



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

## REDACTIONEEL

### Ontmoeting L.S.V. - medische staven

Vele jaren geleden begon de Landelijke Specialisten Vereniging onder haar leden te propagieren, dat de sterke technische en wetenschappelijke ontwikkeling van de geneeskunde en de daarmee gepaard gaande verschuiving van „gasthuis” naar „ziekenhuis” de in het ziekenhuis werkende specialisten noodzaakte zich in medische staven te verenigen. Het doel van de

medische staf is, om, met vooropstelling van de persoonlijke verantwoordelijkheid, een zo hoog mogelijk peil van het medisch werk in het ziekenhuis te bevorderen, dit in het belang van de patiënt. De staf zou derhalve kunnen worden gezien als het medisch geweten van het ziekenhuis.

Deze propaganda werd van de zijde van de L.S.V. onder meer gerealiseerd door de Commissie Ziekenhuisstaven, die in de jaren 1965 en 1966 een rondreis door het land maakte om zich onder andere op de hoogte te stellen van hetgeen aan stafwerk in de algemene ziekenhuizen werd gedaan en te trachten om, waar nodig, de instelling van een op basis van een reglement werkende staf te stimuleren. Tot de bevindingen van deze Commissie Ziekenhuisstaven behoorde onder meer, dat de wetenschappelijke contacten met de huisartsen op vele plaatsen wel geëntameerd bleken te zijn, maar veelal in de praktijk niet goed van de grond kwamen. De Commissie beschouwde dit al een betreurenswaardige zaak, omdat de specialisten hun werk niet optimaal kunnen verrichten wanneer de huisartsen niet weten wat er in het ziekenhuis gaande is, in welke richting men denkt en waar de mogelijkheden liggen ten aanzien van de benadering en behandeling van de patiënten. Doch dit was uiteraard slechts één aspect. Een veel breder aspect van de stafvorming raakte de intern-organisatorische activiteiten.

Verscheidene beleidszaken binnen de L.S.V. hebben tot nu toe verhinderd een sterke ontwikkeling te geven aan de enkele jaren geleden door de Commissie Ziekenhuisstaven ontplooi-

25e JAARGANG — No. 4 — 23 JANUARI 1969

#### INHOUD

Ontmoeting L.S.V. - medische staven .....	69
Zal de arts in de toekomst functioneren in een „vrij beroep” of in dienstverband ..	71
Klachten over diensten artsen een teken des tijds .....	75
Staatssecretaris Dr. R. J. H. Kruisinga installeert Dr. H. Festen als voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid .	77
Hanteren van het beroepsgeheim (slot) ....	79
Staatssecretaris verstrekt nadere gegevens over gezondheidstoestand dienstplichtige militairen .....	85
Ziekteverzuim in het bedrijfsleven neemt hand over hand toe .....	88
<i>Van het Centraal Bestuur L.H.V.:</i>	
Bestuur Stichting Financiering Nascholing van Huisartsen .....	89
<i>Van het Centraal Bestuur L.S.V.:</i>	
Convocatie buitengewone ledenvergadering .....	89
Ziekenfondstarieven 1970 .....	89
Uit de afdelingen .....	89
Personalia .....	89

Hoofredacteur: F. A. Bol.  
Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens.  
Colofon op bladzijde 92.

de activiteiten, doch het verlangen van het Centraal Bestuur der L.S.V. om de informatie en communicatie naar en van de staven te verbeteren heeft nu uitvoering gekregen, dit in de vorm van een bijeenkomst, welke het Centraal Bestuur zaterdag 17 januari te Utrecht met de vertegenwoordigers van staven heeft gehouden. Dat van de zijde van de staven aan dit contact behoefte bestond mocht zeker worden afgeleid uit de grote opkomst naar deze in de grote zaal van Esplanade gehouden bijeenkomst, die onder meer werd bijgewoond door het voltallige Dagelijks Bestuur der Maatschappij en enkele hoofdbestuursleden.

In deze bijeenkomst heeft de voorzitter der L.S.V. Dr. J. van Mansvelt een inleiding gehouden, die leidde tot een gedachtenwisseling, waaruit duidelijk naar voren kwam met welke praktische moeilijkheden men hier en daar te kampen heeft en hoe nuttig dit contact was op grond van de beantwoording, welke in vele gevallen op gestelde vragen kon worden gegeven. Vanzelfsprekend kwamen ook de ideële aspecten van de stafvorming ter sprake. Voorts heeft daar Mr. A. C. Kraayenbrink, directeur van het bureau der L.S.V. een beschouwing gegeven over de specialistische praktijkuitoefening, in vrij beroep en in dienstverband en zijn er ook informaties verstrekt over de medische registratie.

Dr. Van Mansvelt heeft in de aanhef van zijn inleiding deze bijeenkomst geschetst als een bijzondere gebeurtenis, die eensdeels het karakter droeg van een afsluiting van het werk van de Commissie Ziekenhuisstaven, anderzijds als begin van een meer geregelde vorm van gedachtenwisseling tussen Centraal Bestuur der L.S.V. en de medische staven. Wil de L.S.V. ook in de toekomst de haar binnen de Maatschappij toebedeelde taak goed blijven vervullen, dan is het in toenemende mate noodzakelijk om nauwkeurig op de hoogte te zijn en te blijven van hetgeen in de medische ziekenhuisstaven als brandpunten van feitelijke specialistische arbeid aan de orde is. Alleen dan zal het mogelijk zijn een actieve, stimulerende en regulerende invloed te kunnen uitoefenen op de feitelijke ontwikkeling van de medisch-specialistische beroepsuitoefening.

Aan het slot van zijn inleidende beschouwing heeft de voorzitter der L.S.V. gesteld dat het werk van de medische staf alleen dan zin kan

### **Maatschappij-agenda 1970**

9 april	— Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
18 april	— Alg. Vergadering Maatschappij
25 april	— Ledenvergadering L.S.V.
12 juni	— Ledenvergadering L.H.V.
12 september	— Alg. Vergadering Maatschappij
24 september	— Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
2 en 3 oktober	— Ledencongres Maatschappij
24 oktober	— Ledenvergadering L.S.V.
13 november	— Ledenvergadering L.H.V.
14 november	— N.H.G.-congres
21 november	— Ledenvergadering L.A.D.
19 december	— Alg. Vergadering Maatschappij

hebben en resultaat kan afwerpen, indien de structuur van het ziekenhuis een zodanige is, dat de inbreng van de medische staf in beginsel bij de gehele beleidsvoorbereiding als een noodzakelijke voorwaarde voor een goede functie van het ziekenhuis als totaliteit wordt gezien.

Tussen deze aanhef en het slot van de beschouwing van Dr. Van Mansvelt lag uiteraard een breed door hem verkend veld van problematiek, wenselijkheden en, zoals uit zijn conclusie duidelijk bleek, noodzakelijkheden. Die beschouwing onverkort weer te geven zou afbreuk doen aan de volledigheid van de door hem gegeven informatie, die zeker ook buiten de kring der direct betrokkenen, de staven, belangstelling verdient. Weshalve hier worde volstaan met het vermelden van de gehouden bijeenkomst en de aankondiging, dat in de volgende nummers van Medisch Contact de daarop gehouden inleidingen integraal zullen worden gepubliceerd. Die publikatie maakt het dan ook gemakkelijker daarnaar te kunnen verwijzen wanneer er dezerzijds nog aanleiding zou kunnen worden gevonden enkele noitties te maken bij deze ontmoeting tussen L.S.V.-bestuur en medische staven.

F. A. Bol

# Zal de arts in de toekomst functioneren in een „vrij beroep” of in dienstverband?

Door Dr. J. C. J. Burkens

Wanneer hier wordt gesproken over het vrije beroep of over dienstverband respectievelijk het ambtenaar zijn, geschiedt dat in verband met het uitoefenen van het medisch beroep. Het gaat dus hier niet over een theoretisch probleem, maar over de arts als beoefenaar van een vrij beroep. Het verdere blijft terzijde, ook de wijze waarop anderen een vrij beroep uitoefenen.

Het vrije beroep is een sociologisch fenomeen<sup>1)</sup> en wij zullen het als zodanig moeten bezien en dan nagaan welke mogelijkheden of niet-mogelijkheden het geeft om het medisch werk goed te doen. Dit betekent dat wij de waarde van het vrije beroep pragmatisch en gesitueerd moeten beoordelen. Pragmatisch: dat wil zeggen zonder er direct een „princiële” betekenis aan toe te kennen, doch het telkens toetsend aan zijn geschiktheid de medische arbeid optimaal te doen. Gesitueerd: dat wil zeggen het óók beoordelen in de kontekst van de situatie waarin het medisch beroep wordt uitgeoefend. Een conclusie die terecht werd getrokken in de situatie van 1935, kan zeer wel in 1965 niet meer juist zijn. Een waardeoordeel in de situatie van achter het ijzeren gordijn, of vanuit de situatie in de Verenigde Staten of in Engeland, kan maar behoeft niet voor Nederland eveneens te gelden. Een gevolgtrekking welke juist is in de situatie van het ziekenhuis behoeft daarbuiten nog niet juist te zijn.

Waar het „vrije beroep” een sociologisch fenomeen is en wij het gesitueerd moeten beoordelen, moet dit waardeoordeel ten eerste rekening hou-

*In nevenstaande beschouwing haakt Dr. J. C. J. Burkens in op de discussie over het vrije beroep, waarvoor Medisch Contact in 1968 het forum bood (Medisch Contact nr. 5/1968 tot en met nr. 11/1968; nr. 27/1968, bladzijde 735). Aangezien hij in de betreffende artikelen de neiging bespeurt meer over het vrije beroep als zodanig dan over de feitelijke toekomst van de arts in een vrij beroep te spreken, houdt de schrijver zich juist met het laatste aspect bezig: de plaats van de arts van straks als beoefenaar van een vrij beroep, tevens professie. Na de diagnose te hebben gesteld van het vrije beroep voor de arts, behandelt Dr. Burkens de factoren die de vrije uitoefening van de professie bedreigen, alsmede de voorwaarden waaronder die vrije uitoefening voortgang kan blijven vinden. Tenslotte schetst hij een prognose van het kader, waarbinnen de activiteiten van de arts in een vrij beroep zich zullen gaan afspelen. Getroffen door het feit, dat tijdens de kortgeleden gehouden discussies over de specialistentarieven en de tarieven van andere artsen het begrip „vrij beroep” werd gehanteerd ter verbetering van allerlei materiële voorwaarden, hoopt de schrijver mogelijke misverstanden, weerstanden en gevoelens van wantrouwen die zo in de buitenwereld kunnen zijn opgewekt, uit de weg te ruimen.*

<sup>1)</sup> Zie bijvoorbeeld de uitspraak van het Duitse Bundesverfassungsgericht van 25 februari 1960, aangehaald bij: Cohen Jehoram, Medisch Contact 23: 266 (8 maart 1968).

<sup>2)</sup> Naar mijn mening is het dan ook niet reëel te stellen, zoals Planten (Medisch Contact 23: 215 (23 februari 1968)) doet, dat van een vrij beroep niet meer mag worden gesproken wanneer iets, wat dan ook, „zich stelt tussen patiënt en arts”, daaronder begrepen een ziekenfonds- of andere verzekering. Waar 70% van de Nederlandse bevolking voor medische hulp in een ziekenfonds is verzekerd en 28% op andere wijze daartegen is verzekerd, wordt daardoor de term „vrij beroep” voor ons onhandelbaar. Met de conclusies van het betoog van Planten kan ik overigens meegaan.

<sup>3)</sup> De aandacht wordt erop gevestigd, dat hier welbewust géén kenmerken van het vrije beroep als zodanig worden opgesomd; dit is mijns inziens niet meer goed mogelijk daar het begrip in toenemende mate dubbelzinnig is geworden, respectievelijk uitgehold. Hier worden alleen de kenmerken van de arts - beoefenaar van een „vrij beroep” behandeld.

den met de beste mogelijkheid de patiënt te dienen, maar daarnaast ook met het passen in de maatschappelijke verhoudingen. En dat betekent: in de maatschappij zoals deze zich hic et nunc presenteert, waarin de patiënt leeft en de arts werkt; niet: in maatschappelijke verhoudingen zoals wij die zouden wensen, maar die niet feitelijk in Nederland bestaan.<sup>3)</sup>

Wat zijn de kenmerken van de beoefenaar van een vrij beroep, wanneer deze een arts is?<sup>3)</sup> Hij is een kleine, zelfstandige ondernemer. Wij denken bij het woord ondernemer gauw aan de organisatie, de onderneming. Het ligt hier echter dichterbij wat de Amerikanen de „entrepreneur” noemen. Er is dus een aanzienlijke mate van zelfstandigheid. Er bestaat een zogenaamde „cliënt-verhouding”, dat wil

zeggen de cliënt (patiënt) kiest de arts, althans in zekere mate, en geeft daardoor van de aanvang af hun relatie een vertrouwens karakter. Daarnaast brengt de cliënt-verhouding mee een (althans gewoonlijk aanwezige) persoonlijke dienstverlening aan de patiënt en in het algemeen (althans gewoonlijk en althans in zekere mate, al zijn hier uitzonderingen) een persoonlijke verhouding tussen patiënt en arts. De uitzonderingen betreffen meestal zeer technische hulpvakken als de röntgenologie.

Daarbij komen nog enige secundaire kenmerken, welke niet altijd bij het vrije beroep worden gevonden maar wel typisch zijn voor het vrije beroep tevens professie (profession)<sup>4)</sup>. Het gaat om een intellectueel en hoog gekwalificeerd beroep. Er is een eigen beroepsethiek. En vanuit de zelfstandigheid en vanuit de cliënt-verhouding wordt de plicht erkend als groep zelf te zorgen voor de handhaving van een goede beroepsuitoefening en voor de handhaving van een eigen beroepsethiek. De beloning voor bewezen diensten is verbonden met de inspanning welke wordt gedaan en niet met het uiteindelijke resultaat.

Het is van belang deze eigenschappen eens nader te bekijken in verband met de taak van de arts. Die taak, de hulp aan de patiënt, ligt uitgespannen tussen de twee polen van het gebruik van vele technische mogelijkheden en van de persoonlijke begeleiding van de patiënt. Verder kan die hulp aan de patiënt alleen effectief worden verleend in een zeker verband met de huidige maatschappij, waarvan enige voor ons belangrijke karakteristieken zijn: de maatschappij vertoont steeds meer het karakter van een ingewikkelde machinerie, waarvan de onderdelen alleen samen functioneren, niet los van elkaar werken, en in hun functie elkaar beïnvloeden; verder zijn allerlei dingen welke vroeger niet vanzelfsprekend waren, nu dingen geworden waarop iedereen recht meent te hebben: het recht op gezondheid evengoed als het recht op werk, op voedsel, op on-

derdak, op recreatie; dan wordt het als normaal gevoeld dat althans de volwassene mondig is, participeert en meebeslist; een toenemende noodzaak tot groepsvorming wordt ervaren.

Tenslotte moeten wij deze eigenschappen ook bezien in verband met de thematische tegenstelling: uitoefening van het medisch werk in het vrije beroep of in dienstverband. Juist dit laatste moet nuchter en zakelijk worden bekeken, omdat wij waarnemen dat althans onder bepaalde omstandigheden artsen die werken in dienstverband of als ambtenaar in hun medische arbeid evenveel vrijheid van handelen hebben en evenveel eigen medische verantwoordelijkheid dragen als het geval is wanneer beoefenaars van een vrij beroep datzelfde werk doen. De voorbeelden liggen voor de hand: men denke aan universitaire ziekenhuizen, grote gemeenteziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen, waar blijkt dat artsen in dienstverband in hun medisch werk niet minder vrij zijn dan collegae die zonder dienstverhouding in zo'n ziekenhuis arbeiden. Wat daar het geval is behoeft elders niet zo te zijn, maar kan in ieder geval niet a priori worden uitgesloten.

De arts in het vrije beroep is een entrepreneur. Wel wil hij tegenwoordig bepaalde voordelen van de dienstverhouding krijgen zoals een pensioenregeling, waarbij de premie niet alleen door eigen bijdragen collectief wordt bijeengebracht, maar waarbij van overheidswege zekere fiscale voordelen worden toegekend. Deze zeker niet onredelijke eis, welke door beoefenaars van andere vrije beroepen eveneens wordt gesteld, past in onze welvaartsstaat goed, maar komt minder goed overeen met het karakter van de oude, liberale, „vrije” maatschappij.

De zelfstandigheid van de arts is een méérduidig begrip. Ik geloof dat een grote mate van zelfstandig medisch kunnen beslissen en handelen een groot voordeel is voor onze arbeid. Het is echter voor iedere arts een noodwendig beperkte zelfstandigheid, wisselend met de situatie waarin hij werkt. De arts moet bij allerlei beslissingen rekening houden, niet alleen met zijn patiënt, maar ook met de maatschappij. Hij moet dat bijvoorbeeld doen bij een advies om enige tijd niet te werken, maar ook bij het voorschrijven van kostbare of moeilijk verkrijgbare vormen van therapie. Hij doet dit vanuit een dubbele, ofschoon asymmetrische, verantwoordelijkheid, namelijk tegenover zijn patiënt en tegenover de gemeenschap, en ook omdat zijn patiënt nu eenmaal deel van die gemeenschap uitmaakt.

Elke arts moet tegenwoordig bereid zijn te verantwoorden wat hij doet en hoe hij het doet. Individueel moet hij zijn nota willen specificeren; als groep moeten de artsen bereid zijn allerlei wijzen van handelen te verantwoorden. Hierin zijn zij niet meer principieel verschillend van de leden van andere professies. De arts moet, in het vrije beroep en in dienstverband of als ambtenaar, bereid zijn in eigen groepsverband zijn houding in de maatschappij te bepalen, de spelregels te helpen vaststellen en die groeps-spelregels dan ook willen toepassen. Over de zelfstandigheid van de arts tegenwoordig zou

---

<sup>4)</sup> Het woord „professie” is bij ons eigenlijk weinig gebruikelijk en verwijst naar de Angelsaksische term „profession”. In het Engels is deze term in het feitelijk gebruik even duidelijk als moeilijk te omschrijven. Er hoort bij een hogere, in het algemeen universitaire opleiding; een openbare erkenning; een beroepsethiek en -code; veelal een beroepsorganisatie.

Tot het einde van de 18e eeuw kende men in Engeland slechts vier professions: theologen, juristen, medici en leger- en marine-officieren. Deze laatsten zijn later uit de club verdwenen (de civil servants hebben er nooit toe behoord). Anderen kwamen er bij; tegenwoordig rekent men soms de verpleegsters, vroedvrouwen en sociale werksters (zij kunnen in Engeland een deels universitaire opleiding krijgen) tot de professions.

Engeland zou Engeland niet zijn, indien tot het wezen van de profession indertijd niet mede behoorde dat men een „gentleman” was. De chirurgen behoorden dan ook niet tot de professions, maar Engeland is toch weer niet zó behoudend of deze groep van collegae heeft zich toch kunnen opwerken, zodat ook zij thans deel uitmaakt van de profession.

nog veel zijn te zeggen. Zij is niet gelijk voor de ambtenaar en de beoefenaar van een vrij beroep. Medisch zijn de verschillen veel geringer dan sociaal. Maar ook maatschappelijk is geen enkele arts meer zelfstandig-zonder-meer.

Een in feite nog belangrijker punt vormt de cliënt-verhouding, gekenmerkt door de primaire keuze van de patiënt, de vertrouwensrelatie tussen patiënt en arts, de persoonlijke verhouding met en persoonlijke dienstverlening aan de patiënt door de arts, de bijzondere verantwoordelijkheid welke de arts ten opzichte van zijn patiënt draagt. Ook bij andere professies bestaat zo'n cliënt-verhouding. Zelfs dringt het belang ervan in sommige ambtelijke verhoudingen door. De arts-ambtenaar echter moet altijd — al gaat het in zijn geval dikwijls, ofschoon lang niet altijd, moeilijker dan in het vrije beroep — deze cliënt-verhouding bewaren; hij moet ook als ambtenaar of in een dienstverhouding een verantwoordelijkheid blijven dragen en erkennen voor de patiënt als mens. Dat gaat wellicht wat gemakkelijker voor de arts van het GAK dan voor de militaire arts, en mogelijk wat gemakkelijker voor de gestichtspychiater dan voor de GAK-ambtenaar, maar voor hen allen is en blijft het een onvervreemdbaar (en ook erkend) aspect van hun arts-zijn.

Wij moeten ons natuurlijk wel realiseren dat de kenmerken van de cliënt-verhouding zijn gerelativeerd en dit ook altijd min of meer waren: de keus van een dokter in een klein dorp of van een specialist in een bijzonder specialisme of zelfs van een psychiater, wanneer er weinig psychiaters beschikbaar zijn voor een behandeling, kan een vrijheidscoëfficiënt hebben die tot bijna nul daalt; als een patiënt de internist vrij kiest welke hem voor een diabetes mellitus zal opnemen, moet hij daarbij accepteren de chirurg, de röntgenoloog, de neuroloog, de aan dat ziekenhuis verbonden psychiater enzovoort. Maar ook moet worden gezegd dat juist in onze maatschappij, waar zoveel wordt verzakelijkt en „verdinglicht” en waar tegelijkertijd voor de persoon — vooral voor de kwetsbare persoon, en welke zieke is niet kwetsbaar? — de menselijke relaties zo belangrijk zijn dat een behouden van de essentialia van de cliënt-verhouding in het medisch werk uitermate belangrijk is.

Over de beroepsethiek behoeft minder te worden gezegd. Als we maar twee dingen in het oog blijven houden: ten eerste, dat onze gecodificeerde ethiek niet louter eeuwigheidswaarden bevat (ik dacht dat zelfs de eed van Hippocrates wel eerwaardig maar niet van eeuwigheidswaarde was), en ten tweede, dat zij wel beroepsethiek heet, maar in feite dikwijls meer het karakter van een beroeps-etiquette draagt en ook de waarde daarvan heeft. Wat het handhaven van een goede beroeps-uitoefening betreft: omdat het medische beroep er een is met een duidelijke eigen en eigensoortige verantwoordelijkheid van elke beoefenaar ervan, moet de professie als geheel toezien op de uitoefening ervan, op de richtheid maar ook op het niveau; en de individuele leden van de professie moeten dat aanvaarden.

Wat de aard van de honorering betreft: ereloon bestaat al lang niet meer. Het is een vergissing te denken dat een eenzijdige vaststelling van het honorarium beslissend is voor de verhouding van de arts met de patiënt of voor zijn vrijheid van medisch handelen. Integendeel, voor een goede patiënt-arts-relatie is het zelfs beter dat de regels omtrent de honorering bekend zijn en in acht worden genomen. Ten eerste op billijkheidsgronden, omdat de patiënt wel besluit zich te laten behandelen en door wie, maar zijn invloed op de wijze van diagnostiek en behandeling en de daardoor gemaakte kosten, slechts gering is (een op zichzelf noodzakelijke maar toch ook merkwaaardige manier van financiële verplichtingen aangaan). Ten tweede, omdat een niet-eenzijdig vaststellen van een beloning past in een bestaande maatschappelijke tendens (denk bijvoorbeeld aan de pacht- en huurwetten). Ten derde, omdat zo de financiële verhouding wordt gemaakt tot wat zij moet zijn, namelijk niet iets quasi-mystieks of zogenaamd „van principieel karakter”, maar iets zakelijks, iets gerelativeerds, losgemaakt van hetgeen werkelijk belangrijk is: de cliënt-verhouding.

Alvorens in te gaan op de vraag naar de toekomst van het vrije beroep voor de arts moet worden geconstateerd, dat deze vorm inderdaad wordt bedreigd. Hij wordt bedreigd door bepaalde objectieve ontwikkelingen in de maatschappij; door de verwachting dat bepaalde materiële en organisatorische problemen binnen het raam van een dienstverhouding of verambtelijking beter kunnen worden opgelost; in sommige situaties door de verwachting op meer bevredigende wijze het beroep van medicus uit te kunnen oefenen binnen een dienstverhouding. Jammer genoeg wordt zij echter ook bedreigd door sommige voorvechters van het vrije beroep, zonder dat deze het uiteraard willen. Soms gebeurt dat door een kennelijk terugverlangen naar voorbijgegangene maatschappelijke verhoudingen of door emotionele reacties zelfs tegenover hetgeen uit eigen standsorganisaties, als K.N.M.G. of L.S.V. voortkomt; maar vooral door een neiging het begrip „vrij beroep” juist dan te gaan hanteren wanneer het gaat om financiën, tarieven of de „papierwinkel”. Dat moet bij de buitenwereld de volkomen onjuiste indruk wekken dat het bij het praten over het vrije beroep van de arts niet gaat om het belang van de patiënt of de arbeidsvreugde van de arts maar vooral om materiële voordelen.

Kan de medische professie aanspraak maken op een blijvende mogelijkheid het werk uit te oefenen in de vorm van een vrij beroep? Het vrije beroep is geen zaak van aprioristische waarde, zoals het gezin er een is. Als toekomst-gegeven lijkt een verambtelijking niet onontkoombaar te zijn. De stelling dat een arts, hetzij in bepaalde omstandigheden hetzij altijd, het best kan dienen vanuit een vrije beroepsuitoefening moet worden geargumenteed binnen het referentiekader van de huidige maatschappij en van een zakelijke toetsing van taak en arbeidsmogelijkheden van de arts. Precies hetzelfde geldt voor de stelling, dat wij naar een algemene

verambtelijking toe moeten gaan. Een waarschuwend voorbeeld op een ander terrein is de discussie omtrent het eigen risico van de patiënt, waar de zakelijke bespreking en zelfs het zoeken naar feitelijke gegevens worden geblokkeerd door emotionele, ideologische of politieke stellingname. En wie naar het voorbeeld van de American Medical Association zo graag spreekt over socialisatie van de geneeskunde doet hetzelfde.

De aanspraak op een behouden blijven van het uitoefenen van de geneeskunst in de vorm van een vrij beroep is niet indiscutabel maar heel goed te verdedigen, mits men uitgaat niet van een utopisch ideaal maar van iets dat hic et nunc moet functioneren. De voorwaarden voor die uitoefening zijn in het voorafgaande al genoemd. Om kort te resumeren: ten eerste de bereidheid zich in te passen in de presente maatschappijstructuur, waar men dan ook kritisch en corrigerend tegenover kan staan. Verder de erkenning, dat tegenwoordig voor iedere professie nodig is een zich in willen voegen in een professionele organisatie - dat is nodig voor een efficiënte belangenbehartiging, maar nog meer omdat naast de individuele taakstelling, die ieder zich moet vormen naar zijn aanleg en mogelijkheden en vanuit zijn confrontatie met de actuele situatie waarin hij is geplaatst, steeds meer collectieve taakstellingen moeten worden doordacht en gesteld. Collectief: niet alleen in de professie zelf, maar ook door gedachtenwisseling met de betrokkenen daarbuiten. Dit sluit ook in, dat men niet al te wantrouwend staat tegenover collectieve regelingen (of die nu de directe beroepsuitoefening, de tarieven of het meedoen aan sociale of hygiënische maatregelen betreft), omdat veel dingen tegenwoordig alleen door middel van collectieve regelingen tot stand kunnen worden gebracht. Tenslotte — eigenlijk juist omdat het vrij beroep van de arts nog relatief vrij is — een bereidheid eigen werk en dat van de professie ter discussie te stellen, te laten beoordelen en waarderen. Bij een verambtelijking of een dienstverhouding zijn de eerste voorwaarden waar het om gaat, het behouden van de essentialia van een cliënt-verhouding alsmede van een persoonlijke verhouding tot de patiënt.

Een zakelijke beoordeling van de kansen van het vrij beroep, dus het zakelijk stellen van een prognose, brengt dacht ik mee de erkenning dat het antwoord onder verschillende omstandigheden heel goed verschillend kan zijn. Momenteel lijkt mij de meest waarschijnlijke prognose de volgende. Voor de arts die niet in een organisatie werkt en die ook niet in een nauw organisatorisch verband moet werken om zijn arbeid goed te doen — dat zijn de huisartsen en de vrij gevestigde specialisten — kan de vorm van het vrij beroep blijven bestaan en ook bij voorkeur bestaan. Het vrij beroep geeft namelijk de beste mogelijkheden voor een vruchtbare cliënt-verhouding. Er zijn geen dwingende redenen de vorm van het vrij beroep te laten varen, mits met kritisch doorzicht en onemotionele nuchterheid essentialia van bijzaken worden onderscheiden en men

flexibel genoeg blijft om modificaties in de wijze waarop het vrij beroep in de toekomst zal moeten functioneren te aanvaarden, als zij nodig blijken te zijn om betere resultaten te krijgen. Zo zal, om een voorbeeld te noemen, moeten worden erkend dat een algemene nationale gezondheidszorg — die ik overigens zeker niet zou willen bepleiten voor ons land — niet onontkoombaar het werk van de arts zou denatureren, dat de essentialia van het vrij beroep, en met name de cliënt-verhouding, automatisch en noodwendig zouden verdwijnen.

Voor de arts, die zijn werk in een organisatorisch verband doet, en ook moet doen, dus met name voor de ziekenhuisarts, is het minder nuttig en ook minder noodzakelijk zijn arbeid in de vorm van een vrij beroep te doen. Hij kan die arbeid dikwijls beter verrichten als ambtenaar of in dienstverband, hetzij full-time of part-time. Ik verwacht een ontwikkeling in die richting, en dit niet omdat de ziekenhuizen dit zouden gaan opleggen, maar omdat de jongere collegae veel minder opzien tegen een ambtenaar-status of een dienstverband, meer belangstelling hebben voor maatschappelijke zekerheid en voor de secundaire arbeidsvoorwaarden dan voor een hoog inkomen of voor de mogelijkheden welke een entrepreneurschap daarvoor geeft, maar vooral omdat zij in een ambtelijke verhouding dikwijls meer mogelijkheden voor vruchtbare arbeid en voor arbeidsvreugde zien. Vrij sprekende voorbeelden zijn het toenemend aantal jonge specialisten die aan de universiteit verbonden willen blijven, of het uitwijken van vele jonge psychiaters naar de inrichtingen en weg van de particuliere praktijk. Wanneer degene die krachtens de aard van zijn werk in een organisatorisch verband moet werken een dienstverband aangaat, behoeft de hulp aan de patiënt, ook in het persoonlijke vlak, hieronder niet te leiden, maar de risico's dat dit wel het geval zal zijn moeten worden onderkend. In ieder geval moeten ook in de organisatie behouden blijven de eigensoortige verantwoordelijkheid van elke arts voor zijn werk en werkniveau (dit geldt overigens voor allerlei wetenschappelijke werkers) en daarnaast de erkenning dat ook in de ambtelijke of in de dienstverhouding de arts een méérvoudige binding en méérvoudige verantwoordelijkheid heeft: allereerst aan en voor de patiënt, die hij behandelt; verder ook aan en voor het collectief van artsen waarvan hij deel uitmaakt (de medische staf dus), de organisatie (het ziekenhuis) en de maatschappij.

Het is echter ook niet zo, dat alleen binnen de ambtelijke of dienstverhouding de arts in het ziekenhuis optimaal zijn werk kan doen. Het kan ook heel goed gebeuren door vertegenwoordigers van het vrij beroep, die in de organisatie willen worden ingeschakeld. Er is mijns inziens dan ook in het geheel geen reden de natuurlijke ontwikkeling niet rustig af te wachten.

### *Samenvatting*

1. Het vrij beroep is een sociologisch fenomeen, dat pragmatisch en gesitueerd moet worden beoor-

deeld. Een waardeoordeel erover moet rekening houden met het zo goed mogelijk kunnen dienen van de patiënt én met het passen in de huidige maatschappelijke verhoudingen.

2. De kenmerken van de arts in het vrije beroep zijn: 2.1. hij is een zelfstandige entrepreneur; 2.2. hij heeft tot de patiënt een „cliënt-verhouding” (keuze door de patiënt-vertrouwensrelatie - persoonlijke verhouding - persoonlijke dienstverlening); 2.3. hij beoefent een intellectueel beroep, respectievelijk een professie; 2.4. hij heeft een eigen beroepsethiek; 2.5 vanuit de eigen groep (professie) is handhaving van een goede beroepsuitoefening en van een goede beroepsethiek plicht; 2.6 zijn beloning houdt verband met de gedane inspanning en niet met het resultaat ervan.

3. Deze kenmerken worden nader gezien in relatie tot de taak van de arts, tot de maatschappij waarin patiënt en arts leven, tot de tegenstelling van een werkzaamheid in het kader van een vrij beroep of van een dienstverband.

4. Alle genoemde kenmerken, en met name die genoemd onder 2.1. en 2.2, zijn altijd gerelativeerd geweest, en zijn dit ook nu, door de situatie waarin de arts werkt.

5. Ook in een dienst-ambtelijke verhouding kan een arts, medisch gesproken, een mate van vrijheid behouden welke niet geringer is dan in menige vrije beroeps-uitoefening. Dan moeten echter gehandhaafd blijven een redelijke vrijheid van medisch handelen doch vooral de essentialia van de cliënt-verhouding. Het is mogelijk deze essentialia ook te handhaven binnen het raam van een algemene nationale gezondheidszorg. Deze essentialia kunnen echter wel worden bedreigd door een dienstverhouding en door een algemene gezondheidszorg, zodat hun handhaving dan moet worden bewaakt; dit is te meer nodig wegens de bestaande tendens tot verzakelijking van de intermenselijke verhoudingen in

6. Het voortbestaan van het vrije beroep voor de arts wordt bedreigd: 6.1 door bepaalde maatschappelijke ontwikkelingen; 6.2 soms door de verwachting bepaalde materiële en organisatorische problemen binnen het raam van een dienstverhouding beter op te kunnen lossen; 6.3 soms door de verwachting op meer bevredigende wijze de medische arbeid binnen een dienstverhouding te kunnen uitoefenen; 6.4 soms door een ontactvol of onverstandig beroep van de voorvechters van het vrije beroep van de arts op de waarde van dit vrije beroep.

7. Voorwaarden voor het handhaven van het vrije beroep van de arts zijn: 7.1 bereidheid zich in te passen in de tegenwoordige maatschappijstructuur; 7.2 zich in te voegen in professionele organisaties en georganiseerde werkverbanden; 7.3 collectieve taakstellingen te formuleren en collectieve regelingen te aanvaarden; 7.4 eigen werk en dat van de eigen professie of groep in eigen kring én in het openbaar te laten beoordelen en toetsen. Voorwaarden voor de arbeid van de arts in dienst-ambtelijk verband zijn vooral: behoud van de essentialia van een cliënt-verhouding en van een persoonlijke verhouding tot de patiënt.

8. Te verwachten zijn in de toekomst: een behoud van een vorm van vrij beroep voor de arts welke niet noodzakelijk binnen een hecht gestructureerde organisatie moet werken (huisarts, vrij gevestigde specialist) en een geleidelijk overgaan in een dienstverhouding van de arts die wel in een dergelijke organisatie werkt en moet werken om zijn vak goed uit te kunnen oefenen (ziekenhuisarts, arts werkzaam in een sterk gestructureerd sociaal kader).

9. Waar ook in het ziekenhuis een goede organisatie is op te bouwen met beoefenaars van het vrije beroep van arts — mits de onder 7 genoemde voorwaarden worden vervuld — kan een natuurlijke ontwikkeling binnen het ziekenhuiswezen rustig worden

schillende moderne ontwikkelingen hebben de situatie doen ontstaan die hier in het geding is.

Het recht op geneeskundige verzorging voor iedereen is algemeen erkend en aanvaard. Maar hoe staat het met de plicht van elke patiënt om zelf enigermate te beoordelen of hij geneeskundige verzorging nodig heeft, en zo ja op welke termijn en in welke vorm (huisbezoek van de dokter nodig of niet)?

„Je moet je patiënten opvoeden”, vertelde een huisarts me eens. Maar leren medische studenten in hun huidige opleiding hoe ze dat moeten doen? Datzelfde recht van de patiënt kan voor de arts tuchtrechtelijke consequenties hebben, en ook wanneer hij vrijuit gaat, kan de hieraan verbonden publiciteit hem schaden. Recente berichten hebben dat weer eens in de aandacht gebracht.

Veel stof heeft de uitspraak doen opwaaien van het medisch tuchtcollege in Zwolle, dat een arts berispte omdat hij niet naar een gewonde patiënt was komen kijken maar direct vervoer naar een ziekenhuis nuttiger geoordeeld had. (N.R.C. 8 december 1969).

Medisch Contact heeft hierop tot dusver tien ingezonden brieven geplaatst, een aantal dat slechts weinig onderwerpen halen. Ze zijn zonder uitzondering van de zelfde strekking: deze arts heeft juist gehandeld, de maatregel van het tuchtcollege is niet op zijn plaats geweest.

Uit al deze brieven blijkt ook hoe problematisch het ongebreidelde hulpinoemen van het publiek bij de artsen is. Opmerkelijk is ook dat de meerderheid van deze brieven uit grote steden komt, in overeenstemming met het feit dat de problematiek van de huisartsen daar veel urgenter is dan het platteland.

#### *Veranderd werkpatroon*

De zogenaamde welvaartsstaat heeft het leef- en werkpatroon geheel veranderd. Vijf dagen werken, het weekeinde vrij. Men kan soms de indruk krijgen dat vele patiënten dan onder het motto „Hij wordt er toch voor betaald” de arts op soortgelijke wijze tegemoet treden als bijvoorbeeld Horeca-personeel. Hoe algemeen zou bekend zijn dat de arts zelf zijn rol in de weekeinddienst enigszins anders beleeft?

De vooruitgang van de medische wetenschap maakt dat hoe langer hoe meer ernstig zieke patiënten alleen adequaat onderzocht en behandeld kunnen worden in een omgeving waarin technologische hulpmiddelen voor diagnostiek en therapie ter beschikking staan (in het algemeen een ziekenhuis; in de toekomst wellicht ook wijkcentra voor gezondheidszorg).

Dat heeft invloed op de rol die de huisarts speelt

en op de satisfactie die hij in zijn werk ondervindt. Wanneer bijvoorbeeld een team in een ziekenhuis (artsen, verpleegkundigen, analisten en ander paramedisch personeel) een halve nacht in de weer is en erin slaagt een ernstig zieke patiënt er bovenop te helpen zal dat ieder lid van dat team het gevoel geven goed werk te hebben verricht.

Hoe zou dat zijn met de drie artsen die in een weekeinddienst 97 maal uitrukten en ervoeren dat het slechts zeven maal om een spoedgeval ging? Zou het effect van de zeven dringende gevallen op de beleving van de arts van zijn eigen taak en functie opwegen tegen de uitwerking van de 90 gevallen die nog wel even hadden kunnen wachten?

En zou er niet een gevaar kunnen zijn dat de uitwerking van tientallen niet dringend noodzakelijke consulten invloed uitoefent op de oordeelsvorming van het volgende geval, dat misschien wel ernstig is zonder dat dat onmiddellijk uit het onderzoek blijkt? Een gevaar dat des te reëler is omdat de huisarts als regel, in tegenstelling tot het ziekenhuisteam, alléén werkt.

Ook buiten de medische wetenschap oefent die technische vooruitgang invloed uit. Visiterijden is vaak een uiterst tijdrovende zaak door de verkeerschaos; automatische telefoonbeantwoorders kunnen verleiden tot een vorm van praktijk„waarneming” waar de intelligente patiënt, die werkelijk hulp nodig heeft, evenzeer het slachtoffer van kan worden als degenen die luidere klachten aanheft dan noodzakelijk is.

Terecht heeft de Maatschappij voor de Geneeskunst verklaard geen pasklare oplossingen te zien. Op het gevaar af te worden versleten voor een beste stuurman aan de wal wil ik drie suggesties doen:

De thans veelbesproken groepspraktijken van huisartsen kunnen maken dat een huisarts één praktijk, zijn eigen, geheel kent en „doet”, maar voortdurend geïnformeerd blijft over de praktijken van de collega's in zijn groep.

Bovendien zijn de schriftelijk vastgelegde gegevens over de patiënten in de andere praktijken gemakkelijk voor hem toegankelijk te maken. Deze organisatievorm kan een weekeind- en vakantiewaarneming binnen een groepspraktijk veel effectiever maken dan de thans veelal gebruikelijke.

Inschakeling van wijkverpleegsters tijdens weekeinddiensten kan een verlichting van de taak van de arts betekenen.

Mensen zouden moeten (en ook kunnen) leren intelligenter met hun lichaam om te gaan. Hier zou een taak kunnen liggen voor artsen in het raam van het biologieonderwijs op lagere scholen en bij voortgezet onderwijs.



# Staatssecretaris Dr. R. J. H. Kruisinga installeert Dr. H. Festen als voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid

Zoals reeds in het voorgaande nummer van Medisch Contact is vermeld, heeft de staatssecretaris voor Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga de nieuw benoemde voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid Dr. H. Festen in de 12 januari gehouden zitting van deze Raad geïnstalleerd. Aan de rede, welke de staatssecretaris daarbij heeft gehouden ontlenen wij, dat Dr. Kruisinga zich zeer gelukkig prees een voorzitter te kunnen installeren, wiens benoeming is totstandgekomen na een eenstemmig advies van deze Raad. Dit zal het aanvaarden en vervullen van deze functie door Dr. Festen, zeker aantrekkelijk maken.

De functie van voorzitter van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, aldus de staatssecretaris, is een zeer belangrijke binnen het bestel van de organisatie van de volksgezondheid, gezien de centrale plaats die dit college in deze organisatie inneemt. De importantie van de wettelijke regeling van de organisatie van de zorg voor de volksgezondheid, die is vastgelegd in de Gezondheidswet Suurhoff, wil ik gaarne — zo ging de staatssecretaris voort — bij deze gelegenheid duidelijk in het licht stellen.

In deze Gezondheidswet zijn de beginselen verankerd, die ten grondslag liggen aan het werk in de gezondheidszorg in ons land. Daarin is ook verankerd de samenwerking op het gebied van de volksgezondheid tussen de overheid enerzijds en particuliere instellingen anderzijds. De arbeid in de gezondheidszorg, zoals deze zich in het verleden heeft ontwikkeld op basis van democratische verhoudingen, is mede op dat beginsel gestoeld.

Het ligt voor de hand, dat onmiddellijk na de bevrijding in 1945, ook als reactie op de bezetting, stappen zijn ondernomen om ook op het gebied van de volksgezondheid de vertrouwde samenwerkingsverbanden te formaliseren. Het streven van Suurhoff was erop gericht een zo goed mogelijke samenwerking tussen overheid en particulier initiatief te realiseren. Het ontwerp heeft een lange weg moeten afleggen vooraleer het kracht van wet verkreeg en het Staatsblad kon bereiken. Het ging er bij de discussies tijdens de parlementaire behandeling niet alleen om hetgeen de toenmalige bewindsman met de instelling van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid in het algemeen beoogde. Het ging bij de parlementaire behandeling met name om de samenstelling van de Raad en de positie van de overheid in de Raad.

De toenmalige bewindsman van Sociale Zaken en Volksgezondheid stelde een paritaire samenstelling van de Raad voor en had er ernstig bezwaar tegen dat de overheidsvertegenwoordigers als waarnemers of als adviseurs en niet als stemgerechtigde

leden zitting zouden hebben in de Raad. Tegenover de bezwaren van de Tweede Kamerleden, dat de vertegenwoordiger van de *rijksoverheid* in de Centrale Raad in de minderheid zouden zijn, stelde de toenmalige bewindsman dat het bepaald onjuist zou zijn en in strijd met de gedachte van overleg en samenwerking van overheid en particulier initiatief op voet van gelijkheid, indien de vertegenwoordigers van de *centrale* overheid reeds de helft of meer van alle leden van de Raad zouden uitmaken. Het was evenwel in zijn visie noodzakelijk dat de overheidsvertegenwoordigers — dus wanneer vertegenwoordigers van provincies en gemeenten zouden worden medegerekend — niet in de minderheid zouden zijn.

De toenmalige bewindsman sprak in de verdediging van het ontwerp enkele woorden, welke ik, aldus Dr. Kruisinga, van zodanig belang voor de onderhavige materie acht, dat ik deze hier in herinnering meen te moeten brengen. De heer Suurhoff zei onder meer het volgende: „Het gaat om een goed samenspel. Ik mag er nog eens extra de aandacht op vestigen, dat alle taken, alle bemoeiingen op het gebied van de gezondheidszorg in elkaar grijpen. Men kan niet een bepaalde taak daaruit isoleren. Daarom kan men ook de bemoeiingen, die nu eenmaal onvermijdelijk door de Rijksoverheid moeten plaatsvinden, wat de gezondheidszorg betreft, niet los zien en niet losmaken van de rest. Het is één samenweefsel. Men heeft elkaar nodig, men sluit op elkaar aan, men vult elkaar aan, men helpt elkaar, men licht elkaar voor. Alleen zo kan het goed gaan”.

De situatie werd naar mijn mening — aldus Dr. Kruisinga verder — hier kernachtig geschetst. De verwevenheid van taken is intussen geïntensiveerd, maar dit heeft geen afbreuk gedaan aan de uitgangspunten voor de samenwerking in organisatorisch verband. Integendeel, de tijd heeft geleerd, dat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid goed functioneert, de Raad past in deze tijd en is op moderne leest geschoeid. De pariteit is een goede zaak, een reële zaak, de organisatie van de volksgezondheid wordt immers gedragen door én overheid én particuliere organen. Beide hebben een eigen, een zware verantwoordelijkheid. Een overlegorgaan op dit gebied en ook een adviesorgaan kan niet zonder deze partners in gelijkberechtigde situatie. De conceptie Suurhoff was een goede conceptie.

Aan uw voorgaande voorzitters Dr. Wester en Prof. Dr. Drogendijk past, aldus de staatssecretaris, onze dank voor hun bekwame leiding. Zij beiden zijn er in geslaagd het beeld van dit college onder hun voorzitterschap te versterken. Een opmerkelijk aantal goed gefundeerde adviezen heeft de Centrale

Raad voor de Volksgezondheid uitgebracht. Die adviezen hebben een grote invloed op het te voeren beleid uitgeoefend. Hun arbeid is produktief en vruchtbaar geweest.

### *Bestedingsstijging*

Later in zijn rede de bestedingsstijging ter sprake brengend zeide Dr. Kruisinga het volgende:

In het totaal van het economisch gebeuren neemt de volksgezondheid in alle zich ontwikkelende landen een plaats van toenemend belang in. Overal ter wereld ziet men als het nationaal inkomen stijgt, dan stijgen meer dan proportioneel de bestedingen voor de volksgezondheid. Het is dunkt mij beter om van stijging van bestedingen of stijging van omzet dan van stijging van kosten te spreken. Niemand spreekt over een kostenstijging bij Philips of kostenstijging van de Koninklijke Olie als hij omzetstijging bedoelt. Niemand spreekt ook over de stijging van de kosten van het internationale toerisme van de Nederlanders als hij de stijging van de bestedingen bedoelt in het internationaal toerisme. Trouwens de stijging van de bestedingen in het internationaal toerisme van de Nederlanders loopt nog heel wat sneller op dan voor de Volksgezondheid. Hetzelfde geldt overigens voor veel andere consumptieve sectoren als bijvoorbeeld de cosmetica en bijvoorbeeld de reuk en smaakstoffen, ook daar een snelle bestedingsstijging. Merkwaardig dat wij over die snelle bestedingsstijgingen zo weinig horen.

Hoe het ook zij ons nationaal inkomen heeft naar mijn grove schatting in 1969 een niveau bereikt waarop wij ongeveer 6% hebben uitgegeven van het nationaal produkt tegen marktprijzen in de volksgezondheid of anders uitgedrukt ongeveer 6,5% van het nationaal produkt tegen factorkosten. Belangrijke bestedingen voor een belangrijke zaak. Toch zullen naar mijn mening in wijder perspectief — hoe belangrijk deze gebieden op zich ook zijn — noch de structurering van de gezondheidsvoorzieningen noch de structurele financieringsproblematiek de grote problemen, de grote bottlenecks op het gebied van het volksgezondheidsbeleid in de toekomst blijken te zijn. Dat zullen naar mijn mening vier grote gebieden zijn, welker territorium nog ternauwernood is verkend, laat staan ontgonnen. Wij kunnen die gebieden nog nauwelijks definiëren omdat ze nog niet voldoende zijn omschreven. Het komt mij voor dat het in de toekomst de vraagstukken op het gebied van: in de eerste plaats: de psychohygiëne; in de tweede plaats: de milieuhygiëne; in de derde plaats: de betekenis van de volksgezondheidsresearch; en in de vierde plaats: het verpleegkundig en medisch handelen bij een zich steeds verder ontwikkelende medische technologie en een ander ziektepatroon; ook in zijn ethische consequenties zullen zijn die in toenemende mate onze aandacht, ook die van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zullen vragen.

Daarbij zullen wij voor de opgave komen te staan een nieuwe aangepaste aanpak op het gebied van wat ik zou willen noemen de primaire preventie te

ontwikkelen. Evenzeer een terrein dat wij nog geheel moeten verkennen, en waar het onmogelijk lijkt op traditionele paden voort te gaan. Het zijn nog vrijwel onontgonnen gebieden die ons ook worden gepresenteerd als nevenverschijnsel van de ontwikkeling van de economie en de ontwikkeling van de demografie. Willen de verworvenheden op het gebied van de volksgezondheid niet verloren gaan, dan zullen ook nieuwe maatregelen getroffen moeten worden om een leefbare situatie te handhaven.

### *Schaderekening*

Ook mag nog wel eens worden bedacht — aldus nog steeds Dr. Kruisinga — dat een kwalitatief hoge gezondheidsstandaard een essentiële voorwaarde is voor wat economische vooruitgang heet te zijn. Eveneens mag worden bedacht dat welvaarts-groei kosten meebrengt, beter gezegd schade meebrengt, die de volksgezondheid in de schoot vallen. Daar wordt de rekening gepresenteerd. Maar de schadevergoeding wordt er niet bij aangeboden. Iets meer bescheidenheid zou de veroorzakers der schade ook bij het honoreren van de schaderekening sieren. Die schaderekening die de gezondheidszorg te dragen krijgt.

Ik hoef u de kosten van de welvaartsstijging niet te noemen, de welvaartsziekten, de verkeersongevallen de lucht- en waterverontreiniging en ga zo maar door. Zeker voor een klein land als het onze is die milieuvervuiling door stijgende welvaart van grote betekenis. Onze geografische en demografische situatie betekent dat wij vele miljoenen inwoners op een kleine oppervlakte, leefbaarheid moeten verzekeren. Urbanisatie en verkeerscongestie zijn daarbij bijvoorbeeld nevenverschijnselen waarmee wij rekening moeten houden. Luchtverontreiniging, waterverontreiniging en bodemverontreiniging zijn bij deze welvaartsstijging mede gezien de ligging van ons land problemen van de eerste orde. Dat zijn voorbeelden van welvaartskosten; waar men kan zeggen de technologie kan niet verder gaan, maar ook de mens kan niet verder gaan.

De kosten voor de bestrijding van neveneffecten van de welvaart vormen de prijs die men voor de stijgende welvaart moet betalen. Deze kosten van voorzorg en controle zijn welvaartskosten. Wij zullen in toenemende mate worden geconfronteerd met de vraag of wij bereid zijn die prijs van de welvaart te betalen. Welke risico's zijn wij bereid te nemen in het licht van de steeds verdergaande urbanisatie en industrialisatie? Welke prijs zijn wij bereid te betalen voor de preventie van mogelijke bedreigingen voor toekomstige generaties? Het antwoord op deze en dergelijke vragen zal bepalend zijn voor de wézenlijke kwaliteit van onze welvaart.

Deze problematiek, zo eindigde Dr. Kruisinga, gaat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid niet voorbij en hij sprak zijn vertrouwen uit dat de Raad onder leiding van Dr. Festen, een belangrijke bijdrage zal leveren in het ontwerpen van een beleidsvisie op de toekomst.

# HANTEREN VAN HET BEROEPSGEHEIM (slot\*)

## Toepassing van de computer bij de verwerking van geneeskundige gegevens

Door Dr. A. B. Haartsen, Dr. Ir. W. Hoekstra en Th. Sybema, arts

### Inleiding

In het eerste artikel betreffende de hantering van het beroepsgeheim (M.C. nr. 2/1970, bladzijde 29) worden de diverse disciplines, die werkzaam zijn op het gebied van de gezondheidszorg, verdeeld in twee groepen. De eerste groep bevat de curatieve, de preventieve en de paramedische disciplines samen met de huisarts delen de betreffende disciplines in het primair collectief beroepsgeheim. Binnen deze groep zijn er uiteraard verschillen. Deze bestaan tussen de diverse disciplines en binnen deze disciplines tussen haar beoefenaars. Uit het oogpunt van informatieverwerking blijken deze verschillen evenwel niet van zo'n ingrijpende aard te zijn als die, welke bestaan binnen en tussen disciplines uit de tweede groep.

De tweede groep bevat die disciplines, die zich bezig houden met keuring en controle. Het betreft daar de beoordeling van gezondheid of ziekte in het kader van een opdracht; de conclusies op de keuring of controle dienen te worden vermeld aan de opdrachtgever. Tussen de disciplines, waarop het secundair collectief beroepsgeheim rust, worden geen gegevens onderling uitgewisseld voor zover deze betrekking hebben op één persoon.

Dit is ook niet het geval tussen de beoefenaars van dezelfde disciplines uit deze groep. In de praktijk zal deze uitwisseling alleen mogen plaats vinden indien de geneeskundigen, die gebonden zijn aan het secundair collectief geheim, voor dezelfde opdrachtgever werken. In alle andere gevallen zal de gewenste informatie slechts via de behandelende artsen kunnen worden verkregen.

Om tot een goed informatie-verwerkend systeem te komen, waarop iedere arts kan zijn aangesloten, nemen wij de centrale positie van de huisarts als uitgangspunt. In ons tweede artikel (M.C. nr. 3/1970, bladzijde 47) is deze centrale positie reeds omschreven voor wat betreft de taak van de huisarts binnen het geheel van de gezondheidszorg. In dit artikel zullen wij die positie belichten ten aanzien van de informatieverwerking.

Een patiënt zal zich, indien hij geneeskundige hulp nodig heeft, in eerste instantie tot zijn huisarts wenden. Wil deze arts de vraag van zijn patiënt optimaal efficiënt tegemoet kunnen treden, dan zal hij dienen te beschikken over alle relevante beschikbare gegevens van deze patiënt. Echter iedere medische informatie werd door deze patiënt, be-

wust of onbewust, verschaft binnen het kader van de vertrouwensrelatie, die tussen hem en de arts bestond; deze laatste kan zowel de huisarts als een willekeurige andere arts geweest zijn. De huisarts kan nu, naar onze mening, alleen daadwerkelijk een zinvolle positie innemen binnen de gezondheidszorg, indien tussen hem en zijn patiënt een zeer grote vertrouwensrelatie wordt verondersteld. Deze vertrouwensrelatie dient te impliceren, dat al datgene wat de patiënt buiten de huisarts om vertelt aan een andere arts, ook aan de huisarts bekend mag worden. Met andere woorden, dat wat de patiënt aan een willekeurige arts vertelt, wordt verondersteld op datzelfde moment in dezelfde vertrouwensrelatie aan de huisarts te zijn verteld. Het archief van de huisarts kan dus *alle* geneeskundige informatie bevatten, die door de patiënt op enigerlei wijze ter beschikking zijn gesteld. Het is deze beschouwing, die de basis vormt voor de centrale positie van de huisarts binnen een informatie-verwerkend systeem.

Wij zullen trachten een indruk te geven omtrent de opbouw van een dergelijk informatie-verwerkend systeem. De nadruk ligt op de hantering van het beroepsgeheim in dit systeem; een hantering waarvoor ons eerste artikel het uitgangspunt vormt.

### Centrale-archivering

Voor de uitoefening van zijn taak is iedere arts afhankelijk van de hem ter beschikking staande gegevens. Een aantal daarvan verkrijgt hij middels anamnese en onderzoek; andere gegevens werden reeds vroeger, door hemzelf of anderen, verkregen. Het verzamelen van die oude gegevens is over het algemeen een moeizame aangelegenheid, gezien de onoverzichtelijkheid van de archivering en de vaak onleesbare handschriften van collegae. Omdat dit verzamelen van die oude gegevens een niet specifiek geneeskundige aangelegenheid is en daardoor veel tijd vraagt, verdient het aanbeveling deze routine zoveel als mogelijk te kanaliseren en mogelijk zelfs te automatiseren.

De huidige stand van de techniek doet vermoeden, dat binnen afzienbare tijd een systeem te realiseren is, dat zowel het archief vormt voor ieder er-

\* Voor deel I en II zie respectievelijk M.C. nr. 2/1970, bladzijde 29 en nr. 3/1970, bladzijde 47.

op aangesloten arts, als communicatiemiddel is tussen deze artsen. De invoering ervan wordt aantrekkelijk, indien de efficiency, en daarmee de snelheid van de archiefbewerkingen en de communicatie, wordt verhoogd (Hertz, 1969).

In dat geval zullen alle gebruikers door middel van een terminal moeten zijn verbonden met dit systeem (Sutherland, 1966). Het is evenwel niet rendabel om voor iedere afzonderlijke gebruiker een dergelijke aansluiting te realiseren; in dat geval namelijk zou de terminal te weinig in gebruik zijn om de hoge investeringskosten te kunnen compenseren. Alleen al uit financieel oogpunt is het dus noodzakelijk, dat voor een groep artsen één terminal ter beschikking staat. De onafwendbare opmars van de computer zal derhalve mede een factor zijn, die aandringt tot groepering van de huisartsen in centra.

Verschillende gezondheidscentra, waaronder ook de ziekenhuizen, kunnen tezamen een dergelijk centraal informatie verwerkend systeem exploiteren. Er ontstaat op deze wijze een regionale organisatie, waarin die centra op het gebied van de gezondheidszorg, die onderling functioneel afhankelijk zijn, worden gebundeld. Diverse van deze computercentra kunnen, zo dat wenselijk mocht zijn, onderling worden verbonden.

Binnen de organisaties, die op een dergelijk computer-centrum zijn aangesloten, en bij het centrum zelf zullen diverse disciplines, die tot op heden niet op het gebied van de gezondheidszorg werkzaam waren, moeten worden ingeschakeld. Het betreft hier programmeurs, systeemanalisten, operateurs, enz.; deze medewerkers dienen voor wat betreft hun relatie jegens het beroepsgeheim in dezelfde positie te worden geplaatst als bijvoorbeeld het verplegend personeel. Voor deze nieuwe disciplines geldt hetgeen aangaande het hulppersoneel in ons eerste artikel is gezegd over het gedelegeerde beroepsgeheim.

Belangrijker in dit opzicht is echter de behandeling van de medische informatie in het centrale systeem zelf. Dit dient te geschieden op een wijze, die een juiste behandeling van het beroepsgeheim garandeert. Onzes inziens zal daartoe iedere informatie van een aantal kenmerken moeten worden voorzien; deze beschermen als het ware de informatie. Daarnaast echter zullen diezelfde kenmerken behulpzaam kunnen zijn bij het terugvinden van de informatie.

Het belangrijkste kenmerk van een informatie is de mens waarop deze informatie betrekking heeft. Een centraal medisch archief wordt als het ware opgebouwd uit de „medical records” van de patiënten, die in het systeem zijn opgenomen. Ieder record bevat alle geneeskundige informatie, die in de loop van de tijd door de diverse disciplines zijn verzameld. In deze verzameling zullen wij systematiek dienen aan te brengen; met deze ordening en met behulp van nog andere kenmerken moet een beeld van het centrale archief zijn te creëren, waaruit dui-

delijk de garantie van een juist hanteren van het beroepsgeheim naar voren komt.

### *Medical Record*

De verzameling gegevens van één patiënt kan zeer groot worden. Niet alle gegevens zijn evenwel altijd relevant. In het ene geval kan een overzicht in de loop van de tijd, een follow-up van de patiënt, gewenst zijn, terwijl een ander maal een gedetailleerde weergave van een bepaald ziektegeval is vereist. Bepaalde informatie mogen op grond van het beroepsgeheim uitsluitend aan een bepaalde arts ter beschikking komen, terwijl weer andere informatie van het record in principe ook aan derden kunnen worden verstrekt. Op grond van deze overwegingen verdient het aanbeveling de verzameling informatie van één patiënt in karakteristieke groepen te verdelen.

De informatie, welke tot een bepaalde groep behoort, beschikt over een kenmerk, welke karakteristiek is voor die groep. Diegene, die deze informatie in het medical record van de betreffende patiënt neerschreef, heeft deze kenmerken eraan toegevoegd. Diegene, die de informatie inwint bij de patiënt, bepaalt dan ook daarmee op welke wijze deze betreffende informatie binnen het totaal van de hantering van het beroepsgeheim kan worden behandeld. De gebruiker van de „data-bank” kan nu, doordat dit kenmerk aanwezig is, in het ene geval juist over die informatie beschikken en in het andere geval daardoor juist niet.

Naarmate meer kenmerken worden ingevoerd zal de behandeling van het beroepsgeheim in het centrale informatie verwerkende systeem des te gedetailleerder mogelijk zijn. Op dezelfde wijze ontstaat tevens een scherpere selectie in de toegankelijkheid van de informatie.

Wij kunnen in het medical record van een patiënt in eerste instantie de volgende drie hoofdgroepen onderscheiden:

#### Groep 1: Gegevens van niet medische aard

Deze gegevens kunnen van nut zijn bij de diverse administratieve bezigheden. Het betreft hier gegevens zoals; naam, voornamen, geslacht, adres, geboortedatum, beroep, werkgever, burgerlijke staat, gezinssamenstelling, huisarts, aard van verzekering, godsdienst enz. enz.

#### Groep II: Gegevens van medische aard, welke niet onderworpen zijn aan enig beroepsgeheim.

Het betreft hier gegevens zoals gewicht, afmetingen, bloedgroep, inentingen, eventueel sterkte van de bril, enz. enz.

#### Groep III: Gegevens van medische aard, waarop het beroepsgeheim van toepassing is.

Dit betreft al die gegevens, die de arts worden toevertrouwd. Behalve gegevens, welke berusten op mededelingen van de patiënt zelf, betreft dit ook de gegevens die de arts door onderzoek van zijn

patiënt te weten komt. Bovendien behoren hiertoe die gegevens, die berusten op mededelingen door derden ten behoeve van de patiënt gedaan.

De gegevens van de groepen I en II onderscheiden zich dus van die uit groep III, daar de eerste in principe iedere gebruiker (lees geneeskundige) van de „data-bank” ter beschikking staan. Een gegeven uit groep III is evenwel specifiek gebonden aan diegene aan wie het werd toevertrouwd.

Het belangrijkste kenmerk van de informatie uit het medical record is dus of het gegeven tot groep III behoort, en zo ja, hoe de naam luidt van de arts die de informatie in de „data-bank” heeft gebracht. Hierbij nemen wij dus aan, dat aan deze arts deze informatie werd toevertrouwd.

In de inleiding is evenwel gesteld dat de vertrouwensrelatie tussen de huisarts en de patiënt geacht mag worden van dien aard te zijn, dat alle beschikbare informaties ter beschikking van deze huisarts kunnen staan. Wij stellen daarom voor de naam van de huisarts als kenmerk te nemen voor de informaties uit groep III. Daar in groep I deze naam wordt vermeld en daar tengevolge daarvan iedere gebruiker van de „data-bank” deze naam te weten kan komen, is dus voor deze gebruiker de mogelijkheid om informatie uit groep III te verkrijgen opengesteld. Echter niet rechtstreeks.

Het medical record van een patiënt staat uiteraard op zijn naam. Echter niet iedere aangesloten gebruiker van de „data-bank” is direct in staat van iedere patiënt het record op te vragen. De betreffende patiënt zal daartoe aan deze arts zijn identificatienummer ter beschikking dienen te stellen; hij geeft hiermede dan als het ware zijn vertrouwen aan die arts. Pas nadat door de computer de naam van de patiënt en het identificatienummer zijn ontvangen en door deze is geconstateerd, dat ze inderdaad op elkaar zijn afgestemd, zal de toegang tot de groepen I en II van het record worden geopend.

De gegevens uit groep III kunnen slechts ter beschikking worden gesteld aan die arts, die de sleutel bezit om dit deel van het record van de patiënt te ontsluiten. De huisarts heeft, als gebruiker van de „data-bank”, een bepaald codenummer. Zoals de computer kan controleren of het identificatienummer van de patiënt klopt met de opgegeven naam van de patiënt, zo zal hij ook kunnen nagaan of de naam van de huisarts overeenkomt met het opgegeven codenummer. Door behalve de naam en het identificatienummer van de patiënt ook de naam en het codenummer van de huisarts in de computer te voeren zal deze computer, nadat door hem is nagegaan of deze combinaties overeenstemmen, groep III uit het medical record kunnen ontsluiten. Hierdoor wordt iedere informatie uit groep III als het ware pas dan verschaft, nadat „toestemming” is verleend door de huisarts. In de volgende paragraaf, waarin wij de hantering van een centraal informatie-verwerkend systeem behandelen, zullen wij nader op deze problematiek ingaan.

In de informaties uit groep III is weer een verdere

verdeling noodzakelijk, immers niet alle informatie is afkomstig van de huisarts. Nu wij echter zeker weten, dat genoemde informaties door de huisarts worden beschermd, kan een benadering voor de indeling van deze gegevens worden gezocht, waarbij niet de juiste behandeling van het beroepsgeheim als enig argument voor die indeling blijft gelden, doch daarnaast ook de hanteerbaarheid van de informatie-verzameling uit groep III een rol gaat spelen.

Wij kunnen gedeelte III van het record van de patiënt verdelen in blokken. Een blok betreft een bepaald geneeskundig onderwerp en wordt opgebouwd uit een verhalend gedeelte met een abstract hiervan. Een dergelijk abstract dient een standaardvorm te bezitten. Het verhalende gedeelte van het blok kan naar believen worden gevuld, eventueel zelfs ongevuuld blijven. Het doel van deze abstracts is de gebruikers een hanteerbaar informatie-pakket te geven; in deze abstracts dienen dan ook van iedere gebeurtenis de essentiële zaken te zijn opgenomen.

Wanneer, lopende een behandeling, essentiële wijzigingen optreden in de inhoud van het abstract, dient een nieuw blok betreffende het geneeskundige onderwerp te worden geopend. Zowel in het abstract van het oude als in dat van het nieuwe blok dient dan een verwijzing naar de ander te zijn opgenomen.

Om een snel terugvinden van gegevens mogelijk te maken, dient de gebruiker van de „data-bank” de kenmerken aan te geven van de informatie, die hij behoeft. De informaties in het medical record van de patiënt, die dit kenmerk bezit, komen dan vanuit de „data-bank” ter beschikking van de „central processing unit” van de computer, die na bewerking de eindinformatie middels de afvoerorganen, de „terminals”, aanbiedt aan de gebruiker (zie figuur 1 op de volgende bladzijde).

De kenmerken dienen op eenduidige wijze te zijn geformuleerd, dat wil zeggen in de vorm van gestandaardiseerde trefwoorden of in de vorm van een duidelijk omschreven code (Barnett, 1969). Een voorbeeld van een dergelijke code is, voor wat betreft de aard van de ziekte, de internationale ziektecodering in de zogenaamde viercijferlijst. Een verdeling van de beschikbare informaties in het medical record van een patiënt in blokken, waardoor het voor de diverse gebruikers mogelijk is de voor hen relevante gegevens ter beschikking te krijgen, wordt verkregen als de volgende kenmerken worden ingevoerd:

#### *1. De medicus, die de informatie heeft ingebracht.*

Behalve de huisarts zijn er ook anderen die geneeskundige gegevens verzamelen betreffende de patiënt en deze inbrengen in het medical record. De betreffende consultants beschikken, evenals de huisarts, over een eigen codenummer. Informaties, ingebracht door een consultant, worden gekenmerkt

door de naam van deze consultant. De huisarts kan beschikken over deze informatie.

2 .De relatie, waarin de patiënt stond ten aanzien van de medicus, bij het tot stand komen van de informatie.

Door dit kenmerk wordt aangegeven, of de informatie tot stand kwam middels: keuring controle, algemeen preventief geneeskundig onderzoek, multiple screening, specialistisch, of algemeen geneeskundig onderzoek, opname ingreep, enz. enz. Deze aard van de relatie kan in standaard trefwoorden worden uitgedrukt. Wil de huisarts bijvoorbeeld weten welke informatie middels keuringen zijn verkregen, dan stelt hij zijn vraag aan de computer met behulp van het betreffende trefwoord.

3. De begin- en einddatum van de periode waarop het betreffende informatieblok betrekking heeft.

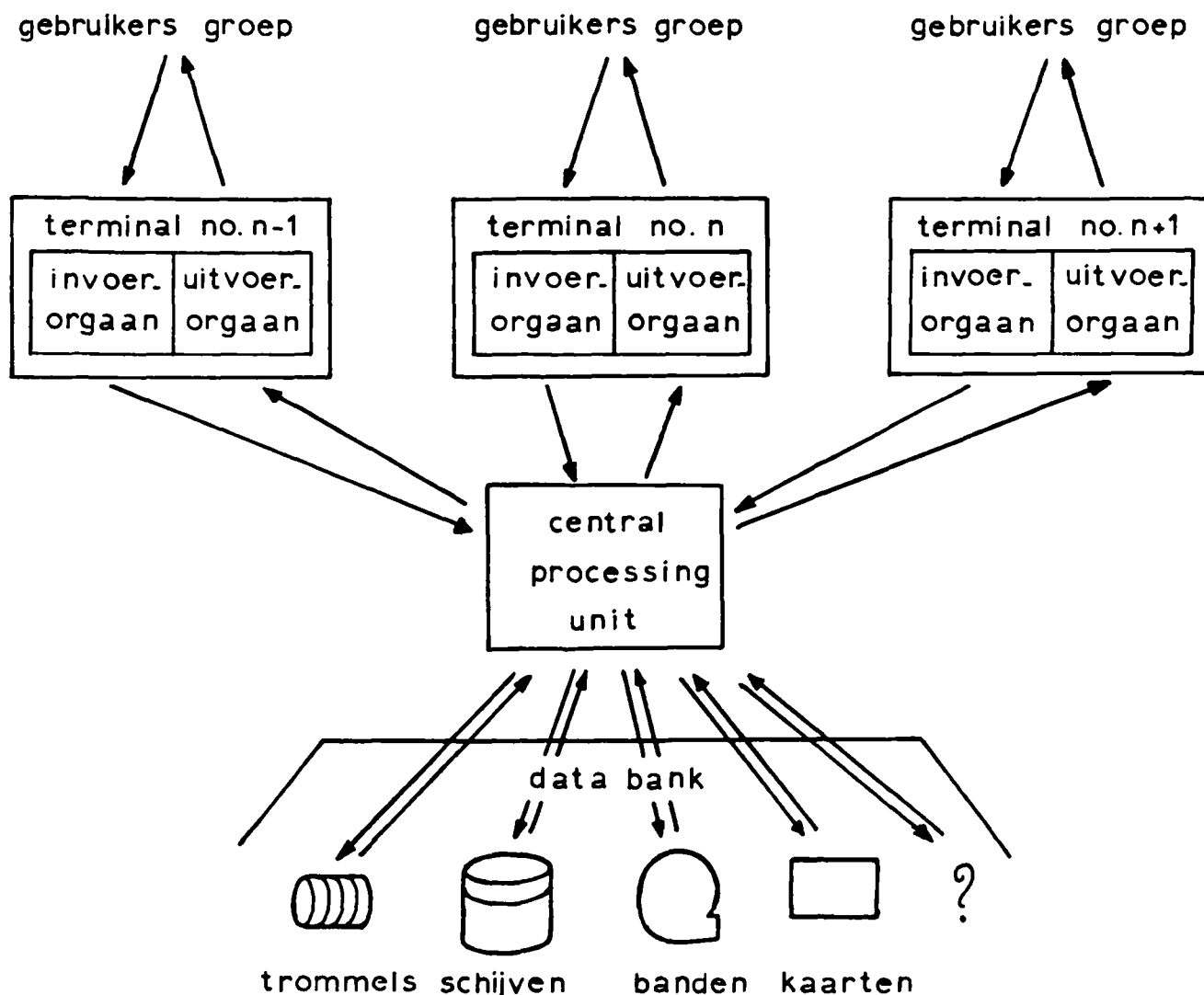
De datum kan in een getalscode worden uitgedrukt. Wanneer een bepaald blok een aangelegen-

heid betreft van chronische aard, kan het mogelijk zijn, dat de einddatum van dit blok niet is vast te stellen. Ontbreekt de einddatum van een blok, dan betekent dit dus dat de patiënt nog steeds voor dat aspect, wat in dat blok wordt beschreven, onder behandeling is. Wil de medicus de datum van een bepaalde gebeurtenis uit een bepaald blok weten, dan vindt hij deze datum niet in het abstract. In dat geval zal hij het verhalende gedeelte van dat blok dienen te raadplegen.

4. Aanduiding van informatie-inhoud naar diagnose of klacht.

Voor de codering van dit kenmerk van de informatie kan gebruik worden gemaakt van de zogenaamde viercijferlijst, zoals die internationaal wordt gehanteerd voor de codering van ziekten. De opbouw van deze code is zodanig, dat ieder volgend cijfer meer gedetailleerde informatie biedt. Het eerste cijfer geeft aan tot welke geneeskundige hoofdgroep de informatie behoort. Het tweede cijfer geeft

Figuur 1: Schematisch overzicht van automatische informatieverwerking.



de localisatie aan van de aandoening of de klacht. Het derde cijfer biedt de algemene diagnose. Het vierde cijfer tenslotte geeft de gedetailleerde diagnose.

#### 5. Aanduiding van therapie.

De aard van de toegepaste therapie is te onderscheiden in: a) voorschrijven, b) adviseren, c) ingrijpen, d) verklaren of uitleggen. Deze onderverdeling naar aard kan in standaard trefwoorden worden uitgedrukt. Medicamenten resorteren bijvoorbeeld onder het begrip „voorschrijven”; het adviseren kan de dagelijkse activiteiten, de leefwijze en dergelijke betreffen; het ingrijpen zal operatieve of andersoortige instrumentele behandeling inhouden; onder verklaren of uitleggen is onder andere bijvoorbeeld de gesprekstherapie te verstaan. Welke therapie wordt bedoeld, is uit te drukken in een getalscode. Gebruikt de patiënt bijvoorbeeld een bepaald medicament, dan is in het abstract van het betreffende blok het trefwoord „voorschrijven” gecombineerd met het nummer van het betreffende medicament opgenomen. Dit zelfde principe kan ook voor de overige therapievormen worden toegepast. Wanneer nadere informatie betreffende de therapie worden verlangd, dient het verhalende gedeelte van het betreffende blok te worden opgevraagd. Hierin zijn bijvoorbeeld doseringen, bij verschijnselen, therapiebeschrijvingen, enzovoorts, vastgelegd.

#### 6. Opmerkingen.

Speciale opmerkingen, die van belang worden geacht voor het abstract, kunnen met behulp van een beperkt aantal daarvoor beschikbare woorden in het abstract worden opgenomen. Dit kan bijvoorbeeld een verwijzing naar een ander blok zijn, waarin aanvullende gegevens te vinden zijn op de informatie aanwezig in dit blok. Dit laatste zal bijvoorbeeld het geval zijn wanneer de toestand dusdanig is gewijzigd, dat principiële wijzigingen optraden in de inhoud van het abstract. Tevens kunnen bijvoorbeeld percentages betreffende de arbeidsongeschiktheid of invaliditeit worden opgenomen.

Door deze indeling van het record, met de onderverdeling van de gegevens uit groep III naar de hiervoor genoemde kenmerken, zal in de loop van de tijd per patiënt het aantal blokken toenemen. Het zijn dan met name de kenmerken 1 tot en met 6 van alle abstracts, die de hanteerbaarheid van deze verzameling blokken dienen te garanderen. Het verhalend gedeelte van de blokken bevat in wezen de totale informatie. De arts moet hierin min of meer willekeurig zijn essentiële gegevens kunnen opslaan. Eventueel zal hij in dit systeem moeten verwijzen naar andere archieven. Uiteraard zijn er situaties te bedenken, waarin genoemde indeling van het record te kort schiet of niet hanteerbaar blijkt te zijn. De auteurs pretenderen dan ook geenszins hiermee het ideale systeem te hebben gepresenteerd. Zij hebben slechts willen aangeven, dat op deze wijze een verwerking van gegevens mogelijk is.

### *Hanteren van een centraal informatie-verwerkend systeem.*

Voor diverse disciplines zullen wij nu nagaan hoe zij omgaan met het centraal informatie-verwerkende systeem. Daaruit zal de juiste hantering van het beroepsgeheim moeten blijken.

#### *De Huisarts.*

Als een patiënt van huisarts verandert, dan wil deze arts kunnen beschikken over het medical record van deze patiënt. De patiënt dient dan zijn identificatienummer aan deze arts te geven; hij geeft hiermee als het ware zijn vertrouwen aan deze arts. De patiënt weet, dat iemand die zijn identificatienummer niet bezit, geen toegang kan krijgen tot zijn record. Misbruik van het identificatienummer zal dan ook strafbaar moeten worden gesteld (Mc. Carthy, 1966).

Geeft de betreffende arts dit identificatienummer door aan het centrale informatie-verwerkende systeem, dan krijgt hij de onder groepen I en II gerangschikte gegevens. Voor wat betreft de gegevens van groep III loopt hij echter als het ware vast op het codenummer van de vorige huisarts.

Er dient dus overleg plaats te vinden met deze vorige huisarts. Deze collega kan dan aan de operator bij het centraal informatieverwerkende systeem de opdracht geven zijn naam te veranderen in die van de nieuwe huisarts. Alleen deze operator is gemachtigd veranderingen aan te brengen in het medical record. De gebruikers zelf zijn hier toe niet in staat; zij kunnen alleen gegevens laten bijschrijven.

De huisarts heeft slechts interesse in bepaalde gegevens van zijn patiënt. Zo kan hij de follow-up van de patiënt willen hebben; hij laat daartoe alle abstracts verschijnen. Wil hij slechts van het laatste jaar de follow-up hebben dan zal hij bij de aanroep van de abstracts ook nog van het kenmerk begin-einddatum gebruik moeten maken. In het algemeen kan dus worden gesteld dat door het opgeven van een combinatie van verschillende kenmerken die informatie, die de betreffende combinatie van kenmerken in zijn abstract heeft staan, kan worden opgeroepen. Is de huisarts geïnteresseerd in het verhalende gedeelte behorende bij bepaalde abstracts dan kan hij vervolgens die gedeelten opvragen.

Het totale informatie-pakket van groep III staat ter beschikking van de huisarts. Alleen in dat geval heeft deze huisarts een zinvolle positie binnen de totale gezondheidszorg. Hij vormt daardoor tegelijkertijd een uitzondering onder de disciplines, die delen in het primair collectief beroepsgeheim.

#### *De disciplines, die delen in het primair collectief beroepsgeheim*

Wordt een patiënt verwezen, dan heeft de betreffende specialist behoefte aan gegevens. De huisarts dient nu de mogelijkheid te hebben de computer de

opdracht te geven, bepaalde informatie uit het medical record, verband houdende met die verwijzing, te doen verschijnen op de terminal van de betreffende specialist. Zo nodig kan de huisarts het totale record van de patiënt voor deze specialist ontsluiten. De specialist heeft in dat geval de mogelijkheid iedere gewenste informatie op te vragen.

De nieuwe informatie, die de specialist verzamelt, kunnen door hem onafhankelijk van de huisarts worden toegevoegd aan het medical record van de patiënt. Deze gegevens hebben dan als eerste kenmerk de naam van de betreffende specialist. Zodra deze specialist zijn gegevens in het record heeft gebracht, staan ze ter beschikking van de huisarts. Deze gegevens dienen zelfs onzes inziens op de terminal van de huisarts te verschijnen, opdat deze weet heeft van hetgeen met zijn patiënt is geschied.

Genoemde specialist dient evenwel ook te allen tijde, onafhankelijk van de huisarts, te kunnen beschikken over die informatie van het record, die door zijn naam worden gekenmerkt. Het aanroepen daarvan geschiedt op een wijze, gelijk aan die van de huisarts, met dat verschil dat alleen nu die informatieblokken uit groep III tot zijn beschikking komen die met zijn naam zijn gekenmerkt. Op deze wijze nu is de „data-bank” een centraal archief voor alle gebruikers.

Consulteert een patiënt voor de eerste maal een specialist zonder te zijn verwezen door de huisarts, dan staan deze specialist in eerste instantie alleen de gegevens uit groep I en II ter beschikking. Pas door bemiddeling van de huisarts, die hem door groep I bekend geworden is, kan deze specialist verder informatie van de patiënt krijgen.

Een mogelijke facultatieve uitbreiding ontstaat, door gelijk gerichte specialisten in één district codenummers te geven, waarvan de eerste cijfers gelijk zijn. Hierdoor ontstaat de mogelijkheid, dat deze specialisten onafhankelijk van de huisarts kunnen beschikken over de gegevens, die door hun collega's in de records zijn gebracht. Met het resterende ongelijke cijfer van het codenummer kan de betreffende specialist die informatie opvragen die hij zelf heeft ingebracht.

Deze regeling is mogelijk voor alle specialismen, die binnen het primair collectief beroepsgeheim werkzaam zijn. De bedrijfsartsen vormen echter een uitzondering. Zij zullen geen toegang mogen hebben tot de gegevens van hun collega's uit andere bedrijven; daar is immers geen enkel belang mee diend. Wanneer een patiënt van werkgever verandert, kan met de gegevens van de bedrijfsarts op dezelfde wijze worden gehandeld, als werd beschreven bij verandering van huisarts. Daar de huisarts als het ware groep III uit het record beschermt, zal wijziging van de naam van de bedrijfsarts, als kenmerk van bepaalde blokken, slechts via de huisarts kunnen plaats vinden. Hoe de auteurs de functie van de bedrijfsarts zien werd in ons voorgaande artikel betreffende de hantering van beroepsgeheim beschreven (M.C. nr 3/1970, bladzijde 47).

### *De disciplines, die delen in het secundair collectief beroepsgeheim*

De keurende en controlerende artsen verzamelen hun gegevens onder secundair beroepsgeheim. Hierbij is aanvulling vereist van gegevens uit het primair collectief beroepsgeheim. Over het algemeen zal dit gegevens betreffen uit groep III. Deze gegevens kunnen onder afgeleid geheim worden verstrekt (zie M.C. nr 2/1970, bladzijde 29). In het hiervoor beschreven systeem beschikt de huisarts over alle gegevens van de patiënt. Het is dus voor de hand liggend, dat veelal nadere inlichtingen worden gevraagd bij de huisarts.

Of de keurende en controlerende disciplines zullen moeten worden aangesloten op de centrale „data-bank” is een vraag, waarop het antwoord niet wordt bepaald door het dienende karakter van deze vorm van geneeskunde jegens de patiënt, doch door het nut dat genoemde disciplines zelf denken te hebben van een dergelijke aansluiting. Op grond van het beroepsgeheim zullen zij nimmer vrij over de gegevens van groep III mogen beschikken. De keurend en de controlerend geneesheer heeft immers tot taak zijn conclusies op de hem ter beschikking staande gegevens door te geven aan de opdrachtgevers, die de daaruit voortvloeiende beslissingen neemt. Veelal is beroep mogelijk op die genomen beslissingen of wordt in dit kader een juridische uitspraak gevraagd. Het is om deze reden, dat deze disciplines een eigen archivering behoeven van de hen ter beschikking staande gegevens. Dit archief werkt dan onafhankelijk van het hiervoor genoemde centrale informatieverwerkende systeem.

De betreffende ondernemings-administraties zullen slechts mogen beschikken over de conclusies op de geneeskundige rapporten; de archivering van deze conclusies vindt dus plaats bij de opdrachtgever. De geneeskundige organisatie, belast met keuring of controle, zal haar gegevens per opdrachtgever dienen te archiveren, teneinde deze in geval van beroep, claim of rechtsgeding op de juiste manier te kunnen verschaffen.

Tot op heden is het gebruikelijk, dat keuringen worden verricht door artsen, die in de curatieve sector werkzaam zijn. Ten aanzien van een algemeen arts is dit geen probleem, zolang het principe wordt gehandhaafd, dat de keuring niet door de eigen huisarts van de keuringskandidaat mag geschieden. Ten aanzien van de specialisten is dit gecompliceerder. Zoals werd beschreven, kunnen de specialisten beschikken over de gegevens van hun collega's in hun district. Het is daarom wenselijk een eventuele specialistische keuring te laten verrichten in een ander district, dan dat waartoe betrokken keuringskandidaat behoort.

In de tot nu toe geschetste structuur is het mogelijk te denken aan speciaal voor keuringen ingerichte centra. Wij denken hierbij aan centra, die zijn geoutilleerd met een hoogwaardige, voorzover mogelijk geautomatiseerde onderzoekketen (Collin, 1967). Behalve voor keuringen kunnen deze centra



ook worden gebruikt in het kader van algemeen preventief geneeskundig onderzoek. In dat geval zal bijvoorbeeld de huisarts of de bedrijfsarts de opdracht geven tot het verrichten van het onderzoek. De informatie, die op deze wijze wordt verkregen dient behalve in het archief van het betreffende keuringscentrum, tevens in het medical record van de patiënt te komen. In alle gevallen dient, onafhankelijk van de opdrachtgever, de volledige informatie te worden verschaft aan de huisarts. Met andere woorden; alle informatie, die door de disciplines waarop het secundair collectief beroepsgeheim van toepassing is wordt verkregen, dient volledig in het medical record te zijn opgenomen.

#### *Naschrift*

In dit laatste artikel betreffende de hantering van het beroepsgeheim hebben de auteurs getracht een beeld te geven van de wijze waarop in de toekomst

de geneeskundige informatie kan worden behandeld.

Het principe van de hantering van het beroepsgeheim vormde thans de belangrijkste zijde van dit probleem. Op de technische uitvoering werd niet nader ingegaan. De auteurs trachtten op deze wijze een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling in de totale structuur van de gezondheidszorg.

#### **Literatuur**

- Barnett, G. O. et al. *Methods of Information in Medicine*, 8, 177, 1969.  
Collen, M. F. *J.A.M.A.* 195, 830, 1967.  
Hertz, R. *L'informatique. Société Médico-Chirurgicale des Hospitaux et formations Sanitaires des Armées*, 3, 203, 1969.  
Internationale Statistische Classificatie van Ziekten, verwondingen en doodsoorzaken 1965, „Viercijferlijst”. Centraal Bureau voor de Statistiek, 1969.  
Mac Carthy, J. *Scientific American*, 215, 64, 1966.  
Sutherland, I. E. *Scientific American*, 215, 86, 1966.

---

## **Staatssecretaris verstrekt nadere gegevens over gezondheidstoestand dienstplichtige militairen**

Staatssecretaris Kruisinga van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft nadere gegevens verstrekt over de gezondheidstoestand van dienstplichtige militairen. De bewindsman had een breder gericht onderzoek ten deze reeds toegezegd in 1967 in antwoord op toen door het Tweede Kamerlid De Vreeze (K.V.P.) gestelde vragen inzake de gezondheidssituatie van dienstplichtigen, zoals deze bij keuring en herkeuring aan de dag treedt. Opdracht voor het onderzoek werd gegeven aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Er is nauw overleg gepleegd met de Sectie Medische Aangelegenheden van de Inspectie van de Geneeskundige Dienst van de Koninklijke Landmacht. Het onderzoek, dat nog niet geheel is afgesloten, heeft tot dusver geresulteerd in een nadere beschouwing van de keuringsresultaten bij dienstplichtigen over de jaren 1949-1968.

Blijkens de samenvatting van het zeer gedetailleerde antwoord van de staatssecretaris is gedurende de twintig jaar waarover het onderzoek zich heeft uitgestrekt een schommeling te constateren in het percentage der gekeurden per jaar dat ongeschikt werd bevonden voor de dienst. Met name in de jaren 1964-1967 is dit percentage van 22,3 tot 30,2 toegenomen. Hierna is in 1968 weer een daling tot 26,2 procent opgetreden. Ter beoordeling van de resultaten van het onderzoek wordt er op gewezen, dat de keuring heeft plaats gevonden door verschillende keuringsraden door middel van individueel onderzoek.

Dr. Kruisinga wijst er voorts op, dat de toename van het percentage afkeuringen in de laatste

jaren gepaard gaat met een aanzienlijke toeneming van het percentage gekeurden, waarvoor bij de keuring specialistisch advies werd ingewonnen. Het lijkt de staatssecretaris waarschijnlijk dat de wijzigingen van het percentage afgekeurde dienstplichtigen mede samenhangen met verbeterde keuringsmethoden. Elementen van deze verbeterde methoden zijn naar zijn mening: 1e. herwaardering van een aantal gegevens op grond van medische ervaringen met in vroeger jaren goedgekeurden; 2e. frequentere specialistische consulten bij de keuring; 3e. het ter beschikking komen van voorspellende diagnostische technieken. Ook de uitsplitsing van een aantal diagnosegroepen toont aan dat de procentuele toeneming van het aantal afgekeurden met name stellig een gevolg is van het verdergaande onderzoek en van het verbeterd inzicht in de aard en de risico's van een aantal latente afwijkingen. Zulks lijkt met name het geval ten aanzien van de diagnoses wervelontsteking en astma bronchiale als reden van afkeuring. Daarnaast speelt de wijziging in de gezondheidstoestand een rol.

De uitsplitsing van een aantal diagnosegroepen bij de afgekeurden toont duidelijk aan, dat voor enkele diagnoses kan worden gesproken van een toename van de desbetreffende afwijking onder de dienstplichtigen. Deze gebleken toename van enkele dezer afwijkingen maakt nader onderzoek gewenst. Een zevental afwijkingen moet aanleiding geven tot nadere analyse. Nader onderzoek lijkt met name het geval met betrekking tot de toename van: a. de slecht genezen beenderbreuken ten gevolge waarvan een belangrijke stoornis in de verrichtingen is

ontstaan of is te verwachten; b. de misvormingen van de voet en afwijkingen van de onderste ledematen; c. het aantal afkeuringen door verminderde gezichtsscherpte. Hiertoe zijn door de staatssecretaris enkele nadere onderzoekopdrachten gegeven.

#### ABOHZIS

De gezondheidstoestand van de gekeurde wordt zoals bekend samenvattend uitgedrukt in de zogenaamde ABOHZIS formule. Hierbij wordt de classificatie in een cijferbeoordeling van 1-5 gegeven. (De gunstige classificatie is 1.) In deze formule betekent: A - algemene conditie B - toestand en functie der bovenste ledematen O - toestand en functie der onderste ledematen H - het horen Z - het zien I - intelligentie S - psychische stabiliteit. De verschillende ABOHZIS combinaties die nog goedkeuring voor de dienst toelaten zijn in een bepaalde volgorde op hun frequentie van voorkomen binnen een jaargang onderzocht. Het blijkt dat de laatste vier jaargangen (1965-1968) slechts geringe verschillen vertonen. Het blijkt ook dat deze niet aanzienlijk afwijken van een vijf jaar oudere lichting (1961). Alleen het percentage goedgekeurden met een 1-classificatie voor alle onderdelen van de ABOHZIS is duidelijk afgenomen. In 1968 kreeg 39,6 procent van de goedgekeurden een ABOHZIS beoordeling met een 1-classificatie op alle onderdelen.

Bij de frequentievergelijking van de classificaties voor ieder der ABOHZIS onderdelen in de loop der jaren valt het op dat de O, de Z en de S in de laatste jaren aanzienlijk slechter worden beoordeeld.

*Wat nu in de eerste plaats de toestand en de functies van de onderste ledematen betreft (O).* Hierbij wordt als verklaring mede aangevoerd de mindere lichaamsbeweging en de vervroegde lengtegroei bij de jonge generatie. Het is een niet oninteressante waarneming. Naar het oordeel van de staatssecretaris verlangt deze conclusie echter nog meer nauwkeurig nader onderzoek. In opdracht van hem wordt thans nagegaan op welke wijze een hierop gericht wetenschappelijk onderzoek zou kunnen worden geformuleerd en ingericht.

*Wat in de tweede plaats het zien (Z) betreft,* wordt gesteld dat het onderzoek wellicht nauwkeuriger plaatsvindt dan in vroeger jaren, doch er is waarschijnlijk wel sprake van enige, zij het geringe, toeneming van het aantal visus- en oogafwijkingen. Het aantal afkeuringen door verminderde gezichtsscherpte blijkt vrijwel constant toegenomen. Voorspand lijkt het dat er toch wel sprake zou kunnen zijn van enige achteruitgang van de ogen bij de Nederlandse mannelijke bevolking in deze leeftijdsgroep. Deze waarneming in het bijzonder verlangt nader wetenschappelijk onderzoek. Hiertoe is door Dr. Kruisinga aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid opgedragen een nauwkeurig omschreven project voor een onderzoek te ontwerpen. Het ligt in het voornemen van de staatssecretaris nog

dit jaar een opdracht voor dit onderzoeksproject te verstrekken.

*Wat in de derde plaats de toeneming van het aantal afkeuringen wegens bronchiale astma betreft,* dit hangt naar het oordeel van Dr. Kruisinga ten nauwste samen met een verbeterd inzicht van de artsen in deze aandoening. De sterk verbeterde geneeskundige techniek in de laatste jaren leidt ertoe dat in toenemende mate gebruik wordt gemaakt van longfunctieonderzoek. Het aantal verwijzingen voor voortgezet longonderzoek nam als gevolg hiervan in dezelfde periode toe van 0,97 tot 4,34 procent van het aantal gekeurden.

*In de vierde plaats tonen de psychopathie en de neurosen na een hoog niveau vóór 1950 een scherpe daling en daarna weer een aanzienlijke toeneming.* Uit de groepsgewijze weergave van het percentage afkeuringen blijkt echter dat het totale percentage afkeuringen wegens psychische en neurologische afwijkingen sedert 1955 nog slechts geringe schommelingen vertoont. De slechtere beoordeling van de psychische stabiliteit (S) gaat voorts parallel met de toenemende betekenis van de diagnosegroep „neurosen en psychopathieën” als afkeuringsgrond. Opmerkelijk is echter dat sedert 1955 het totale afkeuringspercentage wegens de groep van diagnoses die wordt samengevat als „psychische en neurologische afwijkingen” niet noemenswaard is veranderd. Gefundeerde conclusies lijken de staatssecretaris uit deze waarnemingen voorspand niet te trekken.

*In de vijfde plaats hebben de „misvormingen van de voet” een toenemende betekenis als afkeuringsgrond.* Het is zonder nader onderzoek niet duidelijk in welke mate voor deze ontwikkeling medisch-biologische oorzaken dan wel de veranderde keuze van schoeisel en levensgewoonten verantwoordelijk moeten worden gesteld en in welke mate de oorspronkelijke vorming der keuringsartsen is veranderd.

*Een zesde interessante karakteristiek is de toeneming van de betekenis der „wervelontsteking”,* die als reden voor afkeuring moet worden gezien tegen de achtergrond van een veranderend inzicht in de aard en de risico's van een aantal op het moment van de keuring slechts geringe afwijkingen. Het feit, dat het percentage verwijzingen voor specialistisch-chirurgisch onderzoek is toegenomen van 0,71 in 1949 tot 6,18 in 1968 wijst op de bijzondere aandacht die deze risico's bij de keuring krijgen. Naar het oordeel van Dr. Kruisinga is hier — zoals bij de beoordeling van het bronchiale astma — duidelijk sprake van een duidelijk verbeterde medische beoordelingsmethodiek.

Opvallend is in de zevende plaats voorts de aanzienlijke toeneming van de „beenderbreuken” als afkeuringsreden. De nadere omschrijving van deze diagnose luidt: „Slecht genezen beenbreuken, ten gevolge waarvan een belangrijke stoornis in de verichtingen is ontstaan of te verwachten is”. Deze afkeuringsgrond stijgt continu en constant. Terwijl

zij in 1950 nog een vrijwel te verwaarlozen afkeuringsgrond vormde, behoort zij thans tot de belangrijke afkeuringsfactoren. Een gewichtige oorzaak hiervoor moet de toename van het aantal verkeersongevallen met name door het berijden van bromfietsen in de jongere leeftijdsgroep worden geacht te zijn. Op dit verschijnsel is door de staatssecretaris ook gewezen bij de indiening van de Wet ambulancevervoer (zie Medisch Contact nr. 51/52 van 19 december 1969 bladzijde 1417). Het lijkt gewenst, aldus Dr. Kruisinga, hierop ook hier nader in te gaan. Vooral omdat door de relatief vroege peildatum bij dit onderzoek (het 19e jaar) het ook bij dit onderzoek aan het licht getreden effect nog niet in zijn volle omvang zichtbaar is. Een iets latere peildatum (bijvoorbeeld het 21ste of 22ste jaar) zou dit verschijnsel waarschijnlijk nog veel duidelijker tot uiting hebben doen komen. Het is echter een effect dat op de gezondheidstoestand van de jongeren in ons volk van toenemende betekenis zal zijn. Ook daarom is signalering nu van belang.

Het groeiend aantal ongevallen, speciaal door jeugdige bromfietsberijders, zal ook in toenemende mate een claim op de voor gezondheidszorg beschikbare personele en materiële middelen gaan leggen. De betekenis van dit verschijnsel mag naar het oordeel van Dr. Kruisinga niet worden onderschat. Het gevaar dat jongere leeftijdsgroepen bij actieve deelname aan het verkeer in de huidige situatie voor zich zelf en voor anderen betekenen is nog weinig bekend. De cijfers, zoals ze thans beschikbaar komen, blijken in toenemende mate verontrustend. Nadere bezinning op, naar aanleiding hiervan te nemen maatregelen, lijkt de staatssecretaris gewenst.

#### *De epidemiologie van wegverkeersongevallen*

In dit kader verwijst Dr. Kruisinga naar het door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid mede gefinancierde onderzoek naar de epidemiologie van wegverkeersongevallen in Nederland. Dit onderzoek dat door de onderzoekers: J. H. de Haas, J. T. P. Bonte en mevr. J. H. de Haas-Posthuma als publikatie van de afdeling sociale hygiëne van het Nederlands Instituut voor Praeventie Geneeskunde T.N.O. in een speciale monografie is gepubliceerd, bevat hieromtrent een aantal in dit verband hoogst belangwekkende en nog vrijwel onbekende gegevens.

Bijzondere aandacht verdienen onder meer de volgende gegevens uit dit onderzoek.

1e. Bij jonge volwassenen (tot 24 jaar) is het aandeel van de bromfietsers in de sterfte tot bijna 25 procent gestegen en van de bestuurders van auto's tot 20 procent.

2e. De sterkste toeneming van ziekte en invaliditeit is bij bromfietsers opgetreden: in het laatste vijftal jaren bijna een verdrievoudiging in de leeftijdsgroep van 15-18 jaar en een verdubbeling in de groep van 19-24 jaar. In hogere leeftijdsgroepen dan

deze is de toename van ziekte en invaliditeit door deze oorzaak relatief zeer veel geringer.

3e. Onder de bestuurders van auto's is de morbiditeit in de leeftijdsgroep 18-24 jaar met de factor 2,5 gestegen.

4e. Motorfietsers hebben een relatief hoge sterfte vooral van 15-18 jaar (joyriding?), gezien het betrekkelijk kleine aantal berijders van motorfietsen.

5e. Zowel wat sterfte als wat invaliditeit en ziekte betreft, zijn de meest extreme verschuivingen opgetreden in de leeftijdsgroep 15-18 jaar. Bromfietsers nemen hierbij bijna de helft van het aantal gewonden in.

6e. Bij jonge mannen van 15-19 jaar is hierdoor tussen 1950 en 1965 de sterfte meer dan verdrievoudigd.

7e. Onder invloed van de snelheidsbeperking die eind 1957 is ingevoerd, is de totale sterfte door wegverkeersongevallen enige tijd gelijk gebleven. Daarentegen echter heeft bij jonge mannen van 15-24 jaar deze stijging zich vrijwel ononderbroken voortgezet. De stijging van de sterfte in de jonge leeftijdsgroep zette dus ook door in de tijd toen die voor oudere leeftijdsgroepen niet steeg. Ook uit dit onderzoek blijkt hoezeer de toeneming van de sterfte (en het geldt ook — hoewel in iets geringere mate — voor invaliditeit en ziekte) bij jonge mannen in het patroon van wegverkeersongevallen een eigen en een steeds meer dominerende plaats inneemt. De staatssecretaris acht de conclusies van dit onderzoek van grote betekenis.

De gesignaleerde feiten hebben, aldus Dr. Kruisinga, ongetwijfeld mede ook op deze keuringsresultaten reeds een invloed doen gelden. Zij zullen dat waarschijnlijk in toenemende mate doen. Zowel de analyse van de keuringsresultaten als het onderzoek van Prof. J. H. de Haas wijst, met elkaar in relatie gebracht, in dezelfde richting. De stijgingstendens is bovendien betrekkelijk scherp. Het betreft hier een zo gewichtig verschijnsel, dat ook de gezondheidsvoorzieningen in ons land in toenemende mate hiervan lasten te dragen zullen krijgen. Een opdracht tot onderzoek naar de consequenties van deze verschijnselen en de maatregelen waartoe ze aanleiding moeten geven is door de staatssecretaris aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid gegeven.

---

#### **Rectificatie**

In de recensie van „Medische Macht en Medische Ethiek” van Prof. Dr. J. H. van den Berg, een boekbespreking door Prof. Dr. S. A. de Lange, gepubliceerd in Medisch Contact nr. 2 van 9 januari 1970, is op bladzijde 36, eerste kolom, halverwege de derde alinea, een drietal woorden weggevalen. De betreffende zin moet aldus worden gelezen: „De hydrocephalus ontstaat in meerderheid van de gevallen bij een myelomeningocele, geheel onafhankelijk van het *sluiten van het defect* in de rug; oorzaken kunnen zijn de afwijking van Arnold-Chiari, aqueductstenose etc. etc.”

Red. M.C.

## Ziekteverzuim in het bedrijfsleven neemt hand over hand toe

Het ziekteverzuim in het bedrijfsleven neemt de laatste jaren hand over hand toe. In de bouw lag het aantal ziektemeldingen met 370.000 vorig jaar weer 16 procent hoger dan in 1968. Ten dele is dat verzuim onnodig vaak en onnodig lang. Dit euvel moet op nationaal niveau aangepakt en bestreden worden. Dit is blijkens persberichten het oordeel van Mr. J. A. Oosterhoff, voorzitter van de bedrijfsvereniging voor de bouwnijverheid, die in zijn nieuwjaarsrede voor het algemeen bestuur de aandacht vroeg voor het toenemend ziekteverzuim.

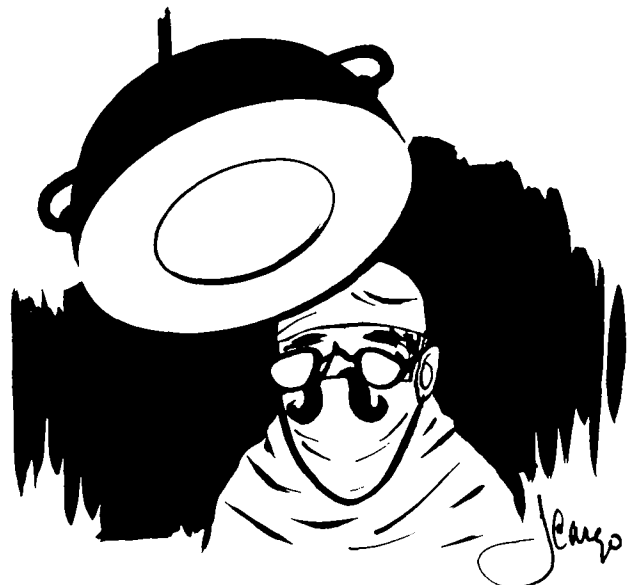
In het bouwbedrijf steeg vorig jaar het aantal uitkeringsdagen wegens ziekte met 14 procent en het totaal aan uitkeringen aan ziekengeld met bijna 25 procent (namelijk van 183 miljoen in 1968 tot rond 228 miljoen). Die hogere uitkering aan ziekengeld beliep in het schildersbedrijf bijna de 40 procent en in het baggerbedrijf zelfs de 41 procent. Een belangrijk deel van dit toegenomen ziekteverzuim is te verklaren uit natuurlijke oorzaken, zoals de aanval van Mao-griep uit begin 1969 of uit de groei van het aantal verzekerden in deze sector. Kijkt men echter naar de afgelopen tien jaar, dan blijkt die groei van de verzekerden 56 procent te bedragen tegenover een stijging van het aantal ziektemeldingen met bijna 119 procent en van het aantal uitkeringsdagen met 132 procent. Dat betekent dus niet alleen meer ziektegevallen, maar ook en vooral meer verzuim van langere duur.

Oorzaak hiervan is onder meer het verbeterd medisch onderzoek en de betere behandeling, die meer tijd vergen dan voorheen. Ook neemt de vergrijzing van de beroepsbevolking toe en treden op grotere schaal psychische aandoeningen op door de snelle ontwikkeling van de steeds ingewikkelder wordende samenleving, waarin velen gedwongen worden „op de tenen te lopen”. Voor het overige is er sprake van onmiskenbaar té frequent en té langdurig ziekteverzuim.

Wat zijn daarvan de oorzaken? Publikaties van deskundigen wijzen op de toegenomen behoefte aan verzuim: de vlucht in de ziekte als een voor de hand liggend excuus om zich aan zijn plichten te onttrekken. Naarmate het werk geestdodender, de binding met het werk geringer en het algemeen bedrijfsklimaat slechter is, zal de werknemer zich gemakkelijker met hoofd- of rugpijn ziek melden. Ook de grotere gelegenheid tot ziekteverzuim speelt een rol: men komt er gemakkelijker toe, er is geen vrees voor ontslag en het (volle) loon wordt doorbetaald.

Het bedrijfsleven zou naar de mening van Mr. Oosterhoff aan een deel van al deze factoren meer kunnen doen. Een beleid gericht op integratie van

de werknemer in de onderneming, zou de behoefte tot verzuim kunnen verminderen en het veelvuldig zich ziek melden kunnen beperken. Gedacht wordt aan maatregelen als een goed selectie- en promotiebeleid, een grondiger begeleiding van de werknemer in de onderneming, het betrekken van het personeel in meer verantwoordelijkheden enz. Ook de behandelde huisarts zou aan deze situatie het nodige kunnen verbeteren, indien deze zich meer rekenschap geeft van de maatschappelijke functie van de patiënt, van diens arbeid en werkomstandigheden. Niet iedere pijn of iedere klacht behoeft noodzakelijkerwijs te leiden tot het staken van de arbeid. Voor het terugbrengen van de kosten der ziekengeldverzekering zet de beperking van de duur van het verzuim evenwel meer zoden aan de dijk. Gebleken is, dat thans zo'n 80 procent van alle ziektedagen betrekking heeft op gevallen die langer dan zes weken duren. Dit vindt Mr. Oosterhoff een zaak van de medische organisatie. Hij bepleit een goed contact en een gecoördineerde samenwerking tussen behandelende medici en verzekeringsdeskundigen (vroeger controlerend geneesheer geheten). In steeds breder kring wordt ingezien, dat de zorg voor de terugkeer van de patiënt in zijn maatschappelijke functie, zijn begeleiding naar de hervatting van zijn arbeid, als een onderdeel van de totale medische behandeling dient te worden beschouwd.



**MC | VAN HET CENTRAAL BESTUUR L.H.V.**

**Bestuur Stichting Financiering Nascholing van Huisartsen**

In aansluiting op de aankondiging d.d. 10 oktober 1969, in Medisch Contact d.d. 24 oktober 1969 no. 43 blz. 1230, deelt ondergetekende mede, dat het eerste bestuur van bovengenoemde stichting in zijn eerste vergadering zich als volgt heeft geconstitueerd:

J. I. van der Leeuw, arts, voorzitter,  
J. C. Oeberius Kapteyn, arts, secretaris-penningmeester,  
F. A. Bol, arts, lid,  
G. A. Schipper, arts, lid,  
G. A. Sekhuis, arts, lid,  
R. C. Veldhuyzen van Zanten, arts, lid,  
Dr. R. Vermeer, arts, lid.

Het nader adres van de stichting luidt voorlopig: Lomanlaan 103, Utrecht, tel. 030-885411 (toestel 255).

Het bestuur heeft in zijn eerste vergadering twee aanvragen behandeld.

J. C. Oeberius Kapteyn, arts  
secretaris-penningmeester

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

**Convocatie buitengewone ledenvergadering**

*Convocatie voor een buitengewone ledenvergadering der Landelijke Specialisten Vereniging in het jaar 1970, te houden op zaterdag 7 februari 1970 des morgens te 10.30 uur in Esplanade, Lucas Bolwerk te Utrecht (tel. 030-15931).*

**AGENDA:**

1. Opening.
2. Dispensatie voor de krachtens artikel 32 van het Huishoudelijk Reglement der L.S.V. voorgeschreven oproepingstermijn voor de ledenvergadering.
3. Nadere besluitvorming inzake de richtlijnen particuliere honoraria.
4. Rondvraag.
5. Sluiting.

Namens het Centraal Bestuur der  
LANDELIJKE SPECIALISTEN VERENIGING  
G. A. M. Hunfeld, secretaris

**Ziekenfondstarieven 1970**

De Ziekenfondsraad heeft zijn goedkeuring gehecht aan de voor het jaar 1970 tussen Landelijke Specialisten Vereniging en de Ziekenfondsorganisaties gesloten honoreringsovereenkomst. Als gevolg hiervan zullen de ziekenfondstarieven met ingang van 1 januari 1970 met 9,9% worden verhoogd. De met ingang van 1 januari 1968 gesloten overeenkomst betreffende een naast de uit te keren honoraria plaatsvindende reservering van 7,2% van die honoraria bij de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten, is (evenals dat voor 1969 het geval was) ook voor 1970 gecontinueerd.

Een dezer dagen zal aan de medewerkers-specialisten een voorlopige tarievenlijst voor 1970 worden toegezonden. Het definitieve Tarievenboek voor specialistische hulp voor 1970 zal zo spoedig mogelijk daarna volgen.

Namens de Onderhandelingscommissie  
der Landelijke Specialisten Vereniging  
Dr. H. F. W. Dubois

**MC | UIT DE AFDELINGEN**

*Nijmegen en Omstreken*

**Dr. A. de Rooy erelid**

Bij zijn afscheid als voorzitter van de Afdeling Nijmegen en Omstreken is Dr. A. de Rooy, oogarts, benoemd tot erelid van deze afdeling. Hem werd het erelidmaatschap verleend wegens het vele en bijzonder verdienstelijke werk in de afgelopen vierentwintig jaar voor de kring verricht.

Nijmegen, 10 januari 1970

H. A. Nolet, secretaris

**MC | PERSONALIA**

*Overleden*

Dr. A. H. ten Cate, Wilhelminapark 3, Meppel.  
W. Free, Terborgsteeg 5, Haren (Gr.).  
Dr. H. R. M. de Haan, Huis ten Dale, 143, Rhenen.  
Dr. J. H. F. Lahr, Zoeterwoudsesingel 8, Leiden.  
H. T. Sterringa, Verl. Heereweg 60, Groningen.  
C. A. Stomps, Breitnerstraat 79 c, Rotterdam.  
J. N. Veenis, Sportparklaan 13, St. Maarten.  
J. J. Willard, Dorpstraat 30, Westervoort.

**Abonnementen op Medisch Contact, welke niet voor het einde van de jaargang schriftelijk zijn opgezegd, worden geacht opnieuw voor dezelfde termijn te zijn ingegaan.**

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

#### UITSpraak VAN HET MEDISCH TUCHTCOLLEGE ZWOLLE (XI)

In M.C. van 2 januari j.l. (bladz. 21) vraagt collega N. F. Bol zich af bij wie hij zich kan beklagen bij: „ernstige gevallen van misleiding, uitbuiting, hondse behandeling, dwingelandij uit principe, waaraan patiënten zich zo nu en dan schuldig maken.

Met het stellen van de vraag waar hij dan wel beroep kan doen geeft hij aan, dat de arts en voor hem meer een beroep is dan een roeping. Dit beroep heeft, evenals de andere zelfstandige beroepen in de dienstverlenende sector, inderdaad juist de functie diensten te verlenen en niet de functie diensten uit te maken. Navenant daarbij zijn zeker bij de medische beroepen de financiële beloning en de maatschappelijke waardering.

Overigens steekt elke Hollander reeds boven de middelmaat uit als hij van elke tien zaken die hij onderneemt er slechts drie verprutst. Als men daarbij mag stellen dat 70% van alle ziekten ook zonder doktershulp automatisch overgaat, dient een huisarts er in eerste instantie slechts voor te zorgen dat hij zijn 70% trefkans op de 30% kwaadaardigere ziekten richt. De vraagstelling aan het slot van zijn ingezonden brief, „bij wie kan ik mij nu beklagen” vind ik dan ook even vervelend als de opmerking in een handboekje voor paddestoelen: de giftige herken je het gemakkelijkst aan de smaak.

Ik zou collega Bol, als de ongenoege van zijn beroep hem te zwaar wegen, ook uit naam van zijn patiënten willen suggereren een andere baan te zoeken. Ik heb meteen al een suggestie voor hem. Met zijn aardige schrijfstijl en zijn visie op de medische problematiek zal het hem niet lastig vallen bij Medisch Contact een polemische kolom te verzorgen met als titel: De mens als arts/De arts als mens.

Rotterdam, 8 januari 1970

H. L. Meijers

#### UITSpraak VAN HET MEDISCH TUCHTCOLLEGE ZWOLLE (XII)

Zaterdagavond 3 januari j.l. circa half 12 word ik als dienstdoende huisarts gebeld door de moeder van een

jongen van 15 jaar, die erge pijn vlak vóór zijn oor zou hebben. Ik had die dag tengevolge van een plotselinge griepexplosie ongeveer 150 consulten en visites achter de rug. Ik deelde de moeder mee, dat als de jongen weinig of geen koorts had, ze het beste even naar mij toe konden komen, aangezien ik bij mij thuis de zaak beter kon onderzoeken. Enige minuten later belde een razende vader op: dat ik hem moest zeggen of ik direct kwam, anders zou hij zijn maatregelen wel nemen, want hij wist heel goed uit de kranten en van de televisie wat voor rotte luiwammessen de huisartsen waren, te beroerd om zieken te helpen! Ik heb hem toen medegedeeld, dat als hij eiste dat ik kwam, ik dit zou doen, doch als mij zou blijken dat mijn bezoek aan zijn adres niet dringend nodig was, ik ook wel mijn maatregelen zou weten te nemen. Ik vroeg het adres en begaf mij op pad. Nergens te vinden. Na een tijd geërgerd rond gereden te hebben ben ik weer naar huis gegaan. Later bleek, dat hij niet in Sittard woonde, doch in de naburige stad! Enige dagen later deelde zijn huisarts mij dit mee, die hem over dit geval gekapitteld had en aan wie de moeder haar excuses had aangeboden over het gedrag van haar man.

De volgende dag overkwam iets dergelijks de collega, die toen de dienst waarnam. Die was naar een hem opgegeven adres gegaan om de zieke te bezoeken, en op herhaald belten werd hem niet open gedaan en kon hij onverrichter zake verder sjouwen. Enige uren later kreeg hij een kwade vent aan de telefoon met de sommatie (het was de zogenaamde zieke zelf!) ogenblikkelijk te komen. Hij zou hem anders wel krijgen, er stond al zoveel over huisartsen in de krant! De brief voor de Volkskrant, waarin hij zijn beklag deed, lag al klaar. Hij bleek te hebben geslapen toen de dokter was geweest.

Ik ben ervan overtuigd, dat als andere collega's hun ervaringen bekend zouden maken, speciaal opgedaan na de recente berichten in de dagbladen en op de t.v., er aardig wat uit de bus zou komen. De sensationele publicaties de laatste tijd in de pers omtrent tekortkomingen en zogenaamde vergrijpen van huisartsen getuigen mijns inziens van een gebrek aan neutrale berichtgeving. Bijna dagelijks staat er onder grote pakkende koppen wat in de krant, waarin op ons huisartsen of op een bepaalde huisarts geschoten wordt alsof wij schadelijk wild zijn.

Wij huisartsen weten allen wel, dat het percentage brutalen, psychopaten, onevenwichtige en domme mensen,

agressieven en noem maar op, betrekkelijk klein is tegenover de overgrote meerderheid van de patiënten, die zeer fatsoenlijk is. Collega Bol uit Den Haag had groot gelijk, toen hij in zijn ingezonden stuk in „Medisch Contact” vroeg tot wie wij huisartsen ons moeten wenden als wij uitgebuit worden door een bepaald soort lieden, die misbruik maken van het abonnement dat zij op ons hebben. Als deze gevallen ook onder zulke grote koppen in de kranten verschenen, met naam of toenaam van de uitbuiters, dan was er in geen enkele krant nog plaats voor ander nieuws. Uit een 36-jarige ervaring weet ik, dat als de huisarts zich bij het betreffende ziekenfonds beklaagt over wangedrag of onredelijk veel eisen van de zijde van een fonds-lid, het enige antwoord en verder ook niets is, dat men genegen is de patiënten bij een andere fondsarts te doen inschrijven, aangezien er vrije patiënten- en artskenkeuze is. Het resultaat is, dat juist de vlegels de beste service krijgen, om het zo maar uit te drukken. „De ene dokter eruit, de andere erin”. De artsen met een kleine of beginnende praktijk zijn dan meestal de dupe.

Wij huisartsen worden langzaam maar gediskwalificeerd als een soort onwaardigen, die alleen maar nog lopen als hen genoeg „poen” voor de neus gehouden wordt. „Waar gewerkt wordt vallen spaanders”, maar het is toch zo, dat als er maar vaak genoeg over de slechte kies van iemand gesproken wordt, die betreffende persoon op de duur zelf helemaal slecht wordt en gaat stinken, en zou dit niet juist de bedoeling van sommige op sensatie beluste, zogenaamd eerlijke publiciteitsmedia zijn? Tot voor kort was onze goede koningin met haar gezin het mikpunt, thans zijn het de priesters en de huisartsen. Wie volgt? Hodie mihi, cras tibi. Een troost. Wat leven we heerlijk!

Sittard, 9 januari 1970

Alph. A. H. Winters, huisarts

Het nieuwe bestuur van de medische faculteitsvereniging Groningen stelt in een rondschriften, dat het afgelopen jaar de medische stand en de medische opleiding nogal in opspraak zijn gebracht. Artikelen van Van den Hoofdakker (het bolwerk der beterseters) en Van Urk (over bedrijfsgeneeskundige keuring), het boekje van Prof. Van den Berg (Medische macht en

ethiek), de televisie-uitzending van Achter Het Nieuws (spreekuur voor artsen), discussies over transplantaties en abortus doorbraken — aldus bedoeld schrijven — het stilzwijgen rond de arts. Dit ontketende felle discussies over de positie van de arts in de maatschappij en de invloed die vorm en inhoud van het onderwijs daarop hebben. Het valt het faculteitsbestuur echter op, dat deze discussies voornamelijk buiten de medische faculteiten zijn gevoerd. Het bestuur vindt, dat zowel de medische studenten als de maatschappij waarin zij als arts gaan fungeren er belang bij hebben, dat discussies over dit soort onderwerpen ook op de medische faculteiten worden gevoerd.

Het hoofdthema van de activiteiten van de medische faculteitsvereniging Groningen in het komende jaar moet volgens het bestuur dan ook zijn: „arts en maatschappij” en alles wat je daaraan op kunt hangen, zoals bijvoorbeeld: arts-patiënt relatie, arts en oorlog, arts en milieuhygiëne, organisatie van de gezondheidszorg, medische ethiek etc. Het bestuur gaat daarom dit jaar enkele symposia en daarnaast per drie weken een avond organiseren over een onderwerp dat verband houdt met het hoofdthema, waarbij het zich afvraagt of deze onderwerpen die nu buiten-curriculair aan de orde worden gesteld, eigenlijk geen integrale bestanddelen van de medische opleiding zouden moeten zijn. Het bestuur zal trachten integratie van deze onderwerpen in de studie te stimuleren.



Verschenen is het rapport „School-kind en hygiëne”. Dit rapport is tot stand gekomen in een samenwerking van de Stichting Hygiëne en de Stichting Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding op basis van een Intomart-onderzoek. Het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft de kosten voor zijn rekening genomen. Exemplaren van het rapport zijn voor f 5,— verkrijgbaar bij het bureau van de Stichting Hygiëne, Frederik Hendriklaan 34a, 's-Gravenhage, telefoon 070-552337. Ook van het tabellenrapport van Intomart zijn exemplaren beschikbaar, eveneens tegen een bedrag van f 5,—. De kosten van een overdruk van hoofdstuk V (samenvatting en perspectief) zijn bij bestelling f 0,50.



Over het aanzien, dat het huisartsenberoep geniet, gaf het Deutsches Aerzteblatt onlangs het volgende bericht uit Oostenrijk:

Das Institut für Allgemeinmedizin in Klagenfurt hat bei Medizinstudenten eine Untersuchung über die Motive der Berufswahl und den geplanten Berufsweg angestellt. Unter den Ergebnissen war vor allem bemerkenswert, daß bei Studienbeginn zwanzig Prozent der Befragten praktischer Arzt werden wollten, dreißig Prozent sahen im freipraktizierenden Facharzt ihr Ziel. Die anderen strebten eine unselbständige ärztliche Tätigkeit an oder hatten sich noch nicht entschlossen. Gegen Ende des Studiums war der Anteil derer, die praktischer Arzt werden wollten, auf fünfzehn Prozent gesunken, der Anteil derer, die Facharzt in freier Praxis werden wollten, auf vierzig Prozent angestiegen. Maßgebend dafür ist, so heißt es in der Untersuchung, daß die Medizinstudenten zu 52 Prozent der Auffassung sind, der Facharzt genieße in der Öffentlichkeit mehr Ansehen. 63 Prozent meinen, daß das Ansehen des Facharztes innerhalb des ärztlichen Standes höher sei.



Het Rode-Kruisziekenhuis in Beverwijk heeft blijkens persberichten het initiatief genomen gediplomeerde verpleegsters de mogelijkheid te geven drie maanden per jaar met vakantie te gaan. Ook kunnen zij van die drie maanden er twee sparen. Zelfs is het dan na vijf jaar mogelijk een heel jaar er tussenuit te trekken (belangrijk voor het opdoen van ervaring in het buitenland, het volgen van bijzondere cursussen en dergelijke). Als tegenprestatie vraagt het Rode-Kruisziekenhuis de verpleegsters 48 uur per week te werken in plaats van de gebruikelijke 43¼. Zo mogelijk krijgen zij een vroege dienst vóór en een late dienst na de vrije dag. Ook voor de patiënt heeft deze nieuwe regeling een pluspunt: door de langere werktijd wisselen de diensten minder vaak, zodat dezelfde verpleegster langer voor dezelfde patiënt kan zorgen.



Als onderwerp voor de Wereldgezondheidsdag werd voor dit jaar gekozen: „Vroege opsporing van kanker redt mensenlevens”. De Wereldgezondheidsdag, 7 april, werd ingesteld ter herdenking van de dag waarop in 1948 het Statuut van de Wereld Gezondheids Organisatie van kracht werd. Het thema van dit jaar is gekozen om kanker onder de doem vandaan te halen, die ook in het spraakgebruik over deze ziekte ligt. Gevolg of oorzaak, het houdt in dat men onkundig blijft van de feiten. Die feiten wijzen bij-

voorbeeld uit, dat inzonderheid kanker van de huid en cervixcarcinoom — mits tijdig opgespoord — dikwijls met goed gevolg zijn te behandelen. In andere gevallen zijn feiten bekend van de oorzaken, bijvoorbeeld bij longkanker en bepaalde vormen van industriële kanker. De Wereld Gezondheids Organisatie wil aan deze feiten door middel van informatiemateriaal bekendheid geven, in de hoop dat het publiek zich niet uit angst of onwetenschap te laat tot een arts wendt en in de hoop dat het betere preventieve maatregelen zal nemen.



De Nederlandse Vereniging van artsen voor Revalidatie en Fysische geneeskunde houdt in april 1970 een Europees Colloquium, waar onder meer de vertebrale manipulatieve therapie van verschillende zijden belicht zal worden. Teneinde kennis te nemen van datgene wat er in ons eigen land op dit gebied in ontwikkeling of gaande is, verzoekt de vereniging alle collega's die zich met deze materie bezig houden, contact op te nemen - eventueel onder verwijzing naar eigen publicaties - met de secretaresse van het organiserend comité: Mej. H. P. Vooys, revalidatie-arts, Mauritskade 61B, Amsterdam (Oost); tel. 020-949444. Het is de bedoeling in de inleidende gesprekken van deze activiteiten melding te maken, terwijl bekendheid met deze activiteiten de discussies zal kunnen verrijken.



Op 15 mei 1969 heeft de Academische Raad een werkgroep ingesteld met als taak de ethische implicaties te bestuderen die de ontwikkeling van de wetenschap in toenemende mate met zich brengt en in dat verband met name na te gaan in hoeverre en op welke wijze een aan de wetenschappelijke vorming aangepaste bezinning op ethische en maatschappelijke waarden in het wetenschappelijk onderwijs kan worden ingebouwd. De werkgroep („werkgroep ethiek-wetenschappelijk onderwijs”), bestaande uit vijf hoogleraren, één stafid en twee studenten, onder voorzitterschap van de Leidse hoogleraar Prof. Dr. H. J. Heering, heeft zich tot de (sub)faculteiten en interfaculteiten c.q. (onder)afdelingen en tussenafdelingen van de universiteiten en hogescholen gericht met het verzoek haar de gegevens te verschaffen die haar inzichten kunnen geven in de activiteiten, mogelijkheden, behoeften en denkbeelden op het gebied van ethische vorming en bezinning binnen het wetenschappelijk onderwijs. De

werkgroep hoopt op grond hiervan te zijner tijd gefundeerde en zinvolle voorstellen aan de Academische Raad te doen, die ertoe kunnen leiden dat de aan de universiteiten en hogescholen bij de Wet op het wetenschappelijk onderwijs opgedragen taak aandacht te schenken aan de bevordering van maatschappelijk verantwoordelijkheidsbesef (art. 2, lid 2) concreet inhoud zal krijgen.



Elke vijftien jaar verdubbelt zich de wereldvakliteratuur. Medlars, het Medical Literature Analysis and Retrieval System, verwerkt jaarlijks 2.800 vakbladen op medisch en aanverwant gebied. Het systeem werd in 1964 in de V.S. gesticht door de National Library of Medicine. De geselecteerde gegevens worden door computers verwerkt; zij worden gebruikt voor het opstellen van literatuurverwijzingen op verzoek en voor de samenstelling van de maandelijkse Index Medicus. In 1968 besloeg deze index 200.000 citaten.

Gezien de hoge kosten ( $\pm$  f 300,— per jaar in 1969) en de massa specialistische gegevens die aan de gevolgde methode inherent zijn, is er nu een Abridged Index Medicus opgezet. Deze verkorte medische index, die vanaf januari van dit jaar maandelijks moet verschijnen, bevat recente gegevens die inzonderheid voor de huisarts van belang zijn. Deze gegevens worden ontleend aan een selectie van honderd Engelstalige bladen. Nadeel: vrijwel alleen Amerikaanse niet-specialistische gegevens. Voordeel: een kort tijdsverloop tussen het ontvangen van de informatie en het publiceren van de verwijzingen. Aldus British Medical Journal van 3 januari 1970.



De begroting der kosten van het Nationale Ziekenhuis Instituut voor 1970 beloopt totaal f 2.484.000,—, waarvan circa f 2.000.000,— voor salarissen, pensioenpremies en overige speciale kosten. Rekening is gehouden voor 1970 met een personeelsbezetting van 65 personeelsleden, waarvan ongeveer de helft bestaat uit stafmedewerkers. De Nationale Ziekenhuisraad heeft de begroting goedgekeurd.



Door de Stichting Onderwijs Ziekenhuisbeleid zal op 11, 12 en 13 mei 1970 weer een conferentie voor stafleden worden georganiseerd. De inschrijving

staat open voor stafleden van ziekenhuizen. De conferentie staat onder auspiciën van de Nationale Ziekenhuisraad en de Landelijke Specialisten Vereniging. Tijdens deze driedaagse bijeenkomst zullen een aantal kernproblemen van ziekenhuis en staf worden besproken, na te zijn ingeleid door deskundigen.

Op 20, 21 en 22 mei zal een conferentie worden gehouden voor bestuurders en regenten van algemene en speciale ziekenhuizen en van andere instellingen op het gebied van de gezondheidszorg. Tijdens deze driedaagse conferentie zullen problemen rond de interne organisatie van het ziekenhuis, de verhouding tot de overheid, regionalisatie en financiering van ziekenhuizen behandeling vinden door een rij van bij uitstek deskundigen.

De leiding van beide conferenties berust bij Prof. Dr. J. B. Stolte, D.M.S.A.Ed. De conferenties zullen worden gehouden in het conferentieoord „De Guldenberg”, Guldenbergweg 12, Helvoirt. Het inschrijfgeld bedraagt f 300,—, alle kosten inbegrepen. Inlichtingen en inschrijfformulieren worden verstrekt door B. H. Weustink, secretaris Cursus Ziekenhuisbeleid, Hogeschoollaan 225, Tilburg. Tel. 04250-70960, toestel 455.



Van 20-23 mei 1970 zal te Amsterdam een congres op verkeersmedisch gebied worden gehouden, zoals wij reeds melden in Medisch Contact nr. 2/1970, bladzijde 44. Organiserende instantie is echter niet de International Union of Associations of Doctor-Motorists (I.U.A.D.M.), maar de Nederlandse Vereniging van Artsen-Automobilisten onder auspiciën van de I.U.A.D.M. Aan de orde zullen onder andere komen: de organisatie van eerste hulpverlening en transport, een analyse van verkeersongevallen, actieve en passieve verkeersveiligheid, verkeer en farmacologie, en de rehabilitatie van zieken.



Op zaterdag 14 februari 1970 zal in „Motel E-10” te Zwartewegsend (Friesland) een Symposium over Urineweginfecties worden gehouden. Voorzitter is H. J. Piso, internist te Stadskanaal, organiserende instantie Winthrop N.V. Referaten zullen worden gehouden door R. J. Coers, internist te Assen; Dr. R. K. Koopmans, bacterioloog te Groningen; H. J. Piso, internist te Stadskanaal; H. L. C. Borleffs en A. M. Tegzess, artsen te Groningen, en Dr. G. K. van der Hem, internist te Groningen.

## MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

**Uitgever:** Uitgeverijsmij. Kruyt n.v., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259\*, postgiro 142554.

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

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

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

**Oplage:** 16.090 exemplaren.

**Druk:** Verweij Mijndrecht.

## KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

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

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