



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

## REDACTIONEEL

## DE MONDIGHEID VAN DE PATIËNT

Zaterdag 25 april organiseerde de Katholieke Artsenvereniging een studiedag over het onderwerp: de mondigheid van de patiënt. In het praeklinisch instituut van de medische faculteit van de Katholieke Universiteit te Nijmegen werden inleidingen gehouden door Prof. Dr. A. Querido, sociaal-geneeskundige, Prof. Dr. J. A. A. van Leent, socioloog/sociaal-psycholoog en Prof. Dr. A. Poslavy, psycholoog.

„Mondigheid” zegt Van Dale is: „meerderjarigheid”, of wel: het vermogen zichzelf te besturen. Het lijkt vreemd om deze definities te koppelen aan het begrip patiënt. In hoeverre dit schijnbaar of wezenlijk is, werd op bovengenoemde studiedag verder onderzocht.

Prof. Querido onderkent in de wordingsgeschiedenis van de relatie tussen patiënt en arts een viertal factoren: een cultuurhistorische, een psychologische, een biologische en een sociologische. Het cultuurhistorische facet is een ieder bekend. In archaïsche culturen waren de rollen van koning, priester en arts in één persoon verenigd. Eerst kwam de rol van de koning apart te staan. De rollen van priester en arts vertoonden pas veel later scheiding, maar wellicht nooit geheel. De psychologische factoren in de arts-patiënt-relatie worden vanuit de patiënt bepaald door het raadplegen van de arts op grond van rationele en irrationele motieven. Deze laatste motieven gelden vooral, indien de stoornis in het welzijn van de patiënt een bedreiging vormt voor zijn existentiële beleving en voor zover de patiënt zich deze existentiële nood niet bewust is. Een zieke zoekt hulp bij de arts, niet om te worden bevrijd van zijn ziekte, maar van zijn doodsangst, een angst die wij allen bij de geboorte hebben meegekregen.

Wat de biologische factoren betreft, stelt Querido, dat ziekte regressie met zich meebrengt. Deze regressie is een biologisch gegeven, inherent aan het somatisch ziekteproces. De patiënt keert terug naar een vroeger stadium, een stadium dat des te vroeger ligt naarmate de ziekte een ernstiger bedreiging voor hem vormt. De rol die hij van zijn arts verwacht, zal dan zijn die van de beschermende en

25e JAARGANG — No. 20 — 15 MEI 1970

### INHOUD

De mondigheid van de patiënt .....	513
Vakatures Bestuur Medisch Contact .....	514
Wet Universitaire Bestuurshervorming 1970 bij Tweede Kamer ingediend .....	515
Rede Dr. J. van Mansvelt ter inleiding van de ledenvergadering der Landelijke Specialisten Vereniging .....	517
Samenwerkingsverband maatschappelijk werkers .....	523
F.O.I.B. signaleert fiscale misstand .....	524
Discussie over abortus provocatus .....	525
Percentages abortus provocatus .....	529
Vroege diagnostiek van cervixcarcinoom ..	530
Verkoop artsenpraktijk .....	531
Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam .....	533
Groningse co-assistenten naar Enschede's ziekenhuis .....	534
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Brief aan de voorzitter van de Commissie Honorering Wetenschappelijk Corps Medische Faculteiten .....	535
Bekendmaking .....	536
<i>Van het Centraal Bestuur L.H.V.:</i>	
Ledenvergadering op 12 juni 1970 .....	536
Universitaire berichten .....	536
Brieven aan de redactie .....	537
Varia .....	538

Hoofdredacteur: F. A. Bol  
Redactie: J. J. van Mechelen (secre.), C. C. G. Jansens  
Colofon op bladzijde 540

alwetende vader, of wel die van de, evenzeer beschermende, liefde en zorg uitstralende moeder. De arts zal geneigd zijn aan deze rolverwachting te voldoen en zich ermee te identificeren. Evenals de arts vergeet de patiënt de situatie en gelooft hij in de macht die de eerste vanwege zijn rol toevalt. Vanzelfsprekend staat dit los van de objectieve, wetenschappelijke mogelijkheden welke het kunnen van de arts bepalen. Querido is het dan ook oneens met Van den Berg, waardeze zegt, dat artsen zich vroeger meer bewust van hun onmacht waren: ook de artsen uit de 16e eeuw waren rotsvast overtuigd van hun macht tot genezen.

Over de sociologische factoren merkt Querido op, dat de arts een kans van vijf op één heeft, dat een patiënt uit een lagere sociale laag komt dan die waarin hij zelf wordt geklasseerd, en het is duidelijk dat in onze, voor sociale plaatsbepaling gevoelige gemeenschap, de patiënt-arts-verhouding door een sociale gradiënt wordt gekenmerkt, die verloopt ten gunste van de arts. Al deze factoren voeren in één en dezelfde richting, tot de conclusie namelijk dat de arts ten opzichte van de patiënt een dominerende positie inneemt, waardoor de mondigheid van de patiënt problematisch wordt. Aldus Querido.

Prof. Van Leent begon zijn voordracht met: „Er waren eens een dokter, een professor en een pastoor...”. Van Leent ziet een parallel tussen de liberalisering in de rooms-katholieke kerk en de ontmythologisering van de medische professie. Hij betwijfelt of de leek in de rooms-katholieke kerk ooit mondig zou zijn geworden als degenen die vroeger het antwoord op alle vragen wisten nog steeds van hun gelijk overtuigd waren geweest. „De autoriteiten zijn zelf gaan twifelen, dat is het kardinale punt”. Deze kwellende onzekerheid leeft duidelijk in de sociale wetenschappen en in tenminste één medische discipline: de psychiatrie. Van den Hoofdakker betwijfelde hardop, of de dokter wel weet wat goed voor ons is. Moge het dan wellicht problematisch zijn of de patiënt mondig gaat worden, het is de gezonde die deze mondigheid opeist. Het zijn de Dolle Mina's die „baas in eigen buik” willen zijn en er zo op het oog patent uitzien. Het paradoxale is, dat de medische gezagscrisis tegelijk alles en niets met de medische wetenschap van doen heeft: „Niets, omdat de vraag of de dokter wel weet wat het beste voor ons is niet zijn zuiver medisch handelen betreft, maar de morele en maatschappelijke woorden waarop hij zijn beslissingen baseert. Alles, omdat de wetenschappelijke vooruitgang de arts dwingt om steeds meer be-

---

## Vacatures bestuur Medisch Contact

Het bestuur van Medisch Contact heeft kennis moeten nemen van de definitieve besluiten van Prof. D. C. den Haan om zich, na zijn einde 1970 voltijdse vijfjarige zittingsperiode, niet herkiesbaar te stellen en van Prof. Dr. S. A. de Lange, die in 1967 tot het bestuur toetrad, dat hij in verband met zijn benoeming tot voorzitter van de Districtsraad Rotterdam per einde van dit jaar zal aftreden. Zeer teleurstellende besluiten van de beide Rotterdamse hoogleraren, waarvan het bestuur M.C. de redelijkheid allerminst zou willen ontkennen, gelet op de steeds omvangrijker werkzaamheden, waarvoor beiden zich zien gesteld.

De voorziening in bestuursvacatures is, zeker wat M.C. betreft, geen eenvoudige zaak. Informaties bij en gesprekken met mogelijke eventuele kandidaten voor deze functies, waarbij het oog ook was gericht op representanten van jongere artsengeneraties, hebben nog geen enkel uitzicht geboden op de mogelijkheid twee tweetallen kandidaten voor het bestuur M.C. voor te dragen ter benoeming door de in september te houden Algemene Vergadering der Maatschappij. Het kwam het bestuur M.C. daarom voor dat er geen bezwaar was langs deze weg van zijn moeilijkheden gewag te maken, teneinde zodoende wellicht te bereiken dat geïnteresseerden, dit lezende, te dezer zake contact zouden willen opnemen met de ondergetekende.

Epe, 12 mei 1970

Dr. J. Degenaar  
voorzitter bestuur M.C.

---

slissingen te nemen tussen meer alternatieven op meer terreinen, en vaak met de meest ingrijpende gevolgen. Geen wonder, dat de dokter verlangend naar de mondigheid van zijn patiënt gaat uitzien”.

Prof. Poslavsky ging in op de mondigheid-onmondigheid in medische situaties. Hij zegt de indruk te hebben, dat onmondigheid bij de patiënt niet wordt gevoeld, indien het een gewoon ziektegeval betreft met bekende verschijnselen, behandeling en gunstige prognose; of zolang de patiënt, dank zij goede medische voorlichting, inzicht heeft in aandoening, verloop en therapie; en tenslotte, wanneer de patiënt-arts-relatie een zodanig vanzelfsprekend vertrouwenskarakter heeft, dat bewuste reflectie op de relatie bij de patiënt niet aan de orde komt. De patiënt zal zijn onmondigheid vooral voelen wanneer de dokter niet luistert; of wanneer deze wel luistert, maar daar geen blijk

van geeft; óf wanneer de patiënt is opgenomen in een ingewikkeld communicatie-netwerk, waarin hij moeilijk doorzicht krijgt (bijvoorbeeld in een ziekenhuis); en tenslotte, indien de voorlichting aan patiënt en/of familie inadequaaf is. Poslavsky eindigde met te stellen, dat iedere arts situaties kent, waarop noch de arts noch de patiënt enige invloed kan uitoefenen, waarin beiden het verloop van de ziekte moeten afwachten, met andere woorden waarin de arts niets heeft te vertellen, dus: onmondig is. Besef van de onmondigheid van beide gesprekspartners in grenssituaties helpt de grenzen van de mondigheid van de patiënt verruimen. Tot zover Poslavsky.

Wij hebben gemeend, deze referaten uitvoerig te moeten citeren. Het is opvallend, dat ver-

schijnselen als protestacties, provocaties, anti-autoritaire opvoeding, ontmythologisering, enzovoorts, vaak leiden tot ongenueanceerde emotionele reacties. Het is noodzakelijk ons te bezinnen op de achtergrond en motiveringen van deze verschijnselen en reacties. Eerst dan is adequaat reageren mogelijk. Er is nog een reden waarom wij zoveel aandacht aan bovengenoemde studiedag besteden: meer kennis betekent niet alleen meer macht, maar ook meer twijfels. Leven met twijfels: dat is wat zij, vooral in de therapeutische situatie, moeten leren. Stafvorming in ziekenhuizen en groepspraktijken door huisartsen kunnen mede een bijdrage leveren om zinnig met deze twijfels te werken.

B.

---

## Wet Universitaire Bestuurshervorming 1970 bij Tweede Kamer ingediend

„In beginsel moeten alle leden van de universitaire gemeenschap een aandeel in de beleidsbepaling kunnen leveren. Onderlinge functionele verschillen behoren in dit kader tot uitdrukking te komen.” Dat schrijven de ministers Dr. G. H. Veringa van Onderwijs en Wetenschappen en Ir. P. J. Lardinois van Landbouw en Visserij in de Memorie van Toelichting van de Wet universitaire bestuurs-hervorming 1970, die op 27 april 1970 aan de Tweede Kamer is aangeboden. Bij het opstellen van dit wetsontwerp is gebruik gemaakt van meer dan zestig adviezen en opmerkingen die van vele instanties en personen zijn ontvangen. Dit heeft ertoe geleid dat het wetsontwerp op enkele punten sterk verschilt van het voorontwerp van wet, dat op 17 februari j.l. bekend werd gemaakt, aldus een persbericht van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen.

Het wetsontwerp heeft betrekking op de Nederlandse instellingen van wetenschappelijk onderwijs en de Academische Raad. Voorts is uitdrukkelijk bepaald, dat het niet van toepassing is op de academische ziekenhuizen, waarvoor onlangs een aparte wettelijke regeling tot stand is gekomen. Ten aanzien van de interuniversitaire instituten zal nog worden bekeken, of en in hoeverre deze wet van toepassing zal zijn.

Het is de bedoeling van de bewindslieden de nieuwe wettelijke regeling van de bestuursvorm van universiteiten en hogescholen voor een beperkte periode te laten gelden en wel tot 31 augustus 1976. Een eerste verandering ten opzichte van het voorontwerp is, dat de wet op een nader te bepalen tijdstip in werking zal treden. Daarbij bestaat de mogelijkheid, het moment van inwerkingtreding per universiteit of hogeschool vast te stellen.

De belangrijkste wijzigingen betreffen de bijzondere instellingen van wetenschappelijk onderwijs, de vertegenwoordiging van het wetenschappelijk personeel in de verschillende raden (universiteitsraad, faculteits- en subfaculteitsraad), het machtigingsartikel (experimenteerartikel), het kiesstelsel en de plaats van de voorzitter van de vakgroep

### *Bijzondere instellingen van w.o.*

In het ontwerp is het recht van de bijzondere universiteiten en hogescholen vastgelegd, zelf het initiatief te nemen voor het ontwerpen van een nieuwe bestuursregeling. Daarbij moeten zij wel de lijnen, zoals die zijn uitgezet voor de openbare instellingen van wetenschappelijk onderwijs, volgen voor zover de eigen aard zich daartegen niet verzet. De regelen hebben de goedkeuring nodig van de minister. Bij onthouding van deze goedkeuring is beroep op de Kroon mogelijk. In het voorontwerp daarentegen was bepaald, dat de wettelijke regeling ook gold voor de bijzondere instellingen, tenzij uitdrukkelijk anders was aangegeven.

### *Universitaire gemeenschap*

De universitaire gemeenschap bestaat uit drie gedeeltes: het wetenschappelijk personeel, de studenten en het niet-wetenschappelijk personeel. Tot het wetenschappelijk personeel behoren naast de leden van het wetenschappelijk corps (de hoogleraren, lectoren en wetenschappelijke medewerkers in vaste en tijdelijke dienst), ook de wetenschappelijke assistenten.

Alle leden van de universitaire gemeenschap bezitten actief kiesrecht voor de samenstelling van de

universiteitsraad, waarvan het maximum aantal leden is teruggebracht van 60 op 40. Hetzelfde geldt voor alle leden van de (sub)faculteitsgemeenschap voor het kiezen van de (sub)faculteitsraad. Op deze regel maakt het wetsontwerp slechts één uitzondering: de eerstejaarsstudenten zijn de eerste zes maanden na de datum van inschrijving uitgesloten van actief en passief kiesrecht. De positie van de leden van het tijdelijk personeel in de universiteitsraad, in de faculteits- en subfaculteitsraad is versterkt. Bepaalde het voorontwerp, dat de universiteitsraad voor tenminste een-derde uit hoogle:aren, lectoren en wetenschappelijke medewerkers in vaste dienst moest bestaan, en de (sub)faculteitsraad voor tenminste de helft uit deze personeelscategorieën, het wetsontwerp schrijft voor, dat de universiteitsraad voor tenminste een-derde en de (sub)faculteitsraad voor tenminste de helft moet bestaan uit leden van het wetenschappelijk personeel. Het bestuursreglement zal nu moeten aangeven hoeveel van deze leden moeten behoren tot het wetenschappelijk personeel in vaste dienst.

#### *Experimenteerartikel*

Volgens de Memorie van Toelichting moet het mogelijk zijn, op het basis- en middenniveau experimenten op te zetten en uit te voeren die geen steun in de wet vinden. Wat het experimenteerartikel betreft, is de procedure op twee punten gewijzigd. Het verzoek om een bestuursorganisatie toe te passen die van de wet afwijkt, wordt ingediend door tussenkomst van de Academische Raad, die hierover advies uitbrengt. De Kroon neemt de beslissing. In twee gevallen kan herziening van de beslissing worden gevraagd. Ten eerste, als het verzoek wordt afgewezen. Ten tweede, als de machtiging onder bepaalde voorwaarden wordt verleend. In die gevallen neemt de Kroon opnieuw een beslissing, maar pas nadat de Raad van State is gehoord.

#### *Kiesstelsel*

Voor de verkiezing van de universiteitsraad, faculteits- en subfaculteitsraad staat in het ontwerp voorgeschreven, dat elke geleding 35% geldige stemmen moet hebben uitgebracht. Gebeurt dit niet dan moet een proportionele zetelverdeling worden toegepast. Brengen de leden van het wetenschappelijk personeel bijvoorbeeld slechts 15% geldige stemmen uit, dan kunnen zij slechts  $\frac{15}{35}$  van het hun toekomende aantal zetels in de raad bezetten. Het voorontwerp bepaalde hierover, dat per geleding 25% geldige stemmen moesten zijn uitgebracht. Werd dit percentage door een van de geledingen niet gehaald, dan moest voor die geleding een tweede verkiezingsronde worden gehouden.

#### *Positie voorzitter vakgroep*

In de positie van de voorzitter van een vakgroep, die gezien moet worden als de nieuwe organisatie-

vorm voor het basisniveau ter vervanging van de leerstoel, is in dit ontwerp verandering aangebracht. Volgens het voorontwerp kon de voorzitter van een vakgroep een nadere beslissing nemen, die geheel of ten dele kon afwijken van de bestuursbeslissing. In dat geval kon het bestuur van de vakgroep in beroep gaan bij de faculteitsraad. In plaats van deze regeling wordt thans bepaald, dat de voorzitter een besluit van het bestuur waartegen hij overwegende bezwaren heeft, ter vernietiging kan voordragen bij de faculteitsraad. In afwachting van een beslissing hierover door de raad wordt de uitvoering opgeschort.

#### *Academische Raad*

Zoals reeds in het voorontwerp was bepaald, zal de Academische Raad meer en meer uitgroeien tot de spreekbuis van de instellingen van wetenschappelijk onderwijs. Over de samenstelling van de raad staat in het ontwerp, dat voor elke instelling drie leden zitting hebben. Zij worden aangewezen door de universiteitsraad. Een van deze leden is in elk geval de rector magnificus. De raad bestaat verder uit ten hoogste tien Kroonleden, die een adviserende stem hebben bij adviezen die aan de minister of Kroon worden uitgebracht. In het ontwerp is het instituut van de plaatsvervangende leden gehandhaafd. Zij nemen echter alleen aan de beraadslagingen deel als degenen, voor wie zij als vervanger optreden, zelf verhinderd zijn. Het dagelijks bestuur van de Academische Raad, de Dagelijkse Raad, is zodanig samengesteld, dat elke universiteitsraad daarin een lid aanwijst.

Het wetsontwerp, zoals thans bij de Staten-Generaal ingediend, betekent naar de mening van de bewindslieden een wezenlijke stap naar democratisering van de bestuursstructuur. Zoals uit de ingewonnen adviezen ook blijkt, kan men zowel van mening zijn dat de voorstellen te ver gaan als dat verdergaande oplossingen de voorkeur zouden hebben verdiend. Het is echter volgens de bewindslieden volstrekt in strijd met de realiteit te stellen, dat in dit ontwerp van wet slechts schijnoplossingen worden voorgesteld die, in samenhang met de ingebouwde garanties, het besluitvormingsproces niet essentieel zouden wijzigen in vergelijking met de huidige situatie.

De betrokken ministers achten de democratisering van de bestuursvorm een uiterst belangrijke zaak. Tegen de achtergrond van deze visie willen zij, dat het gehele wetsontwerp, alsook de daarin vervatte goedkeuringsprocedure, wordt gezien. Slechts indien tot stand gekomen besluiten in strijd komen met de wet of het algemeen belang, zullen die besluiten geen goedkeuring verkrijgen. De in het wetsontwerp voorziene beroepsmogelijkheden geven terzake duidelijke waarborgen. De betrokken bewindslieden hopen, dat een ieder die bij de universitaire gemeenschap is betrokken de voorgestelde nieuwe regelingen in die geest wil bezien en waarderen.

# Rede Dr. J. van Mansvelt

## *ter inleiding van de Ledenvergadering der Landelijke Specialisten Vereniging op 25 april 1970*

Ter inleiding van de zaterdag 25 april te Utrecht in Esplanade gehouden Ledenvergadering van de Landelijke Specialisten Vereniging heeft de voorzitter der L.S.V. Dr. J. van Mansvelt de volgende rede gehouden:

Onlangs heeft de Commissie Premiedruk Sociale Verzekeringen — in de wandeling Commissie Vos geheten — haar rapport aan minister Roolvink aangeboden. Deze Commissie heeft zich onder andere ook beraden over de verzekeringen tegen de kosten van geneeskundige verzorging. En het is juist dit deel van het rapport, dat de nodige publiciteit heeft gekregen. Dit is op zich enigszins merkwaardig, omdat de aan haar advies ten grondslag liggende gedachte bepaald niet nieuw kan worden genoemd. Wellicht dat al die publiciteit dan ook meer moet worden gezien als een gevolg van de uitwerking, die aan de grondgedachte is gegeven en die allereerste veel kritiek heeft opgeroepen.

Uitgangspunt van de Commissie Vos is, dat een continue dekking tegen „de zwaardere risico's” onder alle omstandigheden voor ieder gewaarborgd dient te zijn. Op grond daarvan komt zij tot de slotsom, dat er een wettelijk verplichte verzekering, een volksverzekering dus, moet komen, zij het dat deze zich dient te beperken tot die risico's, die niet individueel kunnen worden gedragen.

Nu zou men denken dat dit uitgangspunt tot een continuering van de huidige situatie aanleiding zou geven, waarbij door Ziekenfondsverzekering, particuliere verzekering en A.W.B.Z. een sluitend systeem bestaat. Dit is echter niet het geval. De Commissie Vos meent namelijk dat de specialistische hulp (en zij denkt daarbij vooral aan de klinische hulp) tot de „zwaardere risico's” moet worden gerekend en dus in een volksverzekering moet worden ondergebracht, terwijl zij bovendien van mening is dat de lichtere risico's op vrijwillige basis zouden kunnen worden verzekerd. Met andere woorden: uitbreiding van de A.W.B.Z. enerzijds en een omzetting van de verplichte ziekenfondsverzekering in een vrijwillige ten aanzien van het rest-pakket. Deze vrijwillige verzekering zou dan tegen een nominale premie dienen te geschieden.

Het is met name dit laatste punt, dat — en dit vooral met het oog op de laagste inkomens — aan veel kritiek onderhevig is geweest. Daarnaast is er van verschillende zijden onder andere nog op de volgende punten gewezen: druist het niet juist in tegen de medische ontwikkeling van de laatste jaren, waarbij de poliklinische hulp in het totale behandelingspatroon geïntegreerd is, om ten aanzien van de

verzekering (of liever financiering) een duidelijk onderscheid tussen klinische en poliklinische hulp te maken? Zal de positie van de huisarts als centrale figuur in de gezondheidszorg niet ernstig worden ondergraven, omdat de patiënt een sterke druk op hem zal uitoefenen om zich met het oog op zijn extra kosten naar een specialist te laten verwijzen? (En wat zal dit voor de kosten van de gezondheidszorg in zijn totaliteit niet kunnen betekenen?). Bovendien dreigt het gevaar dat men zich zal onderverzekeren en daardoor te laat medische hulp inroept. Een gevaarlijke tendens, wanneer men toch de opgave heeft om van een goede gezondheidszorg een nog betere te maken. Zal de vervanging van de huidige verplichte, bejaarden- en vrijwillige ziekenfondsverzekering door één vrijwillig rest-pakket niet leiden tot een negatieve selectie, omdat vooral de zogenaamde slechte risico's zich zullen gaan verzekeren, hetgeen bovendien een relatief veel hogere premie tot gevolg zal hebben, en dat terwijl het oogmerk van het huidige beraad nu juist is om verlichting te brengen in de financiering van de vrijwillige verzekering.

De Commissie Vos distantieert zich overigens van alle consequenties die haar voorstellen kunnen hebben voor de honorering van de medewerkers. Dit nu lijkt mij weinig reëel. Dat deze er zijn, en met name voor de specialisten, staat buiten kijf. Men doet er dan mijns inziens verstandig aan om ook dit element in de beschouwingen te betrekken en een uiteindelijk plan zal dus ook hiervoor een billijke oplossing dienen aan te geven. Gelukkig is ons in enkele persoonlijke gesprekken gebleken dat hierover in de SER-Commissie reëlere opvattingen bestaan.

### *De Structuurcommissie van de SER*

De adviesaanvraag van de minister aan de SER over de toekomstige structuur der ziektekostenverzekeringen dateert van augustus 1968. Tot nu toe is er weinig klaarheid ten aanzien van de vraag hoe deze structuur er in de toekomst uit zal zien. Berends heeft zich eens laten ontvallen, dat er op het terrein van de ziektekostenverzekeringen geen „optimale systemen” bestaan. Elk systeem kent zijns inziens zijn voor- en zijn nadelen. Wel acht hij het in Nederland mogelijk om in overleg tussen alle belanghebbenden tot een „bevredigend” systeem te komen.

In dit licht lijkt het mij nuttig om eens te inventariseren waarover nu onder „belanghebbenden” communis opinio bestaat en welke punten verschillend worden gezien. Dit laatste mede aan de hand

van de in bepaalde kringen ten aanzien van de toekomstige structuur der ziektekostenverzekeringen levende ideeën.

Buiten discussie is het feit, dat het niveau der geneeskundige verzorging in Nederland zonder meer goed is te noemen en een vergelijkende toets met de andere westerse landen alleszins kan doorstaan. Persoonlijk zou ik daar dan nog aan willen toevoegen, dat ook ten aanzien van de kosten, welke deze gezondheidszorg met zich brengt, nimmer is gebleken dat het in die andere landen goedkoper zou zijn.

Eensgezindheid is er ook met betrekking tot het feit, dat de vrijwillige en de bejaardenverzekering de voornaamste knelpunten (met name ten aanzien van de financiering) van het huidige systeem vormen. Zou hiervoor een oplossing worden gevonden — en daarbij moet men zich niet te snel door technische c.q. administratieve moeilijkheden laten afschrikken — dan zou het huidige systeem, waarbij de uitgebreide geneeskundige voorzieningen nu reeds binnen het bereik van iedere burger liggen, weleens in een heel wat gunstiger licht dan nu veelal het geval is gezien kunnen worden. Zou de oplossing hier niet — ik heb het almeer geopperd — kunnen worden gezocht in het invoeren van een procentuele premie in plaats van de nominale premie bij de vrijwillige ziekenfondsverzekering en een billijke verdeling van de bejaardenverzekering over de vrijwillige en de verplichte verzekering, met steun van de algemene middelen?

Van verschillende zijden, en ik denk hierbij met name aan de vakbeweging, wordt daarnaast als bezwaar tegen het huidige systeem aangevoerd, dat door de zogenaamde loongrens het Nederlandse volk als het ware in tweeën wordt gesplitst. Deze splitsing zou in die opvatting de volgende gevolgen hebben of *kunnen* hebben: een verschil in status van de patiënt; soms een verschil in behandeling; een onbillijke lastenverdeling, hetgeen met name manifest zou worden bij een geringe overschrijding der loongrens.

Het *verschil in status* is, dacht ik, meer een eventueel bij de patiënt levend gevoel — waarbij ik mij dan nog afvraag of het niet meer van achter de studeertafel der theoretici wordt beredeneerd dan dat het feitelijk aanwezig is — dan dat het consequenties heeft ten aanzien van de voorzieningen. In ieder geval zou ik — en ook dat heb ik al meer gedaan — nog eens nadrukkelijk willen ontdekken, dat het voor de Nederlandse specialist enig verschil in zijn behandeling in de ruimste zin van het woord uitmaakt of hij met een patiënt die via ziekenfonds- of één die anderszins verzekerd is te doen heeft.

Bovendien lijkt het mij zeer de vraag of, wanneer een dergelijk gevoel van *discriminatie* (laat ik het woord maar noemen) bij de ziekenfondspatiënt zou bestaan, dit met de instelling van een volksverzekering zou verdwijnen. Al was het alleen maar, omdat ik daarmee nog niet het klasseloze ziekenhuis zijn intrede zie doen. Niemand zal immers de patiënt

het recht op privacy kunnen ontfeggen. Wijzen juist de ervaringen met de National Health Service niet in een heel andere richting?

#### *Een onbillijke lastenverdeling?*

Een geringe overschrijding van de loongrens kan door de overgang van de procentuele ziekenfondspremie (die bij de vaststelling bovendien gemaximeerd is tot 85% van het bedrag, dat de loongrens vormt) naar de nominale premie van de particuliere ziektekostenverzekeraars met name bij de grotere gezinnen onbillijk aandoen. Dit is echter een gevolg van het draagkrachtbeginsel, dat ook in de ziekenfondsverzekering verankerd is enerzijds en de vereenvoudiging van het tariefsysteem anderzijds. Het ziekenfondstarief is immers gebaseerd op de gemiddelde draagkracht van het totale bestand van de ziekenfondsverzekerden, terwijl het derde klasse particulier tarief op de gemiddelde draagkracht van de derde klasverzekerden berust. Dit is naar mijn mening een aspect wat bij de discussies over de bestaande discrepantie tussen de ziekenfondshonoraria en die in de particuliere sfeer te weinig tot zijn recht is gekomen.

Hoe het ook zij, vanuit de hoek der vakbeweging — en overigens bepaald niet alleen van die kant — klinkt het geroep om hetzij een volledige volksverzekering, hetzij een uitbreiding der A.W.B.Z. met de ziekenhuisverpleging en specialistische hulp steeds luider. Voorop staat — en het kan niet genoeg worden gezegd — dat binnen het huidige systeem een buiten discussie staand niveau van geneeskundige verzorging binnen ieders bereik ligt en dat men er daarom goed aan doet om zich, twee, drie, ja vele malen te bedenken alvorens men tot een dergelijke rigoureuze ingreep zou besluiten.

In dit verband mag bijvoorbeeld niet uit het oog worden verloren dat een volksverzekering vrijwel onvermijdelijk gepaard zal gaan met een verder (nog verder dan het huidige ziekenfondssysteem) gaande reglementering en verambtelijking; hetgeen bij de medewerkers onherroepelijk de vraag zal doen rijzen of zij een en ander, gezien de mogelijke repercussies, op de noodzakelijke behandelingsvrijheid wel kunnen accepteren.

In dit licht gezien zou ik nog eens een krachtig pleidooi tegenover alle betrokkenen willen houden om te zoeken naar gerichte oplossingen voor de knelpunten in de financiering *binnen de huidige constellatie*. Ik zou daartoe dit deel van mijn betoog willen afsluiten met het memoreren van een tweetal „oplossingen”, die dit kenmerk dragen. Waarbij het belang der gezondheidszorg mijns inziens met zich brengt, dat men deze niet al te gauw op grond van administratieve problemen ter zijde legt. Ik doel hier in de eerste plaats op de beperkte volksverzekering. Waarbij beperkt in die zin dient te worden opgevat, dat beneden een bepaalde inkomensgrens iedereen verplicht is verzekerd met een verstrekkingenpakket overeenkomstig de huidige ziekenfondsverzekering. Dit alles tegen een procentuele

premieheffing. Ten behoeve van de bejaarden zou daarbij wel — evenals dit nu bij de bejaardenverzekering het geval is — een subsidie uit de Algemene Middelen op zijn plaats zijn, omdat door de inkomensdaling, die bij de pensioeningang nu eenmaal plaatsvindt, licht de situatie ontstaat, dat deze verplichte verzekering met een relatief groter deel van deze groep dan de particuliere verzekeringen zou worden belast.

Daarnaast mag ook niet onvermeld blijven het door de heer Zeven geïntroduceerde idee van een procentuele zogenaamde volksgezondheidspremie voor iedere Nederlander. Deze als opcenten van de AOW-premie te heffen premie zou dan dienen te worden omgerekend tot een uniforme basistoelage voor elke verzekerde. Deze basistoelage zou dan in mindering worden gebracht op het bedrag aan nominatieve premie, dat voor de ziekenfondsverzekering (in die gedachte een vrijwillige! verzekering) en de particuliere ziektekostenverzekering, zonder deze heffing naar draagkracht, nodig zou zijn.

Ik hoop met deze vrij uitvoerige beschouwing een tweeledig doel te hebben gediend. In de eerste plaats leek het mij gewenst u als afgevaardigden op de hoogte te houden van de ontwikkelingen op dit gebied, alsmede van de visie van het Centraal Bestuur ten aanzien daarvan. En, last but not least, hoop ik hiermee tegenover de buitenwereld nog eens ten overvloede te hebben geïllustreerd, dat de L.S.V. niet alleen een discussie op dit punt niet uit de weg gaat, doch ook bereid is om actief mede te werken aan het vinden voor adequate oplossingen voor bestaande knelpunten.

#### *Het ontwerp Wet Ziekenhuisvoorzieningen*

Op het ogenblik ligt bij de Tweede Kamer de Memorie van Antwoord van de minister en staatssecretaris op het voorlopig verslag inzake de Wet Ziekenhuisbouw. Het gaat hierbij om een aanzienlijk gewijzigd wetsontwerp, hetgeen ook duidelijk naar voren komt uit de nieuwe naam van de wet: *Wet Ziekenhuisvoorzieningen*.

Zoals de naam aangeeft, hebben de bewindslieden, mede onder invloed van de reacties op het eerste ontwerp, gemeend de werkingssfeer van de wet, die oorspronkelijk tot de bouw van ziekenhuizen beperkt bleef, in beginsel uit te moeten breiden tot ook de functie in deze ziekenhuizen en hun afdelingen. Het vorige wetsontwerp gaat er van uit, dat Gedeputeerde Staten van een provincie een plan zouden uitwerken, waarin zowel de omvang van de behoefte aan bouw van ziekenhuizen binnen de provincie alsmede de wijze waarop in die behoefte zou kunnen worden voorzien, diende te zijn aangegeven. Een en ander zal aan de hand van door de minister aan Gedeputeerde Staten gegeven richtlijnen dienen te geschieden. Zijn de provinciale plannen eenmaal gereed, dan zullen deze door de minister aan het College voor Ziekenhuisbouw worden voorgelegd, welk College binnen een door de minister te bepalen termijn advies uitbrengt, dat vergezeld dient te gaan

van een Landelijk Ziekenhuisplan. Dit Ziekenhuisplan, dat, behoudens verlenging, voor een periode van vijf jaar geldt, wordt vervolgens door de minister vastgesteld en gepubliceerd. Bouw enz. van een ziekenhuis wordt daarmee gebonden aan een door de minister te verlenen vergunning, welke vergunning niet zal worden verleend, wanneer de minister niet in een eerder stadium reeds heeft verklaard, dat de beoogde bouw past in dit Landelijk Ziekenhuisplan.

Deze gedachten, die ook in het huidige wetsontwerp zijn overgenomen, zijn ongetwijfeld van grote betekenis voor de verdere ontwikkeling van het Nederlandse Ziekenhuiswezen.

Het nieuwe wetsontwerp heeft, zoals gezegd, een niet onaanzienlijke uitbreiding der werkingssfeer ondergaan. Dit blijkt in het bijzonder uit in het nieuwe artikel 18 bepaalde, waarin imperatief wordt voorgeschreven dat bij Algemene Maatregel van Bestuur categorieën en gevallen zullen worden aangewezen, waarin het verboden is zonder vergunning van de minister:

a wijziging te brengen in de bestemming van een ziekenhuis of een onderdeel daarvan;

b over te gaan tot het uitvoeren of doen uitvoeren van medische verrichtingen in een ziekenhuis;

c apparatuur aan te schaffen voor een ziekenhuis of in gebruik te nemen in een ziekenhuis.

In deze Algemene Maatregel van Bestuur zal dan tevens worden aangegeven de omvang van de behoefte aan voorzieningen, welke onder het hierboven genoemde verbod vallen en de wijze waarin in die behoefte kan worden voorzien. Bij dit alles zal het tot College Ziekenhuisvoorzieningen omgedoopte College voor Ziekenhuisbouw een belangrijke adviserende taak vervullen. Het zal duidelijk zijn dat de reeds in ons midden ten aanzien van het vorige wetsontwerp levende meer algemene vragen door deze uitbreiding alleen maar klemmender zijn geworden.

Ten aanzien van het oorspronkelijke wetsontwerp vroegen wij ons reeds af of men erin zal slagen bij de voorgeschreven planning bruikbare criteria te vinden voor de beoordeling van de behoefte aan ziekenhuisbouw en of de overheid redelijke maatstaven zal vinden om de doelmatigheid van de voorgenomen bouwvoorzieningen te toetsen. De minister stelt weliswaar in de Memorie van Antwoord, dat hierbij „de volksgezondheidsbehoefte” primair zal staan, maar hij ontkomt er niet aan daarnaast te erkennen, dat bij de realisering en programmering „uiteraard rekening zal worden gehouden met de mogelijkheden, waarvan het economisch aspect er één is”.

Dit alles overziende rijst dan de vraag of het oorspronkelijke wetsontwerp, dat in beginsel ook door de Maatschappij aanvaardbaar werd geacht, niet beter eerst Wet had kunnen worden. Om vervolgens, na enige jaren ervaring te hebben opgedaan, alsdan

te overwegen of een verdere uitbreiding van de werkkingsfeer van deze Wet noodzakelijk c.q. gewenst was; en zo ja hoe. Dit is mijns inziens ook daarom om een alleszins legitieme vraagstelling, omdat op het ogenblik in den lande de plaatselijke en regionale samenwerking groeiende is en van verschillende zijden reeds wordt bevorderd. Een dergelijke ontwikkeling van „onderop” lijkt mij in beginsel doelmatiger en van meer praktische waarde, omdat de uiteindelijk beoogde ordening toch alleen door de samenwerking tussen de direct betrokkenen gestalte zal moeten krijgen.

Omdat in het huidige wetsontwerp de Maatschappij en met name de specialisten in veel directere zin dan bij het oorspronkelijke wetsontwerp belanghebbend zijn geworden heeft het hoofdbestuur op advies van de L.S.V. besloten om bij de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid, die het wetsontwerp op het ogenblik in behandeling heeft, gehoor te vragen. Aangezien inmiddels vaststaat, dat inderdaad zeer binnenkort een dergelijke „hearing” zal plaats vinden zou ik op deze plaats niet verder op deze materie willen ingaan. Ik meende er echter goed aan te doen u nu reeds van de feitelijke ontwikkelingen te dezen op de hoogte te brengen.

#### *Het contact met de Ziekenhuisstaven*

Het is met enige voldoening, dat ik kan constateren, dat het begin van een nauwer contact met deze belangrijke kernen van medische specialistische problematiek inmiddels is gelegd. Ik heb daarbij bovendien de indruk gekregen, dat de op 17 januari jl. gehouden bijeenkomst van het Centraal Bestuur met de Ziekenhuisstaven ook van deze laatste zijde positief werd ervaren; tenslotte waren bij die gelegenheid ongeveer 200 specialisten verenigd.

Dat mijn voorganger, collega Van Giffen, zich bovendien inmiddels bereid verklaard heeft om het voorzitterschap van de L.S.V. Commissie Ziekenhuisstaven te blijven vervullen en deze nieuw leven in te blazen, verheugt mij meer dan ik u kan zeggen. Ik meen, dat daarmee een uitstekende basis is gelegd om het door mij zozeer gewenste nauwe contact tussen L.S.V. en Ziekenhuisstaven tot een hecht fundament te doen uitgroeien.

Een kleine commissie bestaande uit de collegae Van Giffen, Kortbeek en Burkens beraadt zich op het ogenblik aan de hand van een door het Centraal Bestuur opgestelde taakopdracht, hoe deze taak het best kan worden vervuld en welke prioriteiten daarbij zullen moeten worden gesteld.

Het lijkt in ieder geval op dit moment wel haast zeker, dat nog dit najaar een nieuwe bijeenkomst met de staven zal kunnen worden belegd, waarbij in onze gedachten aan de Commissie Ziekenhuisstaven een zelfde rol binnen de L.S.V. zal worden toebedeeld als sinds enige jaren nu reeds door de Commissie Oudedagsvoorziening wordt vervuld.

Vervolgens zou ik in dit verband ook de onlangs gehouden gemeenschappelijke studiedag van L.S.V.

en Nationale Ziekenhuisraad willen vermelden. Ook bij deze dag, waarop het onderwerp „Ziekenhuismanagement en specialisten” aan de orde werd gesteld, was de belangstelling verheugend.

Tegen de achtergrond van ontwikkelingen, zoals ik die bijvoorbeeld zojuist ten aanzien van de ontwerp-wet Ziekenhuisvoorzieningen heb mogen memoreren, is het nu eenmaal een dringende noodzaak, dat de specialisten, verenigd in de medische staven en deze liefst samenwerkend in „interstafraden”, zich voor de maatschappelijke en organisatorische vraagstukken inherent aan een moderne gezondheidszorg daadwerkelijk interesseren. Een nauw contact tussen L.S.V. en deze perifere kernen is voor beide groeperingen van groot belang.

#### *Intercollegiale toetsing*

In de reeds aangehaalde bijeenkomst met de staven kwam duidelijk naar voren, dat in vele ziekenhuizen in Nederland het beginsel van de intercollegiale toetsing binnen de medische staf erkend wordt en in een of andere vorm toepassing vindt. Anders gezegd: de wegen waarlangs een en ander in de praktijk functioneert mogen al naar gelang de in een ziekenhuisgegroeide situaties verschillen, het principe wordt toch wel algemeen erkend en in praktijk gebracht.

Een enigszins anderssoortige intercollegiale toetsing trof ik onlangs aan in het februari-nummer van het blad Ziekenfondsvragen. Ik doel hier op het artikel van collega Mannaerts, die op die plaats een krachtig pleidooi hield voor een vervanging van de gevallen- (of micro-) controle door de controlerend geneeskundige van het ziekenfonds door een macro-controle. Collega Mannaerts zou in dit verband dan ook liever willen spreken van de medischadviseur, en de taak van deze functionaris, die, zoals Mannaerts treffend opmerkt, met één been in de bureaucratie en met het andere in de professie staat, zou dan vrij vertaald moeten zijn: het van zijn zuiver professionele opstelling losmaken van de medewerker en hem bewust te maken van de maatschappelijke consequenties van zijn medisch handelen.

En collega Mannaerts vervolgt dan: „In zijn goede relatie met de medewerker zal de medischadviseur de individuele medewerker kunnen krijgen tot het in acht nemen van zekere beperkingen of spelregels, waartoe de professie als zodanig op landelijk niveau nooit bereid is. Hoewel het niet te kwantificeren is, is het toch zeer waarschijnlijk, dat een overleg-op-niveau, dat wil zeggen een inspraak in het behandelpatroon in de ruimste zin een veel grotere beperking geeft dan de gevallencontrole. Een aldus opgevatte medische „controle” resulteert meer in het vaststellen van in-effectiviteit en in-sufficiëntie dan in het vinden van kwaadwillige verspillingen. Kortom de medischadviseur moet weten wat er omgaat en moet trachten zonodig in goed overleg bij te sturen”. Aldus nog steeds collega Mannaerts.



Persoonlijk ben ik geneigd — en dit niet in het minst omdat in Mannaerts' visie de administratieve rompslomp van de papieren preventieve controle van aanvragen en machtigingen zou worden vervangen door een zekere „audit” (of overleg op niveau zoals hij dat noemt) die per definitie achteraf plaats vindt — om collega Mannaerts toe te wensen, dat zijn artikel even profetisch zal blijken te zijn als destijds de artikelen van mensen als Pannekoek en Burkens over de intercollegiale toetsing in de medische staf. Mannaerts' gedachten lijken een nóg snellere verwezenlijking zelfs alleszins waard.

Weer een ander soort van intercollegiale toetsing wordt gevonden bij de beoordeling van die declaraties, waarvan een patiënt c.q. ziektekostenverzekeraar het vermoeden heeft, dat deze als excessief moet worden gekwalificeerd. In de eerste plaats moeten in dit verband de districtsraden der K.N.M.G. worden genoemd. Over een procedure ten aanzien van vermeend hoge declaraties bij deze rechtsprekende organen heeft u reeds enige vergaderingen geleden een beslissing genomen.

In de oktobervergadering is door het Centraal Bestuur het voorstel gedaan om als tussenschakel een eigen orgaan te creëren: de Landelijke Beoordelingscommissie. Een orgaan, dat meer in de bemiddelende sfeer zou optreden, wanneer tussen een patiënt of ziektekostenverzekeraar en de specialist verschil van mening over de gerechtvaardigheid van de hoogte van het gedeclareerde honorarium zou bestaan. De idee is toen geopperd om daarvoor een vaste kern van drie „wijze mannen” aan te zoeken, welke kern zich afhankelijk van het specialisme waartoe de declarerend specialist behoort ad hoc zou uitbreiden met twee daartoe door de betreffende wetenschappelijke vereniging voor te dragen leden.

Tegenover de ledenvergadering, die in beginsel wel voor deze gedachten bleek te voelen werd toen door het Centraal Bestuur toegezegd, dat met de Commissie Herziening Rechtspraak contact zou worden opgenomen om haar mening over een dergelijk instituut te vernemen. Ik kan u mededelen dat het betreffende contact inmiddels heeft plaatsgehad en dat daarbij is gebleken, dat het door de L.S.V. creëren van deze Landelijke Beoordelingscommissie door de Commissie Rechtspraak alleen maar zou worden toegejuicht. De Commissie Rechtspraak zei zelfs er toe bereid te zijn de rechtsprekende colleges op het bestaan van deze beoordelingscommissie der L.S.V. te wijzen en hen over taak en werkwijze te informeren. Het Centraal Bestuur stelt zich voor om op korte termijn met de wetenschappelijke verenigingen in contact te treden, opdat dit naar zijn mening belangrijke instituut officieel in het leven kan worden geroepen.

Wellicht dat bij sommigen uwer met al dit „ge-toets” een tere snaar wordt aangeraakt. Persoonlijk, en het Centraal Bestuur staat in dezen volledig achter mij, ben ik er echter van overtuigd, dat deze bereidheid om zich op verschillende gebieden open te stellen voor een confrontatie met de mening van

een of meer tot oordelen bevoegde collegae, het meest waardige en effectieve antwoord is op de van diverse zijden op ons artsen uitgeoefende kritiek. Hoewel dit alles bepaalde kritiek nooit zal kunnen doen verstommen, zal het zeker de meer genuanceerden aan het denken zetten. Tenslotte worden hier toch ook concrete wegen aangegeven, waarlangs de specialisten hun eigen behoefte tot het aanvaarden van maatschappelijke verantwoordelijkheid tot uitdrukking kunnen brengen.

#### *Het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen*

Met ingang van 1 januari is een nieuwe loot aan de stam der *Bedrijfspensioenfondsenwet* ontsproten, te weten het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen. Bij dit pensioenfonds zijn in beginsel aangesloten die instellingen, die als „particuliere verpleeginrichtingen” worden aangeduid. Onder dit begrip vallen volgens de toelichting op het pensioenreglement instellingen als niet-overheidsziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen en verpleeghuizen, maar ook door twee of meer van die inrichtingen, in het leven geroepen stichtingen die een taak op het gebied van die instellingen hebben. Gedacht is hierbij aan instituten als de door enkele ziekenhuizen afzonderlijk ingestelde centrale apotheken, laboratoria en verpleegstersopleidingen.

Aangezien de in het pensioenreglement van dit pensioenfonds voorziene pensioenregeling zonder meer als een goede regeling kan worden aangemerkt (al kan deze, uiteraard, het niveau van die van het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds nog niet halen) kan deze ontwikkeling voor de „werknemers” van de betrokken instellingen als een belangrijke vooruitgang worden beschouwd.

Hier en daar is in den lande nu de vraag gerezen of dit Pensioenfonds ook een taak en functie heeft voor de in de ziekenhuizen werkzame specialisten. Op deze vraag zou ik — zij het kort — willen ingaan. Alles bepalend voor het antwoord op deze vraag is of de specialisten in het algemeen als „werknemers” in de zin van de statuten van het Pensioenfonds kunnen worden aangemerkt. Artikel 3 van deze statuten zegt, dat „werknemer” is „ieder die een arbeidsovereenkomst volgens burgerlijk recht heeft met een instelling, respectievelijk aan een instelling verbonden is tot het persoonlijk verrichten van arbeid”.

Het eerste deel van deze definitie maakt duidelijk, dat — zoals te verwachten was — die specialisten die in volledig dienstverband werkzaam zijn (en in feite dus onder onze zustervereniging de L.A.D. ressorteren) aan deze pensioenregeling zullen moeten deelnemen. Hetzelfde geldt voor de in zogenaamde all-in ziekenhuizen werkzame specialisten, zij het in die gevallen slechts voorzover zij door het ziekenhuis worden gesalarieerd.

Het tweede deel van deze definitie zou op het

eerste oog aanleiding tot misverstand kunnen geven, omdat immers volgens vele arts-out-contracten het ziekenhuis de specialist aan zich verbindt. Máár, ... dit is een geheel andere verbintenis dan de overeenkomst tot persoonlijk verrichten van arbeid, waarvan in deze statuten sprake is. De specialist heeft weliswaar een verbintenis tot het persoonlijk verrichten van arbeid, maar hij heeft deze niet tegenover het ziekenhuis, máár tegenover de patiënt, terwijl er daarnaast een financiële relatie specialist/ziekenfonds is.

Met andere woorden, wanneer de specialisten van de door dit pensioenfonds aangeboden regeling zouden willen profiteren, dan is dit slechts mogelijk wanneer zij met een bij dit fonds aangesloten instelling een arbeidsovereenkomst volgens burgerlijk recht zouden hebben. Dit laatste nu zou door het voor deze overeenkomst juridisch vereiste van een *gezagsverhouding*, het einde van de vrije beroepssituatie betekenen. Het gaat hier derhalve om een detail van de „hamvraag” welke nog onlangs in de bijeenkomst met de staven is besproken: specialisten praktijkuitoefening, vrij beroep of dienstverband. Op dát vraagstuk zou ik hier niet verder willen ingaan. Ik zou in dit verband voor hen die daarin geïnteresseerd zijn, de door Mr. Kraayenbrink bij die gelegenheid gehouden inleiding, die gepubliceerd is in Medisch Contact d.d. 6 februari 1970, nr. 6 ter lezing willen aanbevelen.

In ieder geval lijkt het mij met de Raamwet in behandeling in de Tweede Kamer, en gezien het vanmiddag ter tafel komende conceptpensioenreglement van ons eigen Pensioenfonds, ronduit onverstandig om op grond van de door het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen geboden regeling een beslissing ten aanzien van dat veel verder strekkende probleem te nemen.

#### *De wenteltrap naar de toekomst*

Een enkel woord moet ik nog wel wijden aan de inaugurele rede van de pas benoemde hoogleraar in de ziekenhuiswetenschappen die zo hoogst sensationeel maar helaas zo weinig wetenschappelijk van de wenteltrap heeft geblazen. Het is toch eigenlijk triest dat een zo hoog op de maatschappelijke en wetenschappelijke ladder geplaatst man, na vele jaren leiding te hebben gegeven aan een groot en voortreffelijk algemeen ziekenhuis, aan die tijd als voornaamste herinnering lijkt te hebben overgehouden dat het een „mijnen” veld is, dat „de ontmoeting tussen medische professie en ziekenhuisorganisatie vaak meer het karakter van een botsing heeft”, dat hij daar werd beschouwd als een „onechte” medicus die verraad had gepleegd door uit de „kring der magiërs” die de „echte genezers” omvat, te treden en dat „de professie parasiteert op de organisatie”.

Deze hoogleraar heeft het als specialist en geneesheer-directeur kennelijk niet gemakkelijk gehad; maar ook al is men daardoor gefrustreerd geraakt, is het dan wijs en zinvol om, als men nu is

uitverkoren om uitgerekend in de ziekenhuiswetenschappen hoger onderwijs te geven en speurwerk te verrichten, van het begin af aan zo duidelijk van deze gefrustreerdheid blijk te geven? Zou het niet van meer wijsheid en werkelijk hoogleraarschap getuigen indien men de positieve tendensen, die allereerste in discussie zijn, op stimulerende wijze naar voren zou halen en van nieuwe impulsen voorzien? In dit verband zou het zeker interessant zijn geweest te mogen vernemen hoe deze hoogleraar zich voorstelt een systeem te ontwikkelen „waarbinnen een symbiose tussen professie en organisatie wordt bevorderd”. De sfeer, welke hij door zijn rede binnen de medische professie heeft gecreëerd, lijkt mij hiervoor nu niet direct het meest ideale klimaat.

Met na zijn inauguratie bovendien nog in interviews met de vakbondspers hier nog een flink schepje bovenop te doen en met, door het suggereren van excessieve honoraria, de specialist van onmaatschappelijk handelen te betichten heeft hij dit klimaat wel zeer grondig bedorven. Bovendien weet hij zelf zeer goed dat dergelijke excessieve honoraria uitzonderingen zijn en zich niet alleen bij medisch-specialisten maar ook bij andere vrije beroepen voordoen, terwijl dergelijke uitzonderingen last but not least ook bij rijksambtenaren door cumulatie van in velerlei opzichten gewichtige functies en adviesfuncties kunnen worden verkregen. Ook in dat opzicht zou ik gaarne de stelling willen verdedigen dat de medisch specialist in doorsnee geen beter maar ook geen slechter mens is dan zijn „naaste” om het even of deze „naaste” commissaris van enkele vennootschappen dan wel hoogleraar is.

#### *Polikliniekkosten-out?*

Een korte opmerking nog over een ook vandaag op de agenda voorkomend probleem, te weten het onderzoek van het Centraal Bestuur naar de mogelijkheden van kostenafsplitsing bij de maandkaart-honorering, althans voorzover deze de ziekenhuis-polikliniek betreffen. Het Centraal Bestuur is er zich van bewust dat op vele plaatsen in de periferie met spanning op het resultaat van dit onderzoek wordt gewacht. Het is met het oog hierop dat ik u niet wil onthouden dat ondanks de complexiteit van de problematiek en de verscheidenheid aan bestaande regelingen, het Centraal Bestuur enige hoop heeft binnen afzienbare tijd (en het heeft daarbij de komende najaarsvergadering als streefdatum gesteld) op basis van de door de over dit onderwerp gehouden enquête beschikbaar gekomen gegevens, en de wellicht vandaag nog plaatsvindende discussies met voorstellen te komen.

#### *De affiliatie*

Bij andere gelegenheden heb ik wel eens enige twijfel uitgesproken over de vraag of de voortgang die binnen de adviescommissie inzake de affiliatie tussen academische en niet-academische ziekenhuizen gemaakt werd, wel bevredigend genoemd kon worden. Thans kan ik u mededelen dat het er

naar uitziet dat zeer binnenkort het rapport van deze commissie aan de minister van Onderwijs kan worden aangeboden. Hopelijk zal daarmee dan een aanvaardbaar raamwerk tot stand zijn gebracht waarbinnen dit belangrijke facet van de moderne gezondheidszorg zich kan gaan ontwikkelen.

Dat hiermede dan nog eens indirect de stelling van Sheps wordt onderstreept die in ons land op zo intelligente en voortvarende wijze door Pannekoek e.a. niet alleen in theorie is verkondigd maar ook in praktijk is gebracht, namelijk, dat de taak van het moderne algemene ziekenhuis niet meer beperkt kan blijven tot het terrein van de zuiver curatieve gezondheidszorg maar ook de opleiding, het speurwerk en de regionale samenwerking dient te omvatten, is naar mijn mening misschien nog wel het grootste nut van de gehele affiliatiegedachte. Het is te hopen dat deze gedachte nu ook op het gebied van de even noodzakelijke samenwerking tussen academische en niet-academische ziekenhuizen in het kader van de specialistenopleiding, nadere uitwerking zal krijgen.

Helaas heb ik uw aandacht ditmaal wel wat al te lang op de proef moeten stellen. Mijn enige excuus

daarvoor is dat de verscheidenheid en ingewikkeldheid van de maatschappelijke problematiek waarbij de specialisten binnen het kader van onze K.N.M.G. direct betrokken, mij daartoe dwong. Ik hoop dus dat u mij dit niet kwalijk zult nemen en het wilt opvatten als een uiterste poging om u, die voor het overgrote deel reeds overbelast bent met de uitvoering en ontwikkeling van de moderne specialistische behandeling in stafverband, in zo beknopt bestek als mogelijk en verantwoord is voor te lichten over de maatschappelijke problematiek waarvoor uw vereniging zich geplaatst ziet.

Indien u deze poging op prijs stelt dan zult u het tevens waarderen indien ik u mede betrek in de dank, die ik persoonlijk graag zou willen uitspreken ten opzichte van de functionarissen van ons Bureau in het bijzonder dan ditmaal Mr. Overbeek, zonder wie ik niet in staat zou zijn geweest om dit op deze wijze te doen. Dat ook hier een stuk werkelijk teamwork in ontwikkeling is geeft mij moed om de toekomst van de L.S.V. ondanks de steeds ingewikkelder en ook in omvang toenemende problematiek, met vertrouwen tegemoet te zien.

---

## Samenwerkingsverband maatschappelijk werkers

De Nationale raad voor maatschappelijk welzijn zal binnen enkele maanden advies uitbrengen over een geleidelijke opheffing van de zogenaamde éénmansposten, een instelling voor maatschappelijk werk met slechts één man of vrouw in dienst. De staatssecretaris van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, Mr. H. J. van de Poel, heeft de Nationale Raad, landelijk orgaan voor de (particuliere) sociale dienstverlening en samenlevingsopbouw, om advies gevraagd. Op de eenmansposten wordt de laatste tijd in toenemende mate kritiek uitgeoefend. De maatschappelijk werker moet vaak allerlei dingen doen die niets te maken hebben met persoonlijke of sociale hulp. Hij of zij heeft meestal weinig vrije tijd, staat overal alleen voor en komt aan de verdere ontwikkeling van zijn of haar vak nauwelijks toe. Verleden jaar had meer dan de helft van de instellingen voor algemeen maatschappelijk werk in Nederland, namelijk 51 procent, slechts één kracht in dienst. Twaalf procent had net zoveel vakatures als er posten waren, zodat in totaal 63 procent geen of één maatschappelijk werker in dienst had.

Slechts tien procent van de instellingen in Nederland werkte verleden jaar met vijf of meer uitvoerende krachten. Toch wordt dit getal door velen als het minimum voor efficiënte hulp gezien. Ook de ge-

dachten van de staatssecretaris gaan in die richting. In de brief aan de Nationale Raad zegt hij, dat hij overweegt een duidelijke termijn te stellen, „waarna geen subsidie meer wordt verleend aan instellingen die niet aan de minimale norm voldoen”. Die termijn zou drie jaar na invoering van een nieuwe regeling kunnen bedragen, maar onder meer daarover vraagt de staatssecretaris nu juist advies.

De Nationale Raad drong al eerder aan op een meer moderne, meer efficiënte opzet van de door historische oorzaken versnipperde en verzuilde sociale dienstverlening. Een maand geleden nog bevestigde de algemeen secretaris van de raad, Drs. J. A. M. H. Damoiseaux, in Leeuwarden, dat „er drastische wijzigingen nodig zijn in de in wezen nog negentiende-eeuwse structuur van de sociale dienstverlening”. Kleine en onderbemande instellingen zouden zich moeten hergroeperen tot grotere regionale werkeenheden. Drs. Damoiseaux zag een voorbeeld in de bankwereld. „De fusies zijn daar niet van de lucht geweest, maar het aantal servicepunten in winkels en plaatsjes was nog nooit zo groot”.

Soortgelijke maatregelen worden overwogen voor de gezinsverzorging. Staatssecretaris Van de Poel van Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft hierover de Centrale raad voor gezinsverzorging te Utrecht om advies gevraagd.

# F.O.I.B. signaleert fiscale misstand

## *Discriminatie van de vrije beroepsbeoefenaar*

Dezer dagen heeft de Stichting F.O.I.B., waarbij 23 organisaties van intellectuelen werkzaam in vrij beroep of dienstverband zijn aangesloten, een rapport het licht doen zien getiteld „Fiscale Achterstelling Vrije Beroepen”. Dit rapport is aan het Bestuur van de F.O.I.B. uitgebracht door een commissie, welke een speciale studie heeft gemaakt van de fiscale achterstelling van de vrije beroepsbeoefenaar. De commissie constateert, dat de progressie in de inkomstenbelasting hoog oploopt en vrij steil is. De progressielijn verloopt relatief nadelig voor de mid-dengroepen.

Deze bezwaren gelden voor allen in ons land met middelgrote inkomens. Daarbij zijn er duidelijke on-effenheden in de gelijkheid van behandeling. Deze wegen des te zwaarder bij relatief zware belastingen. De commissie heeft de voorschriften onder-zocht, welke in dit verband speciaal de beoefenaren van de vrije beroepen in het nadeel brengen. Van enige fiscale subsidie is geen sprake, aangezien de aard van de beroepsuitoefening meebrengt, dat de mogelijkheid van investeringsaftrek ontbreekt. Voorts is er het nadeel, dat wisselende inkomens voeren tot een zwaardere belastingdruk. Geen reke-ning wordt gehouden met de relatief hoge leeftijd waarop de inkomensbron gaat vloeien. Het totaalin-komen van de gehele actieve duur van de beroeps-uitoefening wordt van jaar tot jaar belast. Ook het negeren van de arbeidsmoeite in de uren boven de normale dagtaak treft, naar de mening van de com-missie, in het bijzonder ook de vrije beroepen.

Twee belangrijke verschilpunten tussen enerzijds de ondernemers en anderzijds de vrije beroepsbeoefenaren stelt de commissie aan de orde. Onder-nemers kunnen, wanneer de belastingdruk te zwaar wordt, uitwijken naar een ander stelsel van belas-tingheffing door middel van voortzetting van de on-derneming in nv-vorm. Voor de meeste vrije be-roepsbeoefenaren is zulks niet mogelijk. Onderne-mers kunnen voorts op veel ruimere schaal gebruik maken van fiscale begunstigen voor de opbouw van oudedagsvoorzieningen. Het fiscale regime maakt het de ondernemer, die op een nv-vorm over-stapt, mogelijk een groot bedrag beschikbaar te houden voor interne financiering. De winst ontsnapt aan de direct verschuldigde progressieve belasting en wordt voorlopig slechts nagenoeg proportioneel belast.

Een geheel andere situatie is die bij de eigen on-dernehmer en ook bij de vrije beroepsbeoefenaar. De fiscale winst — ook het gedeelte dat niet in de privé-sfeer komt — is hier volledig progressief be-last, wat al snel betekent: met een marginale druk van meer dan 60%. Een dergelijke discriminatie acht de F.O.I.B.-commissie „met enige aarzeling” accep-tabel voor ondernemers, die eventueel de keuze

hebben om in de nv-rechtsvorm verder te gaan, maar niet „wanneer, zoals bij de vrije beroepen re-gel is, de uitwijk naar de nv-vorm niet toelaatbaar is vanwege hogere waarden, waardoor de individuele beroepsbeoefenaar geen keuze-mogelijkheid meer heeft”.

Met betrekking tot de mogelijkheid van oude-dagsverzorging legt de commissie eveneens de vin-ger op een duidelijk verschil in positie van bijvoor-beeld de vrije beroepsbeoefenaar enerzijds en bij-voorbeeld de nv-directeur anderzijds. De eerste heeft gelijk iedere belastingplichtige uitsluitend de gelegenheid om f 5.000,— premie voor een lijfrente of daarmede gelijkgestelde levensverzekering af te trekken. Een nv-directeur echter kan bij zijn nv een pensioenregeling bedingen, welke op generlei wijze de hierbovenbedoelde aftrek aantast. Daarbij is het geenszins ongebruikelijk, dat hiervoor ten laste van de winst bedragen worden bestemd van bijvoor-beeld f 10.000,— per jaar. De niet in nv-vorm wer-kende kleine ondernemer moet dit alles missen. De jaarlijkse winsten worden berekend volgens de fis-cale normen en belast zonder enige mogelijkheid tot reserveren voor een oudedagsvoorziening.

De commissie ziet de hierboven kort aangeduide fricties meer liggen in de ongetemperde progressie van de inkomstenbelasting en doet in dit verband de suggestie, dat in die inkomstenbelasting enkele re-gels worden opgenomen, welke beogen de onderne-mers en vrije beroepsbeoefenaren, die om de een of andere reden niet de constructie van de nv-vorm kiezen, fiscaal in een gelijke positie te brengen met degene, die hiertoe wel over kan en wil gaan. Een praktisch voordeel lijkt de commissie daarbij ook gelegen in een zekere beperking van de vlucht in de nv-vorm, welke niet altijd de geëigende rechtsvorm is voor een aantal eenmanszaken. De suggesties van de commissie concentreren zich op twee pun-ten:

a in de inkomstenbelasting opnemen van een reserveringsmogelijkheid voor winstbestanddelen, welke aan het kapitaal worden toegevoegd en met niet meer dan 40% worden belast („proportioneel belaste reserve”)

b aan iedere ondernemer wordt toegestaan ten laste van zijn fiscale winst een „pensioenreserve ondernemer” te vormen.

De Stichting F.O.I.B. heeft met de verschijning van het rapport — dat onlangs ter kennis van de Staatscommissie van Soest is gebracht — de strijd aangebonden tegen de fiscale achterstelling van de kleine ondernemer en de vrije beroepsbeoefenaar in Nederland. Het ligt in de bedoeling van de F.O.I.B. in het najaar een congres aan deze fiscale misstand te wijden.

# ABORTUS PROVOCATUS

## Over de frequentie van abortus nu en in de toekomst

Door Dr. P. E. Treffers, vrouwenarts

Naar aanleiding van enkele, vooral kwantitatieve, aspecten van het rapport van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie over de abortus provocatus, zou ik enige opmerkingen willen maken.

De verandering van de „nee, tenzij”-attitude in de „ja, tenzij”-attitude, die door het rapport wordt bepleit, is een zeer ingrijpende; zij tendeert in de richting van het vrijgeven van abortus op verzoek van de vrouw. Voor iedere medische ingreep - en een abortus provocatus blijft toch altijd een medische ingreep - geldt immers dat hij niet wordt uitgevoerd als er een contra-indicatie bestaat. Het lijkt haast overbodig dit nog eens door het woordje „tenzij” uitdrukkelijk te vermelden. Wanneer het standpunt dat in het rapport wordt bepleit zou worden aanvaard, is nog slechts discussie mogelijk over de vraag wanneer een contra-indicatie tegen abortus bestaat. Het lijkt niet gewaagd te veronderstellen, dat dat in de praktijk slechts zelden het geval zou zijn, temeer omdat een nauwkeurig onderzoek van ieder individueel geval bij de te verwachten grote toeloop wel eens onmogelijk zou kunnen blijken.

Bij een zo ingrijpende attitude-verandering als in het rapport wordt bepleit, is het van het grootste belang na te gaan en zo nauwkeurig mogelijk te registreren wat we eigenlijk doen, en wat er verandert. Eerste vereiste daarvoor is: zo nauwkeurig mogelijk vastleggen wat het uitgangspunt is. Hierin nu schiet het rapport duidelijk tekort. In het rapport wordt gesteld dat in Nederland per jaar 20.000 tot 60.000 abortus provocatus plaats vinden. Achter deze feitelijke constatering wordt tussen haakjes gezet dat de ramingen uiteenlopen, en hier volgen vier literatuurverwijzingen. Met enige moeite zijn deze in het overzicht van literatuur achter in het rapport terug te vinden; de nummers corresponderen niet. Ik neem aan, dat ik de bedoeling goed heb begrepen en dat de volgende auteurs worden geciteerd:

1. Joh. Bouwmeester-Fortuin stelt in haar artikel in het N.U.B. inderdaad, dat in Nederland 20.000 - 60.000 abortus provocatus per jaar plaatsvinden, maar zonder enige argumentatie. Het getal is kennelijk zonder meer overgenomen van De Winter. Ik laat dat artikel<sup>1</sup> dat geen originele bijdrage tot de vraag van de abortusfrequentie bevat dus verder buiten beschouwing.

2. Kloosterman geeft in het geciteerde artikel<sup>2</sup> een getal van 5.000-20.000 abortus provocatus voor Nederland voor het jaar 1960, dus aanzienlijk lager dan het in het rapport genoemde aantal.

3. In mijn proefschrift dat wordt geciteerd<sup>3</sup> kom ik voor Amsterdam in 1963 tot een aantal van ruim 2.000 abortus provocatus per jaar. Zoals ik elders<sup>4</sup> heb betoogd zou dit voor Nederland als geheel aanzienlijk minder dan 27.000 abortus provocatus per jaar betekenen, dus in de praktijk ook zeker minder dan 20.000 per jaar.

4. De Winter<sup>5</sup> noemt in het voorwoord van zijn in het rapport geciteerde boek inderdaad de getallen 20.000 tot 60.000 die in het rapport worden genoemd. In de tekst van het boek op blz. 63 en 64 komt hij niet tot deze exacte opgaven, maar citeert hij een aantal schrijvers waarbij hij berekeningen maakt, die soms niet overeenkomen met die van de betreffende auteur zelf (Kloosterman). Hij komt dan tot de conclusie, dat er wellicht 45.000 abortus provocatus of zelfs meer per jaar in Nederland voorkomen. Hij concludeert dit echter op zeer ondeugdelijke gronden, bijvoorbeeld op het vroeger door Van Emde Boas genoemde percentage spontane abortus van 2½%. Over de bezwaren, die tegen dit percentage kunnen worden aangevoerd, had ik destijds reeds geschreven<sup>6</sup>; Van Emde Boas zelf geloofde toen ook al niet meer in dit eerder door hem genoemde percentage (persoonlijke mededeling). De Winter noemt verder het artikel van Seymour en Koerner dat voor de berekening van het abortuspercentage geheel ongeschikt is, zoals ik destijds ook reeds had uiteengezet<sup>6</sup>. Het wonderlijke bij de berekening van de abortusfrequentie van De Winter, die door het rapport van de vereniging voor psychiatrie en neurologie kennelijk zonder meer wordt overgenomen, is echter dat hij wel deze zeer aanvechtbare gegevens citeert om aan te tonen dat het aantal abortus „hoog” is, maar dat hij *niet* de destijds reeds bekende gegevens noemde die met deze bewering strijdig zijn, namelijk de onderzoeken over de abortusfrequentie in Amsterdam uit mijn proefschrift, wat des te opvallender is omdat deze gegevens een jaar tevoren uit dezelfde kliniek waren gepubliceerd als waarin De Winter de scriptie schreef die tot zijn boek heeft geleid. Hij heeft zijn manuscript wat dit betreft onvoldoende zorgvuldig gecorrigeerd en bijgewerkt (op andere plaat-

sen in zijn boek heeft deze bewerking wel plaatsgevonden).

Er zijn echter nog meer redenen om aan te nemen dat het aantal abortus provocatus in Nederland kleiner is dan de in het rapport van de vereniging voor psychiatrie en neurologie gencemde 20.000 tot 60.000 per jaar. Daar is bijvoorbeeld het landelijke onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap, gepubliceerd door Ligtenberg<sup>7</sup>, die voor het jaar 1960 komt tot een percentage abortus van 13 voor geheel Nederland. In aanmerking nemend dat het percentage spontane abortus naar alle waarschijnlijkheid 8-10 bedraagt, zou dus het percentage abortus provocatus dan 3-5 zijn. Men zou dan komen tot een landelijk aantal abortus provocatus van 8.500-14.000 per jaar (berekening van mij uit de cijfers van Ligtenberg). Wij moeten hierbij in aanmerking nemen, dat de plattelandsartsen relatief bij het onderzoek van het N.H.G. iets sterker waren vertegenwoordigd dan de artsen uit de grote steden, zodat dit aantal abortus vermoedelijk wat aan de lage kant zal zijn. Dit vergelijkend met de resultaten van mijn eigen onderzoek: in Nederland aanzienlijk minder dan 27.000 abortus provocatus per jaar, omstreeks 1963; lijkt het gerechtvaardigd - bij een totaal verschillende opzet van de onderzoeksmethodieken - te concluderen tot een aanzienlijke mate van overeenstemming.

Tenslotte houdt het rapport van de vereniging voor psychiatrie en neurologie geen rekening met de sterke aanwijzingen die er zijn voor een dalende abortusfrequentie in Nederland sinds 1945<sup>8</sup>, waarschijnlijk nog versterkt sinds de invoering van de orale anticonceptie. Dit alles wijst er wel op, dat de 20.000 abortus provocatus per jaar niet als minimum, maar veeleer als maximum moet worden beschouwd voor Nederland, een veel gunstiger beeld dan door het rapport wordt opgeroepen.

Waarom is dit alles zo belangrijk? Maakt het werkelijk iets uit of in Nederland 15.000 abortus provocatus per jaar worden uitgevoerd of 60.000? Ik meen dat dit inderdaad van belang is. Wanneer wij willen nagaan wat in concreto de uitwerking is van een attitudewijziging, zoals die in het besproken rapport wordt aanbevolen, dan zullen wij de uitgangspunten zo nauwkeurig mogelijk moeten bepalen. Van deze uitgangswaarden hangt namelijk af, welke betekenis wij aan eventuele veranderingen zullen toekennen. Om een voorbeeld te geven: gesteld dat — na de genoemde wijziging in de attitude — Nederland in 1975 40.000 abortus langs officiële weg in ziekenhuizen zouden worden uitgevoerd terwijl een nauwkeurige analyse zou leren, dat er omstreeks 20.000 illegale abortus plaatsvonden, dan kan men dit — met het rapport van de vereniging voor psychiatrie en neurologie uit 1970 in de hand — beschouwen als een vervanging van criminele abortus door officiële abortus zonder meer (immers het totaal blijft 60.000). Maar wanneer men er van uitgaat dat nu in Nederland minder dan 20.000 abortus provocatus plaatsvinden, dan zou men de cijfers over 1975 geheel an-

ders moeten interpreteren: 40.000 officiële abortusgevallen in ziekenhuizen zouden dan als toename van het totale aantal abortus moeten worden gewaardeerd, en onderzocht zou moeten worden of zij in de plaats zijn gekomen van geboorten of bijvoorbeeld van anticonceptie.

Dit is des te belangrijker omdat het besproken rapport op blz. 23 stelt: „dat vrouwen die nu wel een betrouwbare vorm van anticonceptie met succes toepassen deze zouden staken omdat ze abortus provocatus gemakkelijker vinden, is denkbaar, maar het aantal dat dit eventueel zou doen zal naar onze mening heel klein zijn. Buitenlandse onderzoeken waarbij een dergelijke verdringing van anticonceptie door abortus provocatus geconstateerd is, hebben betrekking op landen waarin een preventieve attitude ten aanzien van de anticonceptie nog slecht ontwikkeld is. In Nederland bestaat deze wel, getuige bijvoorbeeld het feit dat ons land de tweede plaats inneemt op de lijst van percentages pilgebruik”. De geciteerde passage van het rapport loopt wel erg gemakkelijk heen over een van de belangrijkste problemen die met de abortus provocatus samenhangen, voornamelijk door het gebruik van het begrip „preventieve attitude” op een dubbelzinnige manier. Dit begrip is afkomstig van Van Emde Boas, en ik heb uit zijn publicaties altijd begrepen, dat het ongeveer gelijk te stellen was aan dat wat ik in mijn proefschrift heb genoemd: drijfveer tot geboortenbeperking. Van Emde Boas stelt zelf dat „the effect of every contraceptive technique depends on the relation between the strength, the intensity and the foundation of the „preventive attitude”, i.e. the „motivation” on one side and the whole range of practically hampering and emotionally inhibiting factors on the other”<sup>9</sup>. De preventieve attitude is dus gelijk te stellen aan de „motivation”, de drijvende kracht, de drijfveer (tot geboortenbeperking). De geciteerde passage uit het rapport doet het nu voorkomen alsof er twee geheel verschillende drijfveren zouden zijn, namelijk die drijfveer die in Nederland aanwezig is en die geleid heeft tot het veelvuldig pilgebruik hier, en een andere drijfveer die in andere landen (en bedoeld moeten hier wel zijn bijvoorbeeld Oosteuropese) oorzaak was van een toename van de abortus provocatus. De „preventieve attitude” in deze betekenis is dus een „motivation”, een drijvende kracht die uitsluitend leidt tot anticonceptie en niet tot abortus. De abortus zou toenemen in landen waar de „preventieve attitude” slecht is ontwikkeld, en de „motivation”, de drijvende kracht daartoe, zou een geheel andere zijn. Dit standpunt nu lijkt mij uitermate aanvechtbaar; ik heb het eigenlijk nooit ergens geargumenteed gezien, en het lijkt mij dat veel feiten ertegen pleiten. De opkomst van de abortus provocatus in Nederland bijvoorbeeld valt in tijd duidelijk samen met de toepassing van en de propaganda voor anticonceptionele methodieken, primitieve en meer efficiënte (let wel, ik beweer niet dat de toename van de abortus hierdoor werd veroorzaakt!). De kennis

en het gebruik van goede methoden van anticonceptie waren bij vrouwen die zich (lieten) aborteren zeker niet minder dan bij vrouwen die dat niet deden (in mijn Amsterdamse onderzoek). De grote meerderheid van de ongewenste graviditeiten bij vrouwen die abortus provocatus toepasten, bleek in datzelfde onderzoek afkomstig van mislukte anticonceptie; slechts een gering aantal was afkomstig van cohabitatie *zonder* anticonceptie<sup>10</sup>.

In feite verschilde de situatie op het gebied van de geboortenbeperking in een land als Hongarije vóór het vrijgeven van abortus, dus omstreeks 1950 waarschijnlijk niet zeer sterk van die in Nederland: het geboortencijfer was ongeveer gelijk (21-23 per 1000), abortus kwam mogelijk iets vaker voor dan hier, anticonceptie werd daar evenals hier door de grote meerderheid van de bevolking toegepast in de vorm van coitus interruptus, condoms en nog enkele minder belangrijke methoden<sup>11</sup>. Dat er een sterke drijfveer tot geboortenbeperking bestond blijkt onder meer wel uit de onmiddellijke reactie op een verruiming van de mogelijkheid tot geboortenbeperking: dáár de vrije abortus en hiér — wat later — het beschikbaar komen van de pil. Enkele jaren geleden heb ik uitvoerig gewezen op vergelijkbare verschijnselen bij de reactie op deze twee gebeurtenissen, bijvoorbeeld de snelle daling van het geboortencijfer in beide landen in aansluiting daarop<sup>12</sup>. Veel aannemelijker dan de twee verschillende drijfveren (tot abortus en tot anticonceptie) waartoe ik door de geciteerde passage in het rapport zou moeten concluderen, lijkt mij dan ook één drijfveer tot geboortenbeperking, die zich — al naar omstandigheden („the whole range of practically hampering and emotionally inhibiting factors”) effectueert in de vorm van anticonceptie óf in de vorm van abortus. Aan de ene kant van de schaal vinden we dan landen waar abortus zeer gemakkelijk is en anticonceptie betrekkelijk weinig wordt toegepast, terwijl er toch een sterke drijfveer tot geboortenbeperking bestaat (voorbeeld: Japan), aan de andere kant landen waar abortus moeilijk is te verkrijgen, terwijl anticonceptie er veelvuldig wordt toegepast, in primitieve en moderne vorm. Als voorbeeld van het laatste kan Nederland gelden maar in iets andere vorm ook Hongarije en Tsjecho-Slowakije vóór het vrijgeven van abortus. De vraag waar we voor staan is: wat zal er gebeuren wanneer ook in Nederland de abortus zeer gemakkelijk te verkrijgen wordt? Op die vraag kan niemand met absolute zekerheid een antwoord geven, de vereniging voor psychiatrie niet en ik niet. Wel kan ik — als waarschuwing — wijzen op wat zich bijvoorbeeld in Hongarije heeft afgespeeld: de verschillende gegevens wijzen daar op een sterke toename van het aantal concepties en op een verschuiving van meer effectieve vormen van anticonceptie naar minder effectieve<sup>13</sup>.

Voor wat betreft de Nederlandse situatie wil ik dan hieraan nog slechts toevoegen, dat het gebruik van de pil hier weliswaar zeer verbreid is, maar dat ieder die zich hiermede bezighoudt weet dat

dit is *ondanks* de enorme weerstanden tegen de pil. Het is hier niet relevant, of deze weerstanden rationeel zijn of niet; ze bestaan. Een illustratie van dat wat ik hier betoog gaf mij dezer dagen een vrouw die bepaalde klachten had bij het gebruik van de pil en met wie ik de mogelijkheid besprak een andere methode van anticonceptie te gaan toepassen die echter een hoger risico op een zwangerschap met zich mee zou brengen. Op mijn vraag of zij dit licht verhoogde risico wilde lopen antwoordde zij: „Zolang de abortus hier in Nederland nog niet vrij is, niet”!

De hypothese die ik hier naar voren breng is, dat bij de attitude-wijziging zoals die wordt bepleit in het besproken rapport, en waarbij de abortus in Nederland zeer gemakkelijk verkrijgbaar zou worden, velen die nú tegen sterke weerstanden in goede methoden van anticonceptie toepassen, *dan* grotere of zeer grote risico's zullen gaan nemen, dat er dus een verschuiving zal optreden van effectieve naar minder effectieve anticonceptie, en daarmee van anticonceptie naar abortus. Een dergelijke hypothese, waarvoor m.i. zeer sterke argumenten zijn aan te voeren, is echter slechts dan te toetsen aan de feiten wanneer die feiten zo nauwkeurig mogelijk worden geregistreerd. Het is dáárom dat ik bezwaar maak tegen de in het rapport genoemde zeer aanvechtbare abortusfrequentie voor Nederland nu, die zonder meer is overgenomen uit één van de vier in het rapport geciteerde publicaties, die in strijd is met de resultaten van twee geciteerde onderzoeken en eveneens in strijd met andere niet genoemde onderzoeken. Het is ook dáárom dat ik pleit voor een zo nauwkeurig mogelijke registratie van zwangerschappen eindigend in hetzij abortus of partus. Er bestaat thans reeds een registratie van de abortus arte provocatus op vrijwillige basis door de Nederlandsche Gynaecologische Vereniging. Het is echter de vraag, of aan deze registratie algemeen wordt meegewerkt, en de informatie die daardoor kan worden geboden is zeer gebrekkig.

Wat wij nodig hebben, is een verplichte registratie van alle abortus arte provocatus met als enige bedoeling: registreren wat er in feite plaats vindt. Deze registratie moet *niet* tot doel hebben het beïnvloeden van dat wat op bepaalde plaatsen of in individuele gevallen gebeurt. Als de registratie wél als middel wordt gebruikt om deze invloed uit te oefenen, mist zij haar doel en zal zij ongetwijfeld worden ontdoken. Daarnaast is nodig een registratie liefst van alle andere zwangerschappen die vóór de 28e week eindigen. Met de registratie van de partus immaturus is het in Nederland droevig gesteld: niemand weet precies bij welke zwangerschapsduur een levend- of doodgeboren kind als zodanig moet worden aangegeven, en daarom doet ieder wat hem of haar goeddunkt. De abortus en de vroege partus immaturus wordt in het geheel niet geregistreerd. Vanuit het hier beschreven gezichtspunt — de zo nauwkeurig mogelijke registratie van dat wat feitelijk gebeurt — zou ideaal zijn een ver-

plichte aangifte van alle abortus en partus im-maturus, thuis en in ziekenhuizen. Dat ideaal lijkt voorlopig nog moeilijk te verwezenlijken. Wel is een registratie mogelijk van alle zwangerschappen die hun einde vinden binnen de muren van een ziekenhuis, en van vrouwen die in verband met dit zwangerschapseinde worden opgenomen. Dat is wat in feite op, voor zover wij kunnen nagaan, efficiënte wijze plaatsvindt in Oost-Europa. Het lijkt mij uitermate wenselijk, dat dit ook in Nederland gebeurt, willen wij in de toekomst niet de mist ingaan wat betreft het abortusvraagstuk. Of de aangifte anoniem of niet-anoniem moet geschieden is een probleem, dat hier niet behoeft te worden opgelost (in Engeland geschiedt de registratie van de abortus arte provocatus niet-anoniem). Hoe dan ook, wanneer wij werkelijk willen weten wat er gebeurt moeten wij registreren. Maar het is geen uitgemaakte zaak dat wij inderdaad willen weten wat er gebeurt: misschien wil onze maatschappij als geheel het liever niet weten, misschien vinden wij de zwangerschap nu al een dusdanig onbelangrijke zaak dat wij registratie van het einde van die zwangerschap te veel moeite vinden.

Concluderend: ik heb ernstig bezwaar tegen de oppervlakkige wijze waarop in het rapport de kwantitatieve gegevens over abortus worden besproken. Op grond van de nu beschikbare gegevens van hier en elders kom ik tot een geheel andere toekomstvisie dan het rapport: een sterke toename van het aantal abortus ten koste van de anticonceptie, wanneer de aanbevelingen van het rapport worden gevolgd. Of deze visie juist is, zal uiteindelijk, wanneer de in het rapport bepleite attitude-wijziging inderdaad plaats zou vinden, slechts kunnen worden vastgesteld door een zo nauwkeurig mo-

gelijke registratie van dat wat in Nederland feitelijk met zwangerschappen gebeurt. Ik bepleit daarom een verplichte registratie van alle zwangerschappen die in ziekenhuizen eindigen of waarbij de vrouw in verband met dat einde in een ziekenhuis moet worden opgenomen.

#### Literatuur

- 1) Joh. Fortuin, Abortus provocatus N.U.B. no 23 (mei 1967).
- 2) G. J. Kloosterman, bijdrage in: Internationale Abortbekämpfung, Antikonzeption blz. 81-85, ed. K. H. Mehlan, Leipzig 1961.
- 3) P. E. Treffers, Abortus provocatus en anticonceptie. Haarlem, 1965, pag. 53-61.
- 4) P. E. Treffers, Medisch-ethische vragen rondom vruchtbaarheid en voortplanting. Bijdrage in Recent Medisch-ethisch denken, Leiden 1969, pag. 91.
- 5) E. R. de Winter, Abortus provocatus. Deventer 1966. pag. 9 en pag. 63-64.
- 6) P. E. Treffers, op. cit. (1965), pag. 57.
- 7) W. J. J. Ligtenberg, Abortus in de huisartsenpraktijk. Leiden 1966, pag. 52-63.
- 8) P. E. Treffers, op. cit. (1965), pag. 71-74.
- 9) C. van Emde Boas, The churches and ourselves. Proceedings of the third conference of the region for Europe etc. of the IPPF, Warsaw 1962. Excerpta Medica, Intern. Congress series no 71, pag. 3.
- 10) P. E. Treffers, op. cit. (1965), pag. 175 en pag. 164.
- 11) H. Frederiksen en J. W. Brackett, Demographic effects of abortion. Public Health Reports 83:999 - 1010 (1968).
- 12) P. E. Treffers, Family size, contraception and birth rate before and after the introduction of a new method of family planning. Journ. Marriage and the Family, vol. 30, pag. 338 (1968).

Emmen, 13 april 1970

Dr. P. E. Treffers, vrouwenarts

## Onbegrijpelijk

Het gegeven, dat de arts de enige is die een abortus provocatus technisch verantwoord zou kunnen uitvoeren, lijkt voor enkelen een reden (alibi?) te zijn om voor de toenemende vraag hiernaar te buigen. Worden we leveranciers van diensten ad hoc met de ogen dicht of kunnen we het respect voor het leven als uitgangspunt voor het handelen aanhouden? Tegenover de bereidheid tot het afbreken (onderbreken is een eufemisme) van een begin-leven doet de terughoudendheid ten aanzien van de euthanasie van een afgeleefd rest-leven onbegrijpelijk aan. De zorg voor de hulpbehoevende, doorgelegen, incontinent, ernstig demente bejaarde mens; de eindeloze zeer kostbare behandelingen van rest-levens zoals bij gedecerebreerden (Mia Versluys) of diep-gestoorde voortvegeterende jonge kinderen lijkt in de huidige context een anachronisme. Komen er euthanasieklinieken, dan kan men weer van een consequent handelen spreken. Wel met dien verstande, dat een begin-leven een eindeloos veel betere prognose heeft dan een rest-

leven, in ieder geval somatisch en waarschijnlijk ook psychisch.

Het is onbegrijpelijk, dat men aan het oordeel van een psychiater bij dit soort zaken zo'n zwaar gewicht toekent. Wie de observatieprotocollen doorleest van een vaker opgenomen patiënt, krijgt, zeker indien de opnamen in verschillende inrichtingen plaatsvonden, een chaotisch beeld van de diagnoses en prognoses die gesteld zijn met betrekking tot een en dezelfde patiënt, die dan nog langdurig was geobserveerd en psychiatrisch was. Welke waarde heeft dit oordeel na een slechts beperkt aantal contacten met een gezonde persoon, waarbij het beeld ook nog vertroebeld wordt door de sterke emotionele belasting op dat moment en het feit dat dit contact een ander motief heeft dan het willen genezen van een ziekte? Hoe kan deze outsider tot enigerlei zekerheid komen omtrent een prognosestelling, die niet anders dan hoogst speculatief is, juist waar in verband met de ernst van de beslissing zekerheid is geboden?

Zijn de vaak niet te voorzien ontwikkelingen in een mensenleven niet veel belangrijker dan de si-



tuatie-van-dat-moment waarin de vrouw zich meldt? Men raakt onder de indruk van de sterke regeneratie- en recuperatiemogelijkheden van de gezonde jonge mens. Alleen daarom is een follow-up van afgewezen gevallen noodzakelijk, alvorens men, hoe dan ook, over kan gaan tot legalisering. Nog te weinig is bekend gemaakt van de ontwikkelingen na de geboorte van op een bepaald moment hoogst-ongewenste kinderen vergeleken met de ontwikkelingen na de geboorte van gewenste kinderen. Dat een kind in zijn eerste jaren negatieve omstandigheden traumatisch kan verwerken, is bekend. Het is echter onbegrijpelijk, dat men dan concludeert, dat het dan maar helemaal geen toekomst moet hebben. Wie geeft ons deze vonniswijzende macht, zeker in het licht van de uiterst speculatieve prognosestelling?

Het is onbegrijpelijk dat in deze tijd met zijn grotere openheid, zijn afnemende discriminatie ten aanzien van de ongehuwde moeder en zijn veel grotere financiële mogelijkheden (tonnen verslindende

kunstnieren; grote toegankelijkheid van Sociale Zaken) nu ineens de roep naar een willekeurige abortuspleging een haast dwingend karakter krijgt. Als men dan, zoals ondergetekende, meemaakt tot welk een komedie de „behandeling” van een abortusaanvraag leidt, wanneer deze in een serieuze abortuscommissie is gekomen, beseft men op een hellend vlak te zijn gekomen, vanwaar geen terugkeer meer bestaat. Hierop aangekomen wordt men spoedig geconfronteerd met het feit, dat deze maatregel in de „anticonceptieve” sfeer is geraakt zoals in Engeland. Daar overkwam het een bevriende relatie, die met haar man een vakantietrip naar Londen maakte, dat de aangeroepen taxi-chauffeur hen met een schuin oog taxeerde met de vraag: „Abortion?” Een treurig soort geneeskunde waarvoor ik mij geneer.

Den Dolder, 20 april 1970

A. W. Moll van Charante, arts

## Percentages abortus provocatus

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid Dr. R. J. H. Kruisinga heeft een brief gezonden aan de voorzitter der Tweede Kamer van de volgende inhoud:

„Bij de behandeling van de begroting van het hoofdstuk Sociale Zaken en Volksgezondheid, afdeling Volksgezondheid, werd gewezen op mededelingen van Prof. Dr. A. A. Haspels, die stelde, dat sinds de orale contraceptiva werden ingevoerd, het aantal gevallen van criminele abortus sterk was gedaald, waarbij hij in dit kader wees op een vermindering van het aantal gevallen van abortus in de buitendienst van een kliniek van 10 per dag tot 4 per week.

„In aansluiting hierop en op vragen tijdens de mondelinge behandeling gesteld, kan thans nog het volgende worden medegedeeld.

„In het proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor in de geneeskunde van de heer P. E. Treffers d.d. 21 oktober 1965 is berekend, dat het abortuspercentage in Amsterdam sinds het begin van deze eeuw geleidelijk steeg tot een top in 1943 van ruim 24 pct. en sindsdien weer langzaam dalende was tot in 1963: 10 pct. van het aantal geboorten. Deze berekening is gebaseerd op gegevens die in de loop van de tijd zijn verzameld in de Universiteitskliniek te Amsterdam. De volgende tabel is aan voornoemd proefschrift ontleend:

*Abortuspercentage van de anamnestiche graviditeiten van vrouwen, opgenomen voor een bevalling in verschillende jaren*

Jaar	Aantal patiënten	Aantal graviditeiten	Aantal abortus	Aantal percentages
1883/84	300	326	24	7,3
1893	300	496	49	9,8
1903	300	728	88	12,0
1913	300	833	141	16,9
1923	300	571	84	14,7
1933	300	515	106	20,5
1938	300	420	79	18,8
1943	300	428	103	24,1
1948	300	447	105	23,5
1953	2415	3480	670	19,8
1963	2171	3075	585	19,0

Dr. Treffers trachtte op grond van deze en andere gegevens tot een benadering te komen van het abortuspercentage in Amsterdam en berekende dit op 21. Aangezien de ervaring heeft geleerd, dat door de jaren steeds ongeveer 8 à 10 pct. van het aantal graviditeiten spontaan in abortus eindigt, zou het aantal gevallen van abortus provocatus onge-

veer 12 pct. van het aantal bevallingen zijn voor de stad Amsterdam. Deze berekening slaat uiteraard op de periode van het onderzoek, nl. de jaren 1959-1964.

Ten aanzien van de ontwikkeling sinds 1964 deelt de Prof. G. J. Kloosterman, hoofd van de kliniek voor verloskunde en gynaecologie van het Wilhelmina Gasthuis te Amsterdam, nog het volgende mede.

Uit de sinds 1964 verzamelde gegevens blijkt, dat het abortus provocatus-percentages in de afgelopen jaren aanzienlijk is teruggelopen en thans ongeveer 4-6 pct. van het aantal bevallingen bedraagt, een halvering dus in de afgelopen 5 jaar.

Op grond hiervan kan in vergelijking met de hierboven vermelde cijfers gesteld worden, dat het aantal gevallen van abortus provocatus lager was dan

op enig ander tijdstip sinds het begin van deze eeuw.

De vraag doet zich hierbij voor, of deze percentages (respectievelijk 12 pct. van het aantal bevallingen in 1963 en thans ongeveer 5 pct.) uit de Universiteitskliniek te Amsterdam representatief zijn voor geheel Nederland.

Er zijn geen aanwijzingen dat de hier gegeven cijfers en percentages landelijk gezien hoger zouden zijn dan op grond van de Amsterdamse gegevens zou moeten worden verwacht. Een onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap, verricht in de drie noordelijke provincies in het jaar 1967, duidt op het tegendeel, aangezien men hier tot een aanmerkelijk lager abortus provocatus-percentages kwam, nl. 2 voor de stadspraktijken en 0,3 voor de plattelandspraktijken."

---

## Vroege diagnostiek van cervixcarcinoom

In januari van dit jaar heeft de staatssecretaris voor de Volksgezondheid positief gereageerd op het verzoek van een Utrechtse werkgroep gelden ter beschikking te willen stellen voor onderzoekingen over de meest doelmatige wijze waarop de cytologische vroege diagnostiek van het cervixcarcinoom in Nederland zou kunnen worden aangewend; met name is gedacht aan de rol, die de huisarts hierbij zou kunnen spelen. De beslissing van Dr. Kruisinga heeft aanstonds belangstelling gekregen in de pers, en bij verscheidene collegae is daardoor de indruk gewekt, dat de Utrechtse groep nu reeds met een compleet laboratorium gereed zou staan om op grote schaal uitstrijkjes te gaan beoordelen. Om misverstanden te vermijden wordt nu het volgende aan de Nederlandse artsen medegedeeld:

1. Er heeft zich een stuurgroep gevormd, bestaande uit de collegae B. V. Bekker (namens het Rijks Instituut voor de Volksgezondheid), J. C. van Es (namens het Ned. Huisartsen Instituut), A. A. Haspels, M. J. Hartgerink (namens de Geneeskundige Hoofdinspectie), G. Linthorst (secretaris), A. de Minjer en F. de Waard (voorzitter). Deze groep zal nog worden uitgebreid met een deskundige afkomstig uit de gedragswetenschappen.

2. Deze groep beschikt nog niet over eigen laboratoriumruimte, maar geniet gastvrijheid in de kliniek van Prof. Haspels; men bereidt de inrichting voor van een laboratorium, dat de naam „Cyt - U - Universitair” zal dragen.

3. De stuurgroep zal een aantal projecten ontwerpen, die antwoord moeten geven op vragen van drieërlei aard:

a) sociaal-psychologische vragen; bijvoorbeeld hoe staat de bevolking tegenover min of meer sy-

stematisch onderzoek; hoe groot zal de medewerking van de kant van de huisartsen zijn voor diverse vormen van „screening” e.d.?

b) epidemiologische vragen: hoe kan men de bestaande kennis over de ongelijke verdeling van het risico op cervixcarcinoom ten nutte maken van het cytodiagnostiek-onderzoek?

c) organisatorische vragen: bijvoorbeeld in hoeverre is regionalisatie van laboratoriumdiensten gewenst? Hoe dient het samenspel tussen huisartsen, cytodiagnostisch laboratorium, gynaecologen en patholoog-anatomen te verlopen? Zijn locale screenings-campagnes gewenst?

Uit deze globale opsomming zal duidelijk worden, dat „Cyt - U - Universitair” niet zonder meer diensten verleent, maar in de eerste plaats onderzoek verricht. Huisartsen, die meer dan gewone belangstelling hebben voor de vroege opsporing van cervixcarcinoom, zullen uitstrijkjes kunnen insturen van bepaalde categorieën patiënten. Uiteraard zal inzending van cytologisch materiaal vergezeld dienen te gaan van enige medische documentatie.

4. Het aantal huisartsen, dat een samenwerkingsverband met „Cyt - U - Universitair” zal kunnen aangaan, is om praktische redenen beperkt. De stuurgroep zal graag samenwerken met groepjes huisartsen, die reeds een zekere cohesie vertonen, in het bijzonder met huisartsen in grote steden en met hen, die geïnteresseerd zijn in preventieve geneeskunde en een goede praktijkorganisatie hebben opgebouwd. In de komende maanden zullen diverse projecten worden voorbereid. Belangstellende huisartsen kunnen zich desgewenst schriftelijk richten tot het secretariaat van de stuurgroep, per adres „Cyt - U - Universitair”, Catharijnesingel 71, Utrecht of tot het Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht.

# VERKOOP ARTSENPRAKTIJK

Door Prof. Mr. J. M. M. Maeijer

*In „Ars Aequi”, juridisch studentenblad (XIX, 3, maart 1970), wordt door Prof. Mr. J. M. M. Maeijer een antwoord gegeven op een rechtsvraag met betrekking tot de verkoop van een artsenpraktijk door de curator in een faillissement. De probleemstelling luidde aldus:*

De plattelandsarts Zorggraag, enig arts in het kleine Brabantse dorpje X, wordt failliet verklaard. Op grond van art. 101 Faillissementswet verkoopt de curator de dokterspraktijk met de daaraan verbonden goodwill aan de jonge, pas afgestudeerde arts Trouwborst. In het overnamecontract is niet uitdrukkelijk een zogenaamde concurrentieclausule opgenomen. Nadat het faillissement een einde heeft genomen, vestigt Zorggraag zich opnieuw als arts in X. Vele oude patiënten van Zorggraag die in de door Trouwborst overgenomen praktijk door deze werden behandeld, keren naar Zorggraag terug. Kan Trouwborst hiertegen civielrechtelijk optreden, en zo ja, op welke wijze?

*Prof. Maeijer behandelde dit vraagstuk in „Ars Aequi” in een uitvoerige beschouwing, welke hier integraal wordt gereproduceerd.*

## **(1) Algemeen: verkoop van een artsenpraktijk met goodwill**

Het antwoord op de vraag óf een artsenpraktijk rechteus wel verhandelbaar is, is nog steeds omstreven. Zo schreef J. Wiarda (in noot in *Ars Aequi* III, p. 92 sub VII; en voorts verslag vergadering Broederschap Candidaat-notarissen 1953, bijlage WPNR 4327, p. 62, 6627), dat het maken van de *mens*, i.c. de patiënt, tot „koopwaar”, strijdig is met de openbare orde en goede zeden. Laatstelijk heeft Van der Grinten (vgl. de bundel *De geneesheer en het recht*, p. 47) nog betoogd dat een dergelijke commercialisering beneden de waardigheid van het artsberoep ligt. „Een artsenpraktijk moet niet als een melkwijk verhandelbaar zijn”.

Artsenpraktijken worden echter nog steeds „verkocht”, zonder dat zulks algemeen als in strijd met de goede zeden wordt ervaren (vgl. H. Cohen Jehoram c.s., *Opvolging in het vrije beroep*, Recht en praktijk 3, p. 26 en 29 e.v.). Een door het recht in het vooruitzicht gestelde nietigheid van dergelijke „verkopen” zou vrij gemakkelijk kunnen worden ontgaan, bijvoorbeeld door een hoger bedrag te bedingen bij de verkoop van het pand waarin de praktijk wordt uitgeoefend. Persoonlijk juich ik het verschijnsel van praktijkverkopen niet toe, en het privaatrecht moet in geen geval een stimulerende

werking hebben op dergelijke transacties. Overigens verwacht ik dat het verschijnsel door tal van maatschappelijke factoren in belangrijke mate zal verbleken, en op den duur wellicht geheel zal verdwijnen. Ik denk aan: een groter aanbod van artsen, grotere mogelijkheden voor en initiatieven van jonge artsen zich „vrij” te vestigen, versteviging van de invloed van ziekenhuisbesturen bij het aantrekken van specialisten, het door de beroepsgenoten in collectief verband tot stand brengen van een goede oudedagsvoorziening voor de arts die zijn praktijk neerlegt (vgl. in dit verband over het wetsontwerp verplichte beroepspensioenregelingen: *Verzekerings-Archief* XLVII, 1 januari 1970), etc.

Zolang echter praktijken worden „verkocht”, en de goodwill nog geacht kan worden een waarde te vertegenwoordigen, moet het privaatrecht in zekere mate met deze realiteit rekening houden: bijvoorbeeld in het belang van de erven, van de met een arts in gemeenschap van goederen getrouwde echtgenote, en van de crediteuren (vgl. in deze zin: J. C. van Oven, *De goodwill in het privaatrecht*, preadvies Broederschap Candidaat-notarissen 1953). De rechtspraktijk en de rechtspraak gaan ook van deze realiteit uit. Ik wil enkel wijzen op een tweetal recente beslissingen: HR 3 mei 1961, WPNR 4687 (fiscaal arrest), waarin wordt uitgegaan van de overdraagbaarheid van een huisartsenpraktijk; en Rb Rotterdam 8 januari 1962, NJ 1962, 480, waarin — nadat zulks in het bekende Damesmode-bedrijfsarrest (HR 9 maart 1951, NJ 1952, 46, *Ars Aequi* III, p. 83 e.v.) was uitgemaakt ten aanzien van goodwill in de zuivere bedrijfs sfeer — nu ook ten aanzien van de goodwill van een oogartsenpraktijk werd uitgemaakt dat deze voorzover losstaande van kennis, hersenen en „earning capacity”, deel uitmaakt van de gemeenschap van goederen waarin de oogarts is gehuwd (vgl. verder H. Cohen Jehoram, *Goodwillrecht*, diss. Leiden 1963, p. 43 e.v.).

Wordt het patiëntendom door deze rechteus erkende verzakelijking van de artsenpraktijk inderdaad gedegradeerd tot „koopwaar”? Ik meen dat dit een niet geheel juiste benadering is. Bij verhandeling van een artsenpraktijk is van verkoop in de zin van art. 1493 BW dat de levering van een zaak veronderstelt, geen sprake. In de concept-overeenkomst gehanteerd door de Landelijke Huisartsen Vereniging wordt gesproken van overname van de praktijk. De overeenkomst tot overname is een contract sui generis waarop de bepalingen van art. 1493 BW e.v. zoveel mogelijk per analogiam van toepassing kunnen worden geacht. De levering van de praktijk met goodwill is echter geen „zakerech-

telijke", evenmin als een praktijk of goodwill een „zaak" is in de zin van art. 555 BW. Een praktijk of goodwill kan echter wel object zijn van obligatoire rechtshandelingen; en ook de „levering" geschiedt op obligatoire wijze: doordat de overdrager zich verbindt alles te doen of na te laten wat nodig is opdat de overnemer de praktijk op dezelfde voet kan voortzetten. De verplichtingen om te doen: bijvoorbeeld het introduceren bij de patiënten en andere relaties met de praktijk verband houdend; het verschaffen van de nodige inlichtingen; het overdragen van administratieve en andere bescheiden die op de praktijk betrekking hebben. De verplichting om niet te doen: het zich onthouden van concurrentie, van de uitoefening van de praktijk in dezelfde woonplaats gedurende een reeks van jaren.

De patiënten blijven — ondanks de introductie door de overdragende arts van de overnemende arts — vrij om zelf een andere arts te kiezen dan de overnemer. Dat zij van deze vrijheid vaak geen gebruik maken en zich neerleggen bij de introductie, is een andere zaak. Dit is juist een van de oorzaken van het bestaan van de „goodwill" van een artspraktijk. Zoals Bregstein het zo treffend uitdrukte: goodwill is in de eerste plaats het genieten van de wet van de traagheid (vgl. verslag vergadering Broederschap Candidaat-Notarissen 1953, bijlage van *WPNR* 4327, p. 629). Maar de patiënten behouden wel hun vrijheid, zij kunnen daarom niet zonder meer als „koopwaar" worden aangeduid.

Indien de bedoelde non-concurrentieverplichting niet explicite in het contract is opgenomen, vloeit een dergelijke verplichting bij „verkoop" van een praktijk met goodwill ex art. 1375 jo. art. 1374 lid 3 BW voort uit hetgeen de objectieve goede trouw van partijen bij het bestaan van een dergelijk contract vordert. Vgl. in deze zin: Rb Rotterdam, 4 november 1927, *NJ* 1928, 165, en Rb Groningen 21 oktober 1955, *NJ* 1956, 405.

*(2) De reikwijdte van art. 101 Faillissementswet: de „verkoop" van een artspraktijk met goodwill door de faillissementscurator*

Reeds tijdens de conservatoire periode van het faillissement: vóór het intreden van de staat van insolventie (art. 173 FW), is de curator in twee gevallen bevoegd tot het vervreemden van goederen, en wel (a) indien en voorzover de vervreemding noodzakelijk is ter bestrijding der kosten van het faillissement of (b) de goederen niet dan met nadeel voor de boedel bewaard kunnen blijven. In zijn arrest inzake het faillissement van de NV Nieuw Plancius (HR 27 augustus 1937, *NJ* 1938, 9) besliste de Hoge Raad dat onder „goederen" in de zin van dit artikel ook „het bedrijf", onder meer omvattende de rechten en relaties die tot de uitoefening van het bedrijf der gefailleerde dienden, kon worden begrepen zodat de curator op grond van dit artikel ook het bedrijf had mogen verkopen.

Naar mijn mening kan ook de artspraktijk met daaraan verbonden goodwill op grond van art. 101

FW door de curator te gelde worden gemaakt; tijdens de executoriale periode zal de curator hiertoe ingevolge art. 175 FW in het belang van crediteuren zelfs verplicht zijn indien vaststaat dat bedoelde praktijk met goodwill bij verkoop een bate voor de boedel zal opleveren.

De mogelijkheid van een dergelijke verkoop roept echter bijzondere problemen op. De hoogstbiedende gegadigde zou ondanks het door hem behaalde artsendiploma algemeen bekend kunnen staan als een slecht en onbekwaam geneesheer. In dit geval zou het belang van de patiënten — en daarmee het algemeen belang voor de volksgezondheid — zich ertegen verzetten dat de praktijk aan deze kwakzalver zou worden verkocht. Mijs inziens zou hiervoor het belang van crediteuren moeten wijken. Daarom acht ik ook niet geoorloofd dat een artspraktijk ingevolge art. 101 of 176 FW *in het openbaar* wordt verkocht: een dergelijke verkoop zou van meet af aan te zeer toegesneden zijn op het ene zakelijke belang van de boedel: het verkrijgen van een zo hoog mogelijke prijs ongeacht de persoonlijke kwaliteiten van de gegadigde. Bij onderhandse verkoop is toestemming van de rechter-commissaris nodig (art. 176 FW). Naar mijn mening zal deze in zijn toezichthoudende taak ook het algemeen belang hebben te verdisconteren, en zijn toestemming voor een transactie met een kwakzalver als door mij beschreven, hebben te weigeren. Bij een dergelijke transactie zou de curator trouwens de grenzen van de wet overschrijden: de overeenkomst zou in mijn ogen nietig zijn, omdat zij een geoorloofde oorzaak zou ontberen.

Een tweede probleem is in hoeverre de curator bij de „verkoop" van de praktijk met goodwill de gefailleerde kan binden aan persoonlijke verplichtingen die de „overdracht" van dit vermogensbestanddeel moeten realiseren, zoals bijvoorbeeld een non-concurrentieverplichting. Dit probleem speelt intussen ook bij het te gelde maken door de curator van een bedrijf of onderneming. Het hangt samen met de omstreden vraag in hoeverre de curator beschouwd kan worden als de vertegenwoordiger van de gefailleerde (vgl. hierover laatstelijk P. van Schilfgaarde, *Toerekening van rechtshandelingen*, Deventer 1969, p. 37). Diverse auteurs zijn van mening dat de curator door de „verkoop" van de praktijk of onderneming *niet* persoonlijke verplichtingen als bedoeld, voor de gefailleerde in het leven kan roepen. (Vgl. bijvoorbeeld J. Wiarda, *Ars Aequi* III, p. 92, *WPNR* 4348: het faillissement is een aantasting uitsluitend in het vermogen en niet in de persoon van de gefailleerde; W. C. L. van der Grinten, *Maandschrift Economie* 1953, p. 322: de curator zal niet over de persoon van de failliet kunnen disponeren; en Ph. A. N. Houwing, *Maandblad NV* 21 (1942-1943), p. 105: zeker is wel, dat een doen en een niet-doen *na afloop* van het faillissement niet van de gefailleerde geëist zal kunnen worden.) Hiertegenover staat bijvoorbeeld de mening van J. C. van Oven (preadvies Broederschap Candidaat-Notarissen 1953, p. 74 t/m 77): als een faillissementscurator

verkoopt en levert, draagt hij de rechten van de gefailleerde over met dezelfde gevolgen alsof de gefailleerde dit zelf had gedaan.

Mijns inziens moet men onderscheid maken. Ten aanzien van een verplichting om te doen: bijvoorbeeld tot het introduceren van de koper bij de patiënten nog *tijdens* het faillissement of korte tijd erna zou ik de gefailleerde zeker gehouden willen achten. Indien de curator de introductie zelf verzorgt, is de gefailleerde mijns inziens ook tot medewerking verplicht. Men kan niet zeggen dat in dit geval de persoon van de gefailleerde zou worden aangetast of dat aldus over deze persoon door de curator zou worden gedisponeerd. Anders ligt het ten aanzien van een non-concurrentieverplichting die de gefailleerde voor een langdurige periode — ook na het faillissement — zou binden.

Ten aanzien van een dergelijke verplichting zou ik geen *contractuele* gebondenheid van de gefailleerde willen aanvaarden. Maar betekent zulks dat — zoals Van der Grinten (t.a.p.) stelt — het de gefailleerde volkomen vrij zou staan terstond een nieuwe onderneming (of praktijk) op te richten die van geheel gelijke aard is als de door de curator verkochte, zodat de prijs die de curator kan bedingen diensengevolge

lager zal liggen dan de prijs die de eigenaar zelf bij „verkoop” had kunnen maken? Ik zou denken: geenszins.

### (3) *Op welke wijze kan Trouwborst civielrechtelijk optreden tegen Zorggraag?*

Naar mijn mening zou Trouwborst met een grote kans op succes tegen Zorggraag kunnen ageren uit onrechtmatige daad. Want al kan het afhandig maken van iemands cliënten of patiënten niet zonder meer en in beginsel onrechtmatig worden geacht, onder bijkomende omstandigheden kan het wel degelijk een handelen opleveren dat strijdt met de in het maatschappelijk verkeer betamende zorgvuldigheid ten aanzien van een anders persoon (vgl. *Onrechtmatige daad* VI, S.K. Martens, no. 98 e.v.). Dergelijke bijkomende omstandigheden zijn hier naar mijn oordeel zeker aanwezig. Zorggraag kan elders aan het werk gaan, maar niet in het dorpje X.

#### **Aanbevolen literatuur**

J. C. van Oven, *De goodwill in het privaatrecht*, preadvies Broederschap Candidaat-Notarissen 1953, met het daarbij behorende woordelijk verslag van de beraadslaging: bijlage van WPNR 4327.

## **Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam**

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam, oordelend inzake de op 28 april 1969 ingekomen klacht van klager A, geboren . . . , wonende te X. Tegen verweerder B, geboren . . . , wonende te X.

Gezien het klaagschrift;

Gelet op het onderzoek ter terechtzitting van 24 februari 1970 waar klager en verweerder zijn gehoord, alsmede klagers raadsman, Mr. . . . , advocaat te Y.

Overwegende dat door het onderzoek het volgende is komen vast te staan:

Verweerder is van ongeveer 1964 tot midden 1969 huisarts geweest van klager en diens echtgenote, mevrouw . . . , geboren op . . . , en met klager gehuwd sedert . . . Omstreeks september 1968 heeft klagers echtgenote enkele malen verweerders spreekuur bezocht, buiten klagers weten, bij welke gelegenheden zij heeft gesproken over spanningen, die in de verhouding tussen haar en klager waren ontstaan, en over haar wens in verband daarmee de echtelijke woning te verlaten. Op 11 oktober 1968 verliet klagers echtgenote de echtelijke woning om in een intussen door haar aangekochte flat in Z te gaan wo-

### **Medische verklaring bij echtscheiding op grond van eenzijdige mededelingen**

nen. Klager stelde daarop een procedure tot scheiding van tafel en bed in tegen zijn echtgenote, die harerzijds een vordering van gelijke strekking instelde tegen klager. Op 10 februari 1969 gaf verweerder, op verzoek van klagers echtgenote — die zei dat verzoek namens haar raadsman te doen — haar een verklaring van de volgende inhoud:

„B

X,

Arts

10-2-1969

Telef. . . . - Giro . . .

Spreekuur: 8-9 en 1-2

Ondergetekende verklaart dat mevrouw . . . zowel lichamelijk als geestelijk in zo'n labiele positie verkeerde dat een scheiding van haar echtgenoot zeer gewenst was.

w.g. B”

Deze verklaring werd door de raadsman van klagers echtgenote in de procedure overgelegd. Verweerder heeft met klager geen contact gezocht omtrent de door zijn echtgenote aangevoerde echtelij-

ke moeilijkheden en hem ook tevoren niet geraadpleegd of ingelicht met betrekking tot het afgeven van de verklaring van 10 februari 1969.

Overwegende dat de klacht zakelijk als volgt is samen te vatten:

Verweerder ondermijnde het vertrouwen in de stand der geneeskundigen door als behandelend huisarts van beide partijen voormelde verklaring zonder contact met klager en op grond van eenzijdige mededelingen van zijn echtgenote af te geven;

Overwegende omtrent één en ander:

dat in beginsel aan een behandelend arts, wanneer de omstandigheden van zijn patiënt zulks zeer dringend noodzakelijk maken, de bevoegdheid niet mag worden ontzegd om ten behoeve van die patiënt en ten dienste van derden een schriftelijke verklaring omtrent de gezondheidstoestand van zijn patiënt te geven;

dat echter ten deze van zodanige dringende omstandigheden in het geheel niet is gebleken;

dat immers, toen verweerder de verklaring afgaf, klagers echtgenote reeds enkele maanden gescheiden van klager leefde, in een flat die haar eigendom was, zodat generlei gevaar bestond dat klagers echtgenote op enige wijze, tegen haar zin, gedwon-

gen zou kunnen worden de samenwoning met klager voort te zetten of te hervatten;

dat ook medewerking aan bewijslevering omtrent de rechtmatigheid van het verlaten van de echtelijke woning tegenover klager niet lag op de weg van verweerder;

dat de verklaring dat klagers echtgenote „lichamelijk en geestelijk in zo'n labiele positie verkeerde dat een scheiding van haar echtgenoot zeer gewenst was" niet juist was (verweerder verklaarde ter zitting niet meer dan dat de patiënte „doodzielig" was en erg „tobde", en had haar niet naar enige specialist verwezen) en in elk geval haar lichamelijke toestand omstreeks 11 oktober 1968 niet zorgelijk was, volgens verweerders eigen verklaring ter terechtzitting;

dat daaraan niet afdoet dat het getob van de patiënte op den duur haar lichamelijke toestand nadelig had kunnen beïnvloeden;

dat verweerder voorts onjuist handelde door klager, die evenzeer zijn patiënt was als klagers echtgenote, zelfs niet in te lichten dat hij een verklaring als de onderhavige zou afgeven of had afgegeven, zulks hoewel verweerder had moeten begrijpen dat de verklaring op één of andere wijze zou worden gebruikt in het tussen partijen gerezen geschil;

dat hij daardoor afbreuk deed aan de vertrouwensrelatie tussen klager en hemzelf;

Overwegende dat de klacht derhalve gegrond is doch met de navolgende maatregel kan worden volstaan, nu verweerder ter zitting blijk heeft gegeven het onjuiste van zijn handelwijze in te zien;

Overwegende dat geen aanleiding bestaat klager of verweerder kosten in verband met de behandeling der zaak gemaakt uit 's Rijks kas te doen vergoeden;

Overwegende dat het algemeen belang bekendmaking van deze beslissing vergt;

Beslissende: Waarschuwt verweerder; beveelt voorts dat deze beslissing met inachtneming van het bepaalde in art. 63 van het Reglement Medisch Tuchtrecht zal worden gepubliceerd in de Nederlandsche Staatscourant en door aanbieding met verzoek tot plaatsing aan Medisch Contact en Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

Aldus gegeven op 16 maart 1970 onder voorzitterschap van Mr. M. Knap, met als leden-geneeskundigen Dr. M. J. Heering, F. J. C. Westerweel, J. W. J. de Laive en Dr. A. W. M. Pompen; tegenwoordig in raadkamer Mr. R. Blekxtoon, secretaris.

## **Groningse co-assistenten naar Enschede's ziekenhuis**

Met ingang van 1 september 1970 zullen medische studenten van de rijksuniversiteit te Groningen het tweejarig co-assistentschap kunnen lopen aan het ziekenhuis „Ziekenzorg" te Enschede. Er zal naar worden gestreefd twee co-assistenten per maand toe te laten, met een maximum van totaal 40, resulterend in een opleiding van 26 artsen per jaar. De coördinatie zal geheel door „Ziekenzorg" worden geregeld. Dit deelde minister Veringa mee na een bespreking die in Enschede werd gehouden met onder meer vertegenwoordigers van het Enschedese ziekenhuis, de TH-Twente en de medische faculteit in Groningen. Dit is de eerste fase van een plan, dat tot doel heeft de bio-wetenschappen als een van de kernen bij de uitgroei van de TH toe te voegen en dat voorts moet bijdragen tot verdere uitbouw van de gezondheidszorg in de regio Twente.

In de nieuwbouw van „Ziekenzorg" die volgend jaar begint en in 1975 klaar moet zijn, zal rekening worden gehouden met de eisen die de opleiding van co-assistenten stelt. Deze extra kosten, naar zeer globale schatting 5 miljoen gulden, zullen door het ministerie worden gedragen. De totale kosten voor nieuwbouw en inrichting zullen naar schatting 80 miljoen bedragen.

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

## Brief aan de voorzitter van de Commissie Honorering Wetenschappelijk Corps Medische Faculteiten

Op 20 oktober 1969 deed de minister van Onderwijs en Wetenschappen aan het hoofdbestuur der Maatschappij ter kennisneming een exemplaar toekomen van het interim-rapport, dat de Commissie Honorering Wetenschappelijk Corps Medische Faculteiten op 10 september 1969 aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen heeft uitgebracht.

Het hoofdbestuur heeft dit rapport daarna in interne kring besproken en het resultaat van deze besprekingen aan de voorzitter van voornoemde commissie J. Smallenbroek, medegedeeld in het volgende schrijven:

Hoogedelgestrenge heer,

Naar aanleiding van het schrijven d.d. 20 oktober 1969 van de minister van Onderwijs en Wetenschappen, waarbij Zijne Excellentie ons een exemplaar deed toekomen van het interim-rapport van de Commissie Honorering Wetenschappelijk Corps Medische Faculteiten, heeft het hoofdbestuur zich op 16 februari 1970 tot u gewend met een schrijven, waarbij het enige voorlopige opmerkingen naar voren heeft gebracht.

Tevens heeft het hoofdbestuur u medegedeeld dat het, in aansluiting aan de definitieve bespreking van het interim-rapport in zijn vergadering van 4 april 1970, u van het resultaat van de alsdan gehouden bespreking op de hoogte zou brengen.

Tijdens deze bespreking bleek, dat het hoofdbestuur zich in grote lijnen kon verenigen met het standpunt, zoals het van de zijde van het centraal bestuur van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband naar voren werd gebracht. Van dit standpunt heeft voornoemd centraal bestuur u inmiddels schriftelijk kennis doen nemen.

Daarnaast was het hoofdbestuur van mening, dat het, ten behoeve van een definitief door uw Commissie uit te brengen advies, van belang was, ook zijnerzijds de volgende punten onder uw aandacht te brengen.

De thans bij de medische faculteiten bestaande noodtoestand vindt voor een belangrijk deel zijn oorzaak in de onbevredigende honorering van een groot deel van het wetenschappelijk corps. Ten gevolge daarvan is het buitengewoon moeilijk om voor dit niveau gekwalificeerde medewerkers aan te trekken en te behouden. Dit laatste wordt nog versterkt door de grote toeloop van medische studenten.

Het hoofdbestuur wil er met nadruk op wijzen dat deze moeilijkheden zich voordoen bij het gehele wetenschappelijk corps der medische faculteiten, niet alleen en zelfs niet in de eerste plaats bij de klinisch

werkzame medici. Het heeft het hoofdbestuur dan ook verheugd dat de opdracht aan uw Commissie verstrekt, beoogt alle categorieën van het wetenschappelijk corps der medische faculteiten in het onderzoek te betrekken.

In aansluiting aan hetgeen het hoofdbestuur u reeds in zijn schrijven van 16 februari 1970 berichtte wil het hoofdbestuur nogmaals zijn bezorgdheid naar voren brengen, dat de interimrapportage van uw Commissie desalniettemin de indruk wekt, dat een te ontwerpen regeling hoofdzakelijk aan de klinisch werkzame medici ten goede zal komen. Daarbij wil het hoofdbestuur er op wijzen, dat het goed functioneren van de medische faculteit ten aanzien van onderwijs, research en patiëntenzorg de resultante is van de gezamenlijke inspanning van het gehele wetenschappelijk corps van de medische faculteit.

Onderwijs en research vormen in engere zin de taak van alle faculteiten. Als zodanig heeft het hoofdbestuur er begrip voor dat de salariëring voor dit deel van de medische faculteit niet kan afwijken van de honoreringsstructuur van andere faculteiten. Het hoofdbestuur blijft echter het standpunt onderstrepen dat ten aanzien van de werkzaamheden van het wetenschappelijk corps der medische faculteit vergoeding voor wetenschappelijk onderzoek en research enerzijds en voor medische zorg, in het bijzonder in geavanceerde vorm, anderzijds gescheiden wordt.

Dit standpunt vormde eveneens de basis voor de zogenaamde „Querido-regeling” en is door uw Commissie in paragraaf 4 van haar interim-rapport overgenomen.

Dat de bron voor deze bijzondere honorering geheel of gedeeltelijk gevonden zal worden in vergoedingen verkregen uit zowel poli-klinische als klinische patiëntenzorg acht het hoofdbestuur een acceptabele oplossing. Daarbij is het van belang dat voor het tot stand komen van een goede regeling de inning en het beheer van deze gelden landelijk en op een centraal punt zullen geschieden. Wel heeft het hoofdbestuur zich afgevraagd in hoeverre hier zo nodig niet aan een bijdrage ten behoeve van de advanced medical care van de zijde van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid gedacht moet worden.

Wat betreft de hoogte van de salarissen van de leden van het wetenschappelijk corps der medische faculteiten denkt het hoofdbestuur aan een aanvulling tot het niveau van de salarisrichtlijnen, zoals deze voor desbetreffende functies door de Landelij-

ke Vereniging van Artsen in Dienstverband zijn aangewezen. Bij het ontwerpen van een definitieve salarisregeling in deze zin zouden tevens de mogelijkheden onder ogen moeten worden gezien op welke wijze pensioenrechten in deze regeling in te bouwen zijn.

Het verdient naar de mening van het hoofdbestuur aanbeveling om bij het uitwerken van de nieuwe regeling tevens te onderzoeken in hoeverre tezamen met de nieuwe honorerings-structuur een rangenstelsel kan worden ontworpen, op grond waarvan door betere promotiemogelijkheden het niveau van de wetenschappelijk medewerkers aan de medische faculteiten op adequate hoogte gehouden kan worden.

Voor het bereiken van een zo snel en effectief mogelijk resultaat van het beraad binnen uw Commissie lijkt het gewenst dat de betrokken groeperingen op evenwichtige wijze in uw Commissie zijn vertegenwoordigd.

Voorts zou het hoofdbestuur er nog op willen wijzen dat het zijns inziens voor het bereiken van een goed werkende regeling, zoals gesteld in de opdracht aan uw Commissie, gewenst is dat de overgangsmaatregelen van beperkte duur zullen zijn.

Mocht er van de zijde van uw Commissie behoefte bestaan aan de goede diensten van de zijde van het hoofdbestuur der Maatschappij, dan is het hoofdbestuur daartoe uit de aard der zaak te allen tijde bereid.

Een afschrift van dit schrijven deden wij toekomen aan de minister van Onderwijs en Wetenschappen, de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, het bestuur van de Vereniging van Medisch Wetenschappelijke Onderzoekers, het Interfacultair Overleg Geneeskunde, de centrale besturen van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband, de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Landelijke Specialisten Vereniging, en, ter plaatsing in Medisch Contact, aan de redactie van dit blad.

Inmiddels verblijven wij met gevoelens van de meeste hoogachting jegens u, hoogedelgestrenge heer,

J. Diepersloot, arts  
secretaris-generaal

## Bekendmaking

Op verzoek van het bestuur van de afdeling *Noord-Limburg* van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, heeft het dagelijks bestuur in zijn vergadering van 21 april 1970, namens het hoofdbestuur, besloten met de voorgenomen splitsing van deze afdeling in te stemmen en de beide aldus ontstane nieuwe afdelingen conform het bepaalde in art. 200 lid 4 H.R. aan te nemen.

De beide nieuwe afdelingen zullen de naam *Midden-Limburg* (Roermond en Weert met omstreken) en *Noord-Limburg* (Venlo-Venray en omstreken) voeren en de scheidslijn tussen hen is als volgt be-

paald: vanaf de grens met Duitsland een lijn volgend de gemeentegrens aan de noordzijde van de gemeenten Reuver, Neer, Roggel, Heijthuisen, Nederweert, Maarheeze tot de grens met België. Alle overige grenzen t.o.v. andere afdelingen blijven ongewijzigd. De nieuwe afdeling Midden-Limburg zal het nummer 68 voeren. Noord-Limburg blijft nummer 39. Beide afdelingen blijven ressorteren onder district XI.

Het dagelijks bestuur heeft besloten dat onderhavige splitsing op 1 juli 1970 van kracht wordt opdat voordien alle betrokken organisaties gelegenheid hebben hun administratie, voor zoveel nodig, aan te passen.

Utrecht, 27 april 1970

J. Diepersloot, arts,  
secretaris-generaal

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

### Ledenvergadering op 12 juni 1970

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept ex artikel 26 lid 1 van het Huishoudelijk Reglement een ledenvergadering bijeen op 12 juni a.s. te Utrecht in het Jaarbeurscongres- en vergadercentrum, Beatrixgebouw, Croeselaan.

De vergadering vangt aan om 19.00 uur.

De agenda luidt als volgt:

1. Opening en mededelingen
2. Notulen
3. Jaarverslag van de secretaris
4. Jaarverslag van de penningmeester;  
accountantsrapport; décharge
- 4a. Jaarverslag van de secretaris-penningmeester  
van de Apotheekcommissie; décharge
5. Wat verder ter tafel komt
6. Rondvraag
7. Sluiting.

J. I. van der Leeuw, arts,  
secretaris

## UNIVERSITAIRE BERICHTEN

### Rectificatie

Abusievelijk werd reeds in Medisch Contact no. 16 van 17 april 1970 melding gemaakt van de promotie van R. M. Silbermann te Amsterdam aan de universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde, als had deze promotie reeds plaatsgehad. Dr. Silbermann verdedigde zijn proefschrift, getiteld: „CHAM, een systeem voor de classificatie van psychiatrische toestandsbeelden”, echter op 23 april j.l.; hij promoveerde cum laude. Promotor was Prof. Dr. P. C. Kuiper.



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

#### DE BETALER VERVUULT TOCH

Sedert 1958 verschijnen er in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en in Medisch Contact jaarlijks 2 tot 13 kortere of langere berichten over milieuvervuiling, vooral luchtvervuiling. In 1962 werd al opgemerkt, dat de normen voor schadelijkheid niet universeel waren vastgesteld. Dat zijn ze inmiddels nog niet, want onze staatssecretaris voor Volksgezondheid geeft als zijn mening te kennen, dat hier een taak ligt voor de W.H.O. (Medisch Contact nr. 12/1970, blz. 286). Sedert 1963 is ondertussen bekend, dat de bewoners van vele industriesteden 2 à 3 x zo veel kankerverwekkende stoffen inademen als mensen die 20 sigaretten per dag roken. In 1963 kregen we een commissie, die in 1964 werd omgezet in een raad voor de luchtvervuiling. De taak van deze raad was, om na te gaan in hoeverre wetsherziening nodig zou kunnen zijn. Inmiddels zijn er 7 jaar verstreken en we hebben nog vrijwel geen maatregelen behalve tegen cyclamaten, amfetaminen en marihuana. Inmiddels zijn alle industrieën, de bevolking, het transport, de consumptie en de afvalproductie ook elk afzonderlijk gezien dermate gegroeid, dat de Biologische Raad onlangs nog weer verklaarde: „De mens helpt zichzelf om zeep”. Dit slaat dan op onbiologische wasmiddelen, die de biologische zeep verdrongen, op DDT en zo veel meer.

Maar goed, we krijgen nu een wet: de vervuiler betaalt een boete: tot f 25.000,—, als hij tenminste grijpbaar is. De industriële vervuiler zal het risico en de kosten in zijn prijs incalculeren. De kleine vervuiler, met hun kacheltje en autootje zullen moeten betalen uit hun eigen zak. Dat kan betekenen: het publiek betaalt zijn eigen vuil en tevens dat van de industrie, tenminste als er eindelijk normen komen.

Staatssecretaris Kruisinga stelt (Medisch Contact nr. 4/1970, blz. 77), dat een kwalitatief hoger gezondheidsstandaard een essentiële voorwaarde is voor economische vooruitgang. Op het eerste gezicht lijkt het verband niet zo vanzelfsprekend en het is ook maar gedeeltelijk waar: de economie heeft wel een bevolking nodig:

a. als werkkrachten, b. als consumenten, c. als spaarders. Deze moeten op

peil blijven en daarvoor moet vooral de potentiële arbeidsgeschiedte gezond worden of blijven, voor zover de industrie hem kan gebruiken. Het op peil houden van de gezondheid van de hele bevolking is economisch niet van direct belang. Wel stijgen de kosten van de gezondheidszorg steeds en de kostenfactor stijgt met name door het niet arbeidsproductieve bevolkingsdeel, dat wel geneeskundige en andere extra verzorging vereist op humanitaire gronden. Deze groep heeft in zekere zin nog wel koopkracht, maar de zorg voor deze groep kan op de bevolking dermate gaan drukken, mede via de vigerende premies van de sociale wetten, dat daardoor de koopkracht van de bevolking te ver vermindert. Wanneer de bevolking te sterk veroudert of verziekt, komt de totale koopkracht in gevaar, en dan wordt het economisch belang bedreigd. Inmiddels worden er al diverse andere bevolkingsgroepen geïmporteerd uit overschotten uit andere landen. Misschien wordt het nog eens economisch interessant om een actieve euthanasiepolitiek te gaan voeren hier.

Voorlopig betalen we met toenemende belastingen, met onze recreatiegronden en met onze gezondheid. Onze staatssecretaris vraagt zich af, of we wel bereid zijn om die prijs (die hij nader specificeert) van de welvaart te betalen. Volgens de bevolkingssocioloog Heeren (persoonlijke mededeling) wordt bij toenemende bevolking en toenemende industrialisatie de situatie op een goed moment onbetaalbaar, nog afgezien van leef- en recreatieruimte. Maar voor deze sociaal-economische wet steekt — lijkt het — bijna iedereen toch de kop in het zand. De regering, verknocht aan de internationale industrie, komt dan na zeven jaar discussie in een verdragingsraad aanzetten met een inefficiënte wet op de luchtvervuiling. De staatssecretaris zegt wel, dat de technologie of de mens niet verder kan gaan, maar ondertussen wordt op een ander departement de kinderbijslag verhoogd. De economie is slechts een hulpwetenschap - dat begint wel door te dringen: vergelijk A. Weeda: De economie in dienst van de consumenten stellen, in „De Groene” van 28 maart j.l. Maar de machtige internationale industrie is in wezen niet geïnteresseerd in onze gezondheid, zoals we hierboven menen aannemelijk te hebben gemaakt.

Daarom zou de gewone man (en consument) de strijd tegen het economisme en industrialisme moeten aanbinden, wil hij op den duur zijn huid redden of tenminste die van zijn kinderen. In Scientific World no: 2/1970

(Public Hazards in Japan) kunnen we lezen hoe hard die strijd kan zijn en hoe een regeringsonderzoek gecorumpeerd kan worden door industriële belangen. Bij ons is volgens persberichten in België en Nederland beide in 1969 voor ± 1.7 miljard aan chemische industrie gereed gekomen. In aanbouw is er voor 3.9 miljard. Maar de Belgische verbruikerorganisatie wordt onwetenschappelijk genoemd, als ze waarschuwt voor de vervuiling van de zee. De consument zou kunnen gaan eisen:

1. goede en noodzakelijke utility-waar;
2. afschaffen van gevaarlijk spul en de fabrieken daarvoor;
3. een stuurmechanisme met subsidie op noodzakelijke, en belasting op overbodige artikelen etc.;
4. internationale regelingen ten behoeve van de leefbaarheid (die we natuurlijk al lang hadden moeten hebben).

Wat betreft de eveneens nodige bevolkingspolitiek kunnen we kort zijn: **Geen consumenten- of politieke organisatie** behoudens D'66 heeft het benul of de moed om deze aantasting van de vrijheid van procreatie aan de orde te stellen. Bezwaar maken tegen immigratie wordt als racisme of ethnocentrisme sociaal veroordeeld. Misschien zijn we aan een nieuwe „Weltschmerz” toe. Misschien is ons collectieve gevoel voor zelfbehoud te veel afgestompt, misschien staren we ons nog steeds blind op de „winst” of misschien is het gewoon te moeilijk om ons belang te kunnen overzien in een ingewikkelde structuur. Medici en medische organisaties zouden m.i. het volksgezondheidsbelang kunnen dienen, als ze zich zouden identificeren met het „reële consumentenbelang” zoals dit hierboven werd geschetst. Maar er zal nog wel veel Endosulfan door de Rijn moeten vloeien, voordat de discussie hierover onder ons op gang is gekomen.

Beverwijk, 9 april 1970

J. H. van Meurs, zenuwarts

#### VOORLICHTING INZAKE „PIL”

Naar aanleiding van de discussie Bruinsma-Meyers in Medisch Contact no. 17 van 24 april 1970, bladzijde 441, zou ik graag het volgende willen opmerken. Indien collega Bruinsma — naar ik aanneem op wetenschappelijke gronden — meent te kunnen stellen, dat collega Meyers mogelijk als huisarts een gevaar is voor het „huisgezin” in plaats van een integraal verzorger, vrees ik dat dit verwijt niet alleen col-

lega Meyers treft, maar vrijwel alle huisartsen in den lande. En als collega Bruinsma meent in de discussie over de „pil” — naar ik aanneem eveneens op wetenschappelijke basis — zich aan de kant van Prof. Defares, in zijn ongenaakbare en moeilijk leesbare kritiek, te moeten scharen, dacht ik dat het de hoogste tijd wordt, dat de huisartsen in Nederland op duidelijke, niet emotioneel geladen wijze, zonder agressief lijkende uitingen jegens wie dan ook, met wetenschappelijke gegevens worden ingelicht over alle schadelijke gevolgen van de anticonceptiva. Of een nascholingscursus daartoe nuttig kan zijn geef ik gaarne ter discussie.

Wij zullen aan family-planning moeten blijven doen. Zal het in de toekomst zó worden, dat het periodiek voorschrijven van de pil, met de 3-maandelijke controle volgens de normen van het N.H.G., vervangen moet worden door het eventueel gedurende *korte tijd* voorschrijven van een anti-conceptivum, en daarna gedurende *langere tijd* een controle op een eventueel zich herstellende ovariumfunctie, naast de overige noodzakelijke controle? Dit zou een totale omwenteling in het receptuur- en controleschema betekenen, maar meteen zou dan de noodzakelijkheid blijken van een veel grotere mogelijkheid tot het laten verrichten van cytologische beoordelingen, hetgeen weer alle nodige organisatorische en financiële consequenties zou hebben.

Zierikzee, 27 april 1970

C. M. van Hoorn, huisarts

## MC | VARIA

In oktober 1970 verschijnt bij Wolters-Noordhoff N.V. te Groningen een nieuwe losbladige gids in de reeks „Medische Informatieve en Documentaire Uitgaven”, onder de titel „Jurisprudencia Medica”. Zij staat onder redactie van Dr. Mr. Dr. W. Schuurmans Stekhoven. Deze losbladige uitgave zal in de ruimste zin des woords de juridische en medische aspecten van geneeskunde en geneeskunst behandelen. Evenals andere informatieve en documentaire uitgaven van Wolters-Noordhoff verschijnt ook deze uitgave in het beproefde ringbandsysteem. Hierdoor wordt de mogelijkheid geschapen om iedere wijziging in de tekst onmiddellijk aan te brengen. Daaraan bestaat dubbel behoefte waar het artsen-, beroeps- en gezond-

heidsrecht zich in snelle ontwikkeling en vernieuwing bevindt. Door middel van aanvullingen en wijzigingsbladen blijft de uitgave steeds actueel. De eerste afleveringen zullen o.m. artikelen bevatten over actuele onderwerpen als: abortus provocatus, artsen aansprakelijkheid, bloedmonsterneming, beroepsgeheim, kunstharten, euthanasie, inseminatio artificialis, geneeskundige verklaringen, narcose, ongevallen, overlijden, paramedische beroepen, recept geheim, sterilisatie, medisch tuchtrecht, geneesmiddelen wetgeving, zelfmoord en contraceptie. De prijs van „Jurisprudencia Medica” bedraagt f 28,00. (f 23,50 tot 30 juni). Bij intekening ontvangt men de ringband en de basisinhoud. Men is dan automatisch geabonneerd op toezending van alle aanvullingen en wijzigingsbladen. De abonnee betaalt deze na ontvangst.

Evenals in voorgaande jaren stelt het Regionale Bureau van de Wereld Gezondheids Organisatie te Kopenhagen samen met de Raad van Europa te Straatsburg voor het jaar 1971 een aantal medische studiebeurzen beschikbaar. Deze beurzen zijn beschikbaar voor hen, die voortgezette studie van een onderwerp op het terrein van de volksgezondheid willen maken in het buitenland. Gegadigden voor een dergelijke beurs dienen zich schriftelijk te wenden tot de Directeur-Generaal voor Internationale Zaken, ministerie van Sociale Zaken, Zeestraat 73, te 's-Gravenhage, onder bijvoeging van een curriculum vitae en referenties, alsmede een zo gedetailleerd mogelijke omschrijving van het onderwerp van studie, onder vermelding van de namen van de instituten en/of des kundigen, waar men de studie bij voorkeur zou willen ondernemen. De inzending van een dergelijk verzoek sluit op 1 augustus 1970.

De provinciale gezondheidsdag van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de provincie Groningen zal donderdag 28 mei 1970 plaatsvinden in Theater „Coendersborg” in de stad-Groninge wijk Helpman. Als onderwerp van deze provinciale gezondheidsdag is gekozen: seksuele voorlichting en -opvoeding in het kader van de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding. Het programma vermeldt als sprekers: Mej. Drs. W. Rouwenhorst, M.P.H.-conculente voor gezondheidsvoorlichting en -opvoeding; Mevrouw K. H. Kwikel-Mulder; Dr. F. Wafelbakker, inspecteur in algemene dienst bij

de Geneeskundige Hoofdinspectie; en Dr. B. S. Witte, directeur van het Nederlands Instituut voor Sociaal Sexuologisch Onderzoek. Tijdens de bijeenkomst zal verder de film „Sex is overal” worden vertoond. De dag is toegankelijk voor iedere geïnteresseerde. Inlichtingen zijn te verkrijgen bij de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de provincie Groningen, A-weg 14, Groningen.

In 1969 had de Wereld Gezondheids Organisatie ruim 1500 projecten in 141 landen en gebieden onderhanden. Daarnaast had de WHO de auspiciën over 801 onderzoekprojecten, waaronder 168 nieuwe. De staf van de organisatie, waarbij ook in 1969 131 naties waren aangesloten, telde 4.548 medewerkers in 95 landen. Van het budget, groot 62.121.700 dollar, werd 35% besteed aan de controle van besmettelijke ziekten. Daarnaast werd een aanzienlijk gedeelte van de beschikbare fondsen aangewend voor de research en de bestrijding van virusziekten, hart- en vaatziekten en kanker. Een ander blijkt uit het jaarverslag over 1969 van de directeur-generaal van de WHO, Dr. M. G. Candau.

De „International Union Against Cancer” zal voor 1971 wederom studiebeurzen ter beschikking stellen ten behoeve van het kankeronderzoek. Dit wordt mogelijk gemaakt door fondsen, afkomstig van de „American Cancer Society”. De beurzen zijn bestemd voor geroutineerde onderzoekers, die reeds hun kundigheid op het gebied van het onafhankelijke onderzoek hebben bewezen en deze thans door een studieperiode op een buitenlands instituut wensen te verdiepen. Alleen deskundigen, die als staf lid verbonden zijn aan een universiteit, academisch ziekenhuis, research-laboratorium en dergelijke, komen voor een beurs in aanmerking. Er zal daarbij geen onderscheid worden gemaakt tussen gegadigden die experimenteel dan wel klinisch onderzoek verrichten. De beurzen zijn *niet* bestemd voor hen, die in eerste instantie hun methoden op het gebied van de opsporing van kanker wensen te verbeteren of die verschillende buitenlandse instituten in een korte tijd willen bezoeken. De duur van de periode waarvoor de beurs beschikbaar is bedraagt gewoonlijk een jaar, maar deze tijd kan in bijzondere gevallen langer of korter zijn. De stipendia zijn gebaseerd op het huidige salaris van de gegadigde en het

salaris van met zijn functie vergelijkbare personen in de plaats van studie. Voorts zal een tegemoetkoming worden gegeven in de reiskosten alsmede voor gezinsleden, die de „fellow” eventueel wenst mede te nemen. Aanvragen moeten vóór 1 september 1970 worden ingediend; de beurzen zullen na 1 maart 1971 ingaan. Het adres voor de aanvragen is:

International Unio Against Cancer, P.O. Box 400, 1211 Geneva 2, Switzerland.



Course 023 van The British Council, van 6-18 september 1970 in de Londen School of Hygiene and Tropical Medicine te houden, heeft als onderwerp „Investigation, Surveillance and Control of Communicable Diseases”. Doel van de leergang is, te laten zien op welke wijzen een nationale laboratoriumdienst kan samenwerken met ziekenhuizen en epidemiologische en volksgezondheidsdiensten op het terrein van de infectieuze microbiële ziekten. Aan de orde komt de vraag, hoe informatie kan worden verkregen en vervolgens snel verspreid, daarnaast het probleem van de preventie. De cursusleiding zal in handen zijn van Dr. Joan Taylor, directeur van het Salmonella Reference Laboratory, Colindale, Londen. Sir James Howie, directeur van de Public Health Laboratory Service te Londen houdt de openingsspraak. Naar verwachting zal verder een veertigtal wetenschappers medewerking aan de cursus verlenen. De cursus is bestemd voor onderzoekers binnen laboratoria en epidemiologische diensten, die werkzaam zijn op het gebied van de besmettelijke ziekten. De deelnemers moeten de Engelse taal actief beheersen. Zij moeten hun reis zelf verzorgen. Het verblijf gedurende de leergang wordt door de cursusleiding geregeld. De totale kosten komen op 105 Engelse ponden (circa f 925,—), waarin zijn begrepen kosten van voordrachten en excursies, alsmede verblijfskosten (half pension). Aanmeldingen vóór 1 juni bij: The British Council, Keizersgracht 343, Amsterdam.



Dezer dagen werd het bestuur van de Nederlandse Stichting Geluidshinder (NSG) geïnstalleerd. De installatie geschiedde door Prof. Dr. P. Munten-dam, voorzitter van de vereniging Het Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling. In het bestuur van de stichting hebben onder meer zitting vertegenwoordigers van de Algemene Nederlandse Vereniging voor

Sociale Geneeskunde, het Instituut voor Gezondheidstechniek TNO, de Technisch-Physische Dienst TNO-TH, het Koninklijk Instituut van Ingenieurs, het Nederlands Akoestisch Genootschap, de Koninklijke Nederlandse Toeristenbond ANWB, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, de Nationale Federatie voor Geestelijke Volksgezondheid en de RAI. Tot voorzitter werd gekozen Prof. Dr. L. Burema, voorzitter van de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde; het secretariaat is gevestigd bij de ANWB. De stichting wil de overheid attent maken op de noodzaak van betere voorschriften gebaseerd op bestaande wetten en een betere controle op de naleving daarvan; tevens wil zij aandringen op de totstandkoming van nieuwe en betere wetten. Ook gaan de gedachten uit naar voorlichting over mogelijkheden tot voorkomen dan wel vermindering van geluidshinder. In het kader van deze activiteiten zoekt men naar wegen om architecten, planologen, stedenbouwers, werktuigkundigen en andere technici geluidshinderbewust te maken. De stichting heeft het lidmaatschap verkregen van de AICB, de Association Internationale Contre le Bruit, die van 11-14 mei 1970 in de Martinihal te Groningen een internationaal congres over de lawaai bestrijding organiseert, onder de titel „Noise 2000”.



Enige tijd geleden hebben het college van curatoren van de Leidse universiteit, het bestuur van het Academisch Ziekenhuis Leiden, en het bestuur van de faculteit der geneeskunde besloten, een college van coördinatoren in te stellen. In dit samenwerkingsorgaan zal het in het Universitair Medisch Centrum te voeren beleid worden gecoördineerd. Het college van curatoren, het bestuur van het Academisch Ziekenhuis en het faculteitsbestuur hebben elk twee leden voor het college van coördinatoren aangewezen. Als voorzitter van het college zal optreden Ir. W. Starrenburg, voorzitter van het bestuur van het Academisch Ziekenhuis Leiden. De dezer dagen in dienst getreden voorlichtingsambtenaar van het Academisch Ziekenhuis zag zijn takenpakket met dat al uitgebreid tot voorlichting van het Universitair Medisch Centrum — ziekenhuis én faculteit — als geheel.



Een groot aantal studenten zegt televisiecolleges boven de gebruikelijke colleges te prefereren. De doorlopende

voorstelling van acht televisiecolleges voor eerstejaars-studenten in de rechten, die de Academische Radio Omroep (Acro) op 13 en 14 april j.l. in Leiden heeft georganiseerd, is blijkens een enquête onder de aanwezigen een groot succes geworden. De colleges, twintig minuten elk, werden door de Acro gerealiseerd op instigatie van de minister van Onderwijs, Dr. G. H. Veringa; de technische verzorging was in handen van de Stichting Film en Wetenschap te Utrecht. Tijdens het experiment werden de ongeveer 600 eerstejaars studenten in de rechten in de gelegenheid gesteld een deel van de in het afgelopen studiejaar behandelde stof via de tv te herhalen; opkomst: 329, ruim de helft. Een enquête, beantwoord door 224 studenten, wees uit dat de overgrote meerderheid deze herhalingsmogelijkheid bruikbaar tot zeer bruikbaar had gevonden.



Van 7-19 februari 1971 zal in Engeland een cursus worden gehouden met als onderwerp: „Biomedical Engineering and its Clinical Application in Orthopaedic Surgery”. In het kader van deze cursus zullen bezoeken worden gebracht aan instituten te Londen, Guilford, Leeds, Wigan, Stanmore en Roehampton. De leiding zal in handen zijn van de orthopaedisch chirurg J. N. Wilson, Royal National Orthopaedic Hospital en The Institute of Orthopaedics. De kosten van de leergang bedragen 110 Engelse ponden; daarbij zijn de verblijfskosten (half pension in Londen, vol pension elders) inbegrepen. De inschrijving staat open tot 1 november van dit jaar. Inschrijfadres: The British Council, Keizersgracht 343, Amsterdam. De deelnemers worden geacht de Engelse taal actief te beheersen.



Kinderverlamming is in de ontwikkelde landen nagenoeg geheel verdwenen, maar het aantal gevallen van deze ziekte neemt in de ontwikkelingslanden toe. Dit blijkt uit een rapport van de Wereld Gezondheids Organisatie. In Europa werden tussen 1951 en 1955 jaarlijks gemiddeld 28.000 gevallen van poliomyelitis gemeld; in 1969 was dit aantal tot 475 teruggelopen. Een nog sterkere afname vertonen de Verenigde Staten: in 1953 waren daar 37.860 gevallen van kinderverlamming, in 1969 nog slechts 16. Soortgelijke ontwikkelingen deden zich voor in Australië, Nieuw-Zeeland en Canada. In de ontwikkelingslanden echter is een omgekeerde tendens

waar te nemen: tegenover een vermindering in bijvoorbeeld Kongo-Kinsjasa en Oeganda staat in Afrika een sterke stijging in Ethiopië, Kongo-Brazzaville, Kenia, Mali, Niger en Nigeria. In Zuid- en Midden-Amerika bestaan tussen de verschillende landen onderling grote verschillen. Argentinië, Mexico en Chili vertonen weinig gevallen van kinderverlamming, terwijl de ziekte veel voorkomt in Equador en Nicaragua. In een aantal Aziatische landen is de kinderverlamming sterk teruggedrongen (Japan, Israël); in andere is echter een toename geconstateerd (Libanon, Turkije). De WHO is van zins een wereldprogramma van toezicht op te stellen, zoals dat ook voor griep bestaat, en dat de produktie en distributie van vaccins tegen poliomyelitis in de hele wereld mogelijk moet maken.



In de loop van de maand maart is aan de Vrije Universiteit te Amsterdam de 8000e student van dit studiejaar ingeschreven. Aan het eind van het eerste studiejaar 1880/1881 stonden 5 studenten ingeschreven; in 1950/1951 waren het er 1455; in 1960/1961: 3169. De inschrijving van de 5000e student vond plaats in februari 1966; de inschrijving van de 6000e in september 1967; die van de 7000e in december 1968. Per 1 januari 1970 bedroeg het aantal ingeschrevenen 7813, 1560 studentes en 6253 studenten. In de faculteit der geneeskunde studeerden er toen 1384, dat is 17,7% van het totale aantal studenten aan de Vrije Universiteit.



Het Nederlands Congres voor Openbare Gezondheidsregeling zal dit jaar worden gehouden op 12 november in „De Doelen” te Rotterdam. Het zal gewijd zijn aan het onderwerp: „De prijs van de leefbaarheid”. Als sprekers zullen optreden Dr. R. J. H. Kruisinga, staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid; de heer A. A. Verheij, wethouder der gemeente Amsterdam; en Drs. R. Hueting, econoom van het Centraal Bureau voor Statistiek.



Uitkomsten van een steekproef over roken onder artsen in Zweden geeft de Österreichische Ärztezeitung van 25 april 1970. Wat betreft hun rookgewoonten blijken de Zweedse doktoren zich niet van de rest van de bevolking te onderscheiden. Opvallend is wel, dat jonge artsen minder roken. De ondervraagde artsen waren voor 46% rokers, terwijl 30% nooit en 23% niet meer rookte. Van de mannelijke artsen rookte 48%, van de vrouwelijke 35%. 41% van de groep beneden de 40 jaar zei nooit te hebben gerookt, tegen

31% van de 40- tot 55-jarigen en 17% van de artsen boven de 55 - getallen die aannemelijk maken, dat het aantal rokers onder de Zweedse artsen binnen afzienbare tijd relatief zal teruglopen. Chirurgen en psychiaters blijken in Zweden meer te roken dan hun collegae huisartsen (51%-38%). Van de psychiaters geeft 42% toe, in aanwezigheid van patiënten te roken; het algemeen gemiddelde is 8%. Niet minder dan 72% van de geënuquëeerden zou wel met roken willen ophouden, een neiging die zich het minst openbaart bij de psychiaters en de oudere kleine gebruikers. Hoe meer de Zweedse arts rookt, hoe minder overtuigd hij ervan is, dat er een verband bestaat tussen roken en ziekte. 71% acht het bestaan van een verband tussen roken en longkanker bewezen, slechts 27% gelooft dat hartinfarcten door roken kunnen worden veroorzaakt, 83% ziet een verband tussen roken en chronische bronchitis. Vergelijking van deze gegevens met die, verkregen uit een Amerikaans onderzoek, leert, dat de Zweedse artsen-rokers minder gevaar van hun rookgevoonte duchten dan hun collegae in de V.S.



De in het begin van dit jaar opgerichte Vereniging voor Wetenschappelijk Onderzoek van Sport en Lichamelijke Vorming (V.W.S.L.) organiseert op 16 mei 1970 een eendaags congres met als thema: „Lichamelijke vorming, sport en wetenschap”. Het congres zal worden gehouden in het Preklinisch Hoofdgebouw der medische faculteit van de Katholieke Universiteit te Nijmegen. Doel van het congres is een idee te geven van het wetenschappelijk werk op het terrein van sport en lichamelijke vorming. Ook wil men onderzoekers en niet-onderzoekers gelegenheid geven met elkaar en elkaars werk kennis te maken. Daarnaast stelt men zich ten doel, de onderlinge coördinatie en de doorstroming naar de toepassingsgebieden te bevorderen. Naast wetenschappelijke onderzoekers worden dan ook trainers, coaches, sportleiders en gymnastiekleraren verwacht. Voor inschrijving kan men zich wenden tot de secretaris van de V.W.S.L.: H. van der Spek, Vespuccistraat 118, Amsterdam.



De Groep Bio-Medische Informatie, voortzetting van de Groep Medische Bibliotheken, die in 1962 ter ziele ging, houdt op donderdag 21 mei 1970 een eerste bijeenkomst in de Rode Zaal van Transitorium I in de Uithof, Utrecht.

## MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

**Abonnementen:** Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 30,—, plus f 1,20 BTW = f 31,20, buitenland f 35,—, losse nummers 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 Uitgeversmij. Kruyt N.V., Bussum.

**Oplage:** 16.260 exemplaren.

**Druk:** Verwelj 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, Joris van der Haagenlaan 22, Arnhem.