje, door een geheel toevallige samenloop van omstandigheden zichtbaar wordt, en dat iemand probeert te begrijpen, waarom zij dit zichzelf heeft moeten aandoen. Een andere symptoomkeus: school niet afmaken, trouwen om uit huis te komen, promiscu worden, noem maar op, en de gehele structuur blijft verborgen. Voor iedereen, want de mensen zelf geloofden niet, dat de situatie ernstig genoeg was om er iets aan te doen — althans niet om er mee naar een psychiater te gaan — ze waren toch niet gek — en het meisje was te jong en te loyaal om zich in deze zelfstandig op te stellen.

Dit voorbeeld is er een uit zeer velen: telkens weer blijkt bij de abortusproblematiek, dat in de onderliggende situatie een hoeveelheid geestelijk lijden verborgen was, die in het lichamelijke nooit geaccepteerd zou worden en dat de zwangerschap het probleem alleen maar zichtbaar maakt (en meestal onverdraaglijk — daarom is abortus zo vaak gewenst). En bij geval van abortus zijn altijd een aantal mensen betrokken. Het lijkt wel zeker, dat voor de ene situatie, die door de ongewenste zwangerschap zichtbaar wordt er vele zijn, die onzichtbaar blijven, maar daarom niet minder ellendig zijn.

Mocht men denken, dat abortus toch een uitzonderlijk probleem is, dan zijn er vele andere voorbeelden aan te voeren waar de mogelijkheid van hulpverlening ogenblikkelijk een overstelpende hoeveelheid psychische problematiek zichtbaar maakt waar niemand een antwoord op weet — de voorzieningen zijn er eenvoudig niet — en waarvan is aan te nemen, dat de problemen, die men ziet maar een klein deel zijn van de problemen die er zijn. Dit is bij voorbeeld gebleken met de psychiatrische hulpverlening aan studenten van de Universiteit van Amsterdam, het is gebleken bij de Jhr. Schorer Stichting voor hulpverlening aan homoseksuelen, het is gebleken bij het werk van het Jongeren Advies Centrum in Amsterdam — kortom het is een algemene ervaring. En het lijkt waarschijnlijk dat, als de welvaart een beetje wil aanhouden en mensen meer van het leven gaan vragen dan geen honger, de behoefte aan geestelijke gezondheid (wat volgens de Wereld Gezondheids Organisatie meer is dan afwezigheid van ziekte, nl. optimale ontplooiing van alle mogelijkheden) even vanzelfsprekend zal worden als die aan lichamelijk welzijn.

Het is duidelijk, dat het antwoord op dit geweldige probleem niet alleen maar kan zijn: meer psychotherapeuten, evenmin als het antwoord op alle problemen van de lichamelijke gezondheid gevonden is in: meer artsen. Het is een probleem, en dat is waar dit verhaal om gaat, dat de hele maatschappij aan gaat, en waarop een maatschappelijk ant-

woord gegeven moet worden. Meer psychotherapeuten is een onderdeel van dit antwoord — en hoe ver weg een redelijke oplossing nog is moge blijken uit het opmerkelijke feit, dat een opleiding tot psychotherapeut in Nederland niet bestaat — wat bestaat zijn min of meer particuliere initiatieven, die meestal maar een gedeelte van het vak beslaan. Een opleiding in de psychotherapie op een niveau, dat als standaard voor het gehele veld zou dienen, ware geen luxe.

Maar, zoals gezegd, de oplossing is niet te vinden in alleen maar meer therapeuten maken. Men kan geen epidemie bestrijden door alleen maar alle zieken te behandelen. De gehele bevolking moet voorgelicht over handen wassen, ratten vangen, isoleren, vaccineren, — en in staat en bereid zijn om naar de voorlichting te luisteren en die te begrijpen. Met psychische hygiëne ligt het probleem net zo, — alleen wat ingewikkelder. De belangrijkste moeilijkheid is de verspreiding van de probleemgevoeligheid — wanneer de vraag door de bevolking maar duidelijk genoeg gesteld wordt, zal het antwoord ook wel komen. En de vraag zal worden gesteld. Tenslotte heeft nu al iedere ziekenfondsverzekerde een wettelijk recht op psychotherapie. Het lijkt niet waarschijnlijk, dat een toestand, waarbij dit recht wel bestaat, maar door gebrek aan voorlichting niet zichtbaar wordt, en — voor zover zichtbaar — door gebrek aan voorzieningen niet uit te oefenen is, lang zal kunnen voortbestaan.

NASCHOLINGSCURSUS TELEAC VOOR HUISARTSEN

In november en december aanstaande zal een tweede serie van vier televisielessen voor huisartsen worden uitgezonden. De serie is samengesteld door de Stichting Televisie Academie Teleac en het Nederlands Huisartsen Instituut. Onderwerp van deze reeks vormen de acute cerebrovasculaire circulatiestoornissen.

In de eerste uitzending zal de bloedvoorziening van de hersenen worden gesproken, met de nadruk op de betekenis van de collaterale circulatiesystemen en op het onderscheid in extracraniele en intracraniele oorzaken; verder zal aandacht worden besteed aan de ontstaanswijze en de aard van de diverse circulatiestoornissen in cerebro.

De tweede uitzending zal in hoofdzaak zijn gewijd aan anamnese, onderzoek, differentiaal-diagnostiek en medicamenteuze therapie.

In de derde uitzending zal de nadruk liggen op het revalidatie-aspect.

In de vierde uitzending zal 'dit revalidatie-aspect nogmaals aan de orde komen; bovendien zal een belangrijk deel van deze uitzending worden besteed aan vragen van huisartsen over en naar aanleiding van de drie voorafgaande televisielessen.

Aan deze programma's werken onder meer

mee: Prof. Dr. J. H. Folkerts, hoogleraar in de neurologie aan de Vrije Universiteit te Amsterdam; Prof. Dr. J. Th. R. Schreuder, buitengewoon hoogleraar in de geriatrie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht; Dr. C. van Proosdij, adjunct-hoofd van de afdeling Geriatrie en Reactivering van het Algemeen Ziekenhuis „Zonnestraal" te Hilversum. Het bij de cursus behorende schriftelijk materiaal is verkrijgbaar door storting van f 4,— op postrekeningnummer 544232, ten name van Teleac, Utrecht, onder vermelding van „Huisartsen".

De uitzendtijden van de vier lessen over „Acute cerebrovasculaire circulatiestoornissen" zijn (telkens op Nederland 1):

les 1 - maandag 16 november, na het laatste journaal; herhaling zaterdag 21 november, 9.30-10.00 uur;

les 2 - maandag 23 november, na het laatste journaal; herhaling zaterdag 28 november, 9.30-10.00 uur;

les 3 - maandag 30 november, na het laatste journaal; herhaling zaterdag 5 december, 9.30-10.00 uur;

les 4 - maandag 7 december, na het laatste journaal; herhaling zaterdag 12 december, 9.30-10.00 uur.

Stormloop op congres „Te gek om los te lopen”

Een maand voor het gehouden wordt, was het congres „Te Gek om Los te Lopen” van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid al overtekend. Ruim 1200 personen hebben zich al spontaan gemeld voor dit op 20 november in de Amsterdamse RAI te houden congres. Vele belangstellenden moesten worden afgewezen.

Bij de Nationale Federatie houdt men deze toeloop voor een krachtig bewijs van het onbehagen waarmee werkers in de geestelijke gezondheidszorg rondlopen. Zij zouden alles willen doen voor de 25 tot 50 procent van de Nederlanders die volgens schattingen moeilijkheden hebben met hun emotioneel functioneren, maar voelen zich in de huidige situatie onmachtig.

Het congres is allang al geen zaak meer van de Federatie alleen. Na een seminar in september, waar de Federatie contact zocht met de „veldwerkers”, hebben zich uit de seminardeelnemers drie werkgroepen gevormd (respectievelijk voor de inhoud, de presentatie en de voorlichting rond het congres). Deze groepen, betrekkelijk willekeurig samengesteld, hebben nu de discussiestof verder voorbereid. In die groepen zijn via vertegenwoordigers van maatschappelijke actiegroepen ook de consumenten aanwezig.

Bij het congres gaat het om het blootleggen van wat zaken als de woningnood, de druk van de prestatie-moraal en het onderwijssysteem voor de geestelijke gezondheid van mensen betekenen. Anderzijds zal ook de geestelijke gezondheidszorg zelf aan een kritische inspectie worden onderworpen. Voorlopig einddoel van het congres is de creatie van een aantal actiegroepen, waaronder één voor een „welzijnsparlement”. Deze groepen zijn te zien als een permanent, qua samenstelling mogelijk fluctuerend centrum van actie dat in de komende jaren alle gewenste veranderingen zal kunnen inleiden en doorvoeren.

Steeds duidelijker wordt in de drie werkgroepen geformuleerd waar het aan schort in de geestelijke gezondheidszorg en wat men wil bereiken. Om wat voorbeelden te noemen van de meest concrete punten waar het congres naar verwachting over zal discussiëren:

— Mensen die met innerlijke of relatiemoeilijkheden bij de geestelijke gezondheidszorg aankloppen, worden op de verkeerde manier geholpen. Zij worden namelijk weer aangepast aan de maatschappij. Maar het zou de maatschappij wel eens kunnen zijn die hen ziek of ongelukkig heeft gemaakt. Als de geestelijke gezondheidszorg alleen de slachtoffers oplapt, doet ze te weinig. Ze laat dan namelijk na de maatschappij op zijn fouten te wijzen en laat na die te verbeteren. Door alleen slachtoffers op te lappen, strooit de geestelijke gezondheidszorg de maatschappij zand in de ogen. Uit de congrespapieren blijkt dat sommigen in de geestelijke gezondheidszorg zelfs met de gedachte van een staking

spelen, om deze vicieuze cirkel eindelijk te doorbreken.

— Ook de consument zelf moet dat niet meer nemen. Hij moet inzien hoe zijn omgeving tot zijn ongeluk bijdraagt en hij moet de gelegenheid grijpen om dat zelf te helpen veranderen. Vandaar dat het voorlopige actieprogramma op vele plaatsen voor een nauwe samenwerking — en dan wijksgewijs — pleit tussen beroepskracht en consument.

Het gaat — zo wordt gezegd — in laatste instantie om samen-mens-zijn en daarbij kan iedereen een bijdrage leveren. Het is geen puur medische zaak. In dat kader wil men voorts de antieke tegenstelling ziek-gezond opheffen. Ook leeft de gedachte om de naam „geestelijke gezondheidszorg” te veranderen in (organisatie voor) „samen-mens-zijn”, „samen leven” of iets dergelijks.

— Er is veel kritiek op het feit dat veel geestelijk zieken met psychofarmaca van hun ergste symptomen worden afgeholpen en/of in inrichtingen worden opgeborgen — terwijl men onvoldoende doet om zulke mensen een maatschappij te bezorgen waarin ze minder ziek worden, dan wel óók kunnen leven.

— Er is bijvoorbeeld kritiek op de functie van psychologische tests. Zulke tests, aldus de gedachten-gang, proberen iemands tekorten in kaart te brengen en hem op die basis op de plaats te krijgen die hij aankan. Maar aan het opheffen van die tekorten zelf gaat men dan voorbij. Ongewild doet een psycholoog dan alsof hij de tekorten normaal vindt.

Ook op organisatorisch gebied zijn de verlangens van de veldwerkers al tamelijk omschreven. Enkele voorbeelden:

— Men wil radicaal af van het grote aantal kleine bureautjes en instellingen die allemaal op hun eigen manier iets voor mensen doen, maar die door hun veelheid en hun werkwijze vaak onvindbaar zijn. Men wil per gebied één centrum voor samen-mens-zijn, samen met reclassering, kinderbescherming, diensten voor sociale zaken, huwelijks- en gezinsproblemen en wat dies meer zij. Zulke centra zouden 24 uur per dag bereikbaar moeten zijn. Bovendien moeten zulke centra voorkomend kunnen werken en meehelpen het samenleven in hun gebied gezonder te maken.

— Landelijk moet er een centrum komen dat die regionale centra voorziet van materiaal en dat landelijk de informatie verzorgt, alsmede de belangen van het welzijn bij de overheid bepleit. Ook dit landelijk centrum zou naar het publiek toe 24 uur per dag informatie moeten kunnen geven.

Bij de Nationale Federatie voor de Geestelijke Gezondheidszorg is men aanvankelijk zeer verrast geweest door de mate waarop het „veld” heeft ingehaakt. Op dit moment overheerst daar het gevoel dat er van onder en boven af samen wordt gewerkt aan een geheel nieuwe structuur van de geestelijke gezondheidszorg én van de welzijnszorg in ruimere zin. In ieder geval is de nauwe samenwerking tussen top en „veld” iets ongekends, dat moeilijk meer ongedaan kan worden gemaakt.

Geneesmiddelenindustrie en haar toekomst

In aansluiting op hetgeen in het voorgaande nummer van M.C. werd weergegeven van de inleidingen, welke zijn gehouden op de openbare vergadering van de Stichting Voorlichting Farmaceutische Industrie, volgen hier nog uittreksels uit de beschouwingen van Prof. Dr. A. Cerletti, farmacoloog, buitengewoon hoogleraar aan de universiteit van Bazel, die de vraag behandelde „Hoe zal het samenspel van mens, gemeenschap en geneesmiddel zich gaan ontwikkelen?” en van Prof. Drs. W. Berends, biochemicus, hoogleraar aan de Technische Hogeschool te Delft, over eveneens een vraag, te weten „Hoe stelt de farmaceutische industrie zich op tegenover de verwachtingen voor de komende vijftientwintig jaar?”

Aan het uitvoerige betoog van Prof. Cerletti ontleen wij vooreerst de paragraaf met betrekking tot wat het samenspel tussen arts en geneesmiddel zou kunnen worden genoemd. De hoogleraar betoogde daar het volgende:

Laten we ons nu kort bezighouden met enige problemen die niet noodzakelijkerwijs elk individu betreffen, maar uitsluitend degenen die uit hoofde van hun beroep dagelijks met het medicament en zijn aspecten te maken hebben. Onze gedachten gaan natuurlijk in de eerste plaats uit naar de arts. Mijn opmerkingen zullen niet handelen over de medische professie als zodanig maar zijn bedoeld om de aandacht te vestigen op bepaalde punten die — gezien vanuit het perspectief van het medicament — van belang zijn voor de arts als individu. Het aantal beschikbare medicamenten is enorm. Elk jaar neemt het aantal toe, elk jaar wordt de gespecialiseerde technische terminologie gecompliceerder. Een recentelijk gepubliceerde „Index Pharmacorum” vermeldt 4000 afzonderlijke werkzame bestanddelen, waarvoor ongeveer 30.000 synoniemen bestaan. De arts, in beslag genomen door zijn praktijk, staat voor het probleem hoe hij deze informatie moet verwerken, aangezien de hoeveelheid informatie blijft toenemen als gevolg van nieuwe medicamenten en toegenomen kennis van de fysiologische en pathofysiologische achtergrond die zo belangrijk is voor de medicamenteuze therapie. Door de oudere generatie van artsen werd het medicament grotendeels beoordeeld op grond van empirische criteria, vaak sterk subjectief getint. Hoewel — gelukkig — ook nu nog het voorschrijven door de arts stoelt op de specifieke persoonlijke vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt is het toch nodig gebleken wetenschappelijke methoden en principes toe te passen

op dit vaak wat verdoezelde aspect van het werk van de arts. De verandering is het gevolg van het moderne medicament zelf. Snel blijkt dat een medicament zowel goede als kwade eigenschappen bezit, vaak is een geneesmiddel van medicament tot schadelijke stof geworden. Het zou oneerlijk zijn niet te vermelden dat ongewenste en zelfs schadelijke effecten van geneesmiddelen vaak voorkomen, niet alleen in de vorm van een catastrofe (zoals de thalidomide-babies) of vergiftiging als gevolg van toevallige overdosering of suïcidepogingen. Integendeel, het beeld van het moderne geneesmiddel zou niet volledig zijn, als wij niet vermeldden dat het iatrogene schade kan veroorzaken en zal veroorzaken als er onachtzaamheid in het spel is. Het spreekt vanzelf dat schade veroorzaakt door geneesmiddelen niet een inherent gevolg is van geneesmiddelengebruik en in het algemeen niet veroorzaakt wordt door medicamenten alleen, maar evenzeer door een individuele overgevoeligheid die — zoals we nu weten — van genetische origine is. Toch zal de arts voortdurend moeten trachten op de hoogte te zijn van alle informatie die hem in staat kan stellen zich een goed oordeel te vormen van de voor- en nadelen van sterkwerkende geneesmiddelen van geval tot geval. De kennis en ervaring die hij tijdens zijn studie en assistentschap vergaart zijn op het ogenblik slechts vrij kort voldoende voor de uitoefening van de praktijk. Door de vooruitgang is het voortdurend noodzakelijk in het beroep te blijven studeren. Zeker het medicament is een van de factoren die het absoluut noodzakelijk maken dat de arts zich regelmatig bijschoolt. De arts is verplicht voor te schrijven op rationele — in tegenstelling tot irrationele of intuïtieve — gronden, niet alleen om ethische en wetenschappelijke redenen maar ook vanwege een gevoel van sociale en sociaal-economische verantwoordelijkheid jegens de patiënt of de verzekeraar van de patiënt. Rationele medicamenteuze therapie, dat wil zeggen receptuur waarvoor een logische rationele verklaring kan worden aangegeven in termen van exacte kennis van de grondslagen, is altijd economisch verantwoord: het resultaat is optimaal in verhouding tot de kosten. De netto prijs van een recept is echter een onvoldoende maatstaf voor de complexe factoren bij de berekening van een farmacotherapeutische kosten/resultaten verhouding.

Het is daarom nauwelijks verwonderlijk dat door de toenemende kosten van geneeskundige verzorging ziekenfondsen en particuliere verzekeringen de econometrie van de arts vaak moeilijk begrijpen en re-

ageren door het nemen van maatregelen die weliswaar goed bedoeld zullen zijn maar niet altijd in overeenstemming zullen zijn met het doel.

De industrie partner in de ontwikkeling van de geneeskunde

Later in zijn beschouwing de farmaceutische industrie op haar wetenschappelijke betekenis toetsende, betoogde Prof. Cerletti dat het begrijpelijk is dat de overgrote meerderheid van de moderne geneesmiddelen door de industrie werd gecreëerd. De tegenwoordige stand van de medische wetenschap zou totaal ondenkbaar zijn zonder deze essentiële bijdrage. De farmaceutische industrie van het Westen is een onmisbare partner geworden bij de vooruitgang in de geneeskunde.

Hoewel de drijvende kracht in laatste instantie een economische is, worden duizenden miljoenen jaarlijks geïnvesteerd in farmaceutische research op brede basis en op allerlei terreinen. Er zou geen alternatieve kracht zijn om deze stroom in beweging te houden als men zou trachten de economische drijvende kracht van de particuliere onderneming te vervangen door pseudo-humanitaire overwegingen gericht op een politiek van nationalisatie. Er worden reeds beperkingen opgelegd aan de vrijheid van handelen van de farmaceutische industrie, omdat geneesmiddelen niet kunnen worden overgelaten aan het vrije spel van krachten op de markt, zoals dat het geval is voor consumptiegoederen. Hier ligt de belangrijkste verantwoordelijkheid van gemeenschap en overheid waar het de geneesmiddelen betreft, namelijk op het gebied van de wetgeving.

Het moderne geneesmiddel is te kosmopolitisch voor een nationale wetgeving, aldus Prof. Cerletti verder. De fundamentele criteria die aan de geneesmiddelenwetgeving moeten worden aangelegd, in het belang van de research, produktie en toepassing, zijn niet zodanig dat zij gebonden zouden zijn aan geografische of nationale grenzen. Het moderne geneesmiddel is een té kosmopolitisch produkt om veel ruimte voor typisch nationale wetgeving over te laten.

Het doel van de geneesmiddelenwetgeving meende Prof. Cerletti het best als volgt te kunnen omschrijven: optimale bescherming van het publiek tegen pseudo-geneesmiddelen — hetzij tegen exploitatie door waardeloze produkten, hetzij tegen schade veroorzaakt door giftige substanties — en tegelijkertijd een optimale garantie dat het individu en de samenleving zonder vertraging kunnen profiteren van de vooruitgang op het gebied van de geneesmiddelen. Het zal duidelijk zijn dat deze idealen niet in een starre wetgeving kunnen worden vervat, maar dat zij de geest waarin de wetgever werkt kunnen bepalen. Bij de opstelling en toepassing van de geneesmiddelenwetgeving, hoe vooruitstrevend ook, kan het hierboven genoemde doel alleen worden bereikt als de staat en de autoriteiten, bewust van hun eigen beperkingen, samenwerken in een sfeer van vertrouwen met alle instanties die over de techni-

sche kennis beschikken noodzakelijk voor het aanpakken van de complexe problemen van het geneesmiddel. Het spreekt vanzelf dat hier in de eerste plaats moet worden gedacht aan de geneeskunde als kunst van het genezen én experimentele wetenschap. Op het ogenblik zijn geneeskunde, en zeker therapie, nauwelijks denkbaar zonder samenwerking met industrieel georganiseerde geneesmiddelenresearch. Het is daarom niet verwonderlijk dat de supranationale organisaties roepen om moderne vormen van samenwerking op het gehele terrein van de geneesmiddelen, met inbegrip van academisch medisch onderzoek, de artsen, farmaceutische industrie en regeringsfunctionarissen. Zonder twijfel kan verantwoordingsbewuste samenwerking tussen deze instanties leiden tot betere werkwijzen om aan de behoefte te voldoen en het belang van het individu en de gemeenschap te dienen dan mogelijk zou zijn door energieke unilaterale maatregelen op het ministerie of in het parlement.

De ervaring wijst uit dat een te straffe wetgeving het risico met zich brengt dat het geneesmiddel in de eerste plaats object wordt van wetten die uitsluitend gericht zijn op bescherming van de volksgezondheid. Op het juiste moment en in de juiste situatie is dit een noodzakelijke en gepaste functie van de staat. Echter, hiermee is de rol van de staat niet uitgespeeld. De verplichtingen van de staat jegens het individu en de gemeenschap strekken zich ook uit tot positieve en constructieve bijdragen op het geneesmiddelengebied. Hierbij is te denken aan een grotere financiële bijdrage van de overheid aan toegepaste medische research als een belangrijke bron van ervaring en kennis die vooruitgang in medicamenteuze therapie mogelijk maakt. Gezien het toenemende belang van medicamenten in alle fasen van het moderne leven kan men zich afvragen of er in de toekomst niet meer moet worden gedaan om de mens voor te lichten en op te voeden met betrekking tot het geneesmiddel. Dit is zeker niet een taak voor de staat alleen, maar de staat zal wel een leidende en coördinerende rol moeten vervullen, wil deze opvoeding en instructie — met steun van de massa-media — een bevredigend resultaat opleveren.

Verschuiving van universiteit naar industrie

Prof. Berends bracht naar voren dat er in de laatste decennia een verschuiving is opgetreden wat de centra van ontdekking van nieuwe geneesmiddelen betreft. Deze hebben zich verplaatst van de universiteit naar de farmaceutische industrie. Naar zijn mening is dit een onomkeerbaar proces. De tegenwoordige research-laboratoria van de farmaceutische industrie worden bevolkt door teams samengesteld uit specialisten van vele verschillende disciplines: chemici van zeer uiteenlopende richtingen, microbiologen, farmacologen, virologen, biologen, medici, farmaceuten, toxicologen, immunologen, dierenartsen, enz. De vooraanstaande farmaceutische industrieën hebben het grote belang van de elektronica reeds ingezien en samenwerking met op dit ge-

bied gespecialiseerde industrieën gezocht of zelf instituten gesticht. Een samenwerking tussen vogels van een dermate verschillende pluimage moet men zich eens voorstellen aan een universiteit.

Aan een universiteit is het, aldus Prof. Berends, tenzij er een grondige verandering van mentaliteit zou optreden, volledig onmogelijk een samenwerking in zo uiteenlopende vakgebieden te creëren, daar elke hoogleraar een koninkje in zijn eigen kleine rijkje is. Een andere reden dat minder van de universitaire centra kan worden verwacht is, dat coryfeeën van de wetenschap veel minder bereid zullen zijn een gewoon ordinairaat te ambiëren, nu de aard en de mate van hun wetenschappelijk onderzoek mede worden bepaald door de koffiejuffrouwen en de spoeljongens. Er is vermoedelijk nu reeds onherstelbare schade aangericht en indien de slappe toegeeflijkheid en angst voor een kleine groep quasi-intellectueel redenerenden blijft voortduren dan zal het nog verder bergafwaarts gaan. De goede krachten uit de industriële laboratoria zullen weinig behoefte voelen aan een academische carrière en er zal zelfs een neiging zijn onderdak te zoeken in deze laboratoria. De universiteiten dreigen dan te ontaarden in vakscholen. Zelfs waardevaste pensioenen zullen de mensen niet meer tegenhouden. Ook niet de lange vakanties, geïllustreerd door een spreuk die met een zakmes in een collegebank was gegraveerd: „Die Vorlesungen sind eine unangenehme Unterbrechung der Ferien”.

De vrees komt evenwel op, aldus Prof. Berends, of ook de industrie niet zelf zal worden aangetast en of zij wel de kracht bezit zich niet door zgn. democratisering te laten uithollen. Mocht dit inderdaad het geval zijn dan zullen wij een tijd van teruggang tegemoetgaan. De farmaceutische industrie is al in het bijzonder het mikpunt bij moddersmijterij en hoewel zij grootse prestaties heeft verricht wordt zij het meest bedreigd. Als de farmaceutische industrie haar taak goed uitvoert en zij heeft er kenmerkend plezier in, dan is blijkbaar in sommige landen de neiging van de staat groot om het zelf te willen doen.

Prof. Berends wilde met een en ander evenwel niet betogen dat de research over nieuwe geneesmiddelen uitsluitend aan de farmaceutische industrie dient te worden overgelaten en wel om de eenvoudige reden dat zij deze last niet alleen kan dragen. Er is thans namelijk zonder twijfel een vertraging in de ontdekking van nieuwe geneesmiddelen. Het vrijwel volledig ontbreken van inzicht in het verband tussen chemische structuur van een stof en zijn farmacologische werking betekent dat wij een leidraad missen. Wat de natuur als bron betreft hebben wij het gevoel dat deze grotendeels is uitgeput. Wij hebben de overtuiging dat op het gebied van de vitaminen en hormonen weinig meer te beleven valt en ook de screening naar nieuwe antibiotica levert bijzonder weinig meer op. Ongetwijfeld zullen belangrijke stoffen door de mazen van het net zijn geslibd, maar toch hebben vele firma's reeds deze screening vol-

ledig opgegeven. Ook aan de reeks middelen afkomstig uit de volksgeneeskunde als ephedrine, diverse alkaloiden, etc. is de laatste jaren weinig meer toegevoegd.

Prof. Berends zag nog slechts twee wegen om de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen aan de gang te houden. In de eerste plaats zal een verdieping van de kennis van fysiologie, farmacologie en pathologie mogelijkheden bieden. Hiermede gaat samen het streven naar de oplossing van het verband tussen structuur en activiteit. In de tweede plaats zal een verfijnde farmacologische screening van nieuwe organisch-chemisch gesynthetiseerde stoffen wel waardevolle geneesmiddelen kunnen opleveren.

Wat de mogelijkheid betreft om uit verdieping van basiskennis nieuwe middelen te putten, dit is een zware en langdurige opgave welke niet alleen aan de farmaceutische industrie kan worden overgelaten. Hier zal de gemeenschap de helpende hand moeten toesteken. Het is wel een moeilijke opgave om met handhaving van het particuliere initiatief en de daarmee gepaard gaande onderlinge concurrentie en stimulerende onderlinge ambitie een vorm te vinden waarbij hulp van buiten kan worden aanvaard. Men zou zich kunnen voorstellen, dat staatslaboratoria veel vroeger worden ingeschakeld bij de farmacologische testing en de evaluatie. De grote moeilijkheid zal ongetwijfeld de geheimhouding zijn, daar misschien veelbelovende preparaten buiten de deur worden gegeven. Als een dergelijk preparaat de eindstreep haalt dan zal de uitvindende groep ook wel de rechten krijgen doch dikwijls is variatie op een thema mogelijk en het vroegtijdig afgeven hiervan is een riskante zaak.

Ook de fundamentele research op geneeskundig gebied zal van overheidswege sterk dienen te worden gestimuleerd. Onderwerpen waarvan op korte termijn geen directe praktische resultaten mogen worden verwacht zullen het beste in samenwerking met universitaire centra kunnen worden bestudeerd. Teneinde het universitaire onderwijs te stimuleren en wat meer variatie te brengen in het dagelijks leven van de research-mensen zou een regelmatige uitwisseling voor bijvoorbeeld een jaar gunstig kunnen werken.

Prof. Berends, die een innige samenwerking met klinieken voor de geneesmiddelenindustrie ook vanzelfsprekend achtte betoogde tenslotte dat het grote en dure research-apparaat, dat de farmaceutische industrie zal moeten opbrengen en reeds opbrengt, als consequentie heeft dat slechts de krachtige concerns in staat zullen blijken dit te dragen. De kleine zullen niet bij machte zijn de ontwikkeling bij te houden en zij zullen zich moeten beperken tot datgene wat hun grote broers bereid zijn af te stoten, dat wil zeggen licentie verlenen. Volgens de huidige prognoses behoeft men geen tekort aan research-mensen te vrezen want het groeipercentage van de research-groep in de maatschappij is aanzienlijk groter dan de bevolkingstoename.

Programma Utrechtse Artsencursus 1970/1961

20 november 1970	Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen en medewerkers, Utrecht	Teamwork bij hartoperatie
18 december 1970	Prof. Dr. P. G. Gerlings en medewerkers, Utrecht	Teamwork bij en de behandeling van doofheid
15 januari 1971	Prof. Dr. J. ten Doesschate en medewerkers, Utrecht	Moderne ontwikkelingen op het gebied van de oogheelkunde
19 februari 1971	Prof. Dr. P. J. Zuidema, Amsterdam	Uitheimse ziekten bij gastarbeiders
19 maart 1971	Dr. P. van der Zouwen en medewerkers, Utrecht	Thuisdialyse
16 april 1971	Mevrouw Baronesse J. C. Nuboer-van der Feltz en medewerkers, Utrecht	Teamwork bij infantiele encephalopathie

Het programma van de Utrechtse Artsencursus is dit jaar geconcentreerd op een aantal nieuwe ontwikkelingen in de geneeskunde. Het is de bedoeling, de huisarts enig inzicht te geven in hetgeen zich achter de schermen van het ziekenhuis afspeelt met door hem verwezen patiënten. Daarbij staat op een aantal avonden het functioneren van het team van specialisten centraal. Voortgebouwd wordt op de vorig jaar opgedane ervaringen met enkele teambesprekingen, die over het algemeen zeer gunstig werden beoordeeld. Een consequentie is, dat hiermede de traditionele patiëntendemonstraties voor een groot deel of geheel zijn komen te vervallen.

De cursus wordt op vrijdagavond gegeven. Alle cursusavonden vangen aan om 19.15 uur en sluiten om 21.15 uur. Plaats van samenkomst is de collegezaal Interne Geneeskunde, gebouw I, Academisch Ziekenhuis, Catharijnesingel 101, Utrecht.

De kosten voor deelname bedragen f 25,—. Men wordt verzocht zich vóór 13 november 1970 schriftelijk of telefonisch aan te melden bij het Utrechts Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht, tel. 030-19946, en tegelijkertijd de kosten te voldoen op girorekening 7247 t.n.v. Vlaer en Kol, Oudegracht, Utrecht, onder vermelding van „Utrechtse Artsencursus 1970 - 1971”.

Nieuwe vorm van nascholing in Amsterdam

Het bestuur van de Amsterdamse Vereniging tot het geven van Artsencursussen heeft besloten de Artsencursus zoals deze tientallen jaren op dinsdagmiddag in voor- en najaar werd gehouden met ingang van 1970 niet meer te doen plaatsvinden. Verschillende redenen waren hiertoe aanleiding, maar vooral de geringe belangstelling van de zijde van de huisartsen voor deze cursus was van doorslaggevende betekenis voor dit besluit.

In het najaar van 1969 is in Amsterdam-Oost een andere vorm van nascholing voor huisartsen op gang gekomen. Het initiatief hiervoor werd door een aantal huisartsen genomen met de bedoeling om dit onder verantwoordelijkheid van de plaatselijke afdelingen van de Huisartsenvereniging en het Huisartsen Genootschap ook in andere delen van de stad te laten starten. Deze nascholing vindt plaats in de vorm van een „bedsideteaching”. Daarnaast wordt gedacht over de mogelijkheid om op verzoek van de huisartsen enkele malen per jaar een symposium over een bepaald onderwerp te organiseren, terwijl bovendien de ontwikkeling van het Huisartsen Instituut aan de Medische Faculteit tot een meer officiële vorm van nascholing zal kunnen leiden.

Programma Artsencursus 's-Gravenhage november en december 1970

10 november Rode Kruis
Dr. J. D. Bom en Dr. J. G. Roosenburg longoperaties, klinische demonstratie.
17 november Nebo-ziekenhuis
W. H. J. Heinhuis, amenorrhoe A. M. P. Janssen-de Limpens, huidtransplantatie
24 november Westeinde
Dr. J. C. Seelen, de pil Dr. L. M. van Dijk, dyspneu
1 december Rode Kruis
F. M. Gerritzen, hypoglycaemieën A. de Geus, 1. testikeltorsie. 2. enkele aspecten van darmpoliepen.

Medische studenten organiseren training sociale vaardigheid

Door H. S. Verbrugh, arts

De medische opleiding is te sterk gericht op specialistische vakkennis en te weinig op de vorming tot arts. Zo luidt een veel gehoord bezwaar tegen het huidige programma van de medische faculteiten. Ofschoon de kritiek op veel plaatsen wordt onderkend en aanvaard, gaat de verandering in de gewenste richting niet snel. Daarom heeft een groep medische studenten vorig jaar het besluit genomen daar zelf iets aan te doen. In het kader van de activiteiten van de Stichting Medische Integratie organiseerden zij een „training sociale vaardigheid”. Daarnaast hield een kleine werkgroep zich theoretisch bezig met de mogelijke toepassingen van sociale vaardigheid in organisatie-ontwikkeling en ziekenhuismanagement.

Het plan om een training sociale vaardigheid op gang te brengen begon in 1966 in de redactie van het Nederlands Tijdschrift voor Medische Studenten. De onmiddellijke aanleiding was de stroefheid in de redactionele samenwerking. Deze werd onderkend als niet zomaar een uitvloeisel van de toevallig aanwezige personen en hun hebbelikheden, maar als een uiting van een meer algemene en dieper gelegen verandering die zich in deze tijd in de sociale relaties voltrekt. Hieruit ontstond de opzet voor een training sociale vaardigheid, dat wil zeggen de vaardigheid om in het sociale veld adequaat te kunnen functioneren.

Voor de arts is deze vaardigheid in verschillende situaties vereist. Zowel met zijn afzonderlijke patiënten als met collega's en paramedisch personeel moet hij een goede verstandhouding en eventueel ook samenwerking kunnen opbouwen. Sociale vaardigheid is heel algemeen een voorwaarde om te kunnen functioneren in de maatschappij van morgen. Ook de arts zal steeds meer optreden binnen het raam van een organisatie en als lid van een team; een geïsoleerde positie op basis van autoriteit zal steeds minder mogelijk zijn. De moeilijkheid is alleen, dat niemand weet hoe de hiertoe noodzakelijke veranderingen in de praktijk kunnen worden gerealiseerd. Alleen wordt steeds meer duidelijk dat sociale vaardigheid van alle betrokkenen hiertoe een noodzakelijke voorwaarde is.

In de sociale wetenschappen zijn de laatste decennia ontwikkelingen op gang gebracht, die het mogelijk maken dat groepen mensen zich deze vaardigheid doelbewust eigen maken. Dit wilden de studenten gaan toepassen. De doelstellingen van het initiatief waren tweeledig. In de eerste plaats moesten de deelnemers zelf uiteraard enige sociale

vaardigheid leren. In ruimer verband moest de training echter ook dienen om te exploreren, of en hoe een dergelijke nieuwe ontwikkeling een vaste plaats in de medische opleiding kan vinden. Daarom werd een zo gevarieerd en flexibel mogelijk programma opgesteld, dat op geleide van de ervaringen en wensen van de deelnemers in de loop van de training kon worden bijgestuurd.

Uiteindelijk werden tussen maart 1969 en april 1970 vijf weekeinden van vrijdagavond tot zondagavond gehouden. Stafleden/trainers waren psychologen en andere professionele beoefenaren van de gedragswetenschappen. De centrale coördinatie berustte bij Mej. C. J. Wigbers, cursusleidster van de sector gezondheidszorg op Kerk en Wereld te Dribergen, waar de weekeinden ook werden gehouden. Deelnemers waren in totaal 22 medische studenten uit alle jaren, afkomstig uit zes medische faculteiten. Allen hadden een functie in een of andere studentenorganisatie.

In het september-nummer van het Nederlands Tijdschrift voor Medische Studenten hebben de deelnemers zelf verslag uitgebracht*. Het blijkt een heterogeen complex activiteiten en ervaringen te zijn geworden. In het verslag worden ze onder drie rubrieken geordend.

Een deel van het programma omvatte *gesprekstechniek*, overwegend tussen tweetallen individuele deelnemers. De gesprekken die deze duo's voerden (interviews, counseling e.a.) werden op de geluidsband vastgelegd. Vervolgens werden ze plenair in de groep besproken. De gevolgde methode was in hoofdzaak Rogers' „client centered therapy”. Een tweede activiteit was de *empirische en experimentele aanpak van groepsprocessen*. Kleine subgroepjes bootsten sociale processen (bijvoorbeeld een confrontatie van twee verschillend geïnstrueerde groepen, of een modelvergadering) na in een laboratoriumachtige setting. Stafleden en enkele deelnemers observeerden en registreerden wat er plaats vond en bespraken na afloop hun bevindingen met

* Dit nummer bevat voorts een artikel van L. van Hall, econ. drs., als adviseur voor organisatie-ontwikkeling verbonden aan de Zaanse Stichting voor Bedrijfspsychologie en Personeelsbeleid te Wormerveer, en zelf een van de trainers. Hij werkt uit hoe sociale vaardigheid als organisatieprincipe noodzakelijk is voor de levensvatbaarheid op lange termijn van elke organisatie. C. L. J. Maats, arts, assistent van de directeur-geneesheer van het A.P.S.A.Z. in Groningen, beschrijft hoe organisatie-ontwikkeling in het ziekenhuismanagement is vereist om de snelle sociale en wetenschappelijke veranderingen te integreren.

de „spelers”. Zowel persoonlijke kenmerken en gedragspatronen van individuele deelnemers als sociale verschijnselen werden hierbij als het ware in vitro zichtbaar. Een echte *training sociale vaardigheid* kwam het best uit de verf in de beide laatste weekeinden. Toen werden vooral onbewuste invloeden en mechanismen in groepsprocessen systematisch en grondig nagespeurd en opgegraven. Als organisatorische ruggegraat liep door elk van deze beide weekeinden een vaste sequens van voorbereiding van een groepsgesprek, meestal 's avonds; het groepsgesprek zelf, als eerste activiteit van de ochtend; evaluatie van het gesprek, in de namiddag. Deze evaluatie geschiedde door een van de beide trainers, die het gesprek had geobserveerd en het vervolgens met behulp van een bandopname had geanalyseerd. Deze evaluaties richtten zich in eerste instantie op inhoud, interactie en procedure van het gesprek. Zeer belangrijk was echter, dat de deelnemers elkaar ook feedback gaven op elkaars functioneren en gedrag. De onder studenten gebruikelijke openhartigheid bleek hierbij van grote betekenis om elkaar werkelijk bruikbare informatie te geven over hoe men elkaar in het contact ervaart.

Een beoordeling van de *resultaten* is in zoverre gunstig, dat naar het oordeel van de deelnemers en de organisatoren de in het begin gestelde doelen zijn bereikt. De deelnemers brachten hun ervaringen in uiteenlopende bewoordingen tot uiting, bijvoorbeeld: „Ik voel me zelfverzekerder in moeilijke situaties”, „Ik ben meer voorbereid op wat er tussen mensen gebeuren kan” e.a. (in hoeverre deze subjectieve indrukken bij nader onderzoek zouden worden geverifieerd met behulp van objectieve maatstaven is een andere zaak). De Stichting Medische Integratie heeft enig inzicht gekregen in de mogelijkheden en moeilijkheden van een training sociale vaardigheid voor medische studenten. De situering in een serie weekeinden is gunstig gebleken. Deze moeten alleen dichter opeenvolgen; de training moet mede hierdoor meer als een eenheid worden gepresenteerd. Ook ieder afzonderlijk weekeinde moet meer als eenheid uit de verf komen. Hiertoe zal de boven aangegeven indeling in planning - uitvoering - evaluatie in het programma worden ingebouwd. De moeite die het blijkt ervaringen van anderen veelal kost om ouderen er toe te brengen zich nog sociale vaardigheid eigen te maken is een belangrijk argument om deze training in de opleiding van studenten in te bouwen.

Over de functie van enkele programmapunten die in het bovenstaande niet werden genoemd moet nog meer zekerheid worden verkregen. Het betreft theo-

retische inleidingen, rollenspelen en non-verbale expressie, zoals gezamenlijk schilderen en boetseren. Het oordeel van de deelnemers laat daar nog geen duidelijke conclusies toe.

Van zeer grote betekenis was de deelname van studenten uit verschillende studiejaar en verschillende steden. Er blijken grote en relatief constante verschillen te bestaan in voorstellingsinhoud en gedragspatroon van studenten uit verschillende faculteitssteden. Dat geeft de confrontatie — die een wezenlijk element in een training sociale vaardigheid is — een variabiliteit en rijkdom aan schakering die in een geografisch homogene groep niet kan worden bereikt. Ook de gunstige werking die uitgaat van een gezamenlijk verblijf van minstens twee etmalen in een conferentie-oord vormt een argument voor een landelijke, interfacultaire aanpak van een training sociale vaardigheid. De Stichting Medische Integratie zal in november-december van dit jaar een tweede serie van drie weekeinden houden om de verworven inzichten aan een nieuwe groep medische studenten te toetsen. Het ligt in de bedoeling bij toekomstige trainingsconferenties ook (aanstaande) vertegenwoordigers van andere beroepen in de gezondheidszorg deel te laten nemen.

Een afzonderlijk punt van bespreking vormen de financiële aspecten van deze opzet. Een verblijf gedurende een weekeinde en voeding kosten minimaal circa f 30,—; dat is circa 100 gulden voor de drie weekeinden die als minimum voor een training moeten worden gehouden. Een gekwalificeerde trainer kost circa 50 gulden per uur; als we stellen, dat in een weekeinde twee trainers 30 uur bezig zijn (inclusief voorbereidingstijd), dan komt het trainershonorarium op $3 \times 2 \times 50 \times 30 = 9000$ gulden voor een complete training: voor een groep van 15 studenten is dat 600 gulden per student. Daar staat tegenover, dat de werkzaamheden van iedere arts in toemende mate sociale vaardigheid zullen vereisen. Bovendien zijn de kosten voor aanschaf, onderhoud en afschrijving van apparatuur voor natuurwetenschappelijke vakken, alsmede de personeelskosten van de bij de practica betrokken assistenten, minstens van een vergelijkbare grootte-orde. Het zou de moeite waard zijn, het rendement en het nut van een chemisch of fysisch practicum respectievelijk van een training sociale vaardigheid in het licht van de ermee gemoeide kosten met elkaar te vergelijken. In vergelijking tot de totale kosten van de medische opleiding zouden die van een training sociale vaardigheid slechts een geringe financiële belasting vormen.

Nascholing in de periferie

Kort verslag van de bijeenkomst inzake de perifere nascholing, gehouden op zaterdag 23 mei 1970, Esplanade, Utrecht, met vertegenwoordigers van de P.H.V.'s en het C.B. der L.H.V. en vertegenwoordigers van de N.H.G.-centra, de N.H.G.Commissie Nascholing en het Bestuur van het N.H.G.

De bedoeling der bijeenkomst, zoals door Dr. H. J. Dokter als voorzitter uiteengezet, was drieërlei.

1. Bespreking van de adviezen inzake de samenwerking in de periferie van N.H.G.-centra en P.H.V.'s met betrekking tot de nascholing.

2. Rapportage vanuit de periferie, met name wat betreft de reeds bestaande nascholingsactiviteiten en de organisatiestructuur van gemengde plaatselijke werkgroepen (N.H.G.-L.H.V.).

3. Gedachtenwisseling over de plannen voor de toekomst.

Uit de inleiding van de voorzitter en uit de discussie bleken voor de nascholing de volgende ontwikkelingen van groot belang:

1. de samenwerking, zoals die tussen L.H.V. en N.H.G. geleidelijk aan tot stand komt, ervan uitgaande dat beide organisaties ieder met zijn eigen benaderingswijze een stuk verantwoordelijkheid hebben inzake de nascholing van de Nederlandse huisarts.

2. de oprichting van de Stichting Financiering Nascholing Huisartsen, een vrucht van de onder 1 genoemde samenwerking tussen L.H.V. en N.H.G.

3. de ontwikkeling van de afdeling nascholing van het Nederlands Huisartsen Instituut, waar een belangrijk stuk research inzake nascholingsmethodieken wordt verricht en een toenemend aantal mogelijkheden op nascholingsgebied tot stand komt.

4. het groeiend inzicht dat én overheid én faculteiten én beroepsorganisaties tezamen verantwoordelijk zijn voor de nascholing.

5. het ontstaan van universitaire huisartsen instituten, welke voor de nascholing in hun regionen van grote betekenis zullen kunnen zijn, waarbij een goed samenspel met de beroepsbeoefenaren van vitaal belang is.

6. het toenemend besef dat de huisarts zelf, meer dan voorheen, inhoud en vorm van zijn nascholing wil bepalen, ervan uitgaande dat de huisartsgeneeskunde en het functioneren als huisarts vele specifieke aspecten vertonen.

7. de verschillende plaatselijke initiatieven tot nascholingsactiviteiten waarbij nieuwe vormen tot ontwikkeling zijn gekomen.

8. de samenwerking met plaatselijke ziekenhuizen en specialisten, waarbij werd opgemerkt, dat de

specialisten vaak weinig, althans onvoldoende, inzicht hebben in het werk van de huisarts.

Door vele sprekers werd, min of meer uitvoerig, mededeling gedaan over de nascholing in hun regio, welke informatie van groot nut werd geacht. Teneinde over zo volledig mogelijke informatie te kunnen beschikken, werd een enquête onder de P.H.V.'s en de centra voorgesteld. Na bewerking van deze enquête, door Commissie Nascholing N.H.G. of Afdeling Nascholing N.H.I., zou een beeld worden verkregen waar in den lande de nascholing wél, en waar geen, of onvoldoende, nascholingsmogelijkheden aanwezig zijn teneinde een op verbetering van de situatie gericht beleid te kunnen gaan voeren. Naar voren werd gebracht, dat de nascholing een normaal onderdeel van het werk van de huisarts is — sommigen waren geporteerd voor een verplichtstelling —, dat in alle rust dient te worden genoten. Als belangrijkste belemmeringen tot het volgen van nascholing werden gesignaleerd: tijdgebrek, ontbreken van waarnemingsmogelijkheid, onvoldoende op de huisarts afgestemd zijn van de nascholing, financiering.

Met betrekking tot de financiering kwam onder meer aan de orde:

a. De honorering van gast-docenten (niet-huisartsen) welke sterk uiteen bleek te lopen. Algemeen was men de mening toegedaan dat een docent adequaat diende te worden gehonoreerd mede omdat men dan ook eisen kan stellen betreffende inhoud en kwaliteit van de bijdrage.

b. De Stichting Financiering Nascholing Huisartsen moet zich vooralsnog ten gevolge van de beperkte middelen waarover kan worden beschikt, beperken tot het geven van garanties voor eventuele tekorten van perifere nascholingsevenementen en het steunen van de Afd. Nascholing van het N.H.I.

c. De overheid (ministerie van Onderwijs en Wetenschappen) is nog in beraad met onder meer de faculteiten, de K.N.M.G., de S.F.N.H. en het N.H.G. om te komen tot een financiering van de nascholing. De minister denkt daarbij aan een centrale nascholingsinstantie, waaraan dan subsidie kan worden gegeven.

d. De farmaceutische industrie wil gaarne haar bijdrage leveren aan de nascholing, niet alleen financieel, maar ook in de vorm van deskundigheid op specifieke gebieden.

e. In het algemeen achtte men het juist dat de huisarts zijn eigen nascholing betaalt, vooropgesteld dat daarvoor dan in de honorering een adequate post is opgenomen. De benodigde overhead-kosten zouden via contributie en/of via

een aparte ziekenfondsbijdrage en met overheidssteun moeten worden gedekt. Nascholing van de arts is een onderdeel van de zorg voor de volksgezondheid.

Terzake van de organisatie in de periferie leek het de meeste aanwezigen juist om een samenwerkingsvorm te kiezen, waarin vertegenwoordigers van N.H.G.-centra, P.H.V.'s met de officiële status van huisartsen-nascholings-werkgroep of commissie in de afdeling van de K.N.M.G. functioneren, en het contact met plaatselijke ziekenhuizen en universitaire huisartsen instituten onderhouden. Wellicht zullen op den duur, parallel met de regionalisatie rond de u.h.i.'s wat wijder (regionaal) opererende nascholingswerkgroepen tot stand kunnen komen.

Met nadruk werd gesteld, dat de perifere organisatie, afhankelijk van de plaatselijke situatie, zo moet worden ingericht, dat de nascholing het beste van de grond komt. Uniformiteit is zeker geen vereiste. In dit verband lijkt het irrelevant of de activiteit uitgaat van N.H.G.-centrum, P.H.V., K.N.M.G.-afdeling of ziekenhuis. Wel is voldoende inspraak van huisartsenzijde geboden.

Samenvattend

1. Aan de Nederlandse huisarts zal duidelijk moeten worden gemaakt dat nascholing een onderdeel van de normale taak is (stimuleren van de nascholings-attitude).

2. L.H.V. en N.H.G. moeten gezamenlijk wegen zoeken om belemmeringen tot het volgen van nascholing op te heffen (waarneming, kosten).

3. De bestaande nascholingsactiviteiten moeten in kaart worden gebracht (enquête). Vanuit de periferie moet informatie naar centrum (Cie. Nascholing N.H.G., Afd. Nascholing N.H.I.). Op deze wijze kunnen witte vlekken op de kaart, waar de nascholing onvoldoende is, worden opgespoord, zodat vanuit centrum en vanuit de omringende gebieden stimulerend kan worden opgetreden.

4. Inventarisatie van methodieken, uitdieping van bestaande en ontwikkelingen van nieuwe vormen van nascholing, met een duidelijke informatie omtrent de voorhanden zijnde mogelijkheden, is noodzakelijk, opdat de periferie een verantwoorde keuze kan maken (Afd. Nascholing N.H.I., Cie. Nascholing N.H.G.).

5. De perifere organisatie lijkt voorshands het meest gediend met een nascholingswerkgroep op afdelings-niveau, waarbij samenwerking met plaatselijke ziekenhuizen en universitaire huisartsen instituten van groot belang is.

6. De problematiek van de financiering is een zaak zowel voor de S.F.N.H. als voor de besturen van L.H.V. en N.H.G.

De bijna 50 aanwezigen op deze vruchtbare, gemeenschappelijke L.H.V.-N.H.G.-bijeenkomst vertegenwoordigden 14 P.H.V.'s en 16 N.H.G.-centra, terwijl bovendien het N.H.I. door enige stafmedewerkers werd vertegenwoordigd.

Verslag Commissie voor de Geldmiddelen

Verslag van de Commissie voor de Geldmiddelen van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, betreffende de staat van baten en lasten over het boekjaar 1969 en de concept-begroting 1971 van de L.A.D.

De Commissie voor de Geldmiddelen heeft met belangstelling kennis genomen van de jaarstukken van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband en zich hierna gebogen over de begroting voor het jaar 1971, haar om advies toegezonden.

Wat de opstelling der cijfers betreft zou mogelijk toevoeging van een kolom begroting 1969 vóór de kolom werkelijkheid 1969 de ledenvergadering een nog beter inzicht in de financiën der vereniging kunnen geven. Financieel verleden, heden en toekomst zijn dan op één staat verenigd. De begroting 1971 lijkt de commissie zorgvuldig opgesteld en goed bruikbaar als werkhypothese voor het komende jaar. De beleidslijnen daarin voor de toekomst worden uitsluitend beoordeeld door de ledenvergadering, zuiver financieel-technisch is de commissie van mening, dat de verhoging van de contributiegrondslag gerechtvaardigd is alleen al door het streven tegemoet te komen aan hogere lasten van lichamen, waarop het bestuur financieel geen invloed heeft, en door de opzet eerder nadelig saldo in te lopen.

De commissie verklaart zich gaarne akkoord met het haar gepresenteerde concept.

Menaldum, 25 oktober 1970

Namens de Commissie voor de Geldmiddelen, de secretaris
T. Y. Kingma Boltjes

Aanvulling agenda ledenvergadering van zaterdag 21 november 1970

Punt 9: Voor de vacature in het Centraal Bestuur stelt het Centraal Bestuur kandidaat: Z. S. Stadt, officier-arts te Ulvenhout.

Utrecht, 28 oktober 1970

De secretaris,
Dr. C. K. J. Kaaijk

Mededeling van het C.B. der L.A.D.

Artsen die overwogen een functie in dienstverband aan te gaan, dan wel van functie wensen te veranderen wordt met klem aangeraden vooraf advies aan het bureau van de L.A.D. te vragen inzake de regeling van hun rechtpositie, salaris en pensioen. Dit geldt ook voor artsen die een verbintenis als assistent-geneeskundige willen aangaan.

Vrijstelling van leerplicht

In de vorige jaar ingevoerde Leerplichtwet wordt ten aanzien van de vrijstelling van leerplicht het volgende bepaald:

— vrijstelling wordt onder meer verleend, zolang het kind op lichamelijke of psychische gronden niet geschikt is om tot een school te worden toegelaten (art. 5 sub a);

— van de aanspraak op vrijstelling moet kennis worden gegeven aan burgemeester en wethouders (art. 6 lid 1);

— daarbij dient een verklaring te worden overgelegd van een arts (of van een academisch gevormd psycholoog), waaruit blijkt, dat *en waarom* deze het kind niet geschikt acht (art. 7).

Tegen de bovengenoemde wettelijke regeling kunnen bezwaren van tweeërlei aard worden aangevoerd.

1. Aangezien er gesproken wordt van „*een arts*”, zullen de meeste ouders geneigd zijn zich voor deze verklaring tot de *behandelende arts* te wenden. Zoals bij zoveel soorten verklaringen is echter ook hier de b.g. niet de juiste persoon, vooral omdat hij door zijn vertrouwensrelatie met het gezin de vereiste objectiviteit mist. Bovendien beschikt de gemiddelde arts nu eenmaal niet over de speciale deskundigheid om in moeilijke gevallen goed te kunnen beoordelen, of een kind geschikt is voor het volgen van hetzij het gewone hetzij enige vorm van buitengewoon onderwijs. Ongetwijfeld is de *schoolarts* hiervoor de meest aangewezen figuur. Dit zou tevens het voordeel hebben, dat aan de ouders de mogelijkheid wordt ontnomen om op zoek te gaan naar een arts, die een beetje „gemakkelijk” is met het afgeven van verklaringen.

2. De woorden „*en waarom*” impliceren, dat de arts in zijn verklaring de lichamelijke of psychische gronden voor de ongeschiktheid moet vermelden. Deze verklaring moet worden overgelegd aan B. en W. (en zal dus in de praktijk in handen komen van de ambtenaren van de afdeling onderwijs van de gemeentesecretarie). Het behoeft geen betoog, dat hierdoor het *medisch beroepsgeheim* in ernstige mate geweld wordt aangedaan. Blijkens de Memorie van Toelichting is het de bedoeling, dat deze medische verklaringen worden doorgezonden aan de provinciale geneeskundig inspecteur van de volksgezondheid, opdat deze de aantallen minder-valide kinderen en de aard van hun afwijkingen kan registreren en een onderzoek kan instellen naar de geneeskundige achtergronden. Dit doel zou echter even goed (of zelfs beter) kunnen worden bereikt, indien de medische motivering rechtstreeks aan de bedoelde inspecteur werd gezonden.

Op voorstel van de Commissie Geneeskundige Verklaringen heeft het hoofdbestuur der Maatschappij — ter ondersteuning van een soortgelijk verzoek van de Ned. Vereniging voor Jeugdgezond-

heidszorg — zich tot de minister van Onderwijs en Wetenschappen gewend met het verzoek een wetswijziging te overwegen, inhoudende:

(ad 1) dat de verklaring afkomstig moet zijn van een door B. en W. *aangewezen arts* of psycholoog (waarbij uiteraard de aanwijzing van schoolarts respectievelijk schoolpsycholoog voor de hand ligt);

(ad 2) dat deze aangewezen arts (respectievelijk psycholoog) twee verklaringen afgeeft, waarvan de ene, bestemd voor B. en W., uitsluitend de mededeling van de ongeschiktheid bevat, terwijl de andere, welke rechtstreeks wordt gezonden aan de geneeskundig inspecteur van de volksgezondheid, tevens de medische motivering vermeldt.

De staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen heeft hierop geantwoord, dat hij zich met de bezwaren van het hoofdbestuur kan verenigen en dat hij bereid is te bevorderen, dat deze aangelegenheid bij de eerstvolgende wijziging van de Leerplichtwet 1969 zal worden betrokken. Voorts vertrouwt hij, dat het hoofdbestuur bereid zal zijn de leden te adviseren tot zolang — met inachtneming van de beperkingen, die het beroepsgeheim hun oplegt — aan de uitvoering der wet mede te werken.

Op grond van het bovenstaande adviseert de Commissie Geneeskundige Verklaringen — met goedvinden van de staatssecretaris, van het hoofdbestuur en van de Ned. Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg — de leden tot nader order de volgende gedragslijn toe te passen:

a. Indien aan een arts een medische verklaring ten behoeve van de vrijstelling van leerplicht wordt gevraagd, dient hij het kind hiervoor naar de schoolarts te verwijzen (een handelwijze, welke trouwens geheel in overeenstemming is met het — nog op de oude Leerplichtwet gebaseerde — punt B-11a van het Rapport Geneeskundige Verklaringen).

b. De (school)arts geeft in zijn voor B. en W. bestemde verklaring alléén een bevestiging van de ongeschiktheid van het kind en deelt daarbij mede, dat hij de medische motivering rechtstreeks aan de geneeskundig inspecteur van de volksgezondheid toezendt.

c. De (school)arts zendt aan de inspecteur een afschrift van zijn sub b genoemde verklaring en voegt daar zijn medische motivering bij. Het verdient aanbeveling, dat hij aan de huisarts een afschrift van beide stukken stuurt.

Op deze wijze kan — in afwachting van de toegezegde wetswijziging — volledig worden tegemoetgekomen aan de bezwaren tegen de bestaande wetstekst, zonder dat ook maar enigszins aan de bedoeling van de wetgever tekort wordt gedaan.

Namens de Commissie inzake
Geneeskundige Verklaringen,
A. E. Denekamp, voorzitter

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

„EENVOUD, KENMERK VAN HET WARE“

De opmerkingen van collega Iemhoff in M.C. nr. 42/1970, blz. 1138 doen een vraag rijzen. Indien de thesen van Kuijpers, gebaseerd op de heuristische waarden van positivistische systemen — waarvan de gebruikers, werkelijkheid, voorwaarden en waarde verwarrend, door het ontbreken van dialectische gedachtengangen deel uit gaan maken via een ethiek van aanvaarding verhuuld door activisme dat slechts berusting is — indien kortom deze thesen onjuist zijn, vinden wij dan in de antithesen van Iemhoff betreffende deze heuristiek een eschatologische niet-mystificerende realisatie van de voorwaarden waaraan onze utopische negatie van klassieke denkwijzen over het biologische gebeuren moet voldoen om via niet meer aanvaarden van de vigerende werkelijkheidsopvattingen komend tot een ethiek van constatacie de waarheid te vinden? Zo ja, dan moet mij van het hart, dat dit onder c. niet voldoende uit de doeken komt; een vluchtige lezer zou zelfs kunnen menen met oude politieke gemeenplaatsen te maken te hebben. Kan de schrijver, onder het motto „Eenvoud is het kenmerk van het ware“ zijn antitheses adstrueren aan de hand van simpele voorbeelden? Bij analyse van deze voorbeelden mogen wij natuurlijk niet stuiten op nieuwe mystificaties, zoals die welke schrijver ons voorzet onder a., waar hij het over de dialectische rede heeft. Ik kan helaas in zijn gehele betoog uitsluitend de kritiek op het bestaande vinden, zonder dat een wezenlijk alternatief wordt geboden, en dan verliest deze kritiek toch wel wat aan waarde.

Hetzelfde kan worden gezegd van het stukje „Wat de kritische artsen beroert“ in M.C. nr. 43/1970 blz. 1142. Er worden hier talloze openstaande deuren ingetrapt, er wordt een ontstellende hoeveelheid gemeenplaatsen geplaatst, er wordt zeer veel kritiek, géén zelfkritiek geuit, maar niets nieuws wordt geboden, tenzij wij een dogmatisch aandoende uitspraak als bijvoorbeeld „De patiënt heeft recht op medebeslissing omtrent datgene wat met hem plaatsvindt“ als iets nieuws beschouwen. Dit soort uitspraken is ongenueanceerd, in zijn algemeenheid onjuist, eigenlijk zelfs on-

doordacht, en zeker gekleurd door een (op de niet zo verre achtergrond aanwezige) ideologie. Dit zijn kritiekloze uitspraken. Van kritische artsen mogen wij toch wel wat anders verwachten, namelijk echte kritiek en met name zelfkritiek en vooral eerlijkheid. Het is niet eerlijk om jezelf kritisch arts te noemen, het is een misplaatste reclame: de dommen suggereer je dat de andere artsen niet kritisch zijn, de snuggeren toon je dat je geen zelfkritiek uitoefent. Het was mij overigens een genoegen de door de Haagse Post reeds lang geleden aangekondigde komst van kritische artsen nu waar te nemen, hun première is namelijk volledig conform met wat te verwachten was: vol leuzen, vol eisen, vol pretenties, vol kritiek, maar verder helaas inhoudloos. Wereldhervormers in spe dienen een veel hoger niveau na te streven, zeker buiten de zogenaamde lekenpers.

Amersfoort, 24 oktober 1970

S. Bouwer, orthopedisch chirurg

VERHOOGING LOONGRENS ZIEKENFONDSVERZEKERING

Zoals bekend, zal — indien de Tweede Kamer met dit voorstel akkoord gaat, hetgeen te verwachten valt — de loongrens voor de ziekenfondsverzekering, buiten de periodieke „inflatoire“ ontwikkeling om, een incidentele extra-verhoging ondergaan tot ruim f 17.000. Dat dit voor de inkomenspositie van de huisarts gevolgen heeft zij met het volgende duidelijk gemaakt.

Ten eerste: een deel „particulier“ inkomen zal worden vervangen door ziekenfondsinkomen, omdat een aantal particulieren verplicht zal zijn een eventueel bestaande ziektekostenverzekering op te schorten ten bate van het ziekenfonds. Dat dit een logische, door de tijd genoodzaakte ontwikkeling is in de richting van een volksverzekering, zal ik niet ontkennen. Maar omdat volgens berekeningen van sommigen het inkomen uit de particuliere praktijk groter is dan uit de ziekenfondspraktijk, zal door de bovengenoemde handelwijze een verlies aan inkomen ontstaan dat door geen andere maatregel wordt gecompenseerd.

Ten tweede: zoals bekend, bestaat er voor het ziekenfonds een grens aan het aantal patiënten, waarboven een lager abonnementshonorarium wordt vergoed dan beneden deze grens. Deze grens ligt momenteel bij 1800 patiënten. Door bovengenoemde maatregel zal er als het ware een overloop ontstaan naar de ziekenfondspraktijk vanuit de particuliere praktijk; het zal

duidelijk zijn, dat voor de vroegere particuliere patiënt nu een vergoeding zal worden gegeven die zelfs nog lager ligt dan die voor de gemiddelde ziekenfondspatiënt.

Ik ben benieuwd of men zich dit bij het bestuur van de L.H.V. wel voldoende van tevoren heeft gerealiseerd of dat men bij het zicht op de eerste tekenen van een volksverzekering schielijk de kop in het zand heeft gestoken.

Bussum, 25 oktober 1970

J. H. H. de Swart, arts

SCIENTISME EN METAFYSICA

Het volkomen misverstand dat uit het antwoord van collega Kuijpers (zie M.C. nr. 45/1970, blz. 1222) blijkt, is typerend voor een ideologie, een werkelijkheidsbenadering, die door de meeste natuuronderzoekers, al dan niet uitgesproken, wordt aangehangen. Zo verwondert is dit misverstand overigens niet: in allerlei vormen en terminologieën is een dispuut als het onze al eeuwen gevoerd. Men denke bijvoorbeeld aan de universalienstrijd in de Middeleeuwen, toen de geleerde monniken elkaar in naam van het realisme respectievelijk het nominalisme de inktpotten naar het hoofd slingerden*). In de moderne tijd zien wij een klaarblijkelijk onoverbrugbare kloof tussen de voornamelijk Angelsaksische, positivistische filosofie en de voornamelijk continentale, dialectische benadering. Ik hoop dat wij niet met schrijfmachines gaan gooien, maar toch wil ik beklemtonen dat het zeker nu niet om louter academische vragen gaat. In een sterk gestructureerde samenleving als de moderne heeft een heersende filosofie, via een groot aantal trappen van realisaties, een beslissende invloed op de gang van zaken (ook al wordt de filosofie meestal niet uitgesproken). In de geneeskunde betekent dit besluiten over organisatie en uitvoering van de gezondheidszorg, over budgettering, over inrichting van het medisch onderwijs.

Nu vind ik dat in de Middeleeuwen het gelijk meer aan de kant van de nominalisten was, maar in laatste analyse niet omdat Bacon en Ockham pleitten voor wat tot science werd, maar omdat in hun situatie kritiek op het realisme ontmaskering van metafysische mystificaties betekende. Het

*) Universalien: bijvoorbeeld het algemene begrip Paard. De realist zegt: ik zie dit paard hier omdat er een algemeen begrip Paard bestaat, het Paard als concept is meer reëel dan die paarden. De nominalist zegt: onzin, dat concept Paard is gewoon een benoeming, een afspraak, het is niet reëel.

natuurwetenschappelijke denken droeg bij tot bevrijding van onderdrukking door natuurlijke (armoede, ziekte) en culturele (dogmatisme, lijfeigenschap) oorzaken — ik ben helemaal niet „anti-science“. Het gaat in wezen niet om science versus anti-science; deze tegenstelling is een oneigenlijke, die het werkelijke dispuut versluiert. Het gaat erom voor elke historische situatie na te gaan in hoeverre een bepaalde science bijdraagt tot bevrijding en in hoeverre tot onderdrukking, zoals dat voor elk maatschappelijk product moet worden gedaan. In deze plaatsbepaling van elke maatschappelijke werkelijkheid blijkt zijn waarheid of onwaarheid. Daarbij moet men „waar“ onderscheiden van „juist“. De juistheid van een uitspraak wordt uiteindelijk bepaald door zijn overeenstemming of strijdigheid met de axioma's — dat geldt voor de science evengoed als voor de wiskunde. Waarheid verwijst naar een historische en maatschappelijke dimensie, en daar krijgt men te maken met waarden.

Nu is de situatie wel iets veranderd sinds het hoopvolle begin bij Galilei: er zijn een paar bommen gevallen, een paar harten getransplanteerd, vele hele of halve lijken gereanimeerd; straks worden de genen aangepakt, mensen gecloned, het bewustzijn beïnvloed — volgens de experts zullen wij het nog meemaken — als wij het kunnen meemaken. Ons intellectueel klimaat is in den blinde pro-science, en als dat zo blijft in ons nadeel: het is niet denkbeeldig dat wij er aan gaan. Het is dan overigens nog de vraag welke partij de achtertrap in Baltimore zal moeten gebruiken om het vege lijf te redden.

Science wordt tot scientisme door grensoverschrijdingen. Deze zijn legio. Een vraag is bijvoorbeeld of men er wijzer van wordt door het cybernetische model op de menselijke samenleving toe te passen. M.i. niet veel, maar dat is minder belangrijk (behalve dat zoiets via lectoraten en budgetten weer een hoop geld kost). Waar het om gaat is, dat men vanuit dit model realiteiten die men niet in beeld kan krijgen deprecieert. Collega Kuijpers spreekt in zijn reactie significant van het „zogenaamde bewustzijn“ — hier zien wij een in het positivisme ingebouwd autoritair denken, dat alles wat aan het model ontsnapt als een afgeleide werkelijkheid ziet en het verder — in een echt burgerlijke traditie — aan de poëet over laat om het door de wetenschap veronachtzaamde als kunst weer op te toeien.

Eenzijds voert het positivisme gedachteloos allerlei begrippen in die buiten zijn model vallen (men spreekt bijvoorbeeld over het individu als ver-

materialisering van een *concept*, en over het *doelgericht* gedrag van biologische systemen en automatische machines), anderzijds handelt het over bewustzijnsinhouden (bijvoorbeeld angst) terwijl het volgens zijn model alleen een bepaalde sector *voorwaarden* voor die realiteiten kan onderzoeken.

Over dit laatste: ik heb niet gesproken over de individuele ervaring, maar over de ervaring op basis van de ervaren bestaansvoorwaarden, niet vanuit een gril maar omdat dit de realiteit is voor ieder mens, zoals onder andere elke arts dagelijks kan opmerken als hij een anamnese opneemt. Bijvoorbeeld: wij weten, dat een bepaalde pO₂ een voorwaarde is voor het functioneren van het organisme; maar pas wanneer, zeg in Rijnmond, de pO₂ beneden een bepaalde waarde zou dalen, zouden de mensen daar het *ervaren*. En verder zouden zij dit dan niet ervaren als een eenvoudig fysiologisch feit maar als een bedreiging door een reeks maatschappelijke factoren: die pO₂ is dan geen simpel natuurfeit meer zoals nu, maar een *ervaren bestaansvoorwaarde*, en wel een politieke realiteit. Dit is de samenhang tussen „the private“ en „the public“.

Een andere verwarring blijkt uit de uitspraak dat angst e.d. ondenkbaar zijn zonder het zenuwstelsel. Dat zal niemand ontkennen. Dat je een functionerend lichaam nodig hebt om te kunnen waarnemen en te leven, wist waarschijnlijk de Neanderthaler al, zij het minder in detail. Waar het om gaat is dat misschien de ervaring wel afhangt van onder andere de genetische code en de regelsystemen, maar daarom dit systeem niet *is*. Iets zien is niet hetzelfde als het patroon van membraanverstoringen in neuronen door opvallende lichtquanta; het laatste is een voorwaarde voor het eerste, dat is al. De werkelijkheid van het zien is de ervaring ervan; zoals Sartre het noemt: (bewustzijn te) zien. Ook al zou er een specifiek chemisme voor angsttoestanden zijn, zoals er misschien een voor hallucinaties is, dat zegt niets over de angst zelf. Een dergelijke kennis zou ons ertoe kunnen verleiden het angstsymptoom te bestrijden, en daarmee de eigenlijke oorzaak (in het niveau van de sociale interactie) te verwaarlozen, op basis van een onbegrip voor de werkelijkheid van de angst, d.i. de angst als ervaring. Zo'n science zou slecht en gevaarlijk zijn — maar ze wordt door de farmaceutische industrie gestimuleerd. Zo'n science brengt een geneeskunde voort die onderdrukt, bevrijding tegengaat.

Tenslotte: waar het natuurlijk op aan komt is de laatste vraag: gaan

wij leven met de bom? Hierop gaat collega Kuijpers niet in. Ik vind er maar geen doekjes om: m.i. hangt deze omissie samen met de schemertoestand waarin veel academici of buiten het universitaire bolwerk verkeren: de droom van waardevrijheid. Daarom nog het volgende:

De mensen transcenderen de natuur doordat zij feiten produceren en doordat deze feiten hen weer reproduceren. Door dit proces van productie en reproductie is er in de menselijke samenleving zoiets als waarheid, en daarmee zoiets als onwaarheid — alleen een mens kan liegen. Natuur en productie: daarom hebben onderscheidingen als natuur en geschiedenis, als natuurwetenschappen en maatschappijwetenschappen wel degelijk zin. Maar dat neemt niet weg dat elke wetenschapper feiten produceert, zoals een boer, een arbeider, een arts dat doen. Ook de producten van wetenschappelijke arbeid zijn maatschappelijke feiten, zij hebben geen geprivilegeerde aanspraak erop waar te zijn. Wáár is wat tot bevrijding bijdraagt — dat is een waardeoordeel, maar de uitspraak dat de (juiste) wetenschappelijke feiten waar zijn is dat ook. Wij zullen er zelf over moeten beslissen, er is geen instantie die ons de keuze kan ontnemen — niet een wetenschap van de natuur nu, die een concept ziet waar alleen geproduceerde feiten zijn, evenmin als een kennis Gods vroeger, die een concept zag waar weer andere, ook geproduceerde, feiten waren. Tegen het einde van de Middeleeuwen ontworstelden de nominalisten zich aan het realisme, aan de verstikkende druk van De Idee; maar in de loop van de eeuwen bleek het voorlopige van deze emancipatiepoging: via de natuur gleden de erfgenamen van het nominalisme terug naar het realisme van het concept. Zo gezien is het dispuut tussen nominalisme en realisme vroeger, tussen scientisme en metafysica nu, een familietwist. Alleen een benadering die van de samenleving, als geheel van productie en reproductie, uitgaat, die het individu ziet zoals het zich manifesteert, als een ervaring op basis van ervaren (d.i. maatschappelijke) bestaansvoorwaarden, — alleen een door en door dialectische benadering dus — opent perspectieven die de ruziënde familie nooit zag: een echt atheïsme, een praktische bevrijding. De geschiedenis is een glibberig pad, en wie dacht dat er een leuning was merkt pas als hij uitglijdt dat er geen is.

Wijngaarden, 27 oktober 1970

W. G. J. Iemhoff

In 1971 zal voor een aantal biologen in de ruimste zin van het woord (dus morfologen, anatomen of systematici, embryologen, fysiologen, biochemici, oecologen, ethologen of genetici, werkzaam op zoölogisch dan wel op botanisch, medisch of farmacologisch terrein) de gelegenheid bestaan, met vergoeding van regeringswege, gebruik te maken van een werktafel in het Zoölogisch Station in Napels voor het doen van wetenschappelijk onderzoek. Om het verkrijgen van goede resultaten te stimuleren wordt de mogelijkheid geboden, afhankelijk van het karakter van het onderwerp van studie, langere tijd in Napels te verblijven dan de vroeger gebruikelijke periode van zes weken. De verblijfsduur kan in uitzonderingsgevalen zelfs maximaal een jaar bedragen. De vergoeding van regeringswege zal een bedrag van f 300,- voor reiskosten en een dagbedrag van maximaal f 35,- kunnen omvatten, gerekend naar de verblijfsduur in Napels. Wie voor subsidie in aanmerking wil komen, wordt verzocht zich vóór 1 december 1970 aan te melden, met opgave van de periode, waarin hij of zij in Napels zou willen werken en met nauwkeurige omschrijving van het onderwerp, dat hij of zij daar zou willen bestuderen. De aanvragen voor deze vergoeding kunnen worden ingediend bij Dr. R. E. Weber, Nederlands Instituut voor Onderzoek der Zee, 't Horntje, Postbus 59, Texel.



De sectie-Israel van de Société internationale de chirurgie orthopédique et de traumatologie (SICOT) stelt in samenwerking met de Israelische Orthopedische Vereniging 15 reisbeurzen beschikbaar voor het 12e SICOT-congres, 9-13 oktober 1972 in Israël. Het bericht dat ons hierover werd opgezonden vervolgt: The fellowship includes free air travel and seven days full board in Israel during the congress. This 12th SICOT Congress fellowship is a scientific competition for the best original papers on an orthopedic subject or any basic subject connected with our field of interest. The competition is open to every surgeon and/or scientist up to 40 years of age. The final date for submission of papers is January 31, 1972. Adress: Société Internationale de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie, Secrétariat, 43, rue des Champs-Élysées, Bruxelles 5, Belgique.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

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

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

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

Oplage: 16.460 exemplaren.

Druk: Verweij Mijdsrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

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

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021