



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

EIGEN RISICO

„Door het verplicht stellen van een redelijke, voor ieder te dragen bijbetaling voor zowel een huisartsenconsult als een eerste verwijzing naar een specialist (te denken valt bijvoorbeeld aan

f 2,50 respectievelijk f 10,—) kan overbodig gebruik van medische verrichtingen worden tegengegaan, hetgeen (door de daaruit voortvloeiende daling van de algemene kosten) uiteindelijk in een groter voordeel voor de verzekerden zelf resulteert” - zo heeft het Tweede Kamerlid mevrouw Mr. E. Veder-Smit geschreven in een door haar opgestelde „Discussienota volksgezondheid”, waaruit enkele fragmenten zijn weergegeven in M.C. no 37/1971. Er werd bij die weergeving dezerzijds reeds de aandacht op gevestigd dat de samenstelster in haar inleidende verantwoording tot deze nota constateert dat „in de reeks rapporten, die de V.V.D. de afgelopen jaren heeft gepubliceerd, tot dusver de volksgezondheid ontbrak”, een formulering, die doet vermoeden dat formeel sprake is van een door haar partij opgesteld stuk. Doch verderop in deze verantwoording keert de aanduiding „discussienota” weer terug en dat zal wel de juiste definitie zijn, omdat daar ook wordt gezegd dat de nota is opgesteld om de discussie binnen haar partij op gang te brengen.

Het dualisme in het woordgebruik is mogelijk symptomatisch voor de inhoud van het geschrift, want dat bevat naast bespiegelingen, die richting kunnen geven aan gedachtenwisselingen, ook positieve stellingnamen. Zo bijvoorbeeld, getuige de in de aanhef geciteerde zin, ten opzichte van het eigen risico voor de ziekenfondsverzekerden, waarin het overbodig gebruik van medische verrichtingen dan tevens als een vaststaand feit is binnengeslopen. Enigszins merkwaardig, want tevoren is het accent vooral gelegd op een mathematische methodiek

26e JAARGANG — No. 39 — 1 OKTOBER 1971

INHOUD

Eigen risico	999
The 25th World Medical Assembly	1001
„Psychotropic drugs in the world today” ..	1003
New York: een jaar vrije abortus	1008
Collega C. F. A. Heijen, bacterioloog te Tilburg	1009
Dr. E. H. M. A. Marres, K.N.O.-arts te Nijmegen	1011
Fiscale begeleiding van verplichte deelneming in een bedrijfs- of beroepspensioenregeling	1013
Begroting 1972 Volksgezondheid en Milieuhygiëne	1015
Begroting 1972 Wetenschappelijk Onderwijs en Wetenschapsbeleid	1017
Medisch rapport 1969-1970 Studentengezondheidszorg in Delft	1019
Wenselijkheid en mogelijkheden van de rode hond-inenting	1021
Opleiding huisarts, een Utrechts boekje ..	1022
Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (XIX)	1024
Van het hoofdbestuur:	
Richtlijnen ten behoeve van de uitvoering van abortus provocatus	1025
Universitaire berichten	1027
Brieven aan de redactie	1028
Varia	1028

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

Colofon op bladzijde 1030

ter financiering van de steeds stijgende kosten van de gezondheidszorg en daarbij wordt zeer terloops gezegd dat „de vraag rijst of een verplichte verzekering niet tot een veel gemakkelijker gebruik van medische voorzieningen leidt dan andere verzekeringen”. Hier is dan niet het stellen maar reeds het rijzen van vragen de beantwoording daarvan.

Deze discussienota roept herinneringen op aan het in 1963 verschenen rapport van de Teldersstichting. Ook daarin werd er van uitgegaan, dat er een medische overconsumptie bestond. Dit wetenschappelijk bureau van de V.V.D. wilde een eigen risico zien ingevoerd van f 150,— per jaar per gezin met twee kinderen, waarvan het gezinshoofd f 130,— per week zou verdienen. Ongeacht waardering al dan niet voor de door de Teldersstichting in 1963 — op basis van guldens 1963! — bepleitte invoering van een eigen risico, is daarbij in elk geval begrip ontplooid voor de consequenties van de invoering van een eigen risico voor de minst draagkrachtigen. Men mag zeker niet vermoeden dat een zodanig begrip mevrouw Veder-Smit vreemd is, maar moet het dan toch wel betreuren dat zij bij haar methodiek om de financiering van de kosten van de gezondheidszorg rond te krijgen dit aspect onbesproken heeft gelaten. Mogelijk doelt zij daarop wanneer wordt gesproken van een voor ieder „te dragen” bijbetaling, maar dan duwt het geven van de voorbeelden f 2,50 voor huisartsenconsult en f 10,— voor eerste verwijzing naar een specialist dat begrip toch te veel naar de achtergrond.

Het is dan ook niet verbazingwekkend geweest dat Dr. G. J. Bremer, huisarts en bijzonder lector in de huisartsgeneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden, naar de pen heeft gegrepen en in zijn door de N.R.C. Handelsblad (editie van 14 september) gepubliceerde brief vooreerst betoogt dat wetenschappelijk nooit een medische overconsumptie bij ziekenfondsverzekerden is vastgesteld, doch daarnaast er op wijst dat gezinnen met kleine kinderen en bejaarden meer medische bijstand van node hebben dan gemiddeld wordt geboden, dat dit evenzeer voor chronisch zieken geldt en dat het eigen risico op dezulken dus zwaar drukt. In een uitvoerige zeer kritische beschouwing ten opzichte van het genoemde in 1963 verschenen rapport van de Teldersstichting heeft Dr. J. C.



Uitvoerig programma en inschrijfformulier heeft men kunnen aantreffen in Medisch Contact nr. 24 van 18 juli l.l. Inschrijfformulieren kunnen ook worden aangevraagd bij het Secretariaat van het Ledencongres: Bureau Congreszaken der gemeente Rotterdam, Kruisplein 30, Rotterdam, telefoon 010-142911.

van Es in M.C. no 27/1963 al naar voren gebracht dat ziekten niet gelijkmatig over het leven zijn verdeeld maar in „clusters” optreden, samenhangend met leeftijd en met de psychische en sociale omstandigheden waaronder wordt geleefd; hetgeen betekent dat de risicoverdeling zeer ongelijkmatig is.

Uit een en ander volgt dat een pleit om zo spoedig mogelijk te beginnen met experimenten tot invoering van een eigen risico in de ziekenfondsverzekering meebrengt dat men zich dan bovendien nog spoediger — vóór aanvang van enig experiment — nauwkeurig rekenschap zal moeten geven van de schade of nadelen, die voor sommige groepen patiënten uit experimenten kunnen voortvloeien. Experimenten kenmerken zich door het risico dat daaraan inherent is. Men gaat er bij voorkeur niet spoedshalve doch na veel voorbedachte rade toe over.

v.M.

The 25th World Medical Assembly

De 25e jaarlijkse Algemene Vergadering van de World Medical Association werd dit jaar gehouden van 12 tot 18 september te Ottawa.

De officiële opening werd verricht door de burge-meester van Ottawa. Dit was niet het enige teken van „officiële” belangstelling voor de World Medical Assembly. Integendeel, ook de Canadese minister J. Munzo van National Health and Welfare, richtte zich tot de Algemene Vergadering. Hij deed dit met een rede, waarin hij de ontwikkeling beschreef van de medische verzorging in Canada en aandacht vroeg voor het werk van de staatscommissie voor het niet-medisch voorgeschreven gebruik van geneesmiddelen en drugs. Tijdens een receptie, aangeboden door de provinciale overheid, sprak voorts de minister voor Gezondheidszorg van Ontario. Het was een bijzonder te waarden gesten van de Nederlandse ambassadeur in Canada, dat de Nederlandse delegatie van de W.M.A. voor een lunch te zijnen huize werd uitgenodigd.

In hoofdzaak heeft de Algemene Vergadering zich beziggehouden met het gebruik en misbruik van psychotropische middelen. De inleidende voordracht werd gehouden door collega Vossenaar (zie blz. 1003 van dit nummer). Deze benaderde het drug-probleem, zoals artsen gewend zijn dit te doen, vanuit de gezichtspunten van de onderzoekdiagnose en de behandeling. Sprekers uit Europa, het Midden-Oosten, de Verenigde Staten en het Verre Oosten gaven een overzicht van de problemen, samenhangend met het druggebruik in hun landen. Veel aandacht werd besteed aan de zorg en de behandeling van verslaafden zowel in als buiten het ziekenhuis. Gewezen werd op de moeilijkheid met deze patiënten in contact te komen. Wij zullen op een aantal van deze voordrachten nader terugkomen in volgende nummers van Medisch Contact.

Een tweede onderwerp waarvoor de aandacht van de World Medical Assembly werd gevraagd, was het gebruik van medische hulpkrachten. Prof. F. Romas-

RESOLUTIES W.M.A. 1971

„Psychotropic agents in the world today”

„Whereas there is considerable concern among the people of the world, their government, and members of the medical profession about the misuse of psychotropic drugs and their effect on both individuals and society, and

„Whereas the medical profession of the world has a special responsibility to advise their governments and the public on the beneficial and non-beneficial uses and effects of both prescribed and non-prescribed drugs, some of which effects may include dependency or be specifically detrimental to the physical and/or mental health of the users,

„Be it resolved that the Council of W.M.A. through its appropriate Committee be asked to prepare a statement on this subject which may be presented to the earliest possible Assembly meeting, and

„Be it resolved that such statement should consider transcultural factors and should include assessments of medical and non-medical uses of psychotropic drugs, their effects of any known nature on the individual and/or society, and an assessment of existing medical and social responses and of the effects of legislative actions directed towards the control or reduction of psychotropic drug misuse.”

„Be it resolved that this Assembly recommends that governmental actions, both national and inter-

national, regarding psychotropic drugs, be predicated on a scientific basis following adequate consultation with qualified representatives of medical and other relevant professional disciplines.”

*
**

„Whereas a large proportion of drugs which are at present being abused are those which belong to the amphetamine group, and

„Whereas the source of illegal supply is often either theft from pharmacies or by means of falsified prescriptions, and

„Whereas there is some danger of iatrogenic addiction following legitimate prescribing, particularly among women for slimming purposes, and

„Whereas modern medical opinion is of the view that amphetamines have a very limited place in the pharmacopoea,

„Be it decided that the World Medical Association invites its member associations to call on their members to discontinue prescribing these substances to their patients (except for the very few diseases for which they are essential in treatment) and to invite pharmacists to discontinue stocking these substances, and to recommend to manufacturers that they limit their production to therapeutic needs.”

hov uit Moskou, lid van de Russische delegatie, die als toehoorder aanwezig was, beschreef de opleiding en werkzaamheden van de ruim 400.000 medische hulpkrachten („feldschers”) in Rusland, van wie ongeveer 100.000 betrekkelijk zelfstandig medisch werk verrichten. Aangezien er een toenemende behoefte blijkt te bestaan aan medische hulpkrachten, is aan de W.M.A. opgedragen de opleiding en werkzaamheden van deze krachten nader te bestuderen.

De laatste dag van de vergadering was gewijd aan het formuleren van een groot aantal resoluties. Een drietal (inmiddels aangenomen) resoluties met betrekking tot het druggebruik vindt de lezer hierbij.

Last but not least zij vermeld, dat Prof. Dr. Th. Vossenaar met algemene stemmen is gekozen als voorzitter van de 26e World Medical Assembly, die in september 1972 in Amsterdam zal worden gehouden.

B.

Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling

„WONEN EN WELZIJN”

Het traditionele Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling, dit jaar gewijd aan het onderwerp „Wonen en Welzijn” zal worden gehouden op woensdag 10 november 1971 in de Grote Zaal van het Internationaal Congrescentrum R.A.I. te Amsterdam.

Het congres zal worden geopend door de voorzitter Prof. Dr. P. Muntendam. Prof. Dr. C. J. B. J. Trimbos, hoogleraar in de preventieve en sociale psychiatrie aan de Medische Faculteit te Rotterdam zal dan spreken over „Gezondheid en wonen”. Mevrouw Ir. J. H. Mulder, voormalig hoofd van de dienst Stadsontwikkeling te Amsterdam houdt daarop een voordracht getiteld: „Wonen en welzijn vanuit de gezichtshoek van de stedenbouwkundige planning”. Na een koffiemaaltijd zal Drs. P. C. W. M. Bogaers, oud minister van volkshuisvesting en bouwruimte, thans voorzitter van het Gewest Gooiland, spreken over „Bestuurlijke besluitvorming ten behoeve van wonen en welzijn”.

De kosten van deelneming aan het congres bedragen zowel voor leden als voor hen, die geen lid zijn f 6,—. Hierin is de prijs voor de koffie bij de ontvangst en garderobe begrepen. Voor deelname aan de koffiemaaltijd is f 11,— (incl. bediening, etc.) verschuldigd.

De teksten van de gehouden inleidingen en de inhoud der gevoerde discussies zullen worden gepubliceerd in het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde. De leden ontvangen deze publikatie gratis in de vorm van een overdruk als „Handelingen van het Congres”. Voor niet-leden, die een dergelijk exemplaar van deze „Handelingen” wensen te ontvangen, bestaat de mogelijkheid deze te bestellen voor de

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

zijn voor leden van de Maatschappij verkrijgbaar op het Bureau der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. De prijs van het Maatschappij-embleem (Internationaal model), vervaardigd van astralon, is f 1,—. Ook is verkrijgbaar een embleem van plak-plastic à f 0,50. Men wordt verzocht bij bestelling de kosten te voldoen door overschrijving op postgiro 58083 der Maatschappij.

prijs van f 7,50 per stuk. Hetzelfde geldt voor leden die meer exemplaren wensen te ontvangen.

Men wordt dringend verzocht vóór 30 oktober aanstaande in te schrijven en het verschuldigde bedrag tegelijkertijd te storten op gironummer 138160 ten name van de Secretaris-Penningmeester van het Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling te Haarlem. Voor het verkrijgen van nadere inlichtingen kan men zich dagelijks van 9.00 tot 12.30 uur en van 14.00 tot 17.30 uur wenden tot de administrateur, de heer W. J. Mennes, p.a. Paviljoenslaan 9, Haarlem, tel. 023-31 70 50.

„De geestelijke verzieking” van het Nederlandse volk

*Antwoord aan J. R. van Reekum,
Studentenarts te Delft*

In antwoord op de reactie van collega Van Reekum in het nummer van 10 september j.l. (1971/36, pag. 934), wijs ik erop in mijn artikel „Geestelijke verzieking, enz.” geen moment kritiek te hebben gehad op het Jaarverslag van de Stichting Gezondheidszorg voor Studenten van de T.H. te Delft, evenmin als ik kritiek heb gehad op enige andere door Prof. Trimbos op pagina 12 en 13 van zijn oratie genoemde bron. Ik dacht daarover in mijn betoog geen misverstand te hebben laten bestaan. Wat het voorbeeld van de Delftse studenten betreft ging mijn bezwaar uitsluitend tegen het gebruik door Prof. Trimbos van wat ik in mijn antwoord aan hem noem „informatie-versluisde” percentages. Anders gezegd: ik maakte bezwaar tegen het lichten uit dat verslag — „peuren” zoals collega Van Reekum dat noemt — van een halve waarheid, die, door de suggestie die er van uitgaat, gemakkelijk misleidend heeft kunnen werken op de toehoorders en latere lezers van Prof. Trimbos' oratie. Als collega Van Reekum mijn artikel met iets meer dan oppervlakkige aandacht had gelezen, dan zou hij zich de verdediging van het Jaarverslag, waarop ik hoegenaamd niets had aan te merken, ongetwijfeld hebben bespaard.

Dr. Meindert J. W. de Groot

„PSYCHOTROPIC DRUGS IN THE WORLD TODAY”

**Inleiding door K.N.M.G.-voorzitter Prof. Dr. Th. Vossenaar
gehouden op de 25ste Algemene Vergadering
van de World Medical Association in Ottawa**

Toen ik uw uitnodiging ontving om te spreken over het onderwerp „psychotropic drugs in the world today” heb ik geaarzeld en mij afgevraagd of ik wel de meest aangewezen persoon was om dit zo moeilijke onderwerp bij u in te leiden. Uit het feit dat ik mijn aarzeling heb overwonnen, u positief heb beantwoord en thans derhalve voor u sta, mag u niet afleiden dat ik mij bij uitstek deskundig acht. Ik meende echter, uw uitnodiging aanvaardend, dat de woorden van de politicus Sir Alex Douglas Home, sprekend over zijn metier, met modificaties op onze professie zou kunnen worden overgebracht. Sir Alec zei: „There are two problems in my life. The political ones are insoluble and the economic ones incomprehensible”. Vervang „politiek” door „medisch” en „economisch” door „sociaal” en er ontstaat een verklaring, die de meesten onzer bereid zullen zijn te onderschrijven”. Maar tegelijkertijd relativiseert dat de positie van de gene die deze problematiek moet inleiden. En deze relativisering indachtig heb ik deze uitnodiging aanvaard.

Een algemene inleiding op het onderwerp van deze bijeenkomst „Psychotropic drugs in the world today” is met het oog op de beschikbare tijd, naar mijn mening het meest zinvol, wanneer ik mij beperk tot het geven van een overzicht rond de problematiek van gebruik en misbruik rond deze psychotropic agents. Het lijkt mij nuttig deze problematiek zo in te delen, dat daarin richtlijnen en kapstokken — „points of contact” — kunnen worden gevonden voor de discussie. Bij een dusdanig gecompliceerd vraagstuk is een multidimensionele benadering vereist, een benadering die evenmin kan worden losgemaakt van problematiek van algemeen maatschappelijke aard. Tenslotte wordt de problematiek nog extra bemoeilijkt door de voortdurende ontwikkelingen rond het druggebruik, zowel wat de aard en omvang ervan betreffen, alsook de wisselende opvattingen hierover. Van toepassing zijn de woorden, die men vindt in Alice in Wonderland: „We have to run fast in order to stay in the same place!”

Wanneer ik dit betoog als publikatie zou hebben ingediend, zou ik het een motto hebben meegegeven. Ik wil dat hier nu citeren, omdat hier voor mijn gevoel in simpele bewoordingen wordt aangegeven wat de diepste problematiek is waardoor uiteindelijk ons hele denken en handelen zal worden beïnvloed. Het is een aanhaling uit een toneelstuk van Holberg: „Everyone says that Jeppe drinks, but no one says why Jeppe drinks.”

Op de van 12 tot 18 september in Ottawa gehouden 25ste Algemene Vergadering van de World Medical Association is het thema „Psychotropic drugs in the world today” aan de orde geweest. Aan Prof. Dr. Th. Vossenaar, voorzitter van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, werd de uitnodiging gericht de aan dit onderwerp gewijde studiedag in te leiden. Hoewel hij zich terzake niet specifiek deskundig achtte heeft Prof. Vossenaar aan deze uitnodiging willen voldoen. De vertaling — met behoud van enkele fragmenten in de oorspronkelijke tekst — van hetgeen de voorzitter der Maatschappij Geneeskunst vóór zijn vertrek naar Canada als een vrijwel definitief concept voor zijn inleiding aan de redactie M.C. afstond, treft men hiernaast aan.

Het is ter wille van de duidelijkheid nodig de aandacht te vestigen op enkele begrippen en termen, die wij bij ons onderwerp herhaaldelijk ter sprake willen brengen.

Drug: „Any substance that, when taken into the living organism, may modify one or more of its functions.”

Drug abuse: „Persistent or sporadic excessive drug use inconsistent with or unrelated to acceptable medical practice.”

Drug dependence: „A state, psychic and sometimes also physical, resulting from the interaction between a living organism and a drug, characterized by behavioural and other responses that always include a compulsion to take the drug on a continuous or periodic basis in order to experience its psychic effects, and sometimes to avoid the discomfort of its absence. Tolerance may or may not be present. A person may be dependent on more than one drug.”

Physical dependence capacity: „The ability of a drug to act as a substitute for another upon which an organism has been made physically dependent, i.e., to suppress abstinence phenomena that would

otherwise develop after abrupt withdrawal of the original dependence-producing drug."

De definitie van drug is moeilijk. De definitie van de World Health Organization, hier gebruikt, is een praktische.

Indien men wil gaan omschrijven kan men spreken van middelen met somatische en psycho-(farmacologische) effecten, die bij de consument een beleving van de realiteit modificeren en die worden gebruikt om in een verbeterde toestand van welbevinden te geraken, hetgeen inhoudt dat er tijdelijk veranderingen optreden in bewustzijn, waarnemen, manier van denken, stemming en gevoelens.

De Nederlandse farmacoloog Noach benadert het iets anders: „Het gebruik van in farmacologische zin werkzame middelen als genotmiddelen wanneer deze toepassing niet binnen het heersende cultuurpatroon past." De term drugs verwijst dan niet zozeer naar de farmacologische aspecten als wel naar een waarde-oordeel, dat vanuit de samenleving over het gedrag van een ander wordt geveld.

Deze verwijzingen tonen aan hoe uiteenlopend het begrip drugs kan zijn, afhankelijk van welke kant men het beschouwt. Het is duidelijk dat bij objectieve en ruime interpretatie koffie, alcohol en tabak tot de stoffen behoren, die binnen deze definitie vallen. Het is in beginsel daarom onjuist het begrip drug gelijk te stellen met narcotics.

Drugs kunnen als therapeutisch medicament worden voorgeschreven maar ook buiten medisch voorschrift om worden gebruikt. De meeste thans frequent in omloop zijnde drugs spelen in de geneeskunde geen rol van betekenis. De neiging om de realiteit van elke dag te ontvluchten is zo oud als de mensheid zelf. Men kan, men ik, veilig zeggen dat voor de meeste mensen een leven zonder thee, tabak, koffie of alcohol moeilijk te verdragen zou zijn. De behoefte om langs deze weg te komen tot een staat van welbevinden of tot het ondergaan van uitzonderlijke belevenissen heeft al eeuwen een rol gespeeld. Het is niet het zoeken naar een vergetelheid door middel van roesmiddelen dat als het meest zorgwekkende moet worden beschouwd, binnen de huidige ontwikkelingen; het ernstig verontrustende is de naar het lijkt in omvang steeds groeiende groep van jongeren, die min of meer regelmatig drugs gebruiken en die de neiging hebben, om voor zover zij hun heil — onrustbarend genoeg — aanvankelijk zochten in alcohol, dit in te wisselen of aan te vullen met druggebruik.

Onze samenleving is bezig zich te ontwikkelen tot een „drug taking and drug-minded society". Van wezenlijke betekenis is daarbij dat het in belangrijke mate gaat om mensen, die zich in de kwetsbare groeifasen van het leven bevinden (puberteit, adolescentie), fasen, die worden gekenmerkt door een hoge mate van psycholabiliteit, makkelijke beïnvloedbaarheid, weinig kritiek tegen misleiding en beladen met identiteitsproblemen. In deze fase bestaat tevens de neiging tot de groepsvorming en het scheppen van een eigen subcultuur.

Overigens moet wel worden opgemerkt, teneinde bij voorbaat te vermijden dat het begrip drug te éézijdig wordt geïnterpreteerd, dat bijvoorbeeld het alcohol misbruik door jeugdige mensen in tal van landen, waaronder ook Nederland en Zweden, bepaald niet mag worden onderschat.

De omvang van het druggebruik is enorm. Wanneer men koffie, thee en tabak meerekent als soft drugs is vrijwel de gehele populatie van de wereld als druggebruiker aan te tekenen. Laten wij die echter buiten beschouwing dan geven betrouwbaar geachte schattingen aan, dat er ongeveer 300 miljoen kauwers zijn van colanoten, betelnoten, pepers, cocabladeren. Er zijn 30 miljoen chronische alcoholisten; 300 miljoen hennepokers en 400 miljoen verslaafden aan opium en daarvan afgeleide middelen. En dan gaat het hier alleen nog maar om mensen die deze frequent en chronisch gebruiken.

Ik geloof dat het goed is te bedenken, dat het beeld, dat wij ons vormen omtrent de vormen en omvang van het druggebruik, wat wordt vertekend door de aan bepaalde middelen en met name aan cannabisprodukten geschonken selectieve aandacht. Het lijkt alsof onderzoek naar werking, bijwerking, dosering enz. van de cannabis pas goed op gang is gekomen nadat het gebruik op grote schaal in de wereld opgang heeft gemaakt.

Over de effecten en betekenis van sommige drugs bestaat geen verschil van mening. Laten wij de zaken eerlijk stellen: de discussie gaat voor 90 procent over cannabis. Deze discussie is emotioneel beladen. Wie tegen is is een paternalist, wie voor of althans niet tegen is, is een radicaal. Ik meen dat dit tevens het punt is om enkele opmerkingen te maken over het begrip soft- en hard drugs, dat vooral is geïntroduceerd naar aanleiding van de discussie over de cannabis produkten. Deze begrippen zijn onnauwkeurig gedefinieerd en dit is de voornaamste aanleiding tot de verwarring, die is ontstaan over drugs en in het bijzonder over de vraag of marijuana tot de soft of tot de hard drugs moet worden gerekend. De begrippen soft en hard kunnen voor tenminste drie verschillende eigenschappen van een psychopharmakon worden gebruikt:

1. De ernst van de opgewekte psychische verschijnselen. Hier spelen dosering en individuele gevoeligheid een rol.
2. Het vermogen van het pharmacon de lichamelijke of psychische gezondheid van het individu duurzaam te schaden. Hier zijn vooral duur van het gebruik en de dosering van belang.
3. De mate waarin regelmatig gebruik van het pharmacon tot lichamelijke afhankelijkheid voert.

De termen soft en hard zijn alleen dan bruikbaar, wanneer men duidelijk aangeeft wat men eronder verstaat. Het is te betreuren en misleidend het begrip soft te willen identificeren met ongevaarlijk. Het zal duidelijk zijn dat voor de afzondering van de cannabis producten in de groep van de soft drugs nog geen wetenschappelijk aanvaarde ba-

sis kan worden aangevoerd. Daar het effect niet alleen aan de samenstelling van de drug maar ook aan de *gebruikswijze* is gebonden, heeft men wel voorgesteld te spreken van „soft” en „hard” use.

Om de vraag te beantwoorden of bepaalde drugs al dan niet gevaarlijk zijn, moet niet alleen de schade per individu maar ook het totale aantal individuen dat schade ondervindt in de beschouwingen worden betrokken. Drugs als heroïne, aldus de Nederlandse farmacoloog Ariëns, zijn juist doordat zij zo sterk verslavend zijn voor de gemeenschap minder gevaarlijk. De werking ervan is zo duidelijk desastreus dat dit afschrikwekkend werkt, zelfs op degenen die liberalisatie voorstaan. De overheid ondervindt bij het nemen van maatregelen tegen deze stoffen geen grote weerstand. De zogenaamd minder schadelijke drugs als marihuana zijn veel gevaarlijker door de grote aantallen individuen die erbij betrokken raken.

Er kan geen twijfel bestaan of de ellende, teweeggebracht door alcohol en de schade toegebracht aan de gezondheid door excessief roken zullen in de westerse wereld groter blijven dan de schade veroorzaakt door drugs zoals morfine of heroïne. Er is echter geen reden om te veronderstellen dat marihuana hierop een uitzondering zal vormen. Daarbij kan niet onvermeld blijven dat het allerm minst zeker is dat er irreversibele schadelijke effecten kunnen optreden. Het is te betreuren dat er op dit moment onvoldoende wetenschappelijk goed gefundeerde gegevens beschikbaar zijn omtrent de toxiciteit van chronisch gebruik van cannabis producten. Men moet zich realiseren, dat het evalueren van de effecten van chronisch gebruik vele jaren in beslag kan nemen.

Nog één woord over terminologie. In het licht van de opvatting, dat vrijwel alle mensen in onze cultuur druggebruikers zijn, boet de term als zodanig veel van zijn betekenis in en krijgt het discriminerende aspect van de term een relatief karakter. Ik geloof dat het van wezenlijke betekenis is om deze begrippen te ontdoen van emotioneel belastende, discriminerende aspecten — moet wij ons als artsen niet onthouden van discriminatie? — en spreken van druggebruik en drugmisbruik. De term „gebruik” ontleent zijn betekenis aan beperkte toepassing met effecten, die geacht kunnen worden nog binnen het kader van ons bestaande cultuurpatroon te vallen. De Groningse hoogleraar Van Dijk heeft gesteld dat het niet mogelijk is een enkele oorzaak aan te wijzen voor druggebruik en misbruik. De factoren, die hier van overheersende betekenis schijnen, zijn:

1. De aard en het farmacologisch effect van de drugs, afhankelijk van de categorie, waartoe zij behoren en die kunnen worden onderscheiden in drugs met een rustgevend effect, drugs die bepaalde psychische functies activeren (wekaminen) en psychedelische drugs, die bepaalde psycho-pathologische verschijnselen veroorzaken in de sfeer van de gevoelswereld of de bewustzijnsbeleving

2. De persoonlijkheidsstructuur van de gebruiker

3. De sociale betekenis en waarde van een drug

4. Bijkomende factoren die zowel een positieve als een negatieve invloed kunnen uitoefenen.

In het individuele geval zal het druggebruik worden beïnvloed door een wisselwerking van factoren. Het is dan noodzakelijk tot een nauwkeurige analyse te komen van deze factoren om te kunnen geraken tot een diagnose, tot een prognose en tot therapeutische maatregelen. Alleen wanneer inzicht is verkregen in het complexe systeem van factoren is het mogelijk daaraan een adequaat en verantwoord preventie-program tegenover te stellen.

Sprekend over de oorzaken van druggebruik heeft men sterk de neiging om te simplificeren door te verwijzen naar bijvoorbeeld stoornissen in de persoonlijkheidsstructuur, gestoorde gezinsrelaties, slechte economische omstandigheden enz., om die als belangrijkste verklaringen te hulp te roepen. Er zijn echter teveel gevallen, die daarop uitzonderingen blijken te vormen. Men kan beter en voorzichtig formuleren door te zeggen dat deze factoren samenhangen met druggebruik, maar dat het wel zeker is dat er ook andere factoren in het spel zijn. Daardoor wordt de problematiek alleen maar moeilijker en evenzo uiteraard de mogelijkheid om met succes deze problematiek te beïnvloeden.

1. Beginnend met de anamnese van het druggebruik: hoe en waarom komt iemand daartoe? Als oorzaken zijn te noemen:

a. *Nieuwsgierigheid*. Deze nieuwsgierigheid kan zijn ontstaan door contact met andere druggebruikers, ook b.v. door publicaties. Het is de vraag of de grote publiciteit, die aan het drugprobleem wordt gegeven, wel wenselijk is in verband met de beperking van het druggebruik die we na willen streven.

b. *Negativisme*. Ten opzichte van ouderlijk gezag/maatschappij respectievelijk het establishment en de bij het establishment horende genotmiddelen. Dit negativisme kan zich uiten op tweeërlei wijze:

— een vluchtreactie met vereenzaming, waarbij de behoefte wordt gevoeld, zo nodig tot een hoge prijs, te gaan behoren tot een aparte groep, een sub-cultuur.

— het negativisme kan zich ook ontladen in agressiviteit in de vorm van zelf-destructie of van subversieve acties ten opzichte van de gemeenschap.

c. De wens lichamelijk meer te kunnen (stimulants, de amfetaminen) of geestelijk op een hoger niveau te functioneren (bewustzijnsverruimende middelen) of zich te onttrekken aan als ondraaglijk gevoelde zorgen, spanningen, frustraties, remmingen of gevoelens van lichamelijk onbehagen.

Uit deze opsomming blijkt de verwevenheid van somatische, psychische en sociale prikkels tot druggebruik.

Hoewel aan de pre-existente gezondheid en stabiliteit van de potentiële gebruiker uiteraard een be-

langrijke rol moet worden toegekend, wijst een groot aantal publikaties tevens op het overwegen van de sociale factor. Het komen tot druggebruik van vele jongeren wordt toegeschreven aan hun onbehagen over de mogelijkheden respectievelijk onmogelijkheden van onze samenleving en het vermeende gebrek aan een voor hen aanvaardbare plaats daarin.

II. *Onderzoek.* In deze fase worden wij dus geconfronteerd met de vraag: Is er een patiënt en zo ja, wie? De druggebruiker? De misbruiker of de samenleving? Voor zover het onderzoek van drugge- of misbruik aan de geneeskunde toevalt rijst de vraag, of wij, gezien de multiconditionele aspecten, over voldoende kennis en onderzoeksmethodiek beschikken voor het stellen van de diagnose. De actuele conditie van de gebruiker, zijn psychische constitutie, zijn gezondheid, zijn sociale omgeving en de scene bepalen in belangrijke mate hoe hij op een bepaald druggebruik reageert.

Ten aanzien van de aard van de dosering, wijze en frequentie van gebruik wil ik slechts een enkele opmerking maken. Voorzover ik de moeilijkheden en het gevaar kan overzien schuilen deze in onbekendheid met, respectievelijk onvoldoende kennis van, de werkzame componenten, de relatie tussen dosis en effect in het algemeen en in het individuele geval. Hierbij zijn van betekenis de gebruikte hoeveelheid, de zuiverheid, de mate van cumulatie, de werkzaamheid van combinaties en het potentiërend effect daarvan en de invloed van andere omstandigheden zoals de scene.

Wat ons medici bijzondere zorgen baart, is het ongecontroleerd gebruik van hoge doseringen voornamelijk door middel van injecties, waarbij infecties en luchtemboliën de nadelige gevolgen van de drug compliceren.

„Wellicht, maar ten onrechte hebben de cannabis preparaten en alcohol zich het adagium „soft drug” kunnen verwerven doordat de mogelijkheid in principe aanwezig is om de dosering zo individueel te regelen, dat men de gewenste werking nauwkeurig zelf kan bepalen. Dit geldt mijns inziens ook overigens voor opium. Voor een dergelijke wijze van doseren is het uiteraard nodig, dat men de werkzaamheid van de componenten kent.

Aan deze laatste voorwaarde wordt zelden voldaan. Enerzijds is er de slordigheid van de gebruiker, anderzijds de onmogelijkheid om controle uit te oefenen in de zwarte handel op de kwaliteit en de zuiverheid van het geleverde product. Kwaliteitscontrole, voorzover technisch mogelijk, is een sterk argument van degenen, die zich uitspreken voor het eventueel onder overheidstoezicht liberaliseren van de handel in cannabis producten.

In het begin van mijn betoog heb ik al enkele grove cijfers genoemd over het aantal mensen dat drugs gebruikt. Wat betreft cannabisgebruik schat men dat tenminste 300 miljoen mensen over de gehele wereld regelmatig hiermee in aanraking komen. In de U.S.A. variëren de taxaties van het percentage High School en University students dat er-

varing heeft met cannabis, van 20 tot 80 procent. Het percentage frequente gebruikers echter blijft hier aanzienlijk onder. De hoogte van de getallen in de West-Europese landen lijkt direct proportioneel te zijn tot de intensiteit waarmee het probleem onderzocht is, hoewel er wel enkele landen zijn aan te wijzen, die boven de rest uitsteken, zoals bijvoorbeeld Zweden en mogelijk ook Nederland. In 1968 is in Nederland een onderzoek gedaan naar het druggebruik. Daartoe zijn kwantitatieve gegevens verzameld betreffende 958 druggebruikers, dit zijn mensen die tenminste één klandestiene drug gebruiken. Uit dit onderzoek is onder meer het volgende gebleken:

De stoffen, die het meest worden gebruikt, zij het in de meest verschillende combinaties en frequenties, blijven hashish, LSD, opium en amfetamine te zijn. Het gebruik van deze stoffen is rond 1960 op gang gekomen en sindsdien gestadig toegenomen. Het druggebruik is ongeveer gelijktijdig in alle grote steden opgekomen en heeft zich zeker niet verspreid vanuit één plaats, in casu Amsterdam. Hashish en LSD hebben de snelste ontwikkeling door gemaakt. Van een explosieve ontwikkeling is echter — ook voor deze stoffen — tot nog toe niets gebleken.

De gemiddelde leeftijd van de druggebruikers blijkt rond de 23 jaar te liggen. Meer mannen dan vrouwen beginnen met het druggebruik; de verhouding mannen: vrouwen is 3 : 1. Bijna $\frac{3}{4}$ komt uit de middelbare (43%) of hogere (26%) milieus.

Het gebruik komt op alle schooltypen voor, met uitzondering van het lager onderwijs; het accent ligt op de universiteiten en academies voor beeldende kunsten. Bijna de helft van de druggebruikers geeft op bepaalde werkzaamheden te verrichten op full-time of free-lance basis (42%); 28% is bezig met de één of andere studie; 13% verricht naast de studie nog bepaalde werkzaamheden 17% werkt of studeert niet.

Een hoger totaalgebruik van LSD, opium en amfetamine blijkt samen te hangen met een gebrek aan sociale oriëntatie, dat wil zeggen geen werk of studie, afgebroken schoolopleiding, afgekeurd wegens instabiliteit. Een zwaarder gebruik van LSD daarentegen hangt samen met factoren als: hoogste inkomen, hoogste opleiding en hoogste positie van de vader.

Wanneer mensen een bepaalde stof gaan gebruiken betekent dit nog niet dat zij dit ook op regelmatige basis gaan doen. Velen stoppen langere tijd met het gebruik, anderen stoppen definitief. Hoe riskanter het middel, hoe meer mensen definitief met het gebruik stoppen. De redenen om met het gebruik te stoppen zijn zeer gevarieerd. Waarschuwingen in de pers of het besef dat het middel verboden is, blijken géén redenen te zijn om met het gebruik te stoppen.

Van degenen die definitief met het gebruik van LSD stoppen heeft 83% het na 10 maal wel bekeken. Slechts 14% houdt het bij één LSD-ervaring. Er

zijn grote en systematische verschillen tussen degenen, die met het gebruik van hashish, LSD of opium stoppen en degenen die ermee doorgaan. De laatste bouwen als het ware een hele wereld om dit verdergaande druggebruik heen.

Bij discussie omtrent de effecten van cannabis verwijzen vele onderzoekers naar de ervaringen in het Midden Oosten, Turkije, Afrika en India, o.a. met betrekking tot de zogenaamde cannabis psychose. De betekenis van deze diagnose verliest echter van zijn waarde doordat de wetenschappelijke benadering niet voldoende gefundeerd blijkt te zijn. Het gaat vaak om gevallen, waar meerdere drugs worden gebruikt terwijl bovendien de slechte lichamelijke conditie van deze mensen mede een rol speelt. In landen als Mexico, Libanon, komen sterke reacties en psychotische toestanden nauwelijks voor. Tenslotte moet men bedenken, dat de omvang dosering en duur van het gebruik in landen als Noord-Afrika en India wel groter zijn dan in de Westerse landen. Onderlinge vergelijkingen zijn derhalve zeer gevaarlijk.

III. *Diagnose*. Met het oog op de tijd wil ik hier geen aandacht aan besteden, maar volstaan met erop te wijzen dat een deel van de gevallen zich uiteraard aan onze gezichtskring onttrekt omdat hier zelden of nooit een deraillement in het druggebruik optreedt. Tot deze groep horen de experimenteerders, bij wie het tot incidenteel gebruik blijft en de zogenaamde geïntegreerde gebruikers die een drug als genotmiddel in hun levenspatroon hebben weten op te nemen. Deze groepen presenteren zich als patiënten. Het is natuurlijk wel mogelijk dat de geïntegreerde gebruiker problemen gaat geven als de toegang tot de drugs voor hem wordt geblokkeerd.

IV. *Therapie* - de moeilijkste paragraaf. Vele vragen dringen zich op: a. Is er sprake van een behandelbare ziekte?; b. beschikken wij over causale behandelingsmethoden of kunnen wij alleen maar symptomen bestrijden?; c. hebben wij het recht druggebruikers te behandelen?; d. zo ja, op wiens weg ligt dat?

Ik ben ervan overtuigd, dat verscheidene van deze aspecten gedurende onze discussies ter sprake zullen komen en ik wil volstaan met een aantal min of meer algemene opmerkingen.

De toelaatbaarheid van een genotmiddel hangt af van de risico's die het gebruik meebrengt enerzijds voor de gebruiker, anderzijds voor de gemeenschap. De gevaren die het individu bedreigen zijn ten aanzien van sommige drugs genoegzaam, ten opzichte van anderen niet ten volle bekend. Men kan erover twisten of het op de weg van de overheid ligt, het individu tegen zichzelf te beschermen en of niet kan worden volstaan met voorlichting, waarbij op de risico's en gevaren wordt gewezen. Ik ben van mening, dat er geen verschil van inzicht kan bestaan over de opvatting, dat de overheid een taak heeft met

betrekking tot bescherming van de gemeenschap wanneer die, waar dan ook, wordt bedreigd door een druggebruikende individu (verkeersproblemen, criminaliteit, invaliditeit). Die taak zal primair liggen op het vlak van de preventie.

Wanneer wij spreken over preventieve maatregelen, raken wij aan een moeilijk vraagstuk, de persoonlijke vrijheid van het individu. Dit vraagstuk speelt uiteraard niet alleen bij drugs. In het gehele maatschappelijke leven en zeker op het gebied van de volksgezondheid komt telkens weer de vraag aan de orde of de vrijheid van het individu mag worden beperkt door hoger geachte belangen, zo gemakkelijk aangeduid met de term „algemeen belang”. De vrijheid van het individu wordt niet op ieder moment en op iedere plaats gelijkelijk gewaardeerd. Ook het algemeen belang is een uiterst rekbaar begrip. Soms wordt als algemeen belang beschouwd het belang van degene, die de macht heeft, bedoeld is echter het belang van de gemeenschap.

Wij hebben er begrip voor dat het individuele belang dient te wijken wanneer het algemeen belang in de zin van gemeenschapsbelang door het individuele belang ernstig zou worden geschaad. Daarvan kennen wij in elk land talrijke voorbeelden. Maar mag de individuele vrijheid ook worden opgeofferd, wanneer het individu alleen zichzelf schade toebrengt? Moet het individu tegen zichzelf worden beschermd?

Terug naar ons onderwerp „drugs”. Wanneer wij ervan uitgaan dat bij misbruik van drugs het individu alleen zichzelf schade toebrengt, mogen wij dan ingrijpen met een beroep op het algemeen belang? Wij zullen dit zeker willen wanneer maatschappelijke problemen ontstaan, wanneer medische verzorging van de druggebruiker of sociale verzorging van zijn gezin nodig wordt. Maar mogen wij ook in andere gevallen ingrijpen in de persoonlijke vrijheid. Ik geef u geen antwoord, ik aarzel wel. Juist deze aarzeling, die velen voelen, maakt het drugprobleem zo bijzonder moeilijk.

Met inachtneming van het bovenstaande en van de aarzeling die ik heb ten aanzien van de vraag, hoe ver men mag gaan met het ingrijpen in de persoonlijke vrijheid, is het duidelijk — de situaties in Zweden en de U.S.A. demonstreren dit — dat men uit overwegingen van volksgezondheid er niet aan kan ontkomen pogingen te ondernemen het druggebruik, dat in belangrijke mate tot addictie leidt, in te dammen. Naar mijn mening moet men de betekenis van repressieve maatregelen relativeren, door de ernstige nadelen die hieraan zijn verbonden. Van public health standpunt uit, moet de grootste aandacht worden besteed aan:

1. een patiënt-centred programm met profylaxe diagnostiek en behandeling;
2. een preventief community-centred programm gericht op de gemeenschap en addictie gevoelige personen.

Daarbij zal de inschakeling van andere disciplines

zoals sociologie, en de psychologie onmisbaar zijn.

Wat kunnen wij nog meer doen. De taak van de individuele arts tegenover zijn patiënt is duidelijk. Hier zijn wij in de eerste plaats geïnteresseerd in de rol, die de georganiseerde geneeskunde kan spelen:

1. In de eerste plaats is er behoefte aan goede voorlichting. Voorlichting gericht op de consument. Maar ook de sleutelfiguren in hun bestaan zoals b.v. de ouders. Voorts voorlichting aan leerkrachten, geestelijken, justitie, politie and last but not least aan de medici zelf. De voorlichting moet in handen worden gelegd van bij uitstek deskundigen die niet moeten schromen om uit hun ivoren toren te treden en zich te laten bijstaan door public relation experts om tot zo gunstig mogelijk resultaat te komen.

2. Er is behoefte aan fundamentele research die multidisciplinair moet zijn.

3. Het onderhoud van nauwe en regelmatige contacten met instellingen die met het drugprobleem te maken hebben (maatschappelijk werk, politie, rehabilitatie) is essentieel.

4. Het verschaffen van verantwoorde informatie aan het grote publiek.

*
**

Prof. Vossenaar eindigde zijn beschouwing met te zeggen dat wij worden geconfronteerd met een problematiek die wat betreft zijn omvang ons angst inboezemt en die ons onzeker maakt, omdat voor ons allen duidelijk is, dat wij alleen deze problematiek niet aan kunnen. Deze onzekerheid komt zeker voor een deel voort uit de omstandigheid dat velen van ons, voor het ene land geldt dat wat zwaarder dan het andere, onvoldoende getraind zijn om andere disciplines als volwaardig te accepteren en ermee samen te werken. Toch, hoezeer het ook een gemeenschappelijk probleem is, uiteindelijk zal bij behandeling en preventie, zoals in tal van andere situaties het geval is, ook de diepte van de relatie van de arts-patiënt voor falen of voor succes van invloed zijn. Mijn laatste woorden, aldus Prof. Vossenaar, een aanhaling van Democritus, die zowel de arts als de patiënt raken, zouden wij in gedachten moeten houden:

*Everywhere man blames nature and fate.
Yet his fate is mostly
but the echo of his character
and passions, his mistakes and
weaknesses.*

New York: een jaar vrije abortus

Een jaar geleden werden in de stad New York de strafbepalingen ten aanzien van het lege artis uitvoeren van abortus provocatus opgeheven. De liberalisering van de abortuswetgeving per 1 juli 1970 hield in dat tot zwangerschapsonderbreking mocht worden overgegaan, mits hierover overeenstemming bestond tussen de zwangere vrouw en de arts die de ingreep zou moeten verrichten en mits de vrucht niet ouder dan 24 weken zou zijn. In het jaar dat nu is verstreken steeg het aantal legale abortus in de stad New York tot ongeveer 165.000. Het aantal geboorten in diezelfde tijd lag net iets hoger: genoemd wordt een verhoudingscijfer van 950 wettig uitgevoerde zwangerschapsonderbrekingen tegenover 1.000 uitgedragen zwangerschappen — cijfers die zich overigens moeilijk laten vergelijken, want 64% van de geaborteerde vrouwen kwam van buiten de stad. Aldus de redactie van het Bulletin d'Information de la Chambre Syndicale des médecins de l'agglomération bruxelloise, d.d. 10 september 1971.

De illegale abortus schijnt, sinds de liberale abortuswetgeving van kracht werd, te zijn teruggedrongen. Dit wordt afgeleid uit een verminderde mortaliteit op de gynaecologische afdelingen: 2,3 per 10.000 levendgeborenen, tegen 5,2 in het voorgaande jaar. Van de 165.000 vrouwen die zich tussen 1 juli 1970 en 1 juli 1971 in de stad New York lieten aborteren stierven er 15, van wie 8 in openbare ziekenhuizen; de laatste vier maanden deed zich geen enkel sterfgeval voor. Het bulletin vermeldt verder dat voor het eerst sinds tien jaar het aantal onwettige geboorten in openbare ziekenhuizen niet langer toeneemt.

De Medical Association van de stad New York ziet de ontwikkelingen met lede ogen aan. De meeste artsen in de stad weigeren nog steeds aan een abortus mee te werken. Maar er zijn er die daar anders over denken; her en der verrijzen privé-abortuskliniekjes, die zich vaak op alle mogelijke en onmogelijke manieren bij het publiek bekend proberen te maken. De plaatselijke artsenorganisatie dringt er daarom bij de overheid op aan de bepalingen van de wet wederom te verscherpen, in die zin dat abortusprovocatus alleen maar meer zou mogen worden verricht in openbare ziekenhuizen of in daartoe bevoegd verklaarde klinieken.

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

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

Collega C. F. A. Heijen, bacterioloog te Tilburg

***„Volgens mij is het niet meer mogelijk
moderne geneeskunde te beoefenen
als solist”***



De enige vrijgezel onder de vier kandidaten voor het hoofdbestuurslidmaatschap van de K.N.M.G., uit welk viertal op de 158ste Algemene Vergadering van zaterdag 30 oktober a.s. er drie zullen worden gekozen, is collega C. F. A. Heijen, bacterioloog te Tilburg. Een imposante staat van dienst bepaalt zijn curriculum vitae: geboren op 11 augustus 1926 te Kerkrade, middelbare schoolopleiding (1939-1944) aan de R.K.-H.B.S. „St. Bernadinus” te Heerlen, universitair geschoold aan de Rijksuniversiteit Leiden (1946-1948), Rijksuniversiteit Groningen (1948-1955) artsexamen 3 maart 1955, opgeleid voor bacterioloog aan het Laboratorium voor Bacteriologie en virologie van Prof. Dr. J. van der Veen te Tilburg, ingeschreven door de Specialisten Registratie Commissie op 11 december 1958, na een studieverlof van een jaar in de Verenigde Staten vanaf juni 1960 hoofd van het Streeklaboratorium voor de Volksgezondheid te Tilburg en vanaf januari 1961 part-time verbonden als wetenschappelijk medewerker (docent) aan de Afdeling Klinische Microbiologie van de Katholieke Universiteit Nijmegen. Collega Heijen bekleedde en bekleedt nog diverse Maatschappijfuncties: secretaris Nederlandse Vereniging van Laboratoriumartsen (vanaf 1964), bestuurslid K.N.M.G., afdeling Tilburg en Omstreken (vanaf 1969, sedert 1971 voorzitter) en vanaf 1969 districtsafgevaardigde. Uit hoofde van zijn beroep is collega Heijen daarnaast: secretaris Medische Vakcommissie Stichting Assisterend Laboratoriumpersoneel

(S.A.L.), secretaris ministeriële subcommissie voor de opleiding van assisterend laboratoriumpersoneel, bestuurslid Brabantse Medische Analisten School, Breda en adviserend lid van het Concilium Bacteriologicum.

Collega Heijen, die weliswaar voorzichtig maar exact zijn uitspraken formuleert, ziet als een belangrijke taak van de K.N.M.G. dat zij haar leden tijdig richtlijnen aanreikt: „Je kunt de maatschappelijke ontwikkelingen beter voor blijven dan er achteraan gaan lopen. In het algemeen heb ik wel de indruk dat het hoofdbestuur het tempo kan bijbenen. Zo blijkt mij, dat de K.N.M.G. steeds meer problemen aanpakt waarvan zij zich vroeger min of meer afzijdig hield. Daarbij heeft het hoofdbestuur een taak ten opzichte van de eigen leden, onderscheiden van een taak gericht naar buiten toe. Dat is vaak een kwestie van fasering. Gangmakers zullen problemen onderkennen, ze analyseren, waarna ze pas als afgeronde vraagstukken naar buiten kunnen worden gebracht. Maar voorop staat dat men het er eerst intern over eens zal moeten zijn, voordat deze kwesties kunnen worden uitgedragen. De praktijk wijst dan uit hoe moeilijk het vaak is om als eenheid naar buiten te treden. Als dat niet meteen kan moet je „de boer opgaan” en de consequentie aanvaarden, dat je voor datgene waarvan je zou willen dat het snel zou worden gerealiseerd wat meer tijd zult moeten nemen. Dat is nu eenmaal vanzelfsprekend

voor een grote vereniging. Je dient toch een bepaald minimumpercentage van de leden eerst te horen.

„In dit samenspel dient te worden geijverd voor zo veel mogelijk informatie van hoofdbestuur zijde. Daarnaast moeten de leden via een soepele en efficiënte structuur hun suggesties, informaties en problemen aan het hoofdbestuur kunnen doorspelen. Op zijn beurt zal ook het hoofdbestuur zaken moeten entameren, speciaal daar waar het moet anticiperen op initiatieven van andere instanties buiten de K.N.M.G. Overigens zijn er ook wel enkele zaken, welke gedeeltelijk aan de periferie kunnen worden gedelegeerd, zoals bijvoorbeeld de taken welke de verschillende stichtingen Officium Nobile zich stellen. Kwesties als vestiging, praktijkovername, waarneming, groepspraktijkvorming en dergelijke moeten lokaal worden geregeld en begeleid volgens vaste vuistregels”.

De tijd die collega Heijen ter beschikking staat is hem erg kostbaar en hij zou die als hoofdbestuurslid zo nuttig mogelijk willen besteden. Hij acht zich in staat met een korte inwerkperiode te kunnen volstaan, een periode welke hij zou willen beperken tot het leren kennen van de gangbare werkwijze in het hoofdbestuur.

Anders dan de twee kandidaten die met hem mededingen naar het hoofdbestuurslidmaatschap (ref.: de interviews in het vorige nummer van Medisch Contact met mevrouw M. C. J. van Reekum-van Waasbergen en A. J. Zwartendijk) neemt collega Heijen voorshands geen uitgesproken standpunt in terzake van enkele actuele vraagstukken, waarover het hoofdbestuur zich momenteel nog buigt. Over een eventuele volksverzekering: „Ik dacht dat Engeland ons nogal wat informatie heeft gegeven over de problematiek van een dergelijk systeem van ziekteverzorging. Ons huidige stelsel kan voldoende worden bijgeschaafd om ook voor de toekomst een aanvaardbaar systeem te blijven. In dit verband kan ik niet veel zeggen over oplossingen die moeten leiden tot een rechtvaardig en doelmatig instellen van een „eigen risico”: Overigens valt er bij jongere collegae wel een tendens waar te nemen in de richting van een volksverzekering, zeker voor wat betreft het belangrijke aspect dat er in is ingebouwd: de vorm van medewerking, die leidt naar het dienstverband”.

Over opleiding en studievrijheid: „Kardinaal is het antwoord op de vraag of wij nog kunnen handhaven dat iedereen vrij moet kunnen zijn bij de keuze van zijn studierichting. Ik geloof wel dat het goed is dat men bepaalde eisen gaat stellen aan de studenten wat betreft hun studieduur. Overigens ben ik niet voor het instellen van een numerus clausus, indien deze niet is gebaseerd op een goede prognostische studie”.

Over drugs: „De nevenverschijnselen van druggebruik zijn niet weg te vlakken, speciaal wanneer

het om druggebruikers uit de randgroeperingen gaat. Overigens valt het mij op, dat sommige farmaceuten een veel genuanceerder standpunt innemen dan zij die uit hoofde van hun beroep veel te maken hebben met gedetailleerde druggebruikers. Ik beschouw het druggebruik trouwens als een tijdelijk cultuurverschijnsel, dat wel weer vanzelf voorbij zal gaan”.

Abortus provocatus: „Als laboratoriumarts heb ik te weinig met deze problematiek te maken. Een huisarts zou er veel beter over kunnen oordelen. Principieel ben ik voor het „Nee, tenzij-standpunt”, bovendien moeten de bestaande abortusteams gaan functioneren volgens door de K.N.M.G. gestelde richtlijnen”.

Over de taak welke collega Heijen zich zou stellen als hij daadwerkelijk deel zou gaan uitmaken van het hoofdbestuur weidt hij als volgt uit: „Er moet natuurlijk een bepaalde motivatie voor me zijn geweest om op een gegeven ogenblik onder druk in te stemmen met deze kandidatuur. Om daarvan nu maar eens iets te noemen: het zou voor mij veel kunnen betekenen als ik in het hoofdbestuur mee zou kunnen werken aan de verbetering van de positie (en dan in zeer ruime zin) van de huisartsen. Hun moeilijkheden zijn momenteel erg groot en die zullen in de toekomst zo blijven, tenzij er een definitieve oplossing wordt gevonden voor de problematiek rondom de te realiseren samenwerkingsverbanden (groepspraktijken, wijkgezondheidscentra). Overigens zou ik dergelijke samenwerkingsverbanden ook willen bepleiten voor specialisten. Volgens mij is het niet meer mogelijk moderne geneeskunde te beoefenen als solist. Ik dacht, dat optimale gezondheidszorg door de medewerkers slechts in teamverband kan worden gegarandeerd. Maar voordat deze teams werkelijkheid worden zal er nog aan heel wat voorwaarden moeten worden voldaan. Voorts zou ik gaarne mee willen denken over een betere interne communicatie. Ik betwijfel of de K.N.M.G. wel echt leeft bij de leden. Ik weet niet hoe wij dit probleem het best kunnen aanpakken, al kan ik mij voorstellen dat de reeds enige tijd bestaande gesprekken tussen hoofdbestuur en districtsbesturen een stap in de goede richting zijn. Wel is dan een intensivering van deze contacten gewenst en zullen ze het karakter moeten krijgen van — liefst besloten — vergaderingen”.

Tenslotte: Collega Heijen, die bij dit al speciale belangstelling blijkt te hebben voor het vraagstuk van de milieuhygiëne, politiek is geëngageerd (K.V.P.-lid, aanhanger van de politiek van Prof. Steenkamp) en vooralsnog niet geheel is overtuigd door hetgeen de „kritische artsen” naar voren plegen te brengen, is blijkens de Beschrijvingsbrief voor de 158ste Algemene Vergadering van de K.N.M.G. kandidaat gesteld door de afdeling Tilburg en Omstreken.

Dr. E. H. M. A. Marres, K.N.O.-arts te Nijmegen

***„Voor mij is de vrije beroepsbeoefening
een van de belangrijkste voorwaarden
om een optimale arts-patiënt relatie
in stand te kunnen houden”***



„Tussen de bedrijven door” heeft Dr. E. H. M. A. Marres, het vierde kandidaat-hoofdbestuurslid zich even vrij kunnen maken voor dit vraaggesprek. In zijn werkkamer van het Nijmeegse Radboudziekenhuis licht hij zijn kandidatuur nader toe.

Refererend aan artikel 304 van het Huishoudelijk Reglement van de Maatschappij (geciteerd in het deze interviews inleidende redactionele artikel ter opening van Medisch Contact nr. 38 van 24 september j.l., bladzijde 971-972, waarin onder meer is gesteld, dat indien op 1 mei het aantal door de afdelingen gestelde kandidaten het aantal aanstaande vacatures niet met tenminste één overschrijdt, het hoofdbestuur dan zelf deze minimum-kandidatenlijst aanvult) kan hier Dr. Marres worden gepresenteerd als de door het hoofdbestuur gestelde kandidaat, welke kandidatuur wordt gesteund door de afdelingen Nijmegen en Arnhem.

Zoals zoveel collegae leidt ook Dr. Marres een druk bestaan: vanaf 1970 is hij als lector verbonden aan de medische faculteit van de Katholieke Universiteit Nijmegen met als leeropdracht de keel-, neus- en oorheelkunde, zeer speciaal de oorheelkunde. Bovendien is hij mede belast met de patiëntenzorg op de afdeling van het Radboudziekenhuis van Prof. Dr. W. F. B. Brinkman. Daarnaast voert hij nog praktijk als K.N.O.-arts in het Maasziekenhuis te Boxmeer. Verder is hij als consulent verbonden aan de school voor slechthorende kinderen te Nij-

megen en aan het instituut voor meervoudig gestoorde slechthorende kinderen, „De Wylerberg” te Beek bij Nijmegen.

Dr. Marres (geb. 6 mei 1928) doorliep het gymnasium in Venlo en studeerde aan de medische faculteit van de Rijksuniversiteit te Groningen, waar hij in januari 1958 zijn artsexamen aflegde. In de jaren 1958-'62 specialiseerde hij zich te Nijmegen in de keel-, neus- en oorheelkunde. Op 9 april 1965 promoveerde hij daar tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Het beengleidingsmechanisme”.

Door het aftreden m.i.v. 1 januari aanstaande van de huidige Maatschappij-voorzitter Prof. Dr. Th. Vossenaar, komt er een extra lacune in het hoofdbestuur, in die zin dat er dan geen vertegenwoordiger uit de academische wereld als bestuurslid zitting zal hebben in het hoogste Maatschappijcollege. Een eventuele verkiezing van Dr. Marres zou — gezien zijn ambtsbetrekkingen — deze leemte kunnen aanvullen.

Overigens heeft deze kandidaat tot dusverre nog geen bemoeienissen gehad met de K.N.M.G. voorzover het het entameren van plaatselijk of centraal geleide activiteiten betreft. Hij erkent dat hij als zodanig niet alleen staat en tekent daarbij aan, dat artsen door hun praktijkvoering zo druk zijn bezet dat er nog nauwelijks tijd overblijft voor nevenfuncties. Dit zou volgens hem tevens de reden zijn, dat in het algemeen — naar de opkomst voor afde-

lingsvergaderingen gerekend — zo weinig belangstelling voor K.N.M.G.-activiteiten bestaat. Die vergaderingen zouden zijns inziens trouwens meer belangstellenden trekken wanneer daarvoor wat meer algemene in plaats van klinische problemen als onderwerp van bespreking zouden worden aangesneden: „Immers veel tijd gaat er al heen met het bijwonen van klinische demonstraties, voordrachten voor specialisten in ziekenhuizen, nascholingscursussen voor huisartsen en dergelijke”. Niettemin acht Dr. Marres de K.N.M.G. van groot belang en — al erkent hij dat hij het feitelijk niet allemaal precies kan beoordelen — hij vindt dat er zich wat meer gegadigden zouden moeten melden voor bestuursfuncties: „Het was beter geweest wanneer voor de straks openkomende hoofdbestuurszetels tien in plaats van maar vier kandidaten waren gesteld”.

Met een zekere huiver ziet Dr. Marres een eventuele benoeming tegemoet: „Ik zal er voor moeten waken dat ik niet verstrand in een dergelijke bestuursfunctie; dat is een reëel gevaar. Ik zal mij zeker moeten beperken. Mijn beroepsbezigheden zullen steeds voorop blijven gaan. Bovendien vind ik een bestuursperiode van zes jaar toch wel aan de lange kant; ik zou dan ook willen bepleiten deze reglementaire zittingsduur terug te brengen tot drie jaar”.

Dr. Marres ziet als belangrijkste taak van de K.N.M.G. de behartiging van de belangen van haar leden. Volgens hem is de hoge organisatiegraad van de Nederlandse artsen binnen de Maatschappij juist aan die „vakbondsfunctie” te danken. Hoe de delegatie van het takenpakket intern in samenwerking met L.S.V., L.H.V. en L.A.D. organisatorisch nader is geregeld acht hij daarbij van groot belang.

Persoonlijk is Dr. Marres in het bijzonder geïnteresseerd in de relatie van de K.N.M.G. met de academische wereld, speciaal met de medische faculteiten: „Opleidingskwesties, de positie van de medische staven van de afdelingen in de academische ziekenhuizen, de honorering van het wetenschappelijk corps der medische faculteiten, in dit soort zaken ben ik zeer geïnteresseerd”. Nader ingaand op het laatste probleem: „Ik ben behoudender gestemd dan de leden van de commissie-Smalenbroek. Ik ben bang dat, wanneer de voorstellen neergelegd in het rapport van deze commissie (red.: zie M.C. nr. 49 van 5 december 1969, blz. 1373 e.v.) worden geëffectueerd, veel van de beste krachten onder de hoogleraren en leden van de medische staven zich uit de academische ziekenhuizen zullen terugtrekken doordat hun honorarium zal afnemen, omdat neveninkomsten uit particuliere praktijken dan niet meer mogelijk worden. Ik zou daarom willen ijveren voor de benoeming en honorering van het medisch wetenschappelijk corps door het ziekenhuis, voor de patiëntenbehandeling samenwerkend met de ziekenfondsen, zoals dat in de niet-academische ziekenhuizen het geval is. Daarnaast zouden dan de opleidersaanstellingen dienen uit te gaan van de universiteit en apart worden gehonoreerd. Een dergelijk benoemingsbeleid zou ongetwijfeld tot

gevolg hebben dat juist de beste krachten kunnen worden aangetrokken en zou voor het ministerie van onderwijs kostenbesparend werken”.

Over de problematiek rondom de enorme toeloop van medische studenten: „Hier wreekt zich het gebrek aan visie van de overheid, die door haar benoemings- en honoreringsbeleid onvoldoende gelegenheid heeft gegeven de nodige medische specialisten aan te stellen die de grote toeloop van studenten in de geneeskunde mede hadden kunnen opvangen. Ook voor ons als academische medewerkers staat de patiëntenzorg voorop, onze onderwijs- en researchtaken moeten wij er te veel bij doen, hetgeen toch niet de bedoeling van de opzet van het academisch ziekenhuis kan zijn. Weliswaar zal affiliatie enig soelaas kunnen bieden maar de tot dusver gevoerde affiliatiepolitiek is nog lang niet volmaakt”.

Dr. Marres — die van zichzelf zegt er een enigszins conservatieve levensvisie op na te houden, wiens politieke opvattingen neigen naar rechts, die katholiek is, maar vindt dat de K.V.P. de laatste tijd naar links afglijdt, reden waarom hij bij de laatste verkiezingen op de V.V.D. heeft gestemd — verklaart zich een tegenstander van een eventuele volksverzekering: „Mijn belangrijkste argument tegen een dergelijk verzekeringsstelsel is gelegen in de consequentie welke daaraan vast zit, namelijk dat de vrije relatie arts-patiënt er door in het gedrang zal komen. De vrije artskeuze zal dan immers niet meer te realiseren zijn. Overigens ben ik wel geporteerd voor een betere regeling van de praktijkvoering van huisartsen en specialisten, die in het huidige systeem eigenlijk veel te zwaar zijn belast en nauwelijks de noodzakelijke vrije tijd voor zichzelf ter beschikking hebben. Ik zou mij kunnen voorstellen dat met name buiten de normale werktijd (van bijvoorbeeld 's avonds zes tot 's morgens acht uur) in plaatselijke gezondheidscentra patiënten zouden worden opgevangen over wie dan de andere dag aan de huisarts rapport zou kunnen worden uitgebracht. Zoiets zou met zich meebrengen dat er in de toekomst nog meer artsen moeten komen, hetgeen tevens betekent meer opleiders en opleidingsfaciliteiten” (In dit verband refereert Dr. Marres aan de uitvoerige beschouwing in Medisch Contact nr. 35 van 3 september j.l. „Over het huisartsentekort”, bladzijde 911 e.v., een beschouwing waarvan hem de aanbevelingen en richtlijnen wel hebben aangesproken).

Dr. Marres tekent vervolgens nog aan, geen bezwaar te hebben tegen het inbouwen van een bepaalde eigen risico-verzekeringsclausule: „al was het alleen maar om voor de patiënten als eerste rem te functioneren op het onnodig belasten van de artsen en voorts om een aanzienlijk deel te besparen op de enorme kosten welke moeten worden gemaakt voor de gezondheidszorg in het algemeen”.

Uitvoerig staat Dr. Marres dan weer stil bij een van de vanzelfsprekende consequenties van een volksverzekering, de ambtenarenstatus van de medewerkers: „Voor mij is de vrije beroepsbeoefening

een van de belangrijkste voorwaarden om een optimale arts-patiënt relatie in stand te kunnen houden. Ik merk het als stafid in dit ziekenhuis zelf, dat die relatie lijdt onder de situatie waarin collegae, elkaar afwisselend, met de patiënten worden geconfronteerd. Ik constateer zelf dat in een academisch ziekenhuis de patiënten op dit punt minder aan hun trekken kunnen komen. Daar staat wel tegenover dat het samenwerken in dienstverband de artsen kan stimuleren en activeren, hetgeen het behandelingspeil verhoogt. Deze intercollegiale toetsing zou overigens ook een gunstige uitwerking kunnen hebben op de praktijkvoering van huisartsen. Niettemin blijft mijn belangrijkste bezwaar tegenover een algemeen dienstverband overeind, de patiënten willen het niet; hun wens, zelf te kunnen kiezen welke arts zij willen consulteren, dient beslissend te zijn".

Tenslotte blijkt Dr. Marres het minder dan de drie andere gegadigden voor de hoofdbestuurvacatures op prijs te stellen, te worden uitgenodigd zijn standpunt ten aanzien van enkele actuele controversiële vraagstukken, zoals abortus provocatus en het „drugbeleid", toe te lichten:

„Op grond van mijn geloofsovertuiging ben ik tegen abortus provocatus onder welke omstandigheden ook. Men moet trachten te bereiken dat ongewenste zwangerschappen worden vermeden, daarom ben ik uitdrukkelijk voor verantwoorde gezinsplanning, dus vóór aanbeveling van anticonceptionele hulpmiddelen, waarvan het gebruik medisch verantwoord moet zijn en de gebruikers worden begeleid in een vrije arts-patiënt-relatie door huisartsen. Ik verkies in deze gevallen met name de inschakeling van de huisartsen boven die van bijvoorbeeld de N.V.S.H., omdat deze instelling naar mijn smaak al te ver wil gaan. Waar deze vereniging steeds meer propaganda maakt voor vrije seksuele relaties, zou ik in dat verband uitdrukkelijk de waarde van het huwelijk willen benadrukken".

Over drugs: „Ik weet er te weinig van om er genuanceerd over te kunnen oordelen. Ik zou zeggen, als de Maatschappij zich kan uitspreken tegen het roken omdat dat schadelijk is voor de gezondheid, dan zou in dezelfde zin een uitspraak tegen het gebruik van drugs kunnen volgen, want wetenschappelijk is toch wel aangetoond dat het gebruik van drugs eveneens schadelijk is voor de gezondheid".

Wetsontwerp ingediend

Fiscale begeleiding van verplichte deelneming in een bedrijfs- of beroepspensioenregeling

Minister Nelissen van Financiën en zijn staatssecretaris, de heer Scholten, hebben aan de leden van de Tweede Kamer voorgelegd het ontwerp van wet, houdende fiscale begeleiding van verplichte deelneming in een bedrijfs- of beroepspensioenregeling. De memorie van toelichting er op luidt als volgt:

Het onderhavige wetsontwerp houdt ten nauwste verband met het ontwerp van Wet betreffende verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling. In het voorlopig verslag uitgebracht op dit laatste ontwerp is van meerdere zijden aandacht gevraagd voor of aangedrongen op een fiscale begeleiding van de beroepspensioenregeling. Onder meer is er in dat verslag op gewezen dat zonder wijziging van het fiscale regime de in het wetsontwerp bedoelde pensioenregelingen niet van de grond zullen komen.

De ondergetekenden onderschrijven de noodzaak te komen met een fiscale begeleiding. Het is immers niet aan twijfel onderhevig dat het bestaande wettelijke regime door beroepsbeoefenaars, die in het kader van de met het vorenbedoelde wetsontwerp beoogde voorziening een collectieve pensioenregeling tot stand zouden willen brengen, als een belemmering wordt ervaren. Ook voor de verdere uitbouw

van reeds bestaande pensioenvoorzieningen die verplichte deelneming voor anderen dan loontrekken kennen — te denken valt aan de Wet betreffende verplichte deelneming in een bedrijfspensioenfonds en aan de Wet tot invoering van een leeftijdsgrens voor het notarisambt en oprichting van een notarieel pensioenfonds — is het ontbreken van een adequate begeleiding een bezwaar. Deze belemmeringen dienen naar het oordeel van ondergetekenden te vervallen zodra het wetsontwerp betreffende verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling het *Staatsblad* zal hebben bereikt.

Uitgangspunt voor het onderhavige wetsontwerp is geweest een parallel te trekken met het voor de loontrekkende geldende regime, dat er op gericht is de belastingheffing eerst te doen plaatsvinden ter gelegenheid van de uitkering van de pensioenbedrag op het loon te brengen en de aanspraken die berusten op een pensioenregeling niet tot het loon te rekenen. Voor de beroeps- en bedrijfsbeoefenaars die verplicht zijn deel te nemen aan een pensioenregeling zou een overeenkomstig resultaat waarbij alleen de uitkeringen worden belast, worden bereikt door het volgende regime:

— het verplichte premiegedeelte komt ten laste van winst;
— de daarmede verband houdende pensioenaanspraken worden niet in aanmerking genomen bij de winstberekening.

Voor wat betreft de premiebetaling behoeft dit niet te leiden tot een wetswijziging. Volgens de huidige opvatting — verwezen zij naar het arrest van de Hoge Raad van 28 juni 1967, B.N.B. 1967/220 — houdt het fiscale winstbegrip in dat een verplichte bijdrage van een beroepsgenoot aan een pensioenregeling waaraan deelneming verplicht is gesteld, geheel behoort tot de beroepskosten. Hierbij zij nog opgemerkt dat voor zover premiebetaling plaats vindt waartoe niet iedere bedrijfs- of beroepsgenoot verplicht is, alleen aftrek als persoonlijke verplichting mogelijk is.

Dat met de verplichte deelneming verband houdende aanspraken op pensioenuitkeringen niet tot de winst behoren, dient echter uitdrukkelijk te worden bepaald. Zulks is geschied in de voorgestelde aanvulling van artikel 8 van de Wet op de inkomstenbelasting 1964. Deze vrijstelling zal uiteraard niet alleen gelden voor aanspraken uit een verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling, doch ook voor aanspraken op grond van vorengenoemde andere pensioenregelingen waaraan deelneming verplicht is en die een grote mate van gelijkenis vertonen met beroepspensioenregelingen.

Met de in artikel 8 voorgestelde wijziging is bedoeld alleen aanspraken op pensioen vrij te stellen; dit houdt in dat de vrijstelling bijv. niet ziet op aanspraken ingevolge een overeenkomst van levensverzekering op een kapitaaluitkering welke uitsluitend kan worden gebezigd als koopsom voor een lijfrente. Voor zover er een gering kapitaalelement — nagenoeg uitsluitend komt overeen met 90 procent of meer — in de aanspraken aanwezig is, kan de oudedagsvoorziening echter ook in deze vorm geschieden.

Pensioenuitkeringen zijn, voor zover zij voortvloeien uit een vroegere dienstbetrekking, uit hun aard aan de inhouding van loonbelasting onderworpen. Daarnaast wordt er op grond van artikel 11 van het Uitvoeringsbesluit loonbelasting 1965 loonbelasting geheven van pensioenuitkeringen in de vorm van een lijfrente alsmede van een aantal met name genoemde pensioenuitkeringen zoals de uit het Notarieel Pensioenfonds. Het ligt in het voornemen de uitkeringen uit de overige in artikel 8, letter f, bedoelde pensioenregelingen eveneens onder de loonbelasting te brengen.

Bij de gedachte loontrekkenden en ondernemers op het punt van de verplichte premiebetaling inge-

volge een pensioenregeling zoveel mogelijk fiscaal gelijk te behandelen, past niet voor de ene groep de lijfrentepremie-aftrek uitkeringen uit de overige integraal in stand te laten — zoals bij loontrekkenden het geval is — en voor de andere groep die aftrek te beperken, zoals thans in feite het geval is bij notarissen en ondernemers-deelnemers aan een bedrijfspensioenfonds. Deze beperking komt dan ook te vervallen.

Nu de voorgestelde wetswijziging deelnemers aan een verplichte pensioenregeling in staat stelt om in de loop van de beroeps- of bedrijfsuitoefening ten laste van de winst een oudedagsvoorziening op te bouwen, achten de ondergetekenden het niet verantwoord hen daarenboven onverkort gebruik te laten maken van de in artikel 19 van de Wet op de inkomstenbelasting 1964 geregelde stamrechtvrijstelling. Deze vrijstelling is immers destijds in belangrijke mate ingegeven door de overweging dat de ondernemer behoefte heeft aan een voorziening voor het levensonderhoud van hemzelf, nadat hij de onderneming heeft gestaakt, en van zijn nagelaten betrekkingen. De voorgestelde wijziging van artikel 19 beoogt dan ook cumulatie van beide vrijstellingen te voorkomen, en wel door vermindering van voor de stamrechtvrijstelling geldende maxima met de vrijgestelde pensioenaanspraken. Op deze beperking van de stamrechtvrijstelling dient echter één uitzondering te worden gemaakt, zulks in verband met de omstandigheid dat met de toeneming van pensioenaanspraken door premiebetaling van notarissen en deelnemers aan bedrijfspensioenfonds reeds rekening is gehouden door middel van een beperking van de lijfrentepremie-aftrek. Naar de mening van de ondergetekenden zou het te ver voeren de tot 1 januari 1972 ontstane aanspraken bovendien in mindering te brengen op de stamrechtvrijstelling. Om zulks te voorkomen is in artikel 71a een overgangsbepaling opgenomen.

De ondergetekenden wijzen er nog op dat de afhankelijkheid van de nu voorgestelde wijziging van de Wet op de inkomstenbelasting 1964 van de uitslag van het parlementaire beraad inzake het ontwerp van Wet betreffende verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling niet tot uiting komt in de tekst van het onderhavige wetsontwerp. Mocht onverhoopt het ontwerp van Wet betreffende verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling het *Staatsblad* niet bereiken, dan kan echter het onderhavige wetsontwerp alsnog worden ingetrokken dan wel bekrachtiging ervan achterwege worden gelaten.

Ten slotte zij opgemerkt dat de budgettaire gevolgen van dit wetsontwerp voor 1972 globaal worden geraamd op 5 mln.

Begroting 1972 Volksgezondheid en Milieuhygiëne

Uittreksel uit de memorie van toelichting op de begroting 1972 van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne.

De redenen om over te gaan tot de vorming van een afzonderlijk ministerie voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne zijn gelegen in het besef, dat het behoud van een gezonde leefomgeving van wezenlijke betekenis is voor de toekomst van ons land. Met name wordt hoe langer hoe meer beseft dat een technologisch hoog ontwikkelde maatschappij als de onze bedreigingen voor dat welzijn meebrengt. Psychohygiëne en milieuhygiëne zijn al lang geen academische vraagstukken meer of stokpaarden van bepaalde groeperingen. Ieder wordt er mee geconfronteerd en de soms emotionele reacties zijn in wezen symptomen van groeiend verantwoordelijkheidsbesef — aldus leest men in de Memorie van Toelichting op de begroting 1972 van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. De minister Dr. L. B. J. Stuyt, zegt met zijn beleid te kunnen voortbouwen op resultaten van vorige kabinetten. Tal van initiatieven zijn ontwikkeld, een aanvang is gemaakt met een belangrijke structurele verbetering van de gezondheidszorg en de grondslagen zijn gelegd voor een geïntegreerd beleid op het gebied van de milieuhygiëne.

Bijzondere aandacht vergt de coördinatie van de milieuhygiëne. De minister, wiens departement thans is belast met de coördinatie van de milieuhygiëne hecht hieraan grote waarde. De milieuhygiëne heeft velerlei aspecten, die intensief overleg vergen tussen de departementen. Onderlinge afstemming van beleid en afspraken over procedures kunnen tevens vertraging in de besluitvorming voorkomen. Bij alle noodzaak van ambtelijk overleg en raadpleging van direct belanghebbenden, alsmede bij alle behoefte van de burger aan informatie en inspraak blijft slagvaardigheid van het beleid geboden, zowel van de landelijke als van de lagere overheid. In milieuhygiënische kwesties moet een efficiënte samenwerking van landelijke en lagere overheden worden bevorderd en een intensief overleg van de overheid met de maatschappelijke groeperingen worden nagestreefd.

In dit verband spreekt de minister de wens uit, dat er meer bundeling tot stand komt bij verenigingen, stichtingen en actiegroepen, die op enigerlei wijze het behoud van een gezond leefmilieu beogen. Bundeling van dit op zich toe te juichen particulier initiatief kan versnippering van krachten en van geld — uit welke bron dan ook — tegengaan. Zowel schriftelijk als tijdens audiënties is hierop herhaaldelijk gewezen.

Met zijn meest hierbij betrokken ambtgenoten is de minister thans bezig richtlijnen te ontwerpen voor het beleid dat de regering op het punt van de

milieuhygiëne denkt te gaan voeren. De regering heeft de Tweede Kamer toegezegd haar schriftelijk te zullen informeren omtrent de gecoördineerde aanpak van de milieuhygiëne. Alleen door een geïntegreerde, veelzijdige aanpak zal het mogelijk zijn om criteria te vinden waaraan de moderne samenleving moet voldoen voor het scheppen van een optimaal leefklimaat. Het daarop gerichte onderzoek zal Dr. Stuyt met kracht stimuleren.

De begroting geeft voor de gehele dienst een totaal aan van f 420.300.000,—, een stijging van rond 80 miljoen in vergelijking tot de overeenkomstige posten op de begroting 1971 van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Deze stijging vloeit voor een belangrijk deel (rond 31 miljoen) voort uit inmiddels tot stand gekomen loon- en salarismaatregelen. Het restant vindt zijn oorzaak vooral in een verhoging met 22,5 tot 29 miljoen voor de uitgaven, die het gevolg zijn van de Wet luchtverontreiniging, zij het dat tegenover deze uitgaven eenzelfde bedrag aan inkomsten is geraamd wegens op te leggen heffingen; voorts zijn het wetenschappelijk onderzoek, het ontwikkelingswerk en de efficiency-bevordering hoger geraamd (7 miljoen) en zijn op de begroting hogere bedragen (mede als gevolg van kostenstijgingen) opgenomen voor de aankoop van sera en vaccins, voor de kosten van de streeklaboratoria en voor de uitgaven ingevolge de Warenwet, de Bestrijdingsmiddelenwet en de Kernenergiewet (in totaal ruim 5,5 miljoen).

Voor de gesubsidieerde instellingen, werkzaam op het terrein van de maatschappelijke gezondheidszorg is rond 9 miljoen meer uitgetrokken. Ook de materiële uitgaven van de verschillende sectoren hebben een niet onbelangrijke stijging ondergaan als gevolg van de loon- en prijsontwikkelingen.

Ziektepreventie

Minister Stuyt is voornemens bijzondere aandacht te schenken aan de ziektepreventie. Aan een goede gezondheidszorg ligt immers primair het voorkomen en afwenden van ziekten ten grondslag. Gedacht wordt met name aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Het streven is verder gericht op het terugdringen van ziekteverwekkende factoren, zowel van lichamelijke als van psychische aard. Dit zal geschieden door middel van maatregelen tot tijdige opsporing van ziekten en ziekteoorzaken alsmede door de hantering van normen met grote veiligheidsmarges ten aanzien van ontoelaatbare aantasting van het milieu.

In voorbereiding is een Preventieplan in het kader waarvan onder meer het bevolkingsonderzoek gericht op vroegtijdige opsporing van ziekten wordt ontwikkeld c.q. versneld. Ook aan de bestrijding van reuma als volksziekte zal extra aandacht worden gegeven. De uitvoering van een ter hand geno-

men nationaal plan voor reuma-onderzoekingen krijgt hoge prioriteit.

Voor onze nationale gezondheidszorg wordt ook de preventie van hart- en vaatziekten van zeer groot belang geacht. Op enkele plaatsen van ons land zullen consultatiebureaus voor t.b.c.-bestijding een proef nemen met een algemeen bevolkingsonderzoek op deze aandoeningen. Het wetenschappelijk onderzoek voor de bestrijding van deze ziekten zal de minister krachtig bevorderen en intensiveren.

De minister is van oordeel dat de gunstige ontwikkeling van de t.b.c.-ziektecijfers aanleiding geven om voort te gaan op de weg van geleidelijke aanpassing van de omvang van het apparaat der t.b.c.-consultatiebureaus aan de verminderde eisen die daaraan worden gesteld. Het apparaat zal moeten blijven functioneren, zij het wellicht minder intensief.

Een onderzoek naar de wenselijkheid en de mogelijkheden van een bevolkingsonderzoek gericht op andere ziektebeelden wordt voortgezet.

Abortus, geboorte, sterfte

De ministers van Justitie en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne bereiden met spoed een wetsontwerp voor inzake abortus provocatus op basis van de hierop gerichte paragraaf uit het Regeerakkoord.

Uit de cijfers van de in de toelichting opgenomen tabellen en statistieken blijkt onder meer, dat de huwelijksvruchtbaarheid in ons land nog steeds dalende is. Op grond van een verdere daling is de berekende bevolkingsgroei geringer dan enige jaren geleden werd becijferd. Voor het jaar 2000 komt men thans tot een bevolkingscijfer van 17,1 miljoen inwoners. Het laatst berekende aantal was 17,9 miljoen.

Uit de cijfers blijkt verder, dat de gemiddelde huwelijksleeftijd zich stabiliseert rond de 20 jaar. Uit de statistieken kan worden afgeleid, dat er grotere tussenpozen voorkomen bij geboorten van kinderen. Het kindertal per gezin loopt langzaam terug. Dit blijkt uit het feit, dat er per gezin steeds minder vierde, vijfde of volgende kinderen ter wereld komen.

Het aantal personen van 65 jaar en ouder steeg in de periode 1960 tot 1970 met circa 11%. In die jaren traden slechts geringe verschuivingen op in de samenstelling van de bevolking beneden de 65 jaar.

De gemiddelde levensduur van de mannen blijft dalen, die voor de vrouwen stijgt nog steeds. In de jaren 1965 tot 1969 is het aantal te verwachten levensjaren bij de geboorte voor mannen gedaald tot 71 (voorheen 71,4 en 71,1) en voor de vrouwen gestegen van 74,8 en 75,9 tot 76,3. Het verschil is vooral te wijten aan het naar verhouding grote aantal mannelijke doden bij verkeersongelukken en aan de hogere sterfte onder mannen als gevolg van hart- en vaatziekten en kwaadaardige nieuwvormingen. Dit laatste acht minister Stuyt een duidelijke

Medische informatiekaart

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

De medische informatiekaart van de Koninklijke 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.

indicatie voor die groepen, waarop allereerst het bevolkingsonderzoek moet worden gericht als onderdeel van een versterkte aanpak van een tijdige opsporing van ziekten.

Het van jaar tot jaar toenemend aantal doden als gevolg van verkeersongelukken verdient de volle aandacht. Dat geldt met name voor het steeds groter aantal slachtoffers onder jeugdigen in de leeftijd van 15 tot 24 jaar, vooral mannen alsmede onder bejaarden.

Ziektenfondsverzekering

De regering streeft er naar om in 1972 de premieverhoging voor de bejaardenverzekering krachtens de Ziektenfondswet beperkt te houden tot 15%. Daartoe zal een extra bijdrage nodig zijn van 39,4 miljoen, waarvan het Rijk maximaal 19,7 miljoen voor zijn rekening kan nemen. Ook voor de premiereductieregeling van de vrijwillige ziektenfondsverzekering wordt getracht de bodempremie met niet meer dan 15% te doen stijgen.

Overeenkomstig het regeerakkoord wordt thans de vraag bestudeerd op welke wijze een gedifferentieerd beperkt eigen risico kan worden geïntroduceerd.

De toename van het gebruik van psychotrope stoffen, anders dan op medisch voorschrift, vervult de minister met zorgen. In nauw overleg met de minister van Justitie wordt nagegaan welke voorzieningen op dit punt noodzakelijk zijn. Uitbreiding van de Opiumwet wordt voorbereid in de zin van een Wet op gevaarlijke levensmiddelen, waarin ook psychotrope stoffen worden begrepen.

De inwerkingtreding van de Wet op de luchtverontreiniging als geheel is afhankelijk van het gereed-

komen van een reeks algemene maatregelen van bestuur. Daaraan wordt thans hard gewerkt. Binnen het departement is het overleg over het beheer en de administratie van het Fonds Luchtverontreiniging vrijwel afgerond. Over de uitvoering van de wettelijke bepaalde financiering van voorzieningen door middel van Rijksheffingen vindt nog beraad plaats.

Binnenkort kan ook de definitieve aanwijzing van Rijnmond als saneringsgebied op grond van de wet worden verwacht. Bezien wordt nog, welke andere gebieden van ons land moeten worden aangewezen als saneringsgebied.

De uitbouw van het landelijk meetnet voor luchtverontreiniging maakt goede voortgang. De in diverse streken en provincies werkende regionale netten worden geleidelijk in het landelijk meetnet opgenomen. Naar het zich laat aanzien zal tegen het einde van 1972 het centrale meetstation in Bilt-hoven in functie zijn.

Er komt een interdepartementale commissie die de geluidshinder in zijn totaliteit gaat bestuderen, met uitzondering van de deelgebieden waarop reeds vruchtbaar wordt gewerkt, zoals de geluidshinder door vliegtuigen. Intussen is al een begin gemaakt met de voorbereiding van een wettelijke maatregel tegen geluids- en trillingshinder.

Naast de zorg voor lucht, water en bodem is het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne thans ook belast met de uitvoering van de Hinderwet, waardoor een meer geïntegreerde aanpak van de milieuhygiëne mogelijk is.

De minister tracht op zo kort mogelijke termijn een departementaal apparaat tot stand te brengen dat is opgewassen tegen de taak waardoor hij de verantwoordelijkheid draagt. Om te komen tot grotere efficiency zal een nauwere verwevenheid tussen het departement en de hoofdinspectie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid tot stand worden gebracht.

Begroting 1972 Wetenschappelijk onderwijs en Wetenschapsbeleid

Uittreksel uit de memorie van toelichting op de begroting 1972 van het ministerie van Wetenschappelijk Onderwijs en Wetenschapsbeleid.

„Verwezenlijking van de eerste doelstelling van het onderwijs, nl. voor een steeds groter, steeds breder samengestelde groep uit ons volk optimale ontplooiingskansen te bieden, kan niet langer worden nagestreefd in de structuren noch met de beleidsinstrumenten waarover overheid en onderwijsinstellingen thans beschikken”. Dit concludeert minister De Brauw van Wetenschappelijk Onderwijs en Wetenschapsbeleid, in de memorie van toelichting op zijn begroting voor 1972. „De naoorlogse periode, en in nog sterkere mate de jaren zestig, werden gekenmerkt door een doelbewust gestimuleerde uitgroei van wetenschappelijk onderwijs en hoger beroepsonderwijs als los van elkaar staande onderwijssectoren. Dit kwam tot uitdrukking in onder meer de explosieve groei van de aantallen studenten, de toeneming van de specialisaties in de wetenschap, waarvoor vele nieuwe leerstoelen werden ingesteld, het ontstaan van nieuwe onderwijsrichtingen in het hoger beroepsonderwijs en de groei van het personeel van de onderwijsinstellingen. Als gevolg van deze ontwikkeling stegen de uitgaven met name het wetenschappelijk onderwijs exponentieel; de beschikbaarheid van financiële middelen was in hoge mate bepalend voor het wel-slagen van deze onderwijspolitiek”. In historisch perspectief, zo merkt de minister op, moet deze

ontwikkeling positief worden beoordeeld. „Dit mag ons echter niet de ogen doen sluiten voor de schaduwkanten ervan. Onbeheerste uitgroei deed zich hier en daar voor. Scheefgroei ontstond in de getalsmatige belangstelling voor hoger beroepsonderwijs en wetenschappelijk onderwijs”.

De belangstelling uit de bevolkingsgroepen met lagere inkomens en met sociaal-culturele achterstand nam teleurstellend langzaam toe. „Daarom zijn voor de zeventiger jaren nieuwe structuren en andere gereedschappen nodig om de positieve ontwikkeling uit de naoorlogse jaren te kunnen beheersen en daarmee te stimuleren en om de scheefgroei te kunnen verhelpen”. Dit vergt een omvangrijk pakket wetgevende arbeid, waarbij minister De Brauw als kernpunten van zijn beleid in de komende kabinetsperiode beschouwt:

a. de herstructurering van het wetenschappelijk onderwijs en — als voorwaarde daartoe — het tot stand brengen van de eenheid van het post-secundair onderwijs;

b. de invoering van een nieuwe planningsprocedure voor het post-secundair onderwijs;

c. de opzet van een beleid ten aanzien van het universitaire en het gesubsidieerde niet-universitaire wetenschappelijk onderzoek, dat past in een landelijk wetenschapsbeleid;

d. de opzet van een nieuw studiefinancieringssysteem.

„Op korte termijn”, zo voegt de bewindsman daaraan toe, „dwingt de financieel-economische si-

tuatie van ons land tot een versobering van de aan het universitair onderwijs en onderzoek ten koste gelegde middelen". Deze versobering ziet hij niet als een hindernis voor de ontwikkeling van de door hem aangekondigde structurele maatregelen, maar „als een stimulans die er toe kan leiden, dat — eerder dan anders wellicht het geval zou zijn — een al te wilde uitgroei wordt gesnoeid". Over de kernpunten van het pakket structurele maatregelen merkt minister De Brauw het volgende op:

In grote lijnen neemt hij het ontwerp van wet herstructurering wetenschappelijk onderwijs, dat minister Veringa heeft ingediend, over. Herstructurering vindt hij noodzakelijk om te kunnen blijven beantwoorden aan de maatschappelijke behoefte aan onderwijs en om de positie van universiteit en hogeschool op het terrein van het wetenschappelijk onderzoek veilig te stellen. Voor de herstructurering van het wetenschappelijk onderwijs ziet de minister het tot stand brengen van de eenheid van het tertiair onderwijs als een voorwaarde. Met minister Van Veen zal hij nog dit zittingsjaar in een nota aan de Tweede Kamer een antwoord formuleren op de vraag hoe de samenhang tussen hoger beroeps- en wetenschappelijk onderwijs kan worden bevorderd. Het door de vorige regering ingediende ontwerp van wet voorbereiding samenhang h.b.o.-w.o. zal in dat verband in beschouwing worden genomen. De ministers merken nu al op, dat naar hun mening de Wet voortgezet onderwijs niet veel langer als kader voor de regeling van hoger beroeps-onderwijs kan dienen.

Op korte termijn zullen voorstellen worden ingediend voor de invoering van een planningsstelsel gebaseerd op de voorstellen van het organisatiebureau McKinsey. Dit betekent, dat er een lange termijn, midden-lange termijn en begrotingsplan komt voor het wetenschappelijk en het hoger beroepsonderwijs samen. De nieuwe planning zal daarmee, volgens minister Van Veen en minister De Brauw, „een belangrijke stimulans leveren voor de zo gewenste integratie van het hoger beroeps- en het wetenschappelijk onderwijs".

Minister De Brauw vindt het van wezenlijk belang om „door een betere coördinatie van het onderzoek de universitaire research te optimaliseren en te versterken". Prioriteitinstelling, programmering en evaluatie acht hij én voor de universiteiten zelf én nationaal van essentieel belang. Tegelijk met de invoering van een nieuwe planningsprocedure zal een vernieuwde financiering van de universitaire research moeten worden verwezenlijkt. Naast zijn directe verantwoordelijkheid voor het onderzoek aan de universiteiten en hogescholen benadrukt de minister als één van zijn hoofdtaken de zorg voor het gehele wetenschapsbeleid. Hierbij gaat het om een goede onderlinge afstemming van het beleid op deelterreinen van het onderzoek die onder de verantwoordelijkheid van verschillende bewindslieden vallen. De noodzaak hiertoe, zo merkt de minister op, vloeit voort uit het feit dat de ontwikkeling van wetenschap en technologie zich niet afspeelt binnen

de scheidslijnen die tussen de departementen zijn getrokken, doch voortdurend consequenties heeft ook voor andere sectoren. Om aan deze situatie het hoofd te bieden is een onderraad van de ministerraad voor het wetenschapsbeleid ingesteld, waarin minister De Brauw een coördinerende taak heeft.

Over de problematiek van collegegeld en studietoelagen heeft de commissie-Andriessen rapport uitgebracht. Een ambtelijke werkgroep bestudeert de adviezen van deze commissie. Minister De Brauw heeft in deze werkgroep de verhoging van het collegegeld en de hervorming van de studiefinanciering in hun onderlinge samenhang aan de orde gesteld. Een verhoging van het collegegeld acht hij wenselijk, omdat een wetenschappelijke opleiding voor de studenten mede een investering is in kennis en vaardigheden. Aan deze investering worden voordelen ontleend, zoals een hoger inkomen na de studie. „Inkomensoverheveling naar de financieel sterkeren wordt ingeperkt", aldus de minister.

De moeilijke financieel economische situatie dwingt de minister tot het beperken van de uitgavenontwikkeling voor wetenschappelijk onderwijs en onderzoek. De in het Algemeen Financieel Schema (AFS) voor 1972 voorziene bedragen konden daarom niet over de gehele linie gehandhaafd blijven. De begrotingscijfers geven het volgende beeld:

	1971	1972	1972
		(AFS)	(begroting)
1. personeelsformatie	30101	31726	30674
2. uitbreiding personeelsformatie		+1625	+573
3. materiële exploitatieuitgaven			
(milj. guldens)	246,3	275,3	290,8
4. bijdrage aan interuniversitaire instituten (milj. guldens)	23,2	26,0	30,1
5. bijdrage aan academische ziekenhuizen (milj. guldens) ..	179,3	202,8	187,4
6. nieuwbouw en inrichtingsinvesteringen (milj. guldens) ..	531,4	545,3	494,7
7. uitbreiding apparatuur			
(milj. guldens)	77,2	86,9	86,9

ad.3 De stijging van het voor 1972 opgenomen bedrag ten opzichte van het AFS wordt veroorzaakt door kostenstijgingen die gezien hun aard — exploitatielasten — niet op korte termijn kunnen worden bestreden.

ad.4. De stijging van het voor 1972 opgenomen bedrag ten opzichte van het AFS wordt veroorzaakt door salarismaatregelen die in het AFS nog niet waren verwerkt.

ad.5. De daling van het voor 1972 opgenomen bedrag ten opzichte van het AFS wordt veroorzaakt door de voorgenomen tariefverhoging per 1 januari 1972. De in het AFS nog niet verwerkte salarismaatregelen worden hierdoor mede gecompenseerd.

Medisch rapport 1969-1970

Studentengezondheidszorg in Delft

Uit het „Medisch Rapport 1969-1970 van de studentenartsen der Stichting Gezondheidszorg voor Studenten aan de Technische Hogeschool, gevestigd in Delft“:

„Dit jaar nam het aantal bezoekers aan de studentengezondheidszorg met 6,5% ten aanzien van het vorig jaar, toe. Bij 2.418 patiënten (vorig jaar 2.254) werden in totaal 4.477 „aandoeningen“ behandeld (vorig jaar 4.215). Hiervoor waren 6.716 consulten (vorig jaar 6.314) bij de arts nodig. Het is opvallend, dat het percentage infectieziekten is gestegen tot 3,1% (vorig jaar 0,9%). Een kleine explosie van de ziekte van Pfeiffer heeft mede hier toe bijgedragen (29 gevallen in het eerste kwartaal van 1970). Dat het aantal ongevallen in het verkeer steeds toeneemt, is een ieder bekend. Ook bij ons steeg het percentage, en wel van 1,1 tot 4,2%. Opvallend was ook de stijging van het aantal ongevallen in de T.H. van 0,3 tot 2,9%. Het aantal „problemen en adviezen“ steeg van 6,2 naar 9%. In dit kader waren vragen over seksualiteit en de daarbij gegeven adviezen bijzonder frequent. Hoewel natuurlijk geen directe correlatie kan word gelegd, is het toch mogelijk dat door goede voorlichting het aantal geslachtsziekten afnam van 0,6 tot 0,3% — in tegenstelling tot het landelijk stijgend aantal gevallen. Duidelijk groter was het aantal studenten dat naar de oogarts werd verwezen: 165 ten opzichte van 129 in het vorig jaar. Ook het aantal verwijzingen naar de dermatoloog nam toe door een aantal hardnekkige huidziekten, die vermoedelijk in het sociaal-hygiënische vlak hun oorsprong hadden. Onder andere werd dit jaar voor het eerst bij een aantal patiënten de reeds in het vergeetboek geraakte diagnose scabies (schurft) gesteld. Vermoedelijk heeft deze opflukking te maken met het reizen en trekken onder slechte hygiënische omstandigheden en het daarna bij thuiskomen besmetten van mede-kamerbewoners“.

„De studentenartsen werden 361 maal voor psychische en psychosomatische aandoeningen gecompileerd; dit is 8,1% van het totaal aantal aandoeningen. De betrouwbaarheid van dit getal is echter aan twijfel onderhevig, ook vele somatische klachten hebben een psychische of psychosociale achtergrond. Het hangt dan van de beoordeling der arts af waarop het accent wordt gelegd, terwijl tussen artsen onderling de beoordeling verschillend kan zijn, daarbij de onbetrouwbaarheid vergrotend. Steeds duidelijker blijkt, dat de huidige classificatiemethode onvoldoende inzicht geeft in de frequentie van psychische, psychosomatische en psychoso-

ciale aandoeningen. Er werden 81 studenten behandeld door middel van langdurige behandeling en/of psychotherapeutische gesprekken; de studentenartsen behandelden 55 patiënten, 26 werden verwezen naar psychiaters.“ Resultaten, afgeleid uit een der vele in het rapport voorkomende tabellen: hersteld of aanzienlijk verbeterd 15, verbeterd 29, niet verbeterd 8, onttrokken aan behandeling 2, nog onder behandeling of onbekend 27.

Sociaal-medische problemen: „Twee probleemgebieden sprongen dit jaar naar voren. De huisvesting, met name voor gehuwde studenten, leverde grote moeilijkheden op; alleen in die gevallen waar een medische of medisch-sociale indicatie aanwezig leek werd de studentenarts geraadpleegd. Gezien het grote tekort aan huisvestingsmogelijkheden konden lang niet alle gevallen worden geholpen, ondanks de reeds zware voorselectie. De tweede categorie betrof de abortusaanvraag. Ook deze nam toe. Een zuiver medische indicatie was in geen der gevallen aanwezig; steeds ging het om een combinatie van psychische en sociale problemen, zodat bij elke aanvraag een uitgebreid gesprek met beide partners (alleen of afzonderlijk) nodig bleek te zijn om tot een indicatiestelling te komen. Deze werd met de aanvragers besproken, waarna in gezamenlijk overleg werd besloten of doorverwijzing zinvol zou zijn — een werkwijze welke geen conflicten opleverde. Verwijzing vond, indien nodig, steeds plaats naar een psychiater. Indien deze de indicatie tot abortus stelde, werden bij de uitvoering ervan geen problemen ondervonden“.

Het periodiek geneeskundig onderzoek „beperkte zich ook dit jaar tot de eerstejaarsstudenten. Bij de inschrijving werd aan alle eerstejaars een anamneseformulier overhandigd. Na ongeveer een maand werd een anamneseformulier toegezonden aan hen die niet hadden gereageerd. Bij het anamneseformulier was dit jaar als inlegvel een psychologische vragenlijst gevoegd, opgesteld door de psycholoog Drs. A. P. W. M. Appels, verbonden aan de afdeling Preventieve en Sociale Psychiatrie van de Medische Faculteit Rotterdam, hoofd Prof. Trimbos. In overleg met hem werden ongeveer 50 eerstejaarsstudenten aselect opgeroepen en door de studentenarts onderzocht, waarna deze een beoordeling van de onderzochte diende te geven op een door Drs. Appels samengestelde lijst. Aan de hand van de psychologische vragenlijst werden de zogenaamde „high risks“ opgeroepen en zowel beoordeeld door de studentenarts als door de psychiater Dr. W. J. Sengers, eveneens verbonden aan de Medische Faculteit te Rotterdam. De doelstelling van het onderzoek

is na te gaan of met behulp van de psychologische vragenlijst een indruk is te verkrijgen van de psychische structuur van elke eerstejaarsstudent, zodanig dat vanuit de verkregen gegevens kan worden vastgesteld wie voor begeleiding of hulp, direct of later, in aanmerking komt".

„Er werden 324 (vorig jaar 322) sportkeuringen verricht; resultaten: goedgekeurd 322, voorlopig afgekeurd 1, afgekeurd 1. Er werden in het cursusjaar 221 sporttraumata behandeld tegen 168 in het voorafgaande jaar. De verdeling was als volgt: verwondingen 23, contusies 98, distorsies 90, luxaties en fracturen 10. Ook nu weer werd naast de behandeling veel aandacht geschonken aan de sportgeneeskundige begeleiding. Dit gedeelte van de curatieve zorg dient ook in de toekomst te vallen binnen de werkzaamheden van de studentenartsen."

Contacten: De studentenartsen treden nog te weinig op de voorgrond; contacten met de afdelingen zijn geheel afwezig, slechts sporadisch is er over een individueel geval contact met een hoogleraar. Ook in een ander opzicht nemen studentenartsen een geïsoleerde plaats in. Door hun werk raken zij nauw betrokken niet alleen bij de problematiek van de individuele student, doch zij komen ook in aanraking met opvattingen die leven onder studenten. Het is altijd reeds de taak geweest van de arts inzicht te krijgen en begrip op te brengen voor zijn patiënten, doch waar binnen de kring der arts en de opstelling in sociaal opzicht veelal neutraal pleegde te zijn, in de mening dat „neutraliteit" te allen tijde verplicht was, hield men de laatste jaren steeds verder over naar het standpunt dat deze mening niet meer te verdedigen valt en dat het juist de arts is die — door de aard van zijn werk in aanraking komend met problemen van de maatschappij (huisvesting, milieuverontreiniging, arbeidsconflicten etc.) — zich kritisch moet opstellen ten opzichte van deze maatschappij. Hij dient niet boven zijn patiënten en buiten de maatschappij te staan doch naast zijn patiënten en midden in die maatschappij. Zo dit ergens gevoeld wordt, dan is dat binnen de studentengezondheidszorg, waar studentenartsen nauw contact hebben met een in deze tijd actief deel van de maatschappij. Men komt tot een genuanceerd denken over wat men pleegt te noemen „problemen van deze jeugd", waarbij men zich soms wel eens afvraagt bij wie het probleem eigenlijk ligt, bij deze jeugd of bij hen die erover oordelen. In de stroomversnelling van deze tijd waar het tijdelijke het duurzame vervangt, dreigen vele ouderen achter te raken, terwijl jongeren soms de neiging vertonen tot vluchten (drugs, afwenden van de maatschappij, overkritisch opstellen als gevolg van het gevoel van eigen onvermogen). Er ligt voor de studentenartsen een taak op psychohygiënisch gebied door te trachten alle groepen te begrijpen en bruggen tussen hen te slaan, zolang niet van overeenstemming dan toch van begrip."

Last but not least: „Over zin en onzin van een studentengezondheidszorg is het afgelopen jaar veel gesproken. In het kader van de huidige gezondheidszorg in Nederland lijkt het uitermate onver-

Maatschappij-agenda 1971

7, 8 en 9 oktober	— Ledencongres Maatschappij
23 oktober	— Ledenvergadering L.S.V.
30 oktober	— Alg. Vergadering Maatschappij
5 november	— Ledenvergadering L.H.V.
13 november	— N.H.G.-congres
19 november	— Ledenvergadering L.H.V.
27 november	— Ledenvergadering L.A.D.

standig te overwegen haar op te heffen. Wel zal de nadruk steeds meer moeten vallen op bedrijfsgeneeskundige aspecten, zij het dat hier minder wordt gedacht aan pathogeniteit en verbetering van het fysieke dan wel van het psychosociale milieu." Dus „zal in de toekomst de behandeling van het aantal somatische gevallen drastisch verminderd moeten worden, wil de belangrijke preventieve taak van de studentengezondheidszorg tot zijn recht blijven komen". Maar: „de curatieve zorg vult nog steeds een belangrijk deel van de werkzaamheden, er zijn echter reeds besprekingen met de plaatselijke huisartsenvereniging begonnen om te komen tot een afvloei van de curatieve verrichtingen naar de plaatselijke huisartsen. Het zal echter nog geruime tijd in beslag nemen alvorens het nieuwe systeem is ingevoerd, zodat ook in het komende jaar geen verlichting van de „curatieve druk" zal plaatsvinden. Dit zet ongetwijfeld een rem op twee belangrijke werkzaamheden, te weten de individuele counseling van studenten en de uitbreiding van het groepsonderzoek tot ouderejaarsstudenten", te beginnen met een derde- of vierdejaarsonderzoek. „Het is dan echter van groot belang scherp doelstellingen van een dergelijk onderzoek te bepalen; zonder meer mag al verondersteld worden dat lichamelijke afwijkingen geen grote rol zullen spelen, de gedachten zullen in de richting moeten gaan van een onderzoek naar psychosociaal welbevinden, zoals relatievorming, studiebevrediging, toekomstverwachting". Aldus de Delftse studentenartsen J. R. van Reekum, Mevrouw M. C. J. van Reekum-van Wassbergen en A. E. Stuur.

Ondertussen is de afvloeiing van de curatieve zorg naar de plaatselijke huisartsen per 1 september van dit jaar een feit. De Delftse studentenartsen houden nu dagelijks spreekuur van 2 tot 3; zuiver somatische gevallen worden doorverwezen naar de huisarts. De aanstelling van een sociaal psychiater, waarom het team met het oog op zijn hernieuwde plaatsbepaling heeft gevraagd, laat nog op zich wachten.

Wenselijkheid en mogelijkheden van de rode hond-inenting

Door G. D. de Jong, huisarts te Leiden

De Australische oogarts Norman Macalister Gregg heeft in oktober 1941 op de gevolgen van besmetting met rode hond tijdens de zwangerschap gewezen. Als een vrouw, die zelf de ziekte nooit doormaakte, in de eerste maanden wordt besmet, heeft zij een grote kans op een kind met aangeboren afwijkingen, het zogenaamde congenitale rubella syndroom. De kans op afwijkingen is bij besmetting in de eerste maand van de zwangerschap 50 à 60%, in de tweede maand 25% en in de derde maand 17%.

Het totale aantal beschadigde kinderen moet in Nederland op gemiddeld 50 per jaar worden geschat. Tot nu toe is getracht de kwade gevolgen in te perken door de aanstaande moeder na rode hond contact een inspuiting met gamma globuline te geven. Het nuttig effect hiervan is inmiddels twijfelachtig gebleken. Ruim 10% van de aanstaande moeders heeft geen rode hond doorgemaakt, wat zo nodig door bloedonderzoek kan worden nagegaan.

Sinds voorjaar 1969 bestaat er een inenting tegen deze ziekte, waardoor de kansen voor preventie sterk zijn verbeterd. In vrijwel alle Europese landen en ook daarbuiten is het rode hond vaccin in de periode april 1969 tot september 1970 voor gebruik toegelaten. In Nederland waren wij op 17 maart 1971 zover dat de eisen waaraan rode hond vaccins moesten voldoen werden bekendgemaakt. Op 23 april was ook vaccin verkrijgbaar. Opgemerkt moet worden dat indien deze eisen twee jaar eerder waren geformuleerd de thans in gebruik zijnde vaccins ook reeds hieraan zouden hebben voldaan.

Ter bescherming van aanstaande moeders hebben wij nu de volgende mogelijkheden: 1. inenting van vrouwen in de vruchtbare leeftijd die geen rubella doormaakten; 2. inenting van meisjes van 13 à 15 jaar; 3. inenting van alle kinderen ter voorkoming van rode hond epidemie, waardoor aanstaande moeders indirect zijn beschermd.

In vele landen wordt de bestrijding volgens deze richtlijnen aangevat, al legt men het zwaartepunt, zoals uit de volgende voorbeelden blijkt, vaak verschillend.

Australië: Toelating vaccin in november 1969. Inenting van vrouwen voorzover nodig en massa-inenting van meisjes van 12-15 jaar.

Nieuw-Zeeland: Toelating november 1969. Inenting van alle kinderen van 4 tot 10 jaar en waar nodig vrouwen en meisjes in de vruchtbare leeftijd.

Samenvatting

De rode hond vaccinatie en diverse facetten hiervan worden besproken, de gang van zaken in diverse landen hierbij als toelichting. Er wordt voor gepleit ook in ons land deze vaccinatie te gaan toepassen teneinde aangeboren afwijkingen bij kinderen te voorkomen.

Canada: Toelating april 1970. In de provincie Brits Columbia inenting van alle kinderen van 1 tot 12 jaar (totaal 400.000 kinderen).

Verenigde Staten: Toelating juni 1969. Massa-inenting van alle kinderen van 1 tot 12 jaar (nu al ruim 40 miljoen gedaan). Als in de toekomst dit nodig mocht blijken wil men de inenting herhalen bij meisjes van 12 jaar. Verder ook hier individuele inenting van volwassenen.

Engeland: Toelating mei 1970. December 1970 begonnen met massa-inenting van meisjes van 11 tot 14 jaar.

Zwitserland: Toelating april 1969. Bij voorkeur inenting van meisjes van 13 en 14 jaar, zonder vooraf na te gaan of zij al dan niet rode hond doormaakten.

België: Toelating juli 1969. Sporadische inenting in enkele grotere gemeenten. Een aantal vrouwenartsen doet het waar nodig bij kraamvrouwen nog tijdens het verblijf in het ziekenhuis. Terloops zij opgemerkt dat zich in dit land één van de grote vaccin producenten bevindt, die o.a. aan Australië en Nieuw-Zeeland leverde.

Gang van zaken in Nederland tot nu toe.

Onderzoek betreffende het congenitale rubella syndroom is in 1945 door Prof. Dr. P. H. G. van Gilse, destijds hoogleraar in de oorheekunde te Leiden, begonnen. In 1947 is de zogenaamde Rode Hond Werkgroep gesticht en in begin 1948 wordt het verzamelen van bloedserum bij pas herstelde patiënten georganiseerd. In 1951 was de distributie van reconvalescenten gamma-globuline landelijk ge-

regeld. Ik neem aan dat er in ons land 8 à 10 duizend doses hiervan per jaar worden gebruikt. Dit houdt ook in dat een dergelijk aantal aanstaande moeders zich gedurende de verdere zwangerschap ongerust maakt over de afloop daarvan. In december 1967 is er tussen Belgische en Nederlandse functionarissen nog een bespreking gehouden die was gewijd aan de Nederlands-Belgische samenwerking op het gebied van de Volksgezondheid. In het bijzonder is toen gesproken over de bestrijding van de rode hond, die gezamenlijk ter hand zou worden genomen.

Sinds 23 april 1971 ben ik deze vaccinatie in eigen praktijk gaan toepassen. Het blijkt vlot bij het publiek aan te slaan, de inenting geschiedt zowel bij volwassen vrouwen als bij kinderen. Sommige ouders hebben hiervoor twee motieven: 1. hun kind de ziekte besparen, 2. ter bescherming van aanstaande moeders in hun omgeving. Eén patiënte heeft nu al reden tot dankbaarheid. Het betreft een 24-jarige vrouw die op 16-4-1971 het gebruik van de anticonceptiepil wilde staken. Dit werd ontraden gezien het heersen van rode hond. Op 3-5-1971 is zij zelf ingeënt en op 20-5-1971 had zij klachten zoals deze soms na een dergelijke inenting voorkomen. Op 26-7-1971 had haar zoon van 2½ jaar rubella. Zij heeft de goede afloop weliswaar niet aan de inenting te danken, wel aan het ter sprake brengen van de problematiek.

Nieuwe inentingmethoden dringen langzaam door tot algemeen gebruik. Ter illustratie volgen enkele gegevens over de tijdsduur in ons land tussen het beschikbaar komen van een bruikbaar vaccin en het afdoende gebruik daarvan:

	beschikbaar	algemeen gebruik
Diphtherie	1939	1953
Tetanus	1939	1954
Kinkhoest	1949	1954
B.C.G. (anti-TBC)	1926	1952
Poliomyelitis	voorjaar 1956	voorjaar 1958
Bof	1968	niet in gebruik
Mazelen	1966	weinig gebruikt

ADRESWIJZIGINGEN

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

Bij het rode hond vaccin is, evenals destijds bij het mazelen vaccin, de beschikbaarheid twee jaar vóór op het bekend worden van de eisen waaraan het in ons land moet voldoen. Ik meen dat het gewenst is dat in de toekomst dergelijke discrepanties worden voorkomen.

Organisatie

De uitvoering van rode hond inenting zal m.i. in ons land geen moeilijkheden behoeven te geven, mede omdat het probleem al (sinds 1947) in zeer brede kringen onder de bevolking bekend is. Ook financiële belemmeringen spelen naar mijn ervaring bij het publiek geen rol. Verder zou het van belang zijn als wij de routine-bloedgroepbepaling in plaats van bij de prenatale zorg nu bij meisjes van bijvoorbeeld 18 jaar zouden doen en dit bloed tevens op rode hond antilichamen zouden onderzoeken. Behalve de bloedgroep kan dan ook de noodzaak tot inenting worden bericht.

Leiden, 28 augustus 1971

Literatuur

- M. Wabeke: Rubella. Ned. Bibliotheek der Geneeskunde (uitg. Stafleu).
 S. Krugman: The Journal of Pediatrics, jan. 1971, nr. 1.
 A. Boué e.a.: Lancet 19-6-1971, blz. 1251.
 J. A. Dudgeon: British Med. Bulletin, mei 1969.
 P. H. G. van Gilse e.a.: N.T.v.G. 15-2-1947, blz. 404.
 Commentaar: N.T.v.G. 25-7-1964, blz. 1452.

OPLEIDING HUISARTS, een utrechts boekje

Verschenen is „opleiding huisarts”, een uitgave van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Utrecht, Mariahoeck 5, tel. 030-19949. Over een paar weken begint men in Utrecht met de specifieke opleiding tot huisarts. Daarom dit boekje, bedoeld voor de huisartsen in spe en hun opleiders.

Uit een enquête onder senior co-assistenten (Utrecht maart 1971) bleek dat 60% de opleiding in de huisartsgeneeskunde wilde gaan volgen: 34% omdat men werkelijk huisarts wilde worden, 12% om zich daarna te specialiseren en 14% om andere

redenen. De opleiding die hun zal worden geboden beslaat een inleidende cursus van 2 weken in het huisartsinstituut, een stage van 22 weken bij een huisarts-opleider en een even lange ziekenhuisstage; tijdens de eerste stage komt men eens per week en tijdens de tweede stage eens per veertien dagen terug op het instituut.

De cursus moet helpen om de inwerkperiode in de praktijk sneller te doen verlopen; hij vormt tevens een inleiding op de „terugkomdagen”. Zowel de inleidende cursus als de terugkomdagen hebben twee

thema's, namelijk: 1. de beslissingsprocedures met betrekking tot diagnostiek, therapie en preventie in de huisartspraktijk; 2. de vaardigheden die hiertoe met name op het gebied van de gespreksvoering nodig zijn. Er wordt tijdens de inleidende cursus gewerkt in groepen van 13 man, begeleid door een staf lid. In het programma komen onder meer aan de orde: een aantal veelvuldig in de huisartspraktijk voorkomende klachten, aandoeningen, c.q. ziekten; een aantal acute toestanden; onderdelen van de praktijkvoering en -organisatie; farmacopie en receptuur; gespreksvoering; een eerste kennismaking met die instellingen en organisaties op het gebied van de maatschappelijke en geestelijke gezondheidszorg, waarmee de huisarts samenwerkt. Per cursusdag is er ongeveer anderhalf uur over voor eigen studie.

Wat de praktijkopleiding betreft: voor de functie van huisarts-opleider bleek redelijk veel belangstelling te bestaan. De voorkeur werd gegeven aan huisartsen uit de buurt van Utrecht, die vlak bij een aan de opleiding deelnemend ziekenhuis wonen; gestreefd werd naar een spreiding over stad en platteland. Formele criteria die de keuze bepaalden waren: de opleidende huisarts moet niet ouder zijn dan 60 jaar, hij moet tenminste vijf jaar huisarts zijn en minimaal drie jaar in de huidige praktijk werken; de praktijkomvang moet globaal liggen tussen de 1.500 en 4.500 patiënten; bij een praktijk van enige omvang dient een praktijkassistente aanwezig te zijn; er moet een goede mogelijkheid zijn om de patiënten te onderzoeken en te behandelen (gedegen instrumentarium, laboratorium- en liefst ook röntgenfaciliteiten); de ruimten moeten zodanig zijn, dat ook de assistent-arts er in kan werken; de medische administratie moet goed zijn bijgehouden.

De ziekenhuisstage staat op het programma om de assistent-arts ook met die zijde van het medisch bedrijf in kennis te brengen, hetgeen hem de kans biedt zijn vaardigheid op een aantal gebieden te vergroten en te ervaren hoe de medische en paramedische hulpverlening in een ziekenhuis functioneert; het stelt hem daarnaast in de gelegenheid een aantal patiënten intensief in een ziekenhuissituatie te volgen en te begeleiden. De assistent-artsen zullen in alle ziekenhuizen worden ingeschakeld in zowel de avond-, de nacht-, en de weekenddienst. In de opzet wordt verder rekening gehouden met het bijwonen van demonstraties en besprekingen, als groep apart en samen met andere in het ziekenhuis werkzame groepen.

De bedoeling van de „terugkomdagen” gedurende de stages in huisartspraktijk en ziekenhuis is, de ervaring die de assistent in de praktijk heeft opgedaan te benutten om hem duidelijk te maken welke overwegingen tot de diverse diagnostische conclusies en



therapeutische beslissingen hebben geleid. Bespreking van de opgedane ervaring moet verder duidelijk maken aan welke informatie nog behoefte bestaat. Het programma van de terugkomdagen omvat drie onderdelen, elk van twee uur: casuïstische besprekingen, aanvullende informatie en gesprekst raining.

Onder de zakelijke informatie waarmee het boekje „opleiding huisarts” besluit, vallen een naamlijst van stafleden en huisartsopleiders, een lijst van gegevens van het zestal medewerkende ziekenhuizen en de chapitertjes „Juridische aspecten” en „Stagevergoeding”, die wij hier in omgekeerde volgorde zullen weergeven. De vergoeding: „De assistent-arts zal via de universiteit, voor de periode waarin hij de opleiding volgt, dus gedurende 52 weken, een stagevergoeding van circa f 1.000,— bruto per maand ontvangen. Hiervan zal hij, behalve zijn levensonderhoud ook zijn huisvesting en zijn reiskosten moeten betalen.” En de juridische kant: „De assistent-arts zal formeel beschouwd worden als een stagiaire. Hij zal dus niet in dienst van een ziekenhuis of een huisarts komen. Hij blijft de status van student behouden. Wel zal de assistent-arts een zekere bevoegdheid krijgen. Deze bevoegdheid zal in een wet worden geregeld. De assistent-arts zal in wezen dezelfde bevoegdheid krijgen als de arts, doch slechts voor zoverre hij werkzaam is in een door de faculteit aangewezen huisartspraktijk of ziekenhuis. Daarbuiten heeft hij deze bevoegdheid dus pas na het afleggen van het artsexamen. Het is niet uitgesloten dat in een verdere toekomst nog wijzigingen in deze situatie zullen komen, maar dit is niet van invloed op de huidige situatie.”

Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (XIX)

Een brief van Franciscus Cornelis Donders aan William Bowman

De brief luidt:

Utrecht, 4 janvier 1858

My dearest Friend!

Enfin je puis vous annoncer, que les caisses, arrivées de Berlin, sont expédiées à votre adresse et vous parviendront dans peu de jours. Je n'ai pas autre chose à ajouter pour le moment, mais j'espère bien trouver occasion de m'acquitter plus tard de ma dette, dont je tiens note. Ma petite Marie prie Mary Bowman de vouloir accepter un petit livre, que vous trouverez adjoint. Puis je n'ai pas oublié les „Seidlings". Puissent de belles fleurs vous répéter de temps en temps, combien je suis reconnaissant de l'aimable accueil sous votre toit hospitalier. J'y pense bien souvent encore et j'espère venir importuner Mistress Bowman une seconde fois, si sa bonté veut me le permettre. L'année prochaine je compte sur une entrevue sur le continent. Madame Donders, qui heureusement se porte très bien dans le dernier temps, sera charmée de faire la connaissance de Mad. Bowman et Marie me demande déjà si vous n'oublierez pas d'amener Mary.

Je suis encore, comme je disais, votre débiteur et je viens de nouveau vous charger d'une commission. Tous mes amis me demandent un exemplaire de mon portrait photographié. Vous m'obligeriez beaucoup, en priant les photographes de m'en envoyer encore un douzaine (assez noirs), mis sur papier, comme les autres, à trois shillings la piece. Voulez-vous payer les 36 shillings pour moi? Le photographe reste si près de vous que j'espère que vous trouverez bientôt un instant pour aller chez lui. La seconde édition de ma physiologie m'occupe plus longtemps que je n'avais pensé.

Dans 2 ou 3 jours je serai au bout et c'est alors que je pourrai me vouer entièrement à l'opuscule que je publierai à Londres. Du reste, mes études sur ce point continuent toujours, et je ferai mieux que je n'aurais fait il y a un mois. Veuillez m'excuser chez Mr. Churchill sur le retard, - si vous le croyez nécessaire.

J'ai reçu de Londres du sulphate d'atropine falsifié. Est-ce que ça vous est déjà arrivé? L'action stimulante me le fit supposer et les recherches chimiques l'ont prouvé. Je publierai un mot sur ce point.

Je jette un coup d'oeil sur „North End" et je trouve tout bien changé. L'hiver a fait atteinte à la beauté et au charme de la campagne. Mais le

bonheur et le repos ne l'ont pas quittée, et continueront quand la belle verdure va de nouveau vous offrir ses attraits. Puisse ce bonheur continuer nombre d'années, - voilà les vœux de votre tout dévoué.

Donders

In deze brief leest men dat Donders in Engeland is geweest en dat hij logeerde bij Bowman. Donders verwacht het jaar daarop de familie Bowman bij zich in Utrecht. Marie, het dochtertje van Donders, stuurt een boekje aan Mary, het dochtertje van Bowman. Een in Engeland gemaakt foto-portret van Donders valt in Utrecht zeer in de smaak en alle vrienden willen een afdruk. De tweede druk van het fysiologieboek van Donders komt later dan werd verwacht. Verder nog een mededeling over een vervalsing van sulfas atropini.

Donders schrijft in het Frans aan Bowman. In een latere brief, uit 1861, ook in het Frans, schrijft D. dat hij alles wat hij had geleerd van het Engels weer was vergeten.

Het is interessant in deze brieven van beroemde mannen te lezen over gewone, huiselijke dingen. In andere brieven van Donders leest men over bezoeken aan Bernard in Parijs, aan Desmarres, Helmholtz, Graefe en anderen.

Franciscus Cornelis Donders, beroemd fysioloog en oogheekundige, is in Tilburg geboren op 27 mei 1818. Hij studeerde in Utrecht en promoveerde in Leiden in 1840. Daarna was hij officier van gezondheid en ging in 1842 naar Utrecht om anatomie, histologie en fysiologie te doceren aan de militair-geneeskundige school. In 1858 richtte hij het „Nederlandsch Gasthuis voor Ooglijders" op in Utrecht en in 1862 werd hij aldaar benoemd tot hoogleraar in de fysiologie. In 1888 trad Donders af als hoogleraar en 24 maart 1889 is hij overleden.

Sir William Bowman is 20 juli 1816 geboren te Nantwich (Cheshire). Hij studeerde in Birmingham van 1832 tot 1837 en maakte intussen studiereizen naar Leiden, Amsterdam, Bonn, Heidelberg, München, Wenen en Berlijn. In 1846 werd hij demonstrator voor anatomie aan King's College en tevens surgeon aan het daarbij behorende hospitaal. Later werd hij hoogleraar voor anatomie en fysiologie en in 1862 voor oogheekunde. Hij heeft veel gepubliceerd op fysiologisch gebied en zijn naam is verbonden aan de Kapsels van Bowman. Bowman is overleden te Dorking op 29 maart 1892.

Dr. J. A. van Dongen

Richtlijnen ten behoeve van de uitvoering van abortus provocatus

Het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst

overwegende

dat het, gezien de divergentie van meningen, wenselijk is richtlijnen met betrekking tot het abortusvraagstuk te geven ten behoeve van de artsen in Nederland;

dat er daarbij van dient te worden uitgegaan dat toepassing van abortus provocatus is het doen beëindigen van menselijk leven;

dat de plicht van de arts tot hulpverlening kan medebrengen, dat in aansluiting aan het verzoek om hulpverlening bij ongewenste zwangerschap tot abortus moet worden besloten;

dat een arts, die principieel afwijzend staat tegenover deze ingreep, daartoe niet kan worden verplicht, doch wel de taak heeft zorg te dragen dat de continuïteit in de behandeling van de patiënt blijft gewaarborgd, een en ander onder handhaving van het principe van vrije artsenkeuze;

voorts overwegende

dat de arts, overeenkomstig de eisen van verantwoord medisch handelen, tot zijn beslissing inzake de aard van de geadviseerde hulpverlening bij de ongewenste zwangerschap dient te komen, na zorgvuldige afweging van alle relevante factoren, waarbij in aanmerking moet worden genomen dat de gezondheid van de mens in integrale zin, als lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn dient te worden opgevat;

dat vorenbedoelde factoren relatief weinig medische, wel echter gewichtige algemeen humane aspecten vertonen;

dat abortus provocatus moet worden beschouwd als een uiterste oplossing, waaruit voortvloeit dat hoge eisen van zorgvuldigheid aan de besluitvorming moeten worden gesteld;

dat de uitvoering van de abortus provocatus door de arts geacht kan worden te vallen onder de uitoefening van de geneeskunst en als zodanig geen bijzondere plaats inneemt ten opzichte van andere medische handelingen;

dat het voorgaande met zich meebrengt dat, on-

der benadrukking van de eigen verantwoordelijkheid van de arts, de afweging van de relevante factoren door artsen, tot verschillende uitkomsten zal kunnen leiden;

dat er daarom des te meer aanleiding is de genoemde uiterste zorgvuldigheid in acht te nemen, zeker indien de wetgever besluit het uitvoeren van een abortus provocatus door iemand, die bevoegd is de geneeskunst uit te oefenen, niet meer strafbaar te stellen, in overeenstemming met een door het hoofdbestuur onderschreven uitspraak van die strekking;

spreekt als zijn oordeel uit

dat in het algemeen het besluit tot het uitvoeren van abortus provocatus bij ongewenste zwangerschap, moet worden genomen door tenminste twee artsen, waarbij deze van geval tot geval dienen te overwegen of en zo ja welke andere deskundigen bij de besluitvorming moeten worden betrokken;

dat de ingreep dient te geschieden onder zodanige omstandigheden en met zodanige waarborgen omkleed, als de aard van de ingreep eist; dat met het oog hierop de ingreep vooralsnog dient te geschieden in algemene ziekenhuizen en in inrichtingen, die daartoe op grond van nader te stellen eisen toestemming hebben verkregen;

dat de vereiste zorgvuldigheid tevens met zich meebrengt dat van elke ingreep een verslag wordt gemaakt — waarin ook de overwegingen worden vermeld, die tot de beslissing hebben geleid — ten dienste van verdere begeleiding en ten nutte van wetenschappelijk onderzoek;

dat in elk geval, waarin een abortus provocatus tot uitvoering komt, bijzondere aandacht dient te worden besteed aan de nazorg, waarbij een belangrijke plaats moet worden ingeruimd met betrekking tot voorlichting omtrent het voorkomen van zwangerschap.

Toelichting

De publikatie van het interimrapport van de Commissie Abortusvraagstuk onder voorzitterschap van Prof. Kloosterman, de abortusparagraaf in het Regeerakkoord en tenslotte de voorgenomen hoorzitting van de Bijzondere Commissie uit de Tweede Kamer met betrekking tot het wetsontwerp van de heren Lamberts en Roethof, zijn voor het hoofdbe-

stuur van de Maatschappij aanleiding geweest zich opnieuw uitvoerig te beraden over dit vraagstuk. Daarbij heeft het overwogen dat een vrouw, die zich als gevolg van een ongewenste zwangerschap in haar welzijn bedreigd voelt, naast aandacht en begrip recht heeft op adequate hulp in ruime zin, vooral van diegenen die uit hoofde van ambt, beroep of functie hiertoe in het bijzonder zijn gekwalificeerd. Vrouw en arts kunnen in bepaalde gevallen, na zorgvuldig afwegen van alle relevante factoren, van mening zijn dat deze hulp moet bestaan in het opwekken van een therapeutische abortus, waaronder wordt verstaan: het op medische indicatie afbreken van menselijk leven in ontwikkeling, vóór het stadium van levensvatbaarheid buiten het moederlichaam is bereikt. Met betrekking tot het stellen van de indicatie tot therapeutische abortus, zijn geen voor alle ongewenste zwangeren en voor alle artsen geldende regels te geven. Ten aanzien van de procedure die tot de indicatiestelling leidt en omtrent de plaats en wijze van uitvoering van deze ingreep, is het echter mogelijk en gewenst richtlijnen op te stellen ten behoeve van de artsen in Nederland.

Zoals uit genoemd rapport van de Commissie Abortusvraagstuk blijkt (M.C. no 42/1970), heeft het hoofdbestuur tijdens de hoorzitting van deze Commissie op 5 oktober 1970 het standpunt naar voren gebracht dat „door wijziging van de strafwet de bedreiging, die vele artsen nog steeds voelen bij hun indicatiestellende overwegingen, dient te worden weggenomen. Wetswijziging zou overigens gepaard moeten gaan met de vaststelling van wettelijke procedureregels, die betere mogelijkheden beogen om een therapeutische abortus te realiseren”.

Voorts was het hoofdbestuur van mening „dat de besluitvorming bij abortus provocatus in zoverre een bepaalde plaats inneemt dat, meer dan in het algemeen het geval is, andere artsen en deskundigen van andere disciplines moeten worden ingeschakeld”, daarbij het standpunt innemende dat het uitvoeren van abortus provocatus enkel en alleen op verzoek van de vrouw onjuist is en in strijd met de zorgvuldigheid, die aan elk medisch handelen moet worden toegedacht.

Ten aanzien van de procedure heeft het hoofdbestuur vervolgens gesteld: „Voorlopig moet daarom wettelijk worden voorgeschreven dat de beslissing tot de ingreep door tenminste twee artsen — in de regel de huisarts en de gynaecoloog — moet worden genomen”. „Naarmate de ervaring toeneemt en de opvattingen zich uitkristalliseren, kan overwogen worden een dergelijk wettelijk voorschrift te doen vervallen.” „Wat de uitvoering betreft is er geen onderscheid met andere medische handelingen.”

Tenslotte heeft het hoofdbestuur naar voren gebracht, dat abortus provocatus een ingreep is, „waarbij voor wat betreft de technische uitvoering aan dezelfde voorwaarden moet worden voldaan als bij andere medische ingrepen”. „Hieraan kan worden voldaan indien de abortus provocatus geplaatst blijft binnen de werkingssfeer van de medische staf en de directie van een ziekeninrichting”. „Met het

oog hierop acht het hoofdbestuur een wettelijke bepaling wenselijk, inhoudende dat abortus provocatus moet worden uitgevoerd in erkende algemene ziekenhuizen of daartoe bij Algemene Maatregel van Bestuur aangewezen inrichtingen.”

Bij dit alles is het hoofdbestuur uitgegaan van het gezondheidsbegrip, zoals dat wordt geformuleerd door de World Health Organization, dat niet alleen het lichamelijk en geestelijk, maar ook het maatschappelijk welzijn van de mens omvat.

Het hoofdbestuur heeft destijds met voldoening geconstateerd dat het bij vele leden van de Commissie Abortusvraagstuk weerklank vond voor zijn opvattingen. Sedertdien heeft het abortusvraagstuk een ontwikkeling gekend, welke velen heeft verontrust. Het naar schatting verrichte aantal uitvoeringen van abortus provocatus neemt regelmatig toe zonder dat een duidelijk inzicht bestaat omtrent de wijze waarop dit gebeurt. Naast de erkende ziekenhuizen zijn ook abortusklinieken en -poliklinieken opgericht. Er bestaat geen zekerheid dat te allen tijde wordt gehandeld met de grootste zorgvuldigheid, welke bij de besluitvorming en de uitvoering van de abortus provocatus moet worden verlangd. Ook kan met enige bezorgdheid de vraag worden gesteld of de abortus provocatus wel in alle gevallen wordt geplaatst in het kader van het bredere vraagstuk van de hulpverlening bij ongewenste zwangerschap.

In het licht van deze ontwikkeling en gelet op de eerdergenoemde publikaties heeft het hoofdbestuur de vraag onder ogen gezien of het ten vorige jare ingenomen standpunt gehandhaafd kan blijven dan wel op enkele punten wijziging behoeft. Na ampel beraad, mede als gevolg van de omstandigheid dat het is samengesteld uit personen met grote verschillen in levens- en maatschappijbeschouwing, is het hoofdbestuur tot het oordeel gekomen dat, behoudens de keuze van de plaats, waar de nadere voorwaarden dienen te worden geformuleerd, het standpunt onverkort kan worden gehandhaafd.

Het hoofdbestuur blijft derhalve ook van mening dat niet nader moet worden omschreven op grond van welke indicaties de ingreep zou mogen plaatsvinden. Enkele jaren geleden, toen het abortusvraagstuk voor het eerst in brede kringen onderwerp van bespreking werd, werd de oplossing van het vraagstuk nog gezocht in een aanduiding van geoorloofde indicaties. Dat de oplossing evenwel in deze richting niet moet worden gevonden, mag thans wel een algemene zienswijze worden geacht. Het hoofdbestuur gaat nog steeds uit van de opvatting dat getracht moet worden, op basis van de ter plaatse bestaande verhoudingen in de normale gezondheidszorg, te komen tot een verantwoorde vorm van hulpverlening. Al te gedetailleerde aanwijzingen omtrent de te volgen procedure kunnen belemmerend werken op de ontplooiing van juist te achten activiteiten.

Ten aanzien van het invoeren van een registratie stelt het hoofdbestuur zich gereserveerd op. Wanneer het doel van registratie zou zijn het scheppen van een controleapparaat, dan kan daartegenover

worden gesteld dat binnen het kader van het medisch tuchtrecht voldoende ruimte aanwezig is om de arts zo nodig ter verantwoording te roepen. Zou het doel van registratie zijn het bevorderen van publicatie van wetenschappelijke informatie, dan kan dienaangaande de verwachting worden uitgesproken dat zodanige informatie veeleer tegemoet kan worden gezien wanneer de arts de huidige wetgeving niet meer als een belemmering ervaart om daartoe over te gaan. Wel dient met betrekking tot eventuele registratie de mogelijkheid te worden onderzocht of hier een taak kan liggen voor een gedurende een bepaalde periode in het leven te roepen orgaan. Bij dit orgaan zouden — uiteraard onder de noodzakelijke waarborgen van geheimhouding — gegevens kunnen worden ingebracht, die meer inzicht gaan bieden in de ontwikkeling hier te lande.

Op één punt wijkt het hoofdbestuur op dit moment af van het eerder betoogde. Het heeft bij de Commissie Abortusvraagstuk een wettelijke regeling bepleit, waarbij de wijze van besluitvorming, met name door tenminste twee artsen, en de wijze van uitvoering, met name in ziekenhuizen en bij Algemene Maatregel van Bestuur aan te wijzen inrichtingen, zouden worden geregeld. Het meent dat onder de huidige omstandigheden deze wettelijke regeling niet strikt noodzakelijk is, zonder echter te willen betogen dat een dergelijke regeling hem onaanvaardbaar voorkomt. Daargelaten dat met de totstandkoming daarvan enige tijd zal zijn gemoeid

— terwijl thans dringend duidelijkheid gewenst is — zal een wettelijke regeling op deze punten, de besluitvorming en de uitvoering, verstarrend kunnen werken.

Omdat het wenselijk is dat voorwaarden, welke voornamelijk betrekking hebben op het handelen van de artsen, algemeen in acht worden genomen, heeft het hoofdbestuur gaarne het initiatief genomen tot het opstellen van richtlijnen. Het verwacht dat de publicatie van deze richtlijnen door zal werken tot een terrein, dat aanzienlijk groter zal zijn dan zijn zeggingskracht ten opzichte van de leden der Maatschappij.

MC**VAN HET CENTRAAL BESTUUR L.S.V.**

Ledenvergadering dd. 23 oktober 1971

Voor de vervulling van de vacature, ontstaan door het tussentijds aftreden van het bestuurslid G. A. M. Hunfeld, chirurg te Bloemendaal, wordt door twintig leden van de Specialisten Vereniging Tilburg kandidaat gesteld: *A. C. M. Leijten*, zenuwarts te Tilburg.

Utrecht, 21 september 1971

De secretaris der
Landelijke Specialisten Vereniging
Dr. J. P. M. Lelkens

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Benoemingen:

Dr. A. R. Bakker is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden om onderwijs te geven in de medisch-biologische informatieverwerking.

Dr. H. H. Beneken Kolmer is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de anaesthesiologie, in het bijzonder de pathofysiologie van de ademhaling.

Dr. J. Bethlem, lector in de neuropathologie aan de Universiteit van Amsterdam, is benoemd tot gewoon hoogleraar in de algemene neurologie aan deze universiteit.

Dr. G. Blomhert is benoemd tot buitengewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden om onderwijs te geven in de interne geneeskunde ten behoeve van de onderwijscoördinatie van de gemeentelijke ziekenhuizen.

Dr. H. Boersma is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de orthodontie.

Dr. W. A. den Hartog Jager, lector in de experimentele neurologie aan de Universiteit van Amsterdam, is benoemd tot gewoon hoogleraar in de specifieke neurologie aan deze universiteit.

Dr. R. Giel is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de psychiatrie, in het bijzonder in de sociale psychiatrie.

Dr. E. J. de Haan is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de biochemie.

Dr. C. Lameer is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de röntgendiagnostiek.

Dr. J. L. Slooff is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de pathologische anatomie, in het bijzonder de neuropathologie.

Dr. P. G. A. B. Wijdeveld is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen om onderwijs te geven in de inwendige geneeskunde, in het bijzonder de nefrologie.

Plaatsing van brieven in deze rubriek houdt niet in dat de redactie de daarin weergegeven zienswijze onderschrijft. De redactie behoudt zich overigens het recht voor de te publiceren brieven in te korten.

MEDISCHE RAPPORTEN

100.000-den medische rapporten van patiënten gaan jaarlijks als belangrijk basisgegeven voor huisartsen verloren

Door huisartsen, specialisten, militaire artsen, bedrijfsartsen, sportartsen en vele andere artsen worden jaarlijks honderdduizenden keuringen verricht voor allerlei doeleinden. Deze gegevens komen in vele gevallen terecht bij een medisch adviseur, maar verdwijnen daarna meestal in een la, die later zelden of nooit meer wordt geopend. De huisarts krijgt alleen gegevens over een dergelijke keuring, als er zeer belangrijke afwijkingen worden vastgesteld, en dat is dan eigenlijk nog een collegiale welwillendheid van de keurend arts of de medisch adviseur.

Mijn voorstel is: maak van alle keuringformulieren een afschrift of fotocopie, en zend daarvan een exemplaar naar de huisarts van de gekeurde persoon. De huisarts krijgt dan op eenvoudige wijze een schat van gegevens over zijn patiënt: een status praesens, waar de huisarts maar zelden aan toe zal komen door eigen onderzoek; een waardevolle basis om latere bevindingen van zijn patiënt mede te kunnen vergelijken. Laten daarom vertegenwoordigers van L.H.V., L.S.V., L.A.D. Militair Geneeskundige Dienst, Verzekeringsmaatschappijen enz. tot een overeenkomst komen, waarbij vastgesteld wordt dat alle keuringsrapporten in tweevoud worden gemaakt, en dat de gekeurde, de keurend arts en de instantie waarvoor wordt gekeurd, daartegen geen bezwaar hebben, als regel een afschrift aan de huisarts van de gekeurde wordt gezonden. De geringe kosten, die deze regeling met zich mee zal brengen, zijn van ondergeschikt belang, in vergelijking met de waarde, die de nog steeds verborgen gegevens voor patiënt en huisarts hebben.

Gaarne zal ondergetekende reacties ontvangen van bovengenoemde en andere belanghebbende instanties.

Nieuwveen, 28 augustus 1971

A. M. van Dongen, huisarts



Vandaag, 1 oktober 1971, is het precies 25 jaar geleden dat Mr. H. A. Veenstra in functie trad als directeur van het bureau van de Landelijke Huisartsen Vereniging. Of schoon Mr. Veenstra de wens te kennen heeft gegeven dit zilveren ambtsjubileum zo sober mogelijk te laten passeren, zal hij er niet aan kunnen ontkomen vandaag als middelpunt te fungeren van passend feestvertoon in de „Domus Medica” te Utrecht, in het bijzonder ten burele van de L.H.V. en de Afdeling Buitenland.

Het maatschappelijk vraagstuk van de ontbrekende of onvoldoende toegankelijkheid van het openbare leven voor gehandicapten zal door de staatssecretaris van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, mevrouw S. van Veenendaal-Van Meggelen over een breder front en doeltreffender dan tot nu toe worden aangepakt. Zij denkt hierbij aan een voorlopig zo te noemen Wet op de toegankelijkheid van het openbare leven voor gehandicapten. Volgens de staatssecretaris zou het een wet moeten zijn met een vooral educatief aanbevelend en bevorderend karakter. Het vraagstuk van de fysieke toegankelijkheid geldt niet uitsluitend voor openbare gebouwen,

maar de staatssecretaris denkt onder meer aan verkeer, vervoer, particuliere woningen en recreatiemogelijkheden, waaronder ook de radio en TV. Engeland kent reeds een dergelijke wet, waarin ten behoeve van gehandicapten een aantal voorzieningen wordt gewaarborgd op reis-, vervoers- en sanitair gebied en voorschriften voor gemeentelijke huisvestingsdiensten. Het ligt in de bedoeling, dat de Interdepartementale Stuurgroep Revalidatie beleid zich op verzoek van de staatssecretaris over de mogelijkheid van een dergelijke wet zal beraden en hierover advies zal uitbrengen.



„Aan de behandeling en begeleiding van de in de maatschappij verblijvende volwassen psychiatrische patiënt, die langdurige zorg behoeft, kleven tal van gebreken, die ten dele van organisatorische aard zijn. Het is wenselijk, dat de huisarts voor het merendeel dezer patiënten een beroep doet op de door de sociaal-psychiatrische dienst uit te oefenen sociaal-psychiatrische zorg. In beginsel is het werkgebied van de zelfstandig werkende zenuwartsen een ander dan dat waar de zorg voor de hier bedoelde categorie patiënten in te begrijpen is. Er doen zich echter gevallen voor, waar de inschakeling van deze psychiater eveneens van nut is; hier dient de sociaal-psychiatrische dienst, meer dan voorheen, een aanvullende zorg te verlenen. Er is een ontwikkeling gaande waarbij eerlang aan psychiatrische inrichtingen verbonden poliklinieken de behandeling van een gedeelte van de hier bedoelde patiënten op zich gaan nemen; het verdient aanbeveling hierbij te streven naar een nauwe samenwerking met sociaal-psychiatrische diensten en vrij gevestigde zenuwartsen, indien daartoe aanleiding bestaat. De sociaal-psychiatrische dienst is materieel en financieel onvoldoende toegerust om aan de zorg voor de hier bedoelde groep patiënten op adequate wijze te kunnen voldoen; het is de vraag of de opname in de A.W.B.Z. hier voldoende soelaas kan bieden. Tevens dienen deze diensten te onderzoeken of en in hoeverre taken, welke thans aan psychiaters en verplegenden zijn toevertrouwd, aan andere krachten kunnen worden opgedragen, zoals psychologen en maatschappelijk werksters. De taakuitvoering der sociaal-psychiatrische diensten dient bovendien vergemakkelijkt te worden door onder meer: a. oplossing van de problemen be-

treffende opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen; b. regionalisatie der opnemingen, waardoor een nauwer contact der sociaal-psychiatrische diensten met de ziekenhuizen kan worden gewaarborgd; c. uitbreiding van werkmogelijkheden voor die patiënten die in het kader van de W.S.W. werkzaam kunnen zijn; d. stichting van dagverblijven voor geestelijk gestoorde, die niet in het kader van de W.S.W. kunnen werken; e. stichting van beschermde woonmilieu's, in de vorm van gezinsvervangers, tehuisen, sluisinternaten en verpleegtehuizen voor geestelijk gestoorde (hostels)." Aldus de conclusies en aanbevelingen, opgenomen in het rapport „Geestelijke gezondheidszorg in Noord-Holland, deel III". Dit derde deel bespreekt de langdurige extramurale zorg voor volwassen geestelijk gestoorde en definieert een aantal beleidslijnen ten behoeve van de psychiatrische en sociale begeleiding van deze patiënten. Het rapport is uitgebracht door de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in Noord-Holland; het laatstverschenen deel is bij het bureau van die raad, Paviljoenslaan 9, Haarlem, tel. 023-31 70 50, voor f 3,— verkrijgbaar.

¶

In een artikel in het nummer van 9 september i.l. van Het Ziekenhuis schrijvende over het nieuwe departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne betoogt Prof. Mr. J. Th. M. de Vreeze onder meer het volgende: „Dat de nu gekozen indeling wel zal betekenen, dat de banden tussen volksgezondheid en arbeidsinspectie, bedrijfsgezondheidszorg enz. losser zullen worden, is een prijs, waaraan vermoedelijk niet te ontkomen valt, al mogen we hopen, dat men zal trachten van die banden zoveel mogelijk te behouden. Wat ziekenfondsverzekering en A.W.B.Z. betreft, zag Festen bij instelling van een volksgezondheidsdepartement blijkens een beschouwing in Medisch Contact van 2 juli jl., geen enkel probleem. Zijn stelling komt hier op neer, dat ziekenfondsverzekering en A.W.B.Z. zo wezenlijk bij gezondheidszorg behoren en anderzijds met verzekeringen voor loon- of inkomensderiving zo weinig gemeen hebben, dat hun plaats evident in de volksgezondheidssector is. Nu hebben we voor ons liggen een op dit punt bij de formatie gemaakte afspraak, die inhoudt, dat de verantwoordelijkheid voor de inhoud van het verstrekkingenpakket bij volksgezondheid ligt, terwijl de pri-

maire verantwoordelijkheid voor de financiële aspecten van Ziekenfondswet en A.W.B.Z. bij sociale zaken blijft. Het lijkt ons van het allergrootste belang voor de volksgezondheid, dat over de wijze, waarop deze algemene formule in de praktijk zal worden toegepast, in de loop van de rit geen misverstand kan rijzen. Bevoegdheden en verantwoordelijkheden van de twee departementen dienen daartoe duidelijk te worden vastgelegd."

¶

De Union Européenne de Médecine Sociale (U.E.M.S.) heeft, daartoe in staat gesteld door de Zwitserse Vereniging voor Sociale Geneeskunde, een prijs uitgelooft van Zw.Frs. 3.000,— voor het beste wetenschappelijke artikel op het gebied van de Sociale Geneeskunde, geschreven of gepubliceerd in de jaren 1969 - 1971. Aan de volgende voorwaarden moet worden voldaan: 1. De mededingers mogen niet ouder zijn dan 45 jaar; 2. De aangeboden werkstukken mogen niet meer dan drie auteursnamen vermelden; 3. Voor beoordeling komen slechts in aanmerking artikelen, die tussen 1 januari 1969 en 31 december 1971 geschreven of gepubliceerd zijn; 4. De artikelen dienen een uitgesproken sociaal-geneeskundig karakter te hebben. De jury is aangewezen door het comité Exécutif van de U.E.M.S. De artikelen dienen in de oorspronkelijke taal, tezamen met een volledige vertaling in frans, duits of engels per aangetekend schrijven gezonden te worden aan Dr. Kradolfer, Gurtenweg 17, 3074 - Muri (BE) - Zwitserland en uiterlijk op 31 december 1971 in zijn bezit te zijn. De datum van terpostbezorging geldt als bewijs van tijdige inzending. De auteurs worden verzocht hun naam, voornamen, geboortedatum, titel, functie en telefoonnummer te vermelden.

¶

Ongeveer 900 van de 1.500 eerstejaars studenten die dit jaar in Leiden zijn aangekomen hebben medewerking verleend aan een proef met behulp van de zogenaamde „multitest", een screeningtechniek waarbij mensen die gezond zijn worden onderzocht teneinde ziekten in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Aandoeningen die zich hiertoe lenen zijn onder meer: suikerziekte, refractiestoornissen aan de ogen, bloedafwij-

kingen, een te hoge of te lage bloeddruk en tbc. Volgens het informatieblad van het Universitair Medisch Centrum te Leiden bestaat de verwachting, dat het multisteststelsel, ook wel „multiphasic screening" genoemd, zich de komende jaren in ons land verder zal kunnen ontwikkelen, vanwege het toenemend beroep dat op het apparaat van de gezondheidszorg wordt gedaan en de beperkte mankracht in deze sector. De multistest is al eerder toegepast in de Verenigde Staten, Engeland en Australië; in Nederland wordt screening in deze vorm al verricht door de bedrijfs-geneeskundige dienst van de P.T.T. en ook bij het bevolkingsonderzoek op tbc. Het proefproject in Leiden zal moeten uitwijzen, of een dergelijke ruim opgezette test gemakkelijk kan worden uitgevoerd, bijvoorbeeld voor keurings-, bedrijfs-geneeskundige en researchdoeleinden.

¶

In een schrijven aan het medisch college van de provincie Catalonië hebben 72 artsen uit Barcelona uitleg geëist over de huidige cholera-toestand in Spanje, aldus persberichten. Terwijl al vanaf half augustus geruchten de ronde doen over een nieuwe golf van cholera-gevallen, na een eerste golf in juli in Zaragoza, doen de Spaanse autoriteiten al hun best berichten hierover te onderdrukken, omdat deze een nadelig effect zouden hebben op de toeristenstroom. De artsen schrijven: „Ondergetekenden, leden van het medische college van Barcelona, hebben bij het uitoefenen van hun beroep positieve bewijzen gekregen van het bestaan van verscheidene gevallen van cholera, waarvan een aantal met dodelijke afloop. Met het oog op het belang dat dit kan hebben voor de volksgezondheid eisen zij: ten eerste inlichting over de huidige staat van de cholera-epidemie in Spanje, gericht aan alle leden van dit college; ten tweede, een verzoek van dit college aan de provinciale volksgezondheidsautoriteiten om een openbare voorlichtingscampagne uit te voeren, met het doel om de medewerking van de bevolking te verkrijgen bij de maatregelen om een uitbreiding van de cholera te voorkomen en zo de mogelijke paniek te voorkomen die de onderdrukking van de berichtgeving over dit feit zou kunnen veroorzaken". Deze brief kwam, nadat de Spaanse provinciale gezondheidsautoriteiten alle artsen in Barcelona een schrijven hadden gezonden met

het oog op het optreden van wat werd genoemd „acute enteritis”. De artsen kregen het voorschrift patiënten met verschijnselen die op het voorkomen van deze ziekte zouden wijzen onmiddellijk te isoleren, de autoriteiten te waarschuwen en de familieleden tegen besmetting te behandelen. De artsen voelden zich door dit schrijven om de tuin geleid; volgens hen is het voorschrift duidelijk gericht op de bestrijding van cholera, hoewel het woord „cholera” er niet in voorkomt. Blijkbaar in het nauw gedreven, heeft de Spaanse regering de Wereldgezondheidsorganisatie 7 september jl. telegrafisch laten weten, dat in haar land 14 op zichzelf staande gevallen van cholera zijn geconstateerd: 6 in de regio Barcelona, 8 in de regio Valencia.



Als onderdeel van de voorbereiding van de Conferentie van de Verenigde Naties inzake het leefmilieu, welke conferentie in de eerste helft van 1972 te Stockholm zal worden gehouden, heeft Nederland een nationaal rapport inzake het leefmilieu ingediend bij het Secretariaat van de Verenigde Naties. Dit rapport is in opdracht van de minister van Buitenlandse Zaken tot stand gekomen onder redactie van Dr. D. W. Scholte Ubijng, medewerker van de Gezondheidsorganisatie TNO te Delft en in voortdurend overleg met de bij het leefmilieu betrokken departementen, alsmede met diverse wetenschappelijke en particuliere instellingen. Het rapport bevat een inventarisatie van de belangrijkste leefmilieuvraagstukken in ons land en geeft tevens een overzicht van bestaande en in ontwerp zijnde maatregelen. Het rapport is inmiddels aan de beide Kamers der Staten-Generaal aangeboden. Indiening ten behoeve van de conferentie te Stockholm van een Nederlandse case study, welke tot onderwerp zal hebben de vervuiling van de Rijn, is in voorbereiding.



Van 6-10 maart 1973 zal in Tucson in de Verenigde Staten het 4e internationale lymfologie-congres worden gehouden. Inlichtingen daaromtrent kunnen worden ingewonnen bij het secretariaat-generaal van de International Society of Lymphology, Postfach 128, CH-8028 Zürich, Zwitserland, of bij Dr. Ch. Witte, Department of Surgery, University of Arizona College of Medicine, Tucson, Arizona, Verenigde Staten.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

Bestuur: Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Ennekling, Breda, vice-voorzitter; Dr. J. A. Stoop, J. M. Kemperstraat 5, Utrecht, secretaris; G. A. C. Bosch, Amsterdam, penningmeester; J. H. van Meurs, Beverwijk.

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

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

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

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 40,—, plus f 1,60 BTW = f 41,60, buitenland f 45,—, losse nummers f 1,04 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

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

Oplage: 16.860 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Bureau voor waarneming en vestiging:

van 9 tot 16.30 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411:

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

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021