



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

DE OOGARTSEN BESCHULDIGD

De Economische en Sociale Commissie van de Europese Economische Gemeenschap heeft in de door haar aan het Europese Parlement voorgelegde richtlijnen voor opticiens de mogelijkheid geopend dat de opticiens van de zes landen van de E.E.G. wordt toegestaan refractiebepalingen te doen bij alle personen, ongeacht hun leeftijd. Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap heeft reeds zijn bedenkingen tegen deze richtlijnen uitgesproken en het Co-

mité Permanant der Artsen der E.E.G. heeft in zijn laatst te Luxemburg gehouden plenaire zitting in een met algemene stemmen aanvaarde motie protest aangetekend tegen deze aan opticiens te geven uitbreiding van hun bevoegdheid. Nog onlangs heeft de organisatie van Franse oogheelkundigen geageerd tegen de ontworpen richtlijnen, althans wat deze uitbreiding van de bevoegdheid voor opticiens betreft en naar voren gebracht dat, zouden de richtlijnen worden aanvaard, dan bij E.E.G.-verordening mogelijk wordt gemaakt hetgeen de Franse opticiens nu bij de wet verboden is te doen. Een zelfde situatie als ten onzent.

Nu heeft de voorzitter van de Stichting Nederlandse Vakopleiding voor Opticiens, de opticien W. J. Biessels, in een vraaggesprek met een journalist — werkend voor een combinatie van zelfstandig en verspreid in Nederland uitkomende dagbladen — aan zijn voor hem verklaarbaar verlangen tot uitbreiding van de bevoegdheden van de opticiens, kracht bijgezet door wat niet anders dan als een diskwalificatie van de Nederlandse oogarts kan worden gezien. In dat vraaggesprek stelt deze voorzitter voorop dat het tussen oogartsen en opticiens gaat om principiële meningsverschillen. „Dat belemmert hem echter niet” — zo constateert de journalist in zijn weergave van het vraaggesprek — „de oogartsen in een ongunstig daglicht te stellen”. Waarop de betrokken journalist, dit geconstateerd hebbende, dan blijkbaar door niets wordt belemmerd om de heer Biessels behulpzaam te zijn de oogartsen in dit door de journalist zelf als ongunstig aangemerkt daglicht te laten verschijnen en de door de voorzitter van de vakopleiding opticiens aan het

25e JAARGANG — No. 35 — 28 AUGUSTUS 1970

INHOUD

De oogartsen beschuldigd	921
Apotheekhoudende huisartsen akkoord met G.O.Z.-voorstel	922
Discussie over abortus provocatus	923
Nucleaire geneeskunde	925
Werkgroep effectiviteit en efficiency overheidsziekenhuizen	926
Internationaal perspectief	927
Nieuwe eenheden voor uitkomsten van klinisch-chemische en aanverwante bepalingen	928
De Gelderse ziekenhuizen en de nascholing van de algemene arts	929
Het bevolkingsaanwasprobleem (II)	931
Informatiecentrum Roode Kruis over drugs	936
Van het hoofdbestuur:	
Kort verslag 155ste Algemene Vergadering (I)	937
Van de S.R.C.:	
Nieuwe inschrijvingen	940
Uit de Afdelingen	942
Brieven aan de redactie	942
Varia	944

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

Colofon op bladzijde 944.

adres van de Nederlandse oogheekundigen geuite beschuldigingen — beledigingen? — aan zijn lezers door te geven. Men leest dan dat de oogartsen het zo druk hebben, dat zij de drukte niet aan kunnen, dat daardoor hun behandeling slordig en onnauwkeurig is, dat de klachten bij de opticiens soms binnen stromen, dat een oogarts dikwijls niet meer dan vijf minuten aan een patiënt besteedt, dat het onbestaanbaar is in die tijd een goede bril voor te schrijven en tevens een onderzoek naar de gezondheidstoestand van het oog te doen plaats vinden en dat daarvan vooral ziekenfondspatiënten de dupe worden. Daar laat de heer Biessels het niet bij. De voorzitter van de vakopleiding zegt dat tweehonderd opticiens in Nederland de oogmeetskunde stukken beter beheersen dan de meeste oogartsen van wie trouwens, zo gaat hij verder, velen onvoldoende zijn geoutilleerd. Een en ander vormt volgens deze heer de aanleiding voor de Nederlandse oogheekundigen om zich „in een laatste wanhoopspoging” tegen de E.E.G.-richtlijnen voor opticiens te verzetten.

Deze diskwalificatie van de Nederlandse oogheekundigen door de vakopleidings-voorzitter der opticiens kan men wel zien als een diskwalificatie tevens van de oogartsen in de overige vijf E.E.G.-landen, die zich unaniem en internationaal tegen deze uitbreiding van de bevoegdheden voor opticiens hebben uitgesproken. Wanneer de heer Biessels de zienswijze van de Nederlandse oogheekundigen aan de door hem gegeven motivering toeschrijft, dan lijkt geen andere conclusie zijnerzijds mogelijk voor de zienswijze van de collegae van deze Nederlandse oogheekundigen in de vijf andere landen van de E.E.G.

Met deze beschuldigingen, die toch ook wel beledigingen zijn, van de stand der Nederlandse oogheekundigen overschrijdt de voorzitter vak-

Apotheekhoudende huisartsen akkoord met G.O.Z.-voorstel

Na een uitvoerige discussie is de ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging vrijdagavond 21 augustus j.l. te Utrecht akkoord gegaan met het voorstel terzake van de ziekenfondshonorerings farmaceutische hulp door huisartsen 1970. Dit voorstel, zoals eerder omschreven in de brief van de Apotheekcommissie d.d. 1 juli 1970, nr. 70/1348/fr. aan de apotheekhoudende leden van de L.H.V., werd aangenomen met 16 stemmen voor en 13 tegen.

opleiding opticiens toch wel alle denkbare grenzen van hetgeen in het maatschappelijk verkeer betamelijk moet worden geacht. Met belangstelling wacht men af of men zich in de kringen van opticiens, waarin deze voorzitter toch kennelijk een min of meer vooraanstaande figuur is, van deze uitlatingen zal willen distantiëren. En wat betreft het verlenen van journalistieke hand- en spandiensten om de oogartsen tegenover het lezend publiek zo af te schilderen, als deze voorzitter meende te kunnen doen, het gegeven voorbeeld moge dan bij herhaling duidelijk maken dat men enerzijds in de artsenwereld bereid blijkt om te komen tot een open relatie met de publiciteitswereld, maar anderzijds daarvoor bij tijd en wijle toch weer aanzienlijk terugschrikt wanneer journalistieke misstappen worden begaan van het detestabele formaat als hier gesignaleerd. Dat niet alle bij de bedoelde perscombinatie aangesloten dagbladen dit interview van hun gemeenschappelijke correspondent hebben gepubliceerd, pleit dan gelukkig ook weer voor het inacht nemen van goede journalistieke zeden, die een streven naar een goede relatie arts-publiciteit blijven motiveren.

v. M.



***Uitvoerig programma met inschrijfformulier
werd opgenomen***

in M.C. van 26 juni, no. 26/1970

en (als bijlage) in M.C. van 14 augustus, no. 33/1970

ABORTUS PROVOCATUS

Door Dr. F. Roest, arts

Gynaecoloog of beroepsaborteur?

De problematiek van de abortus arte provocatus manifesteert zich nog steeds als een onoplosbare aangelegenheid, niet slechts in een of enkele groepen van onze maatschappij, maar voor de gehele samenleving, die er immers actief of passief bij is betrokken. Pers en televisie zorgen er voor, dat een sterk accent wordt gelegd op de meest schrijnende gevallen van ongewenste zwangerschap. Het is nu eenmaal noodzakelijk om met zwaar geschut te werken wanneer men de goegemeente wakker wil schudden en tot stellingname bewegen.

Dit laatste geldt uiteraard in de eerste plaats voor de medische stand die rechtstreeks verantwoordelijkheid draagt voor de in de toekomst te volgen gedragslijn. Het is daarom begrijpelijk, dat Medisch Contact dit brandende vraagstuk opnieuw aan de orde heeft gesteld en ruimschoots plaats biedt aan allen die aan de discussie willen bijdragen. Iedere medicus die er over schrijft, geeft er blijk van een „navel” te bezitten, waarmee ik bedoel dat zijn morele, ethische en religieuze achtergronden doorslaggevend zijn voor zijn meningsvorming. Hierdoor valt een eindeloos aantal nuances in de benadering van het probleem te constateren. Bovendien heeft de huidige generatie geneeskundigen de „handicap”, dat het grondprincipe van haar medisch denken en handelen altijd is: leven redden en leven sparen. Met name dit laatste leidt er toe dat men toch vrijwel steeds als een kat om de hete brij blijft draaien.

Uitgaande van de gedachte, dat het nu maar eens uit moet zijn met dat gezeur, hebben Dr. J. H. Lamberts en Dr. J. H. J. Roethof op voortvarende wijze een ferm en krachtig wetsvoorstel bij de Tweede Kamer ingediend, waarmee naar hun inzicht alle twijfels in één klap van de baan zijn. Bij het lezen van het rechtlijnige en weinig realistische werkstuk schoot mij een variant op de dichtregels van Cornelis Paradijs in de gedachten:

„Maar Goddank, nu wordt het anders,
daar komt Dr. J. H. Lamberts.
Dankt den Heer met snarenspeel
voor collega J. H.L.” !

In klare en voor iedereen begrijpelijke taal wordt door Lamberts en Roethof aan de Tweede Kamerleden uiteengezet, dat abortus provocatus een geneeskundige behandeling is. Zij vinden dat deze volkomen past in het behandelingspatroon van de art-

sen, zowel de indicatiestelling als de technische uitvoering. Als logisch gevolg van deze constatering dient de patiënt zich evenals bij andere ziekten eerst tot de huisarts te wenden. De huisarts zal dan beslissen, desgewenst in overleg met andere deskundigen, of het verzoek om zwangerschapsonderbreking kan worden toegewezen en vervolgens zal zo nodig de technische hulp van de gynaecoloog worden gevraagd. Het zwaartepunt van de verantwoordelijkheid voor het uitvoeren van abortus provocatus wordt derhalve naar de Nederlandse huisartsen verlegd.

De heren Lamberts en Roethof zullen ongetwijfeld beseffen, dat meer dan bij vele andere confrontaties van de patiënt met de huisarts in dit geval een wezenlijke vertrouwensrelatie zal moeten bestaan. Edoch, in hoeverre is hiervan in onze huidige maatschappij nog sprake? De huisartsen zijn over het algemeen overbelast en kunnen zich slechts in een zeer beperkt aantal gevallen verdiepen in de sociale, financiële, huiselijke en matrimoniële omstandigheden van de patiënt. Dit is evenwel juist in abortusgevallen een dwingende noodzaak. Het is derhalve nogal irrealistisch dat Lamberts en Roethof, als welwetende deskundigen, de druk bezette huisartsen willen opzadelen met een verantwoordelijke, tijdrovende en zeer arbeidsintensieve behandeling, waarvan de frequentie een stijgende lijn zal vertonen en welke voor zover het ziekenfondspatiënten betreft zonder meer aan het verrichtingenpakket zou moeten worden toegevoegd. Wij mogen veronderstellen dat de leken onder de Tweede Kamerleden toch wel enigermate kennis dragen van de benarde situatie van de huisarts, zodat zij stellig enkele bezwaren tegen de „vondst” van Lamberts en Roethof zullen inbrengen. Het zal echter noodzakelijk zijn de geachte afgevaardigden duidelijk te maken dat de eenvoudige voorstelling van zaken van de heren nog op andere punten rammelt.

In hun *Memorie van Toelichting* vermelden de initiatiefnemers, dat de aarzelende huisarts eventueel andere deskundigen kan inschakelen, zoals een psychiater, een maatschappelijk werkster of een zielzorger. Ongeveer dezelfde procedure derhalve als thans bestaat door de samenwerking huisartsen-abortusteams. Er is echter één opmerkelijk verschil: in elk abortusteam zit *altijd* een gynaecoloog, die uiteraard een belangrijk aandeel in de beslissing heeft, omdat *hij* degene is die de ingreep moet uitvoeren. Zijn beroepsethiek schrijft hem voor, dat hij verantwoordelijk is zowel voor de kwaliteit van als

voor de indicatie tot elke operatie en dus ook voor de abortus arte provocatus. Lamberts en Roethof stellen echter, dat na een beslissing van de huisarts *zo nodig* de technische hulp van de gynaecoloog zal worden gevraagd. Afgezien van het feit, dat men deze specialist niet zonder enige inspraak uitsluitend als aborteur kan laten aantreden, maakt deze zinsnede op de argeloze buitenstaander de indruk, dat over het algemeen de huisarts de abortus provocatus zelf zal uitvoeren en slechts in bijzondere gevallen een beroep zal doen op de gynaecoloog. Aangezien de heren wel beter weten had men van hen een minder misleidende tekst mogen verwachten. Zeker, de huisarts, en trouwens elke arts in welke richting hij zich later ook heeft gespecialiseerd, heeft bij het behalen van zijn artsdiploma het recht verkregen de genees-, heel- en verloskunde in haar volle omvang uit te oefenen. In Nederland is de beoefening van de geneeskunde echter zodanig uitgegroeid, dat huisartsen niet in ziekenhuizen worden toegelaten om daar zelfstandig operatieve behandelingen uit te voeren.

Gesteld dat dit ten aanzien van de abortus provocatus in de toekomst zou worden gerealiseerd, dan is er een run van huisartsen op de ziekenhuizen te verwachten om bij hun eigen patiënten deze behandeling te volvoeren. Voorshands lijkt dit een niet haalbare zaak, omdat de reguliere organisatie in de ziekenhuizen hierdoor volkomen zou worden verstoord. Onwillekeurig komt dan de gedachte op, of het toch niet zinvol zou zijn voor deze gevallen speciale abortusklinieken op te richten. Overigens betwijfel ik de animo van de huisartsen om voortaan zelf de abortus arte provocatus te gaan verrichten, ook wanneer zij tot de voorstanders behoren van toepassing op ruimere schaal.

Hoe dan ook, er zullen zeer ingrijpende maatregelen nodig zijn om het zo losjes gelanceerde voorstel van Lamberts en Roethof in de praktijk te realiseren. Intussen blijft de situatie bestaan dat de huisarts is aangewezen op de gynaecoloog om de gewenste curettage uit te voeren. Zoals ik reeds opmerkte, kan er dan geen sprake van zijn dat de huisarts beslist en daarna de technische hulp van de gynaecoloog vraagt. Dit zou een inbreuk betekenen op de van oudsher gegroeide relatie patiënt-huisarts-specialist. Iedere specialist, naar wie een patiënt door de huisarts wordt verwezen, zal een eigen onderzoek verrichten, zijn indicaties stellen en een behandeling bepalen. In het onderhavige geval zou het zo worden dat de gynaecoloog *in opdracht* van de huisarts een abortus arte provocatus zou moeten uitvoeren. Deze operatie zou dan de enige verrichting worden die door de specialist als technicus, met uitsluiting van eigen inzicht en zeggenschap, opgedragen krijgt. Een niet te verteren gang van zaken.

Overigens lijkt de verwachting gewettigd, dat - zoals in meerdere landen reeds het geval is - de vrouw *mettertijd* zelf zal beslissen of zij een zwangerschap al dan niet wenst te aanvaarden. Persbe-

Medische informatiekaart

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

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

richten en televisie-uitzendingen tenderen al naar de opvatting dat de vrouw, als direct belanghebbende, inspraak moet hebben bij de beslissing. Daarna is het nog slechts één stap naar de verwerkelijking van de slogan van Dolle Mina „baas in eigen buik”. Geen rechtgeaarde medicus zal echter bereid zijn, met terzijdestelling van eigen inzicht, een geneeskundige behandeling in te stellen enkel en alleen omdat die van hem door de patiënt wordt geëist. Zou er bijvoorbeeld één chirurg zijn, die een appendectomie verricht uitsluitend omdat de „patiënt” die dit van hem verlangt, het prettig vindt om dit orgaan maar kwijt te zijn? Evenmin past het in het denkpatroon van de gynaecoloog om bij een vrouw, die dit voetstoots wenst, een normale zwangerschap te elimineren en aldus op meer deskundige wijze de rol van de illegale aborteur over te nemen.

Of wij dit standpunt kunnen blijven handhaven onder de steeds toenemende druk van de publieke opinie? We hebben min of meer het gevoel momenteel nog slechts achterhoedegevechten te leveren. Het lijkt derhalve zinvol, ons reeds nu te beraden op een radicale omschakeling in de benadering van het abortusvraagstuk. Met instemming heb ik daarom kennis genomen van het artikel van Prof. Mr. Ch. J. Enschedé die het probleem van juridische zijde benadert. Hij stelt, dat de mogelijkheid dient te worden geopend om een para-medische opleiding voor aborteur te scheppen. Deze oplossing werd door mij reeds uiteengezet in een eerder verschenen artikel in Medisch Contact (nr. 17, 1970, blz. 426: „Dolle Mina en wombleaning service”).

Hoe men in dit stadium ook over dit alternatief moge denken, het lijkt onverstandig om deze mogelijkheid bij voorbaat uit te sluiten door, zoals Lamberts en Roethof hebben betoogd, niet-medici strafbaar te stellen. De door hen voorgestelde gang van zaken ten aanzien van abortus provocatus geeft zelfs een reden temeer om de weg naar de para-me-

dische sector niet te versperren. Immers, wanneer we in de toekomst de door hen gewenste situatie zouden krijgen dat huisartsen zelfstandig abortusverzoeken behandelen, dan moeten deze desgewenst kunnen beschikken over hulpkrachten die de ingreep zullen uitvoeren. Aangezien de gynaecoloog hiervoor niet is aangewezen, zullen de opdrachten hiertoe slechts kunnen worden gegeven aan deskundigen op een „second level”. Zoals de orthopaed de patiënt voor eenvoudige voetbehandelingen naar de chiropodist kan verwijzen en de massage kan endosseren aan de fysisch therapeut, die in zijn opdracht en onder zijn supervisie werkt, zo zal de arts die bij een van zijn patiënten een abortus provocatus geïndiceerd acht haar verwijzen naar de beroepsaborteur. In afwijking van Prof. Enschedé, die zelf nog deze term gebruikt, heb ik voorgesteld af te stappen van deze emotioneel beladen benaming en te kiezen voor wombcleaner, hetgeen wat eufemistischer klinkt. Het gebruik van Engelse woorden

in onze vocabulaire is algemeen aanvaard, zodat hiertegen weinig verzet valt te verwachten.

Door de oprichting van speciale instituten waar de wombcleaners onder medisch toezicht werkzaam zullen zijn, wordt voorts de mogelijkheid van behandeling geschapen voor de patiënten van huisartsen die principieel afwijzend staan ten opzichte van abortus provocatus. Hoewel Lamberts en Roethof hiermee in het geheel geen rekening hebben gehouden, is het namelijk ondenkbaar dat alle huisartsen plotseling „positief geconditioneerd” zouden zijn.

Al met al is het wel duidelijk, dat het ongenuanceerde en van weinig werkelijkheidszin getuigende wetsvoorstel van Lamberts en Roethof geen oplossing biedt. Wij zullen daarom toch nog maar even wachten met het snarenspeel voor collega J. H. L.!

Wassenaar, 25 juli 1970

Dr. F. Roest

Nucleaire geneeskunde

In de geneeskunde wordt de laatste jaren steeds meer gebruik gemaakt van nieuwe technieken. Die nieuwe technieken betreffen ook de nucleaire geneeskunde. Dat betekent het gebruik van radioactieve isotopen voor allerlei doeleinden. Vooral voor het langs moderne weg vroeg stellen van een diagnose is deze techniek van groot belang. Deze techniek vormt een onmisbaar hulpmiddel. Het verschaft bij medisch-biologisch onderzoek gegevens die met andere methodes niet kunnen worden verkregen. De nucleaire geneeskunde brengt met zich mee de noodzaak van samenwerking tussen de beoefenaren van verschillende takken van wetenschap. Het betekent ook het gebruik van gespecialiseerde en vaak kostbare apparatuur.

De Wetenschappelijke Raad voor de Kernenergie heeft enige rapporten uitgebracht over de stand van zaken van de nucleaire geneeskunde in Nederland. Een door de raad gevormde commissie onder leiding van Prof. A. Querido heeft zich in het bijzonder bezig gehouden met projecten op het gebied van de nucleaire geneeskunde. In de rapporten wordt de conclusie getrokken dat coördinatie van activiteiten op dit gebied moet worden bevorderd. Daarnaast werd een aantal onderzoeksprojecten aanbevolen. De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga heeft besloten hiervan een drietal research-projecten te subsidiëren. Hij acht deze van rechtstreeks belang voor de volksgezondheid. De door hem uitgekozen projecten zijn:

1e. Vet-absorptie en de bereiding van een inerte indicator. Het doel van dit project is de ontwikkeling van een snelle en eenvoudige methode voor de bepaling van de opname van vet in de dunne darm. Deze bepaling is van belang voor de beoordeling van de werking van de alvleesklier. De bepaling is ook van belang voor een oordeel over het effect

van een speciaal dieet of op de vetopname. Eveneens is ze van belang voor de schatting van het effect van operaties in het maag-darmkanaal. Verder kan de methode bijdragen tot verkorting van de opnameduur in ziekenhuizen. De tijdsduur van de opname voor het stellen van een diagnose zou hiermee kunnen worden bekort.

2e. Vitamine B-12 bepalingen. Dit project acht Dr. Kruisinga van groot belang voor het onderzoek naar afwijkingen aan het zenuwstelsel. De tot nu toe gebruikelijke methode om in het bloed het vitamine B-12 gehalte te bepalen is erg ingewikkeld. De bepaling berust op de groei van sommige bacteriën. Het is een ingewikkelde en veel tijd vragende methode. De uitkomsten worden vaak beïnvloed door andere factoren. Dit kunnen bijvoorbeeld geneesmiddelen zijn, die de patiënt kort te voren heeft gebruikt. Door gebruik te maken van de isotoop Cobalt-57 lijkt het mogelijk een snelle en betere bepalingwijze te ontwikkelen. Dat is van veel belang voor een goede behandeling van de patiënten.

3e. Nieuw longonderzoek. Dit project heeft ten doel om met de isotoop Strontium-87 het longonderzoek te verbeteren. Op deze manier kan onder andere de omvang van het lichaamsdeel met radioactieve bestanddelen worden bepaald. Tot nu toe wordt deze zogenaamde „scanning” uitgevoerd met de isotopen: Jodium-131 of Technetium-99. Aan het gebruik van deze isotopen zijn bezwaren verbonden. Die bezwaren kunnen worden overvaren door het gebruik van Strontium-87.

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft besloten deze drie projecten van wetenschappelijk onderzoek te steunen. Dr. Kruisinga is voor wat betreft het eerste project, de vetresorptie, in onderhandeling met de N.V. Philips-Duphar, T.N.O. en de Rijksuniversiteit te Groningen. Betreffende de andere projecten wordt door hem thans nagegaan hoe op de meest effectieve manier steun kan worden verleend.

Werkgroep effectiviteit en efficiëncy overheidsziekenhuizen

In een rede van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga bij de installatie van de Werkgroep effectiviteit en efficiëncy overheidsziekenhuizen, heeft deze er aan herinnerd dat van verschillende kanten de Staten-Generaal de vraag is gesteld of in overheidsziekenhuizen niet van een geringere effectiviteit en een geringere efficiëncy sprake is. In het geval dat deze vraag bevestigend wordt beantwoord vroeg men zich af wat dan de oorzaak van deze geringere effectiviteit en verminderde efficiëncy van de overheidsziekenhuizen is. Hierbij werden in de Tweede Kamer der Staten-Generaal de volgende vraagpunten genoemd:

1. Is de bestuurlijke structuur van overheidsziekenhuizen in een aantal gevallen gecompliceerder dan bij particuliere ziekenhuizen?

2. Wordt soms op te laag ambtelijk niveau op stadhuizen niet te veel en overbodig inspraak middels „mede parafen” vereist?

3. Zijn de hogere exploitatiekosten inderdaad veroorzaakt door hogere overhead kosten?

4. Welke andere factoren van geringer efficiëncy en effectiviteit kunnen ertoe hebben geleid dat bijvoorbeeld in Den Helder, Alkmaar, Purmerend, Wormerveer en Zaandam over 1967 werd gewerkt met exploitatietekorten van resp. f 3,61, f 12,83, f 9,08, f 4,62 en f 3,64 per inwoner en van exploitatietekorten over 1968 van resp. f 10,89, f 4,10, f 8,29, f 4,08 en f 2,62 per inwoner. Exploitatietekorten die in andere gebieden waar uitsluitend particuliere ziekenhuizen functioneren niet bestaan?

Daarnaast ware na te gaan of en in hoeverre door de constellatie van het gemeentelijk bestuursapparaat belemmeringen in de weg worden gelegd om tot een efficiënt ziekenhuisbeleid te komen. De mening wordt wel gehoord, aldus de staatssecretaris dat het beleid van de gemeenteziekenhuizen mede wordt beïnvloed door overwegingen die aan de financieel-economische aspecten tekort doen. Hoezeer het verantwoordelijkheidsgevoel van de gemeentelijke autoriteiten op dit terrein valt te prijzen, toch zal moeten worden gestreefd naar sluitende financiële exploitatie ook van de gemeenteziekenhuizen. Ook de particuliere ziekenhuizen dienen voor een gezond financieel beleid zorg te dragen. Dit noopt tot een aangepaste bedrijfsvoering binnen het kader van de vigerende richtlijnen voor de vaststelling van het verpleegtartief. De mogelijkheid voor dekking van de exploitatietekorten uit de algemene dienst behoort voor de particuliere ziekenhuizen terecht niet tot de mogelijkheden.

Uiteraard, zo zeide Dr. Kruisinga, doet het vorenstaande in geen enkel opzicht afbreuk aan mijn erkentelijkheid voor het uitstekende dienstbetoon, dat

in de gemeenteziekenhuizen ten behoeve van de zieke medemens wordt geboden. Dáárover bestaat geen twijfel.

Bij het beraad dat met de besturen van drie grote gemeenten over deze aangelegenheid is gevoerd, is van de zijde der gemeentelijke vertegenwoordigers onder meer herhaaldelijk de bijzondere positie benadrukt, die grote gemeenteziekenhuizen innemen ten aanzien van de opvang van spoedgevallen, waaronder ongevalsslachtoffers. Als gevolg hiervan zou het voor de betrokken gemeenteziekenhuizen niet mogelijk zijn de voor een sluitende exploitatie noodzakelijke bezettingsgraad te bereiken. Samenwerking op dit gebied met de plaatselijke particuliere ziekenhuizen lijkt van zeer veel belang.

Het zal dan ook tevens tot de taak van deze werkgroep behoren het doen van suggesties die moeten leiden tot nauwere samenwerking tussen de particuliere ziekenhuizen en gemeenteziekenhuizen. Het bevorderen van een doeltreffende taakverdeling tussen gemeentelijke en particuliere ziekenhuizen in een bepaald rayon is daarvoor een onmisbaar element, aldus Dr. Kruisinga.

De geïnstalleerde werkgroep is als volgt samengesteld: Prof. Dr. Hattinga Verschure, voorzitter; P. D. van Leeuwen, directeur van de GGD te Utrecht, vice-voorzitter; C. J. Dekker, geneesheer-directeur van het ziekenhuis Eudokia te Rotterdam; J. C. A. M. Vinke, econoom, directeur van het Bestuursbureau van de stichting van het R.K. Gasthuis te Tilburg; M. J. W. Filippo, directeur Diaconessenhuis te Leiden; Th. C. J. Straathof, beleidsmedewerker bij de hoofdafdeling Inrichtingswezen van het Directoraat-Generaal van de Volksgezondheid te 's-Gravenhage, secretaris.



De fractie, waarin alle verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen O.L.M.A. worden uitgedrukt, heeft — berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen per ultimo juni 1970 — voor het derde kwartaal 1970 een waarde van f 1,093.

Groepspraktijken in Engeland

„De dagen van de „single-handed-do-it-all-yourself” huisarts schijnen voorbij te zijn”

Een groep huisartsen uit Rotterdam en omgeving — leden van het Nederlands Huisartsen Genootschap — heeft in mei van dit jaar een bezoek gebracht aan de North East Faculty of the Royal College of General Practitioners (Newcastle en omstreken), een bijeenkomst, die een voortzetting was van een eerder contact dat deze groep huisartsen uit het noordoosten van Engeland bij een bezoek aan Nederland in de Maasstad met Rotterdamse huisartsen had gelegd. De wederzijdse bezoeken hadden tot doel elkanders methoden en problemen ten aanzien van de huisartsgeneeskunde te vergelijken, daarbij uitgaande van de vóóronderstelling, dat de huisartsgeneeskunde als eigen discipline in beide landen op vergelijkbare wijze bestaat.

In het augustus-nummer van „huisarts en wetenschap” geeft de Rotterdamse huisarts F. R. Bakker van dit bezoek aan Engeland een uitvoerig en interessant verslag. Deze constateerde blijkens zijn relaas onder de Engelse huisartsen een zeer duidelijke neiging tot groepsvorming en schrijft dien-aangaande het volgende:

„De duidelijke neiging tot groepsvorming is ook gestimuleerd door de extra vergoeding (\$200 per persoon per jaar) welke men krijgt als men met drie of meer artsen in een gemeenschappelijk praktijkgebouw werkt. In 1948 kreeg 46 procent van alle huisartsen een dergelijke vergoeding. Daarnaast bestaan er financiële tegemoetkomingen in de investeringen en rente-aflossingen.

„In 1948 werkten nog 70 procent van alle huisartsen „single-handed”; in 1968 nog slechts 23 procent. Het werken uit „Health Centres” werd aantrekkelijk gemaakt doordat deze gebouwen „purpose built” zijn, met andere woorden afgestemd op het doel: leveren van gecoördineerde gezondheidszorg in een multidisciplinaire aanpak („Health Team”), waarvoor zij dienen, door de lage huur en doordat het grootste gedeelte van het salaris van verpleegsters en andere hulpkrachten door de overheid wordt betaald (60 procent).

„Het lijkt er op” — zo gaat de schrijver verder — „dat de dagen van de „single-handed-do-it-all-yourself” huisarts in Engeland voorbij zijn. Er zijn momenteel in Engeland meer dan 15.000 full-time en part-time secretaresses en receptionistes werkzaam voor de huisarts (aantal huisartsen in Engeland en Wales op 1 oktober 1968: 19.709). De goedlopende afspraksprekuren, welke mede hierdoor mogelijk werden — meer dan 60 procent van de Engelse huisartsen werkt volgens een afspraak-

sprekuren — hebben volgens hiernaar ingestelde onderzoeken geleid tot een wachttijdverkortening voor de patiënten van 50 procent en een verkorting van de totale dagtaak van de arts door de geleide banen, waarin zijn dagtaak verliep. Ook bij zogenaamd „slecht opvoedbare bevolkingsgroepen” (bijvoorbeeld immigranten) functioneert het afspraksprekuren goed.”

Dit bezoek aan Engeland heeft de schrijver geleerd, dat een besparing in personeel door de samenwerking van een aantal huisartsen in een groepspraktijk zijns inziens min of meer illusoir is. Wij citeren:

„De door mij bezochte groepspraktijk van vijf huisartsen, die werkten in een van de Health Centres had vijf dames als respectievelijk secretaresse en receptioniste in dienst. Bij een andere groepspraktijk van drie huisartsen waren het er drie. Eigenlijk is dit niet verwonderlijk als men let op de veelheid van taken, welke deze dames op zich moeten nemen, zoals regelen van de afspraken (eerste en herhalings-), herhalingsreceptuur, alle administratie (centraal kaartstelsel, inkomende en uitgaande post) en te woord staan van patiënten (telefonisch en in het centrum; optreden als „filter” voor de arts). Vooral het optreden als „filter” is een uitermate belangrijke en verantwoordelijke taak, die in ons land nog meestal door de huisarts zelf of zijn vrouw wordt vervuld. Belangrijk is namelijk dat men de patiënten enigszins kent. Dit kan alleen als er continuïteit in het werk bestaat. In Engeland onderschreef men dit volledig. Men stelde dan ook niet zoveel eisen aan de professionele kwaliteiten van de hulpkrachten („eerste klas typiste”, enzovoort) als wel aan eigenschappen als: belangstelling, het vermogen om met mensen om te gaan, vriendelijkheid en vooral dus ook de mogelijkheid om dit werk op z'n minst een aantal jaren te kunnen blijven doen. In elk geval was de „supervisor” van de dames een vaste kracht. Het aantal getrouwde dames, dat dit werk met graagte en volle overgave deed, was opvallend hoog.”

„Hecht men dus, evenals in Nederland, aan het belang van een persoonlijke benadering, dit kwam, vreemd genoeg, niet tot uitdrukking in de inrichting en „aankleding” van de centra. De wachtkamer en receptie hadden te veel een stationskarakter, hetgeen nog werd versterkt door gebruikmaking van een oproepsysteem via luidsprekers. Ook de spreek- en onderzoekkamers waren — afgezien van het feit dat zij klein waren — gespeend van „personal

touch". Het is niet uitgesloten dat wij hier te maken hebben met een (of geen) „couleur locale", aangezien ook aan de inrichting van de woonhuizen van de mensen (artsen zowel als patiënten) kennelijk — naar onze begrippen — weinig eisen worden gesteld".

Deze laatste aspecten hebben, zo wordt verder vermeld in het verslag, overigens de laatste jaren in Engelse huisartsenkringen de aandacht getrokken en men is er daar van overtuigd dat die voor een verandering ten goede in aanmerking komen.

Aan zijn reisverslag verbindt de Rotterdamse huisarts F. R. Bakker de conclusie dat de confrontatie met de Engelse aanpak hem heeft geleerd, dat men in vele opzichten glansrijk het experimentele stadium heeft overleefd en dat men inderdaad een aantal problemen heeft opgelost met als belangrijke uitkomsten onder meer doorbreken van het isolement, onderlinge stimulering, grotere efficiëntie en werksatisfactie en — wat hij het belangrijkste acht — een optimalisering van de zorg voor de patiënt. Er is meer professionele tijd van elk teamlid voor de patiënten, die het nodig hebben, er is meer coördinatie en bezinning omtrent zijn eigen en andermans inbreng.

Reactie van patiënt en van huisarts

Het verslag van deze Rotterdamse huisarts wordt als volgt besloten:

„Tot slot moge nog worden opgemerkt dat ook de patiënten de nieuwe aanpak lijken te waarderen. De in Nederland zo gevreesde vervlakking van de arts-patiënt-relatie blijkt — althans door het publiek — niet als zodanig te worden ervaren. Hoewel in voorkomende gevallen bijvoorbeeld een patiënt iedere aanwezige arts van een groepspraktijk kan raadplegen, heeft iedere huisarts toch zijn eigen vaste patiëntenkring. Er is een neiging bij de patiënten om te spreken van „mijn groepspraktijk, of

gezondheidscentrum" in plaats van „mijn huisdokter". Klaarblijkelijk ziet men in dat het gehele team als zodanig bereid is zich voor de patiënt in te zetten en dat de patiënt hierbij wel vaart.

„Wat de huisartsen zelf betreft, lijkt men over het algemeen geen spijt te hebben een stukje „vrijheid" — wat meestal betekent: individualisme en isolationisme — te hebben opgeofferd. Een stuk bureaucratisering welke het (hoofdzakelijke?) gevolg was van het „National Health System" neemt men, evenals een over het algemeen genomen wat geringere salariering — soms wel morrend — op de koop toe.

„De kennismaking met de ontwikkelingen in en van de huisartsgeneeskunde in Engeland moet de opmerkelijke Nederlandse toeschouwer toch wel met zorg over de toestand „thuis" met betrekking tot de huisartsgeneeskunde vervullen. Uit het grote aantal plannen dat bij het N.H.G. bekend is met betrekking tot het stichten van groepspraktijken moge blijken, dat een aantal van de geschetste ideeën ook in ons land leeft. Het aantal projecten dat van de grond komt is, zoals bekend, echter bijzonder klein, met name ook omdat financiële steun nog vrijwel ontbreekt. Dit is weer voor een belangrijk deel het gevolg van het feit dat een visie ten aanzien van de gezondheidszorg „in de eerste lijn" om redenen, die vooral ook in eigen boezem moeten worden gezocht, niet over het politieke voetlicht zijn gekomen. Hierdoor kan de overheid het zich permitteren slechts wat experimenten her en der financiële steun te verlenen. Er zou dan moeten worden gewacht op de uitkomsten hiervan, die dan nog liefst tien jaar „onderzoek" vergen; voorzover men enige wetenschappelijke waarde mag toekennen aan een half dozijn onvergeloofbare projecten die mank gaan aan „self fulfilling prophecy".

„Als wij niet oppassen zal de huisartsgeneeskunde hoe langer hoe meer, zoals Sergent het kernachtig uitdrukte, verworden tot „a grab bag of things no one else wants to do", ook een nieuwe generatie huisartsen in spe niet".

Nieuwe eenheden voor uitkomsten van klinisch-chemische en aanverwante bepalingen

Van de zijde van het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid bereikte ons het volgende bericht:

Elders zijn artikelen gepubliceerd betreffende het invoeren van genormaliseerde eenheden voor het weergeven van uitkomsten van klinisch-chemische en aanverwante bepalingen ¹⁾ ²⁾ ³⁾ ⁴⁾.

Het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid maakt alle belanghebbenden bij deze bekend dat het na 1 januari 1971 voor de betrokken onderzoekingen uitsluitend deze eenheden zal gebruiken. In de periode oktober 1970 tot januari 1971 worden de uitslagen zowel in oude als in nieuwe eenheden opgegeven.

De gehalten van het Vergelijkingsserum voor klinisch-chemisch onderzoek en het gehalte van de Hemoglobinecyanide-oplossing voor de ijking van de

hemoglobinebepaling in bloed zullen eveneens in de nieuwe eenheden worden vermeld.

- 1) Blijenberg, B. G. en B. Leijnse (1968) Standaardisering van grootheden en eenheden in de klinische chemie. Ned. T. Geneesk. 12, 1901.
- 2) Dybkaer, R. en K. Jørgensen (1967) Quantities and units in Clinical Chemistry, including Recommendation 1966 of the CCC of IUPAC and of IFCC. Munksgaard, Copenhagen.
- 3) Jansen, A. P. (1968) Eenheden in de klinische chemie. Folia Med. Neerl. 11, 69.
- 4) Jacobs, Ph. (1970) De ontwikkeling van de metrologie en de toepassing van het SI-stelsel van eenheden in de klinische chemie. Pharm. Weekbl. 105, 265.

Utrecht, 1 september 1970

Dr. J. Spaander, Directeur-Generaal

De Gelderse ziekenhuizen en de nascholing van de algemene arts

Verschenen is een rapport van de Geneeskundige hoofdinspecteur van de Volksgezondheid in Gelderland, P. J. van Leeuwen, waarin zijn neergelegd de resultaten van een onderzoek naar het aandeel van de Gelderse ziekenhuizen in de nascholing van de algemene arts. Het beschreven onderzoek raakt niet het geheel van de nascholing en dienaangaande wordt in de inleiding tot dit rapport onder meer geschreven:

„Het hierna te beschrijven onderzoek betreft niet het geheel van de nascholing. Het onderwijs gegeven aan specialisten om bij te blijven in eigen vak, valt er buiten. Tegenover deze zogenaamde specialistennascholing staat de nascholing van de algemene arts. Deze naamgeving is misleidend, omdat de indruk wordt gewekt dat deze vormen van nascholing zich daarin onderscheiden, dat de eerste bedoeld is voor specialisten, de tweede voor artsen met algemene praktijk oftewel huisartsen. Beide omschrijvingen bevatten slechts een halve waarheid. Specialisten dienen niet alleen op de hoogte te blijven van het nieuwe in eigen vak, maar ook te weten van belangrijke ontwikkelingen op ander medisch terrein. De groep niet-specialisten omvat niet slechts de artsen met algemene praktijk, maar ook onder andere jeugd-, verzekerings- en bedrijfsartsen, artsen die een specifieke opleiding hebben genoten en die, net als de specialisten, nascholing behoeven in hun eigen vak en daarnaast op de hoogte moeten blijven van belangrijke vorderingen in heel het geneeskundig kennen en kunnen. De arts met algemene praktijk tenslotte heet tegenwoordig liever gezinsarts of arts van het eerste échelon en geeft daarmee te kennen dat ook hij de drager is van specifieke kennis en kundigheid. Kortom: de algemene arts is een abstractie, doch elke medicus behoeft naast specifieke nascholing óók de nascholing voor de algemene arts”.

Gebrek aan coördinatie

Elders in de inleiding tot dit rapport - waarin gezegd wordt dat het onderwerp nascholing van artsen thema is geweest van de jaarrede van de in 1969 fungerende voorzitter van de Maatschappij Geneeskunst Dr. van Maarsseveen en dus als belangrijk is onderkend - wordt erkend dat het ziekenhuis, hoewel primordiale plaats van nascholing, niet het enige instituut is dat er zich mee bezig houdt. De instanties, die er mee doende zijn, worden opgesomd - Boerhaavecursus, huisartsen-instituten, afdelingen van de Maatschappij, het Nederlands Huisartsen Genootschap, de Plaatselijke Huisartsen Ver-

enigingen, plaatselijke organisaties ad hoc en de stichting Teleac - en daarover gaat de inleiding dan aldus verder:

„Een groot aantal instanties dus, waarvan echter de Maatschappij-afdelingen zich geheel richten op de nascholing van de algemene arts, alle andere organisaties geven van beide soorten wat. Waar zoveel groepen naar de gunst van de toehoorder (kijker), vraagt men zich af hoe het is gesteld met de coördinatie van deze nascholingsactiviteiten. Het is verontrustend te moeten constateren dat er van coördinatie vrijwel nergens sprake is. Wel moet in dit verband worden gewag gemaakt van een recent initiatief van de Landelijke Huisartsen Vereniging in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap om gezamenlijk een poging te doen tot regionale coördinatie van de nascholingswerkzaamheden. De regio zou moeten samenvallen met het rayon behorend bij een universiteit, waar het huisartseninstituut als leidinggevend orgaan zou moeten optreden voor het werk in de regio. Dit lijkt een logische opzet mits alleen geldig voor de specifieke huisartsennascholing. De nascholing van de algemene arts gaat alle artsen aan en hoort niet thuis in handen van een huisartsenvereniging. Deze nascholing geve men ook aan de huisarts buiten het isolement van eigen kring. Van hem verwachten wij immers juist dat hij maximaal is ingesteld op de communicatie met specialisten en al die andere werkers wier hulp de patiënt behoeft.

„Het gebrek aan coördinatie onder de nascholers van de algemene arts heeft tastbare nadelen. De tijd die een arts beschikbaar heeft voor nascholing is beperkt en hij zal dus in de regel een keus moeten maken uit de geboden mogelijkheden. Daardoor kan de belangstelling voor elk van de nascholingselementen tegenvallen. Samenwerking daarentegen zou kunnen leiden tot een beter contact met de na te scholen artsen en tot kwaliteitsverbetering van het geboden onderwijs. Zo zou men informatie over geslaagde sprekers kunnen uitwisselen en door het grotere potentieel kunnen komen tot een evenwichtige verdeling van de behandelde onderwerpen en een bredere behandeling - eventueel over verschillende bijeenkomsten gespreid - van grote onderwerpen.

Met dit onderzoek, waarvan de resultaten in dit rapport zijn neergelegd, werd vooreerst beoogd aandacht te vragen voor de plaats van de ziekenhuizen in de rij der nascholers. Een tweede oogmerk, onafhankelijk van dit eerste, kwam voort uit een bij organisaties voor ambulante gezondheidszorg gevoelde behoefte zich duidelijker aan de praktiserende

artsen te presenteren. Het is enerzijds erg moeilijk voor buitenstaanders zich een beeld te vormen van de multidisciplinaire werkwijze van deze organisaties en hun soms zeer ingewikkelde opbouw, anderzijds is het voor deze organisaties van levensbelang om zich bekend te maken aan de potentiële verwijzers. Deze organisaties - aldus het rapport ter toelichting van deze doelstelling - zoals de instellingen voor sociale revalidatie en voor geestelijke gezondheidszorg en de thans ontstane organisaties voor bestrijding van geslachtsziekte zoeken een forum om aan artsen duidelijk te maken wat zij voor hebben en hoe men van hun diensten gebruik kan maken. Dit forum zoekt men tegenwoordig hoe langer hoe meer in de regio en daar zou het kunnen zijn: de nascholingsbijeenkomst in het ziekenhuis. De methode dat elke organisatie haar eigen bijeenkomsten belegt om zich aan artsen te presenteren acht het rapport een nadelige omdat het aantal artsen, dat op die manier wordt bereikt, kleiner zal zijn en dan - aldus het rapport - zal spoedig in de nascholing de chaos voor de deur staan met als gevolg een slinkende belangstelling voor elk van deze ongecoördineerde activiteiten.

De gemiddelde belangstelling

Het rapport, waaraan een uitgebreide enquête-ring ten grondslag ligt, vermeldt in de samenvatting dat de gemiddelde opkomst per vergadering waar de klinische bijeenkomsten wekelijks worden gehouden niet geringer is dan waar met tussenpozen van een maand of langer wordt vergaderd. De samenwerking tussen ziekenhuizen en andere nascholingsinstellingen is in het algemeen gering.

Basisvakken als bacteriologie, pathologische anatomie en farmacologie ontbreken geheel op het nascholingsprogram in 13 van de 23 ziekenhuizen. Voor sociaal-geneeskundige onderwerpen is dit het geval in 18 van de 23 ziekenhuizen. Voordrachten of demonstraties door huisartsen kennen slechts 4 ziekenhuizen. Bijeenkomsten met niet-artsen komen in dit kader zelder voor, in enkele huizen ontvangen verpleegkundigen en/of fysiotherapeuten een uitnodiging voor alle klinische middagen of avonden.

Er bestaat geen bewuste behoefte aan centrale planning. Andere hulp wordt sporadisch gevraagd.

Voordrachten over sociaal-geneeskundige activiteit in regio en provincie zijn welkom in 10 ziekenhuizen, niet welkom in 8, in 2 huizen wordt de toelating aan voorwaarden gebonden, in 3 stemt men blanco.

Door interviews met de secretarissen van de 8 Gelderse afdelingen van de Maatschappij Geneeskunst werd het onderzoek aangevuld met informatie om een beter inzicht te krijgen in wat de ziekenhuizen doen aan de nascholing en in de mate waarin zij samenwerken zowel onderling als met de afde-

lingen. Van de gelegenheid werd tevens gebruik gemaakt om te vragen naar het nascholingswerk door de afdelingen én andere instellingen en verenigingen in het betrokken rayon. Bijna alle Gelderse afdelingen houden 9 vergaderingen per jaar, alle met een wetenschappelijke voordracht op vakgebied. Het gemiddeld aantal bezoekers varieert van 10% in één afdeling tot 35% in een andere. Het programma behelst nooit basisvakken in 2 van de 8 afdelingen, nooit sociale geneeskunde eveneens in 2 van de 8. Bereidheid om sociaal-geneeskundige uiteenzettingen op te nemen in het programma bestaat in 6 van de 8 afdelingen. Naast de maandelijkse ledenvergaderingen worden nog artsencursussen (mee) georganiseerd door 2 afdelingen. In 3 afdelingen worden regelmatig vergaderingen gehouden met niet-artsen. Nascholingsactiviteiten door derden zijn er op verschillende plaatsen. Deze zijn alle alleen voor huisartsen. Het N.H.G. is de belangrijkste organisatie op dit gebied.

Slotbeschouwing

In de slotbeschouwing van het rapport wordt dan gezegd dat de nascholing in ziekenhuizen vele artsen bereikt, in Gelderland gemiddeld 183 per week. De voordrachten worden gehouden voor een gemengd publiek: specialisten, huisartsen, artsen in dienstverband, en behandelen onderwerpen van gemeenschappelijk belang. Het gaat hier dus om: nascholing voor de algemene arts, in tegenstelling tot de specifieke specialistennascholing. De behandelde onderwerpen worden geput uit de schat van dagelijkse ervaring in de kliniek. Een verbreding van de belangstelling van de nascholers, met name ter zake van de klinische laboratoriumvakken, is wenselijk.

Ook is het gewenst, aldus de slotbeschouwing, dat bij de behandeling van deze onderwerpen in het bijzonder die aspecten worden belicht welke van belang zijn voor de niet-klinisch werkende artsen onder het gehoor. Bij de nascholing is de uitwisseling van ervaringen en gezichtspunten van groot belang. Ook om onderwijskundige redenen dient er een royale plaats te zijn voor discussie. Daarom zal men de opzet van de vergadering en het aantal deelnemers zodanig kiezen dat de discussie uit de verf kan komen.

De slotbeschouwing van het rapport wordt beëindigd met te stellen dat een goede nascholing zozeer van belang is, dat het past te streven naar een uniforme hoge kwaliteit, een programma dat plaats biedt aan elk van de vakgebieden, en dat bewust is samengesteld naar de gebleken behoefte. De mogelijkheden ontbreken thans nog om aan deze voorwaarden te voldoen. Onderzoek en planning zullen de weg moeten wijzen, de praktische realisering zal tot stand kunnen komen middels regionale samenwerking.

Het Bevolkingsaanwasprobleem* (II)

Demografische maatregelen

De mogelijkheden, welke men vindt opgenoemd om de bevolkingsaanwas te beperken zijn vele. In het oude Rome was het reeds gebruikelijk kinderen te vondeling te leggen. Wanneer in deze tijd alle ongewenste kinderen dit lot zouden ondergaan zou het plein voor de Sint Pieter wel gauw te klein blijken te zijn.

Infanticide was vroeger eveneens niet ongebruikelijk en zelfs rond 1900 onder de Japanse boeren nog in zwang, speciaal wanneer het meisjes betrof. Een methode die men evenals de huidige premie-sterilisatie in India (in ruil voor een transistorradio van een onbekend merk) voor onze begrippen waarschijnlijk moeilijk zal kunnen laten rijmen met maatschappelijk aanvaardbare normen. In India zijn op deze wijze reeds 3,5 miljoen radio's omgezet! Voor de afzet van geluidshinder bevorderende draagbare radio's zal de industrie in het Westen overigens wel met andere motieven weten te komen.

Iets speelser was de methode, welke de vrouwen uit het Egypte van 1700 v. Chr. gebruikten. Het spoelen der schede met honing werd beschouwd als een contraceptieve handeling. De hierbij voorliggende gedachten waren wellicht de spermatozoën zo lang zoet te houden tot het te laat was om de verboden vrucht nog te bereiken. „... maar de bestaande methoden van geboorteregeling zijn zo primitief dat ze in deze tijd van opzienbarende technische prestaties een schande zijn voor de wetenschap” zegt de Engelse bioloog Prof. Parkes. De apostel Paulus was daar nog onkundig van toen hij schreef: „Zo is het den mens goed geen vrouw aan te raken”. In die richting gingen ook de gedachten van Malthus toen hij sprak van de „moral restraint”, dat wil zeggen het uitstellen van het huwelijk tot het te laat was om kinderen te krijgen. Totale onthouding dus. Wel schijnt hij deze methode in het bijzonder geschikt geacht te hebben voor de „lagere standen”.

Ook in deze tijden worden wel opmerkelijke voorstellen gedaan. De geneticus en Nobelprijswinnaar F. H. Crick suggereert om de bevolking via het dagelijks voedsel een anticonceptivum toe te dienen en aan geselecteerde groepen een anti-pil te geven die hen opnieuw vruchtbaar maakt, waarbij hij dan niet aangeeft wat gewenste of ongewenste progenituur is. En wie er selecteert wordt in het geheel niet vermeld.

Muller, ook al een Nobelprijswinnaar, gaat dan nog veel verder wanneer hij voorstelt voor een

Ten vervolge op de publikatie in het voorgaande nummer van M.C. van het eerste deel van een studie van een Maatschappij-commissie terzake van het bevolkingsaanwasprobleem volgt hiernaast het tweede deel. Voor het oogmerk van deze publikatie moge worden verwezen naar de redactionele toelichting onder het hoofd „Het bevolkingsaanwasprobleem”, eveneens in het voorgaande nummer van M.C. (blz. 897) verschenen.

groep uitgelezen moeders diepvries spermavoorraden aan te leggen onder het motto: welke vrouw zou niet een kind van Darwin of Lenin in haar schoot willen dragen.

In bijna alle publikaties over het bevolkingsprobleem wordt gesproken over de *abortus provocatus*. Reeds Plato en Aristoteles zagen deze als een methode ter bestrijding van overbevolking en het is bekend dat in Japan de legalisering der abortus het geboortecijfer sinds 1947 tot 17 per 1000 heeft doen dalen. Ook in Hongarije heeft legalisering het geboortecijfer aanzienlijk gedrukt.

Op de Europese bevolkingsconferentie te Straatsburg in 1966 constateerde Elina Visura: „In many countries abortions play a considerable role in birth restriction” in haar pleidooi voor betere voorlichting over anticonceptiva en Gunnar Glijersten voegt eraan toe: „The need to substitute contraception for abortion is generally acknowledged”.

De abortus provocatus moet in de Westerse landen als demografisch middel ongeschikt worden geacht.

Over de *orale contraceptiva* bestaat een uitvoerige literatuur waarvan de inhoud bekend wordt verondersteld te zijn. Het Geneesmiddelenbulletin heeft er een samenvattend overzicht aan gewijd: „De orale anticonceptiva op de weegschaal”. Het is duidelijk dat het niet krijgen van kinderen toch, zij het geringe, risico's met zich meebrengt. Het wel krijgen van kinderen brengt dit overigens ook met zich mee. Men moet iets durven om grote problemen op te lossen. Het is dan echter wel weer de vrouw die het kind van de rekening wordt als zij het niet op haar rekening wil krijgen.

Orale contraceptiva dienen echter niet alleen op de weegschaal te worden gelegd maar nu ze goed afgewogen blijken te zijn, te worden opgenomen in

* Zie voor no. I M.C. no. 34/1970 blz. 905.

het verstrekkingenpakket der ziekenfondsen. Deze mening werd reeds eerder uitgesproken door Prof. P. Muntendam en de arts J. Lamberts in de Tweede Kamer. De minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft zich hierover niet duidelijk (willen) uitspreken en de zaak overgelaten aan de Ziekenfondsraad, die inmiddels heeft besloten het vraagstuk opnieuw te bespreken.

Mechanische anticonceptiva

Hierover zijn weinig spectaculaire uitspraken gevonden, of het moest zijn die, welke aan oud-president Johnson wordt toegeschreven: „10 dollar aan de spiraal uitgegeven levert meer op dan 100 dollar voedsel”. Hij zal dit wel niet uit zuinigheidsoverwegingen hebben gezegd maar ermede duidelijk hebben willen maken dat ontwikkelingshulp niet alleen een kwestie is van hongerbestrijding en het sturen van medicamenten en medische hulp maar dat verbeteren van de economische situatie gepaard moet gaan met het voeren van een bevolkingspolitiek, althans van het desgevraagd mogelijk maken daarvan.

Artsen, die naar de ontwikkelingslanden gaan, zullen om deze probleemstelling niet heen kunnen lopen. Prof. Haspels geeft het duidelijk aan: „Tegenwoordig moet alle ontwikkelingssamenwerking worden gecombineerd met een aanbod tot medewerking aan een „family planning”-programma indien het land of tenminste de individuele echtparen hiervan zijn gediend.” En waar Prof. Trimbos over ontwikkelingshulp schrijft leest men: „De meest elementaire informatie hierover (hij bedoelt geboorteregeling) ontbreekt dan ook in onze publiciteitsmedia, die het liever over hongersnood, ziekte en armoede hebben dan over de bevolkingsexplosie die mede aan deze nood ten grondslag ligt”. De omvang van deze nood wordt nog eens geïllustreerd met de opmerking dat 3/4 van de wereldbevolking in de ontwikkelingslanden leeft.

Hiermede is dan in een terzijde aangegeven op welke wijze ook Nederlandse artsen buiten de grenzen een bijdrage kunnen leveren aan de oplossing van het wereldbevolkingsvraagstuk.

Reeds is van Regeringszijde met betrekking tot het verlenen van ontwikkelingshulp, o.a. aan Kenya, Tunesië en Pakistan ook aandacht besteed aan geboorteregeling, waarmede „schijnheilige huisjes omver geworpen zijn”, zoals Prof. P. Muntendam zegt.

Met betrekking tot de mechanische anticonceptiva heeft het hoofdbestuur der Maatschappij zich op advies van de commissie op 13-10-1967 gewend tot de leden van de Bijzondere Commissie voor de wetsontwerpen 8725 en 8726, betrekking hebbende op de vrije verkrijgbaarheid van mechanische anticonceptiva, teneinde aan te dringen op bespoediging van de behandeling van deze wetsvoorstellen, beogend de verkoop niet langer te doen plaatsvinden krachtens het strafrecht en het toezicht te regelen in het kader der gezondheidswetgeving, omdat:

„Ervan overtuigd dat het lichamelijk en geestelijk welzijn van de bevolking ermee gebaat zal zijn indien het huidige klimaat rond de gezinsplanning c.q. de geboorteregeling in ons land verbetering ondergaat en van mening zijnde dat bovengenoemde wetsontwerpen een positieve bijdrage hiertoe vormen het hoofdbestuur van de K.N.M.G. deze wetsvoorstellen indertijd met instemming heeft begroet”.

Te betreuren is het dat er sindsdien weer twee jaren zijn verlopen en dat over de kwaliteitscontrole verder niet meer is gesproken tijdens de kortgeleden plaatsgehad hebbende behandeling der ontwerpen in de Tweede Kamer. Het hoofdbestuur zou hier nog eens de aandacht op moeten vestigen. Wellicht bij de behandeling van de wet op de kunst- en hulpmiddelen.

Op de *sterilisatie* zal niet diep worden ingegaan. Met sterilisatie wordt dan bedoeld de al of niet reversibele operatieve methoden tot steriliseren van man of vrouw. Hoewel er stellig een uitvoerige discussie mogelijk is over de medische en ethische aspecten ervan. Als demografische methode lijkt gedwongen sterilisatie nooit in aanmerking te komen.

Het effect van *emigratie* is bijzonder gering te achten en relatief. Het kan lokaal c.q. landelijk enige verlichting brengen maar demografisch kan er weinig betekenis aan worden gehecht. Hetzelfde kan worden gezegd van *migratie* in eigen land. Deze kan erop zijn gericht de dichtheid van bepaalde gebieden geringer te maken. Het overplaatsen van grote groepen randstadbewoners naar minder dichtbevolkte gebieden lijkt een uiterst moeilijke zaak. Een poging in die richting kan worden gezien in het overplaatsen van overheidskantoren en instellingen naar Apeldoorn en de vestiging van nieuwe instellingen van onderwijs en onderzoek in minder dichtbevolkte gebieden. De Nota Ruimtelijke Ordening in Nederland besteedt daaraan uitvoerig aandacht. De hardnekkigheid waarmede dan weer nieuwe vestigingen van petrochemische en andere industrieën in de randstad worden nagestreefd is dan weer moeilijk te begrijpen.

Met betrekking tot de *buitenlandse migratie* die getalsmatig nogal wisselt — in 1967 een vertrekoverschot van 11.508, in 1968 een vestigingsoverschot van 6007 — worde nog opgemerkt dat deze ontwikkeling voornamelijk is te wijten aan de migratie van vreemde arbeidskrachten, die met een mooi woord ook wel gastarbeiders worden genoemd, doch aan wier medische en sociale begeleiding nog wel het een en ander schijnt te ontbreken.

De invloed van de *kinderbijslag* is niet geheel duidelijk. De stimulerende invloed hiervan zou volgens Drs. Heeren nooit zijn bewezen. Wel zou men zich kunnen voorstellen dat de suggestie van minister Roolvink om de bijslag pas bij het 2e kind te laten beginnen in ieder geval het verlangen tot het hebben van meer dan één kind niet zal onderdrukken.

Een benaderingswijze, welke men nog niet in de

literatuur aantreft, is die, welke rekening houdt met de plaats van de gehuwde werkende vrouw in onze samenleving. De erkenning van het feit dat hier sprake is van een volwaardig functioneren zou invloed kunnen hebben op het geboortecijfer. Voorwaarde zou zijn dat andere bestaanswijzen van de vrouw dan huisvrouw en moeder van kinderen maatschappelijk een even grote waardering zou ontmoeten. De artsen zouden kunnen bijdragen aan de totstandkoming van een dergelijke sociale moraal.

In grote gemeenten zou het toewijzingsbeleid met betrekking tot de beschikbare woonruimte invloed kunnen hebben op de aanwas waar het hebben van één of meer kinderen als voorwaarde voor de toewijzing is gesteld. Dat de K.N.M.G. aan dit beleid iets zou kunnen veranderen lijkt niet waarschijnlijk.

*
**

Inmiddels is reeds gebleken dat de toepassing van de contraceptieve methoden vermoedelijk de oorzaak is geweest van de geconstateerde spontane daling van de bevolkingsaanwas. Een constatering die des te meer gewicht krijgt waar gebleken is dat het aantal jonge huwelijken stijgt. Niet is echter te voorspellen hoeveel tijd ermede gemoeid zal zijn om een stationaire bevolking te bereiken. Hier komt de vraag naar voren of de overheid een actieve bevolkingspolitiek zal moeten voeren. Tot nu toe heeft men geboorteregeling (die niet alleen beperking impliceert) en bevolkingspolitiek in de zin van population control steeds als twee aparte zaken willen zien. Het gezin heeft in het Nederlandse cultuurpatroon een grote en belangrijke plaats. „In ons land, waar ouders hun gewenste kindertal een uitsluitende privé-aangelegenheid vinden, spelen gemeenschapsfactoren en bevolkingsoverwegingen nauwelijks een rol” schrijft Prof. Trimbos in 1953. Staatssecretaris Bartels beaamt dit min of meer in de Tweede Kamer in 1965: „Er ligt primair een verantwoordelijkheid voor de mens zelf”. Een soortgelijke passage vindt men eveneens in de Volksgezondheidsnota, hetgeen weinig verbazing wekt. Ook Prof. Muntendam houdt beide begrippen (nog) gescheiden, hoewel op de onder zijn leiding gehouden Boerhaavecursus „Huisarts en Geboorteregeling” het congresboek „De mens in dichte pakking” werd uitgereikt. Een titel die meer suggereert dan alleen een verhandeling over geboorteregeling en een boek, dat naar de inhoud stellig tendeert naar bevolkingspolitieke maatregelen en niet alleen voor ontwikkelingslanden maar ook voor Nederland. Een aantal sprekers heeft zich op dat congres daar duidelijk over uitgesproken in niet mis te verstane bewoordingen. Enkele jaren later vindt men in een voordracht van Prof. Muntendam voor de V.C.S.B., wanneer het over bevolkingspolitiek gaat: „Ik ben van mening dat zij (de Regering) dit doen moet op het ogenblik dat haar op grond van wetenschappelijke adviezen duidelijk voor ogen staat dat Nederland met een buitengewoon ernstig bevolkingsvraagstuk geconfronteerd wordt”. Dat gaat dus al

een klein beetje verder dan uitsluitend eigen verantwoordelijkheid van de individuele echtparen. Wel zijn we hier dan weer terug bij de vraag wanneer het tijdstip voor bevolkingspolitiek zal zijn aangebroken.

De neiging bestaat om zich aan te sluiten bij hen, die maatregelen zouden willen nemen waardoor de reeds in gang zijnde spontane daling van het geboortecijfer wordt bevorderd.

Men zou hiervoor bij de overheid gehoor moeten kunnen vinden omdat, zoals de staatssecretaris wel heeft gezegd, de overheid een verantwoordelijkheid heeft voor de beoordeling en instandhouding van het menselijk welzijn in het algemeen en van een goede en ook geestelijke gezondheidszorg in het bijzonder.

Voorlichting

Hoe het ook zij, wanneer men het met de Regering erop houdt dat de verantwoordelijkheid voor de planning bij de ouders ligt dan dient duidelijk te worden vastgesteld dat om die verantwoordelijkheid te kunnen dragen, kennis der methoden en beschikbaarheid der middelen noodzakelijk is en dat de Regering daadwerkelijk steun dient te verlenen aan het tot stand komen van goede voorlichting. Deze voorlichting is ook daarom van belang omdat er aanwijzingen zijn dat het aantal ongewenste concepties nog vrij aanzienlijk is, hetgeen wijst op onjuiste toepassing van geboorteregelingstechnieken.

De voorlichting over geboorteregeling is nogal moeizaam op gang gekomen. Malthus, die weliswaar een van de eersten is geweest om te waarschuwen, dat het op den duur mis zou lopen met de voedselvoorziening bij een volgens een geometrische reeks groeiende bevolking, is met zijn demografische therapie nogal behoudend. Kunstmatige en onnatuurlijke methoden van geboortebeperving achtte hij zonder meer zondig. Richard Carlile schreef in 1826: „Every woman's book” over geboorteregeling. Als beloning hiervoor mocht hij een aantal jaren in de gevangenis vertoeven. Charles Knowlton kwam er in 1832 voor een soortgelijk boek met drie maanden af. The Boston Medical Journal veroordeelde het boek als zijnde „bad for public morals”. Maar veertig jaar later ging de herdrukter van hetzelfde boek in Engeland weer voor twee jaar achter de tralies. Honderd jaar geleden raadde Von Kirchmann in Berlijn de arbeiders aan slechts twee kinderen te willen hebben. Het kostte hem alleen maar zijn betrekking. Annie Besant moest haar activiteiten weer boeten in de cel. Na haar ontslag deed zij een ernstig beroep op de medische professie om geboorteregeling als onderwerp van studie in de geneeskunde te beschouwen! Dat is blijkbaar gelukt, want thans kan en wil men de stelling van Sir Theodore Fox onderschrijven dat: „family planning is part of medicine”.

Voorlichting en adequate hulpverlening terzake van family planning dient bij voorkeur tot de taak van de huisarts te worden gerekend en behoort op-

genomen te zijn in het verstrekkingenpakket van ziekenfondsen.

Daarnaast dient zeker voorlopig de mogelijkheid te blijven bestaan zich te kunnen wenden tot daartoe goed ingerichte consultatiebureaus. Ruime subsidiëring van deze bureaus door de overheid wordt vanzelfsprekend geacht.

Men kan zich ook aansluiten bij de uitspraak van de hoogleraren Haspels en Kloosterman: „Op de beste wijze het juiste contraceptivum voor elke patiënte te selecteren is een belangrijke en essentiële taak, die een onmisbaar onderdeel is van de integrale geneeskunde en o.i. daarom in het ziekenfondspakket thuishoort”. Deze uitspraak houdt echter tevens in dat het kunnen verwerven van de benodigde kennis hiervan bij de artsen een essentieel deel van de opleiding dient te zijn.

Bij een in 1962 gehouden enquête werd door 93% van 780 huisartsen gemeld dat zij contraceptie een integrerend en noodzakelijk deel van medische hulp beschouwen. Aan de juiste attitude ontbreekt het deze artsen blijkbaar niet. Wel bleek dat 87% de kennis uit eigen studie had verkregen.

De conclusie kan alleen maar zijn dat het noodzakelijk wordt geacht dat aan alle universiteiten bij de opleiding grote aandacht aan dit onderdeel van de vorming wordt besteed. Dit trachten te verwezenlijken is een taak der K.N.M.G.

Hetzelfde kan worden gezegd over de *nascholing*. Ook deze schiet nog tekort, hoewel er in die richting door het N.H.G. reeds stappen zijn ondernomen. Maar de nascholing als geheel is onderwerp van studie. Als algemene opmerking zou men kunnen zeggen wie zich laat scholen, heeft daarmee als vanzelfsprekend de plicht zich te laten nascholen. Te hopen is dat het hoofdbestuur een versnelling van de ontwikkeling en besluitvorming kan bewerkstelligen.

Met de voorlichting aan het publiek houden zich reeds vele maatschappelijke instellingen bezig. De vraag is opgekomen of er een mogelijkheid zou zijn om te komen tot een bundeling van deze diverse en gekleurde activiteiten in een soort Nationale Raad voor de Gezinsplanning. De gedachte lijkt voorlopig te mooi om waar te kunnen zijn. Niettemin wordt de idee niet zonder meer verworpen maar hier neergeschreven in de hoop dat er iets uit groeit. Wat betreft het bestuderen van mogelijke voorlichtingsmethodieken, de toepasbaarheid daarvan en het informeren van hen, die aan deze methodieken behoefte hebben, is er ook een landelijk orgaan ontstaan in de Stichting Gezondheidsvoorlichting en Opvoeding. Voorts zou een Nationale Raad kunnen worden gevoed vanuit het Demografisch Instituut dan wel daarmee kunnen zijn verbonden.

Het onderzoek naar deze mogelijkheden is in de aandacht van het hoofdbestuur aan te bevelen. Dat de huisarts bij de individuele voorlichting een belangrijke rol is toebedeeld, behoeft geen nader beoog.

De *seksuele voorlichting* dient eveneens in deze

beschouwing te worden opgenomen. Voorlichting over anticonceptiva is geen geïsoleerd gebeuren doch dient in duidelijke samenhang gezien te worden en te geschieden met huwelijksvoorlichting en seksuele voorlichting en opvoeding. Ook daar is al veel over te doen geweest. Dat artsen hierbij een belangrijke taak hebben lijdt geen twijfel. Vele vragen moeten hier nog worden beantwoord. Wie moeten er voorlichting? Hoe moet er worden voorgelicht? Waar en wanneer? Staatssecretaris Bartels heeft hierover advies gevraagd aan het bestuur van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid. De conclusie van dit uitgebreid toegelicht advies, in 1966 uitgebracht, luidde:

„Concluderende geven wij in overweging de thans in de Rijksbegroting voor seksuele voorlichting en opvoeding beschikbare gelden aan te wenden voor:

- rijpmaking van de bevolking door middel van televisie en radio;
- scholing van kader, dat specifieke voorlichting moet geven;
- opzet, organisatie en uitvoering van voorlichtingsprogramma's in groepsverband.”

De realisering van een dergelijk programma zal ongetwijfeld enige tijd in beslag nemen, temeer waar hier weer sprake is van een situatie in ontwikkeling. Toch heeft reeds in mei 1967 de staatssecretaris van Onderwijs zich uitgesproken voor seksuele voorlichting op rijks middelbare scholen, waarbij werd gedacht aan een arts, die, eventueel in samenwerking met de rector of directeur, met instemming van de ouders en zo mogelijk in overleg met de oudercommissie, de voorlichting zou verzorgen. De resultaten hiervan zijn niet bekend. Wel zou men zich kunnen voorstellen dat de voorlichting primair in het gezin zelf dient te gebeuren, doch dat er, indien dit niet het geval is — en dat geval zal zich nog wel vaak voordoen — mogelijkheden moeten worden geschapen daarbuiten.

Ter bevordering der meningsvorming over dit probleem zou het hoofdbestuur kunnen overwegen een discussiestuk te laten produceren voor de afdelingen op dezelfde wijze als zulks is geschied met betrekking tot het abortusprobleem, teneinde de meningen in beweging te brengen.

De afdeling Apeldoorn is de discussie reeds begonnen in een afdelingsvergadering, tezamen met psycholoog, huisvrouw, predikant en leraar. Een voorbeeld ter navolging.

Er zullen zich bij een groeiende bevolking ongetwijfeld nog vele problemen voordoen met onmiskenbare medische aspecten. Zij liggen duidelijk op het terrein van organisatie en planning. Vragen om de oplossing waaraan deskundige artsen een belangrijke bijdrage kunnen leveren, maar het is denkbaar dat men aan de actieve bemoeienis daarmee van het hoofdbestuur der K.N.M.G. een zekere begrenzing zou willen stellen.

Volledigheidshalve worden enkele aspecten in het

kort vermeld. De Volksgezondheidsnota is tenslotte reeds eerder geschreven.

De ontwikkeling van de curatieve gezondheidszorg zal vele voorzieningen vragen met betrekking tot de bouw van ziekenhuizen, verpleegtehuizen, artsenopleiding, verpleegstersopleiding, opleiding voor paramedische hulpkrachten, financiering der gezondheidszorg. Problemen, die ieder voor zich een aparte studie vereisen. Het schatten van de behoeften op een wat langere termijn lijkt bijzonder moeilijk zo niet geheel speculatief. Dr. H. Festen heeft hierover op het Congres voor Openbare Gezondheidszorg in 1966 bijzonder belangrijke opmerkingen gemaakt.

Eén van de belangrijkste demografische veranderingen is *de toeneming van het aantal bejaarden*. In 1965 met 1,1 miljoen 9,6% van de bevolking vormende, zullen deze getallen in 1980 1,6 miljoen en 11,4% zijn, hetgeen betekent dat er voor die tijd een groot aantal extra voorzieningen moet worden getroffen met betrekking tot intramurale en zo mogelijk extramurale hulp. De benodigde investeringen hiervoor zullen niet gering zijn, terwijl er reeds nu een grote achterstand valt te constateren. Moge de financiering van deze voorzieningen, door de invoering van de A.W.B.Z. aanzienlijk verbeterd zijn, aan een duidelijk macro-plan ontbreekt het ook hier.

De problemen die zich zullen voordoen met betrekking tot de *geestelijke volksgezondheid*, zijn nog slechts gedeeltelijk bekend, en: „zullen het psychisch welzijn en de psychische gezondheid een even deskundige en gefundeerde behartiging moeten gaan krijgen als thans reeds aan de welvaartsinpassing te beurt valt” zegt de (nog pas) eerste hoogleraar in de preventieve en sociale psychiatrie. Ruime subsidiëring van de afdeling preventie in de geestelijke gezondheidszorg lijkt noodzakelijk.

De problemen nopens *bodem-, water- en luchtverontreiniging* zullen toenemen in aantal en groter worden in omvang. Hoewel de lichamelijke gevolgen van luchtverontreiniging tot nu toe in Nederland schijnen mee te vallen, geven de concludering remarks van K. Biersteker na een voordracht te Denver het goed weer: „So far there were no shocking discoveries in the field of air pollution medical research. The fact that the Dutch people more and more demand clean air and protection of the beauty of the environment are sufficient arguments, however, to qualify control of air pollution as a requirement for complete physical and mental social well being”.

De drinkwatervoorziening zal evenzeer moeilijkheden gaan geven. De behoefte zal in 2000 verdrievoudigd zijn en het gaat niet alleen om de hoeveelheid maar vooral om de kwaliteit. Verzilting en vervuiling zijn de grote gevaren en er hoeft maar iemand wat slordig om te gaan met endosulfan of het Rotterdamse Rijnwater wordt nog „rotter” dan het al was.

Over het *verloop der bodemverontreiniging* is ook niet iedereen even optimistisch. Uit een door de bioloog J. G. v. d. Made opgesteld oecologisch rapport van de Rijnmond blijkt het sinds 1940 uitsterven van vele vogels en plantensoorten. En flora en fauna zullen in de toekomst nog meer verarmen. Maar de Shell-plant schijnt er goed te groeien, misschien omdat de „pleitbezorgers van de welvaart hun zaak meestal doeltreffender verdedigen dan die van het welzijn”, zoals A. Nuys in de N.R.C. schrijft.

Het verwijderen van de *toenemende hoeveelheid afval* schept grote financiële en organisatorische problemen. Het aantal afgedankte auto's wordt tegen 2000 geschat op 500.000 per jaar, de hoeveelheid afval op 14 miljoen ton per jaar, waarvan 4 miljoen ton industriële afvalstoffen en 200.000 ton gevaarlijke chemicaliën. Verbrandingsinrichtingen zijn kostbaar in aanleg en onderhoud en stortplaatsen vergen vele hectaren aan ruimte en bederven het leefmilieu.

Geluidshinder is onderwerp van discussie geweest op het Gezondheidscongres van 1968 en staatssecretaris Kruisinga heeft de Gezondheidsraad advies gevraagd in verband met de psychische en lichamelijke afwijkingen die erdoor veroorzaakt worden en over het geven van richtlijnen over grenzen van toelaatbaarheid van lawaai en geluid voor het individu in zijn woon- en leefmilieu en het verband tussen de afwijkingen en de mate van de hinder.

Op al deze gebieden van gezondheidsbescherming zijn tientallen instituten werkzaam. Sommigen spreken zelfs over balkanisatie in de gezondheidsbescherming. Ook hier weer een duidelijke behoefte aan programmering, zo mogelijk via een Centraal Instituut voor Gezondheidsbescherming.

Het is verleidelijk om niet te schrijven dat men uiteindelijk de regeling van al de hierbovengenoemde punten zou kunnen terugbrengen tot één groot probleem en wel dat van de organisatie van een integrale gezondheidszorg, waarbij curatieve en preventieve zorg samen met gezondheidsbescherming onder één noemer worden gebracht. Voor het regelen van infrastructuur is een macro-plan nodig. Dit plan gezamenlijk te bedenken lijkt een goede gedachte. De lappendeken van Banning is verouderd, de stiksels zijn losgegaan. Het ligt voor de hand de idee te opperen een nieuwe te gaan kopen. Een wegwerpdeken wellicht. Misschien kunnen wij het zo omstreeks 2000 eens zijn geworden over de kleur. Het hoofdbestuur zou moeten proberen te bevorderen dat de keus wat eerder wordt gemaakt.

Samenvatting en conclusies

In het vorenstaande is getracht in geserreerde vorm en op luchtige wijze zoveel mogelijk informatie te geven over een probleem waarvan de omvang te groot is om het in het kort te kunnen samenvatten. Het lijkt niet mogelijk het bevolkingsaanwaspro-

bleem te relateren aan medische aspecten van de Nederlandse situatie zonder er vanuit te gaan dat het om een mondiaal probleem gaat. Bovendien, wat is medisch? De vele facetten — medische, sociale, economische, psychologische, demografische, politieke — kunnen niet los van elkaar worden gezien. Het is bij uitstek een probleem dat om een multidisciplinaire benadering vraagt. Continue diagnostiek is noodzakelijk. Niettemin zijn reeds nu enkele praktische conclusies mogelijk, welke hierna worden opgesomd:

- Spoedige totstandkoming van een Demografisch Instituut wordt noodzakelijk geacht. Dit instituut zal niet alleen een bestuderende maar tevens een adviserende taak t.a.v. het bevolkingsvraagstuk dienen te krijgen.
- Mede te werken aan het vinden van de economische oplossingen behoort tot de taak van artsen.
- Familyplanning is een onderdeel van de taak van de huisarts.
- Ruime subsidiëring door de overheid van goed ingerichte consultatiebureaus voor geboorteregeling en gezinsplanning is vanzelfsprekend te achten.
- Aan alle universiteitsklinieken behoort grote aandacht besteed te worden aan het verkrijgen van kennis over contraceptie. Dit onderwerp dient ook — en met prioriteit — in het nascholingsprogramma te worden behandeld.
- De verstrekking van orale contraceptiva dient op korte termijn te worden ondergebracht in het verstrekkingenpakket der ziekenfondsen.
- Ditzelfde geldt ten aanzien van de advisering op het gebied van de familyplanning.
- Nederlandse artsen in ontwikkelingslanden kunnen een positieve bijdrage leveren door speciale aandacht te geven aan problemen op het gebied der geboorteregeling.
- Abortus provocatus is als demografisch middel ongeschikt te achten (voortgaande bestudering van het vraagstuk der abortus provocatus blijft echter noodzakelijk).
- Voorlichting aan het publiek door een nationale raad, die eventueel vanuit een demografisch instituut zou kunnen worden gevoed is nodig. De huisarts dient bij de individuele voorlichting te zijn betrokken.
- Seksuele voorlichting behoort mede tot de taak van de artsen. In samenwerking met anderen dient een programma hiertoe te worden opge maakt.
- Alle problemen betrekking hebbende op milieuhygiëne en gezondheidsbescherming dienen te worden gezien via een centraal instituut.
- Ruime subsidiëring van preventieve zorg met betrekking tot de geestelijke volksgezondheid is noodzakelijk.
- Het is noodzakelijk dat er een macro-plan komt voor de organisatie der gezondheidszorg.
- De mens moet worden opgevoed tot medemenselijk-functioneren.

Informatiecentrum Roode Kruis over drugs

Het Nederlandsche Roode Kruis heeft een bureau Druginformatie ingesteld. Het bureau heeft in eerste opzet twee inventariserende taken gekregen. Als eerste project is er de samenstelling en uitgave van een inlichtingengids. Hierin zullen alle namen en adressen voorkomen van de overheidsinstanties en particuliere organisaties die zich bezighouden met de problemen van drugs en druggebruik. In de tweede plaats zal een catalogus worden samengesteld. Hierin zal de vindplaats van een zo groot mogelijk aantal publikaties (boeken, brochures, artikelen) met betrekking tot het onderwerp drugs worden aangegeven.

Het bureau is begonnen met zich op de hoogte te stellen van de werkzaamheden van de departementen van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk en Justitie betreffende drugs en druggebruik. Binnenkort krijgen alle gemeentebesturen een enquêteformulier toegezonden, waarin wordt gevraagd naar het bestaan en de werkwijze van plaatselijke commissies of werkgroepen die zich met het drugprobleem bezighouden. Het bureau zit met de moeilijkheid, dat het daarnaast te weten moet komen welke particuliere organisaties zich aan dit probleem wijden.

Het wil dit doen via de leden van de grote overkoepelende organisaties op het gebied van de geestelijke volksgezondheid, het maatschappelijk werk en de reclassering. Tenslotte worden instanties aangeschreven die aan sociaal onderzoek doen, zoals universiteiten, documentatiebureaus en uitgeverijen.

Het Nederlandsche Roode Kruis wil zich bij dit alles geen oordeel vormen over het gebruik van drugs uit medisch, sociaal en juridisch standpunt. Het gaat om de zuivere registratie van gegevens waaraan grote behoefte blijkt te bestaan, ook bij de druggebruikers zelf. Aldus een persbericht van het hoofdbestuur van de vereniging.

Uit het bovenstaande valt op te maken, dat het nationale Roode Kruis zich vanaf nu gaat werpen op de verdovende middelen-documentatie: documentatie betreffende instanties die met druggebruik van doen hebben en documentatie betreffende drugliteratuur. Het druggebruik als zodanig en de publieke opinie daaromtrent vormt sinds kort (zie M.C. 21/1970, blz. 544) deelonderwerp van een studie betreffende het geneesmiddelengebruik, die het Sociologisch Instituut van de Rijksuniversiteit te Groningen onderneemt in opdracht van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Kort verslag 155ste Algemene Vergadering (I)

Kort verslag van het verhandelde in de 155ste Algemene Vergadering van de Maatschappij, gehouden op zaterdag 18 april 1970 te Utrecht

I. Opening van de Algemene Vergadering te 13.30 uur

De voorzitter, Dr. L. van der Drift, opent de vergadering met een woord van welkom aan allen. Hij wijst erop, dat het huishoudelijk gedeelte van de vergadering slechts één voorstel bevat en dat bij de gebruikelijke rondvraag de afgevaardigden en leden van de Maatschappij al hetgeen aan de orde kunnen stellen, dat betrekking heeft op de „faits et gestes” van de Maatschappij. Na een schorsing zal het tweede deel van de vergadering zijn gewijd aan het actuele vraagstuk van de medische ethiek. Voor dit tweede deel van de vergadering zijn enkele gasten uitgenodigd, terwijl de pers ook dit deel van de vergadering zal kunnen bijwonen. Dit vraagstuk heeft in zijn totaliteit en in zijn bijzondere facetten zulk een grote belangstelling gekregen in kringen ook buiten die van de artsen, waarbij in de diverse publiciteitsmedia niet altijd even deskundig en soms zeer emotioneel hierover wordt gesproken, dat het, mede gezien de actualiteit van het vraagstuk, gewenst leek, ook de pers in deze vergadering aanwezig te doen zijn.

Ten einde het karakter van de ledenvergadering der Maatschappij niet verloren te laten gaan, zal na spreker's inleiding in het begin van het tweede deel van de vergadering, waarin hij verantwoording zal afleggen voor het door het hoofdbestuur gevoerde beleid, gelegenheid zijn voor discussie, waaraan in de reglementaire volgorde de afgevaardigden en de leden van de Maatschappij zullen kunnen deelnemen.

Vervolgens zal Dr. Sporken zijn rede uitspreken, waarna gelegenheid tot discussie zal bestaan, waarbij alle aanwezigen, dus ook de genodigden, het woord zullen kunnen voeren.

De Algemene Vergaderingen van de Maatschappij zullen in het vervolg niet meer worden gehouden in „Esplanade” — niemand zal dan meer worden geplaagd door het oproepsysteem —, maar zullen in de toekomst plaats vinden in het Jaarbeurscomplex, dat voor velen ook gemakkelijker zal zijn te bereiken.

Een punt, dat aandacht verdient, is de procedure inzake de totstandkoming van districtsraden. In de Algemene Vergadering van december 1969 is op voorstel van het hoofdbestuur besloten, de datum van inwerkingtreding van de nieuwe rechtspraakregeling te verschuiven naar 1 april. Ondanks veler inspanning is het niet gelukt, alle 20 districtsraden per 1 april hun werkzaamheden te laten aanvangen. 15 districtsraden zijn volledig samengesteld en bereiden hun eerste bijeenkomst voor. In 4 andere districten vinden op dit moment de verkiezingen plaats, terwijl in 1 district enige moeilijkheden zijn. Ter voorkoming van een vacuüm heeft het dagelijks bestuur op 24 maart beslist, onder voorbehoud van de goedkeuring van de Algemene Vergadering, de afdelingsraden in de districten, waar nog geen districtsraden zijn, te laten

voortbestaan. Dit is een maatregel van tijdelijke aard. Er is goede hoop, dat per 1 mei de districtsraden overal operationeel zullen zijn.

In een bijzondere zitting heeft het hoofdbestuur op 21 maart afscheid genomen van collega G. Dekker, oud-secretaris-penningmeester van de Maatschappij, welke functie deze sedert 1954 op voortreffelijke wijze heeft vervuld. Spreker wil niet nalaten, collega Dekker, die thans buitenslands vertoeft, namens de Algemene Vergadering nogmaals hartelijk te danken voor het vele en goede werk, dat hij ten bate van de Maatschappij heeft verricht.

Collega Diepersloot, de opvolger van collega Dekker, die de titel van secretaris-generaal zal voeren, kan, gezien zijn bestuurlijke verleden, worden gekenmerkt als iemand, die „nourri dans le s rail” is. Zijn leidinggevende ervaring in een vorige werkkring en de wijze, waarop hij zich in korte tijd in de Maatschappij-zaken heeft ingewerkt, geven het hoofdbestuur het volste vertrouwen, dat hij zijn taak op bekwame wijze zal vervullen. Spreker hoopt, dat collega Diepersloot hierin grote voldoening zal vinden; het hoofdbestuur schenkt hem gaarne zijn vertrouwen.

(applaus)

Diepersloot (secretaris-generaal) vermeldt hierna de namen dergenen, die door overlijden aan de Maatschappij zijn ontvallen.

De voorzitter deelt mede, dat het in de bedoeling ligt, de opneming van de namen van de districtsafgevaardigden en de afdelingsvertegenwoordigers in het vervolg op een andere wijze dan tot nu toe gebruikelijk te doen geschieden. De afgevaardigden zal in de toekomst gelegenheid worden geboden zich te melden door middel van formulieren, waardoor een tijdrovend onderdeel van de vergadering zal kunnen worden bekort.

II. Opnemen van de namen der districtsafgevaardigden en der afdelingsvertegenwoordigers

De opneming geschiedt door de secretaris-generaal.

III. Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering

Tot lid dezer commissie, waarvan de voorzitter en de secretaris-generaal q.q. deel uitmaken, wordt benoemd J. A. Leezenberg (XX).

IV. Voorstel tot goedkeuring van de 13e lijst van aanvullingen en wijzigingen bij het „Rapport inzake geneeskundige verklaringen”. (zie M.C. 1970/7)

De voorzitter vestigt de aandacht erop, dat dit voorstel verband houdt met de wijzigingen, voortvloeiende uit het rapport inzake Scheiding van behandeling en controle. Vervolgens stelt hij de voorzitter van de betrokken commissie in de gelegenheid het voorstel nader toe te lichten.

Denekamp (voorzitter Commissie Geneeskundige Verklaringen) zegt, dat de Algemene Vergadering precies twee jaar geleden de vijfde geheel herziene uitgave van het „groene boekje” heeft behandeld en goedgekeurd. Bij de voorgestelde aanvullingen en wijzigingen is de commissie niet uitgegaan van dogmatische gedragsregels, maar heeft zij zich gebaseerd op enkele algemene gedachtengangen en richtlijnen. Zij tracht deze zo goed mogelijk toe te passen. Aangezien de situaties wisselen, is het gewenst ook de gedetailleerde regels voortdurend aan te passen. Die werkwijze is pragmatisch en ook de enig bruikbare. Het zal bij deze aanvullingen en wijzigingen niet blijven; er liggen weer enkele onderwerpen klaar, die binnen afzienbare tijd voor wijziging in aanmerking komen.

De onderhavige 13e lijst bevat twee delen. Het eerste deel, waarbij het gaat om de eerste acht onderdelen, heeft betrekking op het aanvaarde rapport van de Commissie-Scheiding van behandeling en controle. In de vergadering, waarin het rapport werd aanvaard, zegde de spreker toe, dat de Commissie Geneeskundige Verklaringen zou proberen de wijzigingen in de gedragsregels, die eruit voortvloeiden, te verwerken in de richtlijnen van het rapport inzake Geneeskundige Verklaringen. Deze toezegging is nu waargemaakt.

Paragraaf 9, sub 13 g, heeft aanleiding gegeven tot bezwaren, die met de betrokken collega's zijn besproken, waarbij bleek, dat de bezwaren voornamelijk waren gebaseerd op misverstanden omtrent de bedoelingen. Na een uiteenzetting over de bedoelingen, bleken de bezwaren grotendeels verdwenen. De formulering bleek niet geheel voldoende te zijn; dergelijke misverstanden behoren uiteraard zo min mogelijk voor te komen. In overleg met het hoofdbestuur is de tevoren ingediende tekst van paragraaf 9, sub 13 g thans aldus gewijzigd, dat tussen gedachtenstreepjes zijn toegevoegd de woorden „onder vermelding van de bron” en tussen de woorden: feitelijke en gegevens, het woord „somatische”.

Door het tweede deel van de lijst wordt de pragmatische aanpak van het werk van de commissie typisch geïllustreerd. Er ontstaan nieuwe situaties en er doen zich bepaalde ontwikkelingen voor. Tevens komen aan de orde omissies en onvoldoende formuleringen in oude redacties. De commissie tracht een en ander glad te strijken.

Wat betreft onderdeel 12 (punt E-17), merkt spreker op, dat de commissie heeft bemerkt twee jaar geleden bij het voorbereiden van de vijfde uitgave een ommissie te hebben begaan. Begin 1965 is in Medisch Contact een publikatie van de commissie verschenen inzake het niet afgeven van verklaringen aan verzekeringsmaatschappijen over bepaalde bromfietsbestuurders. Verzuimd is, dit punt bij het herzien van het boekje mee te nemen. Onlangs is dit verzuim nog tijdig ontdekt en daarom is het nu de gelegenheid, het in het reeds voorgestelde punt E-17 te verwerken. De eerste alinea is zodanig gewijzigd, dat aan het woord „afgegeven” tussen haakjes zijn toegevoegd de woorden „voor bromfietsverzekeringen geldt hetzelfde”.

Op voorstel van de voorzitter wordt besloten het voorstel niet paragraafsgewijze, maar in zijn totaliteit in behandeling te nemen.

Bosch (I) merkt op, dat men in zijn district van mening is, dat de term „controlerend geneesheer” langzamerhand archaisch is geworden en te zijner tijd, eventueel bij een volgende herdruk van het boekje, moet worden vervangen door „verzekeringsgeneeskundige”.

Wat het onderhavige voorstel betreft, wil spreker per-

soonlijk verklaren, dat hij ook in dit geval weer bepaalde moeilijkheden verwacht. Het gaat om het „groene boekje”, waaraan de leden van de Maatschappij zich ingevolge het bekende, destijds genomen besluit moeten houden. De behandelende artsen krijgen nieuwe richtlijnen en zij weten hoe zij inlichtingen moeten verstrekken en wat zij al dan niet mogen schrijven. In het onderwerpelijke geval is de wijze, waarop de v.g. de verkregen inlichtingen verwerkt en gebruikt, essentieel. In artikel 2, sub 13 g, lijkt een en ander goed geregeld. De behandelende artsen moeten inlichtingen geven aan de verzekeringsgeneeskundige, die deze dan vertrouwelijk zal beschouwen. De verzekeringsgeneeskundigen, leden van de Maatschappij, zullen zich hieraan houden, maar onder de artsen in dienstverband is een niet gering percentage niet lid van de Maatschappij. Voor dezen moet het bepaalde onder 13g als uiterst vrijblijvend worden geacht. Kan in overleg met de bedrijfsverenigingen er niet voor worden gezorgd, dat de b.g. de garantie krijgt, dat de door hem verstrekte inlichtingen zullen worden gebruikt en uitgewerkt in de zin van de in het voorstel vermelde richtlijnen? Sommige bedrijfsverenigingen vermelden het op het aanvraagformulier, doch er zijn ook bedrijfsverenigingen, die hierover niet spreken.

Langelier (X) wenst het woordje „mag” in de tweede zin van het onder 13g gestelde, luidende: „Hij” — de controlerend geneesheer — „mag wel melding maken van het feit, . . . enz.” op zijn minst cursief te zien gedrukt, ten einde de aandacht erop te vestigen, dat het niet noodzakelijk is. In bepaalde situaties kan het zelfs zeer ongewenst worden geacht. Het is mogelijk, dat een v.g. een beslissing moet nemen, die de patiënt niet welgevaldig is en daarbij zegt: Ik heb met uw dokter gesproken. Dit kan bij de patiënt verkeerde associaties wekken. Dit is een kleine nuance, maar nuances kunnen belangrijk zijn.

Denekamp (voorzitter Commissie Geneeskundige Verklaringen) wijst erop, dat het verzekeringswezen in Nederland nog niet geheel sociale verzekering is. In de sector van de particuliere verzekeringsinstellingen is de term „verzekeringsgeneeskundige” nog niet algemeen ingevoerd. Daarom kan de term „controlerend geneesheer” nog niet worden vervangen; niet alle c.g.'s zouden ooit v.g.'s kunnen worden, daar diverse controletaken volledig buiten het verzekeringsvlak vallen. De algemene richtlijnen, die nu aan de orde zijn en die in het algemene deel van het rapport staan, zijn op alle controlerend artsen toepasselijk. Men mag dit niet inperken door het woord „verzekeringsgeneeskundige” te gebruiken, waardoor dan bepaalde c.g.'s er niet meer onder zouden vallen. Waar in 13 g over de rechter in beroepszaken wordt gesproken, wordt de term „v.g.” wel toegepast. Dit is immers slechts van toepassing voor de sociale verzekering.

Hetgeen Bosch heeft gezegd komt er in feite op neer, dat de Maatschappij geen publiekrechtelijke, maar een privaatrechtelijke organisatie is. De regels gelden alleen voor de leden; dit betreft niet slechts het „groene boekje”, maar een veel breder terrein.

Ook spreker neemt aan, dat het percentage leden van de Maatschappij in de sector van de sociaal-geneeskundigen het laagst is. De richtlijnen kunnen ook door niet-Maatschappijleden worden gehanteerd, doch ten aanzien van hen zijn geen sanctiemogelijkheden. Het ware zeer wenselijk, wanneer bedrijfsverenigingen en andere verzekeringsorganen zich verplichten, hun v.g.'s, hun c.g.'s op te dragen, zich aan deze regels te houden. Het hoofdbe-

stuur zou kunnen overwegen, in deze richting stappen te ondernemen.

In het eerste deel van de 13e lijst heeft de commissie geprobeerd, zo goed mogelijk weer te geven wat leefde in het rapport van de Commissie scheiding van behandeling en controle. Een van de strekkingen was het bereiken van een zekere mate van openheid. Genoemde commissie wenste openheid en wilde zeer duidelijk stellen, dat de c.g. of v.g. inlichtingen vraagt aan de b.g. en dat de b.g. openlijk moet toegeven, dat hij bereid is aan de v.g. inlichtingen te verstrekken. In dit kader gezien, gevoelt spreker er niet veel voor, het woord „mag” te cursiveren, want anders krijgt het een accent dat niet in overeenstemming is met de bedoeling van de Commissie scheiding van behandeling en controle. In algemene zin is het niet verstandig, de niet-verplichting sterk te onderstrepen.

De Konink (voorzitter Commissie scheiding van behandeling en controle) is het met het door Denekamp gestelde eens.

De *voorzitter* voegt aan het antwoord van Denekamp toe, dat de door Bosch gemaakte opmerking over het plegen van overleg met de bedrijfsverenigingen nadere aandacht van het hoofdbestuur verdient, daar hiermede een weg zou kunnen worden geopend om ten aanzien van de verzekeringsgeneeskundigen, die geen lid van de Maatschappij zijn, voldoende zekerheid te verkrijgen, dat dezen verstrekte inlichtingen geheel vertrouwelijk zullen gebruiken. Overigens bestaat op het ogenblik bij het hoofdbestuur in die richting geen wantrouwen.

Het voorstel wordt met algemene stemmen *aangenomen*.

De *voorzitter* dankt vervolgens de voorzitter van de Commissie geneeskundige verklaringen en haar leden, die reeds zovele malen op voortreffelijke wijze de nodige wijzigingen heeft geformuleerd en aan de Algemene Vergadering heeft voorgelegd.

(applaus).

V. Mededelingen van het hoofdbestuur

De *voorzitter* wenst in de eerste plaats een mededeling te doen over de ledencongressen. Uit opmerkingen, gemaakt tijdens ledencongressen en ook voortkomende uit de boezem van de permanente congrescommissie, zijn gedachten naar voren gekomen, die het hoofdbestuur hebben doen besluiten zich te beraden op de vraag, of het gewenst was, de ledencongressen voort te zetten op de wijze, die tot nu toe gebruikelijk is geweest. Het beraad heeft ertoe geleid, dat besloten is een proef te nemen met een gewijzigde opzet van deze congressen. De congressen van 1970 en 1971, resp. te houden in Den Haag en in Rotterdam, zullen op de traditionele wijze doorgaan, aangezien de voorbereidingen reeds in een ver gevorderd stadium zijn. Het is de bedoeling in 1972 en in 1973 een eendaags congres te houden in Utrecht, te organiseren door het Bureau. Op dit congres zal natuurlijk ook gelegenheid zijn voor het bijeenkomen en het elkaar ontmoeten in collegiale kring. Op deze eendaagse congressen zullen onderwerpen aan de orde worden gesteld, die van meer algemeen belang zijn: medisch maatschappelijk belang, medisch-ethische vraagstukken e.d., uitgaande van de gedachte, dat overal in Nederland ruimschoots gelegenheid bestaat, deel te nemen aan vergaderingen, waar

in klinisch-wetenschappelijke of medisch-biologische punten worden behandeld. In 1974, een lustrumjaar voor de Maatschappij, zal een driedaags congres worden georganiseerd. Het beraad over de vraag, welke afdeling of welk district dit zal organiseren, moet nog plaatsvinden. Aan de hand van de ervaringen, opgedaan met de eendaagse congressen en het jubileumcongres in 1974, zal opnieuw worden gezien, hoe verder de organisatie van de congressen zal verlopen.

Een van de belangrijkste redenen voor dit besluit van het hoofdbestuur is, dat het organiseren van een meerdaags ledencongres een zware druk legt op de hiermede belaste afdeling. Voor de collegae, die in de periferie wonen, geldt in het bijzonder, dat door hun langdurig van huis zijn moet worden voorzien in praktijkwaarneming. Het deelnemen aan dergelijke congressen heeft dus vaak zeer belangrijke financiële consequenties voor betrokkenen.

In de tweede plaats deelt spreker mede, dat vrijwel zeker de juridische raadsman van de Maatschappij, professor Wiersma, tot Staatssecretaris van het Departement van Justitie zal worden benoemd. Over de vraag, welke consequenties dit zal hebben voor zijn functie van rechtsgeleerd raadsman van de Maatschappij, moet het hoofdbestuur zich nog beraden.

Voorts deelt spreker mede, dat de Stichting-Artsen-naar-Ontwikkelingslanden tot dusverre een bedrag van ruim f 77.000 heeft ontvangen; de gemiddelde bijdrage is ongeveer f 95,—. Dit zij medegedeeld ter overdenking en ter opwekking.

VI. Rondvraag

De *Rooy* (XIV) vraagt, of de financiële en andere bezwaren van een aantal leden tegen het deelnemen aan congressen tot uiting zijn gekomen in het aantal bezoekers. Wordt dit aantal geleidelijk aan kleiner?

De organisatie van een congres brengt veel werk mede voor de leden van een afdeling, maar zij doet ook een prettige band tussen die leden ontstaan. Nog op dit ogenblik bemerkt men de gevolgen van het congres, dat in Nijmegen enkele jaren geleden is georganiseerd. In sprekers afdeling zijn daarvan nog restanten, die men niet graag zou willen missen.

Mevrouw *Hemmes* (voorzitster Permanente congrescommissie) antwoordt, dat een vaste kern, een klein percentage van het aantal leden, aan de congressen deelneemt. In het algemeen loopt het aantal deelnemers niet terug.

De *voorzitter* is het ermede eens dat het organiseren van congressen door afdelingen een band kan smeden in de intercollegiale sfeer. Dit kan inderdaad een stimulans zijn om het leven in een afdeling tot bloei te brengen. Uit opmerkingen, die het hoofdbestuur hierover hebben bereikt uit plaatsen, waar men zich intensief met dit werk heeft beziggehouden, heeft het echter niet de overtuiging gekregen, dat die bloei een duurzaam karakter heeft. Voorts gelet op de belangrijke financiële consequenties van een en ander voor de afdelingen, de congresdeelnemers en voor het budget van de Maatschappij, heeft het hoofdbestuur besloten een proef te nemen met een andere wijze van congresseren. De kosten van het organiseren van een congres zijn langzamerhand zo hoog geworden, dat de vraag gewettigd is, of dit allemaal wel verantwoord is. Het hoofdbestuur hoopt op de voorgestelde wijze ervaring te kunnen opdoen om in een verder

verwijderde toekomst hierover een gefundeerd oordeel te geven.

Ter vergadering worden vragen gesteld omtrent de plaatsing van een artikel in M.C., waarop door de voorzitter voor het bestuur van M.C. een antwoord wordt gegeven.

Leezenberg (XX) zegt, dat zijn district het zeer op prijs stelt, dat Dr. Sporken in het tweede deel van deze Algemene Vergadering enkele problemen van de medische ethiek aan de vergadering zal voorleggen. Ook is het zeer te waarderen, dat hierin openbaarheid wordt betracht. Te betreuren is echter, dat er niet is gezorgd voor een preadvies, aan de hand waarvan men zich te voren de te behandelen materie had kunnen indenken, waardoor wellicht de discussie vruchtbaarder had kunnen zijn.

Het feit, dat de agenda kort is en men over het tweede gedeelte van deze vergadering thuis niets zal kunnen lezen, maakt het voor velen minder aantrekkelijk een verre reis te ondernemen voor het bijwonen van de Algemene Vergadering. Dit is ook te betreuren.

Weet het hoofdbestuur iets over de ontwikkeling in verband met het rapport van de commissie-Smallenbroek inzake de honorering van het wetenschappelijk personeel aan de universiteiten en over de problematiek rond de affiliatie van universitaire en perifere ziekenhuizen?

De voorzitter is het er in beginsel mee eens, dat het beter ware geweest, indien in de vorm van een preadvies enige informatie was gegeven over de te behandelen materie. Het was in dit geval, helaas, echter niet mogelijk tijdig over een syllabus te beschikken, waardoor de stof te voren bij de afgevaardigden zou zijn ingeleid. Bij een volgende gelegenheid zal met de in dezen gemaakte opmerking zeker rekening worden gehouden.

Met hetgeen Leezenberg heeft gezegd over het bezoe-

ken van deze Algemene Vergadering is spreker het niet eens. In een Algemene Vergadering van de Maatschappij moeten wel degelijk ook onderwerpen aan de orde kunnen komen, die het meest fundamentele raken wat de artsenstand tot Maatschappij maakt. Het zou een teken aan de wand zijn, wanneer het voor betrokkenen minder aantrekkelijk was een Algemene Vergadering te bezoeken, indien zulke onderwerpen aan de orde worden gesteld.

Door het hoofdbestuur is een brief geschreven aan de voorzitter van de commissie-Smallenbroek, waarin als hoofdpunt is voorgesteld, alle werkers binnen de medische faculteit te honoreren volgens de richtlijnen, die daartoe door de L.A.D. worden uitgegeven. Voorts is voorgesteld, betaling te verlangen voor de in de universitaire centra verleende patiëntenzorg en deze betaling centraal te doen geschieden en de daaruit voortvloeiende fondsen te gebruiken voor aanvulling van de honoraria of salarissen, die op basis van universitaire rangen worden gegeven. Bovendien is voorgesteld deze rangen te herzien. De commissie is nadrukkelijk aanbevolen in haar arbeid ook te betrekken degenen, die rechtstreeks bij dit vraagstuk zijn betrokken, n.l. de wetenschappelijke werkers zelf en de Maatschappij via de L.S.V. en de L.A.D. De reactie van de voorzitter van de commissie wordt met belangstelling afgewacht.

Het vervult het hoofdbestuur met zorg, dat de affiliatie zo traag verloopt. De oorzaken zijn niet duidelijk. Van de vertegenwoordiger van de Maatschappij in de affiliatiecommissie heeft het hoofdbestuur vernomen, dat een ander niet zo vlot marcheert als wel wordt gewenst. Dit punt heeft overigens de volle aandacht van het hoofdbestuur.

De vergadering wordt hierna voor enige tijd geschorst en daarna hervat.

(Slot volgt)

MC | VAN DE S.R.C.

Nieuwe inschrijvingen

De Specialisten Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in de periode van 1 april 1970 tot en met 30 juni 1970 de navolgende specialisten ingeschreven:

Anesthesie:

J. A. L. van Beusekom, Boomkruiperlaan 3, 's-Gravenhage, per 15 september 1969.

D. G. Blik, Dr. Berlagelaan 29, Eindhoven, per 1 maart 1970.

Mevr. E. Düren-Renes, Amerbos 170, Nieuwendam, per 16 mei 1970.

J. A. P. Mulder, Camera Obscuralaan 408, Amstelveen, per 1 april 1970.

R. J. van Steensel, Frankenlaan 61, Tilburg, per 8 januari 1970.

Mej. H. J. A. de Waard, Langswater 713, Amsterdam, per 1 mei 1970.

Cardiologie:

G. H. A. C. Norro, Ganzestraat 26, B-8000 Brugge, per 29 april 1970.

Chirurgie:

P. W. A. A. Koch, Escamplaan 819, 's-Gravenhage, per 1 mei 1970.

A. R. Koomen, Vijverhoef 60, Amsterdam, per 1 september 1969.

G. C. Kouwenhoven, Vijverweide 17, Ten Boer, per 1 juni 1970.

Dr. W. van der Linden, Jakstigen 27, 83100 Östersund, Sweden, per 9 mei 1970.

P. Robijn, Lijsterbesstraat 30, Spijkenisse, per 15 april 1970.

Dr. Th. Théodoridès, Jansdam 12 bis, Utrecht, per 17 april 1970.

W. J. Tinbergen, Van Swietenstraat 17, Leiden, per 1 januari 1970.

G. M. Veldhuijzen van Zanten, Mathenesserlaan 384, Rotterdam, per 1 mei 1970.

Dermatologie:

Mevr. H. M. Backer-Cool, Ekris 44, Woudenberg, per 1 maart 1970.

F. Smit, Pr. Margrietweg 1, Houten, per 1 maart 1970.

D. J. Tazelaar, Breedpas 21, Heerenveen, per 1 mei 1970.

Inwendige geneeskunde:

A. J. M. Donker, Middelstumerweg 11, Onderdendam, per 1 november 1968.

J. F. F. Lekkerkerker, Schaepmanlaan 5, Groningen, per 1 augustus 1969.
 Dr. J. J. Sixma, Paulus Potterstraat 23, Utrecht, per 1 januari 1970.
 T. W. Steffens, Van de Helmstraat 425, Rotterdam, per 1 maart 1970.
 Tan Tjiep Djien, Ruys de Beerenbrouckstraat 37, Amsterdam, per 3 februari 1970.
 P. Terpstra, Coronastraat 50, Groningen, per 1 april 1970.
 R. E. Treurniet, Mozartstraat 46, Slikkerveer, per 1 april 1970.

Keel-, neus- en oorheelkunde:

G. van Duijn, Oudedijk 158, Rotterdam, per 15 april 1970.
 R. B. Engelsma, Maarten Lutherweg 276, Amstelveen, per 15 april 1970.
 W. J. M. Gökemeyer, Vinkenhofstraat 210, Venlo, per 1 maart 1970.
 J. J. I. M. ten Horn, Oranjesingel 43, Nijmegen, per 1 april 1970.
 J. S. Stelling, Moddermanstraat 11, Leiden, per 15 mei 1970.

Kindergeneeskunde:

Th. J. I. M. van Heijst, Zorgvlietstraat 124, Breda, per 15 april 1970.
 Mej. C. M. van den Hoeven, Koningstraat 21, Hilversum, per 15 januari 1970.
 Mevr. J. D. Kuis-Reerink, Cuneraweg 425, Veenendaal, per 1 maart 1970.
 Mej. J. C. M. Stigter, Bentinckplein 96, Rotterdam, per 1 december 1969.

Laboratoriumonderzoek:

Mevr. M. J. Becker-Bloemkolk, Oostelijk Halfrond 49, Amstelveen, per 1 maart 1970; hoofdvak: pathologische anatomie.
 Mevr. S. Nauta-Billig, Mispelstraat 35, 's-Gravenhage, per 1 mei 1970; hoofdvak: pathologische anatomie.

Longziekten en tuberculose:

Mej. M. Reintjes, Boerhaavalaan 232, Leiden, per 1 februari 1970.

Oogheelkunde:

F. A. Seepers, Marnixstraat 113, Alphen aan den Rijn, per 1 april 1970.
 J. J. Vandoninck, Maria Ziekenhuis, Dr. Deelenlaan 5, Tilburg, per 1 april 1970.
 Mej. R. Wijngaarde, Goereestraat 8, Rotterdam, per 1 december 1969.
 K. Zahn, Fred. van Eedenplaats 67, Capelle aan de IJssel, per 8 april 1970.

Orthopedie:

J. C. Baijens, Opaalstraat 46, Leiden, per 1 januari 1970.
 P. Elzenga, Veldpaterweg 10, Colmschate, per 1 juni 1970.

Plastische chirurgie:

J. M. Ramselaar, Bogerd 22, Krimpen aan de IJssel, per 1 april 1970.
 Y. A. P. M. Specken, Gilzerbaan 56, Tilburg, per 1 februari 1970.

Radiologie:

A. B. M. van den Bergh, Kruisherenstraat 8, Tilburg, per 1 april 1970.
 Dr. T. L. Ong Oei, Ilperveldstraat 121, Amsterdam, per 9 april 1970.
 Mej. H. A. van Pepereel, Van de Berghlaan 255, Hoofddorp, per 1 juli 1967.
 J. G. Ruiter, Boerhaavalaan 248, Leiden, per 1 mei 1970.
 C. Wiedemeijer, Schaepmanlaan 80, Groningen, per 27 september 1969.

Revalidatie:

Mej. S. H. Sipkes, v. d. Waalspad 21, Assen, per 1 april 1970.
 H. M. Ch. Verstappen, Pettelaarsweg 561, Den Bosch, per 1 maart 1970.

Reumatologie:

J. K. Kalma, Faljerilstraat 2, Leiden, per 1 april 1970.

Urologie:

H. L. C. Borleffs, Oude Hoflaan 17, Haren, per 1 juni 1970.
 A. A. J. M. V. Daenekindt, Poirterlaan 19, Eindhoven, per 12 mei 1970.
 J. G. J. M. van der Meulen, Statensingel 144d, Rotterdam, per 30 september 1969.
 H. C. Pull, De Nieuwe Aanleg 6, Diepenveen, per 1 april 1970.
 Dr. H. J. de Voogt, Lange Voort 32, Oegstgeest, per 1 mei 1970; hiermede komt de inschrijving chirurgie d.d. 1.1.1964 te vervallen.

Verloskunde en gynaecologie:

A. W. de Groot, Boerhaavestraat 70, Geleen, per 1 april 1970.
 J. J. C. M. Kornman, Mozartstraat 77, Roermond, per 1 mei 1970.
 Ph. W. Weber, Peter Schunckstraat 474, Heerlen, per 1 januari 1970.

Zenuw- en zielsziekten:

P. J. Geerlings, De Lairessestraat 102 I, Amsterdam, per 8 april 1970.
 H. J. de Kinkelder, Gruttosingel 14, Capelle aan de IJssel, per 1 juni 1970.
 P. C. M. Mosmans, Backershagenlaan 44, Wassenaar, per 1 december 1969.
 M. G. Muller, Van de Spiegellaan 291, Heemstede, per 1 maart 1970.
 H. A. M. G. Pieters, Trekweg 27, Middelstum, per 1 februari 1970.
 Dr. H. G. M. Rooymans, Westeind 18, Zuidlaren, per 1 januari 1970.
 H. M. Vingerhoets, Aldenhof 83-39, Nijmegen, per 1 april 1970.

Aantekening electroencefalografie:

P. C. M. Mosmans, Backershagenlaan 44, Wassenaar, per 1 december 1969.
 A. van der Zwan, Prins Hendriklaan 13, Oegstgeest, per 1 april 1970.

Apeldoorn en Omstreken

Elfde Apeldoornse Artsendag

„Begeleiding van stervenden”

De Afdeling Apeldoorn en Omstreken van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en het Nederlands Huisartsen Genootschap Centrum Apeldoorn beleggen op zaterdag 19 september a.s. de elfde Apeldoornse artsendag, de traditionele jaarlijkse studiedag, welke de Commissie ter Voorbereiding van Artsencursussen te Apeldoorn organiseert. Dit jaar wordt in de Churchillzaal van de Apeldoornse schouwburg Orpheus een symposium gehouden, gewijd aan het thema „Begeleiding van stervenden”.

Voordrachten zullen worden gehouden door: Ds. A. C. D. van den Bosch, hervormd predikant te Ginneken („Ik heb het overleefd, maar het was niet leuk”); J. J. M. Michels, arts, geneesheer-directeur Verpleeginrichting „Kalorama” tevens verbonden aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen („De medische begeleiding van de stervende patiënt”); Ds. Dr. J. C. Schreuder, wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de Vrije Universiteit te Amsterdam („De pastorale begeleiding van de stervende patiënt”); Prof. Dr. J. Th. R. Schreuder, hoogleraar in de kinderpsychiatrie aan de Gemeente Universiteit Amsterdam („Voorstellingen van kinderen om-trent de dood”).

De kosten voor deelname aan deze studiedag bedragen voor artsen f 25,00 lunch inbegrepen, bij inschrijving te storten op gironummer 83 75 70 van de AMRO-bank te Apeldoorn onder vermelding „Artsendag Apeldoorn”.

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

ARTS EN LEEFMILIEU

In Medisch Contact no. 28 d.d. 10 juli 1970 is een redactioneel artikel verschenen (blz. 737) over de verantwoordelijkheid van de medicus met betrekking tot de problemen van het milieu. De conclusie van dit artikel is, dat het voor de medicus, tenzij hij zich actief met politiek bezighoudt, niet aangewezen is „het heft in handen te nemen” bij de bestrijding van de milieuvervuiling.

Toch zal deze conclusie collega Wennen, schrijver van het stukje „Medische Ethiek” in Medisch Contact No. 23/1970 (blz. 629) niet hebben bevredigd. Deze discussie kan ook gezien worden in het licht van de vragen, die door Prof. Querido in zijn voordracht voor het congres „De mens in zijn milieu” van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde eind mei werden gesteld. Als antwoord op de vraag „Kan men van de arts verlangen, dat hij de consequenties van zijn handelingen zal beoordelen buiten de grenzen van zijn taakopdracht?” kwam Prof. Querido tot een — toch wat genuanceerd — „neen”. Wel stelde hij, dat de arts moet waarnemen en waarschuwen en dat is, dunkt mij, een goed uitgangspunt. Ook in het licht van hetgeen door Prof. Querido is gezegd, moet ik stellen dat in het in de aanhef bedoelde redactionele artikel de plaats van

de arts te beperkt wordt beschouwd. Is hier niet te zeer gedacht aan de handelende arts?

Ik heb de indruk, dat onder de artsen de opvatting, dat zij vanuit hun vakbekwaamheden er toch „niet veel aan kunnen doen” nog overheerst. De arts, dat wil zeggen degene die de problemen van ziekte en gezondheid van de mens in één verband bekijkt, kan zich niet meer bepalen tot het genezen van zieken. Daar zijn wij het sinds Coronel*) wel over eens. In de laatste jaren is de invloed van de geneeskunde te beperkt gezien, ondanks de status van de geneeskundige in de samenleving. Het is voor mij de vraag of men juist van de kant van de Maatschappij niet meer aandacht had moeten besteden aan de taak van de geneeskundige in maatschappelijk opzicht.

Dat in het verleden de plaats van de geneeskundige door de artsen zelf te beperkt is gezien, blijkt wel uit het feit, dat vele vertegenwoordigers van andere disciplines menen, dat de taak van de medicus beperkt blijft tot het genezen van individuen. Terecht stelt collega Wennen in zijn bovengenoemd artikel dat „wij artsen in de strijd voor een leefbaar milieu niet vooroplopen”. Dat is dan ook wel in tegenstelling tot de uitspraak van Erasmus van Rotterdam, die 450 jaar geleden, in Leuven, zei: „Er is letterlijk geen deel van het leven, dat zonder de hulp der geneeskunde behoorlijk kan worden geregeld”. Als medicus weten wij, dat men moet handelen, zonder alles te weten. Dit geldt voor het behandelen van zieken, maar ook voor de volksgezondheid én voor het milieu-beheer.

Toen de Council on Environmental

and Public Health van de AMA in 1968, naar aanleiding van de publikatie van het zogenaamde Linton-rapport („A strategy for a livable environment”) een congres over dit onderwerp organiseerde, werd door een der sprekers (John D. Porterfield, M.D., Chicago) de vraag behandeld „Why involve the medical profession?” Het is m.i. volkomen terecht, dat hij deze vraag bevestigend beantwoordt. Nu de monocausale etiologie voor de gecompliceerde afwijkingen van de gezondheid wordt vervangen door het inzicht, dat een combinatie van intrinsieke en extrinsieke factoren, waaronder sociale invloeden, tezamen bepaalt of de staat van gezondheid kan worden bereikt, of behouden is de taak van de arts in het gesprek en in het vergroten van het inzicht bij zijn cliënten en patiënten, juist belangrijker geworden. Mits hij zijn taak van signaleren en waarschuwen zo goed mogelijk uitvoert. Aan het eind van zijn artikel somt Porterfield op, om welke redenen iedere arts (hier in het bijzonder de behandelende arts) zich bij de problemen van de relatie tussen mens en milieu betrokken dient te voelen:

1. Hij dient, ook bij de behandeling van „zijn” patienten met de exogene factoren, die de gezondheid van ieder individu bepalen, rekening te houden (onder meer beter contact met de bedrijfsgeneeskunde en het maatschappelijk werk);

2. Hij kan door zijn wetenschappelijke opleiding bijdragen tot de verzameling van gegevens (onder meer contact met het wetenschappelijk — vooral epidemiologisch — onderzoek);

3. Hij is aan zijn plaats in de maatschappij en zijn wetenschappelijk niveau verplicht deskundige voorlichting

te geven aan degenen, die op welk niveau dan ook het beleid ten aanzien van de omgeving bepalen (woning, school, planologie, recreatievoorzieningen en biosfeerbeheer in het algemeen). Het is dan wel noodzakelijk, dat hij kennis neemt van de resultaten van het wetenschappelijk onderzoek en deze, zij het globaal, kan overzien. Dit is een taak voor de voorlichters. In ieder geval kan de arts deze problemen niet, als niet behorende tot zijn taakopdracht, negeren (zoals collega Wennen dat wat raillerend beschrijft: „terwijl wij onze handen in een desinfectans wassen“).

Porterfield besluit „In these ways, he may properly retain his traditional position as a learned man with a disciplined mind, a leader in his area of competence“. Op deze wijze heeft, naar mijn mening, niet alleen de sociaal-geneeskundige, maar elke geneeskundige de taak om zich met problemen van maatschappij en het gehele milieu (dus ook sociale aspecten) bezig te houden. Dit wordt in het artikel van de redactie dan ook uitgedrukt door de opmerking over het vooropgaan „in het koor der vermaners, scherpe vermaners“. Daarom spreekt deze laatste zin mij wel weer aan en sluit ik mij aan bij de vraag van collega Wagenaar (M.C. 30/1970, blz. 823).

's-Gravenhage, 10 augustus 1970

J. W. Tesch

N.B. Prof. Dr. J. W. Tesch is voorzitter van de Gezondheidsorganisatie T.N.O. (red. M.C.)

* „Men bedriegt zich grootelijks, om te meenen, dat de geneesheer zijne plichten niet verder hoeft of kan uitstrekken dan aan het ziekbed van den enkelen lijder.“ Samuel S. Coronel, aangehaald door A. H. Bergink: S. S. Coronel - Zijn betekenis voor de sociale geneeskunde in Nederland. (1960)

KLEUR BEKENNEN!

Na de meer dan uitgebreide reeks publikaties in de medische en in de lekepers, over radio en televisie, pro en contra de abortus provocatus, al of niet met wetswijziging, dacht ik dat elke gynaecoloog zijn standpunt in deze wel bepaald, misschien inmiddels zal hebben herzien.

Ten einde aan alle gegoochel met cijfers, nergens op gebaseerd, een einde te maken en onze volksvertegenwoordigers met concrete getallen een stevig houvast te bieden als zij straks (merendeels als leken) over deze materie moeten oordelen, stel ik voor een enquête te houden onder alle gynaecologen in het land en hen recht op de man (of vrouw) af te vragen of zij — in te vullen naar eer en geweten —:

1 a *principieel* vóór abortus provocatus zijn. b Vóór abortus provocatus zijn, tenzij...

2 a *principieel* tegen abortus provocatus zijn. b Tegen abortus provocatus zijn, tenzij...

3 de laatste twee jaren (1968-1969) een abortus provocatus hebben uitgevoerd.

4 hoeveel maal zij in 1969 een abortus provocatus hebben uitgevoerd (aangeven in veelvoud van 5).

5 of zij meer verzoeken tot het uitvoeren van een abortus provocatus hebben uitgevoerd, dan wel afgewezen.

Een dergelijke enquête is simpel, anoniem, onder geheimhouding uit te voeren. Indien niet in eigen hand uitgevoerd (Maatschappij van Geneeskunst, Nederlandse Gynaecologische Vereniging) waarom dan niet door de voorstanders een Nipo. Intomart of dergelijk instituut ingeschakeld?

Na het invullen van deze eenvoudige vragenlijst weet iedereen waar men aan toe is. De tijd dringt. In het najaar komt een en ander in de Tweede Kamer ter sprake. Gynaecologen let op uw saeck.

Almelo, 14 augustus 1970

J. W. van de Loo, vrouwenarts

ZWAARD VAN DAMOCLES

Vrijwel elk nummer van M.C. bevat belangrijke bijdragen tot de discussie over eventuele wijziging van de wetgeving terzake van abortus. Wat ik daarin mis is een antwoord op de vraag of de anti-abortusartikelen wel in het Wetboek van Strafrecht thuis horen. Is de wetgever wel geroepen handelingen in strijd met moraal en ethiek (ook medische ethiek) met straf te bedreigen?

Justitie en wetgever hebben een bescheiden aanvang gemaakt met het opruimen van „zedelijkheidsvoorschriften“. Dat begon met het schrappen van de artikelen, die betrekking hadden op middelen ter voorkoming van zwangerschap. Toen bleek, dat de nieuwe drankwet plaatsing van condoomautomaten in horecabedrijven verbood, werd dat verbod kort en bondig opgeheven door wetswijziging.

Lamberts en Roethof staan heel simpel op het standpunt, dat de anti-abortusstrafbepalingen uit het wetboek van strafrecht behoren te verdwijnen, met art. 251 bis en al, dat terecht onder de misdrijven tegen de zeden is gerangschikt, waar de artikelen 295 en volgende eigenlijk ook thuis horen, terwijl de wetgever met iemands zedelijkheid niets te maken heeft, zolang hij de openbare orde niet verstoort. Artsen hebben de neiging dit

„legalisering“ van de abortus te noemen, in de zin van geoorloofd, ethisch toelaatbaar verklaren. Het tegendeel is juist: „legalisering“ betekent alleen maar straffeloos verklaring. Voorbeeld is weer de opheffing van art. 248 bis, dat ontucht plegen door een meerderjarige met een minderjarige van hetzelfde geslacht met straf bedreigt. Die opheffing heeft natuurlijk niets te maken met geoorloofd achten of ethisch toelaatbaar verklaren.

Het enige, wat Lamberts cs. nog wel willen is een kort artikel met strafbedreiging tegen de onbevoegden. Maar de hoofdzaak is, dat Lamberts cs. de volledige vruchtverwijderingsvrijheid ter beoordeling van de artsen laten en onttrekken aan de beoordeling van de strafrechter.

Hoofdzaak voor de artsenwereld is, dat het initiatiefvoorstel van Lamberts de abortus uit de taboe- en strafwetsfeer haalt en daarmede hen ontlast van het „zwaard van Damocles“. Strafrechtelijke controle acht ik evenmin nodig als tuchtrechtelijke controle, mits de ingreep onder narcose lege artis wordt uitgevoerd, liefst in een van overheidswege erkende inrichting, onverschillig of dat een gewoon ziekenhuis, een kraamkliniek of een simpele abortuskliniek zal zijn.

Zo kom ik tot een beoordeling van de officieuze wetswijzigingssuggesties van Enschedé. Mijn ernstigste bezwaar tegen deze voorstellen is de reactie — in het kader van de wet op de paramedische beroepen — van het beroep van „paramedisch aborteur“. Het ergste is, dat hij aan die paramedische aborteur zekere zelfstandige bevoegdheden wil geven.

Enschedé is op dat idee gekomen door de veronderstelling, dat we toch ook in de vroedvrouw al een „paramedische accoucheur“ hadden. Die veronderstelling berust op een vergissing: de vroedvrouw valt helemaal niet onder de wet op de paramedische beroepen, maar onder de wet op de uitoefening van de geneeskunst. Zij heeft een in of krachtens de wet omschreven bevoegdheid zelfstandig „geneeskunst“ uit te oefenen. Zij valt zoals men weet ook onder de medische tuchtwet (terwijl zij, die onder de wet op de paramedische beroepen vallen een krachtens die wet eigen disciplinaire rechtspraak hebben).

Eigenlijk is, medisch-ethisch gezien, de kern van de visie van Enschedé, dat hij de abortus in de taboe- en strafwetsfeer wil houden, zij het niet meer als misdrijven tegen het leven, maar tegen de zeden.

Knegsel, 16 augustus 1970

Dr. Mr. Dr. W. Schuurmans Stekhoven

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft besloten tot het instellen van een Vaste Commissie van Advies en Bijstand betreffende de Verpleging. Deze commissie is inmiddels samengesteld uit 21 vertegenwoordigers van de overheid en van particuliere zijde, waarbij aan de verpleegkundigen een zeer ruime plaats is toebedeeld. De taakopdracht voor de commissie is leg en het voorbereiden van preadvie-omschreven als: „het plegen van over-zen voor de Raad inzake alle vraagstukken de intra-murale en de extra-murale verpleging betreffende". De commissie is onlangs geïnstalleerd door de voorzitter van de Centrale Raad, Dr. H. Festen, die zelf het voorzitterschap zal bekleden. Twee werkgroepen zullen rapport uitbrengen over de taak van de verpleegkundige in de verschillende facetten der verpleging en over de plaats van de verplegende in het ziekenhuisgebeuren. De instelling van de nieuwe commissie was reeds door de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid in de Tweede Kamer aangekondigd.



Bij de Stichting Studenten Gezondheidszorg wordt in het vervolg ook de vriend of vriendin van een studerende meeverzekerd. Dit blijkt uit een bericht in Het Vrije Volk van 11 augustus jongstleden. Niet alleen de wettige partner van de Nederlandse student kan bij de SSGZ worden meeverzekerd, ook de vriend of vriendin waarmee wordt samengewoond mag voortaan genieten van de faciliteiten van de stichting, een landelijke instelling waarbij nagenoeg alle studenten in ons land zijn verzekerd. De SSGZ deelt mee, dat zij tot de conclusie is gekomen, dat indien twee mensen op serieuze basis samenwonen de SSGZ-voorzieningen moeten gelden als was er sprake van een gezin. De enige voorwaarde, die wordt gesteld, is dat de mee te verzekeren persoon zijn of haar naam en overige gegevens opgeeft. De stichting is tot haar beslissing gekomen door het veranderde leefpatroon van vele studenten. In vele gevallen leeft de Nederlandse student eerst geruime tijd samen, voordat hij trouwt — als hij al trouwt. De SSGZ verklaart haar houding uit de wens, niet de moraal-theoloog te willen uit- hangen. Tot nu toe is dit voorbeeld door geen enkele andere verzekerings- maatschappij gevolgd, aldus Het Vrije Volk.

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, penning- meester; G. A. C. Bosch, Am- sterdam.

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 on- der nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven

de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van rede- nen worden geweigerd.

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

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

Oplage: 16.400 exemplaren.

Druk: Verweij Mijldrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Adressen: K.N.M.G. (secretari- aat, boekhouding, ledenregister, enz.) - Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband - Lan- delijke Huisartsen Vereniging - Landelijke Specialisten Vereni- ging - Centraal College - Spe- cialisten Registratie Commissie - College voor Sociale Genees- kunde - Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie - Onder- linge Levensverzekering Maat- schappij 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 we- duwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Be- roepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021