



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

ONBEVREDIGENDE TUSSENWEG

Het Economisch en Sociaal Comité van de Europese Economische Gemeenschap heeft indertijd de Brusselse Commissie geadviseerd in haar voorstel voor richtlijnen voor de Europese opticiërs aan deze opticiërs de bevoegdheid te verlenen bij alle personen, ongeacht hun leeftijd, refractie bepalingen te doen. Tegen dit ad-

vies is, toen het langs informele wegen bekend werd, protest aangetekend onder meer van de zijde van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap, de Franse oogartsen en ook het Permanent Comité van Artsen der E.E.G. heeft, tijdens een zitting in Luxemburg ten vorige jare, in een motie zijn afkeuring over dit advies uitgesproken. De Brusselse Commissie, gehouden bij het ontwerpen van voorstellen voor richtlijnen het Economisch en Sociaal Comité te raadplegen, heeft dit advies niet overgenomen. Haar definitieve voorstel is in behandeling gekomen in de 5 juli l.l. gehouden zitting van het Europees Parlement en daarin wordt gesteld de bevoegdheid te verlenen aan de opticiërs objectief en subjectief onderzoek van het gezichtsvermogen te verrichten, waarbij echter voor personen onder zestien jaar alsmede voor het aanpassen van contactlenzen een doktersvoorschrift is vereist, dat niet ouder is dan zes maanden.

Het Europees Parlement heeft in zijn resolutie met betrekking tot dit voorstel voor richtlijnen voor de opticiërs enkele tekstwijzigingen aangebracht. Waar in het voorstel wordt gesproken van „deze werkzaamheden” van de opticiërs is deze tekst gepreciseerd in „werkzaamheden, alleen betrekking hebbend op het zuiver optisch corrigeren van gebreken van het gezichtsvermogen”. De voorgestelde bevoegdheid om slechts op basis van een doktersvoorschrift — niet ouder dan zes maanden — refractie bepalingen te doen bij personen onder zestien jaar alsmede contactlenzen aan te passen is dan aangevuld met de eis dat in dit doktersvoorschrift „in het bijzonder wordt verklaard dat

26e JAARGANG - No. 36 - 10 SEPTEMBER 1971

INHOUD

Onbevredigende tussenweg	927
Arts en Fiscus	929
De rol van de psychiater bij de abortus-indicatie	931
Gynaecologische contra-indicaties tegen abortus arte provocatus	932
Brieven in de bibliotheek van de Maatschappij (XVII)	933
Geestelijke verziëking van het Nederlandse volk, slogan of realiteit?	934
Een ontwerpplan tot oprichting van nascholingscentra	935
Ziekenfondsraad wil loongrens ziekenfondsverzekerden verhogen tot f 19.250,	937
Ziekenfondsraad tegen opnemen van „de pil” in het ziekenfondspakket	937
Seksuologie	938
Van het Centraal Bestuur L.S.V.: Ledenvergadering, zaterdag 23 oktober 1971	939
Van het Centraal Bestuur L.A.D.: Kort verslag	942
Personalia	943
Brieven aan de redactie	944
varia	945

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

Colofon op bladzijde 946.

geen contra-indicatie aanwezig is" — in het voorstel van de Brusselse Commissie, zoals het in het Europees Parlement ter tafel werd gebracht, werd niet meer gezegd dan dat des opticiens werkzaamheden — ook in gevallen dat daarvoor een doktersvoorschrift is vereist — uitsluitend betrekking mogen hebben op het corrigeren van het gezichtsvermogen „met uitsluiting van iedere behandeling van pathologische gebreken". Naast de „uitsluiting van iedere behandeling van pathologische gebreken" is er dus bijgekomen dat in het doktersvoorschrift de uitdrukkelijke verklaring moet zijn gegeven dat geen contra-indicatie aanwezig is, wil de opticien tot het aanpassen van brillen bij personen onder zestien jaar (en bij het aanpassen van contactlenzen) kunnen overgaan.

Het Europees Parlement heeft nog een wijziging aangebracht, die het vermelden waard is. De Brusselse Commissie had in haar voorstel (hoofdstuk II, art. 2 lid 3) deze tekst: „De Lid-Staten dragen er zorg voor dat bij de uitoefening van de werkzaamheden de beroepsregels worden nageleefd. Bovendien dragen zij er zorg voor dat inbreuken worden gestraft". Het Europees Parlement heeft de tweede zin van dit artikel als volgt gewijzigd: „Zij dragen er door passende maatregelen met name zorg voor, dat de opticiens in geval van twijfel omtrent het bestaan van een pathologische situatie, waarvoor medische behandeling is vereist, hun cliënten naar een arts verwijzen en dat inbreuk op de beroepsregels en niet-nakoming van de verwijzingsplicht worden gestraft". Hier wordt een „verwijzingsplicht" ingevoerd, maar wanneer een opticien kan, moet of zal gaan twifelen en wanneer hij dus zijn plicht zou verzaken, is uiteraard niet te bepalen.

Men kan zich afvragen, zoals Dr. E. D. Eggink deed in zijn beschouwing in *Medisch Contact* no 43/1970 blz. 1147, welke criteria de opticien heeft waarop bij hem twijfel kan ontstaan. „Hij zou dit kunnen doen op grond van inspectie (oogstand, afwijkingen, eventueel spleetlamponderzoek) maar hij zal zich in het algemeen baseren op de behaalde visus; helaas is de verminderde visus geen criterium voor het al dan niet aanwezig zijn van pathologische processen", aldus Dr. Eggink in opgemelde beschouwing, waarin hij de resultaten vermeldde van een steekproef onder vijfhonderd patiënten, die konden worden gekwalificeerd als „brilzoekenden" en bij wie verscheidene pathologische situaties werden vastgesteld. In die zin zou men kunnen stellen dat de opticien nooit de volledige zekerheid heeft van afwezigheid van een pathologische situatie en dat het ontbreken van die

volledige zekerheid altijd tot twijfel moet leiden. In die zin tevens lijkt de positie van de opticien dan weinig favorabel, want dan heeft hij steeds „verwijzingsplicht" en zou hij moeten worden gestraft wegens niet-nakoming van die plicht.

Het heeft er veel van weg dat het Europees Parlement enerzijds niet ongevoelig is geweest voor de bedenkingen, welke van wetenschappelijke zijde zijn geuit tegen te grote bevoegdheden voor de opticien, anderzijds rekening heeft willen houden met de wensen en verlangens van de opticiens en naar een middenweg heeft gezocht, die vermoedelijk geen der beide partijen bevredigt en evenmin de belangen van de patiënt volkomen veilig stelt.

v.M.

Van Hoytema-cursus

„Van onderzoekkamer tot kraamkamer"

Op woensdag 29 september en donderdag 30 september 1971 vindt op de Technische Hogeschool Twente een cursus onder de titel „Van onderzoekkamer tot kraamkamer" (Nieuwe ontwikkelingen en toepassingen in de verloskunde) plaats, als een van de cursussen voor voortgezet medisch onderwijs „Oost Nederland", georganiseerd door de Huisartsen-Commissie van de Dr. G. J. van Hoytema Stichting (Van Hoytemacursussen). „Van onderzoekkamer tot kraamkamer" is bedoeld voor de medicus practicus en de verloskundige. Het is een zogenaamde sandwichcursus, hetgeen betekent dat beide dagen hetzelfde programma zal worden geboden.

De cursusleiding berust bij C. A. A. Brands, huisarts te Enchede. Het cursusgeld bedraagt f40,— en f5,— voor de lunch; studerende kunnen voor de helft van het cursusgeld deelnemen. De verschuldigde bedragen kunnen worden overgemaakt op gironummer 1918262 of op bankrekening 593115775, beide ten name van de Dr. G. J. van Hoytema Stichting. Aanmeldingen liefst zo snel mogelijk, zowel schriftelijk als telefonisch, bij het secretariaat van de stichting, Postbus 89, Enschede, tel. 05420-92922 's ochtends tussen 8.30 uur en 11.30 uur.

Als vervolg op deze cursus zal in de wintermaanden op de T.H.T. wederom een lezingencyclus in de avonden worden gehouden, onder de titel „Capita selecta uit de gynaecologie". Deze lezingen zullen worden gehouden op 29 oktober 1971 (Anticonceptie), 26 november 1971 (Portio-erosie: diagnostiek en therapie) en 17 december 1971 (Klachten van de menarche en het climacterium).

Nuancering lijfrenten bij praktijkoverdracht

Door Mr. K. Sneep

In Medisch Contact van 13 november 1970 nr. 46, bladzijde 1233, hebben wij melding gemaakt van het arrest van de Hoge Raad van 24 juni 1970 nr. 16.361, hetwelk de deur opende tot het omzetten van praktijkoverdrachtswinsten in lijfrenten, af te sluiten bij kinderen. Het artikel heeft een verheugende aandacht van lezers gehad, doch uit reacties is verder gebleken, dat de mogelijkheid van lijfrenten, bij kinderen af te sluiten, als een universeel remedium wordt gezien. Redenen waarom wij er op willen wijzen, dat de geboden mogelijkheid alleen dient te worden gebruikt in de daartoe geëigende omstandigheden, en waarom wij op de kwestie nogmaals willen ingaan.

Om in het kort de kern van de zaak te releveren, het navolgende:

Een medicus heeft ten aanzien van de praktijkoverdrachtsom (overdrachtswinst) in principe twee mogelijkheden:

a) dadelijke fiscale afrekening, in welk geval een vrijstelling van f 10.000 wordt genoten (indien en voor zover sedert 1 januari 1965 niet reeds eerder toegekend) en voor het overige het bijzondere tarief van toepassing is, dat als regel neerkomt op de maximale 40% (thans 41,2% inclusief wiebeltax);

b) aanwending van de overdrachtswinst binnen zes maanden na de praktijkoverdracht tot aankoop van een lijfrente op het leven van de overdragende medicus, diens echtgenote en eventueel minderjarige kinderen tot hun meerderjarigheid. In dit geval heeft er géén fiscale afrekening plaats over de voor aankoop der lijfrenten bestede som; de lijfrentetermijnen worden jaar voor jaar normaal belastbaar inkomen. Terzake van de verdere detaillering verwijzen wij naar M.C. van 13 november 1970. Wij herhalen, dat bij aanwending van de overdrachtswinst voor aankoop van een lijfrenterecht, de vrijstelling van f 10.000,— niet van toepassing is; óók niet op een naast het lijfrenterecht bedongen som ineens.

Indien een medicus „in het harnas” overlijdt zonder terzake van zijn praktijkovername voorzieningen te hebben getroffen, die voor de opvolger reeds bindend waren, zal de door de erven verkregen overnamesom (winst), eveneens ná aftrek van f 10.000,— vrijstelling (voor zover sedert 1 januari 1965 niet reeds eerder genoten), worden belast met een vast tarief van 20% (thans 20,6% inclusief wiebeltax). Ook in dit geval bestaat de mogelijkheid de fiscale eindafrekening te voorkomen door het winstbedrag (onder gelijke voorwaarden en beperkingen) aan te wenden voor verkrijging van een lijfrente ten behoeve van de weduwe en/of minderjari-

ge kinderen uiterlijk tot hun meerderjarigheid.

Valt de keuze op aanwending van de overdrachtssom (winst) tot verkrijging van lijfrenterechten, dan laat de wet toe (aldus de Hoge Raad) dat deze lijfrente wordt afgesloten o.a. bij de kinderen van de belanghebbende aldus, dat deze de koopsom belastingvrij kunnen ontvangen, terwijl zij de te betalen lijfrenten van hun belastbaar inkomen kunnen aftrekken.

De drie gevallen kunnen eenvoudig worden geïllustreerd door drie bij het vorenstaande aansluitende voorbeelden, waarbij steeds wordt uitgegaan van een overdrachtsom (winst) van f 200.000,—.

1 a. De overdragende arts opteert voor dadelijke fiscale afrekening. Wiebeltax verwaarlozende, kost zulks $40\% \times (f 200.000,- - f 10.000,-)$, zijnde f 76.000,—, zodat hij netto f 124.000,— over houdt, die hij vrijelijk kan besteden of herbeleggen.

1 b. Hij kan de f 200.000,— aanwenden voor aankoop van een lijfrenterecht. Stel, dat voor genoemd bedrag een lijfrente op het leven van hem en zijn vrouw kan worden verkregen van f 20.000,— 's jaars. Alsdan wordt de f 200.000,— inkomstenbelastingtechnisch ongemoeid gelaten; alleen de jaarlijkse f 20.000,— wordt als normaal inkomen belast.

2. Bij overlijden van de medicus „in het harnas”, zullen de erven over de door hen verkregen overnamesom verschuldigd zijn $20\% \times (f 200.000,- - f 10.000,-)$, zijnde f 38.000,—.

3. Bij aanwending van de overdrachtssom voor aankoop van een lijfrente, als onder 1 b. bij de kinderen, is ten aanzien van de overgedragen hebbende medicus de situatie zoals bij 1 b. is aangegeven. De kinderen ontvangen de f 200.000,— inkomstenbelastingvrij. De hiervan te maken rente (stel f 15.000,— 's jaars) behoort tot hun fiscaal inkomen. De jaarlijks te betalen f 20.000,— lijfrente kunnen zij als persoonlijke verplichting van hun inkomen aftrekken.

Het financiële punt, waar het om gaat, is dat de koopsommen, die men aan levensverzekeringsmaatschappijen moet betalen voor lijfrenteverzekeringen, ondanks diverse kortingen, dusdanig hoog zijn, dat de te verkrijgen lijfrenten nauwelijks méér bedragen dan het rente-inkomen, dat men bij goede belegging zelf van de te betalen koopsom zou hebben kunnen kweken. In deze omstandigheden zal het aanwenden van de praktijkoverdrachtssom voor de aankoop van een lijfrenteverzekering bij een verzekeringsmaatschappij veelal nauwelijks aantrekkelijk zijn.

Kan men echter de hoofdsom sparen door deze als lijfrentekoopsom naar de kinderen (of naar één

of enkelen van hen) door te schuiven, dan wordt de zaak anders. De medicus krijgt eenzelfde (of hogere) lijfrente van zijn kinderen dan hij van de verzekering gehad zou hebben. De hoofdsom blijft in de familie; de kinderen hoeven slechts het verschil tussen de bedongen lijfrente en de van de hoofdsom gekweekte rente te suppleren, en dat verschil is dan nog aftrekbaar van hun inkomen!

Dit laatste is nu het grote voordeel waarom medici, die hun praktijk hebben overgedragen, kunnen overwegen de overdrachtsom bij (een of meer van) hun kinderen onder te brengen ter verkrijging van een lijfrente te hunnen laste. Maar dan moeten ook de omstandigheden gunstig zijn. Wij noemen als zodanig:

De kinderen, aan wie de som tegen lijfrente wordt gegeven, moeten dusdanige inkomens hebben, dat zij het verschil tussen lijfrente-uitkering en met de koopsom behaalde inkomsten zonder bezwaar uit hun inkomen zullen kunnen (blijven) betalen, terwijl de aftrek van hun inkomen van dit verschil hen een redelijke fiscale besparing moet opleveren.

Er moet een grote mate van vertrouwen tussen vader en kinderen bestaan, dat zij hun lijfrenteplichten zullen blijven nakomen. Nu is in de overeenkomst wel een aantal waarborgen in te bouwen, doch daar wordt het geheel voor de kinderen niet aantrekkelijker door.

Er moet een behoorlijk leeftijdsverschil tussen de lijfrentegenieters en de lijfrenteschuldenaren bestaan (omstreeks 30 jaar of meer), willen deze laatsten (de kinderen) binnen een niet al te lange tijd van hun verplichtingen kunnen zijn bevrijd. En hier kan dan de onverkwikkelijke situatie ontstaan, dat de kinderen gaan uitkijken naar de dood van hun ouders! Wij

willen dit niet dramatiseren, maar de nuuchterheid gebiedt ook aan dit facet aandacht te besteden. Als bijvoorbeeld de medicus met een veel jongere vrouw is getrouwd en deze zou mede in de lijfrenten moeten delen, dan vraagt men om onaanvaardbare situaties.

Als slechts één of enkele van de kinderen in aanmerking komen om de lijfrente-overeenkomst mee te sluiten, moet men — hoe zakelijk deze ook mag zijn — rekening houden met de mogelijke, zij het ongegronde, naijver van de andere kinderen; zeker als door een onverhoopt vroegtijdig overlijden van de lijfrentegerechtigden de lijfrenteverplichtingen een evenzeer vroegtijdig einde nemen. Hier komt nog bij dat art. 969 B.W. de lijfrentetransactie tussen ouders en kinderen als gift beschouwt in de zin van de bepalingen, betreffende de minimum wettelijke erfdelen (legitieme porties). Ook hier is het geboden in het familiale vlak goed te bezinnen eer men begint.

Tenslotte moet goed worden bedacht, dat een lijfrentecontract een kansovereenkomst is. De lijfrentegerechtigden kunnen uitzonderlijk lang leven, doch de lijfrenteschuldenaren kunnen ook vroegtijdig overlijden. Tegen dit laatste is, tegen niet te veel geld, verzekering als regel mogelijk, terwijl de daartoe verschuldigde jaarlijkse premie als „lijfrenteverzekeringspremie“, aftrekbaar van het inkomen kan zijn binnen het kader van de jaarlijkse f 5.000,— aftrekmogelijkheid.

Al deze punten zijn niet even zwaarwichtig en hoeven allerm minst doorslaggevend te zijn voor een afwijzend standpunt. Zij hebben alleen ten doel te onderstrepen dat er meer factoren dan alleen de fiscaal-financiële voordelen mede een rol spelen. Dit laatste kunt u overigens steeds als stelregel aanhouden.

Tuberculose onder gastarbeiders

Een kwart van de tbc-patiënten uit het sanatorium van Hellendoorn (Overijssel) bestaat uit buitenlandse werknemers. Op het eerste gezicht lijken het er niet veel — 14, op een totaal van 58 — maar in verhouding tot de paar duizend gastarbeiders in Twente is een dergelijk aantal niet gering te noemen, te meer daar het getal der overige 44 (Nederlandse) tuberculosepatiënten moet worden gerelateerd aan een veel grotere bevolkingsgroep. Aldus het Dagblad van het Oosten, aangehaald in „Tegen de tuberculose“, orgaan van de Koninklijke Nederlandse Centrale Vereniging tot bestrijding der tuberculose, 76e jaargang, nummer 4-1971. Hoewel het aantal tbc-patiënten in ons land voortdurend afneemt en de activiteiten van het sanatorium zich in hoofdzaak concentreren op de verpleging van geestelijk gestoorde bejaarden, liggen er in „Hellendoorn“ momenteel dus veertien gastarbeiders met tu-

berculose. Dat is geen uitzondering: zolang in ons land buitenlandse werknemers werkzaam zijn, heeft de inrichting steeds een aantal van hen tot zijn patiëntenbestand kunnen rekenen; de meesten van hen werken in Twentse bedrijven.

Volgens de directie van het sanatorium, de arts H. W. van der Veen, hebben de betreffende patiënten allen in het buitenland de tuberkelbacil opgedaan — hetgeen overigens nog niet wil zeggen, dat zij ziek en wel de grens zijn overgekomen. De situatie is te vergelijken met die van een halve eeuw geleden hier te lande, toen 90% van de jeugd nog besmet raakte, hoewel het merendeel daar nooit iets van zal hebben gemerkt: slechts als men in slechte omstandigheden verkeerde, werd de bacil actief. Het ligt voor de hand de vergelijking door te trekken; dat doet de heer Van der Veen dan ook. In lan-

den als Turkije en Marokko is het besmettingsgevaar groot, ongeveer even groot als voor een jaar of veertig in ons land; vindt een werknemer uit zo'n land hier werk, dan doen de barre woonomstandigheden en het niet in acht nemen van de hygiëne in de woonverblijven in bepaalde gevallen de rest. Ook het missen van eigen voedsel en heimwee kunnen een rol spelen, omdat zij de weerstand van de betrokken persoon kunnen verminderen.

Het vrij hoge aantal gevallen van tuberculose onder gastarbeiders wordt er niet geringer op door de toename van het aantal buitenlanders, dat illegaal ons land binnenkomt. Onder de illegale grensoverschrijders zijn er nogal wat, die in het vorige land van verblijf al maanden zonder arbeidsvergunning en dus zonder de periodieke bedrijfskeuring te ondergaan, hebben rondgelopen.

De rol van de psychiater bij de abortus-indicatie

Door E. de Wind, zenuwarts

**Verkorte weergave van een voordracht namens de Medische Raad 1970
voor de Medische Raad Rutgersstichting, op 21 maart 1971**

Deze beschouwing pretendeert niet een overzicht te geven van de verschillende factoren die bij de abortus-indicatie als zodanig een rol kunnen spelen, maar wil uitsluitend de rol van de psychiater bij de beoordeling belichten.

Bij een groot aantal consulten (uitgaande van het „ja, tenzij”-standpunt) deed het zich niet voor dat ik de vrouw met een weigering heb moeten wegsturen, terwijl zij persisteerde bij haar wens tot een abortus. Wel was er een aantal gevallen, waarin de vrouw na een of meer gesprekken zelf haar verzoek introk. Een simplistisch geval: een meisje (17) uit Noord-Brabant komt, te zamen met haar moeder, om een abortus vragen, want „het stel is nog zo jong en vooral het vriendje (19) wil nog van zijn jeugd genieten”. Op mijn vraag wat in deze situaties in het dorp gebruikelijk is, antwoordt het meisje gretig: „Nou, dan trouwen ze”. Als ik dan zeg dat zij dat die jongen eens moeten voorhouden, roept ze uit: „Dank u wel, dokter, dat ik mijn kindje mag houden”!

In de vijftiger jaren was een abortus-indicatie een uitermate moeilijke aangelegenheid. Ik herinner mij een patiënte (1951), die met een lichte nieraandoening in een ziekenhuis was opgenomen en die tijdens die opname zwanger bleek te zijn. Mij werd toen gevraagd — omdat patiënte zo abundant nerveus reageerde — of een abortus was geïndiceerd. Na vijf bezoeken aan het ziekenhuis en uitgebreide tests kwam ik tot het oordeel dat inderdaad een belangrijke psychische decompensatie was te verwachten. De gynaecoloog vroeg het oordeel van een tweede psychiater en pas nadat allen het erover eens waren, is de abortus uitgevoerd.

In de loop der jaren is het getij gekeerd. Toch moest de psychiatrische indicatie aanvankelijk betekenen bijvoorbeeld de expliciete verwachting van een psychische decompensatie (suïcide- of psychosegevaar, dus een duidelijke medische indicatie in de gebruikelijke, ouderwetse zin van dat woord). Waarom het dan de psychiater was die de indicatie moest stellen, is ook niet helemaal duidelijk. Boze tongen beweren wel „omdat de beweringen van een psychiater nooit controleerbaar zijn”.

Nadat de Vereniging voor Psychiatrie en Neurologie zich op het „ja, tenzij”-standpunt had gesteld, vond ik het aanvankelijk prettig dat ik mijnerzijds

nooit „nee” behoefde te zeggen, dit aan de vrouw kon overlaten. Maar naarmate de tijd vorderde, kreeg ik steeds meer het gevoel: „Waarom doe ik dit werk?” Vele vrouwen zien in de psychiater een betuttelende figuur die allerlei dingen gaat vragen, waarover zij geen zin hebben te spreken. Zij zijn meestal vastbesloten, maar toch moet ik noodzakelijkerwijze drie kwartier voor dat eerste gesprek reserveren en ik kreeg het gevoel: „Dit is een soort moraliseren - zij het dan in de perverse zin van een anti-moraal”. Soms merkte ik dat ik moest afgaan op doorzichtige leugens. Impulsief neigt dan de arts er in zijn gekrenktheid toe de patiënte af te wijzen, maar dit zou foutief zijn. De vrouw meent met haar voorgewende motieven de arts te kunnen overtuigen; dit impliceert geenszins dat de ware motieven niet doorslaggevend zouden zijn.

Wat is de wezenlijke betekenis van een abortus-verzoek?

De wens tot een abortus heeft wel psychiatrische motieven, maar is primair een sociale beslissing van het individu, in hetzelfde vlak als bijvoorbeeld een huwelijk of het wensen van nog een kind. Als nu een vrouw die al tien kinderen heeft, nog een kind wenst, zal niemand — hoe absurd hij die wens ook zal vinden — zeggen: „Ja, maar dat sta ik niet toe, dan moet je eerst naar de psychiater”. Er staan bij vele sociale beslissingen die een mens neemt, psychische motieven op de achtergrond, deels onbewust, soms ook pathologisch. Aangenomen dat dan de psychiater zou moeten worden ingeschakeld, moet deze op de top van de sociale berg gaan staan, want dan zijn wij niet toe aan de democratie of de oligarchie, maar aan de psychiatriarchie. Geheel anders ligt de zaak als de vrouw zelf het gevoel heeft dat haar beslissing ingaat tegen de in deze maatschappij (nog) ongebruikelijke gang van zaken en daarom haar motieven beter wil leren kennen. Het exploreren van de motieven van patiënten die dit niet wensen en reeds vastbesloten zijn, is echter een onmogelijke en uitzichtloze zaak.

In de meeste gevallen schijnt dan ook het werk van de psychiater overbodig. Het zal echter vaak moeilijk zijn voor de algemeen arts om te beoordelen of hij de psychiater al dan niet moet inschakelen. Ik wil enige voorbeelden geven van gevallen,

waar retrospectief het contact met de psychiater belangrijk bleek:

Een meisje mag geen pil gebruiken op grond van een ovariaalcyste. De verloofde gebruikt condoms, maar zij wordt gravida. Hij wil trouwen, doch zij aarzelt ernstig omdat zij eigenlijk meer houdt van — en denkt aan — een vroegere verloofde. Zij zegt wel dat de actuele zwangerschap „niet de bedoeling was”. Het blijkt echter dat zij (iatrogeen) vreesde door het cysteuze ovarium steriel te zullen zijn. Hoewel zij op dit moment dit kind niet wenst, is zij toch blij met het bewijs van haar fertiliteit (en heeft zij de graviditeit waarschijnlijk geprovoceerd). De man bleek (in tegenstelling tot wat het meisje vertelde) een dominerende figuur die kwaad in het rond keek en zei: „Zij heeft het al zo vreselijk moeilijk met zichzelf en ik ben natuurlijk niet van plan om te trouwen om dat kind. Zij moet eerst met zichzelf in het reine komen; zij is niet in staat zichzelf in de hand te houden, laat staan dus als zij er ook nog een kind bij heeft”. Te meer waar de gynaecoloog oordeelde dat deze zwangerschap ook fertiliteit in de toekomst waarschijnlijk maakte, heb ik de knoop doorgehakt en directief het psychasthene meisje een abortus geadviseerd. Een L.G.M.-bureau belastte zich met de nazorg.

Een andere moeilijke zaak: een vrouw van 45 jaar is gravida, heeft een voorkind van 12 jaar van dezelfde man van wie zij nu zwanger is en met wie zij nu is getrouwd. Twaalf jaar geleden echter was die man nog getrouwd met een andere vrouw (inmiddels overleden) en kwam het kind uiterst ongewenst. Echter: de man (60) ligt nu in een hartkliniek en over een half jaar zal open-hart-chirurgie moeten plaatsvinden. Patiënte zegt: „Ik zou nu erg graag dit kind hebben; ik zou er blij mee zijn, maar het kan niet. Dat kind komt net als mijn man moet worden geopereerd. Mijn man komt thuis en dan is die baby er. Ik ben verschrikkelijk bang dat er wat met mijn man gebeurt. Zij beloven wel dat de operatie goed gaat, maar hoe kan ik dat weten? En als mijn man thuiskomt, is daar een huilende baby en vele andere bezwaren . . .”.

Hier krijgt de psychiater een functie: de functie van versterking van de motivatie tot abortus. Het is moeilijk om tegen het gevoel van die vrouw in te gaan en toch moet hier partij worden gekozen voor haar common sense en worden geprobeerd haar te helpen het trauma van de abortus te dragen.

Een andere situatie die zich vaak voordoet en waarin de medewerking van de psychiater zinvol kan zijn, is als de abortuswens van een meisje in wezen de uitdrukking is van haar onuitgesproken tegenzin in de man. Dan zal de psychiater „ja” zeggen, maar tegelijkertijd proberen het meisje te helpen de relatie tot de man nog eens kritisch onder ogen te zien.

In het bovenstaande heb ik overwegend de rol van de psychiater gerelativeerd en beschreven dat het in enkele gevallen toch wel prettig is de motivering te kunnen versterken, maar dat de patiënte vrijwel altijd bij haar beslissing blijft en het „tenzij”,

(de absolute contra-indicatie) vrijwel nooit uitgesproken kan worden. Het is vrijwel altijd zo dat de wens van de patiënte moet worden geëerbiedigd, zijnde de balans van al haar bewuste en onbewuste motieven. Ik weet wel dat er gevallen kunnen zijn, waarbij men zegt: „Praat langer met haar door, begeleid haar en je zult zien dat als het kindje komt, ach, dan is het toch zo lief en dan houden zij er toch wel van, dan is het kindje toch welkom”. Maar als ik dat ga doen, handel ik onwetenschappelijk, dan ben ik geen psychiater maar speel voor Onze Lieve Heer. Ik pretendeer dan binnen enkele maanden de vrouw te kunnen veranderen of te genezen en neem een beslissing waarvan anderen (de vrouw en het kind) de gevolgen zullen hebben te dragen.

Toch geloof ik allerminst dat de rol van de psychiater hierdoor zou zijn uitgespeeld. Wij bevinden ons nog in een juridische constellatie, waarin het „ja” van de patiënte niet zonder meer maatgevend is. De motieven van de patiënte moeten kritisch worden onderzocht; haar sociale situatie moet zo goed mogelijk worden bekeken. Hiertoe zou men kunnen verlangen naar een grote, multidisciplinaire aanpak van psychiaters, sociaalpsycholoog, gynaecoloog, huisarts e.a. Dit is echter onmogelijk te realiseren.

Hiermee rekening houdend meen ik dat de psychiater, mits ook sociaal-psychiatrisch geschoold, als het ware het beste surrogaat biedt voor de multi-disciplinaire aanpak. Zou dit betekenen dat bij een wetswijziging waarin het „ja” van de patiënte zonder meer voldoende is, de rol van de psychiater wel is uitgespeeld? Ik geloof het niet.¹⁾ Maar gelukkig zullen dan slechts die patiënten bij de psychiater komen, die dit zelf verkiezen. De abortus-indicatie behoeft dan niet het laatste woord te zijn, integendeel, na en door de abortus kan de patiënte mogelijk zijn gemotiveerd tot verdere psychiatrische behandeling.

1) Helaas dreigt de wet in geheel andere richting te worden gewijzigd!

Gynaecologische contra-indicaties tegen abortus arte provocatus

Door J. Klomp, gynaecoloog

Een absolute contra-indicatie tegen abortus arte provocatus van zuiver somatisch-gynaecologische aard is niet te stellen. Technisch is het altijd mogelijk een uterus van zijn inhoud te ontdoen, zij het door curettage of zuigcurettage, hysteroomie of het injiceren van een hypertone oplossing in de amnionholte. Zoals meestal in de geneeskunde moeten wij ook voor deze ingreep de indicatie tot de ingreep en de gewenste en ongewenste gevolgen ervan tegen elkaar afwegen. Juist dit stellen van re-

latieve contra-indicaties vormt één van de moeilijkheden in de problematiek rond de kunstmatige abortus.

De indicatie tot abortus ligt veelal op sociaal-psychologisch terrein; een terrein dat door de gynaecoloog slechts ten dele kan worden overzien. Hoewel het direct gewenste gevolg van de ingreep intreedt, schenkt ons dit zelden de voldoening, die anders vaak veel aanwezig is. Het ons op langere termijn voorgespiegelde resultaat: een betere ontplooiing van de vrouw en het niet ter wereld zijn gekomen van een kind met „ongunstige toekomstperspectieven” (?), zal zelden door de gynaecoloog worden waargenomen.

De mogelijk ongewenste gevolgen van de ingreep zijn te splitsen in sociaal-psychologische en somatisch-gynaecologische gevolgen. Met deze laatste categorie zal juist de gynaecoloog worden geconfronteerd. Beschadiging van de afsluitfunctie van de cervix, beschadigingen door perforatie of hysterotomie van het corpus uteri en absolute of relatieve infertiliteit behoren tot de mogelijke gevolgen van de kunstmatige abortus, die het reproductief vermogen van de vrouw aantasten. Voor de individuele vrouw

kan dit later in haar leven een zware belasting vormen. Deze mogelijke gevolgen moeten door ieder, die zich met de hulp aan een ongewenste zwangere bezighoudt, onder ogen worden gezien en in de indicatiestelling tot abortus worden betrokken. Gefundeerd zal dit pas kunnen geschieden, wanneer over enkele jaren een analyse kan worden gegeven over het lot van die vrouwen, die klinisch onder optimale omstandigheden een abortus ondergingen.

Het is onvoldoende en hypocriet om een jong meisje, ongewenst zwanger en in paniek vragend om een abortus, te wijzen op de mogelijkheid van latere infertiliteit en dan op dat moment van haar een verantwoorde beslissing te verwachten. Om in de toekomst een evenwichtige indicatiestelling te bereiken, zal een wetenschappelijke samenspraak moeten worden opgebouwd tussen die groepen, die vooral betrokken zijn bij indicatiestelling en sociale nazorg en die groep met name de gynaecologen, die de ingreep verricht en de somatische gevolgen te behandelen krijgt. Bij deze samenspraak mag geen van beide groepen de ogen sluiten voor de problemen, die de ander te zien en te behandelen zal krijgen.

Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (XVII)

*Een brief van Johannes Oosterdijk Schacht
aan Frederik Winter*

De tekst van de brief luidt:

Viro clarissimo F. Wintero
J. Oosterdijk Schacht S.

Quod Lubens, si per negotia licuisset, coram praestitissim, id nunc per Litteras facere, non sine aliquo dolore, cogor. Filium meum Te Praeceptore usum fidei Tuae commendo. Per communem, quam profitemur, disciplinam oro Te atque obtestor, ut juvenem hunc, si mereatur, favore Tuo atque benevolentia complecti non intermittas. Talem autem se praestitutum, ut iis non plane indignus censi possit, non spero tantum, verum etiam confido. Vale, Vir celeberrime et Batavam academiam ornare perge. Dabam Trajecti ad Rhenum

Quarto idus Septemb. MDCCLX

En de vertaling:

J. Oosterdijk Schacht groet de zeer beroemde man F. Winter. Wat ik gaarne, indien het werk het zou hebben toegelaten, mondeling zou hebben behandeld, dat ben ik nu, niet zonder enige spijt, gedwongen per brief te doen. Mijn zoon, die u als leermeester zal hebben, beveel ik aan voor uw bijstand. Wegens de gemeenschappelijke discipline die wij beoefenen, verzoek ik u en vraag ik u dringend niet na te laten deze jongeling, indien hij het verdient, met uw goedgunstigheid en welwillendheid te bejegenen. Doch dat hij zich zodanig zal houden, dat hij deze niet geheel onwaardig moet geoordeeld

worden, dat hoop ik niet alleen, doch daarop vertrouw ik ook.

Vaarwel, zeer beroemde man en ga voort de Batavische academie te sieren.

Ik schreef dit te Utrecht, 9 september 1760

In deze brief schrijft Oosterdijk Schacht, hoogleraar te Utrecht, aan Winter, hoogleraar in Leiden, over zijn zoon, die in deze stad zal gaan studeren en voor wie hij om bijstand verzoekt. Deze zoon, Nicolaas George O. S. heeft een goede carrière gemaakt. Hij is 16 februari 1760 te Utrecht geboren, studeerde in Leiden en promoveerde in Utrecht. In 1770 werd hij professor in de geneeskunde, chemie en botanie in Harderwijk en in 1775 ging hij naar Leiden als hoogleraar voor de theoretische geneeskunde.

De vader Johannes Oosterdijk Schacht is in 1704 te Leiden geboren. Hij studeerde onder Boerhaave en zijn vader Herman O. S. In 1726 promoveerde hij tot doctor in de filosofie en doctor in de geneeskunde. In 1728 werd hij Prof. Philosophiae in Franeker, doch reeds het volgende jaar ging hij als Prof. Medic. naar Utrecht, waar hij bleef tot zijn dood in 1755.

Frederik Winter is 7 mei 1712 in Udem bij Kleef geboren. Hij studeerde te Duisburg, later in Leiden, waar hij promoveerde in 1736 op een dissertatie „De motu musculorum”. Hij werd lijfarts van de Prins van Oranje. In 1740 werd hij benoemd tot hoogleraar in Herborn, in 1744 ging hij naar Franeker als Prof. Med. Chem. et Botan. en in 1747 werd hij tot hoogleraar in Leiden benoemd. Door de oprichting van een polikliniek was hij verdienstelijk voor het onderwijs. Fred. Winter is 17 november 1760 overleden.

Dr. J. A. van Dongen

Geestelijke verzieking van het Nederlandse Volk

Slogan of realiteit?

Reactie op een artikel van Dr. M. de Groot
Door J. R. van Reekum, studentenarts te Delft

In zijn beschouwing in M.C. nr. 31/1971, blz. 815, geeft De Groot naar mijn mening duidelijk de onvergelykbaarheid aan van vele onderzoeken naar incidence en prevalence van geestesziekten. Helaas moet ik hem attenderen op een tendentieuze weergave van gegevens uit het jaarverslag 1967/1968 van de Stichting Gezondheidszorg voor Studenten van de T.H. te Delft, wanneer hij schrijft over een misleidende redenering bij de mededeling, dat 40-50% van de tijd door de medische staf aan psychische klachten wordt besteed en dat bovendien „het totale bezoek wegens lichamelijke en geestelijke klachten niet wordt genoemd”.

Bij minder dan oppervlakkige lezing van dit jaarverslag had De Groot het volgende kunnen lezen:

— onder 3, pag. 18: „Meer tijd werd vooral besteed aan studenten die kwamen met problemen of wegens psychische of psychosomatische stoornissen”;

— en pag. 20: „bij 2.027 patiënten werden in totaal 3.548 aandoeningen behandeld”.

— onder 3.2, pag. 23: „315 studenten, dat is 15,5% van het totale aantal patiënten, consulteerden de studentenarts wegens psychische klachten en psychosomatische aandoeningen. Naar schatting werd circa 40-50% van de tijd, die aan de curatieve gezondheidszorg werd besteed, aangewend voor de behandeling van deze patiënten”.

Met andere woorden: het totale bezoek wegens lichamelijke en geestelijke klachten is duidelijk genoemd, evenals het percentage dat consulteerde wegens psychische en psychosomatische aandoeningen, waar tenslotte duidelijk is aangegeven dat dergelijke aandoeningen meer tijd vragen — en naar onze mening ook behoeven — zodat men op 40-50% van de curatieve werktijd uitkomt, te besteden aan deze aandoeningen en klachten.

Er is niets misleidend gesteld in dit jaarverslag. De Groot kan hier toch moeilijk uit peuren dat 40-50% van de Delftse studenten geestelijk ziek zou zijn, een percentage dat naast de 25 tot 30% geestelijk slecht functionerenden dat hij zo sterk bestrijdt in zijn artikel nu ook in de publiciteit kan gaan komen bij andere slechte lezers. Zie N.R.C.-Algemeen Handelsblad van vrijdag 13 augustus j.l., waar in een beschouwing naar aanleiding van de publikatie van De Groot deze 40-50% ook weer wordt aangehaald, nog wel met de toevoeging „van de tijd”, doch te voorspellen valt dat binnenkort in nieuwe krante-

artikelen en daarna wellicht bij vragen in de Tweede Kamer wordt gewezen op 40-50% gestoorde Delftse studenten.

Tot slot nog enkele kanttekeningen:

1. Indien het ziekte- en neurose-begrip in de loop der tijden gaat verschuiven, onder meer als gevolg van toegenomen welvaart, wil dit niet zeggen dat men over inflatie van dit begrip mag spreken. In het verleden vroegen somatische aandoeningen de meeste tijd van de medicus; zij vormden echter de top van een ijsberg. Nieuwe inzichten in de psychiatrie — doch niet alleen in dat deel der geneeskunde —, het terugdringen van bijvoorbeeld een volksziekte als tuberculose, brengen thans grotere stukken van de ijsberg boven water. Beter ware het dus om te spreken van een opwaarderen, een revaluatie van het ziekte- en neurosebegrip.

2. De Groot's pessimisme naar het vinden van een oplossing voor de validiteit in het concept voor een psychiatrische stoornis kan ik niet delen. Indien juiste afspraken en definiëringen worden gemaakt, moet het op korte termijn mogelijk zijn inzichten te verkrijgen in het voorkomen van psychiatrische stoornissen, waarbij dient opgemerkt dat stoornis nog iets anders is dan psychisch disfunctioneren.

3. Het zal retrograad nooit te achterhalen zijn, hoe het voorheen was gesteld met de geestelijke verzieking van de Nederlanders. Wij kunnen ons slechts tot het heden beperken, spoedig wetenschappelijke onderzoeken instellen en op de uitkomsten daarvan het beleid richten. Het is goed dat De Groot hiervoor de ogen geopend heeft.

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

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

Een ontwerpplan tot oprichting van nascholingscentra

**Enkele kanttekeningen bij een artikel van Dr. M. Saan
door R. A. de Melker, huisarts te Lent**

Het plan van collega Saan tot stichting van vijf nascholingscentra (Medisch Contact nr. 26/1971, blz. 845) is van ambitieuze aard en getuigt van groot enthousiasme voor de nascholing van huisartsen. Als een van de geestelijke vaders van de Breedenburg-cursussen heeft collega Saan getoond de zaken groots en met durf te kunnen opzetten, en gezien het grote succes van zijn vorige plan verdient ook dit onze ruime aandacht. Buiten de medische kring, in de pers, is het plan in ieder geval niet onopgemerkt gebleven.

De vraag of men het met dit plan eens is kan op dit moment moeilijk worden beantwoord, zolang andere vragen niet een antwoord hebben gekregen en men het eerst niet over een aantal zeer belangrijke punten eens is geworden. Voor mij is het bovendien de vraag in hoeverre het plan in een bestaande behoefte voorziet. Niet dat de nascholing van huisartsen momenteel zo goed zou zijn, maar mijns inziens worden de bestaande problemen door dit plan geenszins opgelost en heeft het plan daarom geen hoge prioriteit. Zo is het vinden van een geschikte ruimte voor nascholing geen probleem. Het gebruikmaken van audiovisuele diensten is momenteel al te realiseren, bijvoorbeeld door gebruik te maken van de fonodidactische dienst van het N.H.I. en van universitaire audiovisuele diensten. Bij een van de cursussen door het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, georganiseerd in maart jl., is dit bijvoorbeeld al geschied. Deze cursus werd overigens naar het voorbeeld van de Breedenburg-cursus gehouden, zij het met een aantal niet onbelangrijke wijzigingen.

Aan de hand van een aantal punten zou ik willen laten zien, waar mijns inziens wel knelpunten liggen, die om een spoedige oplossing vragen. Ik ben mij daarom bewust, dat ik met grote stappen door een probleemrijk gebied heenga; het gaat hier echter om de grote lijnen.

1. De inhoud van de nascholing.

Collega Saan wekt de indruk dat de *inhoud* van de nascholing voor huisartsen een min of meer opgelost probleem is; niets is echter minder waar.

De inhoud van nascholing zou men met Horder (1971), *Update*, Vol. 3, no. 7,907 in twee gedeelten uiteen kunnen laten vallen: a. wat willen huisartsen als nascholing; b. wat hebben zij nodig. Deze beide vragen zijn zeer moeilijk te beantwoorden. Wie zal bepalen wat nuttig en nodig is. Hiervoor is intensief

overleg tussen kliniek en huisarts nodig, en nog maar net op gang gekomen uitgebreid onderzoek. Met collega Saan ben ik het volkomen eens, dat de inhoud relevant voor de huisarts moet zijn, maar wie bepaalt wat relevant is? Zeker, als men met zachte (financiële) drang de huisartsen tot nascholing wil aansporen, zoals Dr. Saan voorstaat, moet men de inhoud daarvan objectiever dan thans mogelijk is kunnen vaststellen. Het is trouwens zeer de vraag of dwangmiddelen hier wel juist en effectief zijn.

2. Attitude-nascholing, inbreng van andere disciplines.

Nascholing is niet alleen op te vatten als een bijscholing van hiaten in kennis, het leren c.q. onderhouden van vaardigheden, maar is mijns inziens vooral ook scholing in de juiste attitude van de arts. Dit is onder meer van belang voor de gecompliceerde problematiek waarmee de huisarts wordt geconfronteerd (de dooreenmengeling van somatische, psychische en sociale problemen, samenwerkingsproblematiek met andere disciplines enz.). Dat hiervoor de inbreng van gedragswetenschappen onontbeerlijk is, behoeft nauwelijks te worden betoogd. Als methode kan hierbij worden gedacht aan rollenspel, het oefenen in gesprekstechniek, het beluisteren van banden enz. Het is nu juist dit naar mijn mening zeer essentiële element waar collega Saan zich niet over uitspreekt; dit aspect ontbrak trouwens geheel bij de eerste Breedenburg-cursus. Ook al kunnen wij bij een eerste cursus niet verwachten dat allerlei zaken direct aan de orde komen, toch rijst hier het vermoeden dat collega Saan op zijn minst andere accenten legt dan ik op grond van bovenstaande overwegingen doe. Juist deze attitude-scholing, onder meer door het leren op een goede gesprekstechniek, is namelijk een zaak die zeer veel huisartsen (nog) missen.

3. De rol van de universiteit bij de nascholing.

Een ander facet dat ik mis, is het feit dat we in de toekomst bij de nascholing rekening moeten houden met de situatie die ontstaat door de invoering van het 7e jaar. Nascholing is dan niet meer los te zien van deze universitaire opleiding. Zij is hiermee namelijk op twee wijzen nauw verwant:

a. de opleiders-huisartsen zullen op een of andere manier moeten worden geschoold c.q. bijgeschoold,

er zullen bepaalde eisen worden gesteld aan hun kennis, vaardigheid, attitude enz.;

b. de nascholing van de huisartsen die deze opleiding hebben gevolgd moet hierbij natuurlijk aansluiten (éducation permanente); ook hier dient weer gewezen te worden op het genoemde onder punt 2: het leren van een goede gesprekstechniek zal zeer zeker een belangrijk onderdeel vormen van dit 7e jaar (Brochure Opleiding Huisarts 1971, Instituut voor Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit te Utrecht).

4. Evaluatie.

Het effect van nascholing dient te worden gemeten, met andere woorden wij dienen het rendement van nascholingsactiviteiten op een of andere manier vast te kunnen leggen (Dr. W. Brouwer, Medisch Contact nr. 25/1970, blz. 1377). Hoewel collega Saan zelf dit punt ook aanstipt, is het het grote probleem dat hier nog maar zeer weinig over bekend is, en bovendien datgene wat bekend is niet altijd tot voldoening stemt (Horder, 1971). Collega Saan spreekt ook niet over de methoden die moeten worden gebruikt vóór deze evaluatie. Ook hier is de inbreng van de gedragswetenschappen uiteraard onontbeerlijk.

Uit alle genoemde punten blijkt duidelijk, dat voor nascholing de samenwerking met de universiteit, in het bijzonder de universitaire huisartseninstituten noodzakelijk zal zijn dit, onder meer voor de inbreng van de gedragswetenschappen, de aansluiting bij het 7e jaar en de research. Bovendien zal zeer nauw met het N.H.I. moeten worden samengewerkt, immers dit instituut heeft al veel werk verricht voor de nascholing (research, fonodidactische dienst etc.). De door collega Saan gepropageerde centra zouden dus op zijn minst zeer nauw aan universitaire centra moeten worden gekoppeld. Dat een hoogleraar-huisarts tevens directeur van een dergelijk nascholingscentrum zou kunnen zijn, lijkt mij een onmogelijkheid, gezien de enorme hoeveelheid werk die beide functies met zich mee zullen brengen. Als taakverdeling voor de verschillende activiteiten op nascholingsgebied lijkt mij het volgende dan ook het meest zinvol:

Het N.H.I. en de universitaire centra zouden zich met het volgende bezig moeten houden:

- a. stimulering en coördinering van nascholingsactiviteiten, dit mede in verband met het 7e jaar;
- b. onderzoek, bundeling van de inhoud van nascholing (pooling van onderwerpen), dit alles in overleg met huisartsen en klinieken;
- c. research op het gebied van nascholingsmethodieken en evaluatie van het effect van nascholing;
- d. het bieden van bepaalde service, bijvoorbeeld het ter beschikking stellen van de audiovisuele diensten.

Een goede taakafbakening tussen het N.H.I. enerzijds en de universitaire centra anderzijds is zeer gewenst, hierbij dient men er van uit te gaan dat het N.H.I. op landelijk niveau werkt en de universitaire centra regionaal zijn gericht.

Het N.H.G. en de L.H.V. zullen de uitvoering van de nascholing op zich dienen te nemen. Hierbij zal de L.H.V. vooral het accent leggen op organisatorische en financiële facetten, terwijl het N.H.G. de meer wetenschappelijke kanten, ook in samenwerking met de universitaire centra zal moeten verzorgen. De universiteit heeft uiteraard een grote groep enthousiast en wetenschappelijk geïnteresseerde huisartsen dringend nodig om de bovengenoemde taken te kunnen uitvoeren. Op de organisatorische aspecten van deze samenwerking zal ik niet nader ingaan, wel dient te worden vermeld dat er plannen zijn voor plaatselijke nascholingswerkgroepen met een centraal, coördinerend centrum.

Het door collega Saan geopperde idee tot smelting van N.H.G. en L.H.V. vind ik minder gelukkig. Ook al is er gelukkig een duidelijke klimaatverbetering merkbaar in de samenwerking N.H.G./L.H.V., de doelstelling en de sfeer van beide verschillen nu eenmaal van elkaar. Overigens dient nog te worden benadrukt, dat het juist het N.H.G. is geweest, dat al jarenlang op het belang van attitude-scholing, gesprekstechniek en dergelijke heeft gewezen (bijvoorbeeld de commissie medische psychologie) en bovendien thans bewust streeft naar essentiële veranderingen in de structuur van de gezondheidszorg (congresrede voorzitter N.H.G. 1970, (1970) huisarts en wetenschap, 13, 393).

Wat betreft de financiële kant van het plan wil ik kort zijn; wél vraag ik mij af hoe collega Saan aan zijn kostenschatting komt en of genoemde bedragen niet op andere wijze beter zouden kunnen worden besteed.

Met collega Saan ben ik volkomen eens, dat nascholing niet vanaf de schrijftafel van allerlei organisaties voor nascholing moet worden ontworpen. Het is ver van mij, dat we de activiteiten zouden moeten laten stagneren om eerst nevenproblemen op te lossen. Maar juist omdat we ons met hoofdzaken dienen bezig te houden, is deze reactie geschreven. Wij moeten mijns inziens op de ingeslagen weg voortgaan en de Breedenburg-cursussen verder stimuleren en perfectioneren. Daarbij dienen bovenstaande overwegingen met het oog op de toekomst wél in de gaten te worden gehouden. Voor collega Saan moet het een voldoening zijn, dat zijn destijds gelanceerde plannen overal met succes zijn nagevolgd; te denken valt onder meer aan het reeds genoemde voorbeeld van de Nijmeegse cursus in de Plasmolen in maart 1971.

Ziekenfondsraad wil loongrens ziekenfondsverzekerden verhogen tot f 19.250

De Ziekenfondsraad heeft besloten de ministers van Sociale Zaken en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne te adviseren de loongrens voor de verplichte ziekenfondsverzekering voor het jaar 1972 te bepalen op f 19.250,—. De loongrens bedraagt thans f 17.050,—.

De voorgestelde grens ligt ongeveer f 500,— hoger dan het geval zou zijn geweest, indien overeenkomstig de gebruikelijke methode zou zijn uitgegaan van de indexcijfers van lonen en prijzen over de maand juli. De Ziekenfondswet laat echter ruimte voor een van het gebruikelijke systeem afwijkende berekening, indien er zich bijzondere omstandigheden voordoen. De Ziekenfondsraad was van mening, dat in 1971 inderdaad bijzondere omstandigheden aanwezig waren. De in december 1970 getroffen loonmaatregel heeft namelijk tot gevolg gehad, dat het indexcijfer van de lonen aanzienlijk is achtergebleven bij de feitelijke loonontwikkeling. Het indexcijfer over de maand juli kan dan ook naar de mening van de raad niet maatgevend worden geacht voor de feitelijke loonontwikkeling, waarvan bij de vaststelling van de loongrens moet worden uitgegaan.

De raad heeft de beide bewindslieden geadviseerd de maximum premiedagloongrens vast te stellen op f 62,— (nu: f 55,—).

Voorts zal de Ziekenfondsraad de ministers adviseren het premiepercentage voor de algemene ver-

zekering bijzondere ziektekosten ingevolge de A.W.B.Z., dat thans 1,607 bedraagt, te verhogen tot ongeveer 1,74. Deze verhoging acht de raad nodig vanwege een geraamde stijging van het aantal patiënten met 5% en van de verpleegtarieven met 21%; de laatste stijging houdt verband met kwaliteitsverbeteringen, nieuwbouw en de stijging van lonen en prijzen.

De Ziekenfondsraad is van mening, dat de verhoging van de premie in de huidige omstandigheden zo veel mogelijk moet worden beperkt. Hij wil dat langs twee wegen bereiken:

1. Aansluitende aan de opvatting van de vorige bewindslieden acht de raad het geboden gebruik te maken van renteloze voorschotten van het Rijk om te voorzien in de financieringsbehoefte als gevolg van het vertraagd binnenkomen van de premie; daardoor kan met een kleinere reserve worden volstaan.

2. Van een uitbreiding van het verstrekkingenpakket moet naar het oordeel van de raad althans in 1972 worden afgezien. Indien conform de door de raad ontvangen adviesaanvragen het verstrekkingenpakket wordt uitgebreid en voorts geen gebruik kan worden gemaakt van renteloze voorschotten van het Rijk, kan niet worden volstaan met een premiepercentage van 1,74 maar zal een verhoging tot 2,135 nodig zijn. Aldus een communiqué, dat de Ziekenfondsraad op 27 augustus 1971 liet uitgaan.

Ziekenfondsraad tegen opnemen van „de pil” in het ziekenfondspakket

De ziekenfondsraad heeft zich met zestien tegen vijftien stemmen uitgesproken tegen het opnemen van de pil in het ziekenfondspakket. Zoals bekend was de „pilkwestie” terugverwezen naar de (advies)-commissie verstrekkingen. Deze commissie handhaafde echter haar opvatting, dat alleen een keus mogelijk is uit twee alternatieven: de ziekenfondsverzekerden blijven de pil zelf betalen of de pil wordt helemaal „vrij” gegeven. Volgens de commissie is het namelijk onmogelijk, indicaties te stellen voor gevallen waarin de pil wel of niet voor ziekenfondsrekening zou moeten komen. Als men de pil in het pakket opneemt, zou men naar het oordeel van de commissie ook alle andere anticonceptiemiddelen die onder medische begeleiding worden gebruikt, door het ziekenfonds moeten laten verstrekken. Dat zou voor de fondsen neerkomen op een kostenstijging van naar schatting veertien à vijftien miljoen

gulden per jaar. De raad heeft gekozen voor handhaving van de bestaande situatie. De „voors” en „tegens” liepen dwars door de verschillende groeperingen heen.

Het bestuur van de stichting Welzijn en Bevolkingsgroei heeft inmiddels blijkens persberichten in een telegram aan de minister van Volksgezondheid zijn „ernstige bezorgdheid en verontrusting” uitgesproken over de beslissing van de Ziekenfondsraad de pil niet te laten opnemen in het pakket van ziekenfondsverstrekkingen. De stichting houdt zich bezig met publikaties over en de bevordering van een verantwoorde bevolkingspolitiek. Hierdoor wil de stichting zo veel mogelijk voorkomen, dat Nederland overbevolkt raakt. Ondertekenaars van het telegram zijn Jhr. Mr. A. F. de Savornin Lohman te Rotterdam en Ir. R. van Hasselt te Voorst.

Onvruchtbaarheid en huwelijkssatisfactie

Het literatuurrapport „Onvruchtbaarheid en huwelijkssatisfactie”*, uitgebracht door het Nederlands Instituut voor Sociaal Seksuologisch Onderzoek (N.I.S.S.O.), vormt de weerslag van een vijftigtal studies over huwelijkssatisfactie, onvruchtbaarheid en de mogelijke relatie tussen deze begrippen. De onderzoeken zijn bijna alle van Amerikaanse oorsprong en meestal gedateerd tussen 1950 en 1968. De vraag welke in dit rapport wordt opgeworpen luidt: Wordt de huwelijkssatisfactie beïnvloed door onvruchtbaarheid (aan- of afwezigheid van kinderen) en zo ja, in welke mate?

Huwelijkssatisfactie wordt dan omschreven als het geluk, de voldoening of de bevrediging welke men in het huwelijk ondervindt. Wanneer men de mate van huwelijkssatisfactie vaststelt bij iemand, dan wil dit zeggen, dat men hem plaatst op een schaal ergens tussen de uitersten: maximale satisfactie en volledige afwezigheid van satisfactie. Bij een analyse van de verschillende studies blijken de antwoorden op de gestelde vraag nogal met elkaar in tegenspraak te zijn. Zo hebben de meeste onderzoekers geen verband gevonden tussen de mate van huwelijkssatisfactie en de aan- of afwezigheid van kinderen; enkelen meenden dat de afwezigheid van kinderen samenging met een lagere huwelijks-satisfactie; en weer anderen meenden dat het verband een curve vorm heeft: weinig satisfactie in huwelijken zonder kinderen, toenemend met het aantal kinderen tot aan 3 kinderen, daarna weer afnemend bij 4 en meer kinderen. Dit gebrek aan eensluidendheid hangt tevens samen met de verschillen in onderzoeksoptzet.

Helaas wordt in de literatuur meestal geen onderscheid gemaakt tussen vrijwillige en onvrijwillige kinderloosheid. Dit is belangrijk daar weer andere onderzoekers menen dat het verlangen naar kinderen een grotere samenhang vertoont met de huwelijkssatisfactie dan de aan- of afwezigheid van kinderen in het huwelijk, in die zin, dat echtparen die kinderen wensen een grotere huwelijkssatisfactie hebben dan echtparen die geen kinderen wensen. Daarnaast is getracht een indicatie voor huwelijks-satisfactie te geven middels een analyse van echtscheidingscijfers. Hieruit komt inderdaad naar voren dat het percentage kinderloze huwelijken dat eindigt in een echtscheiding groter is dan het percentage huwelijken met kinderen. Hierbij moet echter worden bedacht dat: a het echtscheidingscijfer aangeeft dat de huwelijkssatisfactie minimaal was, b dat het echtscheidingscijfer slechts zeer ten dele

een indicatie vormt voor de mate van satisfactie in huwelijken die blijven voortbestaan. Men blijft immers ook in een huwelijksituatie voortleven bij gebrek aan alternatieven, om de kinderen, sociale, religieuze druk etc.

Onvruchtbaarheid kan zowel bij de man als bij de vrouw veroorzaakt worden door fysiologische stoornissen, die bij de vrouw van endocrinologische, mechanische en chemische aard kunnen zijn en bij de man van urologische en seksuele aard. Bij de man zijn ook de sperma-afwijkingen een belangrijke oorzaak van onvruchtbaarheid. Gedurende de laatste decennia heeft men ontdekt dat er in 20 tot 25% van de steriele huwelijken geen fysiologische verklaring is te vinden voor de onvruchtbaarheid. Men schrijft in deze gevallen de oorzaken toe aan psychische, sociale of seksuele moeilijkheden tussen de huwelijkspartners of gelokaliseerd in één der partners. Het onderzoek op het terrein van deze zogenaamde „functionele steriliteit” is echter nog niet ver gevorderd. Ingegaan wordt op de diverse typologieën van onvruchtbaren. De vraag die dan bij functioneel sterielen opgeworpen wordt, maar door gebrek aan gegevens niet kon worden beantwoord is welke het verband is tussen huwelijkssatisfactie en huwelijksvruchtbaarheid wanneer deze wordt bepaald of beïnvloed door andere factoren zoals psychische, sociale en seksuele moeilijkheden. Tot nu toe is alleen aangetoond dat er een nauwe relatie bestaat tussen seksuele satisfactie en huwelijks-satisfactie.

Dit brengt ons tot de conclusie dat veel nuttig materiaal is verzameld over een gebied waarvan nog nauwelijks iets bekend is en dat vraagt om nader onderzoek.

Het rapport is verkrijgbaar door f 7,50 te storten op girorekeningnummer 1367444, t.n.v. de penningmeester van het N.I.S.S.O. te Zeist, met vermelding van het nummer van het literatuurrapport.

Miriam Floor, medewerkster N.I.S.S.O.

ADRESWIJZIGINGEN

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

* Giele-Zwier, T.: Onvruchtbaarheid en huwelijkssatisfactie; Literatuurrapport no 4, Zeist, N.I.S.S.O., 1971.

Ledenvergadering, zaterdag 23 oktober 1971

Convocatie voor de tweede gewone ledenvergadering der L.S.V. in het jaar 1971, te houden op zaterdag 23 oktober 1971, des morgens te 10.00 uur, in Esplanade, Lucas Bolwerk te Utrecht (tel. 030-26088).

Agenda

1. Opening.
2. Inleiding door de voorzitter.
3. Goedkeuring notulen eerste gewone ledenvergadering dd. 17 april 1971. Stencil 1971-120.
4. Goedkeuring jaarverslag van de penningmeester over 1970. Stencil 1971-111.
5. Accountantsrapport en verslag Commissie Geldmiddelen over het beheer der geldmiddelen.
6. Décharge van de penningmeester.
7. Goedkeuring begroting voor het jaar 1972. Stencil 1971-112.
8. Vaststelling contributie voor het jaar 1972.
9. Voorstel ook voor het jaar 1972 een extra contributie te heffen van f 525,— ten behoeve van een risico-dekking voor weduwen en wezen.
10. Verkiezing voor de vacature, ontstaan door het tussentijds aftreden van het bestuurslid G. A. M. Hunfeld, chirurg te Bloemendaal ¹⁾).
11. Bekrachtiging van de keuze van de voorzitter.

N.B. Het Centraal Bestuur heeft, overeenkomstig het bepaalde in artikel 18 van het huishoudelijk reglement der L.S.V. als voorzitter voor het jaar 1972 gekozen: *Dr. R. M. Versteegh*, K.N.O.-arts te Utrecht.

12. Tariefaanpassing 1972.
13. Mededelingen van de voorzitter der Onderhandelingscommissie.

1) Er wordt op gewezen dat ingevolge artikel 14 sub 2 van het huishoudelijk reglement der L.S.V. kandidaten kunnen worden voorgedragen door de districtsvergadering of door ten minste 20 leden der vereniging.

Lunchpauze

14.15 uur

14. Voorstel van de Nederlandsche Internisten Vereniging en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde om het adviserend stemrecht van tot de ledenvergadering der L.S.V. toegelaten vertegenwoordigers der wetenschappelijke verenigingen om te zetten in een gewoon stemrecht. Stencil 1971-121.

15. Rondvraag.

16. Feestrede ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan der Vereniging door één der oprichters van de L.S.V., het ere-lid Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen.

17. Sluiting.

Namens het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging de secretaris
Dr. J. P. M. Lelkens

N.B. Na afloop der vergadering stelt het Centraal Bestuur zich voor om, ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan, aan de afgevaardigden en andere belangstellenden ter vergadering een „aangeklede borrel” aan te bieden.

Maatschappij-agenda 1971

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

BEGROTING LANDELIJKE SPECIALISTEN VERENIGING 1972

	werkelijkheid 1970	begroting 1971	begroting 1972
Inkomsten			
1. Contributies	f 455.960,50	f 660.000,—	f 660.000,—
2. Intrest	„ 45.525,88	„ 40.000,—	„ 45.000,—
3. Onderhuur	„ 11.240,—	„ 8.000,—	„ 11.200,—
	f 512.726,38	f 708.000,—	f 716.200,—
Uitgaven			
1. Onkosten Centraal Bestuur, commissies enz.	f 32.487,58	f 47.500,—	f 40.000,—
2. Representatiekosten Centraal Bestuur	„ 1.278,23	„ 1.500,—	„ 1.500,—
3. Vergoeding inkomstenderving, kostenvergoeding en assistentie	„ 41.033,20	„ 120.000,—	„ 110.000,—
4. Salarissen personeel	„ 187.699,92	„ 220.000,—	„ 200.000,—
5. Toelage autokosten	„ 7.200,—	„ 7.200,—	„ 8.000,—
6. Premies pensioenverzekering personeel	„ 40.942,30	„ 65.000,—	„ 52.000,—
7. Sociale lasten enz.	„ 16.576,63	„ 18.000,—	„ 18.000,—
8. Onkosten ledenvergadering enz.	„ 10.687,80	„ 10.000,—	„ 10.000,—
9. Vergoeding aan Maatschappij voor kantoorhuur, ser- vice enz.	„ 128.422,—	„ 100.000,—	„ 135.000,—
10. Porti, telefoon, telegraaf	„ 8.919,—	„ 10.000,—	„ 10.000,—
11. Kantoorinventaris	„ 5.179,88	„ 2.000,—	„ 4.000,—
12. Kantoorbehoeften	„ 7.363,19	„ 5.000,—	„ 10.000,—
13. Bibliotheek en abonnementen	„ 3.390,08	„ 3.500,—	„ 3.500,—
14. Kosten Commissie Oudedagsvoorziening Specialisten .	„ 10.020,65	„ 30.000,—	„ 30.000,—
15. Kosten vergaderingen Europese Specialisten Unie ...	„ 4.388,45	„ 10.000,—	„ 5.000,—
16. Reservering aanvulling kapitaal	„ 20.000,—	„ 20.000,—	„ 20.000,—
17. Diverse en onvoorziene uitgaven	„ 13.778,45	„ 38.300,—	„ 59.200,—
	f 539.367,36	f 708.000,—	f 716.200,—

Toelichting

Bij de opstelling van de begroting voor het jaar 1972 waren nog geen gegevens beschikbaar omtrent de resultaten van de contributie-inning volgens het nieuw ingevoerde systeem in 1971. Voorzichtigheidshalve is bij een gelijkblijvende contributie voor het jaar 1972 op de u hierbij voorgelegde begroting het aan contributies in 1972 te ontvangen bedrag op gelijke hoogte gehandhaafd als de desbetreffende raming op de begroting voor het jaar 1971.

Bij een zo reëel mogelijke benadering van de uitgaven op de begroting komen wij tot een sluitende begroting met een post „diverse en onvoorziene uitgaven” tot een bedrag van f 59.200,—, terwijl ook ditmaal een bedrag van f 20.000,— werd opgenomen ter aanvulling van het kapitaal der Vereniging.

Gezien deze beide laatste posten, kan de hoop worden uitgesproken dat de resultaten-rekening van het jaar 1972 een behoorlijk voordelig saldo zal kunnen opleveren.

In verband met de nieuw ingevoerde pensioenregeling voor het personeel der Maatschappij is de post „premie pensioenverzekering personeel” gesteld op 26% van de begrote salarispost (door het personeel zelf wordt voor de pensioenvoorziening bijgedragen 10% van de pensioengrondslag).

De overige posten van de begroting wijken niet zodanig af van dezelfde posten op de begroting 1971 dat deze afzonderlijke toelichting behoeven.

Om voor de dekking van de uitgavenraming een sluitende begroting te verkrijgen, stelt het Centraal Bestuur de ledenvergadering voor bovenstaande begroting goed te keuren en aan de hand daarvan de normale contributie voor het jaar 1972 te stellen op f 200,— (overeenkomende met het voor 1971 als contributie-grondslag vastgestelde bedrag van f 80,—).

Namens het Centraal Bestuur der
Landelijke Specialisten Vereniging
de penningmeester
G. Groenewoud

BALANS PER 31 DECEMBER 1970

Activa		31-12-1970	31-12-1969	Passiva		31-12-1970	31-12-1969
Kantoorinventaris	..... f	1,—	f 1,—	Kapitaal	..... f	259.051,—	f 212.937,31
Deelneming waarborgkapitaal				Algemene reserve	..... „	73.118,48	„ 73.118,48
O.L.M.A.	..... „	430.000,—	„ 430.000,—	Fonds inzake deelneming waar-			
Lening u/g	..... „		1.941,70	borgkapitaal O.L.M.A.	..... „	454.162,05	„ 454.209,55
Te vorderen contributies	..... „	10.651,25	„ 11.312,50	Fonds voor economische en			
Diverse vooruitbetaalde en te				statistische onderzoeken	..... „	103.036,99	„ 128.365,10
vorderen posten	..... „	42.825,16	„ 71.564,73	Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst	..... „	22.013,53	„ 18.819,32
Effecten	..... „	384.305,68	„ 405.388,34	Bankschuld	..... „		1.835,82
Geldmiddelen	..... „	35.344,41	„ 71,70	Diverse schulden	..... „	18.386,43	„ 14.972,34
Nadelig saldo 1970	..... „	26.640,98		Voordelig saldo 1969	..... „		16.022,05
		<u>f 929.768,48</u>	<u>f 920.279,97</u>			<u>f 929.768,48</u>	<u>f 920.279,97</u>

STAAT VAN BATEN EN LASTEN OVER HET BOEKJAAR 1970, VERGELEKEN MET DE BEGROTING 1970

Baten		begroting	werkelijkheid	Lasten		begroting	werkelijkheid
Contributies	..... f	465.000,—	f 455.960,50	Onkosten Centraal Bestuur,			
Intrest	..... „	45.000,—	„ 45.525,88	commissies enz.	..... f	45.000,—	f 32.487,58
Onderhuur	..... „		11.240,—	Representatiekosten Centraal			
				Bestuur	..... „	1.500,—	„ 1.278,23
				Vergoeding inkomstenderving,			
				kostenvergoedingen en			
				assistentie	..... „	50.000,—	„ 41.033,20
				Salarissen personeel	..... „	155.000,—	„ 187.699,92
				Toelagen autokosten	..... „	7.200,—	„ 7.200,—
				Premies pensioenverzekering			
				personeel	..... „	50.000,—	„ 40.942,30
				Sociale lasten enz.	..... „	15.000,—	„ 16.576,63
				Onkosten ledenvergaderingen			
				enz.	..... „	10.000,—	„ 10.687,80
				Vergoeding aan Maatschappij			
				voor kantoorhuur, service enz.	..... „	85.000,—	„ 128.422,—
				Porti, telefoon, telegraaf	..... „	10.000,—	„ 8.919,—
				Kantoorinventaris	..... „	2.000,—	„ 5.179,88
				Kantoorbehoeften	..... „	4.000,—	„ 7.363,19
				Bibliotheek en abonnementen	..... „	3.000,—	„ 3.390,08
				Kosten Commissie Oudedags-			
				voorziening Specialisten	..... „	30.000,—	„ 10.020,65
				Kosten vergaderingen Europese			
				Specialisten Unie	..... „	5.000,—	„ 4.388,45
				Reservering voor aanvulling			
				kapitaal	..... „	20.000,—	„ 20.000,—
				Diverse en onvoorziene uitgaven	..... „	17.300,—	„ 13.778,45
						<u>f 510.000,—</u>	<u>f 539.367,36</u>
				Nadelig saldo	..... „		f 26.640,98
						<u>f 510.000,—</u>	<u>f 512.726,38</u>

De hierboven opgenomen balans per 31 december 1970 en de staat van baten en lasten over het jaar 1970 werden overgenomen uit het rapport van de Nederlandse Accountants Maatschappij te Amsterdam, dd. 13 april 1971 uitgebracht aan het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging over de controle der administratie dezer Vereniging over het boekjaar 1970.

De accountantsverklaring van het rapport, dat op

de ledenvergadering der L.S.V. dd. 23 oktober 1971 voor de afgevaardigden ter inzage ligt, luidt als volgt:

„Op grond van onze werkzaamheden verklaren wij, dat wij de jaarrekening over 1970, zoals deze op de bijlagen 1 en 2 is opgenomen, akkoord hebben bevonden.”

De staat van baten en lasten over het boekjaar 1970 geeft een nadelig saldo van f 26.640,98 aan,

tegenover een zonder saldo sluitende begroting voor 1970.

Bij vergelijking van de uitkomst over 1970 met de begroting blijkt:

Hogere baten dan begroot

Onderhuur	f 11.200,—
Intrest	„ 500,—
	<u>f 11.700,—</u>

Lagere baten dan begroot

Contributies	„ 9.000,—
	<u>f 2.700,—</u>

Lagere lasten dan begroot

Onkosten Centraal Bestuur, commissies enz.	f 12.500,—
Representatiekosten Centraal Bestuur	„ 200,—
Vergoeding inkomstenderving, kostenvergoedingen en assistentie	„ 9.000,—
Premies pensioenverzekering personeel	„ 9.100,—
Porti, telefoon, telegraaf	„ 1.100,—
Kosten Commissie Oudedags- voorziening Specialisten	„ 20.000,—
Kosten vergaderingen Europese Specialisten Unie	„ 600,—
Diverse en onvoorziene uitgaven ..	„ 3.500,—
	<u>f 56.000,—</u>
	<u>f 58.700,—</u>

Hogere lasten dan begroot

Salarissen personeel	f 32.700,—
Sociale lasten enz.	„ 1.500,—
Onkosten ledenvergaderingen enz. ..	„ 700,—
Vergoeding aan Maatschappij voor kantoorhuur, service enz.	„ 43.400,—
Kantoorinventaris	„ 3.200,—
Kantoorbehoeften	„ 3.400,—
Bibliotheek en abonnementen	„ 400,—
	<u>f 85.300,—</u>

Per saldo is het resultaat ongunstiger dan begroot f 26.600,—

Toelichting

Uit bovenstaande opstelling moge zijn gebleken dat de uitgaven-rekening tot een bedrag van f 26.600,— ongunstiger is geweest dan begroot, terwijl voorts de contributie-inkomsten tot een bedrag van f 9.000,— beneden de raming zijn gebleven.

Beneden de begroting werd gebleven tot een totaal bedrag van f 58.700,—, terwijl tot een totaalbedrag van f 85.300,— de uitgaven de begrote bedragen te boven gingen.

De post „salarissen personeel” ligt hoger dan begroot, als gevolg van het feit dat een administratieve kracht werd aangetrokken, terwijl daarnaast een herziening plaatsvond van de salarissen van het personeel in het kader van de algemene herziening van de salarissen van het personeel in dienst van de Maatschappij, hetgeen o.a. in heeft gehouden dat de A.O.W.-premie ten laste van de werkgever werd gebracht.

De exploitatie van het nieuwe gebouw bleek hogere lasten mee te brengen dan waarop bij het opstellen van de begroting kon worden gerekend, zodat de begrote post hiervoor met een bedrag van f 43.400,— werd overschreden.

De totale resultaten-rekening sluit derhalve met een nadelig saldo van f 26.600,—. Dit brengt mede dat het kapitaal der Vereniging, dat volgens de begroting wordt aangevuld met een bedrag van f 20.000,—, verlaagd zal moeten worden met een bedrag van f 26.600,—. Per saldo is er derhalve een nadelig saldo van f 6.600,—, waarmee het kapitaal der Vereniging moet worden verminderd.

Voorgesteld wordt derhalve dit nadelig saldo ten bedrage van f 6.600,— ten laste te brengen van het kapitaal der Vereniging.

Namens het Centraal Bestuur der
Landelijke Specialisten Vereniging
de penningmeester
G. Groenewoud

MC | VAN HET CENTRAAL BESTUUR L.A.D.

Kort verslag

Kort verslag van de vergadering van het centraal bestuur der L.A.D., gehouden op 18 juni 1971 in het gebouw der K.N.M.G. te Utrecht.

Voorzitter: H. Voorzanger

Naar aanleiding van een door Dr. E. van Leer opgesteld model van een salarissysteem voor het wetenschappelijk corps van de medische faculteiten ontstaat een discussie over de verhouding tussen

de L.A.D.-richtlijnen voor salarissen en pensioenen en een model als genoemd, bestaande uit schalen. Opgemerkt wordt, dat, nu de L.A.D. steeds meer wordt betrokken in gesprekken betreffende salarissen van ambtenaren, het noodzakelijk kan voorkomen dat voor een concreet geval de richtlijnen moeten kunnen worden vertaald in een systeem met schalen: het door Dr. E. van Leer opgestelde model is een dergelijke „vertaling”. Het centraal bestuur kan zich met het model verenigen.

De richtlijnen voor salarissen en pensioenen van artsen in dienstverband per 1 juli 1971 worden vervolgens in aanwezigheid van de salaris- en pensioencommissie goedgekeurd en voor publikatie vrijgegeven. Besloten wordt geen bedragen voor salaris-

sen voor assistent-geneeskundigen te vermelden in de richtlijnen, omdat nog gesprekken hierover gaande zijn. Een uitsluitend naar de overheidstrend berekende salarisaanpassing per 1 juli 1971 wordt door het centraal bestuur als niet juist ervaren.

Aan de orde komt een schrijven van de salaris- en pensioencommissie aan het centraal bestuur, waarin als mening van deze commissie wordt gesteld, dat het beleid van de redactie van „Medisch Contact” te wensen over lijkt te laten met betrekking tot het opnemen van artikelen, waarin op naar het oordeel van de commissie aanvechtbare wijze vergelijkende berekeningen worden gemaakt van salarissen van artsen in dienstverband en honoraria van vrijgevestigde artsen. Het centraal bestuur onderschrijft deze mening van de salaris- en pensioencommissie en besluit voorts dit ter kennis te brengen van het bestuur van „Medisch Contact”, zulks onder gelijktijdige aanbieding van het verzorgen van commentaar indien dergelijke artikelen in de toekomst ter publikatie worden aangeboden.

Besloten wordt het hoofdbestuur van de K.N.M.G. inzake de vraag naar de wenselijkheid om de zogenaamde ent-gulden te handhaven te adviseren de ent-gulden te doen vervallen in die gevallen, waar het enten kan worden begrepen in ambtelijk gesalarieerde activiteit. Een bedrag zal dan in andere vorm ten goede kunnen komen aan de instanties, die bij het enten zijn betrokken, voorzover dit instanties, voortkomend uit en stoelend op particulier initiatief betreft.

Aan de Centrale van Hogere Ambtenaren zal worden bericht, dat het centraal bestuur aanzienlijke problemen verwacht indien de jaarlijkse bijdragen van de leden-verenigingen wederom meer dan trendmatig zullen stijgen.

Namens de L.A.D. hebben W. C. de Boer en Mr. J. J. Witteveen de vergadering van het Permanent Comité der artsen in de E.E.G. te Rome bijgewoond. Tijdens deze plenaire zitting is naar voren gekomen, dat de kans bestaat, dat de Raad van Ministers de aanbevelingen van het Permanent Comité inzake de uitwisseling van artsen niet integraal zal overnemen. Het Permanent Comité bezint zich nu op mogelijk te ondernemen acties. Het centraal bestuur besluit de heer Witteveen deel uit te laten maken van de internationale commissie van juristen van het Permanent Comité.

J. Knol, geneesheer-direkteur van de Psychiatrische Inrichting „Het Groot Graffel” te Warnsveld, is aangezocht en bereidgevonden de L.A.D. te vertegenwoordigen in de commissie van Advies en Bijstand inzake ziekenhuisvoorzieningen van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de Provincie Gelderland. G. Houwink, medisch adjunct-direkteur van het Provinciaal Ziekenhuis te Santpoort, heeft de L.A.D. in de overeenkomstige commissie in de Provincie Noord-Holland willen representeren.

Aan de orde wordt gesteld het ambtsgeheim van de medisch adviseur van een ziekenfonds, aan de hand van in te winnen advies zal het centraal bestuur zich nader beraden in deze.

MC | PERSONALIA

Nieuwe leden

H. W. Andriessen, De Leyen 26, Drachten
 Mevr. A. K. Beunen-Corts, Marie Koenenlaan 111, Tilburg
 F. T. Bosman, Asserstraat 20, Leiden
 E. A. V. M. Broecheler, Menuetstraat 6, Nijmegen
 Mevr. M. S. Christoffels-Speelman, Burg. Hogguerstraat 161, Amsterdam
 P. C. L. Docter, Nic. Anslinstraat 38, Amsterdam
 A. C. Douwes, Roerstraat 84 II, Amsterdam
 Mej. C. M. van Dijk, Da Costakade 194 A, Amsterdam
 J. H. H. Eijsbouts, Visotterstraat 4, Nijmegen
 A. P. G. de Gijzel, Hereweg 131, Warmond
 J. de Haan, Grindweg 284, Scherpenzeel (Fr.)
 M. F. G. Haan, Mauritsstraat 23, Wehl
 G. A. W. Helming, Neptunusstraat 40, Nijmegen
 Mej. M. G. W. C. Höppener, Fokke Simonszstraat 20, Amsterdam
 Mej. H. C. Horstman, Molenpad 15-17, Amsterdam
 K. Huibregtse, Keizersgracht 618, Amsterdam
 R. H. Kauffmann, P. C. Hoofdstraat 22, Amsterdam
 C. J. Kemp, Citadellaan 49, 's-Hertogenbosch
 W. A. H. Keur, Patmosdreef 16, Utrecht
 P. G. Knock, Hezelstraat 8, Ooy (Nijm.)
 G. A. M. Kokke, Delistraat 62, Nijmegen
 F. J. M. König, Aubadestraat 140, Nijmegen
 L. B. A. J. M. Kortmann, Veldzicht, Dorpsstraat 33, Zoeterwoude
 P. A. Le Maire, De Vang 18, Malden
 H. J. Nagel, Kerkdijk 21, Heerde
 E. Philips, Keizersgracht 429, Amsterdam
 D. Plat, J. F. Kennedylaan 39, Drachten
 C. M. Roos, Lohiegracht 19, Amsterdam
 H. A. W. Sinnige, p/a Rijksstraatweg 31, De Meern
 Dr. J. Stutterheim, „Klein Olterterp” 12, Olterterp
 Mevr. J. Timmers-den Hertog, Amstelveenseweg 61, Amsterdam
 P. L. Tjepkema, Tuyl van Serooskerkenweg 42 IIII, Amsterdam
 W. H. A. Verburg, Valeriusstraat 294 hs, Amsterdam
 H. Visser, Sarphatipark 11, Amsterdam
 Th. B. Voorn, J. W. Passtraat 137, Nijmegen
 Mej. J. P. C. van de Waal, Laan van Ouderzorg 44, Leerdorp
 W. van Willigen, Schubertlaan 15, Leiden
 J. van 't Wout, Treubstraat 27, Katwijk aan Zee
 A. J. de Wijs, Rapenburg 29, Leiden.

Overleden

Dr. D. J. Beck, Bejaardenstichting „St. Jozef”, Weerselo
 M. L. Beerman, Eendrachtsweg 40 A, Rotterdam
 G. J. Bon, (p/a Nude 52, Wageningen) Julianalaantje 38, Rijswijk
 H. Bonnema, Burg. Reindersstraat 8, Rolde
 Dr. G. Brat, 's-Gravendijkwal 92, Rotterdam
 J. J. Eckhardt, Fred. Hendriklaan 14, Haarlem
 W. L. Pel, Frankenslag 346, 's-Gravenhage
 Dr. J. Snijder, Eikbosserweg 111, Hilversum

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

DE MONDIGE STERVELING

Het is verheugend, dat Mr. Ekelmans in „De mondige sterveling” (M.C. nr. 30/1971, blz. 791) de mythe van de absolute eerbied voor het menselijk leven aan de kaak stelt. Velen zullen het verder met hem eens zijn, dat het doodverklaren van een „donor” ten behoeve van transplantateurs een herformulering van doodscriteria nodig heeft gemaakt. Ook lijkt het juist om — zoals de auteur doet — „euthanasie” in verband te brengen met de relatieve overbevolking en de relatieve schaarste van middelen; vergelijk ook de Russells met hun „Apen en mensen”. Tenslotte lijkt het juist om de vraag te stellen, wie de behoeders van de medische ethiek zijn: de individuele arts, de medici als groep, of de gemeenschap.

Euthanasie is overigens voor Mr. Ekelmans onder bepaalde voorwaarden aanvaardbaar, zowel actief als passief, zowel op verzoek van de patiënt alsook ongevraagd, zowel bij defecten alsook (in de toekomst?) bij niet-defecten. Als jurist gaat de auteur na, wie hij wil beschermen en hij vindt een criterium in het definitief in de onmogelijkheid komen van reële sociale communicatie. Wanneer zo’n toestand optreedt, spreekt de auteur niet meer van subject maar van object of preparaat. Als rechtssubject kent hij zo’n preparaat nog wel één recht toe, namelijk om te sterven „al was het enkel om verdere aftakeling en ontluistering — dat is ook een aspect van eerbied voor het menselijk leven! — te voorkomen”, voegt hij daaraan toe.

Dat zou dus kunnen gaan betekenen, dat behandelende artsen op grond van de zogenaamde ontluistering de patiënt mogen en zelfs moeten doden: wanneer de betrokkene zijn wil daartoe heeft kenbaar gemaakt, zou de arts volgens de auteur kunnen worden gedwongen, bijvoorbeeld door een kantonrechter, om zo’n patiënt te doden — als ik het tenminste goed begrijp. In overeenstemming met de visie van Mr. Ekelmans zou het dus zijn, als een ziekenfondscontrole-arts als vertegenwoordiger van de gemeenschap de huizen voor demente bejaarden be-

zoekt en dan bepaalt, dat patiënt X vanaf de volgende dag of week geen recht meer kan doen gelden op een verpleging als ziekenfondsverstrekking: omdat hij dan een preparaat is geworden. Neemt Sociale Zaken in zo’n geval geen ander standpunt in, dan moet de patiënt maar naar het „morticinium”. Er moet dan altijd nog een arts worden gevonden die het preparaat nog een handje verder helpt. De moeilijkheid kan dan zijn, dat ook de ziekenfondscontrole-arts daar niet voor voelt. Het probleem van de gemeenschap wordt dan: hoe vindt ze de uitvoerende doder, als de artsen weigeren om zich dit op te laten leggen.

Het is ook wel een hele sprong vanuit de huidige situatie naar die van de auteur: momenteel is assistentie bij zelfmoord nog strafbaar, evenals aanmoediging daartoe. Na Barrington, die de zelfmoord van zieke ouderen en zwakken tot heroïsche daad wil verheffen, nu haar confrère Ekelmans, die de medicus q.q. executeur wil maken. Ten overvloede zij hierbij nog opgemerkt, dat zowel de vrije patiëntenkeuze als de vrije beroepsuitoefening met het invoeren van zo’n regel mee om zeep zouden gaan.

De auteur hanteert verder zijn criterium: de communicatie-onmogelijkheid, inconsistent; de softenonbaby is volgens hem object maar deze communiceert best. De auteur heeft een gelovig ontzag in de voortschrijding der wetenschap en hij meent dat deze onherroepelijk mee zal brengen: dwingende regulering van beëindiging van menselijk leven, ook wanneer dit niet defect is. Dit geloof maakt dan, dat hij zijn criterium nu helemaal los laat met een beroep op een soort bovenaardse wetenschap. Ook dit is inconsequent: hij zegt te voren, dat de mens „zelf is belast met het beheersen van de gehele natuur”. Maar deze pretentie van roeping om de natuur zo goed en zo kwaad als het gaat te beheersen ontleent de mens juist aan „zijn” wetenschap! Dat betekent in feite dat de mens, nu hij zijn wetenschap als een hollend paard niet meer in zijn macht heeft, op gemakkelijker voorwaarden dan tevoren zijn medemensen mag en moet gaan doden. Natuurlijk kan een „gemeenschap” besluiten om bepaalde categorieën defecten en niet-defecten op te ruimen. Daarbij is het niet altijd gebruikelijk om daarvoor de medici hand- en spandiensten te vragen. Het Nazi-regime werkte bijvoorbeeld met vrijwilligers-artsen voor de concentratiekampen.

Tenslotte mogen wij Mr. Ekelmans

dankbaar zijn voor de openhartige wijze waarop hij zijn mening te berde heeft gebracht. Wij zijn zo weer eens gewaarschuwd voor wat er alzo onder andere groeperingen over medische ethiek wordt gedacht.

Beverwijk, 3 augustus 1971

J. H. van Meurs, zenuwarts

EUTHANASIE

Om de vraag te beantwoorden of euthanasie in beginsel mag worden toegepast, kunnen we volstaan met het uiterste geval in ogenschouw te nemen, waarbij iedereen het erover eens is, dat de dood van de lijdende patiënt met onherstelbaar geestelijk defect voor hemzelf en zijn omgeving alleen maar een verlossing betekent. Is euthanasie in dit uiterste geval geoorloofd, dan rijzen vele vragen: Mag alleen passieve of ook actieve euthanasie worden toegepast? Welke omstandigheden wettigen euthanasie? Mag het belang van iemand anders dan de patiënt (bijvoorbeeld een familielid of een patiënt wiens leven door een orgaan gered kan worden) gewicht in de schaal leggen, zodat deze doorslaat naar de ene of de andere zijde? Mogen economische factoren een rol spelen? Enzovoorts. Het probleem is uitermate gecompliceerd en stelt ons voor bijzonder moeilijke beslissingen.

Er zijn echter ernstige bezwaren tegen het vrijgeven van euthanasie, die naar ik meen zwaarder wegen dan het belang van de lijdende patiënt voor wie geen enkele hoop meer bestaat. Wanneer iedereen weet dat een arts in bijzondere gevallen het leven mag beëindigen, ontstaat een toestand van *onze-kerheid* voor allen die ernstig ziek en bang voor de dood zijn, voor allen die vrezen ernstig ziek te zullen worden, voor allen die sterk gehecht zijn aan ernstig zieke personen, en ten slotte ook voor allen die over leven of dood moeten beslissen, in het bijzonder voor artsen en familieleden. Toegestane euthanasie is een bron van angst en gewetensconflicten. Ik meen daarom, dat het middel erger is dan de kwaal en dat wij verstandig doen de wet niet te veranderen. Waarbij wij er rekening mee mogen houden, dat in de praktijk vrijwel iedere arts uit menslievendheid min of meer euthanasie toepast door maatregelen te treffen of na te laten waardoor de dood van een ongeneeslijk zieke wordt verhaast.

's-Gravenhage, 21 augustus 1971

D. Fleischer

In de strijd tegen het overmatig vetgebruik worden taptemelk en karnemelk met toenemend succes ingezet. Het tapte- en karnemelkverbruik steeg tussen 1950 en 1970 van 16,0 kg tot 20,8 kg per hoofd van de bevolking. Het vetgehalte van melk ligt, afhankelijk van de produktiemethode, rond de 0,4-0,5%. Dit melkprodukt bevat niet alleen proteïnen maar ook een groot deel van de voedingszouten en vitaminen, althans de in water oplosbare vitaminen B en C. Verder staat ieder glas karnemelk (2,5 dl) voor 80 calorieën. De lof der karnemelk wordt deze maanden gezongen door een viertal dreumesen met als geestelijke vader de illustrator Dick Bruna en in het leven geroepen op instigatie van het Nederlands Zuivelbureau. De affiches waarop zij figureren zijn op zo'n 9.000 aanplakplaatsen in ons land aangebracht. Voor wie er een plaats in zijn wachtkamer voor wil inruimen, het adres van het Nederlands Zuivelbureau: Cort van der Lindenstraat 7, Rijswijk, tel. 070-985550.



Het lid van de Tweede Kamer voor DS'70, de arts J. Z. Baruch, heeft minister Stuyt van Volksgezondheid en Milieuhygiëne schriftelijk gevraagd, of deze heeft kennisgenomen van een publicatie in Medisch Contact (M.C. nr. 33/1971, blz. 865), waaruit zou blijken dat van de 4.410 huisartsen die in ons land werkzaam zijn slechts 95 de huisartsenpraktijk uitoefenen in enig samenwerkingsverband, zoals groepspraktijken en gezondheidscentra. De heer Baruch vervolgt zijn schrijven aldus: „Wil de minister bevorderen, in overleg met overheids- en belangenorganisaties, dat de huisartsgeneeskunde in toenemende mate mogelijk zal worden gemaakt in de vorm van groepspraktijken en/of gezondheidscentra, dit overigens zonder dat deze ontwikkeling ten nadele zou gaan van de individuele vorming van huisartspraktijken? Wil de minister, zoals in bovengenoemd artikel wordt betoogd, daartoe met lagere organen zoals de gemeenten contacten (doen) opnemen ten einde hen op de verschillende problemen die met de vorming van groepspraktijken gepaard gaan te wijzen, zoals uitgifte van grond voor de bouw van groepspraktijken, het bespreken van de financiële aspecten van de groepspraktijken met de aanstaande deelnemers? Tenslotte: „Wil de minister te zijner tijd, bijvoorbeeld

na verloop van een jaar, de Vaste Commissie voor Volksgezondheid van de Tweede Kamer op de hoogte stellen van de door hem in dit verband ondernomen stappen en van de resultaten die hiervan het gevolg zijn?”



Met toestemming van de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zal een experiment tot wijziging van de opleiding voor verplegenden en verzorgenden worden ingesteld. Deelnemende experimentgroepen zijn: de Onderwijscommissie samenwerkende inrichtingen voor gezondheidszorg in Oost-Brabant, de Stichting centrale opleiding voor beroepen in de gezondheidszorg in Friesland, het Bureau welzijnsplan Zuid-Drenthe, de Stichting christelijke school tot opleiding van verplegenden „Prinses Margriet” te Rotterdam en de Samenwerkende instituten van gezondheidszorg te Den Haag. Reeds enige jaren bestaan plannen om te komen tot een andere opzet van de verpleegopleidingen. Bij de nieuw in te stellen „experimentplannen” is het de bedoeling de opleidingen toe te vertrouwen aan scholen in de zin van de Wet op het voortgezet onderwijs en niet langer aan de inrichtingen zelf, zoals nu het geval is. De verpleegscholen zullen het karakter van middelbaar beroepsonderwijs hebben, eventueel met een uitbreiding naar het hoger beroepsonderwijs. Enkele experimenten starten september 1972.



„Betekent de stelling van de minister (te weten de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne), dat „de kosten van anticonceptiva in het algemeen zo gering zijn, dat niet aangenomen mag worden dat de omvang van het gebruik daardoor wordt belemmerd en dat het gratis ter beschikking stellen van deze middelen dan ook niet van invloed zal zijn op het aantal ongewenste zwangerschappen en daarmede op het aantal gevallen van abortus provocatus”, niet volgens Bartjens dat ook een eigen bijdrage in het kader van de ziekenfondsverzekering niet van invloed zal zijn op het aantal verstrekkingen binnen die verzekering en daarmede op de volksgezondheid? Waarom verwacht de minister, blijkens zijn persconferentie van 14 juli jl., van zulk een eigen bijdrage dan toch een kostendrukkende invloed? Moet worden geconcludeerd, dat de eigen ziekenfondsbijdrage

waaraan de minister denkt niet „in het algemeen gering” zal zijn? Welke orde van grootte stelt de minister zich voor?” Aldus vragen van het Tweede Kamerlid Dolman (P.v.d.A.). Minister Stuyt antwoordde, dat zijns inziens de kosten van anticonceptiva en een „eigen bijdrage” als aangegeven in het regeerakkoord, onvergelykbare grootheden zijn: op de eerste vraag zegt hij daarom nee. Voor de beantwoording van de overige vragen verwijst de bewindsman naar een eerder antwoord zijnerzijds op vragen van dezelfde vragensteller (zie M.C. nr. 32/1971, blz. 843, punten 7 en 8), inhoudende dat hij zich voorshands niet waagt aan een voorstelling van de kostendaling ten gevolge van de invoering van een eigen bijdrage noch ook aan een becijfering van de omvang van zo'n eigen bijdrage.



De staf van het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde heeft besloten een aantal studenten reeds tijdens het tweede studiejaar (nadat het prope-deutisch examen met goed gevolg is afgelegd) in staat te stellen kennis te maken met de huisartsgeneeskunde. Dit blijkt uit een bericht in Centrum, informatieblad van het Universitair Medisch Centrum te Leiden, d.d. 26 augustus 1971. De staf hoopt, dat een aantal huisartsen, leden van de perifere kliniek van het L.I.H., zich als mentor voor dit project beschikbaar zal stellen; van deze bereidheid hangt het aantal beschikbare plaatsen voor de stage af. De student zal door zijn mentor in een gezin van de praktijk worden geïntroduceerd en volgens een bepaalde procedure over een aantal aspecten verslag moeten uitbrengen. Maandelijks van oktober tot en met mei vindt een gezinsbezoek plaats, terwijl de student minstens vier keer per jaar een gesprek met zijn mentor heeft. In januari en juni dient hij een bespreking op het instituut bij te wonen. Aan deelneming aan de stage gaat het afleggen van een toets vooraf. Het is de bedoeling de stage tot aan het doctoraalexamen voort te zetten; de student wordt dan gedurende een belangrijk gedeelte van zijn studie begeleid door een mentor-huisarts.



Op zaterdag 25 september 1971 vindt in de collegezaal van de psychiatrie kliniek van het Academisch Ziekenhuis, Oostersingel 59, Groningen, een „Symposium over de

opleiding tot medisch specialist" plaats. De organiserende vereniging, de Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen (L.V.A.G.), wil met dit symposium een bijdrage leveren aan het op gang komende gesprek over heden en toekomst van de specialistenopleiding.

Als sprekers zijn hiervoor aangetrokken („Planning, noodzaak voor behartiging van belangen”); Dr. F. Doeleman, hoofd afdeling Onderwijs N.I.P.G. („De Nederlandse opleiding tot sociaal-geneeskundige”); Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, lid Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten („Heden en toekomst van de opleiding tot medisch specialist in Nederland”); Dr. C. Lundstedt, voorzitter Danish young doctor association („Specialist training in Denmark”); en G. Neale, M.B., F.R.C.P., hoofd Royal Postgraduate Medical School, Londen („Postgraduate training in Great Britain”). 's Middags is er een paneldiscussie; het geheel wordt geleid door Prof. Dr. N. G. M. Orle, decaan van de medische faculteit Groningen. Belangstellenden kunnen zich voor deelneming opgeven bij de penningmeester van de Symposion Commissie, J. W. H. L. Meertens, Hulstweg 8, Glimmen (Gr.); gelijktijdig dienen zij f 5,— over te maken op nummer 57.12.15.513 van de Algemene Bank Nederland te Haren (postgironummer 802394), ten gunste van de Symposion Commissie L.V.A.G.



De Kernraad van de Universiteit van Amsterdam heeft in een motie de voorgenomen verhoging van de collegegelden onaanvaardbaar genoemd. De tekst van de motie, die in de vergadering van 18 augustus werd aangenomen en die aan de leden van de Staten Generaal is toegestuurd, luidt als volgt: „De Kernraad van de Universiteit van Amsterdam, in vergadering bijeen op 18 augustus 1971; kennis genomen hebbende van het voorstellen van de regering de collegegelden te verhogen; overwegende, dat deze verhoging voor vele studenten de beëindiging van hun studie kan betekenen, terwijl zij voorts de doorstroming van studenten uit de midden-groepen zal blokkeren; keurt dit voorstellen van de regering ten zeerste af en besluit een beroep te doen op de leden van de Staten Generaal de voorgenomen wijziging van het Collegegeldenbesluit openbare universiteiten en rijkshogescholen van 26 juni 1963, Stb. 279 te verhinderen”.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

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

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

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

Oplage: 16.850 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 16.30 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411:

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfonds Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021