



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

HET MEDISCH-WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

In dit nummer van Medisch Contact vindt de lezer enkele artikelen welke betrekking hebben op de opleiding tot medisch-biologisch onderzoeker. Aanleiding voor deze publikaties was het symposium van de Federatie van Medisch-Biologische Verenigingen op 9, 10 en 11 april j.l. te Leiden over „De toekomst van het medisch-wetenschappelijk onderzoek in Neder-

land". Voor de betekenis van de niet-klinische vakken voor de geneeskundige opleiding moge worden verwezen naar het artikel van Prof. Dr. A. Querido te Leiden (zie bladzijde 571 e.v.), dat ter nadere informatie van de lezer is overgenomen uit het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van maart 1965. Mevrouw Dr. A. J. M. van Beusekom-Kits van Heijningen, voorzitter van de Vereniging van Medisch-Wetenschappelijke Onderzoekers (V.M.W.O.) bepleit op bladzijde 577 e.v. op speelse wijze maar toch to the point, de instelling van een vierde specialistenregister voor de medisch-biologisch onderzoeker. Dr. A. J. Piekaar vertolkt op bladzijde 573 e.v. voorts het overheidsstandpunt inzake de opleiding tot medisch-wetenschappelijk onderzoeker.

Als bijlage bij de agenda van bovengenoemd congres ontvingen wij een memorandum over de toekomst van het medisch-wetenschappelijk onderzoek in Nederland van de hand van Dr. K. W. Pondman te Amsterdam, bestuurslid van de Federatie van Medisch-Biologische Verenigingen. Schrijver stelt daarin terecht, dat de ontwikkeling van de geneeskunde de vrucht is van intensief wetenschappelijk onderzoek, vooral in de niet-klinische basisvakken, te weten de biochemie, celbiologie, biologie, fysiologie, farmacologie, endocrinologie, genetica, bacteriologie en immunologie.

De ontwikkeling van het medisch-wetenschappelijk onderzoek is echter verontrustend achtergebleven. De oorzaak is de afwezigheid van een doelgerichte opleiding tot medisch-wetenschappelijk onderzoeker en het ontbreken van financiële middelen. In de jaren 1965 en

25e JAARGANG — No 22 — 29 MEI 1970 INHOUD

Het medisch-wetenschappelijk onderzoek .	569
De betekenis van de niet-klinische vakken voor de geneeskundige opleiding	571
Standpunt ministerie van Onderwijs en Wetenschappen inzake het medisch-wetenschappelijk onderzoek	573
Overzicht G.A.K. medische dienst	576
Betekenis van de specialistenregistratie bij de vorming van de medisch-biologisch onderzoeker	577
Cardiologische afdeling Dijkzigt-ziekenhuis	580
Discussie over abortus provocatus	581
Werkings Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten	583
Opleidingscapaciteit medische faculteiten voor co-assistenten	586
Resolutie van Dr. Kruisinga over milieuhygiëne op vergadering Wereld Gezondheids Organisatie te Genève	586
Van het hoofdbestuur:	
Kort verslag	588
Personalia	588
Van het Centraal Bestuur L.A.D.:	
Jaarverslag over 1969	589
Universitaire berichten	593
Uit de afdelingen	593
Brieven aan de redactie	594
Varia	594

Hoofdredacteur: F. A. Bol
Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens
Colofon op bladzijde 596

1966 werd door de organisatie Zuiver Wetenschappelijk Onderzoek (Z.W.O.) 5% van het budget besteed aan medisch-wetenschappelijk onderzoek (voor exacte wetenschappen 80%). Dezelfde organisatie wijst de laatste jaren regelmatig voorgesteld onderzoek af wegens tekort aan geldmiddelen, daarbij nadrukkelijk formulerend dat de betrokken wetenschappelijke adviescommissies het onderzoek aanbevelen.

De Commissie Wetenschappen van het Leven (C.W.L.) van de Academische Raad zoekt ook de oorzaak van het achterblijven van de wetenschappelijke beoefening van de niet-klinische geneeskunde in het door de medische faculteiten gevoerde beleid, gebaseerd op de uitleg van de Wet op het Wetenschappelijk Onderwijs, waarbij nog steeds geen gehoor wordt gegeven aan de dringende eis de niet-medische basisvakken te verankeren binnen deze faculteit en tevens vanaf het begin der universitaire opleiding een medisch-wetenschappelijke opleiding in de zin van de wet in te voeren.

Het doctoraal examen vrije studierichting heeft geen verbetering in de bestaande situatie gebracht. De C.W.L. stelt voor wis- en natuurkundestudenten om te vormen tot medisch-wetenschappelijk onderzoekers. Pondman is, tevens vanaf het begin der universitaire opleiding binnen de medische faculteiten dient te worden geïntegreerd. Hij acht de registratie van de medisch-biologisch onderzoeker in een specialistenregister van het grootste belang.

Dr. Piekaar meent, dat de financiële overheidssteun aan het medisch-wetenschappelijk onderzoek in vergelijking met het buitenland wel meevalt, indien men de uitgaven van de overheid aan de medische faculteiten voor medisch-wetenschappelijke research mede in de beoordeling betreft. Het is evenwel de vraag of hiervoor betrouwbare gegevens bekend zijn.

In een rapport van de Geneeskundige Raad van de Koninklijke Academie van Wetenschappen staat onder andere het volgende: „Uit de cijfers voor de universiteiten is helaas niet af te leiden hoe groot de posten zijn voor het medisch-wetenschappelijk onderzoek. Van een inzicht in de kosten van de medische research, gedifferentieerd naar fundamenteel wetenschappelijk onderzoek, toegepast onderzoek en

VERBETERING - In de mededeling betreffende komende vacatures in het bestuur van Medisch Contact (M.C. no. 20/1970 blz. 514) is tengevolge van een misverstand het aftreden van Prof. Dr. S. A. de Lange per einde 1970 o.m. toegeschreven aan zijn benoeming tot voorzitter van de Districtsraad Rotterdam. Dit moet zijn *lid* van deze Districtsraad.

ontwikkelingswerk, kan in het geheel geen sprake zijn”.

Het is duidelijk dat bij deze materie belangrijke vraagstukken aan de orde zijn. De K.N.M.G. heeft dan ook in 1967 een commissie van overleg tussen K.N.M.G. en V.M.W.O. in het leven geroepen om zich in deze problemen te verdiepen en de Maatschappij te adviseren over eventueel te nemen initiatieven. Het lijkt geen twijfel dat de huidige opleiding tot medisch-biologisch onderzoeker weinig doorzichtig is en mede daardoor minder aantrekkelijk voor de student. Daar het hier gaat om basiswetenschappen — en niet om hulpwetenschappen — dient naar onze mening de opleiding binnen de medische faculteit een plaats te vinden. Immers welke faculteit leidt niet op voor zijn eigen basiswetenschappen?

Het verdient ernstige overweging om een register in te stellen voor medisch-wetenschappelijk onderzoekers. De eisen aan de opleiding, zowel vóór als na een doctoraal examen zouden dan kunnen worden vastgesteld. Gezien het grote belang van deze basiswetenschappen voor de bevordering van de geneeskunst, zouden initiatieven zowel van de K.N.M.G. als van de medisch-biologische verenigingen noodzakelijk zijn. Er liggen hier zeker nog onopgeloste problemen. Een daarvan wordt gevormd door het feit dat ongeveer de helft van de medisch-biologisch onderzoekers geen arts is. Naar onze mening behoeft dit geen beletsel te zijn om een vierde register in te stellen onder auspiciën van de K.N.M.G. en met medewerking van de overheid. In de toekomst zouden wij dan een register krijgen van huisartsen, sociaal-geneeskundigen, medisch specialisten en medisch-biologisch onderzoekers.

B.

De betekenis van de niet-klinische vakken voor de geneeskundige opleiding*

Door Prof. Dr. A. Querido

Bij de tweede fase van het geneeskundig onderwijs, de inleiding tot de kliniek en de opleiding tot arts, vraagt de klinicus zich uiteraard af, in hoeverre het preklinisch onderwijs in de „basisvakken” heeft bijgedragen tot de opleiding in zijn geheel. Onder „basisvakken” worden dan verstaan alle niet-klinische disciplines, zoals morfologie, fysiologie, biochemie, bacteriologie, genetica, statistiek, psychologie, farmacologie en pathologie. Het kan niet ontkend worden dat er ten aanzien van de betekenis van het onderwijs in deze niet-klinische vakken een belangrijk meningsverschil bestaat. Sommigen menen dat het belang ervan wordt overschat, en dat het zwaartepunt, meer dan tot nu toe in Nederland gebruikelijk is, op het klinisch onderwijs moet worden geconcentreerd. Velen menen daarentegen dat de geneeskunde zich steeds meer in de richting van een rationele, toegepaste biologie zal ontwikkelen, en dat daarom de vorming in de fundamentele aspecten van de biologie en pathologie van de mens zeer degelijk moet zijn. Het is naar mijn mening dringend noodzakelijk dat over dit onderwerp een discussie wordt geopend, omdat het niet goed mogelijk is, aan een curriculum steeds leerstof toe te voegen — en daardoor de studie hetzij te verlengen of te verzwaren — zonder zich te bezinnen op hetgeen met het studieprogramma wordt beoogd.

Wanneer wordt gesproken over hét studieprogramma, lijkt het of de opleiding bedoeld is voor één enkel type academicus. Dit was inderdaad enkele tientallen jaren geleden vrijwel het geval. Van degenen die het artsexamen behaalden, vestigde zich het overgrote deel als huisarts. De situatie is nu geheel anders. Slechts een derde der afgestudeerden wordt huisarts, terwijl de anderen zich verder in een of ander aspect van de geneeskunde gaan bekwamen, gedurende een periode, variërend van één tot zes jaar na het artsexamen. Het is duidelijk, dat het studieprogramma van thans andere doelen voor ogen moet hebben dan het programma van 30 jaar geleden, en dat het vraagstuk van de studieduur der „kernopleiding” voorafgaande aan de specialisatie, alsmede herwaardering van de betekenis der verschillende vakken voor deze kernopleiding aan de orde zijn. Dit dringt te meer omdat de beschikbare kennis van ieder onderdeel der niet-klinische vakken (men denke slechts aan de groei van biochemie en farmacologie en de verdere spe-

cialisatie der klinische vakken), zo groot is dat een keuze hieruit dwingend wordt. In de hierna volgende beschouwing wordt een poging gedaan de functie van de niet-klinische vakken in de kernopleiding te analyseren, gezien vanuit de klinische fase van de opleiding. Uiteraard is deze zienswijze een persoonlijke.

Men kan zich allereerst afvragen of het onderwijs in de basisvakken wel nodig is! Degenen die een sterke beperking hiervan bepleiten, redeneren hierbij bijvoorbeeld als volgt.

Voor de diagnose van een „acute buikaandoening” of een pneumonie heeft men geen kennis nodig van de betekenis van de citroenzuurcyclus voor de energiehuishouding, noch van de geldende theorieën der impulsgeleiding in zenuwen. Ook voor een eenvoudige behandeling uit de dagelijkse praktijk, zoals het bevorderen van de zoutdiurese met diuretica, is het niet nodig dat de medicus nauwkeurig op de hoogte is van het mechanisme van werking van deze medicamenten. Dit zou een grondige kennis van de macroscopische en microscopische anatomie van de nieren, van mechanismen van ionentransport in de proximale en distale tubuli betekenen, hetgeen onder andere inzicht in de werking van enzymen (bijvoorbeeld het koolzuuranhydrase-systeem) vereist. Is het gewaagd, te veronderstellen dat verreweg de meeste artsen die deze middelen met succes gebruiken, niet méér weten, dan dat ze de zoutdiurese bevorderen via de nieren? Men zou daarom kunnen concluderen dat voor het stellen van vele diagnoses en voor de toepassing van medicamenten slechts weinig kennis der pre-klinische vakken vereist wordt. Uit de hieronder volgende beschouwing zal, naar ik hoop, blijken dat deze conclusie kortzichtig is.

Zoals reeds eerder werd gesteld, is de uiteindelijke bestemming van de afgestudeerden uitermate verschillend. Deze kan variëren van huisarts tot klinisch wetenschappelijk onderzoeker, van administratief ziekenhuis-directeur tot farmacoloog, van chirurg tot biochemicus. Wanneer men zich tracht te bezinnen over de plaats en functie van de basisvakken in de universitaire opleiding tot arts, zal dus moeten worden gezocht naar het gemeenschappelijke dat allen bindt in de uiteindelijke functies die zij gaan vervullen.

Ik meen dat de volgende argumenten voor allen een degelijke, maar gevarieerde opleiding in de basisvakken noodzakelijk maken.

1. Tot ongeveer 150 jaar geleden was de geneeskundige praktijk vrijwel uitsluitend gebaseerd op

* Naar een voordracht, gehouden tijdens de cursus „Medical Education”, 16-19 september 1964, te Leiden. Eerder gepubliceerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde van 27 maart 1965 (109.I.13).

empirie. Ziekte is meestal het resultaat van de interactie tussen het individu en zijn omgeving. In de laatste eeuw werd veel kennis verworven over de factoren van het milieu die op het individu inwerken (bacteriologie, voedingsleer, virologie, sociologie, enz.).

In de laatste 50 jaar namen onze inzichten in de mogelijkheden en eigenschappen van het individu (fysiologie, biochemie, anthropogenetica, enz.) toe, terwijl gelijktijdig de studie der interactie van milieu en individu (immunologie, psychologie, regulaties via het centrale zenuwstelsel en het endocriene systeem) zich zeer snel ontwikkelde. Deze situatie kan men samenvatten met de opmerking dat nu een echte wetenschappelijke biologie en ecologie van de mens is bezig te ontstaan. Hoewel de praktische geneeskunde nog steeds grotendeels empirisch is, vereist het begrip van de pathogenese van ziekten, zowel lichamelijk als psychisch, kennis van de biologie van de mens.

2. Goed onderwijs in de basisvakken heeft grote betekenis voor de wetenschappelijke vorming van de toekomstige medicus. Het benaderen van een geneeskundig probleem is door de samengesteldheid hiervan veelal uitermate moeilijk. Hoewel bij de basisvakken uiteraard problemen met iedere graad van gecompliceerdheid kunnen worden geformuleerd, is het bestuderen van biologische vraagstukken die experimenteel kunnen worden benaderd, en waarbij naar believen controleproeven kunnen worden gedaan, en de omstandigheden van de proef of waarneming kunnen worden gekozen de aangewezen scholing voor de toekomstige medicus. Deze uitspraak houdt echter tevens in, dat het onderwijs in de niet-klinische vakken slechts ten dele via instructie van feiten kan worden gegeven, maar dat juist het grondig theoretisch en vooral experimenteel benaderen van enkele eenvoudige vraagstukken een der hoofdzaken dient te zijn.

3. De ontwikkeling van de biologie (ook die van de mens) is vooral bevorderd door de explosieve kennisvermeerdering op het gebied van de biochemie, de fysiologie en de ultra-structuren. Deze ontwikkeling bevorderde het ontstaan van een omvangrijke industriële farmacologie die zeer werkzame geneesmiddelen wist te produceren. Hoewel uiteraard deze geneesmiddelen een grote aanwinst betekenen, brachten ze ook ziekten met zich mede, die door onjuist gebruik worden veroorzaakt, en veranderingen in het biologisch evenwicht. Iedereen die in enigerlei vorm met patiënten te maken heeft, ongeacht of hij ziekenhuisdirecteur is, chirurg of psychiater, heeft met de toepassing van of de gevolgen veroorzaakt door toepassing van moderne pharmaca te maken. Een kritische houding tegenover bestaande en toekomstige geneesmiddelen vereist inzicht in de basisvakken.

4. Degelijk onderwijs in de biologie van de mens lijkt bij de sterke specialisatie van de tegenwoordig

ge geneeskunde om nog een geheel andere reden wenselijk. Geneeskundigen hebben in de maatschappij als raads- en vertrouwensman van de bevolking steeds een bijzondere positie ingenomen. Iedereen die een geneeskundige opleiding heeft gehad, zij het tot huisarts, thoraxchirurg, of farmacoloog, wordt door de omgeving geacht een mening te hebben over algemene medische vraagstukken, zoals over geboorteregeling, transplantaties, voeding, erfelijkheid, enz. Men verwacht kennis over biologische problemen die de mens betreffen. Als zodanig vervult ieder die een geneeskundige opleiding heeft gehad, een belangrijke functie voor het sociale, politieke en intellectuele klimaat van onze samenleving.

Indien men het ermee eens kan zijn dat een degelijke opleiding in de basisvakken niet gemist kan worden bij de „kernopleiding” die voorafgaat aan de vakopleiding (specialisatie) tot huisarts, wetenschappelijk onderzoeker, specialist, bedrijfsarts, enz., doet de vraag zich voor, op welke wijze en met welke inhoud deze moet worden gedoceerd. Vele gesprekken met collegae in binnen- en buitenland, bestudering van literatuur, zoals onder andere het uitstekende rapport van de Wereldgezondheidsorganisatie in 1961 over dit onderwerp, hebben geleid tot het opstellen van de volgende punten:

1. Gezien de tijd die nodig is voor de vakopleiding en de specialisatie (na het Nederlandse arts-examen) mag de periode van de kernopleiding tot aan het artsexamen niet langer dan 5 à 6 jaar duren. Hoogstens de helft van deze tijd kan aan de basisvakken worden besteed. Gedurende deze periode wordt tenminste een drietal doelstellingen nagestreefd. De student moet:

- a. kennis vergaren die nodig is voor de klinische periode;
- b. worden aangespoord tot zelfstandig denken;
- c. de mogelijkheid hebben zich in die periode verder te bekwamen in een speciale richting, die later kan bijdragen tot de door hem gekozen vakopleiding, die past bij zijn belangstelling.

2. Uitdrukkelijk wordt door velen gesteld dat de preklinische periode zozeer afwijkt van hetgeen de student zich voorstelt van de studie die hij heeft gekozen, dat zijn belangstelling slechts kan worden gewekt en gestimuleerd indien het onderwijs in de basisvakken voortdurend in verband wordt gebracht met de klinische aspecten der geneeskunde. Dit brengt de vraag naar voren in hoeverre deze opleiding aan chemici of biologen kan worden toevertrouwd. In ieder geval zal in ieder der basisvakken één of meer docenten kennis van praktische geneeskunde moeten hebben, ten einde het gewenste verband duidelijk te accentueren.

3. In het algemeen is men van mening dat in de curricula meer plaats moet worden gegeven aan de studie van statistica, psychologie en genetica. Toe-

voeging van deze vakken vereist herwaardering van de eisen van de andere vakken. De leerboeken der anatomie zijn weliswaar sinds tientallen jaren weinig in dikte toegenomen, maar dit is in hoge mate wel het geval voor de leerboeken van bijvoorbeeld de fysiologie en de biochemie. Aan het curriculum kan er slechts iets worden toegevoegd indien men van het bestaande programma iets anders afkapt.

4. Vorming tot zelfstandig denken, en het wekken van belangstelling wordt bevorderd door diepgaande bespreking van enkele onderwerpen, aangevuld door zeer zorgvuldig uitgewerkte practica, waar echte experimenten met moderne apparatuur onder supervisie worden verricht. Dit vereist uiteraard kleine groepen studenten en bekwame stafleden, hetgeen vooral in Nederland door het grote aantal studenten per faculteit en het tekort aan wetenschappelijke werkers een moeilijke opgave is. De feitenkennis van de basisvakken die nodig is voor de klinische vorming, zou in overleg met degene die betrokken zijn bij de klinische opleiding, dienen te worden vastgesteld. Deze feitenkennis behoeft niet via colleges te worden overgedragen, maar kan beter via studieboeken worden verkregen, onder leiding van mentors die aan kleine groepen leiding geven. Ook hier is het beschikbare aantal stafleden een beperkende factor.

5. In het begin van deze beschouwing is naar voren gebracht dat de uiteindelijke bestemming der academici die de „kernopleiding” hebben voltooid, uitermate verschillend is. Ook zijn de persoonlijke eigenschappen en de begaafdheid voor de verschillende richtingen verschillend. Men zou er graag naar streven, dat na 2½ jaar, een half jaar praktisch werken met volle dagtaak mogelijk is in een der basisvakken. Na zo'n periode zou een tentamen kunnen volgen dat voor latere specialisatie zou gelden. Met een dergelijke mogelijkheid van een keuzevak zal mogelijk de belangstelling voor wetenschappelijk onderzoek worden gestimuleerd. Dat ook hier

weer het vraagstuk ruimte en staf aan de orde komt, is duidelijk. Een jaargang studenten zal slechts over een tiental vakken kunnen worden verdeeld, maar misschien kunnen er ook extra-universitaire instituten worden ingeschakeld.

6. Evenals voor het kandidaatsexamen ernaar gestreefd dient te worden dat de studenten het verband met de geneeskunde leren zien, is het ook nodig dat tijdens de klinische opleiding het verband met de basisvakken niet wordt verbroken. Daartoe zijn klinici vereist, met inzicht in de pathofysiologie maar ook deelneming aan het klinisch onderwijs door de „theoretici” die op hun colleges capita selecta behandelen. Men is algemeen van mening dat het wenselijk is, het onderwijs van de basisvakken in toegepaste vorm tijdens de klinische jaren te continueren.

Een dergelijk gestructureerd curriculum doet enigermate denken aan de opleiding voor het kandidaatsexamen in de natuurfilosofische faculteit, hoewel de variatie daar veel groter is. In het bovenvermelde schema komt slechts een half jaar keuzevak voor. Een herziening van de onderlinge verdeling van de hoeveelheid leerstof die werkelijk geëist wordt, zal vermoedelijk via een landelijke commissie moeten worden uitgewerkt.

Het is mij volkomen duidelijk dat een algemene beschouwing als de bovenstaande niet dadelijk in praktische vorm kan worden omgezet. Gezien de recente verschuivingen in de uiteindelijke functies die de artsen gaan vervullen, en de toeneming van kennis op vele gebieden, lijkt het mij dringend noodzakelijk dat althans de discussie wordt geopend.

Leiden, maart 1965

Literatuur:

Internationally acceptable minimum standards of medical education. Report of a study group. Wld. Hlth Org. techn. Rep. Ser. No. 239, 1962.

Standpunt ministerie van Onderwijs en Wetenschappen inzake het medisch wetenschappelijk onderzoek

Bij zijn beschikking van 17 februari 1958 werd door minister Cals een Commissie Wetenschappelijk Personeel Medische Faculteiten ingesteld, onder voorzitterschap van Prof. Querido, met de opdracht te onderzoeken of het noodzakelijk is bijzondere financiële en eventueel andere voorwaarden te scheppen, waardoor het wetenschappelijk onderzoek en het aantrekken en behouden van wetenschappelijk werkers in de faculteiten der geneeskunde wordt bevorderd en bij een bevestigende beantwoording van deze vraag voorstellen te doen voor het treffen van bepaalde maatregelen. Uit de

antwoordrede van de voorzitter van die commissie moge ik het volgende citeren:

„Een ander misverstand is, dat vaak wordt gemeend, dat het artsdiploma tevens betekent, dat een arts wetenschappelijk onderzoek kan verrichten. Niets is minder waar. Voor wetenschappelijk onderzoek moet men weer afzonderlijk worden opgeleid”.

Het is over deze afzonderlijke opleiding, maar dan reeds in een eerder stadium dan na het artsdiploma te beginnen, dat u van mij een uiteenzetting

van het overheidsstandpunt verwacht. Die uiteenzetting zal beperkt dienen te blijven tot een weergave van de uitgangspunten, die naar de mening van het ministerie in acht zouden moeten worden genomen bij het bepalen van de plaats van de nieuwe opleiding in het geheel van de organisatie van ons wetenschappelijk onderwijs en onderzoek. In dit licht bezien wil ik gaarne aandacht besteden aan enige punten, waarvan naar mijn mening moet worden uitgegaan bij het vinden van een antwoord op de vraag, op welke wijze de opleiding van de medisch wetenschappelijk onderzoeker tot stand dient te worden gebracht.

In het zeer lezenswaardige memorandum, dat, moge ik opmerken, met een grote kennis van zaken is opgesteld, wordt in het begin aandacht besteed aan de doelstellingen van het wetenschappelijk onderwijs. Bij de aan Prof. Posthumus als regeringscommissaris voor het wetenschappelijk onderwijs verleende opdracht tot de opstelling van een discussienota over de herziening van de structuur van dat onderwijs komen deze doelstellingen eveneens ter sprake. Hoe ook de uiteindelijke resultaten van die herziening moge worden, reeds in dit stadium kan met zekerheid worden gezegd, dat het wetenschappelijk onderwijs in elk geval ook steeds gericht zal blijven op de vorming tot zelfstandige beoefening der wetenschap en op de bevordering van het inzicht in de samenhang der wetenschappen. Men zou zich mijns inziens anders terecht kunnen afvragen wat de zin is geweest van de vervanging in 1960 van het bijvoeglijk naamwoord „hoger” door „wetenschappelijk”.

Door de totstandkoming en inwerkingtreding van het nieuwe medisch curriculum is geen wijziging gebracht in de bestaande toestand, dat een geheel op de taak van de medisch wetenschappelijk onderzoeker gerichte opleiding tot dusver nog niet is verwezenlijkt. Ook ik acht dit laatste een betreurenswaardige zaak, maar ik wil er gaarne op wijzen dat het geenszins in de bedoeling heeft gelegen binnen de mogelijkheden, die dit curriculum biedt, een afdoende oplossing van deze aangelegenheid te zoeken. De constatering in het memorandum, dat de wetenschappelijke vorming van de medisch wetenschappelijk onderzoeker ook binnen de faculteit der geneeskunde moet kunnen plaatsvinden, wil ik gaarne onderschrijven. Van de zijde van het ministerie is voor dit aspect reeds meer dan eenmaal niet slechts de aandacht gevraagd maar tevens een zekere voorkeur uitgesproken.

Reeds in april 1967 heeft minister Diepenhorst aan het Interfacultair overleg van de Nederlandse faculteiten der geneeskunde de vraag voorgelegd, of er naast de ook zijns inziens te handhaven mogelijkheid van de vrije studierichting, wellicht ook plaats zou zijn voor een afstudeerrichting in de geneeskunde, die niet zou leiden tot het artsexamen, doch die een opleiding zou geven tot wetenschappelijk onderzoeker.

Het instituut van de vrije studierichting heeft in

de praktijk niet aan de gevoelde behoeften kunnen voldoen. Als een van de oorzaken moet waarschijnlijk worden aangewezen het voorschrift, dat het kandidaatsexamen een der kandidaatsexamens van de betrokken faculteit dient te zijn, in casu derhalve het kandidaatsexamen van de studierichting der geneeskunde. In januari 1969 heeft minister Veringa in een schrijven aan het I.O.G. het door zijn ambtsvoorganger ingenomen standpunt onderstreept. Hij wees er tevens op, dat de opnemings in het academisch statuut van een afzonderlijke studierichting ten behoeve van de opleiding van wetenschappelijk onderzoekers het mogelijk zal maken een, desgewenst op alle niveaus van het geneeskundig curriculum afwijkend, programma te ontwerpen, dit in tegenstelling tot de in dit opzicht beperktere mogelijkheden, die een vrije studierichting biedt.

Ik meen dat uit deze zojuist weergegeven standpunten voldoende duidelijk naar voren komt, dat naar de mening van de regering een oplossing in de eerste plaats dient te worden gezocht binnen het raam van de faculteit der geneeskunde en dat daarbij institutionalisering in de vorm van een afzonderlijke studierichting in het academisch statuut de voorkeur verdient. De beoefenaren van de natuurwetenschappen, welke wetenschappen ongetwijfeld bij de tot stand te brengen opleiding een grote rol zullen spelen, blijken echter veelal de voorkeur te geven aan het onderbrengen van de opleiding binnen het kader van de faculteit der wetenschappen of — maar dan naar het mij voorkomt meer als een compromis — in een nieuw in te stellen interfaculteit tussen de beide faculteiten. Ik moge in deze een vergelijking maken — hoewel die vanzelfsprekend het bekende euvel vertoont dat zij niet geheel opgaat — met de status van een academisch ziekenhuis.

Het bijzondere karakter van een academisch ziekenhuis is hierin gelegen, dat het weliswaar als „academisch” ziekenhuis zijn bestaansgrond vindt in de universiteit, maar dat het als „ziekenhuis” — evenals de andere ziekenhuizen — daarbij de behandeling en verzorging van de patiënten primair en centraal dient te stellen. Vergelijkenderwijze zou ik willen stellen, dat de opleiding van de medisch wetenschappelijk onderzoeker haar bestaansgrond vindt in de noodzaak om de toekomstige onderzoekers in staat te stellen om ook juist met behulp van het door de natuurwetenschappen verkregen inzicht de wetenschap te beoefenen en te bevorderen, doch dat die wetenschap de wetenschap der geneeskunde is, zodat ook van daaruit de opleiding in de eerste en voornaamste plaats dient te geschieden. Aangezien het hier vermoedelijk toch slechts om enkele tientallen studenten per jaar zal gaan lijkt het niet noodzakelijk, dat opleidingen bij alle faculteiten worden ingesteld. De gezamenlijke faculteiten zullen zich in I.O.G.-verband kunnen beraden hoeveel van dergelijke specialisten dienen te worden gevormd en welke van de geneeskundige faculteiten zich hiermede zullen belasten. Het zal

wel haast onoverkomelijk zijn, dat slechts bij die faculteiten, waar een nauwe samenwerking met de faculteit der wiskunde en natuurwetenschappen dan wel een faculteit der technische wetenschappen mogelijk is, dergelijke opleidingen worden gesticht.

Het lijkt mij van belang dat ook aandacht wordt besteed aan de behandeling van het onderhavige onderwerp in andere landen. Ik moge in dit verband wijzen op de 14 mei 1966 door de Duitse Wissenschaftsrat vastgestelde en gepubliceerde „Empfehlungen zur Neuordnung des Studiums an den wissenschaftliche Hochschulen“. In het hoofdstuk, dat over de studie in de geneeskunde handelt, wordt gesteld, dat de in 1953 tot stand gekomen opbouw van die studie duidelijk niet meer voldoet aan de eis dat de faculteiten in staat moeten zijn haar tweeledige opdracht te vervullen, te weten de opleiding van goede artsen en de opleiding van wetenschappelijk onderzoekers. Derhalve wordt aanbevolen om naast de studierichting der geneeskunde een afzonderlijke studierichting der niet-klinische geneeskunde in te stellen, beide met een gemeenschappelijke onderbouw. Volledigheidshalve voeg ik hieraan toe, dat voorts ook wordt voorgesteld over te gaan tot de instelling van een in het bijzonder op die opleiding gerichte studierichting in de faculteit der wiskunde en natuurwetenschappen. De inhoud van dat voorstel komt echter grotendeels overeen met de mogelijkheden, die de hertziene examenprogramma's van onze faculteiten der wiskunde en natuurwetenschappen reeds bieden.

Nu iets over het belangrijke punt van de uitgaven. In het memorandum is gesteld dat de Nederlandse inspanningen op het gebied van de medische research ver beneden een internationaal aanvaardbaar niveau zouden liggen. Ik meen dat de cijfers waarnaar ter adstructie wordt gewezen de juistheid van deze uitspraak niet aantonen, integendeel. Op de door Prof. Querido in zijn artikel „Prospects of medical research in the Netherlands“ gebruikte cijfers is door de minister van Onderwijs en Wetenschappen reeds eerder commentaar geleverd, namelijk in een briefwisseling met het bestuur van de Vereniging van Medisch-Wetenschappelijk Onderzoekers van februari 1968. Bij die gelegenheid is er door de minister op gewezen dat men voor een berekening van de financiële steun van de overheid aan het medisch-wetenschappelijk onderzoek niet alleen uit mag gaan van de uitgaven van niet-universitaire instellingen. Indien men uitgaat van de in het wetenschapsbudget 1967 opgenomen bedragen voor medische research en van de op grond van enquêtes door het CBS gepubliceerde cijfers (die ten dele weer als grondslag hebben gediend voor de bedragen van het wetenschapsbudget) komt men tot geheel andere en veel hogere bedragen dan die de basis moeten hebben gevormd van de in het eerdergenoemde artikel van Prof. Querido getroffen vergelijking.

Nu kan hier een rol hebben gespeeld dat de vergelijking in het artikel van Prof. Querido zich be-

taire instituten en instellingen, en dat daarin de uitgaven ten laste van de begrotingen van de universiteiten zelf niet zijn meegerekend. Een zodanige vergelijkingswijze gaat echter voorbij aan het feit dat de systemen voor de financiering van wetenschappelijk onderzoek in het buitenland, en met name in de Angelsaksische landen, diepgaande verschillen vertonen met het hier te lande gegroeide systeem, in die zin dat elders het zwaartepunt veel meer ligt aan de zijde van de geldstroom uit buiten-universitaire bron. Een vergelijking op die basis moet dus bij voorbaat voor Nederland ongunstig uitvallen!

Neemt men het totaal van de financiële overheidssteun aan het medisch-wetenschappelijk onderzoek in beschouwing — ik geef toe dat wij op dit moment niet met grote nauwkeurigheid kunnen ramen, doch voor een vergelijking kan ook de orde van grootte reeds dienen — dan slaat Nederland in vergelijking althans met andere Europese landen nog zo'n slecht figuur niet. Uit recente studies in internationaal verband, waarvan de uitkomsten nog niet zijn gepubliceerd, komt zeer duidelijk naar voren dat ons land op basis van de begrotingscijfers voor 1970 binnen de EEG-landen behoort tot de landen die zowel per hoofd per bevolking als in promilles van het nationaal produkt het meest aan medische research uitgeven.

Nu kan ik mij ervan bewust dat cijfers niet alles zeggen, de kwaliteit en het niveau van de onderzoeken ontsnappen eraan; ook is een doeltreffende organisatie van de steunverlening uiterst belangrijk. Dit laatste heeft de onverdeelde aandacht van de betrokken bewindslieden. In dit verband moet ik erop wijzen dat het accres van de aan de gezondheidsorganisatie TNO toegekende subsidie gedurende een reeks van jaren reeds hoger is geweest dan voor de overige TNO-organisaties. Ook wil ik niet nalaten aan te stippen dat de oprichting van de stichting Fundamenteel Geneeskundig Onderzoek een bewijs is van de hoge prioriteit die de organisatie ZWO bij haar steun aan het onderzoek aan de biologisch-medische wetenschappen toekent. Overigens mag niet over het hoofd worden gezien dat bepaalde takken van onderzoek op het gebied van de exacte wetenschappen nu eenmaal bijzonder hoge eisen stellen aan kostbare apparatuur, hetgeen het patroon van de subsidieverlening van ZWO uiteraard beïnvloedt.

Juist de laatste maanden heeft de organisatie voor de bevordering van het medisch-wetenschappelijk onderzoek bijzondere aandacht gekregen. Er heeft intensief overleg plaatsgehad tussen de verantwoordelijke bewindslieden en in de wetenschappelijke organisaties, met name de Koninklijke Academie en de organisaties TNO, om te komen tot een nieuwe opzet voor een coördinatie op landelijke schaal. De bedoeling is te bereiken dat de uiteraard beperkte middelen worden aangewend op een wijze die zowel uit wetenschappelijk oogpunt het meest verantwoordelijk is als ook zoveel mogelijk

Gemeenschappelijk Administratiekantoor
Hoofdkantoor - Medische Dienst

Dr. H. Doeleman	Medisch Adviseur	Telefoon 020 - 215151, toestel 2140
H. B. Gerrits	plv. Medisch Adviseur	Telefoon 020 - 215151, toestel 2141
Dr. J. C. P. Eeftink Schattenkerk	Adviserend Chirurg	Telefoon 020 - 215151, toestel 2142

Overzicht rayons adviserend geneeskundigen en ongevalsverzekeringsgeneeskundigen sinds 1 maart 1970

Rayon	Telefoon	Adv. gen.	O.V.G.
LEEWARDEN, Prins Hendrikstraat 6	05100 - 31121	A. Berghuis	Dr. A. Fossen
ZWOLLE, Zamenhofsingel 25	05200 - 30955		
WINSCHOTEN, Torenstraat 24	05970 - 4040	H. F. Croes	F. Drijber
ASSEN, Gymnasiumstraat 9	05920 - 11717		
GRONINGEN, Dierenriemstraat 100	050 - 38883		
HENGELO, Brinkstraat 2	05400 - 15820	J. v. d. Liet	J. G. Aalders
APELDOORN, v. d. Houven v. Oordtlaan 6	05760 - 18333		
NIJMEGEN, Doddendaal 24	08800 - 30641	D. Schotanus	A. Stevens
ARNHEM, Utrechtsestraat 46	085 - 453981		
UTRECHT, Rachmaninoffplantsoen 61	030 - 912114	A. H. v. d. Werff	K. S. Oey
HILVERSUM, 's-Gravenlandseweg 76	02150 - 15551		
AMSTERDAM, Bos en Lommerplantsoen 1	020 - 134731	H. A. J. Kuiper	J. W. J. de Laive
AMSTERDAMSE HAVEN, De Ruyterkade 7	020 - 63543		
EN VERVOERBEDRIJVEN			
HAARLEM, Dreef 26-28	023 - 319356	D. de Pater	H. Kollis
ALKMAAR, Nieuwlandersingel 57	02200 - 18642		
's-GRAVENHAGE, Koninginnegracht 8	070 - 624861	L. Alma	G. W. Treffers
LEIDEN, Stationsplein 212	01710 - 45555		
ROTTERDAM, Statenweg 206-210	010 - 287260	W. P. J. Woittiez	C. v. Staveren
DORDRECHT, Nic. Maessingel 28	01850 - 38844	E. Stapper	K. W. Liem
VLAARDINGEN, Nijverheidstraat 28	010 - 348800		
EINDHOVEN, P. C. Hooftlaan 8	040 - 16270	J. J. H. Lammerts	H. L. J. M. Defesche
VENLO, Kaldenkerkerweg 20	04700 - 15441	van Bueren	
BREDA, Markendaalseweg 72a	01600 - 22461	L. Slikkerveer	J. K. Jansen
GOES, L. P. v. d. Spiegelstraat 6	01100 - 7571		
MAASTRICHT, Stadhuisstraat 1	04400 - 13871	A. C. Wetters	W. Lammerts van Bueren

Betekenis van de specialistenregistratie bij de vorming van de medisch-biologisch onderzoeker

Door Mevr. Dr. A. J. M. van Beusekom-Kits van Heijningen

De vraag waarmee ik u wil bezighouden laat zich karakteriseren als een probleem van milieubeheersing: hoe scheppen wij het milieu waarin de opleidingen tot medisch wetenschappelijk onderzoeker kunnen gedijen en welke heilzame invloed kan registratie daarbij hebben. Het woord registratie of inschrijving roept bij verschillende generaties verschillende associaties op, lopend van registratie van Joden of registratie voor het verkrijgen van bonkaarten via inschrijving van woningzoekenden naar inschrijving als gegadigde voor de studie in de tandheelkunde, of voor deze federatieve vergadering. Een scala van affectieve associaties variërend van uiterst object tot geheel neutraal, die echter alle een element van min of meer grote impliciete onvrijheid gemeen hebben. Wie zich laat registreren doet een keus, hij bekent zich tot een groep en dat brengt onherroepelijk verplichtingen met zich mee aan het groepsverband, ook al zijn dat geen wettelijke doch slechts morele. Hij beperkt er zijn vrijheid mede en zal allicht voor hij tot deze stap overging de voor- en nadelen tegen elkander hebben afgewogen.

Ik zou de nadere beschouwing van dit probleem als volgt willen structureren: Wat is registratie, c.q. wat registreren wij eigenlijk, wie verlangt er registratie en waarom en hoe kan men registratie tot stand brengen.

1. Registratie kan betekenen inventarisatie, het opmaken van een voorraadlijst, maar dat gaat gepaard met rubriceren. Wij registreren dan bepaalde kwaliteiten en zo houdt registratie onder een bepaalde rubriek de erkenning in, dat het geregistreerde voorwerp, begrip of individu aan bepaalde omschreven kenmerken of normen voldoet. Zo zien wij aan de registratie van stamboekhengsten, rashonden en specialisten een keuring op raspunten en raszuiverheid of op kwaliteit voorafgaan. De aldus geregistreerden gebruiken de titel van de rubriek veelal als persoonlijke titel: Fries koepaard, Drentse patrijshond, patholoog anatoom etc. De waarde van een dergelijke titel is ontleend aan de kwaliteitsgarantie die het register biedt, het behoeft verder geen enkel recht te geven; wel zal het geregistreerd zijn veelal een waarde verhogend effect hebben: rashonden zijn duurder dan bastaarden. Het geregistreerde individu ontleent een deel van zijn waarde en zelfrespect aan zijn registratie. Dit is dus registratie van kwaliteiten.

2. Wij kennen ook een ander type registratie: die van een recht, bijvoorbeeld het auteursrecht, het kwekersrecht, of het octrooi. In dit geval betekent registratie niets anders dan het noteren van de eigenaar van een geestes- of kunstprodukt, waarmee doorgaans het recht op exploitatie in enigerlei vorm van dit produkt wordt vastgelegd. Een bekend oud voorbeeld hiervan is het Engelse Statute of monopolies van 1623. Hieraan is dus het begrip monopolie of monopoliepositie verbonden; de vrijheid van de eigenaar wordt gegarandeerd, die van de rest van de samenleving aan banden gelegd. Vandaar dat deze vorm van registratie tijdens de Franse revolutie heftig is bestreden, men achtte het in strijd met de ware beginselen van vrijheid en gelijkheid dat niet iedereen, doch slechts de uitvinder direct profijt van de uitvinding zou kunnen trekken. In Nederland heeft dit geleid tot de liberale anti-octrooi beweging culminerend in de anti-octrooiwet van 1869. Het bleek echter bepaald niet in 's lands belang te zijn om géén octrooien te verschaffen, aangezien het in exploitatie brengen van uitvindingen er niet door werd aangemoedigd en zo vinden wij tegenwoordig overal in Europa weer octrooi-rechten. Dit is dus een registratie van een recht.

3. Een kruising van deze twee vormen vinden wij als het ware in de registratie van een bevoegdheid: op grond van tevoren vastgestelde kwaliteitseisen wordt aan de ingeschrevenen in het register het alleenrecht op de uitoefening van een bepaald beroep toegekend: artsen, apothekers, advocaten, om even bij de a te blijven. Een nog verdere bastaarderding vinden wij in de registratie van medische specialisten: het geregistreerd zijn geeft geenszins een wettelijk beschermd monopolie tot uitoefening van het betrokken specialisme, doch bepaalde groot-afnemers, de ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars namelijk, wensen alleen van de enig echte stamboekprodukten gebruik te maken.

Wie zullen nu één der bovengenoemde vormen van registratie verlangen, met andere woorden wie zijn belanghebbenden bij de inrichting van een register?

1. De geregistreerde personen wanneer het registratie van kwaliteit betreft, omdat daarmee ook de kwaliteit van de opleiding gewaarborgd is. 2. De geestelijke vader wanneer het auteursrecht of een octrooi betreft, want dit garandeert zijn recht op vergoeding wanneer men van zijn geestekinderen gebruik wil maken. 3. In beide gevallen heeft de sa-

menleving als geheel er belang bij: stimuleren van uitvindingen ter verhoging van de economische welvaart; bescherming van het algemeen belang: goede kwaliteit van artsen of advocaten, of het behouden van een zeldzaam ras. 4. Wanneer bij registratie van kwaliteiten het produkt een opgeleid individu is en de producent een opleider, dan heeft deze weinig direct belang bij de registratie. In eerste instantie betekenen kwaliteitseisen en de controle daarop met alle administratieve rompslomp slechts een extra belasting, ook al is uiteindelijk het behoud van een goed vakniveau ook het belang van de opleider. Kortom, ogenschijnlijk zijn voor alle belanghebbenden slechts voordelen van registratie te verwachten. Wie een ras voor uitsterven wil behoeden legt er een stamboek voor aan, wie het aanzien van zijn beroep wil verhogen streeft naar een bij voorkeur beschermde titel: register-accountant bijvoorbeeld. Hoe is het dan te begrijpen dat de gedachte aan registratie in het onderhavige geval op zulke sterke, vaak emotioneel getinte weerstanden bij een deel van de belanghebbenden stuit?

Ik geloof dat een nadere analyse van dit punt verhelderend zal kunnen werken op de discussies die aan de besluitvorming vooraf moeten gaan en daarom wil ik nu even met een paar zevenmijslaarzen wat in de 'historie rondstommelen in de hoop dat het u zal vergaan als mij, die met verbazing ontdekte hoeveel van de gevoelsmatige be- en veroordelingen van bij registratie behorende organisatievormen van intellectuele beroepen wortelen in waarderingschalen uit voorbijge beschavingsperiodes, zo ver verwijderd als de Romeinse, en dan nog wel in de theoretisch-filosofische schrijftafel-visie op de vraag, hoe beroepen en ambachten naar „eerbaarheid” in de maatschappij van die dagen gerangschikt zouden moeten zijn.

Seneca geeft de volgende indeling van beroepen: Onwaardig of plebeïsch is het werk van mensen die zich verhuren, althans wanneer het alleen hun arbeidskrachten, niet hun kundigheden zijn. Immers het feit dat iemand in loondienst is bezegelt zijn afhankelijkheid. Beroepen die een grotere mate van verstand eisen of een meer dan gewoon nut afwerpen, zoals geneeskunst, bouwkunde en hoger onderwijs zijn toelaatbaar voor degenen bij wier stand ze passen. Ridders en senatoren kunnen echter slechts twee dingen doen: publieke ambten bekleden om niet, of filosofie bedrijven, de enige studie die waarlijk vrij maakt, volgens Seneca. Inkomsten had men dan uit grootgrondbezit, dat was altijd eerbear. Met andere woorden de waardigheid van een beroep werd bepaald; 1e door de afwezigheid van ambachtelijke elementen (schone handen, een witte toga of boord) tenzij het van sociaal belang was, zogenaamde parapublieke beroepen. 2e door de economische onafhankelijkheid van de beoefenaar. In de praktijk woog het laatste zeer zwaar: groot-handel was eerbear, kleinhandel niet. Beroepsorganisaties in de vorm van corporaties bestonden aanvankelijk alleen voor kleine ambachtslieden, als een vorm van vrijwillige, onderlinge bijstandsorganisa-

tie, een blijk van economische zwakte dus. Zij genoten weinig aanzien. Eerbare beroepen hadden een dergelijke organisatie niet nodig, en de samenleving eiste haar nog niet. Later kregen deze corporaties van kleine ambtslieden overheidserkenning en bevoegdheden, zoals het registreren en erkennen van iemands vakbekwaamheid, hetgeen hun aanzien aanmerkelijk verhoogde. De oorspronkelijke functie van hulp aan weduwen en wezen en bijstand bij de begrafenis was toen overvleugeld door de reglementering van kwaliteitsnormen en de controle daarop.

Met de ondergang van het Romeinse Rijk verdwenen deze corporaties, maar in de vroege middeleeuwen trad een spontane wedergeboorte op in de vorm van de gilden. Ook hier zien wij dezelfde evolutie van onderlinge bijstandsorganisatie, naar beroepsorganisatie met publiekrechtelijke, regelgevende bevoegdheden. De gilden stijgen dan in aanzien en macht, worden in hoofdzaak patroonsgilden en verkrijgen monopolies. De patroons, tevens opleiders, zien hun monopolie bedreigd door het produkt van hun opleiding en zo ontstaan uitwassen als verplicht lidmaatschap, en beperking van het aantal toe te laten patroons, een closed shop dus. In diezelfde periode, de hoge middeleeuwen, komen ook gilden voor de vrije professies, die tot die tijd ongeorganiseerd waren, in zwang: registratie van doctores en licentiaten in de geneeskunst, en het gilde der barbiers, chirurgijns en tandentrekkers. In die tijd zien wij dus de organisatie der eerbare beroepen samenvallen met misbruiken in het organisatiezeen, zoals monopolies, nepotisme en het aannemen van meer leerlingen dan men kon opleiden om goedkope arbeidskrachten te hebben. Na de Franse revolutie worden de gilden tenslotte opgeheven hoewel ze nog springlevend waren, omdat men ze in strijd achtte met de liberale dogmatiek.

Uit deze historische hordenloop resten ons ondanks de Franse revolutie, de afschaffing der gilden, en de liberale anti-octrooi beweging drie waardeoordelen of gedragsregels die op allerlei wijzen gerationaliseerd worden, maar er grofweg als volgt uitzien: 1. Vrije beroepen zijn eerbear of deftig, men behoort ze niet om de inkomsten eruit te beoefenen, of althans behoort men een angeliek *dédain* voor die zijde van de medaille voor te wenden. 2. Beroepsorganisatie, te pas en te onpas als vakbond aangeduid, is een zaak voor de economisch zwakke en daardoor weinig eerbare ambachten. 3. Organisatie van vrije beroepen wordt in verband met het voorgaande een *contradictio in terminis* geacht, en door het in de historie toevallig samenvallen in de tijd, geassocieerd met uitwassen in het gildewezen zoals monopolies en het misbruik daarvan, alsof er een causaal, of in elk geval onontkoombaar verband tussen zou bestaan. Veel van het verzet en van de behoefte aan ontmythologisering gericht juist tegen deze achtenswaardige professies, keert zich m.i. tegen de indruk van onwaarschijnlijkheid, die ontstaat door het vasthouden aan een waarderingsschaal, die niet alleen uit de tijd is, maar zelfs ten tijde van

haar ontstaan een produkt van schrijftafelfilosofie was, op gespannen voet met de realiteit. Immers hoe zijn de feiten van nu: de beoefening der natuurfilosofie en ook die van de geneeskunde heeft een sterk operationeel experimenteel karakter gekregen.

Wij steken er de handen bij uit de mouwen, en ze blijven lang niet altijd schoon. Dat is wel heel wat anders dan de atmosfeer van onthechte vergeestelijking waarin vroegere filosofen geacht werden hun vak te bedrijven, de handen warmpjes opgevouwen in de wijde mouwen van hun tabberd. Juist voor wetenschappelijk onderzoek, dat vrij behoort te zijn, moet men zich aan een werkgever verhuren en is daardoor naar Seneca's definitie onvrij. Men geeft er daarom de voorkeur aan over deze zilveren koorden het stilzwijgen te bewaren, naar de goede Franse gedragsregel: *cela se fait, cela ne se dit pas*. Dit beroep is dan ook meestal niet georganiseerd, daardoor onbeschermd en vaak onvrijer dan nodig zou zijn.

Die bevolkingsgroepen die niet door hun klassieke of paraklassieke opleiding zijn gepreconditioneerd vertonen tegenwoordig een toenemende mate van organisatie, niet alleen in de vakverenigingen die naar men zegt *à tort et à travers* de groepsbelangen doordrijven ten koste van het geheel der samenleving, ook die samenleving zelf eist in toenemende mate organisatie, omdat zij de voordelen tegen de nadelen ziet opwegen, vgl. het toevertrouwen van de uitvoering der sociale verzekeringswetten aan de bedrijfsverenigingen van werkgevers en werknemers. Sedert 1922 kent de grondwet ook voor de vrije beroepen uitdrukkelijk de mogelijkheid tot het instellen van organen met verordenende bevoegdheid.

In de sector der vrije beroepen hebben zich tenslotte ook geleidelijk organisaties ontwikkeld; deze beogen vooral de kwaliteit van de beroepsuitoefening te garanderen, onder andere door daarop bij hun leden toezicht te houden. Het aanzien dat het beroep in de samenleving geniet, berust mede op de zo zorgvuldig mogelijk bewaakte kwaliteit van de beroepsuitoefening en op de handhaving van in onderling overleg, eventueel bij de wet, vastgelegde gedragsregels. Soms erkent de samenleving het belang dat zij hierbij heeft. Er ontstaan dan vormen van samenwerking tussen overheid en beroepsorganisaties bijvoorbeeld de post-doctorale stage die de Orde van Advocaten verplicht heeft gesteld bij een verordening op grond van de Advocatenwet, en ook het Centraal College voor erkenning en registratie van medische specialismen waarin een samenwerking tussen overheid, medische faculteiten en Maatschappij Geneeskunst tot stand is gebracht, de wettelijke registratie van tussenpersonen in assurantiën en het recent bij de wet geregelde register voor accountants.

Alleen de wetenschappelijke onderzoekers blijven in hoofdzaak ongeorganiseerd. Hoe wordt dan de kwaliteit van het wetenschappelijk werk gewaarborgd? In hoofdzaak door de kwaliteit van de uni-

versitaire opleidingen. Dit biedt echter geen waarborgen voor de wijze van uitoefening in de maatschappij, het verschaft geen beroepsethiek of gedragsregels en het voorziet niet in terugkoppeling tussen de gegeven opleiding en de eisen die de samenleving aan de opgeleiden stelt.

Slechts bij medici en veel later ook in de advocatuur heeft zich een systeem van postdoctorale opleidingen ontwikkeld waarvan de kwaliteit wordt gegarandeerd door de eigen beroepsorganisatie, in samenwerking met de overheid. Bij de medische specialismen zien wij die onderdelen van het vak die geen postdoctorale opleiding of specialisatie kennen ofwel een kwijnend bestaan leiden, of een gevecht om erkenning beginnen, waarna het gebied met vrucht kan worden ontgonnen. Het terrein van het medisch wetenschappelijk onderzoek wordt bewerkt door niet opgeleide medici en hiertoe al evenmin opgeleide, maar wel iets beter toegeruste, natuurfilosofen, kortom door wat in gildeterminologie beunhazen heten. Tenslotte verheft men aan de medische faculteiten dit gebrek tot dogma, door te stellen dat uitgangspunt van het curriculum moet zijn de opleiding van goede artsen, ruggegraat van de geneeskundige voorziening van de Nederlandse bevolking. Men ziet daarbij wel over het hoofd dat die ruggegraat steeds wrakker wordt naarmate men er osteoporotische wervels aan aflevert.

Kortom, deze gedachtengang dringt de medische opleiding en daarmee het beroepsniveau terug in de richting van het ambacht, met de bekende mythologische saus van menslievende zielverzorging, in plaats van haar te emanciperen tot tak van toegepaste wetenschap, die in deze tijd overeind kan blijven op de zakelijke grond van een voortdurend te toetsen en te herziene vakbekwaamheid. Voor de handhaving van het niveau van de medische wetenschapsbeoefening en daarmee van de medische opleiding moeten de beunhazen tot vakbroeders worden. Het is derhalve noodzakelijk dat er niet alleen een doctoraalopleiding komt maar dat daarnaast een postdoctorale specialisten opleiding wordt ingericht voor diegenen met een afwijkend natuurfilosofisch-doctoraal of met een arts-examen die bij nader inzien toch de medische research als levensvervulling willen kiezen.

Beide vormen van opleiding, de doctorale en de postdoctorale, zouden op geheel gelijke wijze erkend moeten worden geregistreerd. Slechts op deze wijze kan worden waargemaakt wat men met de mond belijdt: dat het een verarming zou betekenen indien naar verhouding steeds minder medici in de niet klinische wetenschapsbeoefening hun veld van arbeid zouden vinden, omdat daar de benadering van de medicus niet zonder schade kan worden gemist. Indien wij zoals nu die medicus daartoe geen goede postdoctorale opleiding kunnen geven kan zijn benadering al evenmin zonder schade worden gebruikt. Ook zal op deze wijze het medisch wetenschappelijk onderzoek zijn wortels in de exacte vakken behouden, en uit kunnen groeien tot wat het behoort te zijn: research gericht op de mens en zijn

ziekten, bedreven met de exactheid van de natuurwetenschappen. Door de organisatie die voor een dergelijke opleiding is vereist, met zijn opleidings-eisen, zijn geschillenregeling en zijn beroepsmogelijkheden krijgt deze groep een herkenbare identiteit, men schept de voorwaarden voor een democratische gang van zaken en er zou een groepsethiek of althans gedragsregels voor de biomedische research kunnen ontstaan; iets dat waarlijk geen luxe is, gezien de enorme beslissingen waarvoor de samenleving juist door de gevaren en mogelijkheden van de biomedische wetenschappen op het ogenblik wordt gesteld.

Rest mij nog slechts één punt: Reeds sedert de vijftiger jaren is de noodzaak van organisatie van deze opleiding bepleit. Tenminste tien generaties medische studenten hebben sedertdien hun studie aangevangen en voltooid, begeleid door de vrome klaagzangen der faculteiten dat maatregelen gewenst, ja zelfs noodzakelijk waren, en onder staag teruglopen van de kwaliteit van onderwijs en research. Wanneer deze organisatie nu niet snel tot stand komt zal zij nog slechts een eeuwenoude taak behoeven te vervullen: verzorging van de begrafenis van haar leden en regeling van alle ritën waarmee zo'n plichtigheid gepaard behoort te gaan.

Cardiologische afdeling Dijkzigt-ziekenhuis

Ten antwoord op vragen van mejuffrouw Van Leeuwen (A.R.P.) inzake de temporisering van de afbouw van de nieuwe afdeling voor hartoperaties in het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam, hebben de minister van Onderwijs en Wetenschappen, en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid geantwoord dat de bouw en verbouw van de nieuwe medische faculteit te Rotterdam, annex het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, een aangelegenheid is, die vele jaren vergt. Hierbij geven de beschikbare financiële middelen mede het tempo aan, ook voor de afdeling hartoperaties. Overigens heeft deze afdeling bij de bouwplanning steeds een hoge prioriteit genoten.

Naar de mening van de bewindslieden is er geen sprake van een niet geheel deskundige planning van de bouwactiviteiten van de desbetreffende afdeling van het Academisch Ziekenhuis, waardoor een aantal mankementen zou zijn opgetreden.

De omstandigheid dat de afdeling in kwestie niet vóór de aanvang van 1971 kan worden gebruikt voor de eerste opname van patiënten, voor zover het zich thans laat aanzien, vloeit voort uit de zeer complexe bouw en inrichting. De geavanceerde technieken, die zullen worden toegepast, vereisen een regelmatig en zorgvuldig overleg tussen de toekomstige gebruikers en degenen die met de uitvoering van de bouw zijn belast. Hierbij houdt men rekening met de meest recente kennis en ervaring die op dit gebied internationaal beschikbaar zijn, hetgeen eventueel kan leiden tot aanpassing van de in eerste aanleg ontworpen bouw- en installatieplannen. Zo heeft men bijvoorbeeld de installatie-eisen verzaamd met het oog op de beveiliging van de patiënten, ten einde fatale potentiaalverschillen te voorkomen, die kunnen optreden bij het gebruik van de apparatuur.

De nieuwe afdeling voor hartoperaties zal met enkele andere afdelingen zijn gehuisvest in een nieuw gebouw naast het Academisch Ziekenhuis

Dijkzigt. Dit gebouw is reeds enige tijd gereed en zal, in overeenstemming met de planning, mede voor andere doeleinden worden gebruikt. Volgens een opgave van het Algemeen Bestuur van de Medische Faculteit Rotterdam zijn de kosten van bouw en installaties voor het thoraxcentrum als zodanig in het genoemde gebouw te stellen op rond f 16 mln., waarvan f 15,2 mln. reeds is besteed. Voorts is voor de afbouw van deze afdeling (onder meer bouwkundige voorzieningen na transitorisch gebruik) nog een bedrag van f 4 mln. nodig. Daarenboven zullen in 1970 en 1971 nog belangrijke bedragen aan wetenschappelijke apparatuur moeten worden geïnvesteerd.

In het algemeen wijzen de bewindslieden er op, dat in de totaliteit van elk omvangrijk bouwproject zich van tijd tot tijd complicaties voordoen. Dit is ook het geval bij de uitvoering van een zo zware opdracht als werd verstrekt aan het Algemeen Bestuur van de Medische Faculteit Rotterdam. Gespecialiseerde gebouwen als de onderhavige vergen een lange tijd van voorbereiding ten einde de eisen zorgvuldig te formuleren, terwijl het tempo van de bouw afhankelijk is van de beschikbare organisatie en technische capaciteit, zomede van de financiële middelen, die van overheidswege worden gefourneerd met afweging van prioriteiten. Moet in het algemeen een periode van 4 à 5 jaren als de vereiste tijd van voorbereiding worden gezien voor de start van een nieuwe medische faculteit, die in mei 1965 aan de Commissie van voorbereiding Medische Faculteit Rotterdam verstrekte opdracht behelsde het opnemen van de eerste studenten in september 1966. Dit overhaaste begin vergt het uiterste van de bestuurders en hoogleraren van de Rotterdamse faculteit en blijft zijn stempel drukken op de uitvoering van de bouw. Niettemin is men er tot nu toe in geslaagd de bouw gelijke tred te doen houden met de jaarlijkse aanwas van het aantal studenten.

ABORTUS PROVOCATUS

Wanneer is er in de ontwikkeling van de menselijke vrucht sprake van een individu?

Een van de vragen, die in de bepaling van het standpunt ten aanzien van het vraagstuk van de abortus arte provocatus een rol speelt, is deze: op welk tijdstip in de ontwikkeling van de menselijke vrucht kan en mag van een individu worden gesproken? De vraag wanneer men van menselijk leven van een individu kan spreken, is geen nieuwe vraag. Was men ten tijde van het ontstaan der christelijke kerk van mening dat reeds bij de conceptie van een individu gesproken kan worden, later is men hieraan gaan twijfelen. Ook heden ten dage bestaat er ten aanzien van dit punt een diversiteit van meningen.

Het meest gangbaar is nog altijd de opvatting dat het individu een aanvang neemt met het tijdstip van de conceptie. Zodra ovulum en spermatozoön zijn versmolten, de bevruchting tot stand is gekomen, hebben wij te doen met een menselijk individu, ook al is de weg die dit individu moet afleggen om tot een volwassen individu uit te groeien een zeer lange (circa 16-18 jaren). Bij deze opvatting speelt derhalve de dimensie tijd bij het bepalen van het begrip individu geen rol. Direct bij de conceptie is van een individu sprake, omdat het bevruchte ei de potentie in zich draagt tot een volwassen individu uit te groeien. Of anders gezegd: in het kind in aanleg leeft reeds de volwassene, want vanaf het moment van de conceptie ligt het chromosomenpatroon vast.

Er zijn echter anderen die zich met recht afvragen, of nu werkelijk in zo'n vroeg stadium al van een individu, een menselijk wezen, kan worden gesproken. Bij de conceptie, aldus de redenering, is wel een vruchtbeginsel aanwezig, maar de vrucht heeft zich nog niet gezet. Ten tijde van de ontvangenis herbergt de vrouw wel een bevrucht eitje in haar schoot, maar zij is nog niet zwanger in de eigenlijke zin van het woord, omdat de moederschoot nog geen noemenswaardige veranderingen vertoont. Pas wanneer de nidatie, de innesteling van het bevruchte ei in de baarmoederwand heeft plaatsgevonden, zijn alle voorwaarden aanwezig voor een ontwikkeling van een menselijk wezen. Met de nidatie neemt de morfogenese een aanvang: de gastrulatie begint, de kiembladen ontstaan. Weliswaar vindt reeds vóór de innesteling differentiatie plaats, maar deze differentiatie is nog reversibel; de cellen blijven totipotent, er vindt nog geen morfogenese plaats. Pas na de nidatie vindt een differentiatie plaats die

Bijgaand de hoofdinhoud van een artikel, geschreven door Prof. Dr. A. C. Drogendijk, hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam. De auteur behandelt de vraag, wanneer er in de ontwikkeling van de menselijke vrucht van een individu sprake is. Het artikel verscheen onverkort in Geloof en Wetenschap, orgaan van de Christelijke Vereniging van Natuur- en Geneeskundigen in Nederland, 68e jaargang, aflevering 1, januari 1970, bladzijde 14 e.v. Aan de suggestie van de auteur hieruit in het kader van de discussie over abortus provocatus de belangrijkste gedeelten over te nemen, geven wij gaarne gevolg.

irreversibel is. Hieruit volgt dat de innesteling de conditio sine qua non voor de orgaanaanleg, voor de eigenlijke menswording is.

Weer anderen stellen, dat van een individu op een nog later tijdstip sprake is, namelijk wanneer de placentatie, dat is de vorming van de moederkoek met aansluitende circulatie tot stand is gekomen (circa 4 weken na de conceptie). Zij die zich op dit standpunt plaatsen gaan ervan uit, dat de interactie tussen embryo en moederlichaam absoluut noodzakelijk is voor het behouden van de gedifferentieerde celdeling en daarmee voor de ontwikkeling van de mcns. Van deze interactie is pas feitelijk sprake als de placentatie zich heeft voltrokken. Vanwege dit feit zou het redelijk zijn het tijdschip waarop men kan spreken van een individu niet te laten samenvallen met nidatie, maar met het tijdstip van de placentatie.

Nog weer anderen verleggen het ontstaan van het individu naar dat tijdstip, waarop alle organen in kiem zijn aangelegd en zich alleen nog maar behoeven te ontwikkelen, hetgeen volgens sommige onderzoekers circa 6 weken, volgens anderen circa 12 weken na de conceptie het geval is. In de obstetrie maakt men namelijk een onderscheid tussen de embryonale fase en de foetale fase. In eerstgenoemde fase worden alle bloedvaten en het darmstelsel alsmede de hersenen, het oog en het gehoororgaan in de kiem aangelegd; in laatstgenoemde fase vindt verdere ontwikkeling plaats.

Intussen heeft het standpunt, het ontstaan van het

individu samen te laten vallen met het tijdstip waarop alle organen en derhalve ook het centrale zenuwstelsel in kiem zijn aangelegd, een steun ontvangen in de moderne benadering van het mysterie van leven en dood. Door de vooruitgang der medische wetenschap, waarbij dan in het bijzonder valt te denken aan de mogelijkheid een door acute dood bedreigde patiënt weer tot leven te brengen (reanimatie), alsmede de harttransplantatie, is de behoefte naar voren gekomen de definitie van de dood te herzien. Men acht het oude criterium van hart- en ademstilstand namelijk niet meer voldoende en wil hier niet alleen aan toegevoegd zien het uitvallen van de hersenactiviteit, maar aan dit laatste zelfs een beslissende betekenis toekennen. Een en ander houdt verband met het feit, dat bij een kunstmatig beademde patiënt de activiteit der hersenen reeds lang kan zijn opgehouden, terwijl het hart nog regelmatig klopt. In dat geval hebben wij eigenlijk alleen te doen met een levend *biologisch* organisme, maar niet meer met een *levend* mens. De meningen hieromtrent zijn in de medische wereld verdeeld. Sommigen willen aan de oude criteria zonder meer vasthouden, anderen pleiten voor een nieuwe definitie van de dood, waarbij het zwaartepunt komt te liggen bij een niet meer functioneren van de hersenen, gelijk met name objectief te constateren valt uit een volkomen vlak elektro-encefalogram gedurende bijvoorbeeld een aaneengesloten tijd van 60 minuten (Jongsma, Hommes). Intussen wint de gedachte, dat opgeheven zijn der hersenactiviteiten gelijk staat met de dood, meer en meer veld.

In dit verband moge voorts gewezen worden op de wijsgerig-antropologische beschouwingen van Schillebeeckx over de manipuleerbaarheid van het sterven. Deze wijst erop, dat het sterven een proces is, dat in verschillende fasen verloopt, die aangeduid kunnen worden als: klinische dood, hersendood, biologische dood en celdood. De vraag, op welk tijdstip het nalaten van een machinale verlenging van het leven niet meer samenvalt met een ethisch-ontoelaatbare levensverkorting, moet z.i. worden beantwoord in deze zin, dat dit tijdstip moet worden gelegd bij de hersendood, „omdat vanaf dat ogenblik een historische presentie van de menselijke persoon in deze lichamelijkeheid is uitgesloten, althans naar de huidige stand van de wetenschap”. Voor het vraagstuk, wanneer er in de ontwikkeling van de menselijke vrucht sprake is van een individu, is deze nieuwe zienswijze niet zonder betekenis. Indien men immers het beëindigen van menselijk leven koppelt aan een ophouden van hersenactiviteit, zou men omgekeerd het begin van menselijk leven kunnen binden aan het ontstaan van hersenactiviteit. Vanzelfsprekend is dit tijdstip niet exact te bepalen, maar wel zou men kunnen stellen dat vóór het ogenblik, waarop de hersenen in kiem worden aangelegd, in elk geval niet van hersenactiviteit kan worden gesproken. Voor degenen die op het standpunt staan, dat aan het uitvallen van de hersenactiviteit een beslissende betekenis moet worden toegekend inzake het dood-zijn van de

mens, zal er waarschijnlijk ook geen bezwaar zijn de cesuur tussen biologisch en menselijk leven te plaatsen op het moment dat de hersenen in kiem worden aangelegd. Dat een dergelijk standpunt de ethische beoordeling van het abortus vraagstuk uitermate zou vergemakkelijken behoeft verder geen betoog.

Heeft men in de zoëven besproken gedachte het ogenblik, waarop van een individu sprake is, gelegd bij respectievelijk 6, 8 of 12 weken na de conceptie, weer anderen merken een nog later stadium in de ontwikkeling aan als het tijdstip waarop men van een individu mag spreken, te weten de 28e week van de zwangerschap, dat is de termijn waarin de vrucht *levensvatbaarheid* (waaronder te verstaan dat de vrucht ook buiten de baarmoeder zelf kan voortleven) heeft. Afgaande op het woord individu, hetgeen betekent een mens of een persoon op zichzelf, of anders uitgedrukt: de op zichzelf staande enkeling, is het nog niet zo onredelijk als men voor dit standpunt zou kiezen. Het wil mij evenwel voorkomen, dat dit criterium weinig houvast biedt. Immers, het *zelf* voortleven buiten de baarmoeder is alleen mogelijk, indien de geboren vrucht geheel en al wordt verzorgd en dan bovendien voor een zeer lange tijdsperiode.

Er zijn ook auteurs die pas ná de geboorte van een individu willen spreken. Immers, na de geboorte komt de ademhaling op gang, gaan de zintuigen functioneren en kan men derhalve pas met recht gaan spreken van een mens, zij het dan dat deze mens een geringe omvang heeft, zowel wat betreft lengte als gewicht, nog volledig in ontwikkeling is en nog gedurende lange tijd geheel afhankelijk van hulp van derden. Vandaar dat bijvoorbeeld Chabot de opvatting verkondigt dat het menselijk leven pas „werkelijk” bij de geboorte begint.

Hoewel voor elk der bovengenoemde standpunten, terzake van het bepalen op welk tijdstip in de menselijke ontwikkeling van een individu sprake is, wel één of meer argumenten zijn aan te voeren, is de keuze uit bovengenoemde meningen toch niet zo moeilijk. Uit de aard der zaak is het vaststellen van het tijdstip waarop van een individu kan worden gesproken een arbitraire aangelegenheid. Toch hebben alle opvattingen met uitzondering van de eerste twee genoemde iets gekunstelds. Met Sporken, Dupuis en Van Vught ben ik dan ook van mening, dat er redenen aanwezig zijn de klassieke opvatting, de bevruchte eicel van stonde aan als een individu aan te merken, in deze zin te herzien, dat vanaf de conceptie wel potentieel, maar vanaf de nidatie pas feitelijk individueel menselijk leven aanwezig is. „Op grond daarvan”, aldus Sporken, „kunnen wij met betrekking tot het zich ontwikkelende nieuwe leven twee belangrijke momenten aanduiden, waardoor goed beschouwd drie fasen ontstaan: de fase vóór de bevruchting, de fase tussen de bevruchting en de innesteling, en tenslotte de fase ná de innesteling. Dientengevolge zullen we ook ethisch tot drie verschillende waarderungen komen en wel naar gelang de fase waarin een menselijke interventie geschiedt: conceptieverhindering, nidatieverhinder-

en vruchtafdrijving". In een latere periode van het groeiende nieuwe leven (d.w.z. ná de innesteling), zo voegt Sporken hier aan toe, zijn dergelijke beslissende momenten niet meer aanwezig. Deze mening zal echter moeten worden herzien, indien men algemeen zou aanvaarden, dat menselijk leven gebonden is aan enige vorm van hersenactiviteit.

Prof. Dr. A. C. Drogendijk

Aanbevolen literatuur

1. W. Bakker, P. J. F. Dupuis, J. F. Rang en J. W. Vinke-Herfst: *Abortus provocatus*. Nijkerk, 1969.
2. F. Böckle: *Um dem Beginn des Lebens*. Arzt und Christ, Heft 2, 1968, S. 65.
3. F. Böckle: *Antikonzepktion und Nidationshemmung in katholisch-theologischer Sicht*. In: *Empfängnisverhütung aus Verantwortung*, Stuttgart, 1968.
4. B. E. Chabot: *Over argumenten voor en tegen abortus provocatus*. Amsterdam, 1968.
5. *Het begin van het leven*. Kath. Artsenblad, 47 (1968) 401.
6. J. Gerlach: *Die Definition des Todes in der Medizin*. Münch. Med. Wochenschr., 112 (1970) 65.
7. O. R. Hommes: *Diagnostiek van het sterven*. Kath. Artsenblad, 47 (1968) 355.
8. M. W. Jongsma: *Verlenging en verkorting van het leven*. In: L. H. Th. S. Kortbeek, H. J. Heering, P. E.

Treffers e.a., *Recent Medisch Ethisch Denken*, I, blz. 122. Leiden, 1968.

9. M. Koester: *Zum Beginn der Schwangerschaft und des embryonalen Lebens*. In: *Empfängnisverhütung aus Verantwortung*, Stuttgart, 1968.
10. G. A. de Lange: *Diagnostiek van de dood*. In: J. P. Calff, *Medische ethiek vandaag*, blz. 89. Amsterdam/Brussel, 1969.
11. J. L. Mastboom: *Abortus als therapie?* Kath. Artsenblad, 46 (1967) 241.
12. J. J. Prick: *Medisch-ethische problemen bij kunstmatige ingrepen in de vruchtbaarheid door zwangerschapsonderbreking*. Tijdschr. v. Soc. Geneesk., 47 (1969) 885.
13. J. H. Ruygers: *Reflexies over abortus*. Nijmeegs Universiteitsblad, 16 (1967) nr. 23, blz. 3.
14. E. C. F. A. Schillebeeckx: *Wijserig-antropologische beschouwingen over de medische manipuleerbaarheid van het sterven*. Kath. Artsenblad, 47 (1968) 361.
15. P. Sporken: *Voorlopige diagnose. Inleiding tot een medische ethiek*. Utrecht, 1969.
16. A. Thiadens: *Reflexies over de continuïteit van het menselijk leven*. Kath. Artsenblad, 46 (1967) 280.
17. P. E. Treffers: *Abortus provocatus en anticonceptie*. Dissertatie. Amsterdam, 1965.
18. P. J. Visser: *Abortus provocatus*. Med. Contact, 14 (1968) 368.
19. P. J. H. van Vugt: *Abortus provocatus*. Med. Contact, 16 (1969) 459.

Werking Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

De Tweede Kamerleden *Van Lier* (P.v.d.A.) en *Egas* (P.v.d.A.) hebben op 5 maart 1970 de volgende vragen betreffende de werking van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten ingezonden:

1. Wil de staatssecretaris een overzicht geven van de ontwikkeling der aantallen bedden in erkende en in niet erkende inrichtingen, onderverdeeld naar de verschillende verstrekkingen, die onder de A.W.B.Z. zijn gebracht, van het begin af tot een zo recent mogelijke datum?

2. Tegen ongeveer welk tijdstip schat de staatssecretaris dat voor de verschillende verstrekkingen de toestand zal zijn bereikt, dat er voor alle verzekerden op grond van de A.W.B.Z., die daarop aanspraak kunnen maken, plaats zal zijn in erkende inrichtingen?

3. Is de staatssecretaris het er niet mee eens, dat het hoogst onbevredigend is, dat ongeveer twee jaren na het in werking treden der A.W.B.Z. de vele verzekerden op grond van deze wet, die aanspraak kunnen maken op een verstrekking op grond van deze wet en voor wie geen plaats is in een erkende inrichting, deze kosten zelf moeten betalen of daarvoor een beroep moeten doen op de Algemene Bij-

standswet, terwijl er door of voor deze verzekerden wel A.W.B.Z.-premie wordt betaald?

4. Is de minister op de hoogte van het feit, dat in verschillende gemeenten (bijvoorbeeld Rotterdam) aan alle aanvragen om bijstand wegens kosten van verpleging, verzorging enz. in een niet op grond van de A.W.B.Z. erkende inrichting deze kosten volledig worden vergoed, zonder dat verhaal wordt toegepast, indien er geen plaats is in een erkende inrichting, terwijl in vele andere gemeenten deze gedragslijn niet wordt gevolgd?

5. Zijn de bewindslieden bereid een oplossing voor deze onbevredigende situatie te bevorderen, hetzij bij voorkeur door:

a. in alle gevallen, waarin om welke reden dan ook het verlenen van een definitieve erkenning op grond van artikel 8 der A.W.B.Z. niet wenselijk is en de betreffende inrichting toch blijkbaar in een noodzakelijke behoefte voorziet, een voorlopige erkenning te verlenen, hetzij door

b. te bevorderen, dat door alle gemeenten aan aanvragers om bijstand wegens kosten van verpleging, verzorging enz. in een niet op grond van de A.W.B.Z. erkende inrichting deze kosten zonder dat

verhaal wordt toegepast, worden vergoed, indien op deze verpleging, verzorging enz. aanspraak bestaat op grond van de A.W.B.Z. en er geen plaats is in een erkende inrichting?

De vraagstellers gaven daarbij de volgende toelichting:

De thans bestaande toestand is vooral daarom onbevredigend, omdat ondanks de algemene premieplicht een minderheid van de verzekerden door omstandigheden buiten hun toedoen (het niet beschikbaar zijn van voldoende erkende inrichtingen) in feite niet van de verzekering kunnen profiteren. Bij plaatsing in een niet erkende inrichting worden zij voor extra, soms zeer hoge kosten geplaatst, terwijl de verpleging en verzorging dan in de regel achterblijft bij die in wel erkende inrichtingen, waarvoor de verzekering de kosten draagt. Overigens vindt ook de plaatsing in niet erkende inrichtingen vaak zelfs plaats op advies van gemeentelijke of andere medische diensten.

De vraagstellers juichen het toe, dat de bewindslieden door hun erkenningenbeleid ernaar streven geleidelijk het peil van de inrichtingen te verhogen. Maar zij zijn het er niet mee eens, dat een willekeu-

rige groep van verzekerden ten gevolge van dit beleid in zijn huidige vorm financieel ernstig wordt gedupeerd.

Het geven van voorlopige erkenningen (zie vraag 5a) zou ertoe kunnen leiden, dat die inrichtingen, die niet of nog niet rijp zijn voor een definitieve erkenning maar wel voldoende geacht worden om plaats te bieden voor patiënten, voor wie in erkende inrichtingen nog geen plaats is, tijdelijk, en eventueel onder bepaalde voorwaarden, met definitief erkende inrichtingen worden gelijkgesteld. Op deze manier zou aan een ernstig verschil in behandeling tussen verzekerden een einde kunnen worden gemaakt.

De heren *De Jong*, minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid a.i., *Kruisinga*, staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, en *Van de Poel*, staatssecretaris van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, antwoordden het volgende:

1. Sinds de inwerkingtreding van de A.W.B.Z. op 1 januari 1968 zijn tot op heden — binnen de aangewezen categorieën van inrichtingen — de volgende erkenningen afgegeven, respectievelijk zijn de volgende aanvragen afgewezen.

Categorieën	Erkend		Afgewezen		Percentage
	inrichtingen/ bedden		inrichtingen/ bedden		afgewezen bedden
<i>Ziekenhuizen</i>					
algemene en categorale ziekenhuizen	261	68.959	—	—	0
psychiatrische ziekenhuizen	51	28.139	2	94	0,4
<i>Verpleeginrichtingen</i>					
verpleeginrichtingen voor somatisch zieken al dan niet gecombineerd met een afdeling voor geestelijk gestoorde	180	18.745	96	3.285	15
verpleeginrichtingen voor geestelijk gestoorde	47	5.409	43	1.579	22,5
<i>Zwakzinnigeninrichtingen</i>	111	19.143	121	4.082	17,5
<i>Inrichtingen voor zintuiglijk gehandicapten</i>					
Inrichtingen voor doven en slechthorende	7	940	—	—	0
Inrichtingen voor blinden en slechtziende	13	1.093	—	—	0
Totaal	670	142.428	262	9.040	6

Een deel van de inrichtingen is in overeenstemming met de daartoe bij de wet aangewezen adviesorganen afgewezen, omdat zij niet voldoen aan de gestelde normen van outillage of capaciteit dan wel niet worden geëxploiteerd door een rechtspersoon zonder winstoogmerk.

Een ander deel der afwijzingen berust echter op het feit, dat de inrichting niet behoorde tot een van de aangewezen categorieën van inrichtingen, welke onder de werking van de A.W.B.Z. zijn gebracht.

Er zijn nog diverse inrichtingen waarvan de rangschikking in enige nog aan te wijzen categorieën

ingevolge artikel 1, eerste lid, sub *d* of *e*, van het Verstrekkingenbesluit Bijzondere Ziektekostenverzekering 1968 (*Stb.* 1968, 239) nog wordt overwogen. De ondergetekende denken hierbij aan pedologische instituten, inrichtingen voor lichamelijk gehandicapte kinderen, medische kindertehuizen, inrichtingen voor schoolgaande zwakzinnigen en sluisinternaten.

2. Voor ziekenhuizen, psychiatrische inrichtingen, inrichtingen voor doven en slechthorende en inrichtingen voor blinden en slechtziende is de toestand

thans zo, dat niet gesproken kan worden van een belangrijk tekort. Voor verpleeginrichtingen en zwakzinnigeninrichtingen zijn naar de huidige schatting voldoende initiatieven ontwikkeld en in uitvoering. Verwacht wordt, dat mede in het kader van het door de Regering te voeren bejaardenbeleid binnen enkele jaren een over het gehele land verspreid goed geoutilleerd bestand van verpleeginrichtingen

tot stand zal zijn gekomen. Tevens zal dan zijn voorzien in een naar de huidige schattingen voldoende aantal zwakzinnigeninrichtingen.

Uit de hieronder volgende cijfers moge blijken in welke mate tijdens de huidige kabinetsperiode de bouwproductie in de betrokken sectoren is toegenomen.

	1964	1965	1966 (in mln. guldens)	1967	1968	1969
Algemene verpleegtehuizen	—	15,7	19,7	37,1	57,9	69,2
Verzorgingstehuizen voor doven, blinden en motorisch gehandicapten	—	3,7	4,4	2,9	4,9	4,5
Verpleegtehuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden ...	—	4,7	5,4	5,5	16,1	30,6
Psychiatrische inrichtingen	—	14,8	28,1	32,2	20,5	35,2
Zwakzinnigeninrichtingen	—	14,1	11,0	18,4	29,5	39,1

Het is echter moeilijk met zekerheid te zeggen wanneer precies voor ieder een bevredigende situatie zal zijn bereikt. Dit hangt niet alleen samen met het ruimere aanbod van bedden, maar ook met de ontwikkeling van de behoefte hieraan en de mogelijkheid gebruik te maken van andere voorzieningen die tot stand komen.

3. De ondergetekenden achten het bevredigend, dat zo kort na de invoering van de A.W.B.Z. reeds meer dan 140.000 bedden zijn erkend. Verreweg de meeste verzekerden kunnen aanspraak maken op een verstrekking op grond van deze wet.

Indien de wet zou zijn ingevoerd nadat alle potentiële aanvragen gehonoreerd zouden kunnen worden, zouden ook al diegenen — en dat is de overgrote meerderheid — die thans reeds de vruchten van deze wet plukken, ook nu nog op de oude situatie zijn aangewezen. Bovendien is het onmogelijk vóór de invoering van een wettelijke voorziening als de onderhavige nauwkeurig na te gaan hoe groot de behoefte exact zal zijn. De ondergetekenden menen, dat het particulier initiatief dat met grote inspanning in de afgelopen jaren plannen tot stand heeft gebracht en thans nog bezig is plannen tot uitvoering te brengen, lof verdient voor de wijze waarop het veelal in samenwerking met lagere overheden of de rijksoverheid de A.W.B.Z. gestalte heeft gegeven. In kort tijdsbestek zijn een groot aantal voorzieningen gerealiseerd. Zo nam het aantal verpleegtehuisbedden van 12.000 in 1966 tot 24.500 in 1970 toe.

Zij erkennen niettemin, dat het uit een oogpunt van gelijke rechtsbedeling niet bevredigend is, dat een aantal verzekerde patiënten met een A.W.B.Z.-indicatie thans nog opgenomen moet worden in inrichtingen die op grond van volksgezondheidsbeleid

niet voor erkenning in het kader van de A.W.B.Z. in aanmerking kunnen komen. De ondergetekenden menen dan ook, dat het gewenst is voor dit vraagstuk een interimoplossing te zoeken. Hierop wordt bij de beantwoording van vraag 5 nader ingegaan.

4. Het is bekend, dat met betrekking tot de toepassing van het verhaal van de kosten van noodzakelijke opname in een niet erkende inrichting niet door alle gemeenten een zelfde gedragslijn wordt gevolgd.

5. Zoals reeds bij de beantwoording van vraag 3 is vermeld zijn de ondergetekenden bereid na te gaan hoe een oplossing voor deze ook voor hen onbevredigende situatie gevonden zou kunnen worden. Zij zullen de Ziekenfondsraad verzoeken van advies te dienen of voor deze gevallen financiering hetzij direct, hetzij indirect uit het Algemene Fonds Bijzondere Ziektekosten mogelijk zou zijn. Aan zulk een financiering — ten aanzien waarvan de ondergetekenden ervan uitgaan, dat zij een aflopend karakter zal hebben — dient, indien die gedachten gang zou worden gevolgd, de voorwaarde te worden verbonden dat de verzekerden een door de uitvoeringsorganen van de A.W.B.Z. aanvaarde indicatie hebben voor opname in een van de daartoe bestemde inrichtingen, doch daarin wegens plaatsgebrek niet konden worden opgenomen.

Voorts zou de verpleging moeten plaatsvinden in een nader te omschrijven niet erkende inrichting.

In verband met het bovenstaande zullen de bewindslieden van Sociale Zaken en Volksgezondheid zich thans wenden tot de Ziekenfondsraad met het verzoek, zich uit te spreken over de vraag hoe en langs welke weg een oplossing zou kunnen worden verwezenlijkt.

Opleidingscapaciteit medische faculteiten voor co-assistenten

Op vragen van de Tweede Kamerleden Dr. J. G. H. Tans en Mr. J. W. Masman (beiden P.v.d.A.) over de opleidingscapaciteit aan de Rijksuniversiteit te Utrecht voor co-assistenten heeft minister Veringa van Onderwijs en Wetenschappen geantwoord, dat bij de medische faculteit van de Rijksuniversiteit te Utrecht voor de co-assistenten in een aantal specialismen ten tijde van de vraagstelling (19 februari 1970) wachttijden golden, die in sommige gevallen 6 maanden beliepen. De medische faculteit te Utrecht, aldus de minister, stelt al het mogelijke in het werk om de opleidingscapaciteit van het klinisch onderwijs zo snel mogelijk uit te breiden. Daarbij wordt in de eerste plaats door een tot dit doel ingestelde affiliatie-structuurcommissie gestreefd naar een uitbreiding op korte termijn van de affiliatie met niet-academische ziekenhuizen. De eerste vruchten daarvan hebben de minister een dezer dagen bereikt in de vorm van concept-overeenkomsten met het St. Antonius-ziekenhuis en het Diaconessen-ziekenhuis — beide te Utrecht — en het ziekenhuis „De Lichtenberg” te Amersfoort. Voorts zijn partiële affiliaties in voorbereiding met de psychiatrische inrichtingen Zon en Schild te Soesterberg en de Willem Arntsz Stichting te Utrecht. Door dit alles zullen naar verwachting de plaatsingsproblemen bij de zogenaamde grote specialismen interne geneeskunde, chirurgie en psychiatrie binnenkort tot het verleden behoren.

Ook ten behoeve van de opleiding in de andere klinische vakken heeft de bovengenoemde commis-

sie contacten gelegd met diverse ziekenhuizen als ook, voor wat betreft de gynaecologie, met particuliere specialisten. Daarnaast streeft men ernaar de opleidingsmogelijkheden in enkele kleine specialismen uit te breiden door co-assistenten de poliklinische spreekuren te laten bijwonen.

De eerdergenoemde commissie verwacht dat het haar mogelijk zal zijn vóór 1 juli a.s. in het algemeen in de behoefte aan plaatsen voor co-assistenten te voorzien. Gezien het feit dat de commissie reeds na twee maanden de bovenvermelde voorlopige resultaten heeft bereikt, is de minister geneigd haar optimistische verwachtingen omtrent de klinische opleidingscapaciteit ten behoeve van de medische faculteit te Utrecht te delen.

Ook bij de andere medische faculteiten, met uitzondering van die te Rotterdam, is het aantal beschikbare plaatsen voor co-assistenten in diverse specialismen dikwijls krap, gemeten in verhouding tot de aantallen studenten in de klinische fase van de opleiding. Allereerst wordt daarom gezocht naar mogelijkheden tot affiliatie met niet-academische ziekenhuizen en — in voorkomende gevallen — afspraken met individuele specialisten. Het komt de minister juist voor, gezien de snelle ontwikkeling, die zich met name op het terrein der affiliatie-overeenkomsten voordoet, in dit stadium nog niet te trachten een overzicht te geven van bereikte en nog te verwachten resultaten bij de samenwerking met niet-academische ziekenhuizen. Hij stelt zich voor zulks te doen in het kader van zijn oordeelsvorming over het advies van de affiliatie-adviescommissie dat deze zeer onlangs aan hem heeft uitgebracht.

Resolutie van Dr. Kruisinga over milieuhygiëne op vergadering Wereld Gezondheids Organisatie te Genève

Van 5 tot 22 mei werd in Genève de 23e Wereldgezondheidsvergadering gehouden. De Nederlandse delegatie stond onder leiding van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga. Voor het overige bestond de Koninkrijksdelegatie uit Dr. R. Vonsée, minister van Volksgezondheid in Suriname; Drs. J. H. W. Hoogwater, directeur-generaal voor internationale zaken; Dr. P. Siderius, directeur-generaal van de Volksgezondheid; Dr. J. Spaander, directeur-generaal van het Rijksinstituut voor de Volksgezondheid; Mr. A. Mansholt, ambassadeur te Genève; en mej. Mr. J. Schalijs van de hoofdafdeling voor internationale volksgezondheidszaken. Als adviseurs traden op Prof. Dr. T. D. Stahlie, hoogleraar in de kindergeneeskunde te Amsterdam, en Dr. E. van de Kuyp, directeur van het bureau Openbare Gezondheidszorg van Suriname.

De agenda vermeldde onder meer: de uitroeiing van malaria en pokken; onderwijs en opleidingen; mondiale milieuhygiëne; toxicologie; farmaceutische

Medische informatiekaart

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

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

vraagstukken; en de kankerbestrijding. In het kader van de besprekingen over de milieuhygiëne op mondiaal niveau diende Dr. Kruisinga, mede namens de Beneluxlanden, een resolutie in, gericht op het versterken van de activiteiten op het gebied van de milieuhygiëne tegen verontreiniging van bodem, water en lucht. De resolutie, die blijkens persberichten — verschenen bij het ter perse gaan van dit nummer — met algemene stemmen werd aangenomen, vraagt de Wereld Gezondheids Organisatie activiteiten op een aantal punten, onder meer:

1. vaststelling van internationaal geldende normen boven welke vervuiling van lucht, water en bodem in de verschillende landen niet toegelaten mag worden;
2. vaststelling van een meerjarenprogramma door de WHO op het gebied van de milieuhygiëne;
3. bevordering van het onderzoek naar de invloed van giftige stoffen op de gezondheid van de mens en de gezondheid van de omgeving;
4. tot stand brengen van internationaal vastgestelde methoden voor de meting van vervuilende en giftige stoffen in de omgeving van de mens en in het natuurlijk milieu;
5. bevordering van de spoedige totstandkoming van een wereldwijd registratie- en bewakings-systeem van de omgeving van de mens op vervuilde en giftige stoffen in diens omgeving, met inschakeling van de nationaal op dit gebied werkzame laboratoria;
6. krachtige bevordering van het tot stand brengen van internationale regelen op het gebied van de milieuhygiëne.

In Nederland worden thans wettelijke regelen en voorzieningen getroffen op het gebied van de milieuhygiëne. Dr. Kruisinga betoogde, dat dergelijke nationale regelingen noodzakelijk, maar op zich onvoldoende, zijn. Hij stelde, dat er zeker vanuit het gezichtspunt van de kleinere landen geen hoop kan bestaan op effectieve bestrijding van de vervuiling van het milieu, indien hiertoe niet in internationaal kader maatregelen worden getroffen.

In de algemene discussie werd er door Dr. Kruisinga nog eens de nadruk op gelegd, dat wij ons onvoldoende op wereldniveau realiseren, dat jaarlijks 300.000 ton D.D.T. wordt gebruikt. Van de werking van dit middel op de lange duur op de gezondheid van de mens mag men niet zonder meer gerust zijn (zie ook Medisch Contact nr. 8/1970, bladzijde 195). Het is dringend noodzakelijk dit wereldverbruik terug te dringen, aldus het hoofd van de Nederlandse delegatie. Hij waarschuwde tegen het ongecontroleerd gebruik en spuien in de rivieren van zware metalen als kwik, arsenicum en cadmium. Ook deze hebben negatieve invloed op het leven van de mens en zijn milieu. Het gebruik van dergelijke stoffen en de lozing hiervan heeft onder andere het biologisch evenwicht in de Botnische golf beïnvloed. Dr. Kruisinga wees op de invloed die de verspreiding van duizenden tonnen zwaveldioxide in de lucht op den duur moet hebben. Hij wees op de wij-

ziging in de zuurgraad van de Zweedse meren die daar nu waarschijnlijk reeds het gevolg van is. Tijdens de discussie kwam tevens naar voren dat reeds sinds jaren het gehalte aan zware metalen in de rivieren te hoog moet worden geacht. Zo mag worden aangenomen dat maandelijks 8000 kilo kwik, 90.000 kilo arsenicum en 20.000 kilo cadmium via de Rijn worden geloosd.

Dr. Kruisinga pleitte voor versterking van de activiteit van de Wereld Gezondheids Organisatie, die ertoe zal moeten leiden dat paal en perk zal worden gesteld aan de verontreiniging van lucht, water en bodem. Hij wees er voorts op, dat internationale samenwerking niet enkel volstrekt noodzakelijk is voor een effectieve bestrijding van de milieuverontreiniging maar dat ook door samenwerking op tal van gebieden binnen dit terrein een meer efficiënte werkwijze kan worden verkregen. Hij benadrukte voorts de specifieke taak die de Wereld Gezondheids Organisatie krachtens haar statuut en de overeenkomst van de Verenigde Naties met de Wereld Gezondheids Organisatie op dit gebied heeft, welke haar ook thans tot grotere activiteit op dit terrein noopt.

Een kernprobleem waarvoor wij staan ligt volgens de staatssecretaris besloten in de keuze tussen hetgeen economisch aantrekkelijk is en hetgeen op overwegingen met betrekking tot de volksgezondheid moet worden afgewezen: de geïndustrialiseerde landen hebben in hun ongebreideld streven naar economische groei tot dusver te weinig aandacht geschonken aan de schade met betrekking tot het leefklimaat. Voorkomen moet worden, dat toekomstige generaties met een toenemende schaderekening worden geconfronteerd. Staatssecretaris Kruisinga bepleitte met kracht het tot stand komen van een internationale wetgeving op het terrein van de milieuhygiëne. Hij sprak de hoop uit, dat de resolutie die hij namens de Beneluxlanden indiende een begin zal inluiden van een grotere activiteit van de Wereld Gezondheids Organisatie.

Maatschappij-agenda 1970

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

Kort verslag

Kort verslag van de vergadering van het hoofdbestuur der K.N.M.G., gehouden op zaterdag 4 april 1970 in het gebouw van de Maatschappij, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Voorzitter: Dr. L. van der Drift.

De voorzitter opent om 13.30 uur de vergadering.

Na de goedkeuring van de notulen van de vorige H.B.-vergadering wordt enige tijd gediscussieerd over de organisatie van de Algemene Vergadering op 18 april 1970.

Vervolgens richt de voorzitter zich tot de secretaris-generaal, die voor het eerst officieel in functie is in de H.B.-vergadering.

Na een dankwoord van de secretaris-generaal beraadt het hoofdbestuur zich over het rapport van de Commissie Kadercursus. Het hoofdbestuur gaat akkoord met het voorstel van het dagelijks bestuur om dit jaar een herhalingscursus te houden.

Over de evaluatie van de kadercursussen zal de bespreking worden voortgezet in een volgende H.B.-vergadering nadat een en ander eerst nog ter tafel zal komen in de vergadering van het D.B. en de districtsvoorzitters op 28 april 1970.

Het standpunt van het hoofdbestuur terzake van de in het interim-rapport van de Commissie Smal-lenbroek neergelegde suggesties zal worden verwoord in een brief die, na het D.B. te zijn gepasseerd, zal worden gezonden aan de voorzitter van de Commissie.

Hierna wordt enige tijd gediscussieerd over het overleg met het I.O.G. met betrekking tot het contact van de Maatschappij met het I.O.G. en de nascholing.

Het hoofdbestuur besluit om naar aanleiding van een schrijven van een lid van het hoofdbestuur over de opname van psychiatrische patiënten contact op te nemen met de hoofdinspecteur voor de geestelijke volksgezondheid.

Het rapport van de Commissie Bevolkingsvraagstuk wordt daarna in eerste lezing besproken. In de volgende vergadering zal, in aanwezigheid van de Commissie, het rapport verder worden behandeld.

De problematiek van de Regeling en Klapper komt weer aan de orde. Het blijkt dat bestaande tegenstellingen in de meningsvorming over dit onder-

werp wellicht toch gemakkelijker dan het zich liet aanzien kunnen worden overbrugd. Besloten wordt in de Commissie Verstrekkingen naar voren te brengen dat tegen bepaalde, in voornoemde Commissie naar voren gebrachte voorstellen geen overwegende bezwaren bestaan, doch dat men graag zou zien dat de wijze, waarop zal worden aangetoond dat iemand, die de beperkte lijst in ernstige mate overschrijdt, een onderwerp van verdere discussie zal zijn aan de hand van de uit de proefvelden voortgekomen resultaten. Van het resultaat van de besprekingen in de Commissie Verstrekkingen zal het afhangen of men zich nog tot de minister zal wenden.

Het hoofdbestuur beraadt zich vervolgens over de wijze waarop het een positieve bijdrage kan leveren aan het vraagstuk van de kindermishandeling.

Tenslotte besluit het hoofdbestuur aan zijn vertegenwoordiging in de Centrale Raad voor de Volksgezondheid dat deze te kennen zal geven dat het hoofdbestuur positief staat tegenover het advies tot het instellen van het paramedisch beroep chiropodist.

Te ruim 18.00 uur sluit de voorzitter de vergadering.

Nieuwe leden:

H. v. Aarem, Pr. Willem-Alexandersingel 117, Den Helder.
H. H. A. Albada Jelgersma, Rector Buyselstraat 13, Rijen.
T. A. T. M. Bronner, Rijkswijkstraat 282, Amsterdam.
G. Elzinga, Cliostraat 45¹, Amsterdam.
J. A. F. van Erp, Verdiweg 241, Amersfoort.
W. R. Faber, Verdiweg 123, Amersfoort.
W. R. Filet, Mendelssohnlaan 8, Heemstede.
Mej. H. van Gog, Begijnhof 78, Delft.
J. E. F. M. Gommers, Nieuwe Boschstraat 18, Breda.
F. C. Hoekstra, Harddraversweg 12, Joure.
A. C. J. M. Holdrinet, Rechterenstraat 62, Breda.
G. Klaverwijken, Veenbesstraat 676, Soest.
M. Maaskant, Hoofdstraat Oost 14, Uithuizen.
Mevr. M. P. Mansholt-Lindenbergh, Stationsweg 4, Winssum. (Gr.)
Mej. H. A. M. Peek, Stoutenbergstraat 33, Breda.
Mej. T. J. Peetoom, Stationsstraat 6, Sauwerd.
P. W. B. Reddingius, p/a Suralco, P.O. Box 1810, Paramaribo.
W. W. Schermerhorn, Veenbesstraat 352, Soest.
E. G. Schroots, Waalstraat 70¹¹, Amsterdam.
Mevr. L. A. R. A. Simoons-Corman, Rooseveltlaan 164, Bergen op Zoom.
J. A. Slappendel, Stadionplein 77IV, Amsterdam.
J. L. J. Tegels, Hobokenstraat 475, Breda.
J. Terpstra, Anjen 38², Leeuwarden.
Mej. C. P. M. Uijterwaal, Brabantlaan 9, Oosterhout.
H. Wierda, Torenmolen 24, Amsterdam.

Overleden:

A. I. de Hulster, Nr. 266, Benschop.
J. J. Speelman, Heemsteedse Dreef 141, Heemstede.

Jaarverslag over 1969

In de ledenvergadering van 23 november 1968 werden de conclusies van het rapport der Reorganisatie-Commissie met grote meerderheid aanvaard. Het Centraal Bestuur werd verzocht een en ander nader uit te werken. Deze nadere uitwerking is wel te beschouwen als een centraal punt in de werkzaamheden der L.A.D. in 1969, zodat een nadere mededeling hieromtrent primair in dit jaarverslag wordt gesteld.

In een extra ledenvergadering op 3 mei 1969 werd door de voorzitter der commissie mededeling gedaan van de activiteiten van het Hoofdbestuur der Maatschappij bij de directies van het G.A.K. en de G.M.D. de L.A.D. erkend te krijgen als gesprekspartner bij onderhandelingen over salarissen en rechtspositie van de artsen. Tevens werd op het ministerie van Binnenlandse Zaken op ministerieel niveau de mogelijke erkenning der L.A.D. als zelfstandig deelnemer aan onderhandelingen bepleit. Een en ander heeft niet tot het gewenste resultaat geleid. Het Hoofdbestuur heeft toen zijn standpunt bepaald en alle begrip getoond voor een collectieve aansluiting van de L.A.D.-leden bij de C.H.A. respectievelijk de N.C.H.P., door middel van de rechtspersoonlijkheid van de Maatschappij mogelijk te maken. Het reorganisatie-rapport werd gepubliceerd in Medisch Contact no. 11/1969. In de ledenvergadering op 3 mei 1969 werd aangekondigd, dat op korte termijn gesprekken met de C.H.A. en de N.C.H.P. zouden plaats vinden teneinde de aansluiting formeel te voltrekken en eventuele detailpunten te regelen.

In de ledenvergadering van 22 november 1969 is door de voorzitter der Reorganisatie-Commissie aan de hand van een rondgezonden vervolg-rapport verslag uitgebracht omtrent de besprekingen met de C.H.A. en de N.C.H.P. De aansluiting kon daarop plaats vinden aangezien de ledenvergadering met op één na algemene stemmen de concretisering van het in 1968 genomen besluit aanvaardde.

Ook de financiële consequenties van de aansluiting in de vorm van een contributie-verhoging werden goedgekeurd. (Zie notulen der vergaderingen op 3 mei in M.C. no. 38/1969 en op 22 november in M.C. no. 10/1970). Alle L.A.D.-leden zullen een persoonlijk schrijven ontvangen van hun aansluiting bij de C.H.A. of de N.C.H.P. Leden die bezwaren hebben tegen de aansluiting bij een der centrales kunnen uiteraard die bezwaren aan het Centraal Bestuur kenbaar maken. In bepaalde gevallen bestaat een dispensatie-mogelijkheid. De verdere conclusies van het reorganisatie-rapport zullen nader worden uitgewerkt.

De Salaris- en Pensioencommissie stelde de richt-

lijnen voor 1969 vast en haar rapport werd na goedkeuring door het Centraal Bestuur gepubliceerd in M.C. no. 20/1969. De nog steeds voortgaande geldontwaarding maakte een verhoging van de in het rapport genoemde salarisbedragen met 6½% ten opzichte van 1968 noodzakelijk. De commissie houdt bewust de richtlijnen eenvoudig van opzet. Op deze wijze is er in de praktijk ten aanzien van zeer uiteenlopende salaris- en pensioenproblemen goed mee te werken, onder aantekening dat nader overleg met het bureau der L.A.D. in vele gevallen gewenst is.

Als richtlijn geeft het rapport voldoende aanknopingspunten en er wordt in kringen van artsen in dienstverband en hun werkgevers veelvuldig gebruik van gemaakt. Het aantal advertenties waarbij artsen in dienstverband worden gevraagd en waarin toepassing van de L.A.D.-richtlijnen wordt aangekondigd neemt toe. De extra honorering voor de deskundigheid op sociaal-geneeskundig gebied begint op gang te komen. Ook de pensioenregelingen vormen steeds een zeer belangrijk onderdeel bij het aangaan van een arbeidsovereenkomst. Het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds voor artsen in dienst van de Overheid (rijk, provincie, gemeente) voldoet sedert 1 januari 1966 aan praktisch alle eisen voor een goede pensioenregeling.

Verheugend is de tot standkoming van het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen. Het is een bedrijfspensioenfonds voor onder andere alle werknemers in particuliere verplegingsinrichtingen. Deelname in dit fonds is voor genoemde werknemers door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid verplicht gesteld. Hopelijk zullen in een niet te verre toekomst ook de artsen werkzaam bij gesubsidieerde instellingen aan dit fonds kunnen deelnemen.

Op het gebied van pensioenen is samenwerking van de L.A.D. en de L.S.V. noodzakelijk. De L.A.D. is vertegenwoordigd in de Commissie Oudedagsvoorziening Specialisten (C.O.S.). Zoals bekend is zowel de L.S.V. als de L.H.V. intensief bezig met pensioenvoorzieningen voor de vrij gevestigde artsen. Zie onder andere het jaarverslag van de L.S.V. in M.C. no. 13/1970 blz. 311. Met de L.S.V. liggen de raakvlakken bij het grote aantal specialisten in volledig of gedeeltelijk dienstverband. Het is te verwachten dat het aantal curatief werkzame specialisten in gedeeltelijk of volledig dienstverband in de komende jaren zal toenemen onder andere in verband met de affiliatie van niet-academische ziekenhuizen ten behoeve van het onderwijs aan medische studenten.

Reeds vastgestelde pensioenregelingen uit hoofde

van een dienstverband zullen bij gelijktijdige deelname in het pensioenfonds medische specialisten een speciale regeling noodzakelijk maken. Er zijn ten deze reeds voorstellen in behandeling. Hetzelfde geldt uiteraard voor huisartsen in dienstverband, waarvan het aantal nog klein is, doch mogelijk in de toekomst zal vermeerderen.

De salarisproblemen van het wetenschappelijk corps aan de medische faculteiten zijn nog onopgelost. Het interim-rapport van de commissie Smallegenbroek is niet gunstig ontvangen. De voorgestelde dubbele honorering, waarvan een deel buiten het overheidspensioen valt, acht men een onbevredigende situatie. De assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist hebben wensen voor een betere honorering in de laatste jaren van hun opleiding, in verband met de in die jaren stijgende eigen verantwoordelijkheid naar voren gebracht. Het contact met de L.V.A.G. is in het afgelopen jaar weer opgeleefd, waarover het Centraal Bestuur zich verheugt.

Belangrijke besprekingen hadden plaats met de sectie moederschapzorg en kinderhygiëne van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg. Er werd een arbeidsovereenkomst opgesteld en salarisadviezen gegeven met het voornemen te trachten een en ander landelijk te doen aanvaarden.

Met de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (N.V.A.B.) en met de Vereniging van Verzekeringsgeneeskundigen bij het G.A.K. werden besprekingen gevoerd in verband met de toetreding tot de Centrales. Voorts werd een bespreking gevoerd met de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie en de Vereniging van Psychiaters in Dienstverband in verband met hun vertegenwoordiging in de ledenvergadering der L.A.D.

Er is een groot aantal commissies werkzaam, waarin de L.A.D. is vertegenwoordigd. Genoemd worden onder andere:

De H.B.-commissie Organisatie Criterium. Dit is een zeer belangrijke commissie, die moet nagaan of de tegenwoordige indeling in huisartsen, specialisten en artsen in dienstverband nog gehandhaafd kan worden dan wel wijziging behoeft.

De door de L.A.D. en de A.N.V.S.G. ingestelde commissie Geriatrie (niet-bestuursleden). Deze commissie is verzocht haar visie kenbaar te maken op het wezen van de geriatrie en de medische status van de gerieters.

De Commissie „Specialisten in dienstverband” (leden van het C.B.), die de afgevaardigde van de L.A.D. bij de onderhandelingen Maatschappij - Nederlands Ziekenhuis Instituut inzake de rechtspositie van de specialist verbonden aan een ziekenhuis, moet ondersteunen.

De Commissie Personeelsbeleid, waarvan het rapport in de vergadering van 11-12-'69 uitvoerig werd besproken.

De Signaleringscommissie L.A.D./A.N.V.S.G. is actief ten aanzien van sociaal-geneeskundige onderwerpen waarvoor door het H.B. bijzondere aandacht wordt gevraagd.

Over de instelling van een sociaal-geneeskundig bureau (zie conclusie IV van het reorganisatie-rapport) door L.A.D. en A.N.V.S.G. worden de besprekingen voortgezet. Het nut van een dergelijk bureau in de toekomst wordt positief gezien.

De opsomming van commissies, waarin L.A.D.-leden werkzaam zijn is hiermede bepaald niet volledig. Alle commissies, ook de ad hoc gevormde zijn nog werkzaam, zodat resultaten nog niet zijn te vermelden.

Enkele belangrijke rapporten, waarvoor advies van de L.A.D. werd gevraagd, zijn: rapport van de commissie „Taak bedrijfsarts”; rapport van de commissie „Scheiding behandeling en controle”; rapport van de sectie medische aangelegenheden „Universitaire gezondheidszorg”.

In zijn inleiding tot de ledenvergadering d.d. 22 november 1969 heeft de voorzitter, collega P. D. van Leeuwen, behartenswaardige woorden gezegd over de Europese samenwerking van de artsensorganisaties. In de problematiek van de gezondheidszorg blijken de vraagstukken veelal dezelfde te zijn. De maatschappelijke omstandigheden en de bestaande regelingen zijn dikwijls verschillend, zodat de oplossingen van vraagstukken nogal uiteenlopende visies vertonen. Wij groeien naar grotere leefgemeenschappen, in het bijzonder van de Europese gemeenschap. Het is belangrijk hiervan niet alleen kennis te nemen, maar gezamenlijk naar de toekomst kijkend, ook tot gezamenlijke oplossingen te komen. De contacten tussen de Europese artsensorganisaties zijn de laatste tien jaar zeer gegroeid en vooral in het Permanent Comité der Artsen in de E.E.G. heeft dit geleid tot gemeenschappelijke standpunten ten aanzien van opleidings- en erkenningsvragen, ook ten aanzien van de voorwaarden waarop een optimale beroepsuitoefening mogelijk is. Moeilijker is om dit in de praktijk te effectueren. Die moeilijkheden doen overigens geenszins af aan de plicht van de artsensorganisaties om de grote problemen op het gebied van de volksgezondheid met het oog op deze toekomstige onvermijdelijke ontwikkelingen onder ogen te zien en te trachten een belangrijke bijdrage te leveren voor de oplossing. Men zal daarbij wat de maatschappelijke zijde betreft, allereerst rekening moeten houden met Europese maatstaven. Allerlei zaken zoals de publiek-rechtelijke beroepsorganisatie en voor ons speciaal de sociale geneeskunde en de beroepsuitoefening in dienstverband zullen in een ander licht komen te staan en tot aanpassing of nieuwe initiatieven dwingen.

Terugkomend op het Permanent Comité staat vast dat de afsluiting van een belangrijke fase nabij is. De Europese commissie heeft voorstellen ingediend voor richtlijnen betreffende de verwezenlijking van het recht van vrije vestiging en het vrij verrichten van diensten van de anders dan in loondienst verrichte werkzaamheden van de arts. Helaas vallen daaronder dus niet werkzaamheden en diensten „in loondienst” verricht. Er dreigt daardoor een scheiding te ontstaan in de Europese artsenwereld ten

aanzien van vrije vestiging en circulatie. Onbevredigend is ook dat de erkenning van het specialisme bedrijfsgeneeskunde bij de klinische specialismen is opgenomen met een minimum full-time opleiding van één jaar. Het Permanent Comité zal nu zijn acties richten op de beïnvloeding van eigen regeringen die in de Europese Ministerraad de beslissingen treffen. Onze aansluiting bij de *Fédération Européenne des Médecins de Collectivités* is nu een realiteit en de activiteiten in deze federatie zullen waarschijnlijk voor een deel de plaats innemen van die van het Permanent Comité.

Er is nationaal, maar ook internationaal, een duidelijke ontwikkeling naar grotere activiteiten van huisartsen, specialisten en artsen in dienstverband te zien. De overkoepelende artsenorganisaties, zoals onze Koninklijke Maatschappij, zien zich daardoor voor het vraagstuk gesteld hoe de eenheid te bewaren. Voorwaar een opgave die er niet gemakkelijker op wordt. De L.A.D. is behalve in de *Fédération* en het Permanent Comité ook vertegenwoordigd in drie werkgroepen: de werkgroep bedrijfsartsen, de werkgroep artsen in dienstverband en de werkgroep ziekenhuisartsen.

Uiteraard was in 1969 ook zeer belangrijk de verhuizing van de Maatschappij en daarmee van het bureau der L.A.D. naar het nieuwe gebouw in Utrecht. Deze verhuizing bracht door ziekte van de 2e secretaresse, het in feite nog niet voor ontvangst gereed zijnde gebouw, alsmede de spoedig blijken- de onvoldoende warmtewering in de voor de L.A.D. bestemde vertrekken, nogal zorgen en moeilijkheden mede. Behalve wat betreft de warmtewering (permanent onvoldoende) werden de moeilijkheden spoedig overwonnen.

Mr. J. J. Witteveen trad in september 1969 als jurist op het bureau in functie, om per 1 januari 1970 als directeur van het bureau Dr. S. G. van der Meulen op te volgen. Dr. S. G. van der Meulen blijft als medisch adviseur van het Centraal Bestuur met beperkte werktijd aan het bureau verbonden. De 2e secretaresse, mevrouw A. Pabbruwe-Hamelink verliet in verband met haar huwelijk de L.A.D. Mej. J. Bruins werd in haar plaats als tweede secretaresse aangesteld.

Er wordt op het bureau veel werk verzet. Het voorbereiden en uitwerken van de vergaderingen van het Centraal Bestuur, de Gedelegeerden, de Ledenvergaderingen en de talrijke bijeenkomsten van commissies is een der belangrijke taken. Daarnaast zijn er talrijke brieven te beantwoorden en een zeer groot aantal telefonische informaties te verwerken. Bezoeken van artsen met zeer uiteenlopende vraagstellingen en problemen leveren soms veel stof tot nadenken op. Ontslagkwesties betreffen altijd onaangename, soms trieste gevallen. Adviezen voor arbeidsovereenkomsten met salaris- en pensioenregelingen worden zeer veelvuldig gegeven. Genoemde taken zijn niet nieuw, maar de indruk is dat met het gecompliceerder worden van de problematiek, de aanpak intensiever moet zijn. Het bijhouden van het kaartstelsel vraagt ook veel tijd en is een onbe-

vredigend werk. Het kaartstelsel is namelijk onvoldoende toegankelijk. De tijd is rijp voor het werken met een computer, waartoe de Maatschappij thans gelukkig voorbereidingen treft.

In het bovenstaande is een en ander in feitelijke en beschouwende vorm over het doen en laten van de L.A.D. in 1969 gememoreerd. Het is niet mogelijk alles wat ter tafel komt in de vergaderingen van het Centraal Bestuur, van Gedelegeerden, van L.A.D.-commissies en bij de vertegenwoordiging in andere besturen H.B., L.H.V., L.S.V., R.M.B.A., A.N.V.S.G., V.M.W.O., L.V.A.G., O.L.M.A. en in vergaderingen op internationaal gebied in een jaarverslag uitvoerig te bespreken.

Als publikaties in Medisch Contact memoreren wij: de korte verslagen van de Centraal Bestuursvergaderingen, het rapport van de Salaris- en Pensioencommissie, het jaarverslag van de secretaris. Verder wordt verwezen naar de bijlage, waarin alle publikaties met de desbetreffende M.C.-nummers worden vermeld.

Er hadden in 1969 zes vergaderingen van het Centraal Bestuur plaats en wel op 17 januari, 28 februari, 28 april, 13 juni, 12 september en 14 november. De Gedelegeerden kwamen ook zesmaal bijeen en wel op 6 februari, 27 maart, 14 mei, 21 augustus, 9 oktober en 11 december.

Er werden 2 ledenvergaderingen gehouden, namelijk op 3 mei en op 22 november.

Op 3 mei werden de richtlijnen voor salarissen en pensioenregelingen voor 1969 goedgekeurd en de stand van zaken met betrekking tot het reorganisatie-rapport besproken. Tevens werd voorzien in de vacatures in het Centraal Bestuur, ontstaan door het tussentijds aftreden van collega H. J. Steenge (per 1-1-1969) en van collega J. Diepersloot (per 1-9-1969). In de vacature Steenge werd gekozen collega E. van Luyt, hoofd van de bedrijfsgeneeskundige dienst van de G.G. en G.D. te 's-Gravenhage. In de vacature Diepersloot werd gekozen collega E. van Leer, internist, chef de clinique in het academisch-ziekenhuis Dijkzigt te Rotterdam.

In de ledenvergadering van 22 november werden het jaarverslag van de secretaris over 1968 en de rekening en verantwoording van de penningmeester over 1968 goedgekeurd.

De begroting voor 1970 toonde een belangrijk hoger eindbedrag in verband met de noodzakelijke uitgaven ten behoeve van het lidmaatschap van de C.H.A. en de N.C.H.P. Het juiste bedrag van de vergoeding aan de Maatschappij voor kamerhuur en algemene omslagkosten was in augustus 1969 nog niet bekend. Daarom werd het bedrag genoemd in de begroting voor 1969 gehandhaafd. Nadien is gebleken dat het opgebrachte bedrag te laag is, mede als gevolg van het feit dat de door de L.A.D. voor de A.N.V.S.G. gehuurde kamer nog niet in gebruik is genomen. In verband met de hogere uitgaven werd voorgesteld de contributie-grondslag te verhogen van f 24,— op f 44,—. Dit voorstel werd aangenomen evenals de begroting voor 1970 in zijn geheel.

Aan de beurt van aftreden waren de Centraal Be-

stuursleden J. H. van Dalen en Dr. F. A. Nelemans. Deze collegae werden bij acclamatie herkozen. Tussentijds traden af de collegae P. D. van Leeuwen en G. Houwink. Tot nieuwe bestuursleden werden verkozen collega J. J. R. Buirma, directeur G.G.D. te Apeldoorn en collega K. Visser, geneesheer-directeur van de psychiatrische inrichting „Licht en Kracht” en „Port Natal” te Assen. Het bestuur werd uitgebreid met een lid en wel met collega E. van de Weg, directeur van de Stichting Seminarium voor praktische gezondheidszorg te Utrecht.

In dit verslag dient te worden gememoreerd, dat de aftredende voorzitter collega P. D. van Leeuwen, achttien jaren bestuurslid was, waarvan de laatste vijf jaar als voorzitter. De L.A.D. heeft zeer veel aan Van Leeuwen te danken, een groot stuk prestige heeft hij voor onze vereniging opgebouwd. Met algemene instemming van de ledenvergadering werd Van Leeuwen tot erelid van de L.A.D. benoemd. Een zeer verdiend erelidmaatschap. Ofschoon niet tot dit jaarverslag behorende vermelden wij hier toch, dat de voorzitter van de Maatschappij in januari 1970 de zilveren medaille der Maatschappij aan P. D. van Leeuwen heeft overhandigd in verband met zijn grote verdiensten bij het behartigen, op vele manieren, van de belangen der Maatschappij. Als opvolger van Van Leeuwen werd met algemene instemming der ledenvergadering tot voorzitter benoemd collega H. Voorzanger, voordien onder-voorzitter van het Centraal Bestuur.

De samenstelling van het Centraal Bestuur was per 1-1-1969 als volgt: P. D. van Leeuwen, voorzitter; H. Voorzanger, onder-voorzitter; Dr. S. G. van der Meulen, secretaris; J. Diepersloot, penningmeester; W. C. de Boer; J. H. van Dalen; Dr. B. van Dijk; G. Houwink; Dr. C. K. J. Kaaijk; J. J. H. Lammerits van Bueren; Dr. F. A. Nelemans; H. J. Steenge; Prof. Dr. W. Storm van Leeuwen (plv. Prof. Dr. A. Kemp). H. J. Steenge werd in de loop van het jaar vervangen door E. van Luyt en J. Diepersloot door E. van Leer. Juridisch adviseur Mr. J. C. Weisz.

Als adviserende leden in het Centraal Bestuur der L.A.D. traden in 1969 op: voor het H.B.: Dr. J. A. Dallmeyer; voor de L.H.V.: H. J. A. Waardenburg (later vervangen door Th. N. J. Weterman); voor de L.S.V.: J. C. Mann; voor de A.N.V.S.G.: Prof. Dr. L. Burema; (plv. Dr. C. F. Brenkman); voor de L.V.A.G.: C. W. M. van Veelen.

De Salaris- en Pensioencommissie was als volgt samengesteld: J. Diepersloot, voorzitter (later vervangen door J. H. van Dalen), H. van der Houwen, M. C. de Haan, E. van Luyt, Dr. C. K. J. Kaaijk.

De Reorganisatie-Commissie werd gevormd door: H. Voorzanger, voorzitter, Dr. S. G. van der Meulen, G. Houwink, Dr. F. J. Brenkman, C. van Luyt en Dr. F. A. Nelemans.

Voor de namen van vertegenwoordigers der L.A.D. in vele besturen en commissies moge worden verwezen naar de ledenlijst der Maatschappij.

De bezetting van het Bureau bestond in 1969 uit:

Dr. S. G. van der Meulen, arts na 1 september 1969
Mr. J. J. Witteveen, mevrouw W. J. E. van Eijkern-Schrikkel, mevrouw J. J. Pabbruwe-Hamelink tot 1 september 1969 en na 1 september 1969 mej. J. Bruins.

Het aantal ontvangen stukken bedroeg in 1969: 616, het aantal verzonden stukken 658 en het aantal stencils 160. Het ledenregister werd in januari 1970 in twee delen gesplitst, namelijk in de leden die werden aangesloten bij de C.H.A. en zij die werden aangesloten bij de N.C.H.P.

Het totaal aantal leden bedroeg per 1-1-1970 ± 3.750 (per 1-1-1969 3.683) en 886 assistent-geneeskundigen (per 1-1-1969: 779). De opgave van het aantal leden per groep is thans niet goed mogelijk in verband met de bovengenoemde splitsing van het ledenbestand in twee delen en de grote hoeveelheid werk die een nadere splitsing zou meebrengen. Wij zien met verlangen uit naar het gebruik van een computer.

Het lijstje van publikaties in Medisch Contact wordt als bijlage vermeld.

Dr. S. G. van der Meulen,
secretaris L.A.D. 1969

Bijlage

Publikaties van de L.A.D. in Medisch Contact 1969

nr. 6 (7 februari 1969): Kort verslag C.B.-vergadering d.d. 8 november 1968.

nr. 8 (21 februari 1969): Enkele aspecten van de algemene militaire pensioenwet ten behoeve van de reserve-officier-arts.

nr. 11 (14 maart 1969): Agenda extra ledenvergadering op 3 mei 1969. Rapport van de Reorganisatie-commissie L.A.D.

nr. 12 (21 maart 1969): Kort Verslag van de C.B.-vergadering d.d. 17 januari 1969.

nr. 13 (28 maart 1969): Notulen ledenvergadering L.A.D. op 23 november 1968.

nr. 15 (11 april 1969): Aansporing voor artsen in dienstverband tot het inwinnen van advies van het Bureau L.A.D. Kandidaatstelling bestuursvacature L.A.D.

nr. 20 (16 mei 1969): Redactioneel verslag van de ledenvergadering op 3 mei 1969. Richtlijnen voor het vaststellen van salarissen en pensioenen van artsen in dienstverband per 1 januari 1969. Kort Verslag C.B.-vergadering op 28 februari 1969.

nr. 29 (18 juli 1969): Jaarverslag van het C.B. L.A.D. over 1968.

nr. 38 (19 september 1969): Notulen ledenvergadering op 3 mei 1969.

nr. 39 (26 september 1969): Kort Verslag C.B.-vergadering op 13 juli 1969.

nr. 41 (10 oktober 1969): Agenda ledenvergadering op 22 november 1969. Balans, staat van baten en lasten en toelichting van de penningmeester.

nr. 43 (24 oktober 1969): Aanvulling voor de agenda ledenvergadering op 22 november 1969.

nr. 48 (28 november 1969): Kort Verslag C.B.-vergadering d.d. 12 september 1969. Redactioneel verslag ledenvergadering d.d. 22 november 1969.

nr. 50 (12 december 1969): Samenstelling hoofdbestuur L.V.A.G.

Promoties:

J. Bender promoveerde aan de Medische Faculteit Rotterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De oefenstabiele onderbeensosteosynthese”. Promotor was Prof. Dr. H. Muller.

A. V. G. Brusckhe te Utrecht promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „The diagnostic significance of the coronary arteriogram”, a study on its value in relation to other diagnostic methods. Promotor was Prof. Dr. J. Nieveen. Co-referent Prof. Dr. J. R. Blickman.

F. J. M. Gabreëls promoveerde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De invloed van phenytoïne op de Purkinje-cel van de rat”. Promoteres waren Prof. Dr. J. J. G. Prick en Prof. Dr. Chr. Jerusalem.

A. K. Ray te Leiden promoveerde aan de Universiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Genetics of haptoglobin: a study at family and population level with reference to ahaptoglobinemias”. Promotor was Prof. Dr. M. Siniscalco.

D. Spoelstra te Amsterdam promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Dr. Antonius Mathijssen, uitvinder van het gipsverband, 1805-1878”, leven en werken van een Nederlandse officier van gezondheid met als achtergrond de militair geneeskundige dienst in zijn tijd. Promotor was Prof. R. Hornstra.

Benoemingen:

Dr. R. B. Epstein (Washington) is benoemd tot

Mededeling van het Centraal Bestuur der L.A.D.

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

buitengewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit te Leiden om onderwijs te geven in de transplantatie-immunologie.

Dr. G. R. Fraser (Washington) is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit te Leiden om onderwijs te geven in de anthropogenetica.

Dr. A. H. Klokke, thans wetenschappelijk hoofdmedewerker aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de dermatologie.

Dr. J. H. M. van Tongeren is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Katholieke Universiteit Nijmegen om onderwijs te geven in de inwendige geneeskunde, in het bijzonder de gastro-enterologie.

Dr. D. Zuithoff te Zeist, is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de orthopedagogiek.

MC | UIT DE AFDELINGEN

Voordrachten

Op de agenda's voor de afdelingsvergaderingen werden de volgende voordrachten vermeld:

Alphen en Omstreken: Dr. A. Zwaveling, lector in de klinische oncologie, onderwerp: „Kanker-chemotherapie bij solide tumoren”.

Apeldoorn en Omstreken: Prof. Dr. J. J. G. Prick, hoogleraar in de psychiatrie, onderwerp: „Enkele aspecten van het menselijk verouderen”.

Deventer en Omstreken: Prof. Dr. W. R. O. Goslings, onderwerp: „Asymptomatische urineweginfecties”.

Emmeloord en Omstreken: H. J. Krauweel, onderwerp: „Soft drugs en hun sociaal-medische problematiek”.

Gooi- en Eemland: Dr. Th. van Erp, onderwerp: „Alcoholisme, praktische consequenties van een vereenvoudigd model”.

Groningen en Omstreken: Dr. R. Frant, bedrijfsarts, onderwerp: „Enkele aspecten van de bedrijfs-geneeskunde”.

Heerenveen en Omstreken: Dr. M. F. Korver, internist, onderwerp: „Osteoporose”.

Oude IJssel: Prof. Dr. D. J. de Levita, hoogleraar in de kinderpsychiatrie, onderwerp: „Medisch-psychologische aspecten van de opgroeiende jeugd”.

Wageningen en Omstreken: H. J. Krauweel, onderwerp: „Drugs en druggebruik”.

Zaanland: Dr. A. C. Drogendijk Jr., onderwerp: „Sol in utero”.

Geneeskundige Kring Zutphen van 1845: J. C. Flohil, onderwerp: „Hooft vaatopspuiting thuis in het diagnostisch arsenaal van het perifere ziekenhuis?”

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

ARTSENVERZET

„Overall in den lande hebben dezer dagen redacties aandacht gewijd aan wat er 25 jaar geleden is gebeurd. Men kan over de betekenis van deze herdenking misschien verschillend oordelen, maar toch moet het mij van het hart dat het mij zeer heeft verbaasd dat in het weekblad der Maatschappij, dat zijn naam meen ik te danken heeft aan het Artsenverzet, met geen woord over deze zaken is gerept. Ik hoop dat er alsnog iets aan kan worden gedaan.

Niewendam, 12 mei 1970

E. Wennen, arts

Naschrift: Juist omdat het weekblad der Maatschappij zijn naam dankt aan het artsenverzet, werd in het nummer van 30 januari i.l. blz. 95 e.v. een uitvoerige, geïllustreerde beschouwing gewijd aan het verschijnen in 1945 van het eerste nummer van „Medisch Contact” voor het bevrijde Nederlandse gebied.” — Red. M.C.

VERKOOP ARTSENPRAKTIJK

De beschouwing van Prof. Mr. J. M. M. Maeijer over de verkoop van een artspraktijk door de curator in een faillissement (M.C. nr. 20/1970, blz. 531) kan mij niet bevredigen. De band tussen huisarts en patiënt is een vertrouwensrelatie. Dat wat men „goodwill” van de praktijk noemt, is niets anders dan de som van de vertrouwensrelaties, die bestaan tussen de huisarts en elk van zijn patiënten. Het feit, dat de schulden van Zorggraag zijn bezittingen overtroffen, behoeft deze vertrouwensrelatie niet te schaden en heeft deze dan ook blijkbaar niet geschaad. Er is daarom voor hem geen reden, zijn praktijkuitoefening in x te beëindigen. Een vertrouwensrelatie leent zich nu eenmaal niet voor inbeslagname en, al of niet openbare, verkoop door derden. Wat betreft Trouwborst ligt de zaak mijns inziens ook anders dan Prof. Maeijer stelt. Trouwborst wist, of had althans kunnen weten, dat Zorggraag zijn geneeskundige diensten aan de inwoners van x wilde voortzetten en dat deze inwoners dit ook wensten. Gebruik makend van de financiële moeilijkheden van Zorggraag heeft hij getracht zich via de curator van de „goodwill”

meester te maken. Trouwborst schaadt hierdoor het vertrouwen in de geneeskundige stand, zodat Zorggraag een klacht tegen hem zou kunnen indienen bij het Medisch Tuchtcollege. In aanmerking nemend, dat deze collega pas is afgestudeerd en blijkbaar maatschappelijk nog onervaren, zal dit college mogelijk een waarschuwing voldoende achten.

Rotterdam, 19 mei 1970

A. W. Herweijer, arts

MOEILIJKE MAAR LEGITIEME VRAGEN (V)

Hiermede wil ik (als niet-medicus) gaarne aanknopen aan de laatste zin van het ingezonden stuk van de arts F. W. A. van Asbeck, in uw orgaan van 1 mei j.l. Uit deze ontboezeming zou men kunnen opmaken, dat de heer Van Asbeck mededogen met assurauteurs had, totdat de door hem als „K.L.O.Z.-Heer” betitelde heer Zeven tot publikaties overging, welke blijkbaar het misnoegen van de heer Van Asbeck hebben opgewekt.

Nu weet ik niet op welke publikaties hier wordt gedoeld, doch naar het voorkomt is dat ook van weinig importantie, omdat geen enkele verzekeraar behoefte heeft aan het mededogen van de heer Van Asbeck of van zijn collega's. Niet de verzekeraar brengt de verzekeringspremie op, doch de verzekeren gezamenlijk en deze premie-opbrengst moet voldoende zijn om de gezamenlijk gemaakte kosten te dekken. Wanneer dat niet het geval is, zoals dit sinds 1960 jaarlijks is gebleken, dient de premie te worden verhoogd en wordt dus de verzekerde c.q. de patiënt, zwaarder belast.

Dat het niet om kleine aanpassingen gaat, moge blijken uit het feit, dat de premie van de instelling, welke door mij wordt vertegenwoordigd, van 1965 op 1970 met 125% moest stijgen. Als er dan ook van mededogen sprake zou moeten zijn, dient zich dit, gepast of ongepast, te richten op de patiënt, inclusief de verzekeringsgemeenschap waartoe deze behoort. Het is deze patiënt met zijn medeverzekerden die, letterlijk en figuurlijk, het kind van de rekening zijn en die, zonder enige compensatie, in feite datgene opbrengen, dat de hardwerkende of dure arts weer naar de lachende derde — met name de fiscus — moet doorstoten. Dat dit geld dan de gemeenschap ten goede komt, is voor betrokkenen maar een schrale troost.

Arnhem, 14 mei 1970

Dr. J. C. Noorlander,
directeur OHRA

BRIEVEN

In uw tijdschrift houdt aflevering 70/17 een paar artikelen in op bladzijde 425-428, die pleiten voor afschaffing van de strafbepalingen inzake abortus provocatus. De schrijver van het eerste artikel houdt wel (in het midden van zijn betoog) dat het afbreken, zonder noodzaak, de ernstigste ontheiliging is van de heiligheid van het leven, niettemin oordeelt hij, dat de strafwet moet verdwijnen en om dit te bewijzen, zet hij de volgende stelling op: De gemeenschap is de drager van de verantwoordelijkheid (voor de menselijke daden) en die gemeenschap regeert via haar instrument: De wetgever. Welnu die gemeenschap neemt aan, dat er veel meer redenen kunnen zijn om abortus provocatus toe te laten, dan alleen het behoud van de moeder. Dus, zo zou de conclusie moeten zijn: Moet de regering meer excuses laten gelden. De schrijver echter trekt een wijdere conclusie dan de praemissen toelaten en zegt: Dus schaf de gehele strafwet af. Zeker een onjuiste manier van concluderen. En overigens wie zal — behalve zekere filosofen — de theorie van het gezag van de gemeenschap (50% + 1) ernstig nemen. Het komt neer op: Sluit je aan bij de grote menigte, ook als deze naar de afgrond holt.

Verder zegt de schrijver: Afschaffing van de strafwet betekent alleen dat de noodzaak (van die wet) niet meer te objectiveren (bewijzen) is. Ik antwoord: Het is noodzakelijk, dat de wetgever doet, wat mogelijk is om het kwaad tegen te gaan of althans de uitbreiding tegen te houden. En dat de strafwet daartoe kan bijdragen blijkt wel uit de vrees bij sommige gynaecologen met de wet in conflict te komen. Maar vooral ook dit: Alleen al de gedachte, dat er een strafwet bestaat op dit gebied is een ding van belang voor menings- en gewetensvorming. De gewone man denkt en zegt: Zelfs het Rijk straft zulke dingen.

De schrijver spreekt verder met grote nadruk er over, dat de beslissing over abortus provocatus geheel aan de vrouw en de man moet zijn en dat deskundigen alleen raad kunnen geven, akkoord, mits de vrouw en de man en de raadgevers zich houden aan het gebod: Gij zult niet doden en dat dus de raadsman moet aanraden niet tot abortus provocatus over te gaan. Dat is voor de medicus de juiste Koninklijke weg, die hij moet gaan, al zou het hem een goede klant kosten.

De tweede schrijver geeft eerst een „goedmoedig” spottend relaas over de manier, waarop men de abortus provocatus voor zich tracht goed te pra-

ten, een relaas, waaruit men zou afleiden dat hij deze in zijn hart verafschuwt. Maar dan komt het tweede bedrijf: Mensen, de abortus provocatus begint zijn zegetocht, die niet meer te stuiten is. De ontwikkeling gaat in de richting van grote toename. Binnenkort zal men de schouders ophalen voor conservatieve medici. Derhalve... vrijwilligers aanwerven, die geen morele bezwaren hebben. Zij behoeven geen medicus te zijn, maar behoren tot een paramedische sector, zij moeten in korte tijd de ingreep leren, opleiding onder Rijkstoezicht. En geef hun de stichtende Engelse naam van wombleaners. Treuzel met dit alles niet - er is haast bij!

Ik sta toch wel verbaasd over de haast en zorg om bij te blijven in dit soort wedloop. Me dunkt, dokter, u moet toch inzien dat dit alles voor de „dolle mina's" en andere mina's een soort aanmoediging bevat of althans geruststelling bij het seksuele verkeer. Waar gaan we heen? Toen het Christendom langzaam de wereld ging veroveren betekende dit onder meer dat er eerbied kwam voor het leven, dit is de onsterfelijke wet. En moeten wij nu teruggaan naar wat Rome in de vervaltijd te zien gaf. Het zal nooit lukken het doden van een mens goed te praten, zelfs niet als men er een ander mens mee wil redden. Het goede doel kan het slechte middel niet rechtvaardigen. Eerbied voor de minister als hij de minister, dit is de dienaar, zal blijven te zijn van het behoud der goede zeden.

Herwen, 15 mei 1970

J. M. van Schaik,
Em. pastoor

MC | VARIA

„The anatomical exploration of the human hand" is de naam van een tentoonstelling in het anatomisch-embryologisch laboratorium, Wassenaarseweg 62 te Leiden. De expositie, die is gebaseerd op een uitgebreid onderzoek van foetale series en microdissecties, is voor belangstellenden geopend op werkdagen in de maanden mei en juni van dit jaar; na aanvraag is bezoek op zaterdag mogelijk.

Het Belgische ministerie van Volksgezondheid en van het Gezin heeft een

studie gepubliceerd, met als titel: „Kenniss, gebruik en effectiviteit van anticonceptie in België". Het ministerie komt tot de slotsom, dat de kennis van de Belgen over de anticonceptie zeer veel te wensen overlaat. De studie wijst uit, dat België wat het gebruik van voorbehoedmiddelen aangaat één van de meest achterlijke landen van het Westen is. In België past nog meer dan de helft van de bevolking coïtus interruptus toe. Bijna 30% van de echtparen pleegt periodieke onthouding volgens de „kalendermethode". Meer dan 10% kent geen ander middel dan irrigatie, terwijl de pil door nauwelijks eentiende wordt gebruikt. Verder gebruikt nog geen 8% het condoom; de overige voorbehoedmiddelen spelen nauwelijks een rol. Overigens is het bij onze zuiderburen nog altijd wettelijk verboden de verkoop van voorbehoedmiddelen op enigerlei wijze aan te prijzen of anderszins reclame te maken voor het gebruik van anticonceptionalia.

De ontwikkelde gebieden van de wereld zijn de enige waar de bevolkingsgroei en de verbetering van de gezondheidszorg voldoende gelijke tred houden. In de ontwikkelingslanden houdt de gezondheidszorg de bevolkingstoename niet bij; vooral de kinderen zijn hiervan de dupe. Dit valt af te leiden uit het 4e Rapport over de wereldgezondheidssituatie, 1965-1968, dat in de loop van dit jaar door de WHO zal worden uitgebracht. Het rapport analyseert het verloop van de wereldbevolking in de jaren 1960-1968 en gaat de invloed na van het bevolkingsverloop op gezondheidszorg, ziekte en sociaal-hygiënische omstandigheden. Een aantal bevindingen uit het rapport werd op de onlangs in Genève gehouden Wereld Gezondheids Vergadering bekend gemaakt. Tussen 1960 en 1968 nam de wereldbevolking met 404,7 miljoen zielen toe. Het kindertal steeg met 141 miljoen, waarvan waarschijnlijk 90% voor rekening van de ontwikkelingslanden komt. Het aantal ouderen boven de 65 nam met 32,3 miljoen toe. Iets meer dan de helft van die toename werd geregistreerd in Europa en Noord-Afrika, gebieden die vergrijzen met een tempo van 2 miljoen zielen per jaar. In 1960 waren er op de wereld 9.961.000 ziekenhuisbedden, 1 bed per 230 inwoners. In 1967 bedroeg het aantal ziekenhuisbedden 11.788.000, oftewel 1 bed per 220 inwoners. Door de aanmelding van nieuwe lidstaten bij de Wereld Ge-

zondheids Organisatie omvat het verzorgingsgebied van de organisatie ieder jaar omstreeks 50 miljoen patiënten meer.

Op vragen van het Tweede Kamerlid mevrouw Veder-Smit (V.V.D.) betreffende pensioenvoorziening van hen, die in de maatschappelijke gezondheidszorg werkzaam zijn, heeft de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid geantwoord dat door de totstandkoming van het Pensioenfonds Gezondheidszorg Geestelijke en Maatschappelijke Belangen, die een verbetering inhoudt voor het verplegend personeel werkzaam in inrichtingen voor gezondheidszorg, een discrepantie is ontstaan ten aanzien van de pensioenvoorziening van de verpleegkundigen in de extra-murale gezondheidszorg. Van de zijde van met name de kruisorganisaties wordt dan ook gesteld dat dit niet zal nalaten invloed uit te oefenen op de positie van de verpleegkundigen in de maatschappelijke gezondheidszorg, de minister en de staatssecretaris hebben reeds met de organisaties van verplegenden, met de bonden van overheidsperoneel en met de Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen overleg gepleegd over de problematiek van een verbetering van pensioenvoorzieningen van verpleegkundig personeel in de maatschappelijke gezondheidszorg. Als vervolg daarop vindt op dit moment overleg plaats om te komen tot concrete voorstellen voor verpleegkundigen in de extra-murale gezondheidszorg.

De nieuwbouw van ziekenhuizen in de Verenigde Staten wordt geregeld bij de Hospital Survey and Contruction Act of 1946. Deze wet riep een fonds in het leven, waaruit de federale overheid kon putten voor bijdragen aan nieuwbouwprojecten. De grootte van deze bijdragen varieert van 30-60% van de bouwsom. In het kader van het nieuwe programma, naar de wetsindieners het Hill-Burton-programma genoemd, werd van 1946 tot 1964 voor ruim anderhalf miljard dollar in ruim 7.400 projecten deelgenomen. Het aantal ziekenhuisbedden werd in die jaren systematisch uitgebreid, waarbij een goede spreiding vooropstond. Allengs is het programma verbreed. Thans wordt tevens het medisch onderzoekwerk financieel gesteund en worden ook voor de bouw

van rehabilitatiecentra en sanatoria gelden beschikbaar gesteld. Sinds 1958 bestaat de mogelijkheid, in aanmerking komende projecten te financieren met langlopende leningen, in plaats van met bijdragen à fonds perdu. De laatste jaren is het programma qua opzet veranderd. De in 1964 van kracht geworden wetwijziging voorziet in een vijfjaren-programma, waarbij de nadruk is verlegd van de bouw naar de vernieuwing en de vervanging van de bestaande medische inrichtingen.



Een kind dat gedurende zijn eerste levensjaren honger lijdt, raakt in zijn geestelijke ontwikkeling gestoord. Dit blijkt uit een onderzoek onder negerkinderen, dat werd verricht door Dr. Jack Geiger van de State University School of Medicine, aldus bericht AP. Reeds een ondervoed kind van drie jaar ligt wat betreft zijn geestelijke vermogens achter bij soortgenootjes die een beter leven hebben gekend. Dit gaat zelfs op, indien het kind in aanleg mentaal beter was toegerust. Als remedie tegen deze verspilling van menselijke talenten is het geven van wat meer eten aan de armen maar een lapmiddel, zegt Dr. Geiger. Peuters die in armoede zijn opgegroeid, moeten door speelgoed en boeken worden gestimuleerd. De armoede zelf kan alleen aan de wortel worden bestreden.



Volgens de Zwitserse arts Chr. Rohrer heeft lawaai een vroegtijdige en soms zeer ernstige slijtage van het menselijk circulatiesysteem tot gevolg. Hij is van mening, dat de beslissing over de mate waarin lawaai wordt geproduceerd niet meer aan de luchtvaartmaatschappijen en de industrie kan worden overgelaten. Geluidshinder zou zijns inziens onder controle moeten komen van de Wereld Gezondheids Organisatie. De Zwitser was één van de veertig sprekers op het internationale congres „Noise 2000” te Groningen. Hij stelde op grond van een veeljarige ervaring, opgedaan in zijn dokterspraktijk in het bulderbaan-gebied van het Züricher vliegveld Kloten, vast, dat langdurig lawaai de kans op een hartinfarct kan vergroten; ook de kans op aortasclerose zou er door toenemen. Daarnaast stimuleert geluidshinder een vernauwing van de bloedvaten en verkleint hij het volume van de hartslag.

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 opgaaf van redenen worden geweigerd.

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

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

Oplage: 16.260 exemplaren.

Druk: 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.

Ondersteuningsfondsen voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021