



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

DREIGEND TEKORT AAN HUISARTSEN

Elders in dit nummer, zie bladzijde 947, vindt men een weergave van hetgeen in de Haagse Courant van 20 augustus l.l. werd gepubliceerd over een in de residentie dreigend tekort aan huisartsen. Deze berichtgeving steunt in belangrijke mate — zo blijkt daaruit — op de aan het blad door bestuursleden van de Haagse Huisartsen Vereniging verstrekte informatie. Deze bestuurders tonen zich in ernstige mate verontrust over het volgens hen sinds 1962 met 74 gedaalde aantal huisartsen in de hofstad.

Verscheidene aspecten van de oorzaak van deze daling komen in de berichtgeving aan de orde. Zo wordt er onder meer op gewezen dat tachtigduizend Hagenaars een huisarts hebben, die de leeftijd van 65 jaar heeft overschreden — onder wie twee van tachtig jaar — dat het waarnemen voor collegae, die met vakantie willen gaan, onmogelijk dreigt te worden, enz.

Een veelheid van aspecten van een probleem, waaruit hier dan even wordt getild de mededeling omtrent de leeftijd van huisartsen en die terzake van de dreigende onmogelijkheid tot waarneming van praktijken tijdens vakantie. Die twee punten zou men, zonder het probleem daarmee in zijn volle omvang te willen stellen of benaderen, even afzonderlijk naar voren kunnen brengen in relatie tot de in dit nummer van M.C. geplaatste twee recente uitspraken van Medische Tuchtcolleges, omdat die aspecten ook dáárin aan de orde komen. Een Medisch Tuchtcollege heeft er in een door hem uit overwegingen van algemeen belang openbaar gemaakte beslissing zijn bezorgdheid over uitgesproken dat een 76-jarige huisarts de praktijken van vier collegae heeft waargenomen en de betroukkene wegens het onverantwoordelijke handelen, dat in deze waarneming werd gezien, berispt. Nog recenter is een uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege — eveneens om redenen van algemeen belang openbaar gemaakt — waarin duidelijk, in de vorm van een berisping van de aangeklaagde, bezwaar wordt gemaakt tegen het feit dat een huisarts tijdens een Paas-weekeinde voor zestien collegae heeft waargenomen (zie respectievelijk blz. 949 en blz. 948 in dit nummer).

Zonder ook maar enigszins in waardering te treden van de in deze uitspraken gestelde feiten

25e JAARGANG — No. 36 — 4 SEPTEMBER 1970

INHOUD

Dreigend tekort aan huisartsen	945
Dreigend tekort aan huisartsen in Den Haag	947
Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege ..	948
Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam ..	949
Arts en Fiscus	950
Generatie en ziekteverzuim	951
Antwoord minister van Defensie aan Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie	952
Een nationaal zelfmoordonderzoek	953
Geneesheer en ziekenhuis	955
S.W.O.V. over de bloedproef	959
Naar een optimale verloskundige hulp	960
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Kort verslag 155ste Algemene Vergadering (slot)	961
Samenstelling Districtsraden	965
Varia	967

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

Colofon op bladzijde 968.

kan men die toch wel associëren met het materiaal, dat de Haagse huisartsen in de openbaarheid hebben gebracht. En — eveneens zonder tot waardering van de feiten te willen geraken — kan men wel stellen dat hier verschijnselen aan de dag treden, waarvan het ontstaan ten dele voortvloeit uit individuele gedragspatronen en die diensgevolge onder individuele verantwoordelijkheid kunnen worden gerubriceerd, doch dat hier ook duidelijk maatschappelijke omstandigheden, waarin een maatschappelijke groepering buiten zijn toedoen kan komen te verkeren, manifest zijn — zo niet al geruime tijd waarneembaar geweest — en de aantrekkelijkheid om tot die maatschappelijke groepering te gaan behoren hebben aangetast. Een belangrijke oorzaak dus tevens voor het ontstaan van de signaleerde feiten.

Hoe men die feiten ook wil benaderen, hantieren, of een causaal verband daartussen wil leggen, het kan weinig afdoen aan de nuchtere conclusie, dat het uitbannen van de omstandigheden, die tot deze feiten leiden, een dringende eis — eigenlijk reeds lang — is geworden. Die omstandigheden dreigen met ongunstige invloed op het normbesef van de huisarts, die, begrijpelijk, aan vakantie niet minder behoefte heeft dan ieder arbeidzaam mens, en die omstandigheden wekken onrust bij het publiek ten aanzien van de toereikendheid van het aantal huisartsen en daarmee van de medische bijstand, die men metterdaad van node kan hebben.

Hoe die omstandigheden uit te bannen is een moeilijk te beantwoorden vraag en zo de oplossing wordt gevonden is te vermoeden, dat met het effectueren daarvan geruime tijd zal zijn gemoeid. Bij dit laatste vermoeden is dan te denken aan de deze zomer in Noordwijk gehouden „World Health Organization — conference on the role of the primary physician in the Health Services“. Daar is de klacht geuit dat de aan-

voer van artsen in de eerste linie — ten onzent de huisarts, in een enkel land in Oost-Europa de specialist — overal minder dreigt te worden. Op die conferentie heeft men zich uitgesproken voor opvoeren van doelmatigheid in praktijkvoering, waartoe de basis reeds bij de opleiding zou moeten worden gelegd, voor meer inschakeling van medisch (administratief) hulppersoneel en het accent is ook komen te liggen op het verwerven van de titel huisarts-specialist, welke titel de sociale rehabilitatie van de huisarts zou kunnen bewerkstelligen.

Bij de behandeling van de begroting voor Sociale Zaken en Volksgezondheid heeft de staatssecretaris, Dr. R. J. H. Kruisinga een tekort aan huisartsen niet dreigend verklaard. De Haagse huisartsen betogen dat de bewindsman zich baseert op een te eenvoudige deelsom: aantal huisartsen op aantal inwoners. Spreiding van de artsen in de woongebieden, vergrijzing van de bevolking en diensgevolge toenemende medische consumptie, enz., zouden bij die eenvoudige deelsom, die tot een geruststellende verklaring van de zijde van de staatssecretaris hebben geleid, buiten beschouwing zijn gelaten.

Het feit evenwel dat over de artsendichtheid in het Parlement is gesproken en dat nu bezorgdheid daarover — althans in de residentie — duidelijk in de openbaarheid is gebracht, kan niet ongedaan maken dat dit een kwalijk effect kan hebben op de gerustheid des burgers dat hij, indien nodig, met voldoende medische bijstand is omringd. Het is dan ook van belang, dat alle zeilen worden bijgezet om het beroep van huisarts voor de medische studenten weer aantrekkelijk te maken. De World Medical Association heeft zich tijdens het congres te Oslo, dat werd gehouden van 16 tot 22 augustus j.l., met dit probleem, dat van mondiale betekenis is, bezig gehouden. Wij hopen er in een later artikel op terug te komen.

B.



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

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

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

Dreigend tekort aan huisartsen in Den Haag

In de Haagse Courant, editie van 20 augustus i.l., is onder meerkolommige opschriften zoals „Huisartsen vluchten uit beroep - Bij verdere daling dreigt noodsituatie in Den Haag” en „De hemel beware ons deze winter voor een griep epidemie”, een reportage verschenen over het dreigend tekort aan huisartsen in de residentie.

„Het aantal huisartsen in Den Haag en randgemeenten” — aldus de Haagse Courant — „is sinds 1962 gedaald met 74. Daarmee is de uiterst hachelijke grens bereikt van 246 huisartsen op ruim 700.000 inwoners. Waarbij in aanmerking moet worden genomen dat enige tientallen van deze huisartsen er slechts een kleine privé-praktijk op nahouden, zodat de overigen overbelast zijn en velen naar andere functies uitzien. Alleen al tijdens dit lopende jaar hebben twintig huisartsen hun praktijk gestaakt. De daling zet zich versneld voort”.

Het blad brengt dan naar voren dat deze ontwikkeling ingaat tegen alle geruststellende verklaringen van staatssecretaris Kruisinga en constateert dat de grens bereikt is, dat de gezondheidszorg in Nederland veel minder goed is dan het lijkt en dat op de huisartsen rooibouw wordt gepleegd. Het wijst er voorts op dat er bij verdere daling van het aantal huisartsen „iets zal barsten” en dat het waarnemen van huisartsen, die met vakantie gaan, onmogelijk wordt.

De staatssecretaris baseert zijn geruststellende verklaringen over de artsendichtheid in de grote steden volgens het bestuur van de Haagse Huisartsen Vereniging — aldus nog steeds de Haagse Courant — op onjuiste feiten. Hij deelt het aantal artsen gewoon op het bevolkingsgetal. Maar een groot aantal in het Haagse telefoonboek vermelde huisartsen heeft intussen goed betaalde (en recht op pensioen gevende) functies bij de overheid of het verzekeringsbedrijf aanvaard of houdt nog slechts een kleine praktijk aan omdat daarnaast nevenfuncties worden vervuld. De overbelasting van de volhouders wordt daardoor voortdurend groter en spreken met zestig patiënten zijn geen uitzondering. Daar komt bij, aldus het bestuur van de Huisartsen Vereniging tegenover het blad, dat het werk van de laatste jaren aanzienlijk is toegenomen door de „pil-consulten” en — in Den Haag — door de sterke vergrijzing van de bevolking. De onlust onder de artsen groeit. De meesten hebben nog maar een klein stootje nodig om er uit te stappen.

Het blad wijst er voorts op dat tachtigduizend Hagenaars een huisarts hebben die ouder is dan 65 jaar en dat er twee Haagse huisartsen, die de leeftijd van tachtig jaar hebben bereikt, nog praktiseren. De oorzaak van deze onrustbarende situatie is, naar het blad zegt van de bestuursleden van de Haagse Huisartsen Vereniging te hebben vernomen, te vinden in de te lage honorering en het ontbreken van een oudedagsvoorziening voor huisartsen naast de overmatige werktijden.

In dezelfde editie, waarin het blad op zijn voorpa-

gina deze verontrustende berichten publiceert, heeft het op de binnenpagina's fragmenten opgenomen uit gesprekken met Haagse huisartsen. Daarin komen aan het woord de artsen R. A. Meijer en R. Hali, bestuursleden van de Haagse Huisartsen Vereniging, die betogen dat zestig patiënten op het ochtendspreekuur bepaald geen uitzondering is vóórdat de dag eigenlijk pas begint — een bijpassende foto is opgenomen — en dat er voor de huisarts nauwelijks vijf minuten overblijft om zijn lunch te gebruiken. Deze artsen, alsook hun collega A. J. Metz, verklaren nu wel eens hardop te willen zeggen dat de grens is bereikt en dat er maar een klein stootje nodig is om uit het huisartsenberoep te stappen. Dat hebben al zoveel „geboren huisartsen” gedaan.

Voorts hebben deze artsen hun interviewer toevertrouwd dat zij met grote zorg de komende winter tegemoet zien en dat het helemaal mis zal lopen wanneer zich een griep epidemie zal gaan voordoen. Zij hebben daarbij gewezen op de moeilijkheden, die zich nu al voordoen bij de waarnemingen tijdens de vakanties, hoe moeilijk het is de waarnemend arts bereid te vinden te komen. Maar die waarneming is dan ook precies de druppel, die over de rand van de emmer wipt. Waarnemen kan de huisarts eigenlijk al niet meer.

Het bestuurslid R. A. Meijer heeft de interviewer toevertrouwd dat de lust om huisarts te worden er nog wel is maar dat men het onder deze omstandigheden niet meer wil worden. Er komen geen jonge huisartsen bij en dat maakt de taak van de ouderen zwaarder. Heel oude huisartsen blijven overigens niet alleen in hun praktijk vanwege hun gevoel voor verantwoordelijkheid voor de medische zorg, zij kunnen er vaak ook niet mee stoppen omdat hun inkomen dan weg zou vallen en omdat een pensioen ontbreekt. Waarbij de geïnterviewde dan de journalist voorrekent dat wanneer hij later een pensioen van negenduizend gulden zou willen hebben, hij nu zou moeten beginnen gedurende de volgende twintig jaren tienduizend gulden premie per jaar te betalen.

In dit vraaggesprek brengt deze geïnterviewde ook naar voren dat de bewering van de ziekenfondsen, als zou er geen enkele reden tot ongerustheid zijn, in tegenspraak is met de feiten en ook met het beleid van de ziekenfondsen. Het ziekenfondswezen heeft de grens van het aantal patiënten per huisarts teruggedrongen tot drieduizend, maar dit voorjaar is de huisartsen reeds schriftelijk verzocht ermee akkoord te gaan dat die grens weer omhoog zal worden gebracht, hetgeen — aldus het bestuurslid R. A. Meijer — van de zijde der huisartsen goed is gevonden omdat men nu eenmaal zijn verantwoordelijkheid heeft tegenover de mensen. Niettemin, het gevoel niet voldoende aandacht te kunnen geven aan de patiënten werkt frustrerend, hetgeen hem tot de conclusie leidt dat de gezondheidszorg in ons land veel minder goed is dan het lijkt.

Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege

Ontoereikende waarneming I

Het Centraal Medisch Tuchtcollege heeft de navolgende beslissing gegeven inzake: A., wonende te B. klager; tegen C., arts-assistent te B., de arts over wie is geklaagd;

Het Centraal Medisch Tuchtcollege; gezien de stukken; gehoord partijen;

Overwegende dat klager zich tot het College in eerste aanleg te B. heeft gewend met een klacht, zake-lijk inhoudende, dat de arts over wie is geklaagd in de nacht van 14 op 15 april 1968 - van eerste op tweede Paasdag - klager's vader niet bezocht heeft ondanks een telefonisch verzoek daartoe gedaan in verband met bij klager's vader plotseling opgetreden benauwdheid en pijn in de borst;

dat het college in eerste aanleg bij beslissing van 16 oktober 1969 deze klacht gegrond heeft geacht en de arts over wie is geklaagd de straf van waarschuwing heeft opgelegd; dat deze beslissing op 16 oktober 1969 in afschrift is toegezonden aan de arts over wie is geklaagd en deze bij op 11 november 1969 ingekomen schrijven - en mitsdien tijdig - daarvan in beroep is gekomen;

Overwegende dat klager ter terechtzitting in eerste aanleg heeft overgelegd een schriftelijke verklaring van D., een buurman van klager's vader, welke verklaring luidt als volgt:

„Ondergetekende, D., geeft hiermede te kennen dat hij in de nacht van 14 op 15 april 1968 te \pm 4 uur in het Politiebureau de dokterscentrale heeft gebeld voor een ernstig zieke buurman. Ondergetekende heeft de dokter gezegd dat de man het benauwd had, pijn in de borst, erg wild en z'n bed drijfnat was. De dokter vond deze gegevens niet voldoende en onzin om daarvoor in de nacht te bellen en legde de hoorn neer. Wederom de centrale gebeld en kreeg van een dame te horen dat ze geen andere dokter had. Eindelijk na verloop van \pm 1 uur kwam hij terecht bij dr. E., welke dokter ogenblikkelijk kwam en de patiënt goed heeft onderzocht. Ondergetekende ging later, toen ook de dokter wegging, met een recept naar de apotheek. De dokter wachtte hem nog op om te vertellen dat patiënt een behoorlijke tik had gehad en hij zou terugkomen. Dus de dokterscentrale bellen was geen onzin. - w.g. D. - P.S. De bij dit telefoongesprek aanwezige politieman was Dhr. F.”

dat klager's vader niet is genezen doch acht dagen later is overleden;

Overwegende dat de arts over wie is geklaagd ter terechtzitting in hoger beroep, alwaar hem de bovenweergegeven verklaring is voorgelezen, het volgende heeft verklaard:

„Ik nam in de bewuste nacht voor 16 artsen waar.

De beslissing van het college in eerste aanleg vermeldt, dat ik voor 7 artsen waarnam doch dit is onjuist. Ik herinner mij, dat de heer D. in de morgen te circa 4.00 uur opgebeld heeft. Hij verzocht mij zijn buurman, wiens naam en adres ik noteerde, te bezoeken.

Ik vroeg hem naar de klachten van deze buurman, doch kreeg slechts vage antwoorden o.a. „Hij ligt te springen in zijn bed”. Ik heb met zoveel woorden gevraagd of de patiënt pijn in de borst had, maar kreeg op deze vraag geen duidelijk antwoord. Het telefoongesprek werd door de heer D. verbroken. Ik wist niet wat ik van dit geval moest denken en besloot de patiënt niet te bezoeken, veronderstellend dat er nog wel eens opgebeld zou worden wanneer de toestand werkelijk ernstig was”.

Overwegende dat de weergave van de arts van het gevoerde telefoongesprek afwijkt van de weergave die de heer D. daarvan geeft en beide lezingen in het bijzonder niet met elkaar overeenstemmen met betrekking tot de duidelijkheid van de gegevens, welke D. omtrent de klachten van de patiënt heeft verstrekt; dat echter - de precieze inhoud van het telefoongesprek daargelaten - de arts over wie is geklaagd onjuist heeft gehandeld door op grond van de onduidelijkheid van de hem verstrekte gegevens na te laten de patiënt, wiens adres hij kende, te bezoeken; dat hij er niet gerust op mocht zijn dat er niets ernstigs aan de hand was en hij ter vermindering van risico's de onduidelijkheid door een bezoek aan de patiënt had moeten opheffen;

dat hij door dit niet te doen het vertrouwen in de stand der geneeskundigen heeft ondermijnd;

Overwegende dat de arts over wie is geklaagd nog heeft aangevoerd, dat hij zestien praktijken waarnemende, genoodzaakt was ten aanzien van de te bezoeken patiënten een selectie toe te passen;

dat het Centraal College dit verweer verwerpt;

dat het weliswaar ondoenlijk en daardoor ongewenst is in zestien onbekende praktijken waar te nemen - gelijk het evenzeer onverantwoordelijk is dat een zo grote groep artsen zich gedurende weekeinden door slechts één arts laat vervangen - doch dit niet met zich medebrengt dat de arts, deze taak eenmaal op zich genomen hebbende, door toepassing van een selectie risico's mag nemen en een patiënt wiens telefonisch overgebrachte klachten hem vaag of onduidelijk voorkomen, aan zijn lot over mag laten;

Overwegende dat de beslissing waarvan beroep mitsdien bevestigd dient te worden, terwijl het Centraal College publikatie van deze beslissing met het oog op haar belang noodzakelijk acht;

Overwegende dat het Centraal College termen aanwezig acht aan klager in voege als hieronder te ver-

melden kosten, gemaakt in verband met de behandeling in hoger beroep van deze zaak, te doen vergoeden uit 's Rijks kas;
Rechtdoende in hoger beroep:
Verwerpt het beroep;

Bevestigt de beslissing waarvan beroep met aanvulling van gronden:

Bepaalt dat aan klager diens kosten, voortvloeiende uit de behandeling van deze zaak in hoger beroep, vergoed zullen worden uit 's Rijks kas, wordende deze kosten begroot op f 6,60;

Beveelt bekendmaking van deze beslissing door toezending aan het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Afdeling Externe Betrekkingen, en door aanbieding aan de redacties van de weekbladen „Medisch Contact” en „de Nederlandsche Jurisprudentie”.

Aldus gewezen op 23 april 1970 door de heren Mr. R. Prins, plv. voorzitter; Dr. J. Obbink, W. Hoekstra, H. H. Santman en G. J. Noome, leden-geneeskundigen; in tegenwoordigheid van Mr. P. Mout, secretaris.

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam

Ontoereikende waarneming II

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam, oordelend inzake de op 2 september 1969 ingekomen klacht van A, weduwe van B, geboren op . . . , zonder beroep, wonende te Z, klaagster, tegen C, geboren op . . . , van beroep huisarts, wonende te Z. verweerder, gezien het hier als ingevoegd geldende klaagschrift en gelet op het onderzoek ter zitting van 7 april en 12 mei 1970, alwaar zijn gehoord klaagster, verweerder, bijgestaan door Mr. . . . advocaat te Z, en als getuigen D, oud . . . , wonende te Z en E, oud . . . , van beroep . . . en wonende te Z, komt op navolgende gronden tot na te melden beslissing.

Door het onderzoek is komen vast te staan:

Uit het onderzoek is voorts gebleken dat verweerder, die reeds hoogbejaard is en de huisartsenpraktijk nog in volle omvang uitoefent, in het betrokken weekend buiten zijn eigen praktijk was belast met de waarneming van de praktijken van vier collegae gedurende de periode van vrijdag 17 uur tot de daarop volgende maandag 8 uur. Zonder dat zulks de gewraakte handelwijze van verweerder kan verontschuldigen, moet wel worden vastgesteld dat een waarnemingsregeling als de genoemde onverantwoord is. Onwenselijk is bepaald dat krachtens een dergelijke regeling een arts gedurende twee dagen en drie nachten, buiten zijn eigen praktijk, die van vier collegae in volle omvang waarneemt. Zulks klemt in dit geval nog temeer, nu ten deze met een dergelijke waarneming was belast een arts, ten opzichte van wie, gezien diens leeftijd (76), ernstige twijfel kan rijzen of deze nog wel tot de uitoefening van de volledige huisartsenpraktijk in staat moet worden geacht.

Blijkens hetgeen is overwogen heeft verweerder door te handelen zoals hij deed het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ernstig ondermijnd, terwijl het algemeen belang vordert dat het gedeel-

te der beslissing omtrent de waarnemingsregeling gedurende het weekend wordt bekendgemaakt.

Beslist:

Berispt verweerder.

Beveelt bekendmaking van het hiervoren weergegeven deel dezer beslissing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met het verzoek om plaatsing aan de redactie van Medisch Contact en het Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde.

Aldus gewezen op 1 juni 1970 onder voorzitterschap van Mr. M. Knap met als leden-geneeskundigen Dr. M. J. Heering, F. J. C. Westerweel, C. Landheer plv. en Dr. A. W. M. Pompen; tegenwoordig in de raadkamer de secretaris Mr. R. Blekxtoon.



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

Nieuwe impuls voor spaarverzekeringen

Door Mr. K. Sneep

Na de stilte op het front van de beleggingscombinaties, veroorzaakt door de laatste beursdalingen, beginnen de beleggingsmaatschappijen bij de intrede van het beursherstel hun verkoopcampagnes weer in te zetten. De felle strijd wordt gestreden om de spaargulden, waarbij de levensverzekeringsmaatschappijen hun grote concurrenten zijn. In de tijd van stijgende koersen konden de beleggingscombinaties in koor (zowel de binnen- als buitenlandse funds) roepen, dat deelname in hun collectieve beleggingen, gepaard met een afzonderlijke risico-verzekering, een aanzienlijk betere belegging zou zijn dan in verzekeringen. Na een herstructurering van de spaarverzekeringen zijn de verzekeringsmaatschappijen, dankzij fiscale privilegering van verzekeringen, weer in het commerciële voordeel.

Er is immers in een gering aantal maanden véél gebeurd. Daar is in de eerste plaats de inwerkingtreding per 1 januari 1970 van de nieuwe Wet op de vennootschapsbelasting, waarbij en passant de particuliere deelnemers in buitenlandse beleggingsinstellingen een fiscaal rendement van 3,6%, berekend over de waarden der deelnemingen bij het begin van het jaar, in de schoenen wordt geschoven (behoudens de mogelijkheid van ten genoegen van de minister van Financiën te leveren tegenbewijs). Dit fiscale schot is in hoofdzaak afgevuurd tegen de vele buitenlandse „funds”, die achter een rookgordijn van juridische constructies en vestigingen in fiscale vrijplaatsen (de Bahama-eilanden zijn te vergelijken met het Europese Liechtenstein) hun deelnemers belastingvrijdom voortoverden, niet alleen van de door de „funds” behaalde waarde-aangroei (vermogenswinsten) doch ook van de geaccumuleerde inkomsten; beloften die mede steunden op de ondoorzichtigheid van hun structuren, waardoor de Nederlandse fiscus (vooralsnog) geen belastbare momenten kan aanwijzen. Het sedert 1 januari 1970 geïntroduceerde fictieve rendement is een eerste streep door de fiscale speculatierekening, terwijl de tweede streep zeker niet ondenkbaar is, daar elk rookgordijn op den duur, en veelal onverwacht, kan optrekken.

Dezelfde wet op de vennootschapsbelasting heeft een belangrijke verbetering gebracht voor de houders van aandelen in (ter beurse genoteerde) Nederlandse beleggingsmaatschappijen. Deze worden namelijk onder zekere voorwaarden (waaronder de voornaamste is, dat zij hun winsten ten volle aan aandeelhouders uitkeren) van vennootschapsbelasting vrijgesteld, hetgeen een belangrijke rendements-

verbetering betekent. Wij spreken van de ter beurse genoteerde aandelen, omdat de overigen praktisch zich allemaal de status van besloten beleggingsfonds hebben aangemeten, waardoor zij uit dien hoofde buiten het bereik der vennootschapsbelasting blijven.

De besloten beleggingsfondsen (waaronder verschillende door grote bankinstellingen in het leven geroepen beleggingspools en ook het beleggingsfonds voor medici) hebben boven de ter beurse genoteerde beleggingsfondsen het fiscale voordeel, dat zij behaalde vermogenswinsten vrij van inkomstenbelasting aan hun deelnemers kunnen uitkeren. Ter beurse genoteerde (open) beleggingsinstellingen kunnen vermogenswinsten wél vennootschapsbelastingvrij reserveren en herinvesteren, doch bij uitkering aan aandeelhouders (deelgerechtigden) zullen deze terzake wél inkomstenbelasting verschuldigd worden; een onredelijke heffing, die de Tweede Kamer niet heeft kunnen tegenhouden daar de staatssecretaris van zijn opzet een portefeuillekwestie maakte!

Men heeft de verzekeringsmaatschappijen (waarschijnlijk terecht) verweten, dat zij te traag gereageerd hebben op de opmars van vooral de buitenlandse beleggingsfondsen. Deze reactie is inmiddels gekomen, reeds eerder in de vorm van diverse soorten aandelenspaarplannen. Deze vertonen onderlinge nuanceringen, doch zijn allen gebouwd op dezelfde basis, namelijk gedurende een vooraf overeen te komen aantal jaren regelmatig te sparen bedragen (het spaarplan), terwijl deze bedragen worden belegd in effecten (al dan niet door gebruikmaking van reeds bestaande beleggingsfondsen). Door in het plan een sterfterisico-verzekering voor de looptijd daarvan in te bouwen, kreeg het geheel de jas van een verzekering aan, met als fiscale gevolgen: a. dat de geldswaarde tijdens de spaarperiode buiten de vermogensbelasting kon blijven en b. dat de vermogens- en inkomstaangroei, tijdens de spaarperiode gekweekt, bij het einde geheel vrij van inkomstenbelasting uitgekeerd kan worden. Voorwaarde is, dat het plan voor minstens vijf jaar wordt aangegaan en dat de hoogste jaarpremie niet meer dan het tienvoud van de laagste bedraagt (aldus een vrije weergave van de wat meer genuanceerde wettelijke regeling). Dit levert de verzekeringmaatschappijen een belangrijke voorsprong op, die echter weer wordt afgezwakt door de aanzienlijk hogere kosten (waarvoor de verzekeringsmaatschappijen echter persoonlijk aangepast maatwerk leveren) en door de uit de op-

brengsten te bestrijden premie voor de ingebouwde sterfterisico-verzekering (hiervoor heeft men dan ook een financiële risicodekking).

Voor degenen, die in de risicomijdende sfeer willen beleggen, hebben de verzekeringmaatschappijen, mede op advies van de Nederlandse Vereniging ter bevordering van het Levensverzekeringbedrijf, nagenoeg allemaal aan hun guldens-kapitaalverzekeringen een rentewinstdeling toegevoegd. Hoewel ook hier nuanceringsen voorkomen, is het grondprincipe, dat de verzekerden, in de vorm van aan het verzekerde kapitaal toe te voegen winstdelen, 80% krijgen van de overrente. Deze overrente is het verschil tussen de geldende marktrente (op staatsobligaties) en de rekenrente (4%) waarop de verzekeringstarieven zijn gebouwd. Aldus zijn netto belastingvrije rendementen te behalen van ruim 4% tot bijna 6% bij renten op staatsleningen van 6% tot 8%; zijnde dit, voor genietters van top-inkomens, niet te versmaden.

Op dit stramien voortbordurend, hebben wij een offerte van een verzekeringmaatschappij gezien, die een kandidaat-verzekerde aanbood de jaar voor jaar verschuldigde premies (op enkele eerste premies na) te lenen tegen betaling van de geldende renten. Ook deze renten hoefden niet contant te worden betaald, doch werden op de schuldrekening bijgeschreven. Na afloop van de verzekeringsduur werd uit de uit te keren verzekerde som (verhoogd met winstdeling) de opgelopen schuld voldaan, terwijl dan nog na aftrek van de eigen financiering, een opzienbarende winst overbleef. Voorwaarde voor het slagen van deze opzet is, dat de verzekerde gedurende de verzekeringsperiode een dusdanig hoog inkomen heeft (en houdt) dat van de aftrekbare verschuldigde rentebedragen telkens 60 à 70% via belastingbesparing door de fiscus wordt gedragen. De winst ontstaat dan doordat de netto leningsrente (na aftrek der belastingbesparing) lager is dan de in de polis opgebouwde rente. Een grapje, dat ech-

ter gebaseerd is op (zoals gezegd) een onverminderd toekomstig hoog inkomen, een constante overrente en een ongewijzigde fiscale wetgeving en rechtspraak; derhalve factoren die in hun combinatie geenszins zeker zijn.

Conclusie

Op basis van de fiscale aspecten kan men tot de volgende volgorde van toenemende voorkeur komen:

- buitenlandse beleggingsfondsen (ondoorzichtige structuur met fiscale risico's bij verkoop aan het fonds via een daaraan gelieerde instelling; toerekening van een fictief fiscaal rendement);

- ter beurze genoteerde aandelen in beleggingsfondsen (vermogenswinsten door deze fondsen behaald, vormen bij uitkering aan belanghebbenden voor hen belastbaar inkomen; behaalde inkomsten moeten verplicht aan de aandeelhouders worden doorgegeven en vormen voor deze belastbaar inkomen; tarief-faciliteiten (zoals terzake van herkapitalisatie-dividenden), die aandeelhouders bij rechtstreekse belegging zouden hebben genoten, gaan verloren als de gefaciliteerde dividenden via een beleggingsfonds worden genoten);

- deelneming in „besloten” beleggingspools (hierbij is de fiscale positie gelijk aan die bij rechtstreekse belegging in aandelen; derhalve vermogenswinsten vrij van inkomstenbelasting dividenden vormen belastbaar inkomen).

- deelneming in verzekeringsspaarplannen (mogelijkheid tot algehele vrijdom van inkomstenbelasting terzake van zowel vermogenswinsten als inkomensgroei; vrijdom van vermogensbelasting gedurende de groeiperiode).

Doch ook hier dient men eenzijdigheid te vermijden en zijn keuze te bepalen in het totale kader van zijn persoonlijke en financiële omstandigheden.

Generatie en ziekteverzuim

Verschenen is een intern rapport van het N.I.P.G./T.N.O., getiteld: „Generatie en ziekteverzuim” (I Statistische analyse), uitgebracht door Prof. Dr. H. Philipsen en mevrouw drs. A. K. de Vries-van der Zee. In T.N.O.-Nieuws (25e jaargang, juli 1970, nr. 7) wordt over dit rapport het volgende bericht:

Na bespreking met vertegenwoordigers van het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid ontving het NIPG/TNO in 1967 de opdracht een onderzoek uit te voeren „naar de factoren die ten grondslag liggen aan de stijging van het ziekteverzuim door een analyse van de verschillen in frekwentie en duur van het ziekteverzuim tussen werknemers ouder en jonger dan 35 jaar, aange-

vuld met gegevens betreffende houdingen en opvattingen bij verschillende generaties”. De eerste fase van het onderzoek is afgesloten. Het rapport erover bevat een analyse van de afwezigheid wegens ziekte van 3726 mannelijke werknemers met 44.200 ziektegevallen, die in de periode 1958-1968 onafgebroken in het productieproces van vijf grote bedrijven werkzaam zijn geweest. De categorie van blijvers verschilt van hun minder lang blijvende collega's op twee wijzen:

- de jongeren (tot 35 jaar) bezitten een lagere ziektefrekwentie, waarschijnlijk op grond van een andere bedrijfsbinding;
- de ouderen (na 35 jaar) zijn minder vaak en op

den duur minder lang ziek, waarschijnlijk mede op grond van het feit dat zij een medisch gezondere selectie vormen.

Voor het ziekteverzuim als geheel geldt:

- de ziektefrekwentie is het hoogst rond het dertigste jaar, onafhankelijk tot welke generatie of leeftijdscategorie men behoort;
- met het ouder worden stijgt de gemiddelde ziekte duur en bovendien op oudere leeftijd sterker dan op jongere.

Analyse naar diagnostisch patroon levert op:

- afwezigheidspiek rond het dertigste jaar komt voor rekening van de zeer frequent voorkomende acute stoornissen van de ademhalingswegen en het maagdarm stelsel;
- voor de twee, op bovengenoemde categorieën na, meest voorkomende diagnostische redenen voor

afwezigheid, nl. minder ernstige aandoeningen van het bewegingsapparaat en psychische ziekten, geldt dat een afwezigheidspiek tussen het veertigste en vijfenvetigste jaar optreedt, onafhankelijk van de generatie of leeftijdscategorie waartoe men behoort; — de objectief ernstige aandoeningen nemen na het vijftienvetigste jaar bij het ouder worden sterk toe.

De theoretische conclusie luidt, dat de dynamische generatie-theorie verworpen moet worden, dat de ideeën over afnemende vatbaarheid voor infectieziekten hooguit beperkt houdbaar zijn, maar dat zowel de statische generatie-theorie als die omtrent het ziektegedrag niet strijdig zijn met de resultaten. In de vervolgstudie dient daarom aandacht besteed te worden aan de kenmerken van bepaalde levensfasen en de ontwikkeling van het ziektegedrag ten opzichte van specifieke klachten en aandoeningen.

Antwoord minister van Defensie aan Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie

Op 17 augustus 1970 stuurde minister Den Toom van Defensie onderstaande brief aan het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie.

Het ministerieel schrijven is een antwoord op een brief van de medische polemologen d.d. 8 mei 1970 (zie M.C. nr. 21/1970, blz. 556). Aanleiding tot die brief was een van de antwoorden, die de bewindsman gaf op vragen van het Tweede Kamerlid Jansen (K.V.P.). De heer Jansen kwam tot het stellen van zijn vragen, nadat militairen van het 103e geneeskundig bataljon in Ermelo publiekelijk hadden verklaard, de minister te hebben geschreven in geval van oorlog zelf te zullen uitmaken of zij al dan niet willen meevrachten. Een gesprek tussen de minister en een drietal vertegenwoordigers van de Ermelose dienstplichtigen heeft intussen plaats gehad (zie voor een summier verslag van dit onderhoud in de rubriek „Varia” van Medisch Contact nr. 34/1970.)

De bewindsman gaat in zijn beantwoording van de brief der medische polemologen slechts in op de eerste twee alinea's van dit schrijven, luidende:

„U heeft in uw antwoord op een vraag van het Tweede Kamerlid voor de K.V.P., de heer J. H. Jansen, over de kwestie betreffende de militairen van het 103e geneeskundige bataljon te Ermelo gezegd, dat u het optreden dezer dienstplichtigen des te meer moreel te laken acht, nu hun taak in oorlogstijd de verzorging van zieken en gewonden van eigen en vijandelijke strijdkrachten betreft.

„Het bestuur der Nederlandse Vereniging voor Medische Polemologie vraagt zich naar aanleiding

hiervan af, of u als minister van Defensie hiermee degenen, die medisch werk doen in het leger, alleen moreel in een uitzonderingspositie ten aanzien van de krijgstucht wilt plaatsen, of dat uit uw antwoord de gevolgtrekking gemaakt moet worden, dat van deze medisch werkzamen ook in feite een meer onvoorwaardelijke gehoorzaamheid aan de militaire bevelhebbers geëist zal worden.”

De minister schrijft onder meer:

„De vraag van de heer Jansen onder punt 7, ingezonden op 27 april 1970 luidde: „Acht de minister het optreden van deze militairen niet in nog ernstiger mate te laken waar het hier niet een werkelijk gevechtsonderdeel betreft, doch een geneeskundige formatie, die in voorkomend geval zieken en gewonden van eigen en van vijandelijke strijdkrachten moet verzorgen?”

„Mijn antwoord, ingezonden op 29 april 1970 onder punt 7 luidde:

„De ondergetekende acht het optreden van deze militairen *moreel* des te meer te laken, nu hun oorlogstaak de verzorging van zieken en gewonden van eigen en vijandelijke strijdkrachten betreft. Overigens ziet hij geen verschil hetwelk een dergelijk verschijnsel bij het ene onderdeel ernstiger of minder ernstig zou doen zijn dan bij het andere.

„Overeenkomstig dit laatste kan ik in antwoord op uw vraag verklaren dat er geen uitzonderingspositie in krijgstuuchtelijke zin bestaat voor hen die in de krijgsmacht medisch werkzaam zijn. Daar het vervolg van uw brief is gebaseerd op een onjuiste veronderstelling, laat ik verdere beantwoording daarvan achterwege.”

EEN NATIONAAL ZELFMOORDONDERZOEK

*Door Dr. R. J. H. Kruisinga,
staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid*

Onder auspiciën van de gezondheidsorganisatie T.N.O. en onder leiding van de hoogleraren C. S. Kruijt (socioloog) en N. Speijer (sociaalpsychiater) wordt in de periode van 1 september 1970 tot 1 september 1971 door de afdeling bijzonder onderzoek van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid van mijn departement een nationaal onderzoek naar zelfmoord en zelfmoordpoging uitgevoerd. Mondiaal gezien is dit het eerste onderzoek, waarbij voor een land in zijn geheel wordt getracht de zelfmoord en zelfmoordpoging statistisch te benaderen. Aangezien het in een statistisch-vergelijkend onderzoek niet mogelijk is de dieperliggende aspecten van de zelfmoord en zelfmoordpoging te onderzoeken, ligt het in de bedoeling dit project later te doen volgen door een diepte-onderzoek op kleinere schaal, waarbij voort kan worden gebouwd op de resultaten van dit onderzoek.

Doel onderzoek

Met dit nationale onderzoek worden in hoofdzaak twee doeleinden nagestreefd. Ten eerste wordt getracht de grootte en samenstelling van de groep zelfmoordpogers zo nauwkeurig mogelijk vast te stellen. Daarnaast is het theoretisch van groot belang om te weten te komen of de categorie suïcidanten die na een poging in leven blijven dezelfde kenmerken vertoont als de groep waarvan de poging tot de dood heeft geleid. Ten tweede hopen wij nader inzicht te verkrijgen op welke punten de organisatie van de hulpverlening eventueel verbetering behoeft en op welke wijze dat het beste zou kunnen worden gerealiseerd.

De gegevens van de geslaagde zelfmoorden zijn ons bekend via het Centraal Bureau voor de Statistiek. In ons land blijken jaarlijks ongeveer 1000 personen zelfmoord te plegen. In de zelfmoordpogingen geeft noch de sterftestatistiek, noch de criminele statistiek ons enig inzicht. Wel is uit fragmentarische onderzoeken bekend dat het aantal zelfmoordpogingen vele malen hoger ligt dan de geslaagde suïcides, maar een meer volledige registratie ontbreekt op dit punt.

Uit voorlopige gegevens van de continue morbiditeitsregistratie 1970 door 50 peilstations (huisartsen) is gebleken, dat over een periode van 9 weken 2 geslaagde zelfmoorden en 24 pogingen tot zelfmoord hebben plaatsgevonden ¹⁾. Wanneer men deze cijfers omrekent voor de periode van één jaar moeten

de ongeveer 4500 huisartsen in ons land in aanraking komen met ca. 13.500 pogingen tot zelfmoord waarvan 1000 met dodelijke en 12.500 met niet letale afloop. Deze verhouding letaal/niet letaal komt naar orde van grootte overeen met de resultaten van diverse buitenlandse onderzoeken, waaruit blijkt dat de frequentie van zelfmoordpogingen ongeveer tien à vijftien maal hoger is dan die van de geslaagde zelfmoorden.

Verschillende onderzoekers o.a. Stengel en Cook alsmede Farberow en Shneidman ²⁾, vermelden dat de samenstelling van de groep van in leven gebleven zelfmoordpogers naar geslacht en leeftijd verschilt van die van degenen, waarvan de poging wel tot de dood heeft geleid. Mannen plegen meer zelfmoord dan vrouwen, maar zelfmoordpogingen zouden meer onder vrouwen voorkomen. Voorts zijn er aanwijzingen dat de leeftijdscategorie tussen 55 en 64 bij de zelfmoorden in absolute cijfers gezien het meest voorkomt, terwijl deze bij de pogingen tussen de 25 en 44 jaar ligt. Ook ontdekten diverse onderzoekers voor beide groepen verschillen voor wat betreft de burgerlijke staat. Voor de poging tot zelfmoord constateerden zij een hogere frequentie bij gehuwden dan bij niet gehuwden. Bij de geslaagde zelfmoorden ligt dit net andersom.

Het is theoretisch gezien van groot belang, om door middel van dit onderzoek te achterhalen of dergelijke verschillen ook bij de Nederlandse bevolking voorkomen. Mocht dit niet het geval zijn en zouden beide groepen statistisch gezien dus tot dezelfde populatie behoren, dan zou het suïcide-onderzoek aanmerkelijk kunnen worden verdiept door in leven gebleven patiënten aan een nader onderzoek te onderwerpen. Zou anderzijds blijken dat beide categorieën niet identiek zijn, wat tot nu toe bekende — echter fragmentarische — gegevens suggereren, dan heeft men in feite met twee verschillende verschijnselen te doen, hetgeen uiteraard afzonderlijke bestudering noodzakelijk blijft maken.

Een bijzonder belangrijk punt — vooral vanuit het oogpunt van preventie — is te weten waarom vele pogingen tot zelfmoord niet tot de dood leiden. In hoeverre speelt het toeval en/of de organisatie van de hulpverlening hier een rol? Het kan bijvoorbeeld

¹⁾ Informatie van Dr. H. Bijkerk, Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid, projectleider peilstations.

²⁾ Zie literatuur aan het slot van dit artikel.

gebeuren, dat een zelfmoordenaar in leven blijft, omdat hij toevallig nog juist op tijd wordt gevonden. Niet zelden ook weet men door snel en efficiënt medisch ingrijpen de dood van een patiënt te voorkomen. In dit soort gevallen geschiedt het mislukken van de poging als het ware tegen de intentie van de betrokkene in.

Maar volgens buitenlandse onderzoeken komen er ook een groot aantal zelfmoordpogingen voor waarbij de dood niet als zodanig is bedoeld. Men wenst eigenlijk in leven te blijven, echter onder andere omstandigheden. Vóór het plegen van de daad zouden reeds signalen zijn uitgezonden naar de omgeving. Verschillende onderzoekers hebben waargenomen, dat vele suïcidanten kort voor de daad een bezoek aan de huisarts hadden gebracht met klachten zoals gebrek aan eetlust, hoofdpijn, moeheid e.d. Deze klachten worden veelal niet gezien in het raam van het presuïcidale syndroom; men had alleen aandacht voor de klacht op zich zelf. Ook stemmen de percentages van de zelfmoordpogers die tevoren met hun familie over hun voornemen hadden gesproken bij verschillende onderzoeken vrij aardig overeen. Hun uitlatingen werden echter doorgaans niet „au sérieux” genomen.

De waarschuwing zich van het leven te zullen be-roven, „de kreet om hulp”, kan variëren van het zinspelen op of het louter uiten van de wens om dood te zijn tot een uitgesproken dreigement of een opzettelijke verklaring om zich te zullen suïcidieren. Hoe de aard van de mededeling ook is, in alle gevallen zou deze als aanwijzing hebben kunnen dienen dat zelfmoordbedoelingen aanwezig waren. Wanneer men de aankondigingen ernstig had genomen, zou preventieve actie mogelijk zijn geweest en de zelfmoordhandeling misschien hebben kunnen voorkomen.

Methode en techniek van het onderzoek

Gedurende de periode van één jaar namelijk van 1 september 1970 tot 1 september 1971 zullen alle gevallen van zelfmoord en zelfmoordpoging zo nauwkeurig mogelijk worden geregistreerd en de gegevens geanalyseerd. Voor het onderzoek zijn twee geprecodeerde vragenlijsten, formulier A en formulier B ontworpen, waarvan formulier B een verkorte vorm van formulier A is. Formulier A wordt aan alle Nederlandse huisartsen en psychiatrische inrichtingen toegezonden die in aanraking komen met een zelf-

moordpatiënt, terwijl alle psychiaters behalve formulier A tevens formulier B ontvangen met het verzoek alleen dit laatste in te vullen voor die gevallen van zelfmoord, die zij aan de huisarts van betrokkene hebben doorgegeven. Aan alle Gemeentelijke Geneeskundige en Gezondheidsdiensten wordt slechts de verkorte vragenlijst B toegestuurd.

In een aan deze medici, inrichtingen en diensten gerichte brief heb ik reeds gewezen op de doelstelling en het belang van het onderzoek. Voorts heb ik de artsen, psychiaters en inrichtingen verzocht de bij de brief gevoegde *aanvraagkaart* te retourneren, zodra zich in hun praktijk of in de psychiatrische inrichting een geval voordoet van zelfmoord of zelfmoordpoging. Terugzending van de kaart wordt tevens verwacht wanneer de arts/psychiater een *vermoeden* heeft van een zelfmoord of zelfmoordpoging, alsmede wanneer de patiënt uitlatingen heeft gedaan dat hij zelfmoord wilde plegen maar daaraan geen gevolg heeft gegeven. Na inzending van deze aanvraagkaart wordt door de Hoofdinspectie het benodigde aantal formulieren toegezonden.

De enquêteformulieren zullen in overleg met de gezondheidsorganisatie TNO op de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid worden geadministreerd en daarna per computer door TNO verwerkt. De *resultaten* van het onderzoek zullen in boekvorm door de vernoemde hoogleraren worden gepubliceerd.

Ik herhaal nogmaals de oproep in voornoemde brief om uw medewerking aan dit belangrijke onderzoek te verlenen.

Literatuur

- Farberow, Norman L., Shneidman, Edwin S.: *The cry for help*. New York 1961.
- Kruijt, C. S.: *Zelfmoord, statistisch-sociologische verkenningen*. Assen 1960.
- Prevention of Suicide, W.H.O. Public health papers, nr. 35, 1968.
- Speijer, N.: *Het zelfmoordvraagstuk*. Van Loghum Slaterus/Arnhem 1969.
- Stengel, E.: *Suicide and Attempted Suicide*. Harmondsworth, Penguin, 1964.
- Stengel, E.: *Zelfmoord en poging tot zelfmoord*. Hilversum 1967.
- Stengel, E. and Cook, N.: *Attempted Suicide*. Oxford University Press London, 1958.

Geneesheer en ziekenhuis

Bespreking van de monografie „Het statuut van de Ziekenhuisgeneesheer in de Lid-staten van de Europese Economische Gemeenschap” van P. Quaethoven*

Door Dr. L. Th. S. Kortbeek te Eindhoven

Een groot gedeelte van de vergadertijd van medische staven, van besturen en commissies van beroepsorganisaties is gewijd aan een klein aantal onderwerpen. Vaak bespreekt men verhoudingen en tracht men formuleringen te vinden terwijl door anderen reeds de besproken verhoudingen uitvoerig zijn geanalyseerd en beschreven en nauwkeurige formuleringen zijn gevonden om taken of bevoegdheden te omschrijven, rechten en plichten vast te leggen. Dit is stellig het geval waar het gaat om de verhoudingen tussen ziekenhuizen en geneesheren. Er bestaat vakliteratuur op dit gebied. Er zijn vele losse artikelen, er zijn enkele voortreffelijke compilerende boekwerken. Het zou zijn nut hebben wanneer men daar ook kennis van neemt. De betrokken medici doen dit soort werk als regel in hun vrije tijd en brengen meer toewijding en betrokkenheid bij de materie in dan kennis van de literatuur. Men zou dublures kunnen voorkomen en wellicht het resultaat kunnen verbeteren door studie van hetgeen terzake reeds is geschreven. De heer P. Quaethoven, verbonden aan de school voor Maatschappelijke Gezondheidszorg te Leuven heeft een voortreffelijke compilerende studie geschreven. Aan zijn monografie is dit artikel gewijd. Het beoogt: 1e de lezer attent te maken op hetgeen in deze monografie te vinden is; 2e enige kanttekeningen te maken met het oog op de Nederlandse situatie.

De opzet van de monografie

De monografie werd geschreven tegen de achtergrond van het feit dat op 25 maart 1957 door België, Duitsland, Frankrijk, Italië, Luxemburg en Nederland te Rome het Verdrag tot oprichting van de Europese Economische Gemeenschap werd ondertekend. De Gemeenschap stelt zich onder meer tot doel de hindernissen te verwijderen voor het vrije verkeer van personen, diensten en kapitaal tussen de Lid-Staten. Voor de beoefening van een beroep dienen zoveel mogelijk in de aangesloten landen de omstandigheden gelijkvormig of althans gelijkwaardig te zijn. Dit betreft bijvoorbeeld de erkenning van diploma's en bevoegdheden, de opleidingseisen, de wettelijke regelingen voor de rechten en plichten van de beroepsbeoefenaren.

De omstandigheden, waaronder in de zes landen in de ziekenhuizen de geneeskunde wordt beoefend, zijn zeer uiteenlopend en meestal gecompliceerd. De auteur beoogt een vergelijkend onderzoek te doen door eerst een analyse te geven van de situatie in de verschillende landen, gevolgd door een samenvattend overzicht. Hij stelt dat in de laatste kwart eeuw vooral drie factoren de positie van de geneesheer in het ziekenhuis hebben beïnvloed: de ontwikkeling van de geneeskunde, de verruimde rol van het ziekenhuis, het invoeren van de veralgemeende ziekteverzekering. Hierdoor is momenteel op specialistisch niveau niemand meer in staat als eenling te functioneren.

De auteur preciseert zijn termen als volgt. Hij gaat uit van de werkhypothese dat men moet verstaan onder „statuut”: een geheel van plichten en rechten die de verhouding ziekenhuis - geneesheer regelen. Deze regelen worden bij overeenkomst vastgelegd of vloeien voort uit een beslissing van de werkgever. De aspecten van het statuut zijn van juridische, sociale, economische en deontologische aard. Onder „ziekenhuisgeneesheer” wordt verstaan: een geneesheer die zijn praktijk geheel of grotendeels in het ziekenhuis uitoefent en die zijn inkomen geheel of grotendeels in het ziekenhuis verdient.

De inhoud van de monografie

In het eerste hoofdstuk geeft de auteur een inleiding tot de problematiek. Hij bespreekt de historische ontwikkeling van het ziekenhuis. Tegenover het oude gasthuis of godshuis stelt hij het moderne ziekenhuis, volgens Querido een „inrichting voor onderzoek, behandeling en verpleging van zieken”. Het ziekenhuis wordt bepaald als de som van vier essentiële kenmerken:

1. Het ziekenhuis is een *sociale instelling*, belast met de verdeling van medische zorgen, geïntegreerd in een gezondheidsplan, in samenwerking verbonden met andere sociale instellingen;
2. Het ziekenhuis is een *medische instelling*, d.i. een instelling waar zorgen worden gegeven en waar onderzoeken worden gedaan; het is een diagnostisch centrum en het komt tegemoet aan de preventieve en curatieve noden van de bevolking;
3. Het ziekenhuis is een *onderneming*, belangrijk als verbruiker van goederen en als werkgever, belangrijk als schakel in het economisch geheel;
4. Het ziekenhuis is een *educatieve instelling*

* Monografie van de School voor Maatschappelijke Gezondheidszorg, Gerterstraat 102, Leuven, 1969, 478 bladzijden. Zie ook redactionele beschouwingen in M.C. nrs. 29 en 30/1970.

waar opleiding, onderwijs en bijscholing worden verstrekt aan diverse personen en waar wetenschappelijk onderzoek wordt verricht in het kader van de eigenende disciplines.

De auteur belicht vervolgens de ontwikkeling van het Statuut der Ziekenhuisgeneesheren. De ziekenhuisgeneesheer „evolueert van een individuele praktijkbeoefenaar naar een lid van de equipe”. Belangrijk zijn het ontstaan van de groepsgeneeskunde en van de full-time geneeskunde. De arts wordt steeds meer tot ziekenhuisgeneesheer. „Dat hij zich daarbij ingeschakeld weet in organisatorische structuren geeft hem tegelijk een gevoel van veiligheid en onveiligheid wat mede de drempelvrees verklaart die nog vele geneesheren ervan weerhoudt hun praktijk volledig in het ziekenhuis — in één ziekenhuis — uit te oefenen”. Er is dan ook nog een derde factor, die naast de ontwikkeling tot groepsgeneeskunde en full-time geneeskunde de ontwikkeling van het statuut der ziekenhuisgeneesheren mede bepaalt: „de syndicalistische bewegingen der geneesheren”. De auteur gaat dan uitvoerig in op het Nederlandse rapport: „De organisatorische positie van de medische specialist in het Nederlands algemeen ziekenhuis”, waarin wordt gesproken van een driedovoudige positie van de geneesheer: individueel geneesheer, lid van de medische organisatie, persoon met te verdedigen belangen. De problematiek wordt besproken van het open en het gesloten ziekenhuis, van de vrije artskeuze, het beroepsgeheim, de therapeutische vrijheid, de directe arts-patiënt-verhouding, de organisatie van de controle. De auteur vermeldt de 5 principes van het Medisch Handvest, opgesteld in 1927 door de Fransman Cibrie: „1. Vrije keuze van de geneesheer door de patiënt; 2. Eerbiediging van het beroepsgeheim; 3. Vrijheid van therapie; 4. Rechtstreekse verhouding tussen ging en honorering; 5. Controle van de patiënt door patiënt en geneeskundige met betrekking tot verzor- de verzekeringsinstellingen en van de geneeskundigen door de organisaties van geneeskundigen”.

Vervolgens wordt meer in detail de situatie besproken in België, Duitsland, Frankrijk, Italië, Luxemburg, Nederland. De invalshoeken zijn telkens de volgende: de benoeming en het ontslag, de arbeidsvoorwaarden, de deelneming aan de leiding van het ziekenhuis. Telkens wordt eerst een kort overzicht gegeven van de structuur van het ziekenhuiswezen in ieder land.

Men vindt in deze hoofdstukken een schat aan concrete gegevens. De auteur geeft veel getallen en vooral veel juridische formuleringen. Hij heeft een buitengewoon groot aantal publikaties doorgewerkt en geëxtraheerd. De bron wordt steeds vermeld en de bibliografie, afgesloten per 1-1-1969 maakt het mogelijk de bronnen zelf te raadplegen.

Men wordt gefrappeerd door de grote diversiteit van bestaande regelingen en verhoudingen. Waar de ontwikkeling van de sociaal-economische verhoudingen, van de maatschappelijke structuren en van de politieke inzichten in de verschillende landen ge-

durende eeuwen zo uiteenlopend is geweest, is het niet verbazingwekkend dat de gestalte van de organisatie der gezondheidszorg in ieder land zulk een eigen gezicht heeft gekregen. Opvallend is de sterk centralistische en hiërarchische structuur van het Franse ziekenhuiswezen, althans in officiële opzet. De pyramidale opbouw van de openbare ziekenhuizen in Frankrijk wordt nauwkeurig beschreven.

De Nederlandse situatie

Uiteraard heeft het hoofdstuk over het statuut van de ziekenhuisgeneesheer in Nederland onze bijzondere aandacht gehad. Men vindt hier een groot aantal gegevens bijeen, die het boek geschikt maken als naslagwerk voor een ieder die in ons land met de besproken problematiek te maken heeft. Het komt ons voor dat de auteur erin is geslaagd in kort bestek de belangrijkste gegevens samen te brengen. Door deskundige bijstand van Dr. L. M. J. Groot, lector te Leuven en ziekenhuiseconoom te Roermond, die ten onzent een belangrijk aandeel heeft gehad in de meningsvorming en in de opbouw van sommige bestaande structuren, zal daaraan niet vreemd zijn geweest. De cijfers zijn hoofdzakelijk ontleend aan het jaar 1964. De gegevens omtrent de organisaties en de publikaties zijn recenter. De Stichting Nationale Ziekenhuisraad, pas onlangs tot stand gekomen, wordt uitvoerig vermeld. De bestaande literatuur wordt uitvoerig en gedifferentieerd besproken. De feitelijke toestand en de bestaande problemen rond de contractuele verhouding tussen ziekenhuis en specialist worden helder en objectief weergegeven. De objectiviteit wordt gediend door het duidelijk aangeven van wat feitelijk bestaande regelingen en besluiten zijn en van wat de standpunten zijn van de betrokken organisaties.

Bij de bespreking van de arbeidsvoorwaarden van de ziekenhuisgeneesheer in Nederland komen aan de orde: de hiërarchische functies, de betalingsvoorwaarden, de beschikking over personeel, lokalen en materiaal, vergoedingen, ziekenhuispraktijk en private praktijk, het medisch dossier. De deelneming aan de leiding van het ziekenhuis wordt uitvoerig besproken. Vooral de taak van de medisch directeur wordt geanalyseerd. De medische staf krijgt grote aandacht. De auteur definieert de medische staf als de organisatie van de klinische en niet-klinische specialisten, die regelmatig in het ziekenhuis werkzaam zijn. Hij citeert enige andere definities. De auteur stelt dat deze organisatie haar bestaan dankt aan het bestuur van het ziekenhuis. De doelstelling van de medische staf wordt besproken, de samenstelling, de werkwijze, de bevoegdheden, alsmede de bestuursvorm. De auteur ontleent zijn formuleringen grotendeels aan publikaties van de zijde van de V.K.Z., van de L.S.V., van de zogenaamde Statuscommissie en van diverse schrijvers.

Het Nederlands Ziekenhuiswezen wordt samenvattend gekenschetst door de elementen van een diversiteit der ziekenhuizen, een afwezigheid van overheidsinmenging, de overwegend contractuele aard

van het statuut van de ziekenhuisgeneesheer, die als zelfstandige praktijkbeoefenaar optreedt, de neiging naar het gesloten ziekenhuis, de ontwikkeling van de medische staf, de tendens de specialistische geneeskunde in hoofdzaak in het ziekenhuis uit te oefenen en de aanwezigheid van „voor hun leden bevoegde ziekenhuis- en geneesheren-organisaties, die tot steeds meer onderlinge afspraken komen en hun leden aan deze afspraken weten te binden”.

Het Nederlandse betalingssysteem ligt de auteur wat moeilijk. Hij beschouwt een arts-in tarief als een element van integratie van de geneesheer in het ziekenhuis. Het arts-out tarief is echter van kracht in het overwegend deel der ziekenhuizen. In de laatste alinea van dit hoofdstuk laat de auteur zijn eigen opvattingen duidelijk doorschemeren: „Tenslotte, de ontwikkeling die de geneesheer naar het ziekenhuis voert, wordt door de vergoedingsvorm niet tegengehouden. De karakteristieken van het zelfstandig beroep doen geen wezenlijke afbreuk aan de positie van de ziekenhuisgeneesheer. Zijn statuut bevat voldoende elementen om de kwalificatie *ziekenhuisgeneesheer* te rechtvaardigen”.

De E.E.G.

Het achtste hoofdstuk is gewijd aan de ziekenhuisgeneesheer in de Europese Economische Gemeenschap. De betrokken organisaties worden vermeld, de relevante bepalingen van het verdrag van Rome, de diversiteit van de opleidingen, de deontologie, de coördinatie der voorwaarden voor toelating tot en uitoefening van het medisch beroep, de afschaffing der restricties, de sociale zekerheid. De voorstellen voor richtlijnen worden grotendeels letterlijk vermeld. Men kan hier gegevens vinden omtrent het permanent comité der artsen der E.E.G. en de deswege aangenomen „verklaring” over de uitoefening van het medisch beroep (gepubliceerd in Medisch Contact, 1967, vol. 22, pag. 1185) en over het Ziekenhuis-handvest van de Association Européenne des Médecins des Hôpitaux (Medisch Contact, 1967, vol. 22, pag. 871-873).

Het samenvattend hoofdstuk

In het negende en laatste hoofdstuk „Overzicht en Besluiten” waagt de auteur een poging bepaalde aspecten van de uiteenlopende verhoudingen in het ziekenhuiswezen in de 6 landen toch onder een gemeenschappelijke noemer te brengen. Bij toetsing aan enige criteria ontmoet hij zodanige pluriformiteit, dat geen gemeenschappelijke kenmerken te noemen zijn.

Overeenkomst bestaat inzake de trend naar schaalvergroting en regionalisatie. Een toenemen van de reglementering van het ziekenhuiswezen van overheidswege is ook wel in alle zes landen te bespeuren. Van groot belang lijkt ons het slot van het overzicht, waarachter de auteur dan nog een persoonlijk standpunt t.a.v. de gestelde problematiek geeft.

Dit slot luidt als volgt: „De vestiging van een geneesheer in een andere Lid-Staat, de mogelijkheid tot praktijkuitoefening aldaar, stellen naar de inhoud van de begrippen „coördinatie der voorwaarden” en „afschaffing der restricties”, naar de inhoud van het geheel der gestelde voorwaarden, geen gelijkheid van het statuut van de ziekenhuisgeneesheer in elke Lid-Staat. M.a.w., de inhoud van het statuut, (de juridische verhouding ziekenhuis-geneesheer, de arbeidsvoorwaarden, de betrekkingen tot de beleidsorganen) wordt niet gewijzigd in die zin als zou er een *uniform* statuut ontstaan: verschillen per Lid-Staat blijven”.

Kanttekeningen

1. De opmerkingen over het beroepsgeheim en over het medisch dossier zijn uitermate helder en belangrijk. Bijvoorbeeld: „De geheimhouding volgt niet uit de uitoefening van een beroep, maar uit *de aard van de gegevens* en rust op een ieder die de gegevens ter beschikking heeft.” ... „De waarde van het medisch dossier is in wezen drievoudig. Het medisch dossier staat in de allereerste plaats *in dienst van de patiënt* en van diens welzijn: alle gegevens die te maken hebben met zijn ziekte, opname en verzorging worden op duidelijke wijze geregistreerd en aan zijn verzorging dienstig gemaakt. ... Het medisch dossier staat, ten tweede, *in dienst van de geneesheren*. De complexiteit van de ziektepatronen en diagnoses, van de therapieën en daaruit verworven inzichten bieden de geneesheren een werkinstrument, dat hun kennis en hun mogelijkheden qua overzichtelijkheid van de vraagstukken verrijkt en ten goede komt. ... Het vervult tegelijkertijd een essentiële rol als grondslag voor het toetsingsrecht van de medische staf. ... „Medical Audit” ... Een veralgemeende medische registratie en een centrale medische archiefdienst worden, ten derde, ook meer en meer gehanteerd als *middel en informatiebron voor de beleidsvoering*.”

2. Het is merkbaar dat de auteur de problematiek hoofdzakelijk benadert vanuit het oogpunt van de bestaande arbeidsovereenkomsten en andere zakelijke regelingen. De gevolgen, die de bestaande regelingen hebben voor de praktijk van de medische beroepsuitoefening, komen niet uit de verf. Voor Duitsland wordt bijvoorbeeld uitvoerig weergegeven hoe de contractuele relaties zijn van de „Chefärzte” en de „Belegärzte”.

De regeling van honoraria, de regeling van praktijkoverdracht, de omschrijving van rechten en plichten, gerechtelijke uitspraken op deze terreinen worden uitvoerig besproken.

Het wordt niet duidelijk dat de in Duitsland bestaande regelingen, daterend van de tijd van Bismarck, in feite voor verschillende specialismen een ernstige caesuur tengevolge hebben tussen de poliklinische en de klinische behandeling van de patiënten. Aangezien de „frei niedergelassene Ärzte” naast de betrekkelijk kleine groep van „Belegärzte” het monopolie hebben voor poliklini-

sche specialistische hulpverlening en de „Chefärzte” met hun staven het monopolie hebben voor de klinische hulpverlening (naast de Belegärzte) ontstaat de bedenkelijke toestand dat de poliklinische werkzame groep geen ervaring heeft kunnen behouden over episoden in het ziektebeloop, die zich in de kliniek afspelen; de klinisch werkzame specialisten ontberen ervaring omtrent de poliklinische perioden.

In de voorjaarsvergadering van de UEMS te Rome in 1969 werd uitvoerig toegelicht, wat de consequenties daarvan zijn voor de interne geneeskunde. De discontinuïteit van de behandeling is niet alleen voor de patiënt onaangenaam en soms onveilig; ook medische beoordelingsfouten worden daarvoor in de hand gewerkt.

3. In sommige opzichten is deze voortreffelijke monografie helaas weer verouderd. Men zou dit grosso modo kunnen aanduiden door te stellen dat de monografie in de evolutie van de opvattingen over de interactie tussen ziekenhuis en geneesheer zich bevindt in de periode van het verschijnen van het rapport van de zogenaamde Statuscommissie („preadvies: de organisatorische positie van de medische specialist in het Nederlandse algemene ziekenhuis”, 1965, Lochum, De Tijdstroom). Wij leven intussen alweer in 1970. Op 1-8-1969 verscheen het rapport „Patiënt-geneesheer-ziekenhuis” (rapport van een gezamenlijke commissie van vertegenwoordigers van de Landelijke Specialisten Vereniging en van de Ziekenhuisorganisaties, Medisch Contact, jaargang 24: pag. 861-866 en 895-901). In dit rapport wordt de problematiek niet benaderd vanuit de organisatie-leer en niet vanuit de juridische verhouding ziekenhuis-geneesheer, vanuit de arbeidsvoorwaarden of vanuit de betrekkingen tot de beleidsorganen, maar vanuit de eigenlijke kern van de medische hulpverlening in het ziekenhuis: de patiënt en de aan hem verleende diensten en ter beschikking gestelde voorzieningen.

De neiging van Quaethoven, de medische specialist geheel tot ziekenhuisgeneesheer te maken, kan wellicht op juridische of organisatorische inzichten berusten, maar wanneer men de zaak benadert vanuit de behoeften van de patiënt dan blijkt dat de medische hulpverlening in het ziekenhuis slechts een episode is in de totale hulpverlening, die nauw verweven is en blijft met de hulpverlening in het eerste échelon (huisarts, bedrijfsarts, wijkzuster, maatschappelijk werkster, zielzorger) en eventueel in het derde échelon (verpleeghuis, categorale instituten). Ook ademt het boek van Quaethoven wel erg sterk de geest van een hiërarchische gezagsopvatting. Hij stelt bijvoorbeeld „De *hiërarchische functies* zijn vergelijkbaar in alle landen, met dien verstande dat de inhoud en de bezagsgraad van elke functie verschillen releveert; de functie van dienstoverste blijkt de spil van de hiërarchie te zijn”. Het is nuttig daartegenover te stellen de meer recente opvattingen over „Ziekenhuis-management en Specialisten”, door Prof. Dr. B. C. J. Lievegoed, hoogle-

raar Sociale Pedagogiek, weergegeven in een inleiding op 11 april 1970 tijdens een gezamenlijke studiebijeenkomst van de Landelijke Specialisten Vereniging en de Nationale Ziekenhuisraad. Prof. Lievegoed wijst op de tegenstelling tussen de professionele organisaties, zoals architectenbureaus, advocatenbureaus, researchteams en medische teams, die zijn gebouwd op de *collegialiteit* van de leden van de organisatie enerzijds en anderzijds dienstverlenende organisaties als banken, verzekeringsmaatschappijen, ziekenhuizen en ten derde industriële organisaties, gericht op de produktie van een produkt. Sprekende over het rollen-conflict tussen de arts-patiënt relatie en de arts-ziekenhuis relatie stelde Prof. Lievegoed: „De oplossing ligt *niet* in een binnenhalen van de organisatie-beginselen van industriële organisaties, dat zou de degradatie van een ziekenhuis tot een revisie-werkplaats betekenen, doch wél in een streven naar integratie van de financieel-economische, de technisch-medische en de menselijke verplegingsaspecten van deze „eigen”-aardige organisatie”.

Ook de socioloog Dr. Th. J. IJzerman te Groningen heeft in een recent artikel (1970, Meta-medica, in druk) erop gewezen dat „collegialiteit berust op egalitaire verhoudingen tussen de beroepsbeoefenaars”. Men zou kunnen stellen dat Quaethoven, in de termen van Prof. Lievegoed, het ziekenhuis nog opvat in een management-model, dat thuishoort in de fase van het „scientific management”, terwijl wij langzamerhand toegroeien naar de volgende fase, de „integratie-fase”. In de discussies tijdens bovengenoemde studie-bijeenkomst van L.S.V. en Nationale Ziekenhuisraad werd tegenover de lijn-structuur, die ten grondslag ligt aan de denkwijze van een hiërarchische organisatie door Prof. Lievegoed het model gesteld van de „interlocking rings”. Dit symbool, bekend door de Olympische Spelen, van een aantal in elkaar grijpende ringen, duidt aan dat bij de beleidsvoorbereiding en beleidsvorming op verschillende niveaus en in verschillende sectoren van een werkgemeenschap telkens wordt deelgenomen door een of meerdere vertegenwoordigers van andere niveaus of sectoren. „Het acceptabel maken van een samenwerking voor allen is alleen dan mogelijk wanneer men een organisatie heeft, waarin vanuit de top naar beneden toe alles op de samenwerking gericht is, zodat ook voortdurend voorstellen van beneden naar boven komen en kanalen geschapen worden, die doorvoor op efficiënte wijze kunnen zorgen.

Een van de vormen hiervan is de organisatie van de in elkaar grijpende ringen. In het ziekenhuis is er dan het driemanschap aan de top (medisch element, verpleegkundig element, economisch element - ref.) dat ieder op zijn gebied in overleg treedt met de groepen, die er direct onder staan en die betrokken worden in de beleidsvorming voordat de beslissingen genomen zijn. Dat is wat men in het bedrijfsleven het directieteam noemt, waarin regelmatig de beleidsbeslissingen en gedachtengang van zaken

naar de toekomst toe besproken worden en waarin iedere groep van mensen de inbreng heeft, die deze vanuit zijn specialisme geven kan.

In ziekenhuizen zou dat betekenen dat de geneesheer-directeur niet alleen staat, maar dat het hele medisch team in de directie-team vergadering vertegenwoordigd moet zijn; dat dan verder de vertegenwoordiger van het directie-team de schakel is voor de volgende ring, zodat in de volgende ring informatie kan komen van iemand, die aan de beradslaging van de top heeft deelgenomen enz."

4. Dat de medische staf haar bestaan zou danken aan het bestuur van het ziekenhuis, zoals door Quaethoven wordt gesteld (pag. 340), kan niet worden onderstreept. Ten eerste tenderen de huidige opvattingen naar een ziekenhuisbestuur als een raad van commissarissen, meer dan als een bestuurlijk bestuur. De feitelijke bestuurlijke activiteit komt steeds meer in handen van de directies en het bestuur vormt in hoofdzaak het intermediair tussen het ziekenhuis en de totale buitenwereld (verslag van bovengenoemde studie-bijeenkomst). Ten tweede is in bovengenoemd rapport „Patiënt-geneesheer-ziekenhuis" erop gewezen dat de stafvorming inherent is aan opdelen van een taak in specialistische deeltaken en niet voortkomt uit externe organisatorische of maatschappelijke verhoudingen. Schrijver dezes heeft in het artikel „De Medische Staf" (Meta-medica, 1970, in druk) gesteld:

„De bestaansgrond van de medische staf ligt in de aard van de medisch-specialistische bekwaamheid, die fragmentarisch is en geconfronteerd wordt met de totaliteit van een gehele patiënt... De individuele bekwaamheden en werkzaamheden moeten in het kader van een geordende samenwerking worden gebracht. Deze samenwerking heeft in het Nederlandse algemene ziekenhuis de algemene vorm gekregen van een specialistisch samenwerkingsorgaan, dat „Medische Staf" heet". De multi-conditionaliteit van menselijke gezondheid en ziekte vergen een multidisciplinaire aanpak van daarop gerichte studie en zorg. De verantwoordelijkheid daarvoor moet worden gedragen door professionele deskundigen die ervoor kunnen instaan dat zij gezamenlijk voor de patiënt op ieder moment ter beschikking stellen: geneeskundige hulpverlening naar de actuele stand van geneeskundig weten en kunnen; verpleegkundige hulpverlening, naar de actuele stand van verpleegkundig weten en kunnen; menselijke zorg, zo goed als die in een huis voor zieken maar kan zijn. De medische staf, de verpleegkundige staf, de mensen van het ziekenhuis leveren ieder een onmisbaar aandeel, dat zeer gecompliceerd is.

Het medische aandeel kan alleen geleverd worden door geordende samenwerking van gedifferentieerde deskundigen. De medische staf dankt haar bestaan dan ook niet aan het bestuur van het ziekenhuis, maar wel aan de vraag van de patiënt naar medische hulp van goed gehalte.

Voor degenen, die verantwoording dragen voor de vormgeving van de verhouding tussen ziekenhuis en

geneesheer en dit niet als louter amateuristische vrijetijdsbesteding willen doen, is het stellig van groot nut kennis te nemen van de voortreffelijke monografie, die in het bovenstaande slechts zeer fragmentarisch is weergegeven, maar toch hopelijk de aandacht mag krijgen, die zij verdient.

Eindhoven, 6 mei 1970

Dr. L. Kortbeek

S.W.O.V. over de bloedproef

In het jaaroverzicht 1969 van de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Verkeersveiligheid S.W.O.V., wordt gemeld, dat de stuurgroep gedurende 1969 heeft getracht met steun van de ministeries van Sociale Zaken en Volksgezondheid en Verkeer en Waterstaat, tot overeenstemming te komen met de ministeries van Justitie en Binnenlandse Zaken over het houden van een onderzoek naar bloedalcoholgehalten van willekeurig uit de verkeersstroom gekozen verkeersdeelnemers, die geen bezwaren hebben tegen deelname aan het onderzoek. Een oriënterend vooronderzoek, gehouden in 1968 te Middelburg, is zeer succesvol verlopen. Een dergelijk onderzoek, maar dan landelijk en gehouden in een periode ruim voor de invoering van een wettelijk maximaal toegestaan promillage in het bloed van verkeersdeelnemers, gevolgd door een tweede en eventueel een derde onderzoek van gelijke aard, zouden inzichten verschaffen in rij- en drinkgewoonten van verkeersdeelnemers en wellicht ook van het effect van een wettelijke maatregel hierop. In 1969 heeft het overleg nog weinig vooruitgang geboekt.

Eind 1969 werd door het ministerie van Verkeer en Waterstaat een begeleidingscommissie opgericht. Hierin zijn de ministeries van Verkeer en Waterstaat, Binnenlandse Zaken, Justitie, Sociale Zaken en Volksgezondheid alsmede de S.W.O.V. vertegenwoordigd. De doelstelling van deze begeleidingscommissie is het verkrijgen van de benodigde faciliteiten voor de uitvoering van het onderzoek.

Gegevens over de mate van aanwezigheid van alcohol in adem- en bloedmonsters, verkregen van willekeurige verkeersdeelnemers, werden verwerkt. Deze gegevens zijn noodzakelijk ter ijkking van ademanalyseapparatuur. Bij gebleken betrouwbaarheid zou dergelijke apparatuur gebruikt kunnen worden bij een landelijk onderzoek naar de aanwezigheid van alcohol bij verkeersdeelnemers.

In het voorjaar van 1968 werden in Den Haag gegevens verzameld ten behoeve van een voorstudie naar ziekten zowel bij automobilisten die bij een ongeval waren betrokken, als bij willekeurige deelnemers aan de autoverkeersstroom ter hoogte van de ongevalsplaatsen. In 1969 werd een statistische methode ontworpen waarmee in 1970 zou worden getracht de veelheid van gecompliceerde medische en biografische gegevens te analyseren van de „ongevalsgroep" en de „controlegroep" al dus de S.W.O.V.

Naar een optimale verloskundige hulp

Door J. Lourens, arts te Alkmaar

De publikatie over het experimenteel verloskundig centrum te Wormerveer — opgenomen in Medisch Contact nr. 33/1970, bladzijde 881 — lijkt mij een goede aanleiding om de verloskundige hulp in een „veranderende samenleving”, waar langzaam aan iedere zwangerschap een gewenste en kostbare zwangerschap zal worden, onderwerp van discussie te maken. Naast de drie mogelijkheden, die in het artikel genoemd worden, wil ik aandacht vragen voor een „vierde weg”, zonder daarbij iets af te doen aan het vele en goede werk dat in Wormerveer is en zal worden verricht.

Voor het opstellen van een plan is het nodig personen en middelen, dienstbaar aan verloskundige hulp, te inventariseren. De hulp in de eerste linie wordt geboden door vroedvrouwen en huisartsen, samen met de kraamcentra van de kruisverenigingen. Bij de prenetaal geselecteerden en durante partu verwezenen komt nog de hulp van gynaecologen, anesthesisten, pediaters, laboratoriumartsen en hun medewerkers. Als hulpmiddelen dienen woonhuizen met de gebruikelijke kraamverzorgingstransformatie, kraamklinieken, verloskundige centra en ziekenhuizen met hun verloskundige afdelingen, intensive baby care, bloedtransfusiediensten en operatiekamers.

Bij de opstelling van het plan gaan we er van uit, geen mankracht te verspillen aan werk dat evengoed door een minder gespecialiseerde kracht kan worden gedaan. Ook het onvoldoende gemotiveerd gebruik van de hulpmiddelen moet worden vermeden. Het is aangewezen, de verloskundige bijstand die moet worden verleend aan a.s. moeders bij wie tijdens de prenatale controles geen indicatie tot verwijzing is gevonden, aan de vroedvrouwen en huisartsen toe te vertrouwen.

Waar deze hulp het best kan worden verleend is een belangrijk vraagpunt: thuis, in kraamkliniek, verloskundig centrum of verloskundige afdeling van een algemeen ziekenhuis? Daar zich bij iedere barende, hoewel geregistreerd als een ongecompliceerd geval, acute, soms zeer ernstige problemen kunnen voordoen, waarbij de factor tijd een belangrijke rol speelt en de beschikbaarheid van de specialist gesteund door hulpmiddelen en medewerkers voor moeder en kind van vitaal belang is, dient de „verlosplaats” op korte afstand van de operatiekamer te worden gesitueerd. Hieraan is alleen te voldoen, indien de bevalling in het ziekenhuis plaats vindt of in een aan het ziekenhuis verbonden verloskundig centrum. Uit voorgaande beschouwing kan de conclusie worden getrokken dat iedere vrouw recht heeft op een bevalling in een moderne verloskamer in een ziekenhuis of een daaraan verbonden verloskundig centrum.

Na de bevalling zijn, voor moeder en kind, de eerste 24 uur van zeer grote betekenis. Zij hebben dan

een hoog gekwalificeerde verpleging nodig. Daarna is de kans op complicaties die niet voorspelbaar zijn en die thuis niet kunnen worden opgevangen zoveel kleiner, dat het langer bezet houden van een ziekenhuisbed en een wieg niet verantwoord is. Vrijwel altijd kan de kraamvrouw met behulp van rolwagen en personenauto naar huis worden vervoerd, waar kraamverzorgster en vader de eerste opvang thuis regelen. Onder verantwoording van vroedvrouw of huisarts worden moeder en kind door de kraambedtijd geloodst. Het gezin kan de feestelijke sfeer, die een kraambed in eigen omgeving brengt, zonder enige beperking ondergaan. De voordelen van de ziekenhuisbevalling en het huiselijke kraambed zijn op aanvaardbare wijze gekoppeld, tot tevredenheid van allen die hierbij betrokken zijn.

De opleiding van de kraamverzorgsters wordt gecombineerd met een stage op de kraamafdeling van het ziekenhuis. Zij doen daar veel nuttige ervaring op, daar zij samen met leerling-verpleegsters in een werkschema worden opgenomen. Voor gezin en gemeenschap wordt bij deze wijze van werken een zo hoog mogelijk rendement bij een zo laag mogelijke kostprijs bereikt. De „short stay-bevalling” in een goed ingericht ziekenhuis of in een verloskundig centrum waarvan de verloskamer aan hoge criteria voldoet en zich op korte afstand van de operatiekamer van het algemeen ziekenhuis bevindt, is naar schrijver's overtuiging de „vierde weg”.

Tot zover de theorie, die mogelijk van groot belang kan zijn in verband met investeringen op lange termijn. De praktijk is wel het allerbelangrijkste. Het is in Alkmaar gelukt — dank zij de steun van de ziekenhuisdirectie van het Centraal Ziekenhuis, de daaraan verbonden staf van specialisten, de daar regelmatig werkzame vroedvrouwen, huisartsen en de leiders van de kraamcentra — een soort verloskundig team te vormen. Er worden regelmatig bijeenkomsten georganiseerd. Naast het behandelen van de problemen van alle dag en de planning op lange termijn wordt gestreefd naar registratie en beoordeling van de verloskundige resultaten. Er is een universele status ingevoerd. Allen houden rekening met de opgestelde indicatieschema's voor consult of verwijzing. Ook de necrologie staat reeds op de agenda. Gesproken is over de te gebruiken medicamenten en hun indicaties.

Onder de medewerkers van het verloskundig team is een groepsgeest aan het groeien. De groep is de mening toegedaan, dat het mogelijk zal zijn niet alleen een zo laag mogelijk sterftcijfer te bereiken, maar ook een zo hoog mogelijke score bij beoordeling van moeder en kind na het kraambed. Gelukkig bieden de eerste cijfers die bekend zijn geworden steun aan onze werkhypothese. Mogen ook de gegevens over lange termijn dit bevestigen.

Kort verslag 155ste Algemene Vergadering (Slot*)

De *voorzitter* heet na de heropening van de vergadering de aanwezige gasten, onder wie collega Drion, Geneeskundig Hoofdinspecteur van de Volksgezondheid, professor Heering, voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Ethici, en collega E. H. van Leeuwen, voorzitter van de voormalige commissie-Medische Ethiek en Beroepsgeheim, welkom. Voorts verwelkomt hij de vertegenwoordigers van de pers en last but not least Dr. Sporken. Het ligt in sprekers bedoeling, na de door hem uit te spreken rede gelegenheid te geven voor discussie over zijn rede en over de verantwoording, die daarin van het beleid van het hoofdbestuur zal worden gegeven. Dr. Sporken, die daarna zijn voordracht zal houden, heeft zich bereid verklaard, op de opmerking van allen, die met hem over zijn voordracht in discussie willen treden, te antwoorden.

VII. *Bespreking van het vraagstuk van de medische ethiek*

1. *Inleiding door de voorzitter.*

(zie voor deze inleiding Medisch Contact no. 1970/17, bladzijde 413).

Rijpperda Wierdsma (XIV) wil zich in zijn reactie op deze inleiding beperken tot de opmerking, dat hij met grote bewondering heeft kennisgenomen van het initiatief van het hoofdbestuur en ook van zijn wijze van benaderen. Even groot is zijn bewondering voor de rede, die de voorzitter heeft uitgesproken. Z.i. is men, zo het ooit zal gelukken, klaarheid en systematiek in de onderhavige zeer moeilijke en zich sterk evoluerende problematiek te brengen, thans op de goede weg. Spreker gelooft, dat de Algemene Vergadering achter dit initiatief zal staan. (applaus)

De *voorzitter*, die dankbaar is voor deze woorden, is geneigd uit het applaus af te leiden, dat de Algemene Vergadering zich achter de woorden van collega *Rijpperda Wierdsma* plaatst en dat zij op deze wijze het beleid, dat het hoofdbestuur terzake heeft ontworpen en in gang gezet, goedgekeurt.

Meursing herinnert eraan, dat tijdens een vorige vergadering is besloten, dat aan alle afgevaardigden, leden en toekomstige leden de Verklaring van Genève zou worden voorgelezen en ter hand gesteld. Men denkt hierbij niet aan een soort van Bergrede, waaraan men zich niet heeft te houden, maar waarnaar men zich wel kan richten. Er zijn twee polen: de ene betreft de algemene ethiek van Hippocrates tot de verklaring van de Hebreeuwse universiteit van Jeruzalem, de andere pool betreft de nationale ethiek, belichaamd in de reglementen van de Maatschappij, waarin telkens wordt gezegd: Het Rijk hier en het Rijk overzee; de Nederlandse wetten etc. Daarbij behoort ook de mogelijkheid, dat de arts, die de artseneed aflegt, later als officier de eed aflegt. Dit aspect wil spreker hier thans aan de orde stellen. De voorzitter heeft optimistisch gezegd, dat allerlei onderwerpen in afdelingen en op ledencongressen ter sprake kunnen

komen. In de 40 jaren, die hij in Dordrecht heeft doorgebracht en in de 7 jaren, dat hij lid van de afdeling is, is het spreker niet gelukt te vragen, of beide zaken verenigbaar zijn. Hierbij denkt hij aan de gehoorzaamheid aan de algemene ethiek van Hippocrates tot de verklaring van de Hebreeuwse universiteit en aan de ethiek van het eigen land, het eigenbelang. Voorts denkt hij aan de officier, die als arts dezelfde verplichtingen heeft en die zich aan de krijgstucht heeft te onderwerpen. Het is spreker nog nooit gelukt, dit punt discutabel te stellen.

De *voorzitter* meent, deze opmerkingen te mogen interpreteren als rethorische opmerkingen, die via dit medium aan alle afgevaardigden en leden van de Maatschappij, hier aanwezig, en, via de verslaggeving, aan alle leden van de Maatschappij worden voorgelegd. Over dit onderwerp wil spreker thans geen discussie openen, daar anders Dr. Sporken niet meer aan het woord zou kunnen komen.

Voorts verwelkomt spreker alsnog enige vertegenwoordigers van de medische studenten. Zij waren nadrukkelijk uitgenodigd, doch aangezien zij zich vóór de vergadering niet hebben gemeld, verkeerde spreker in de mening, dat zij hier niet waren. Het doet hem vreugde hen in deze vergadering aanwezig te zien.

2. *Voordracht door Dr. C. P. Sporken.*

(zie voor deze voordracht Medisch Contact no. 1970/17, bladzijde 418)

De *voorzitter* dankt Dr. Sporken hartelijk voor diens uitvoerige en indringende rede. Aangezien kan worden aangenomen, dat degenen, die aan de discussie willen deelnemen, het op prijs stellen, wanneer de vergadering voor enkele minuten wordt geschorst, opdat zij in de gelegenheid zijn zich op de rede van Dr. Sporken te bezinnen en aangezien een vertegenwoordiger van een omroepvereniging met Dr. Sporken en spreker enkele ogenblikken van gedachten wil wisselen over een hedenavond door haar te verzorgen radio-uitzending, schorst hij de vergadering voor enige tijd.

De vergadering wordt geschorst en na enige tijd hervat.

Van Meurs meent, dat in de rede van Dr. Sporken niet voldoende het onderscheid tussen actieve en passieve euthanasie uit de grondverf is gekomen. Men kan zeggen, dat er allerlei overgangen zijn; wanneer men echter een patiënt, aan wiens verpleging veel zorg is besteed, naar een verpleeghuis overplaatst, is dat, zo men wil, een vorm van actieve euthanasie. De patiënt is dan dikwijls binnen een maand dood, dus eerder dan volgens de statistieken het geval zou moeten zijn. Wiens taak is het de stervende patiënt te begeleiden? Is het de taak van de b.g., de huisarts in de eerste instantie, die ook toegang heeft tot

* Voor het eerste gedeelte van het kort verslag van de 155ste Algemene Ledenvergadering zie M.C. nr. 35 van 28 augustus 1970, bladzijde 937 e.v.

de ziekenhuizen of is het die van de behandelende specialisten? Voor de stervende patiënt is het dan dikwijls zeer vervelend, dat er zoveel specialisten aan te pas komen. Is het de taak van de sociaal werkster of van de pastor? Er is een groep, die verbaal is te benaderen, maar er is ook een groep, die gewend is, haar problemen, ook bij het sterven, te verdringen en die misschien meer is gebaat bij de sous-entendu-benadering, waarover jaren geleden collega Bakx in het Tijdschrift voor Geneeskunde een artikel heeft geschreven. De patiënt weet, dat hij dood gaat, de familie weet het ook, maar de b.g. kan via de sous-entendu-benadering en medische handelingen nog iets voor hem doen.

Komende tot het punt van de optimale zelfrealisatie bij het sterven, wijst spreker op een bericht in M.C. van 1969, nr. 47, waarvan de eerste zin luidt:

„De bejaarden in New York zullen langzamerhand de verstikkingsdood sterven, als hun stad nog vuiler wordt”. In dit verband denkt hij voorts aan berichten in M.C. van 1958, die op enkele andere steden betrekking hebben, waarin de vraag aan de orde kwam, op welk moment met het verlenen van stervenshulp moest worden begonnen.

Waarom is nu dit onderwerp gekozen, terwijl zoveel sociale onderwerpen van belang zijn? Is het de bedoeling, dat de artsen worden geconfronteerd met stervenshulp in ruimere zin, omdat er in toenemende mate sprake is van bedreiging door luchtvervuiling etc.? Het is natuurlijk niet ongewenst stervenshulp te bieden, maar misschien kan ook nog enige levenshulp worden verschaft. Er kan een conflict ontstaan ten aanzien van individuele en collectieve hulp, waarbij spreker denkt aan het conflict tussen de officier-arts en de b.g., waarover reeds een uitgebreide literatuur bestaat. Er is, wat de bejaardenhulp in b.v. New York betreft — dit zal, zij het in mindere mate in Nederland ook het geval zijn — sprake van een conflict tussen individuele hulp en collectieve hulp, waaraan hier tot nu toe weinig aandacht is geschonken. Daardoor is de vraag inzake de context van de bestaande cultuur enigszins twijfelachtig geworden. De authenticiteit van het mensbeeld kent spreker als pragmaticus niet. Wel zal naar een zekere mate van humanistische grondslag van ethiek moeten worden gestreefd, aan welke gedachte spreker in diverse ingezonden stukken reeds uiting heeft gegeven. Het is hem echter steeds minder duidelijk geworden, waarop dit in feite moet worden gebaseerd. Benthem maakt er een rekensom van; hij behandelt het, wiskundig gezien, te technisch. Misschien zal men elkaar kunnen vinden op de basis van zoveel mogelijk gezondheid en geluk (ontplooiing) voor de grootst mogelijke massa mensen.

Dr. Sporken zegt op de vraag, wiens taak het is, de stervensbegeleiding te verzorgen, geen pasklaar antwoord te kunnen geven. Daarom trent dienen afspraken te worden gemaakt en dient overleg te worden gepleegd. Men dient alert te blijven voor de signalen, die de patiënt met name geeft aan de persoon, in wie hij het meeste vertrouwen stelt. In het algemeen zal de patiënt deze persoon zelf wel aanwijzen, wanneer men maar naar hem luistert. In vele gevallen zal toch de arts een en ander op gang brengen. Spreker is van mening, dat in dezen voor de pastor een ongelooflijk goede taak is weggelegd. Als pastor zijn betekent een getuigenis en een boodschap te hebben inzake de fundamentele bestaansvraag van de mens, dan zou hij hier zinnig werk kunnen doen.

Vele mensen kunnen het zelf aan, te sterven, maar er is ook een groot aantal mensen, die het theoretisch kun-

nen weten, maar het constant blijven verdringen. Dan is er geen mogelijkheid daar doorheen te breken. Dit verschijnsel schijnt zich vooral bij artsen voor te doen. Als blijkt, dat sterke verdringen aanwezig zijn, zou het psycho-hygiënisch onjuist zijn daar toch doorheen te willen breken. In dat geval moet de patiënt met rust worden gelaten en dan zal de weg van het sous-entendu tussen arts en patiënt de meest aangewezen weg zijn. Daarin zal ook de pastor moeten meespelen.

Het ligt enigszins aan spreker, dat voor deze vergadering als onderwerp de optimale zelfrealisatie is gekozen, daar dit een zeer belangrijke kwestie is en omdat dit een testcase is in de zin van de vraag, waar men is met de medische ethiek. Met de problematiek van de onmacht tot zinvolle levenshulp en de pogingen om deze op te lossen speelt het probleem van de onmacht tot stervenshulp samen.

Dit is ook een reden, waarom spreker dit onderwerp hier gaarne wilde behandelen.

Rijpperda Wierdsma (XIV) heeft grote bewondering voor het magistrale betoog van Dr. Sporken, speciaal voor wat betreft de door hem geschetste ontwikkeling in de medische ethiek. Daar zijn gedachten hierover nog niet voldoende zijn uitgekristalliseerd, zal spreker hierover niet in discussie treden; overigens zou hij daaraan toch geen behoefte hebben.

Wat de kwestie van de stervenshulp betreft, merkt spreker op, dat hij bekend staat als het conservatiefste lid van de Maatschappij. Vandaag is hem gebleken, dat hij juist geweldig vooruitstrevend is, daar hij in de tijd, dat de meeste aanwezigen zich nog met kinderspelen bezighielden een dissertatie heeft geschreven, waarin hij de stelling verdedigde, dat het in het algemeen onjuist was een zieke op een rechtstreekse vraag over zijn toekomstig lot een antwoord te geven, dat met de eigen overtuiging in strijd zou zijn. Lange tijd was dit zeer modern, maar nu wordt het weer conservatief. Is werkelijk die behoefte aan stervenshulp en stervensbegeleiding zo wijd verbreid? Zijn de meeste patiënten, zoals al eens is gezegd, niet veel te ziek om daaraan toe te komen? Sprekers ervaring is, dat hieraan niet veel behoefte bestaat en dat de meesten dat verlangen naar die hulp niet zo sterk hebben. Hij vreest en hij wil er front tegen maken, dat men de mensen categorisch, imperatief zou opleggen, dat zij deze hulp moeten verlangen. Zijn stelling blijft — het geldt ook voor abortus provocatus — dat men als eerlijk mens moet proberen zo zuiver mogelijk uit te maken wat de patiënt in dezen verlangt.

Dr. Sporken antwoordt, dat hij gedurende een zekere tijd een conservatief ethicus was en dat hij nu weer, althans volgens vele geloofsgenoten, een progressief ethicus is. Dit gaat dikwijls met de tijd op en neer.

Wat de vraag, of de behoefte aan stervenshulp werkelijk zo algemeen verbreid is, betreft, wijst spreker erop, dat hij heeft beklemtoond, dat de behoefte hieraan bij velen bestaat, in ieder geval bij meer patiënten dan men wellicht geneigd is aan te nemen. Men mag de mens natuurlijk niet dwingen behoefte aan stervenshulp, aan stervensbegeleiding te hebben. Doet men het wel, dan pleegt men onrecht. Men dient in ieder geval te luisteren en als men als arts of pastor een stervende benadert in de overtuiging, dat hij er toch geen behoefte aan zal hebben, verstaat men ook zijn signalen niet meer. Dit is het belangrijkste punt. Overigens kan dit niet in regels worden geformuleerd, op grond waarvan men de behoeften van een patiënt kan onderkennen. Het gaat om de wijze, waarop wordt geluisterd naar de signalen, die een patiënt uit-

zendt om duidelijk te maken, dat hij er behoefte aan heeft.

Rijpperda Wierdsma (XIV) vraagt of Dr. Sporken het eens is met een individuele benadering.

Dr. Sporken antwoordt bevestigend.

Wennen wenst een opmerking te maken over hetgeen is gezegd over de afstand, die tussen de patiënt en de arts is geschapen door het technische handelen, dat in de huidige medische praktijk een steeds grotere rol speelt. Z.i. zijn er meer factoren, die deze afstand veroorzaken. In dit verband wijst hij met nadruk — daarvoor is misschien het onbaatzuchtige onderzoek nodig, waarover de voorzitter heeft gesproken — op datgene, wat door de doelstellingen van de Maatschappij wordt weerpiegeld. In artikel 1 van de statuten staat, dat de Maatschappij zich ten doel stelt de geneeskunst in haar ruimste omvang in het Koninkrijk der Nederlanden te bevorderen. Als eerste middel daartoe wordt genoemd de bevordering der maatschappelijke belangen van de geneeskundigen in Nederland, voor zover deze belangen niet in strijd zijn met het algemeen belang. Steeds meer patiënten komen tegenwoordig in opstand tegen de drang om de maatschappelijke belangen van de geneeskundigen te bevorderen in zulk een mate, dat deze in de eerste plaats komen als wettig middel om het doel van de Maatschappij te bereiken. Is Dr. Sporken het ermede eens, dat dit punt, naast de vertechnisering van de medische praktijk, ook een belangrijke oorzaak is van de vervreemding van de patiënt van de arts?

Het is te betreuren, dat in deze vergadering zo weinig studenten aanwezig zijn. Vele medische studenten en aankomende artsen, die in militaire dienst zijn worstelen met de problematiek, waarmede zij daar na het afleggen van de belofte, na de lezing van de eed van Hippocrates en na de verklaring van Genève te maken krijgen. In de index van *Medische Ethiek en Gedragssleer*, die uit de tijd wordt geacht (1959) komen de woorden militaire arts, defensierecherche of oorlogstijd niet voor. Kan deze ommissie worden verholpen?

De voorzitter merkt op, dat het hoofdbestuur deze middag een standpuntbepaling ten aanzien van een vernieuwde wijze, waarop de aandacht van de leden moet worden gevraagd voor de bezinning op medisch-ethische vraagstukken, heeft willen brengen. Men zou er waardering voor kunnen hebben, dat men nu vanuit bepaalde gezichtshoeken deze gelegenheid wil aangrijpen om meteen alle wensen en verlangens op tafel te leggen. In beginsel kan worden aanvaard, dat in nieuw te publiceren stukken over medisch-ethische vraagstukken van de zijde van de Maatschappij ook moet worden geschreven over de kwestie van de houding van de arts ten opzichte van oorlogsvraagstukken. Hierover wil spreker als voorzitter van de Maatschappij thans geen uitspraak doen.

Wat de vraag aan Dr. Sporken betreft, of de bevordering van de maatschappelijke belangen van de artsen oorzaak kan zijn geweest van de vervreemding tussen de arts en de patiënt, vooral bij de stervenshulp, merkt spreker op, dat de discussie zicht dient te beperken tot het onderwerp, dat thans aan de orde is.

Wennen wijst erop, dat hij de stervenshulp buiten beschouwing heeft gelaten. Deze wil hij niet relateren aan het kernonderwerp van Dr. Sporken.

De voorzitter zegt, dat nu wordt gediscussieerd over

de rede van Dr. Sporken. Voordat deze het woord kreeg hebben de leden van de Maatschappij de gelegenheid gehad, met haar voorzitter te discussiëren.

Dr. Sporken meent op de op sympathieke wijze geformuleerde vraag van de heer *Wennen* bevestigend te moeten antwoorden, zonder daarmede de Maatschappij te willen aanvallen. Een wijziging van de statuten van de Maatschappij gaat hem niet aan. Spreker, die zich nogal bezighoudt met de studenten in Nijmegen, kan voor 100% beaamen, dat de onderhavige problematiek bij de studenten leeft. De medische studenten hebben een zeer sterke en bewogen belangstelling voor de ethische, sociale en personalistische aspecten van het medisch handelen. De huidige studentengeneratie mag zich soms uitdrukken op een andere manier dan ook spreker wenselijk acht, er zit echter een sterke authentieke bewogenheid achter, die het voor hem de moeite waard maakt om met hen mee te gaan. Het is verwonderlijk, dat antropologie, ethiek en medische ethiek in de meeste opleidingen nauwelijks als vakken worden genoemd. Het komt ook voor, dat het vrijblijvende keuzevakken zijn, hetgeen een enigszins vreemde situatie kan worden genoemd. Gelet op de groeiende belangstelling, die de jonge studentengeneratie heeft voor de problemen en de maatschappelijke aspecten van het medisch bezigzijn, gelooft spreker ten volle, dat deze zaak wel in orde komt.

Hamminga zegt, dat deze discussie, waarop hij reeds enkele jaren heeft aangedrongen, hem verblijdt. De laatste jaren is het, wat betreft het standpunt van het hoofdbestuur inzake de medische ethiek, min of meer gegaan in de richting van het oplossen van een kruiswoordpuzzel: men kan deze direct ter hand nemen, maar men kan er ook mee wachten tot de oplossing in de volgende krant is gepubliceerd. De ethiek leent zich echter daar helaas niet voor; de oplossing daarvoor wordt namelijk mede bepaald door hetgeen waartoe thans wordt besloten. De voorzitter zeide, dat de problematiek zou worden aangegeven en uitgewerkt in een klapper. Dit initiatief valt toe te juichen, maar in dit geval is er ook een overgangstijd, waarin men voor een belangrijk deel zwevende blijft ter zake van deze materie, nu duidelijk is dat het oude boekje het niet meer doet. De aanwijzingen, die de Maatschappij in de afgelopen jaren heeft gegeven, betroffen belangrijke onderwerpen, die echter geen algemene lijn weergaven.

Voor de wijze, waarop Dr. Sporken zijn voordracht heeft gehouden, heeft spreker grote bewondering, zij het dat hij toch enkele bezwaren heeft. Een algemeen bezwaar betreft de definitie van leven. Er is een tendens om te knoeien met deze definitie. Zij is moeilijk te geven en het vraagt vaak anderhalf uur om een gegeven definitie uit te leggen en duidelijk te maken wat men bedoelt. Velen grijpen de definitie van leven aan om deze te ondergraven door patiënten in feite dood te verklaren, waarvoor men dan een scala van woorden gebruikt, die op zich alle goed zijn bedoeld, zoals geestelijke dood, klinische dood, biologisch leven, vegeterend bestaan. Dergelijke definities worden nu gegeven ten opzichte van mensen, die misschien nog leven, misschien dood zijn, maar waarvan men het niet weet. Spreker wil ernstig waarschuwen tegen het ondergraven van de definitie van leven, ervan uitgaande, dat men misschien met leven te maken heeft en de passende maatregelen neemt en dat men niet zegt: dit leeft niet meer en is al dood, nu gelden mijn oude principes niet meer. Dit is een accentverlegging, maar zoals het nu gaat met deze definities komt men op een hellend vlak.

Dr. Sporken heeft veel het woord „zinvol” gebruikt.

Er is gezegd: Men moet behandelen, zolang het zinvol is. Wie bepaalt dat zinvolle? Meestal de arts, een enkele keer de familie, maar bijna nooit de patiënt, daar hij meestal er niet toe in staat is. Spreker ontzegt zijn collegae het recht, te bepalen of zijn leven nog zinvol is. Hij bepaalt dit zelf en als hij denkt dit niet te kunnen, wil hij hiervoor wel mensen aanwijzen, b.v. een collega, die dan niet zou handelen als collega, maar als man, die hem na staat en die over hem als mens kan oordelen. Het mag niet zo zijn, dat in de toekomst artsen bepalen wat zinvol leven is of kan zijn. Zij kunnen alleen medisch-technische details aanvoeren opdat anderen een beslissing nemen. Voorts heeft Dr. Sporken gesproken over de houding van waaruit men de waarheidsvraag benadert. Met een houding is nog geen daad gesteld. In de loop van de geschiedenis zijn schitterende houdingen verdedigd, terwijl de resultaten vaak droevig waren. Spreker wijst hierop, omdat er dikwijls sprake is — bij herhaling heeft Dr. Sporken dit in zijn boek gezegd — van de innerlijke houding van eerbied voor het leven. Het is een voor het gehoor gemakkelijk klinkende zin, als men zegt: „Als wij maar de innerlijke houding van eerbied voor het leven hebben.“, maar men zou kunnen stellen — dit is een de innerlijke houding van eerbied voor het leven, vooral overdreven voorbeeld —, dat men, overtuigd zijnde van de innerlijke houding van eerbied voor het leven vooral met het oog op de toekomst van de jeugd, het toch van belang acht alle besmettelijke lijdens aan lepra af te maken. Met dit onzinnige voorbeeld wil spreker aantonen, dat men met een term, zoals „innerlijke houding van eerbied voor het leven“, nergens komt en zelfs zeer diep kan afglijden.

Met hetgeen is gezegd over de bevestiging van het geloof van de stervenden is spreker het eens. Ten opzichte van jongeren poneert hij vaak de stelling: Als de patiënt engelen ziet, ziet hij engelen. Er kan echter wel wat genuanceerd worden gesproken over het meegaan met het geloof van de stervenden. Het is geen leugen, maar door velen, die een oprechte overtuiging hebben, zal het zeker als huichelarij van de begeleider worden ervaren hetgeen extra moeilijkheden voor hem meebrengt.

Tot slot wenst spreker nog een lans voor de wetenschap te breken. Volgens Dr. Sporken zou men van de wetenschap enige afstand moeten nemen en moeten terugkeren tot de mens. De wetenschap kan echter een oplossing bieden voor grote ethische problemen, welke thans bestaan. Als zij b.v. in staat is, goede kunstorganen te maken, is men van de ethische problemen rond de transplantatie van levende organen verlost.

Dr. Sporken antwoordt, dat Dr. Hamminga het hem, wat het eerste punt van zijn objectie betreft gemakkelijk heeft gemaakt, aangezien het daarbij meer ging om een waarschuwing tegen afglijden. Spreker is het ermede eens, dat men met het hanteren van bepaalde definities van leven het risico loopt, dat de waarde van het menselijke leven als zodanig wordt ondergraven. Pius XII heeft in 1958 niet de term „zinvol leven“ gebruikt, maar hij heeft wel in zijn redevoering over reanimatie de omschrijving eraan gegeven, die er ook volgens spreker aan moet worden gegeven. Het is waar, dat Dr. Prick in 1960 tijdens een congres van de Katholieke Artsenvereniging de term „zinvol en acceptabel“ leven heeft ingevoerd. In zijn ethische beschouwingen komt deze term uitdrukkelijk voor en ook spreker heeft deze veel gebruikt. Het is te begrijpen, dat Dr. Hamminga in het algemeen de artsen het recht ontzegt te oordelen over de vraag, of zijn leven zinvol is en dat men in het algemeen niet zonder meer bereid is, het aan iedere arts over te laten, te oordelen over het al dan

niet zinvol zijn van het leven. Een uitspraak van Prof. Heering, die grote indruk op spreker heeft gemaakt, komt erop neer, dat zelfs de kerk niet is gerechtigd, geboden op een dwingende wijze op te leggen in dezen. Alleen een echte vriend kan dit doen; als de kerk een echte vriend is, kan ook zij het doen. Alleen iemand, die zo nauw met iemand is verwant, dat hij zich zeer goed in diens situatie kan verplaatsen, heeft de mogelijkheid namens de patiënt te beslissen. Dit kan ook de arts zijn. Met zijn uitdrukking: „Als je maar een innerlijke houding van eerbied voor het leven hebt.....“, heeft de spreker zeker niet bedoeld te zeggen, dat die houding reeds genoeg is, maar wel, dat deze het allerbelangrijkste punt is z.i. is het zinloos — hij heeft dit in het geding gebracht tegen de opvatting van Prof. Van den Berg in zijn boek „Medische macht en medische ethiek“ — te krakelen over theoretische criteria, maar het is wel belangrijk, dat men gezamenlijk tracht te komen tot een zuivering en tot objectief geldende criteria, op grond waarvan zinvol menselijk leven mogelijk is.

Wat de opmerking over de bevestiging van het geloof van de patiënt betreft, dit kan inderdaad bij met name de pastor het gevoelen oproepen, dat hij niet geheel eerlijk, huichelachtig is enz. Dit is een extra moeilijkheid, maar het is mogelijk over het eigen gevoel van huichelarij heen te komen en spreker acht het mogelijk in een eerlijk gesprek met de ander — het gaat er niet om, nog een zieltje op het sterfbed te winnen — te getuigen van het eigen geloof als een stuk materiaal, dat men de patiënt buiten de andere materialen aanbiedt, waarmee deze misschien iets kan doen voor een zinvol sterven.

De voorzitter wil met het oog op het gevorderde uur thans de discussie sluiten. Hij meent zich tot aller tolk te maken, wanneer hij Dr. Sporken hartelijk dankt voor de voortreffelijke, welsprekende en indringende wijze, waarop deze dit probleem nader tot alle aanwezigen heeft gebracht. Het hoofdbestuur had hem verzocht, op illustratieve wijze duidelijk te maken, hoe nodig het is door de snelle veranderingen op allerlei gebieden, dat de bestudering van het vraagstuk rond de medische ethiek met hernieuwde kracht wordt aangepakt. Hierin is Dr. Sporken op voortreffelijke wijze geslaagd, te meer aangezien hij niet heeft gesproken over iets vaags als medische ethiek, waarover kan worden gedacht als een pluriforme en multidisciplinaire gegevenheid, die overigens vrijblijvend kan worden gezien in de zin van: dat is goed voor anderen, maar niet voor mijzelf. Dr. Sporken heeft deze problematiek zo indringend voor de vergadering neergelegd, dat niemand zich kan onttrekken aan de kracht, waarmee hij wordt geplaatst voor de noodzaak om voor zichzelf na te gaan, welke de attitude is, van waaruit hij zijn medisch handelen verricht. Medische ethiek is geen vrijblijvende zaak, waarover men al of niet in Maatschappijverband meer of minder deskundig kan discussiëren, maar is een noodzaak voor iedere medicus, in welke positie hij zich ook bevindt en voor welke problemen hij ook wordt gesteld. Het hoofdbestuur kan in dezen niet anders doen dan het kader scheppen, waarbinnen men in de kring van collegae, die lid van de Maatschappij zijn, tot deze persoonlijke benadering van de medische ethiek kan komen door gesprekken met collegae en met vertegenwoordigers van andere disciplines. (applaus)

VIII. Sluiting

De voorzitter spreekt de hoop uit, dat de veranderde vormgeving van de Algemene Vergadering aller goedkeuring kan wegdragen en sluit vervolgens de vergadering.

Samenstelling Districtsraden

Zoals toegezegd bij de publikatie van de uitslagen van de verkiezingen voor iedere Districtsraad afzonderlijk, vindt men hieronder afgedrukt een overzicht houdende alle gegevens welke op dit moment bij het Secretariaat van de Maatschappij bekend zijn met betrekking tot de Districtsraden en hun bureaus. Enkele raden hebben helaas hun eerste constituerende vergadering nog niet gehouden, althans van de samenstelling van het bureau (zie art. 603 HR) nog geen opgave gedaan. Zodra dit is geschied, zullen ook deze aanvullende gegevens in MC worden gepubliceerd.

Utrecht, 20 augustus 1970

Mr. B. Schultsz

Districtsraad voor district I (Amsterdam)

Bureau

Voorzitter - M. Schoorl, Amsterdam; plv. voorzitter - C. J. Rübsaam, Amsterdam; plv. voorzitter - Dr. G. van Dolder, Amsterdam; secretaris - K. G. Brühl, Amsterdam, Overtoom 198.

Leden

Dr. B. J. J. Ansink, Amsterdam; J. C. Westdorp, Amsterdam; Mej. S. M. Bron, Amsterdam; E. F. L. Schoenmaeckers, Amsterdam; J. F. Schutte, Amsterdam; Dr. E. A. van Sloten, Amsterdam; Arn. Weijel, Amsterdam; Dr. H. W. Whitton, Amsterdam.

Adj. secr.: Mr. W. F. Dubois, Amsterdam.

Districtsraad van district II (Haarlem)

Bureau

Voorzitter - M. A. de Ruiter, Beverwijk; plv. voorz. - A. P. Nolen, Heemstede; secretaris - J. D. Kaan, Aalsmeer, Oosteinderweg 226.

Leden

H. J. Buitenhuis, Amstelveen; Mevr. M. A. van Ess-v. d. Knoop, Amstelveen; Th. H. Heeremans, Haarlem; W. G. W. Loggers, Heemstede; Jhr. R. A. van Valkenburg, Heemstede; Dr. Th. J. van Vloten, Haarlem; L. J. Vreeling, Beverwijk.

Adj. secr.: Mr. W. F. Dubois, Amsterdam.

Districtsraad voor district III (Alkmaar)

De samenstelling van het bureau is nog niet bekend.

Leden

F. Th. van Gelderen, Wognum; H. L. Hoekstra, Alkmaar; J. E. A. Huurdeman, Alkmaar; J. Jansen,

Zaandam; A. J. M. Kuyper, Bovenkarspel; J. F. Nijman, Alkmaar; E. C. Reilingh, Edam; P. Schoorl, Den Helder; F. van Soeren, Zaandam.

Adj. secr.: Mr. W. F. Dubois, Amsterdam.

Districtsraad voor district IV ('s-Gravenhage)

Bureau

Voorzitter - Dr. H. J. Köster, 's-Gravenhage; plv. voorzitter - J. A. Römer, Wassenaar; plv. voorzitter - H. Schrijver, Scheveningen; secretaris - E. van Luijt, 's-Gravenhage, Groen v. Prinstererlaan 99.

Leden

J. A. Balhan, 's-Gravenhage; Mevr. C. Drielsma-de Vriend, 's-Gravenhage; K. A. F. Houwert, Wassenaar; H. de Lange, Monster; Dr. A. P. Oliemans, 's-Gravenhage; P. J. J. Verlooy, 's-Gravenhage; P. H. Verspyck Mijnsen, 's-Gravenhage.

Adj. secr.: Mr. J. Pruim, 's-Gravenhage.

Districtsraad voor district V (Leiden)

Bureau

Voorzitter - H. Bakema, Leiderdorp; plv. voorzitter - J. P. Hoeneveld, Gouda; secretaris - J. B. Hugenholtz, Oegstgeest, Wilhelminapark 2.

Leden

H. A. Blaauwendraad, Koudekerk a/d Rijn; Dr. P. A. Coumou, Leiden; N. G. Geelkerken, Gouda; K. Gill, Zwammerdam; P. Henry, Voorschoten; C. de Kamp, Delft; Mej. A. R. Smit, Leiden; A. J. Zwartendijk, Alphen.

Adj. secr.: Mr. J. Pruim, 's-Gravenhage.

Districtsraad voor district VI (Rotterdam)

Bureau

Voorzitter - Dr. M. W. van Weel, Rotterdam; plv. voorzitter - Prof. Dr. S. A. de Lange, Rotterdam; plv. voorzitter - F. de Stoppelaar, Vlaardingen; secretaris - E. L. van Smaalen, Rotterdam, Gr. Florisstraat 85.

Leden

Dr. G. F. Bleeker, Vlaardingen; J. W. Boehmer, Brielle; F. Hengeveld, Rotterdam; E. M. Janssens, Rotterdam; Dr. H. Smitskamp, Rotterdam; G. in 't Veld, Schiedam; H. N. C. Vroon, Rotterdam.

Adj. secr.: Mej. Mr. I. H. Wildeboer, Rotterdam.

Districtsraad voor district VII (Dordrecht)

Bureau

Voorzitter - F. H. W. van der Wal, Sliedrecht; plv.

voorzitter - J. A. Crezée, Rijsoord; plv. voorzitter - A. Lubbers, Giessendam-Hardinxveld; secretaris - A. Binnerts, Dordrecht, Vriezeweg 86.

Leden

J. Dogterom, Sommelsdijk; G. Nieuwenhuis, Gorinchem; W. Noordhoek, 's-Gravendeel; Dr. G. J. Sas, Dordrecht; J. R. T. van Weering, Alblasserdam.
Adj. secr.: Mej. Dr. I. H. Wildeboer, Rotterdam.

Districtsraad voor district VIII (Zeeland)

Bureau

Voorzitter - Dr. W. A. Bax, Vlissingen; plv. voorzitter - P. K. de Haas, Goes; secretaris - A. J. van den Hoorn, Schuddebeurs, Kloosterw. 61.

Leden

H. L. A. Bom, Cadzand; V. 't Hart, Kamperland; H. Hofstee, Hoek; G. V. M. de Meijer, Sluis; C. A. Schiltman, Axel; Mej. M. J. v. d. Vooren, Middelburg.

Adj. secr.: Mej. I. H. Wildeboer, Rotterdam.

Districtsraad voor district IX (Nrd. Brabant West)

Bureau

Voorzitter - Dr. I. A. van Goor, Tilburg; plv. voorzitter - P. J. Bruynzeel, Bergen op Zoom; plv. voorzitter - H. J. Kars, Breda; secretaris - Dr. J. M. Soeters, Bosschehoofd, Uilenspiegelstr. 33.

Leden

Dr. Th. C. G. Castelein, Tilburg; J. M. Hagemeyer, Oirschot; P. W. Koch, Zundert; A. H. H. van Liebergen, St. Willebrord; Dr. F. Vaas, Bergen op Zoom.
Adj. secr.: Mr. G. A. M. Depla, Eindhoven.

Districtsraad voor district X (Nrd. Brabant Oost)

Bureau

Voorzitter - H. L. J. M. Defesche, Eindhoven; plv. voorzitter - C. J. M. Beukers, Gemert; plv. voorzitter - F. J. M. Hillen, Vught; secretaris - J. J. H. Lammermans v. Bueren, Heeze, Dirk Heziuslaan 24.

Leden

Mej. M. F. de Gier, Eindhoven; G. K. Heim, Vught; J. van der Hoeven, Eindhoven; J. H. M. Holtus, Helmond; L. F. M. J. C. Raymakers, Helmond; P. J. van de Wouw, Drumen.

Adj. secr.: Mr. G. A. M. Depla, Eindhoven.

Districtsraad voor district XI (Limburg)

Bureau

Voorzitter - J. L. M. de Wolf, Houthem-St. Gerlach; plv. voorzitter - J. A. C. Platteel, Venlo; plv. voorzitter - K. H. M. Suys, Simpelveld; secretaris - Dr. F. P. Stapert, Sittard, Vijverweg 6.

Leden

J. M. A. A. Begheyn, Weert; Dr. W. P. M. A.

Lamers, Maastricht; M. J. M. Mol, Maasniel; H. J. J. van Sambeek, Geleen; D. Wintgens, Heerlen.

Adj. secr.: Mr. G. A. M. Depla, Eindhoven.

Districtsraad voor district XII (Utrecht)

Bureau

Voorzitter - B. C. J. de Mol, Maarssen; plv. voorzitter - Prof. Dr. Th. Vossenaar, Utrecht; plv. voorzitter - Dr. D. Wolvius, Utrecht; secretaris - Dr. W. den Boer, Leersum, Darthuizerweg 4.

Leden

J. G. de Geus, Utrecht; J. M. de Jong, Kamerik; Dr. E. J. W. Keuter, Utrecht; P. D. van Leeuwen, Utrecht; W. P. J. M. Pierrot, Vinkeveen; Mej. Dr. H. J. A. Verhagen, Utrecht; J. Vinkenborg, Utrecht.

Adj. secr.: Mr. J. Pruim, 's-Gravenhage.

Districtsraad voor district XIII (Amersfoort)

Bureau

Voorzitter - W. H. de Beaufort, Amersfoort; plv. voorzitter - W. H. Bijvoet, Bussum; plv. voorzitter - H. J. Stroband, Soest; secretaris - E. W. K. Rövekamp, Bussum.

Correspondentie-adres: Stichting Gooise Ziekenfondsen, Emmastraat 68, Hilversum.

Leden

W. H. de Beaufort, Amersfoort; W. F. Bijvoet, Bussum; C. J. Emmer, Bussum; T. A. H. Höweler, Amersfoort; Mej. E. Lofvers, Hilversum; L. Luderhoff, Blaricum; J. A. I. van Prooye, Amersfoort; E. W. K. Rövekamp, Bussum; H. J. Stroband, Soest; Dr. G. J. N. Vleugels Schutter, Amersfoort.

Adj. secr.: Mr. R. Lion Jr., Arnhem.

Districtsraad voor district XIV (Gelderland Zuid)

Bureau

Voorzitter - Dr. H. L. A. Vlamings, Nijmegen; plv. voorzitter - Dr. E. E. M. Geelen, Arnhem; secretaris - S. T. Heij, De Klomp, de Klomp 5.

Leden

H. L. van Aller, Wageningen; R. Bakker, Doetinchem; J. C. Drost, Arnhem; A. W. Kastein, Deil; J. van der Koppel, Ophemert; W. L. Nolke, Arnhem; J. J. Prick, Nijmegen; A. J. P. M. de Rooy, Nijmegen; K. F. E. Vogelesang, Doetinchem.

Adj. secr.: Mr. R. Lion Jr., Arnhem.

Districtsraad voor district XV (Gelderland Noord)

De samenstelling van het *bureau* is nog niet bekend.

Leden

J. J. Bakker, Apeldoorn; W. Beukema, Lochem; B. L. Brongers, Winterswijk; H. Burger, Winterswijk; D. van Heuven, Voorst; Ph. P. van der Heyden, Zutphen; L. van Meenen, Apeldoorn; Mevr. W. J.

Moermans-Sanders, Apeldoorn; Dr. C. H. Simons, Apeldoorn; Dr. R. A. Soeters, Hoenderloo.

Adj. secr.: Mr. R. Lion Jr., Arnhem.

Districtsraad voor district XVI (Zwolle)

Bureau

Voorzitter - Dr. I. P. Henneman, Schalkhaar; plv. voorzitter - A. K. Iwema, Zwolle; secretaris - Dr. A. Fossen, Zwolle, Sophiastraat 35.

Leden

M. C. de Bruyn, Elburg; A. Groenewoud, Emmeloord; Dr. J. Th. H. Grond, Twello; R. J. Nijboer, Hattem; M. P. Schoemaker, Heeten.

Adj. secr.: Mr. H. Huizinga, Groningen.

Districtsraad voor district XVII (Twente)

Bureau

Voorzitter - D. J. van der Heyden, Hengelo; plv. voorzitter - I. Breekland, Almelo; plv. voorzitter - Ph. Wüstefeld, Enschede; secretaris H. W. v. d. Veen, Hellendoorn, sanatorium „de Tjot”.

Leden

W. C. Boelens, Hengelo; Th. Franssens, Enschede; A. J. Hamelers, Almelo; J. C. Polée, Borne; H. Wefers Bettink, Enschede.

Adj. secr.: Mr. R. Lion Jr., Arnhem.

Districtsraad voor district XVIII (Drente)

Bureau

Voorzitter - H. Mulder, Gasselternijveeën; plv.

voorzitter - F. Drijber, Emmen; secretaris - B. H. L. de Haas, Assen, Speenkruisstr. 101.

Leden

J. Bouwer, Tuk bij Steenwijk; K. A. Huisman, Erica; J. F. Janssen, Hogeveen; J. H. Magendans, Nw. Buinen; A. J. Tjeenk Willink, de Wijk; Dr. J. M. Vrolijk, Emmen.

Adj. secr.: Mr. H. Huizinga, Groningen.

Districtsraad voor district XIX (Friesland)

Bureau

Voorzitter - Dr. E. H. Hijmersma, Leeuwarden; plv. voorzitter - Dr. C. J. Sorgdrager, Heerenveen; secretaris - H. W. ter Haar, Noord-Bergum, Zomerweg 89.

Leden

L. Feenstra, IJsbrechtum; H. Gerritsma, Sneek; J. Haveman, St. Nicolaasga; P. Heun, Zwaagwesteinde; B. C. Noordhoff, Drachten; J. Udding, Drachten.

Adj. secr.: Mr. H. Huizinga, Groningen.

Districtsraad voor district XX (Groningen)

Bureau

Voorzitter - C. F. G. E. Hallewas, Groningen; plv. voorzitter - U. Sissingh, Winschoten; secretaris - H. G. Meijer, Groningen, Praediniussingel 19.

Leden

J. Baarveld, Groningen; A. W. Bom, Haren; E. Dost, Ter Apel; Dr. N. Hellemaans, Groningen; K. D. Pot, Groningen; R. A. de Zeeuw, Appingedam.

Adj. secr.: Mr. H. Huizinga, Groningen.

MC | VARIA

Blijkens de Staatscourant van 20 augustus 1970 heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, de Ziekenfondsraad gehoord, besloten de „Stichting Algemeen Ziekenfonds der N.V. Pope's Draad- en Lampenfabrieken” te Venlo toe te laten als ziekenfonds in de zin der Ziekenfondswet.



Het jeugd- en jogerencentrum Ruimte heeft een affiche laten ontwerpen over geslachtsziekten. De poster geeft uitvoerige informatie over de (mogelijkheden tot) besmetting met gonorrhoe, syfilis en schaamluizen, de ziekteverschijnselen en de behandeling. De tekst kwam tot stand in samenwerking met de arts Johan van der Hoeven. Het affiche is te bestellen door storting van f 0,50 per exemplaar op postgiro

84400, ten name van Ruimte, Amsterdam. Het volledige adres van het centrum luidt: Plein '40-'45 nr. 1, Amsterdam-Slotermeer, tel. 020-138588.



De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft de Centrale Raad voor de Volksgezondheid advies gevraagd over de medische sportkeuring. Dit in het kader van de planning van de voorzieningen op het gebied van de volksgezondheid. De bewindsman wil vooral inzicht krijgen in: ten eerste, de noodzaak dan wel de wenselijkheid van de sportkeuring; ten tweede, de frequentie van een dergelijke keuring; ten derde, de wijze van uitvoeren, de methodiek en de intensiteit van de keuring. In het advies moeten de verschillende takken van sport en de verschillende leeftijdsgroepen apart worden betrokken. Tenslotte wordt de Centrale Raad gevraagd, na te gaan welke personele en mate-

riële voorzieningen mede in het licht van de beantwoording van de vorige vragen wenselijk zijn, zowel naar kwantiteit als naar kwaliteit. Daarbij zal dan tevens tot uiting moeten komen, of en in hoeverre deze voorzieningen binnen de totaalplanning van voorzieningen op het gebied van de volksgezondheid mogelijk zijn. De adviesaanvraag betreft zowel de gewone als de top-sport.



De audiovisuele dienst van de geneeskundige faculteit te Leiden beschikt als eerste in den lande over kleuren-tv. Tijdens de Boerhaave-cursus over „Correctieve neuschirurgie”, eind augustus-begin september, worden voor het eerst kleuren-tv-uitzendingen verzorgd. Via een gesloten circuit kunnen neusoperaties op monitoren worden gevolgd. Voor de opnamen zijn twee kleurencamera's en een zwart-witcamera beschikbaar; het beeld kan op de monitoren aanzienlijk

vergroot worden weergegeven: de neusgaten zullen bijvoorbeeld tot 10 cm groot te zien zijn. Tijdens de operaties kunnen de cursisten vanuit de verschillende zalen waar de monitoren staan opgesteld, rechtstreeks vragen stellen aan de operatieteams. Enkele operaties zullen op de videoband worden vastgelegd. De audiovisuele dienst van de medische faculteit in Leiden werkte al sinds twee jaar met zwart-wit-tv. De invoering van kleurentelevisie geschiedde met adviezen van de Stichting Film en Wetenschap, Teleac en de NOS. Het systeem dat werd gekozen maakt uitwisseling van apparatuur met de universiteiten van Utrecht en Nijmegen en de medische faculteit Rotterdam mogelijk. De technische hogeschool te Eindhoven en de TH-Twente zullen op hetzelfde kleuren-tv-systeem overgaan.



De Nationale raad voor maatschappelijk welzijn vreest dat het schrijven-de personeelstekort in het (algemeen) maatschappelijk werk nog aanzienlijk toeneemt als het ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk werk de carrière-mogelijkheden in een andere sector, namelijk het maatschappelijk werk voor zwakzinnigen gaat verbeteren. Het ministerie vroeg enkele weken geleden advies aan de Nationale raad over tussentijdse wijzigingen van de uit 1957 daterende „Subsidieregeling maatschappelijk werk voor zwakzinnigen“. De Raad beoordeelt de door CRM voorgestelde wijzigingen overwegend positief. In een brief aan staatssecretaris Mr. H. J. van de Poel van CRM zegt de Nationale raad echter dat op korte termijn moet worden begonnen met het overleg over soortgelijke verbeteringen in de subsidiëring van (algemeen) maatschappelijk werk, sociaal cultureel werk en opbouwwerk. Het zou onaanvaardbaar zijn, aldus de brief, als de differentiatie zoals CRM die in afwachting van een geheel nieuwe subsidieregeling voorlopig wil invoeren, beperkt zou blijven tot wat „gespecialiseerd maatschappelijk werk“ heet (onder meer het werk voor zwakzinnigen). „Het betere carrière-perspectief dat de gespecialiseerde werkvormen dan zullen bieden zal een vlucht van de werkers uit de algemene voorzieningen naar de gespecialiseerde instellingen ten gevolge hebben“. Als gevolg daarvan zou de (pseudo-) specialisatie-tendenstoenemen. Dit terwijl het beleid gericht zou moeten zijn op beperking van het aantal gespecialiseerde instellingen tot het strikt noodzakelijke, zo staat in de brief.

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: 16.470 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht

telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Be-roepspensioenfonds Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021