



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

## REDACTIONEEL

### Plenaire zitting van het Comité Permanent van de artsen der E.E.G.

De Luxemburgers zijn op hun verzoek in de gelegenheid gesteld geweest gastheren te zijn voor het houden van een plenaire zitting van het Comité Permanent der Artsen der Europese Economische Gemeenschap, welk comité zijn presidium en secretariaat ook dit jaar nog aan de Belgen heeft opgedragen. Volgend jaar zal Italië aan de beurt komen om de leiding te nemen, nadat die gedurende de elf jaren van het bestaan van het Comité presidium en secretariaat toevertrouwd zijn geweest aan Frankrijk, Nederland, Duitsland en nu België. Voor de kleine Luxemburgse artsen-organisatie is het opnemen van die taken niet doenlijk maar zij heeft van

haar bereidheid tot inspanningen ten bate van het internationaal organisatorisch samengaan dan gaarne blijk willen geven door nu een plenaire zitting, omringd met gewaardeerde sociale evenementen, in de hoofdstad van het Groothertogdom en met name in het Centre Européen du Kirchberg te doen houden.

Van de mogelijkheid haar kleine land bij deze gelegenheid te representeren maakte de minister van Volksgezondheid van Luxemburg mevrouw Madeleine Frieden - Kinnen doelbewust gebruik met een weloverwogen op de internationale samenwerking gericht betoog ter officiële opening van deze plenaire zitting.

Wat deze zitting zelf betreft kon de vraag opkomen of de agenda deze toch altijd wel kostbare internationale samenkomst rechtvaardigde. De eerste middagzitting — 29 mei — bracht de bekende verslagen van de president Dr. Wynen en de secretaris-generaal Dr. Farber over de voortgang van zaken sinds de laatste in oktober 1969 te Brussel gehouden bijeenkomst, waarna men zich vastbeet in de richtlijnen voor opticiens, zoals die — in afwijking van het advies van het C.P. — zijn voorgelegd aan het Economisch en Sociaal Comité en volgens welke richtlijnen brillenmakers en opticiens in de zes landen de bevoegdheid zouden krijgen refractiebepalingen te doen, ook bij personen beneden zestien jaar. De soms in heftige (medische) verontwaardiging over deze zaak gevoerde discussie heeft in de des zaterdags daarop gehouden zitting uitdrukking gevonden in een motie, waarin wordt verklaard dat het C.P. — te Luxemburg in plenaire zitting op 28 en 29 mei 1970 bijeen, enz. enz. — met grote bezorgdheid kennis heeft genomen dat in de huidige stand van overleg in het Sociaal Economisch Comité de opticiens zouden worden gerechtigd om deze (objectieve) refractiebepalingen te doen. In de motie wordt dan verder ernstig en nadrukkelijk gewezen op de gevaren, welke daaruit voor de patiënten kunnen voortvloeien en wijst het C.P. reeds nu, indien

25e JAARGANG — No. 24 — 12 JUNI 1970

#### INHOUD

Plenaire zitting van het Comité Permanent van de artsen der E.E.G. ....	633
Prijzenbeschikking medische hulp aan particulieren 1970 .....	635
Aantekeningen bij „De universiteitskliniek in een impasse“ .....	637
Affiliatie in ruimer perspectief .....	638
„Opleiden in last“, openbare les van B. S. Polak te Amsterdam bij de aanvaarding van het ambt van lector in de huisarts-geneeskunde .....	639
Bevoegdheden van vroedvrouwen .....	643
Universitaire berichten .....	644
Orale anticonceptie weer in het middelpunt	645
Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege 's-Gravenhage .....	648
Ziekenhuismanagement en specialisten (I) .	649
De Wereld Gezondheids Organisatie en de biologische en chemische wapens .....	653
Van de O.L.M.A.:	
Jaarverslag over het boekjaar 1969 .....	655
Uit de afdelingen .....	656
Brieven aan de redactie .....	657
Varia .....	659

Hoofdredacteur: F. A. Bol

Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens  
Colofon op bladzijde 660

de Raad van de E.E.G. een gelijklopende beslissing zou treffen, elke verantwoordelijkheid af voor de negatieve gevolgen, welke voor de volksgezondheid zijn te verwachten wanneer specifiek medische onderzoeksmethodes aan opticiens worden toevertrouwd.

Er is, na deze inleidende discussie over de richtlijnen voor opticiens, die de volgende dag resulteerde in voormelde motie, op de eerste middagbijeenkomst in den brede van gedachten gewisseld over de financiële aspecten, om niet te zeggen zorgen van het C.P. Daarbij kwam ook even ter sprake of het C.P. niet zou moeten overschakelen naar een soort Permanente Raad van Advies bij de E.E.G. De leider van de Nederlandse delegatie, C. Landheer, drong er op aan, zo men dit streven zou willen realiseren, dan niet te pretenderen dat de artsen in een dergelijke Raad tevens de tandartsen en de apothekers zouden vertegenwoordigen. President Wynen scheen voor die wenk niet veel te voelen, zeggende dat die groeperingen gedurende het bestaan van het C.P. nooit naar contacten hadden gestreefd, maar Landheer stelde daartegenover dat contacten van de zijde van het C.P. zouden kunnen worden opgenomen. In een tijd, zo zeide hij, waarin men ook aan kleuters inspraak geeft, kan ik moeilijk in mijn land terugkeren en tegenover de tandartsen- en apothekersorganisaties zeggen dat zij wat een dergelijke Permanente Adviesraad aangaat geen inspraak hebben op het terrein van de volksgezondheid.

Overigens is een duidelijke wil van een omschakeling naar of vorming van een dergelijke Permanente Raad van Advies niet geformuleerd. Mogelijk krijgt die wil meer gestalte wanneer, zoals nu werd besloten, op korte termijn zes gedelegeerden, van elk land één, zullen hebben gerapporteerd zowel over de efficiency van het C.P. alsook een analyse zullen hebben gegeven van de taken, welke nog voor het C.P. zullen kunnen zijn weggelegd aler het Verdrag van Rome wat de uitwisseling van de vrije beroepen betreft in 1972 zijn beslag krijgt. In zijn openingswoord had Dr. Wynen zelfs gezegd dat de zaken zo ver gevorderd schenen, dat deze uitwisseling medio 1971 reeds zou kunnen worden gerealiseerd.

Er is op het einde van deze middag nog aanvaard een bijvoegsel van het C.P. tot nadere bepalingen van de toepassingsregelingen van het Handvest van Neurenberg. Daarin worden de regelen gegeven, die in de zes landen moeten gelden als voorwaarden tot de uitoefening van het artsenberoep in dienstverband en waarin naast de eerbiediging van de morele en technische onafhankelijkheid van deze artsen in dienstverband wordt omschreven wat contracten, reglementen of wetten te hunner aanbelang moeten inhouden en welke zekerheden daarbij moeten worden geboden. Onder applaus aanvaardde de plenaire zitting het voorstel van Dr. Wynen om ter ere van de gastheren dit stuk in den vervolge als het „Document van Luxemburg” aan te duiden. In een volgend nummer van M.C. hopen wij plaatsruimte voor dit „Document van Luxemburg” te kunnen inruimen.

Op de tweede zittingsdag zijn verscheidene rapporten van werkgroepen uitgebracht en als verreweg het belangrijkste punt valt te vermelden dat het C.P. zich eenstemmig en zonder discussie heeft opgesteld achter de motie, aangenomen door de werkgroep „Algemene geneeskunde” in haar op 18 april i.l. te Rome gehouden bijeenkomst. Deze werkgroep bouwde voort op de door de Union Européenne des Médecins Omnipraticiens gelegde basis — wat dit betreft werd de naam van de secretaris van de Landelijke Huisartsen Vereniging J. I. van der Leeuw met grote waardering genoemd — en men steunde te Rome het in feite Nederlandse ontwerp, dat — als gezegd — nu ook zonder meer door het C.P. werd aanvaard en dat luidt:

De werkgroep „Algemene Geneeskunde” van het C.P.

van oordeel dat de werkzaamheden van de huisarts voor de volksgezondheid en voor de medische verzorging van de individuele patiënt van allerhoogst belang zijn;

van oordeel dat evenals tot nu toe de basisopleiding voor alle toekomstige artsen dezelfde dient te zijn;

van oordeel dat bestaande verschillen in de specifieke beroepsopleiding tot huisarts evenmin een beletsel voor het tot stand brengen van de vrije vestiging van huisartsen in de Europese Gemeenschap betekenen kunnen als voor specialisten;

overwegende dat de opleiding tot arts in de landen van de Europese Gemeenschap de studenten in de geneeskunde niet of onvoldoende op de hoogte stelt van de taak en de werkzaamheden van de huisarts;

stelt voor dat de student in de geneeskunde tijdens zijn studie meer dan tot nu toe vertrouwd wordt gemaakt met de werkzaamheden van de huisarts;

stelt verder voor dat degenen, die het beroep van huisarts willen uitoefenen een specifieke beroepsopleiding van tenminste twee jaar moeten volgen en

stelt tenslotte voor dat de erkenning van de titel huisarts aan dezelfde voorwaarden zou moeten voldoen als gelden voor de erkenning van de titels van diegenen, die op andere gebieden van de geneeskunst werkzaam zijn.

Daarmee is dan wel het belangrijkste van deze plenaire zitting gereleveerd. Mits, wat de bijkomstigheden betreft, dan ook nog gewag wordt gemaakt van een ontvangst, welke de Groothertog de gedelegeerden en hun dames in het paleis aanbood, van een zeer culinair door de vice-minister-president Eugène Schaus gepresideerd onthaal door de Luxemburgers (artsen en tandartsen) van het C.P. op vrijdagavond in de foyer van het nieuwe theater en van hun gedetailleerde zorgen om de dames gedurende de zittingsuren alle ontspanning aan te bieden in de rijkdom van Luxemburgs natuurschoon.

v.M.

# Prijzenbeschikking medische hulp aan particulieren 1970

In de staatscourant van 4 juni 1970 is de afkondiging gepubliceerd van een „Prijzenbeschikking medische hulp aan particulieren”. Deze beschikking is als volgt opgesteld:

De ministers van Economische Zaken en van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid;

## Overwegende:

dat uit een oogpunt van algemene inkomensontwikkeling een verhoging van de vergoeding voor het verlenen van medische hulp aan particulieren aanvaardbaar is;

dat het tevens aan specialisten mogelijk moet worden gemaakt in de particuliere praktijk de hieronder nader omschreven richtlijnen toe te passen;

dat het bepaalde in de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1969-II (*Stcrt.* 170) dergelijke prijsaanpassingen niet mogelijk doet zijn dan wel niet voorschrijft;

dat het naar hun oordeel met het oog hierop wenselijk is en tevens het algemeen sociaal-economisch belang vereist, dat de onderstaande regeling wordt getroffen;

dat zij van hun voornemen daartoe mededeling hebben gedaan aan de Landelijke Huisartsen Vereniging en aan de Landelijke Specialisten Vereniging en die organisaties in de gelegenheid hebben gesteld van haar gevoelen te doen blijken;

Gelet op artikel 2 van de Prijzenwet (*Stb.* 1965, 646).

## Besluiten:

### Artikel 1

1. Voor de toepassing van deze beschikking wordt verstaan onder:

- richtlijnen voor honoraria in de particuliere praktijk: de door onze minister van Economische Zaken gewaarmerkte richtlijnen der Wetenschappelijke Verenigingen inzake de honoraria in de particuliere praktijk;
- algemene inleiding tot die richtlijnen: de door de minister van Economische Zaken gewaarmerkte algemene inleiding van de Landelijke Specialisten Vereniging op de richtlijnen der

Wetenschappelijke Verenigingen inzake de honoraria in de particuliere praktijk.

2. De richtlijnen voor honoraria in de particuliere praktijk en de algemene inleiding tot die richtlijnen liggen voor een ieder ter inzage bij het ministerie van Economische Zaken, Directie Prijzen en Mededinging, Bezuidenhoutseweg 95, te 's-Gravenhage.

### Artikel 2

In afwijking van het in artikel 2 van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1969-II (*Stcrt.* 170) bepaalde is het een huisarts verboden genees- of heelkundige dan wel verloskundige hulp aan particulieren aan te bieden of te verlenen dan wel zich te verbinden deze hulp te verlenen tegen een hogere prijs dan die, waartegen hij op 14 maart 1969 gelijke hulp in een overeenkomstig geval heeft of zou hebben verleend, vermeerderd met een toeslag van 5% en vervolgens naar boven afgerond:

indien de prijs minder dan f 20,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van 25 cent;

indien de prijs meer dan f 20,— bedraagt: op het naastbijgelegen veelvoud van f 1,—.

### Artikel 3

1. In afwijking van het in artikel 2 van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1969-II bepaalde is het een specialist verboden genees- of heelkundige dan wel verloskundige hulp aan particulieren aan te bieden of te verlenen dan wel zich te verbinden deze te verlenen tegen een hogere prijs dan die, welke volgens de tarieftabellen, vervat in de richtlijnen voor honoraria in de particuliere praktijk, met inachtneming van het gestelde in de punten 4, 5, 6, 7, 1 en 11b van de algemene inleiding tot die richtlijnen, in het betrokken geval voor toepassing in aanmerking komt, vermeerderd of verminderd met ten hoogste 25% naar mate hij in het betrokken geval meer onderscheidenlijk minder arbeid heeft verricht dan voor dat geval normaal is te achten.

2. In afwijking van het bepaalde in het eerste lid en in artikel 2 van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1969-II is het een specialist, ingeval het aan een particulier verleende genees- of heelkundige dan wel verloskundige hulp van uitzonderlijk tijdrovende aard betreft, verboden zodanige hulp aan te bieden of te verlenen dan wel zich te verbinden deze te verlenen tegen een hogere prijs dan die, welke volgens de tarieftabellen, vervat in de richtlijnen voor honoraria in de particuliere praktijk, met inachtneming van het gestelde in de punten 4, 5, 6, 7, 8 en

11b van de algemene inleiding tot die richtlijnen, in het betrokken geval voor toepassing in aanmerking komt, vermeerderd met een toeslag, welke in een evenredige verhouding staat tot de bijzondere tijdrovendheid van die hulp.

#### Artikel 4

Deze beschikking kan worden aangehaald als: Prijzenbeschikking medische hulp aan particulieren 1970.

#### Artikel 5

1. Deze beschikking wordt bekendgemaakt in de Staatscourant.

2. Zij treedt in werking met ingang van de dag na die van haar bekendmaking.

's-Gravenhage, 3 juni 1970

De minister van Economische Zaken,  
(w.g.) R. J. Nelissen

De minister van Sociale Zaken  
en Volksgezondheid,  
(w.g.) B. Roolvink

De staatssecretaris van Sociale Zaken  
en Volksgezondheid,  
(w.g.) R. J. H. Kruisinga

#### Toelichting

Na de Landelijke Huisartsen Vereniging en de Landelijke Specialisten Vereniging in de gelegenheid te hebben gesteld van haar gevoelen ter zake te doen blijken hebben de ondergetekenden tot de onderwerpelijke van de Prijzenbeschikking goederen en diensten 1969-II (*Stcrt.* 170) afwijkende maatregel besloten, teneinde een uit een oogpunt van algemene inkomensontwikkeling redelijk te achten verhoging van de vergoedingen voor verleende medische hulp aan particulieren mogelijk te maken.

De met de onderhavige maatregel toelaatbaar gestelde tariefsverhoging bedraagt voor huisartsen 5%. Gelet op het op 14 maart 1969 gebruikelijke niveau der huisartsenhonoraria komt het toelaatbare tarief hiermede in het algemeen te liggen op f 9,50 per consult en f 14,25 per visite.

Voor wat betreft de specialisten is het hoogst toelaatbare honorarium vastgesteld op het niveau, voorzien in de richtlijnen voor de honoraria in de particuliere praktijk van de onderscheidene wetenschappelijke verenigingen van Specialisten.

De minister van Economische Zaken,  
(w.g.) R. J. Nelissen

De minister van Sociale Zaken  
en Volksgezondheid,  
(w.g.) B. Roolvink

De staatssecretaris van Sociale Zaken  
en Volksgezondheid,  
(w.g.) R. J. H. Kruisinga

## Aanvulling verslag pleidooien „Pilprocedure”

In het verslag van de pleidooien ter terechtzitting van 11 mei j.l. inzake de „Pilprocedure” (M.C. nr. 23 van 5 juni 1970) is een alinea weggevallen op bladzijde 614, eerste kolom, vóór de laatste alinea van de weergave van het pleidooi van Mr. Van der Grinten. Deze alinea luidt als volgt:

„Het is onjuist om te stellen, zoals de huisartsen in de procedure hebben gedaan, dat de gebruikelijkheid zou moeten worden beoordeeld naar het tijdstip van het in werking treden van het Verstrekkingenbesluit of de honoreringsovereenkomst. Het is onaanvaardbaar, dat de ziekenfondspatiënten slechts aanspraak zouden kunnen maken op die consulten en behandelingen, die begin 1966 respectievelijk april 1967 gebruikelijk waren, en voor alle nieuwe vormen van huisartsenhulp zouden moeten betalen. De praktijk is gelukkig anders.”

## Werkzaamheden in of vakantie-uitwisseling met het buitenland

Ter zake van bemiddeling voor dochters van artsen, die in Engeland werkzaam willen zijn en ook betreffende vakantie-uitwisseling heeft The British Medical Association de dienaangaande door haar tot nu toe verleende bemiddeling overgedragen aan „The overseas staff agency”, een instelling, waarvoor de British Medical Association zich garant verklaart en die volgens haar bemiddeling kan verlenen op breder vlak. Het adres van „The overseas staff agency” is 45 & 47 Churchstreet, Londen. Deze organisatie is behulpzaam bij het plaatsen van dochters van artsen van 17 jaar en ouder, die willen werken als gouvernante, au pair of als „mothers help” in het buitenland met het oog op verbetering van hun talenkennis (mogelijkheden voor Engeland, Frankrijk, Italië, Duitsland, Canada en Amerika) en voor kinderen van artsen als paying guests in of voor vakantie-uitwisseling met genoemde landen.

De advertentie-exploitatie Medisch Contact  
is gevestigd:

**Uitgeversmij. Kruyt N.V.,**  
**Groot Hertoginnelaan 28, Bussum,**  
**telefoon 02159 - 3 22 59 \***

aan welk adres ook brieven op advertenties onder nummer gezonden moeten worden.

# Aantekeningen bij

## „De universiteitskliniek in een impasse”

Door Prof. Dr. A. Querido

Het deed mij veel genoegen in het nummer van Medisch Contact van 1 mei 1970, een glasheldere analyse te lezen van de taken der universiteitsklinieken, geschreven door collega C. de Monchy. Bij het streven naar verbetering van de structuur der universiteitsklinieken gaan de belangen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst naar mijn mening parallel aan die der universiteiten. Dit is de reden waarom ik verheugd was, dat bovengenoemde beschouwingen in Medisch Contact zijn verschenen.

Met de taakanalyse der universitaire afdelingen ben ik het geheel eens. Zonder iets te willen afdoen aan de hoofdlijnen der gesignaleerde bestaande structuren, meen ik te moeten stellen, dat in een aantal universitaire klinieken de zelfstandigheid van de subspecialismen in teamverband wel is gerealiseerd. Het lijkt mij echter van belang enige niet besproken aspecten naar voren te brengen die, naar mijn mening, van grote betekenis zijn voor het tot stand brengen van verbeteringen.

De academische ziekenhuizen zijn in moeilijkheden geraakt door de snelle ontwikkeling van de geneeskunde in de laatste 20 jaar, die in het organisatorisch verband met de universiteit en met de voorzieningen van de gezondheidszorg niet op gezonde wijze werden verwerkt. Analyse van de relaties tussen universitaire ziekenhuizen en medische faculteiten in verschillende landen, toont dat in tegenstelling tot vele andere landen de Nederlandse verhouding nog steeds stoelt op de verouderde gedachte dat een faculteit patiënten voor onderwijs, nodig heeft, en daarvoor in ruil verzorging aanbiedt, zij het met gedeeltelijke vergoeding. De ontwikkeling van de geneeskunde heeft in de Scandinavische landen en Engeland tot een andere benadering geleid. Men gaat daar nu uit van de gedachte, dat een regionaal ziekenhuis met alles wat daar bij hoort (staf en inrichting) zich ter beschikking stelt van de medische faculteiten voor onderwijs, onderzoek en ontwikkeling. De staf die de universiteit daartoe inbrengt, wordt als een welkome aanvulling geaccepteerd. Het academisch ziekenhuis wordt door instanties van Volksgezondheid daardoor als een noodzakelijk deel van de landelijke voorzieningen gezien. Men vindt dat de belangen van het onderwijs en het onderzoek in de academische ziekenhuizen parallel gaan met die van de patiëntenzorg, en men is graag bereid investeringen en financiering op deze basis ter beschikking te stellen.

De ontwikkeling der geneeskunde in de laatste 20 jaar heeft in Nederland daarentegen ertoe geleid, dat voor de patiëntenverzorging in de academische

ziekenhuizen in toenemende mate in kwantitatieve zin een beroep is gedaan op de universitaire staf. In feite is de patiëntenverzorging in de academische ziekenhuizen zozeer gaan overwegen dat onderwijs en onderzoek in het gedrang zijn gekomen. Dit lijkt een krasse uitspraak, maar deze kan gemakkelijk worden gestaafd door vergelijkende studies van de stafbezetting in academische ziekenhuizen in Angelsaksische en Scandinavische landen. Er bestaan namelijk, zowel in Engeland als in de Scandinavische landen, normen ten aanzien van het aantal behandelende artsen, waaraan moet worden voldaan voordat een ziekenhuis geschikt wordt geacht om als onderwijsziekenhuis te fungeren. Deze stafbezetting ligt in de orde grootte van ongeveer 16 à 18 full-time artsen, waarvan  $\frac{1}{3}$  gekwalificeerd specialist is, per 100 bedden. Naast deze kernbezetting komt dan nog de universitaire staf, waarvan de omvang is gebaseerd op het aantal onderwijsuren, en die een driedelige taak heeft, namelijk: onderwijs, onderzoek en patiëntenverzorging. Een kwantitatieve analyse van de werkzaamheden in universiteitsklinieken zal tonen dat deze bezettingsgraad in Nederland niet is bereikt. Zolang de regionale functie van onze universiteitsklinieken niet duidelijk wordt omschreven, en de consequenties ten aanzien van de stafbezetting en inrichting ten behoeve van de gezondheidszorg niet duidelijk worden getrokken, verwacht ik weinig van een verbetering der structuren in de staf van deze klinieken.

Enkele pikante bijzonderheden kunnen nog worden vermeld. Op het eerste gezicht zou de verwachting kunnen bestaan, dat adequate stafbezetting en inrichting van de academische (regionale) ziekenhuizen voor de patiëntenzorg, ten laste van gelden die beschikbaar zijn voor de gezondheidszorg, sterk kostenverhogend voor de gezondheidszorg werken. Deze conclusie is naar mijn mening niet zonder meer gerechtigd. In Denemarken bijvoorbeeld is deze toestand gerealiseerd. Daarbij is het inkomen van de gekwalificeerde klinische en niet-klinische specialisten die in dienst zijn van de universiteit gelijk aan dat van de gekwalificeerde specialisten werkzaam voor de patiëntenverzorging van het academisch ziekenhuis, en eveneens in grote lijnen gelijk aan het inkomen van de specialisten werkzaam in de niet-academische ziekenhuizen. Ik noem hier Denemarken als voorbeeld, omdat het een even groot nationaal inkomen per hoofd van de bevolking heeft als Nederland en omdat desondanks het percentage dat daarvan wordt besteed aan voorzieningen voor de volksgezondheid gelijk is aan dat van Nederland!

## **Affiliatie in ruimer perspectief**

Staatssecretaris Dr. R. J. H. Kruisinga van Sociale Zaken en Volksgezondheid is van mening, dat bij de samenwerking van universiteit en ziekenhuis naast het onderwijs ook andere zaken, met name de algemene volksgezondheid, aan de orde moeten worden gesteld. Tijdens de officiële opening van het nieuwe Oogziekenhuis te 's-Gravenhage op 28 mei jl. riep de bewindsman zijn toehoorders op, de affiliatie te bezien tegen de achtergrond van een ruimer perspectief. Hij benadrukte de eenheid van doelstelling van zowel academisch als niet-academisch ziekenhuis en stelde, dat de academische ziekenhuizen een zeer belangrijke plaats ten dienste van de gezondheidszorg in de regio behoren in te nemen. Het academisch ziekenhuis zal daartoe echter zijn functie in de gezondheidszorg nog meer moeten leren verstaan. „Academische en niet-academische ziekenhuizen dienen gezamenlijk te streven naar een goede taakverdeling met betrekking tot onderwijs, research en patiëntenbehandeling. De overtuiging, dat samenwerking de wederzijdse doelstellingen niet behoeft te belemmeren maar juist te bevorderen, kan naar mijn mening niet worden gemist om de affiliatie te doen slagen”, aldus Dr. Kruisinga. Hij ging daarmee in op het streven, het nieuwe Oogziekenhuis een functie te laten vervullen bij de opleiding van co-assistenten voor het onderhavige specialisme, waarbij de gedachten zijn uitgegaan naar een affiliatie-overeenkomst met de Rijksuniversiteit te Leiden.

Eerder in zijn betoog had de staatssecretaris enige aandacht gewijd aan de betekenis van de categorale ziekenhuizen, een betekenis die onder meer uit de cijfers mag blijken. Het beddenbestand van de categorale ziekenhuizen bedraagt thans circa 7.800, ruim 11% van het totaal aantal bedden van de Nederlandse ziekenhuizen. Het aantal verpleegdagen, ongeveer 2,5 miljoen jaarlijks, maakt eveneens ruim 11% van het totaal uit. Met een omzet van om en nabij 130 miljoen gulden bereiken de categorale ziekenhuizen ruim 10% van de totale omzet van het ziekenhuiswezen van ons land. Op een totale bouwproductie in 1969 van het gehele ziekenhuiswezen van circa 250 miljoen gulden beslaat de bouw in de categorale sector bijna 9%: 19,3 miljoen gulden, een toename met ongeveer 140% ten opzichte van 1965.

Hoewel het categorale ziekenhuis een niet onbelangrijke plaats in de curatieve gezondheidszorg inneemt, kan de beperkte omvang die het als specifieke inrichting nu eenmaal heeft bepaalde bezwaren met zich meebrengen, aldus Dr. Kruisinga.

Hij sprak als zijn mening uit, dat de resultaten van specifieke deskundigheid kunnen worden geoptimaliseerd in een specialistische afdeling in of bij een groot algemeen ziekenhuis. De eigenheid van het deelspecialisme kan hierbij volledig tot haar recht komen, terwijl tevens altijd zal kunnen worden geprofiteerd van de all-round specialistische deskundigheid. Het isolement van het deelspecialisme is volgens de staatssecretaris veelal het gevolg van een gebrek aan kennis en inzicht en/of hoogmoed en/of frustratie. In al deze gevallen resulteert dit in een toestand van insufficiëntie. Het *geïsoleerde* categorale ziekenhuis demonstreert zijn eigen insufficiëntie reeds door het categorale. De situering van het nieuwe oogziekenhuis op het terrein van het grote algemene gemeenteziekenhuis schetst de bewindsman als een predisponerende, zeer gunstige factor voor het bereiken van een optimaal resultaat bij de behandeling, verpleging en verzorging van de patiënten.

### **Maatschappij ledencongres 1970**



**Speciaal Congresnummer**

**Medisch Contact**

**met uitvoerig programma**

**en inschrijfformulieren**

**komt uit**

**op 26 juni a.s.**

# „OPLEIDEN IN LAST”

## *Openbare les van B. S. Polak te Amsterdam bij de aanvaarding van het ambt van lector in de huisartsgeneeskunde*

In zijn openbare les, gegeven bij de aanvaarding van het ambt van lector in de huisartsgeneeskunde aan de universiteit van Amsterdam op 12 mei j.l. heeft collega B. S. Polak zijn opdracht omschreven, als lid van de faculteit der geneeskunde in zijn vak onderwijs te geven aan alle studenten, een volkomen nieuwe beroepsopleiding tot huisarts voor te bereiden en uit te voeren, en research op het gebied van zijn vak te verrichten. Volgens Polak, die zijn openbare les de titel „Opleiden in last” meegaf, liggen aan deze opdracht drie als vanzelfsprekend aanvaarde zekerheden ten grondslag: in de eerste plaats de huisarts, zoals deze in ons stelsel van gezondheidszorg functioneert, voorts de noodzaak van een beroepsopleiding voor dit vak, en ten derde de aanwezigheid van een specifiek object voor wetenschappelijk onderzoek.

De Amsterdamse lector in de huisartsgeneeskunde stelde voorts onder meer het volgende:

De huisarts, zijn plaats en zijn werk vormen het onderwerp van een uitgebreide discussie, die in vele milieus wordt gevoerd. Wie zijn informatie krijgt uit dag- en weekbladpers en via de audiovisuele massamedia, wordt vooral geconfronteerd met aspecten, die met elkaar een niet al te plezierige indruk achterlaten. Enerzijds is er de niet aflatende discussie rondom de financiële remuneratie, zonder dat uit de verstrekte gegevens en opinies enig inzicht in de maatschappelijke achtergronden en problemen resulteert, en anderzijds zijn er de meestal sensationele berichten over tekortschieten van gevraagde hulp in noodsituaties. Hieraan kunnen nog worden toegevoegd beschouwingen over een dreigend tekort aan huisartsen en de gevolgen daarvan, en dan beschikt men over een hele reeks elementen die het denken over de huisarts in negatieve zin beïnvloeden. Ook bij bestuurders, bij verantwoordelijken voor de volksgezondheid, in de kringen van het universitaire onderwijs en bij de beroepsbeoefenaren is deze problematiek onderwerp van gedachtenwisseling. Daarbij is de inhoud van de geponeerde opvattingen mede afhankelijk van de plaats die de betrokkene in het stelsel van de gezondheidszorg inneemt. Het antwoord dat gegeven wordt op de vraag of de huisarts wel of niet móet, respectievelijk wel of niet zál verdwijnen, is daar een voorbeeld van. Mijn antwoord kunt u makkelijk afleiden uit het feit dat ik hier vandaag in deze combinatie van functies, als docent en als praktiserend huisarts, voor u sta.

De huisarts móet niet verdwijnen en hij zál dat ook

niet doen. In Nederland geldt dat de huisarts de centrale plaats inneemt bij het onderzoek, de behandeling en de begeleiding van de patiënt. Dat is organisatorisch en financieel vastgelegd in de manier waarop onze gezondheidszorg functioneert. Maar ook in de mentaliteit, in de instelling van de bevolking, is dat duidelijk verankerd. Zoals de verhoudingen thans liggen en de ontwikkelingslijnen zich aftekenen, is er geen enkele aanleiding, deze positie als bedreigd te beschouwen.

De centrale plaats van de huisarts is zonder meer begrijpelijk. Een geneeskundige voorziening, waarbij het kostbare specialistische en ziekenhuisapparaat niet wordt belast met een enorm aantal zaken die daarin niet thuis horen, maar uitsluitend met daartoe geselecteerde gevallen waarin specialistische of ziekenhuisbehandeling noodzakelijk is, werkt zonder meer efficiënter. Dat geldt voor de maatschappelijke kant, maar óók van de patiënt uit is het duidelijk dat de persoonlijke dokter, die hem kent of leert kennen, omdat hij een menselijke relatie met hem aangaat, verre te verkiezen is boven incidentele contacten met willekeurige deskundigen op een deelgebied.

In de zich snel uitbreidende literatuur van en over huisartsen, over hun werk en plaats in de geneeskundige voorzieningen, heeft men uiteraard geprobeerd een definitie van hem en zijn werk te geven. Een algemene is die van Pinsent: „General practice is the application of the science of medicine to the art of healing in all its aspects and it involves the whole range of illness in mankind”. Een definitie die mij aanspreekt, omdat er duidelijk in wordt, dat de huisarts met de hele geneeskunde heeft te maken en in staat moet zijn, die gehele geneeskunde ten behoeve van zijn patiënt toe te passen of te doen toepassen. Weliswaar formuleert Rooymans in een stelling bij zijn recente proefschrift, die ik kan onderschrijven, dat de onderscheiding tussen geneeskunde en geneeskunst niet kan worden gehandhaafd, maar dat is geen beslissend element in de definitie. Scott, die in Engeland de eerste post voor universitaire huisartsgeneeskunde bekleedt, heeft een nieuw element ingevoerd, door te spreken van de setting waarin de huisarts zijn patiënt aantreft: diens eigen milieu, gezin en werk, de maatschappij. Het Nederlands Huisartsen Genootschap, dat ontstaan is uit de activiteiten van geëngageerde en daarom niet tevreden huisartsen die de tekorten van hun beroep wensten te leren kennen en verbeteren, legt de nadruk op het continue, integrale en per-

soonlijke van de zorg die de huisarts biedt. En Van Es stelt in zijn oratie, dat de huisarts geen specialist is, maar dat hij wordt gekenmerkt door zijn wijze van functioneren. Ik zou er nog aan kunnen toevoegen dat het zijn specialiteit is geen specialisme te hebben.

Als nu Querido aan het slot van zijn veel geciteerde, maar stellig te weinig gelezen en onvoldoende toegepaste „Inleiding tot een integrale geneeskunde” zegt dat deze het specialisme van de algemene arts vormt, is er slechts sprake van een terminologisch verschil. Want de huisarts is géén specialist in de gebruikelijke zin van het zich beperken tot een groep patiënten, of tot een deel van de geneeskunde, maar zijn gebied heeft toch, zoals zal blijken, zoveel eigen kenmerken en eist zoveel eigen voorbereiding, dat de term specialist, in de betekenis die daar in het algemeen aan wordt gehecht, ook voor hem — als hij aan de te stellen eisen voldoet — kan worden gebruikt. Dat de term specialist wordt geassocieerd aan een hogere maatschappelijke waardering, is een bijkomend voordeel dat velen aanspreekt.

Dag in dag uit wordt de huisarts geraadpleegd door zieken, door mensen die vrezen ziek te zijn of te kunnen worden, of door mensen in individuele of sociale nood. De ernst van de toestand die hij daarbij aantreft, varieert van het leven bedreigende stoornissen tot het splintertje dat met een pincetje uit de huid kan worden getrokken of de vraag om een advies. Op geen ogenblik van zijn werk- of van zijn rusttijd kan hij weten, waarmee het volgende ogenblik hem zal confronteren. Dat kan ieder denkbaar beeld uit de geneeskunde of uit de menselijke problematiek zijn.

De taken van de huisarts zijn velerlei en omvatten preventie, diagnostiek, behandeling, nazorg en begeleiding; in tachtig tot negentig procent van de gevallen betekent dit: zelf doen, maar dan op hetzelfde niveau en met dezelfde kwaliteit als de specialist, zo nodig verwijzen en daarna de patiënt weer overnemen, en tevens raadsman zijn op vrijwel elk gebied en voorlichter in het algemeen over vragen van gezondheid, maar vooral voor iedere patiënt en zijn gezin bij ziekte.

Nadat Polak de beschrijving van het werk van de huisarts met enkele voorbeelden had gecomplementeerd vroeg hij zich af welke eisen men aan een huisarts moet stellen. Hij ging hierop als volgt nader in: Ten eerste die van vakkennis. Hoe goed een opleiding ook moge zijn, op zichzelf vormt het behaald hebben van een diploma geen garantie, dat de vakkennis van de betrokkene op peil is gebleven, want de tijd en de geneeskunde schrijven voort. Het is langzamerhand een gemeenplaats, die voortdurende verandering uit te drukken in het enorme aantal publikaties dat zich op alle gebieden exponentieel ontwikkelt, en te laten zien dat het onmogelijk is daarvan kennis te nemen, zodat iedereen met een gerust geweten kan zeggen dat hij het echt niet allemaal weten kan. Het eigenaardige is, dat het in-

tussen tóch mogelijk blijkt, zoveel inzicht te putten uit een beperkt aantal bronnen — als deze goed gekozen zijn — dat ook de praktiserende arts van de grote lijnen en van de praktische mogelijkheden op de hoogte kan blijven. Het komt er maar op aan, die mogelijkheden op een efficiënte wijze te gebruiken en daarvoor de nodige tijd en energie vrij te maken. Op de eis van vakkennis volgt een aantal voorwaarden in het persoonlijke vlak: een warm hart is onmisbaar, evenals sociale bewogenheid, een grote ijver en een zeer goede gezondheid, die de intensiteit van werken, zoals die in het huisartsenwerk wordt vereist, pas mogelijk maakt.

Zodra deze eisen geformuleerd zijn, rijst de vraag: wie stellen die eisen? De maatschappij stelt alleen maar de eis, dat de dokter voorzien is van een erkend diploma. De patiënten kijken het meest naar de menselijke habitus en nauwelijks naar de kwaliteit van het werk dat de dokter aflevert. De inhoud van een recente enquête geeft mij geen aanleiding er anders over te denken. Dat komt doordat zij er zo bij betrokken zijn, dat juist de affectieve momenten in hun relatie met de dokter op de eerste plaats staan. En nu is het interessante, dat de kritiek, met name op de kwaliteit, of in verband met de kwaliteit, die tot de ontwikkeling geleid heeft, waardoor er thans aan alle medische faculteiten leerstoelen of lectoraten in de huisartsgeneeskunde zijn gevestigd, dat die kritiek is voortgekomen uit de kringen van de huisartsen zelf, en wel van die huisartsen, welke met plezier en bewust hun werk doen, maar juist daarvoor met vele problemen worden geconfronteerd.

Daarbij hebben voor de meesten — vooral in de periode na de laatste wereldoorlog en tot niet zo lang geleden — de inderdaad slechte financiële regelingen op de voorgrond gestaan. Die problemen zijn mede dank zij de activiteiten van de beroepsorganisaties, en met name die van de Landelijke Huisartsen Vereniging, in aanzienlijke mate opgelost, maar dit neemt niet weg dat een groot aantal andere problemen zijn blijven bestaan. Door de vele jaren durende financiële achterstelling, maar vooral toch eigenlijk door de wijze waarop hij door vele andere artsen, specialisten en artsen in universitaire kringen gezien en bejegend wordt, voelde de huisarts zich niet voldoende gewaardeerd en beleefde hij met name zijn maatschappelijke status veel lager dan deze overigens door anderen in de gemeenschap werd aangeslagen. Zwaar weegt ook het feit dat vele huisartsen overbelast zijn en voor hun capaciteit te grote praktijken moeten doen, om financiële of geografische redenen of beide.

Maar er is een belangrijker kritische overweging en wel die van het isolement van de huisarts. Dit geldt voor een aantal in direct geografische zin en voor de meesten in functionele zin. In onze organisatievorm van gezondheidszorg, die door insiders als een lappendeken wordt aangeduid en best desorganisatievorm zou mogen heten, is de huisarts eenling, doordat hij kleine ondernemer is. Met name de beroepsorganisaties representeren en verdedigen de uit hun liberale verleden stammende mythe dat



uitsluitend door voor eigen rekening en risico op te treden, de huisarts goed en overeenkomstig een stel als onaantastbaar beschouwde ethische normen kan werken.

Zeker, dit zelfopgelegde isolement kan partieel worden doorbroken. Er zijn tal van vormen van contact met andere artsen in alle categorieën. Maar dat heeft niet, het kan maar beperkt, velen komen er niet of nauwelijks toe en het lost het probleem niet op. De groepspraktijk kan tot de oplossing van dat probleem bijdragen, maar dan uitsluitend voor de kleine groep deelnemers die erbij betrokken is. Bovendien is de realisatie van deze gedachte in ons land nog maar nauwelijks begonnen, en schrikken de hogere kosten die een betere werkorganisatie nu eenmaal met zich meebrengt, kleine ondernemers duidelijk af.

Alle tot nu toe genoemde factoren zijn van maatschappelijke aard en alleen in het maatschappelijke vlak beïnvloedbaar. Dit betekent dat de universiteiten en de faculteiten der geneeskunde er als zodanig geen invloed op hebben. De verdere kritiek is echter direct aan het adres van de faculteiten gericht en uit zich in de overtuiging, dat de arts die de universiteit verlaat, niet adequaat is voorbereid op de taken van de huisarts. Een overtuiging die communis opinio is onder alle geëngageerde huisartsen en ook onder hen die nu studeren.

Het is duidelijk dat dit zonder meer geldt voor de techniek van de praktijkvoering, die in de opleiding tot arts niet aan de orde komt, maar voor de werksfeer én voor de efficiency van de huisarts van doorslaggevend belang is. Wezenlijk is echter het specifieke morbiditeitspatroon van de huisartspraktijk. Met name de Engelse huisarts Hodgkin heeft in zijn boek „Towards earlier diagnosis” inzicht hierin verschaft, welk inzicht door intensief epidemiologisch onderzoek van zijn landgenoot Logan, in Duitsland door Braun en in ons land door de commissie Wetenschappelijk Onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap en de dissertatie van Oliemans is uitgebreid. Hodgkin heeft reeds gedurende zijn studietijd, vervolgens als ziekenhuisassistent en daarna als huisarts al zijn casuïstiek geregistreerd. In zijn boek toont hij aan, dat er enorme kwantitatieve verschillen zijn tussen het ziekenhuis en het extra-murale materiaal. Bovendien zijn er belangrijke kwalitatieve verschillen, doordat vele ziektes licht of frustra verlopen en geen specialistische of ziekenhuisbehandeling van node hebben. Alle genoemde onderzoeken betreffen lichamelijke ziekten, die echter slechts een deel van de gevallen vormen, waarmee de huisarts zich bezig heeft te houden. Hoewel het begrip „specifiek morbiditeitspatroon” ontwikkeld is op grond van zorgvuldige waarnemingen van deze lichamelijke aandoeningen, is er alles te zeggen voor de gedachte dit begrip uit te breiden, zodat het de psychische en sociale problematiek zoals deze in de huisartspraktijk voorkomt, mede omvat. Niet alleen komen patiënten bij hun huisarts om hem direct, steeds meer zonder omwegen, hun persoonlijke en sociale problemen

voor te leggen, het is bovendien steeds duidelijker geworden dat tal van ziekte toestanden rechtstreeks of mede worden veroorzaakt of onderhouden door persoonlijke of sociale insufficiëntie. Dan rijst, zoals Weijel het stelde, voor de huisarts niet langer de vraag: Wat heeft deze patiënt? maar: Waarom klaagt hij?

Querido en zijn medewerkers hebben in een onderzoek dat onder de titel „Prognose en katamnese” in 1959 is gepubliceerd, aangetoond dat bij ziekenhuisopname bijna de helft van het medisch mogelijke niet wordt gerealiseerd, doordat de artsen niet verder komen dan het direct lichamelijke. Dit geldt ook voor het werk van de huisarts en voor de resultaten die hij kan behalen. Voor alle medische studenten, toekomstige specialisten én toekomstige huisartsen, komt dit element in de opleiding onvoldoende tot zijn recht, met alle praktische gevolgen van dien. Zoals de dissertatie van De Geus dit duidelijk maakt voor de relatie met de kankerpatiënt en een andragogisch onderzoek in Noord-Holland voor de zorg voor psychisch gestoorde. Dit alles betekent dat de student zich tijdens zijn opleiding in de academische en andere grote ziekenhuizen geen beeld kan vormen van datgene wat hij later, als huisarts buiten de ziekenhuismuren, te zien en te behandelen krijgt en daardoor onvoldoende voorbereid zijn moeilijke taak moet gaan vervullen.

Zijn leeropdracht nader bekijkend stelde Polak vervolgens onder meer:

Het verlangen naar onderwijs in de huisartsgeneeskunde aan alle medische studenten, is ook uit de wereld van de studenten zelf voortgekomen. Ik heb begrepen dat het hen vooral gaat om het meer directe contact met patiënten, met mensen die hulp vragen en verder om een hele reeks problemen, die jongere studenten in hoge mate blijken te interesseren en die juist in de huisartspraktijk aan de orde komen, bijvoorbeeld de problematiek rondom de euthanasie en de abortus provocatus. Maar ook de huisartsen wensen dat de medische studenten, wat zij ook worden, weten wat er in de huisartspraktijk omgaat, zodat zij later in hun beroepsuitoefening beter begrijpen hoe zij met hem kunnen en moeten samenwerken. Tenslotte biedt het optreden van een huisarts als docent de studenten de mogelijkheid tot een identificatie, die tot nu toe alleen met specialisten mogelijk was. Het is te verwachten dat op deze basis de keuze van het huisartsberoep in veel ruimer mate bewust en op positieve gronden tot stand zal gaan komen.

Tegenover de overvloed aan literatuur die uitgaat van de noodzaak van een beroepsopleiding tot huisarts en zich met de daarmee samenhangende problemen bezighoudt, staat eigenlijk maar één auteur die de zaak zelf ter discussie stelt. Ik doel hier op een bijdrage van Timmer voor de conferentie van het Nederlands Huisartsen Genootschap, gewijd aan de problematiek van de beroepsopleiding, waarvan de resultaten zijn neergelegd in een interimrapport van maart 1968 getiteld „Huisarts en universiteit”.

Timmer stelt, dat er nauwelijks gebieden zijn die specifiek door huisartsen kunnen worden en behoeven te worden gedoceerd. Hierover zou ik willen opmerken dat hij zijn conclusie vooral knoopt aan een lijst van onderwerpen die door de genoemde conferentie is opgesteld en waarvan hij een deel bij andere disciplines onderbrengt, maar dat hij de door mij beschreven en als specifiek beschouwde elementen negeert.

In de toelichting op de relevante wijziging van het Academisch statuut van 8 oktober 1968 vindt men de gedachte dat een opleiding, die gericht is op een alzijdige geneeskundige kennis en ervaring, gewenst noch mogelijk is. Wanneer wij dit aanvaarden, kunnen wij het erover eens zijn, dat wij een pakket van basiskennis moeten trachten te geven, die het zowel mogelijk maakt in bekende situaties adequaat te handelen als in nieuwe situaties een weg te vinden volgens een methode die de student in staat stelt nieuwe situaties aan te kunnen en oplossingen zelf te bedenken en dan nog zo kritisch te zijn dat hij zijn resultaten toetst.

Volgens de als geaccepteerd beschouwde plannen wordt het zevende jaar bestemd voor de beroepsopleiding. Deze zal bestaan uit ongeveer een half jaar stage in een ziekenhuis, waarbij het er niet zozeer om gaat op welk terrein die stage wordt gevolgd als wel dat de student in de gelegenheid wordt gesteld onder toenemende eigen verantwoordelijkheid het in de eerste zes jaar geleerde toe te passen. Daarop volgt een ongeveer gelijke periode van stage in de praktijk van een als opleider onder leiding van het universitaire instituut werkende huisarts. Gedurende dat gehele jaar zal de student wekelijks op het instituut cursorisch in alle relevante aspecten worden geïnstrueerd, in een kritische verwerking van de ervaringen in de beide stageperiodes en in alle onderwerpen die van belang zijn voor de toekomstige praktijkuitoefening. Ik noem de techniek van de praktijkvoering en de daarmee samenhangende financiële vragen, de epidemiologie van de ziekten die de huisarts ontmoet, het door hem te verwachten morbiditeitspatroon en de behandeling van de humane, psychische en sociale problematiek die hij bij zijn patiënten zal ontmoeten en zijn eigen reactie daarop. Een reactie, die, gegeven zijn persoonlijkheid, van hem te verwachten is. Daartoe zal niet alleen invoering in de gesprekstechniek noodzakelijk zijn, zoals dit in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde onlangs door een psychiater van de staf van de Groningse universiteitskliniek duidelijk gemotiveerd en beschreven is. Ik ben geneigd veel verder te gaan en groepen te vormen die dezelfde functie kunnen vervullen als de Balintgroepen voor praktiserende huisartsen, ten einde daarmee een „limited though considerable change of personality” te bereiken.

De duur van deze opleiding is een jaar. De keuze van juist deze duur berust niet op argumenten behorende bij de huisartsopleiding, maar is het gevolg van een beslissing op ministerieel niveau, die betrekking heeft op de artsopleiding in het algemeen.

In Engeland is wel aan een opleiding van vier jaar gedacht en bij ons is de algemene opvatting, dat er eigenlijk twee jaar voor nodig zijn. Toen echter na enig overleg met de faculteiten de keuze van de vorige minister van Onderwijs en Wetenschappen op de zojuist beschreven opzet viel, samen met de beslissing er in de cursus 1974-1975 mee te beginnen, zijn overal de voorbereidingen hierop afgestemd. Daarbij was voor de verantwoordelijke docenten de doorslaggevende overweging dat vóór alles met de huisartsopleiding moest worden begonnen, ook al zou de beschikbare tijd te kort blijken. Daar kwam nog een overweging bij. De gekozen oplossing heeft het grote voordeel, dat zij zonder meer impliceert dat de gehele opleiding onder de verantwoordelijkheid van de faculteiten komt te vallen omdat deze vóór het artsexamen plaatsvindt, terwijl het buiten kijf is dat uitsluitend deze tot het geven van die opleiding in staat en bevoegd zijn.

De gekozen weg maakt de realisatie van de huisartsopleiding afhankelijk van de bereidheid van de regering tijdig en in de vereiste omvang de niet geringe financiële en personele middelen hiervoor ter beschikking te stellen aan de besturen van de universiteiten, welke vorm deze ook mogen krijgen. Deze middelen zullen evenwel boven het peil van de thans toegestane budgetten moeten liggen, want anders is het volstrekt onmogelijk dit alles te realiseren. U zult niet verbaasd zijn, als ik u zeg dat niet alleen de zekerheid ontbreekt dat dit zal gebeuren, maar dat ook de betrokkenen over de toekomst sombere gedachten koesteren. Het is om deze redenen dat ik deze les, in den vreze dat Leiden, en niet Leiden alleen, in last kan komen, de titel „Opleiden in last” gaf.

Hoewel nascholing nog geen plaats heeft gekregen in ons universitaire stelsel — wat niet heeft verhinderd dat er ook door de universiteiten voor de huisarts heel wat wordt gedaan (ik denk hierbij vooral aan Boerhaave-cursussen) — is deze nascholing voor de praktiserende artsen nodig als brood en voor de docenten een onmisbare feedback. Ik heb al gesteld, dat het voor de huisarts heel wel mogelijk is au courant te blijven, als hij zijn bronnen maar goed kiest en gebruikt. Welnu, onder die bronnen versta ik het contact met de consultants, dat dan niet beperkt moet blijven tot verwijzen en het lezen van brieven, alsmede de lectuur van een Nederlands en één of twee buitenlandse algemene medische weekbladen. Tot zover kan iedere huisarts dit zelf doen, maar is het wel een vraag of het ook in voldoende mate gebeurt? Het is niet bekend in welke mate huisartsen hiervoor belangstelling, energie en tijd vrijmaken. Eigenlijk was onderzoek op dit gebied tot nu toe praktisch taboe.

Niet alleen kan nascholing tot uitbreiding van kennis en inzicht leiden, maar bovendien is het een van de voortreffelijkste middelen om het isolement van de huisarts te doorbreken. Indien en voor zover nascholing onmisbaar wordt geacht — en het is mijn overtuiging dat dit zo is, maar dat deze dan systematisch moet worden opgezet — kan er uitsluitend

iets worden bereikt als deze verplicht wordt gesteld. Daarvoor is een wettelijke regeling noodzakelijk, maar dan dienen er ook feitelijke, financiële en organisatorische mogelijkheden te worden geschapen.

Over de research-opdracht nog een enkel woord. De vraag of de huisartsgeneeskunde als een specifiek object van wetenschappelijk onderzoek mag worden beschouwd, is door Hansma en Timmer ter discussie gesteld. Het is uit veel onderzoek, zowel in het buitenland als bij ons, gebleken dat wetenschappelijke bewerking van het materiaal van de huisarts belangrijke gegevens en inzichten kan opleveren over medische problemen op velerlei gebied. Ik ben ervan overtuigd, dat dit tevens het geval zal zijn met onderzoek over het werk dat de huisarts doet en zijn plaats in de gezondheidszorg.

Een belangrijk probleem is kort geleden aan de orde gesteld door de fysicus Heyn. Hij beantwoordde de vraag, of onderwijstaken en research vruchtbaar kunnen worden gecombineerd, met een duidelijk „neen”, omdat de echte onderzoeker niet anders kan zijn dan een dilettant docent en de echte docent een dilettant onderzoeker, in verband met de tijd die aan de verschillende taken moet worden besteed, maar in beginsel op grond van het verschil in instelling, dat voor de uitvoering van die taken noodzakelijk is. Dit alles staat lijnrecht tegenover wat aan

onze universiteiten gebruikelijk is en ik heb nu geen andere bedoeling dan het te signaleren. Het zal echter voor de medici met universitaire taken de moeite lonen zich op dit probleem te bezinnen en, indien Heyn's gedachten moeten worden overgenomen, de consequenties ervan onder ogen te zien.

Hoe meer ik probeer mijn vak onder woorden te brengen, des te sterker word ik mij ervan bewust dat dit een bijna onmogelijke taak is. Misschien is daarvoor een schrijver met een romantische instelling, zoals Stefan Zweig, of een keiharde realist, zoals Silone of Caldwell, nodig. Het is in ieder geval duidelijk dat W. F. Hermans in zijn ongetwijfeld geestige poging ertoe tekort is geschoten. De moeilijkheid om het onder woorden te brengen is stellig begrijpelijk, want het werk van de dokter in het algemeen en dat van de huisarts a fortiori, is, zoals ik het al eens beschreven heb in het Nederlands Tijdschrift voor medische studenten, een bijzonder geval van de situatie waarin de ene mens de ander, die in nood verkeert of het gevoel heeft in nood te verkeren, helpt. Dit is dan misschien de beste formule die men kan vinden, maar het is tegelijkertijd een formule die voor zoveel andere situaties geldt, dat het specifieke ervan niet tot zijn recht komt. Tot het beschrijven van dat specifieke heb ik in het betoog dat achter mij ligt een poging gedaan.

---

## Bevoegdheden van vroedvrouwen

### *Bewindslieden van Sociale Zaken en Volksgezondheid geven uitvoerig antwoord op vragen Tweede Kamerlid*

Het Tweede Kamerlid, mejuffrouw Kessel (Groep Aarden) heeft onlangs schriftelijke vragen ingediend betreffende bevoegdheden van vroedvrouwen.

In antwoord op de vraag: Is het waar, dat bij de opleiding van vroedvrouwen wordt gedoceerd, dat zij er later in de praktijk goed aan doen altijd het zekere voor het onzekere te nemen en een gynaecoloog in te schakelen als zij vóór, tijdens of na de bevalling enige complicatie mogelijk achten? Hebben de bewindslieden van Sociale Zaken en Volksgezondheid, minister Roolvink en staatssecretaris Kruisinga betoogd, dat bij de opleiding van vroedvrouwen wordt gedoceerd, dat zij in de praktijk bij het constateren van afwijkingen vóór, tijdens en na de bevalling de huisarts van de betrokkene dienen in te schakelen, die, mocht dit nodig zijn, de patiënte naar een gynaecoloog zal verwijzen. Het verplichte inschakelen van een geneeskundige houdt verband met het bepaalde in de artikelen 15 en 16c van de Wet regelende de uitoefening der geneeskunst. In deze artikelen wordt gesproken van een door belanghebbende c.q. de kraamvrouw aangewezen geneeskundige. In de praktijk is dit volgens de bewindslieden de huisarts. Ter completering van het

bovenstaande vermelden zij, dat het de vroedvrouw geoorloofd is zelfstandig bepaalde maatregelen te nemen bij het waarnemen van zekere afwijkingen gedurende de zwangerschap, zoals bijvoorbeeld het opheffen van liggingsafwijkingen, tenminste indien dit door uitwendige handgrepen kan geschieden. Terzake van dit laatste zij verwezen naar de beschikking van de minister van Arbeid, Handel en Nijverheid van 30 maart 1932, zoals deze in 1951 is gewijzigd.

Op de vraag: Is het juist, dat volledig bevoegde vroedvrouwen niettemin nog steeds het recht ontberen hun patiënten een zogenaamd verwijsbriefje voor de gynaecoloog te geven, zodat zij verplicht zijn hun patiënten via de huisarts naar de specialist te verwijzen en dat het deze bovendien vrij staat zijn medewerking bij deze procedure al of niet te geven? antwoordden de bewindslieden, dat de verloskundige bevoegdheid van de vroedvrouw geen volledige is. In theorie zou het denkbaar zijn, dat de vroedvrouw de hulp inroept van een gynaecoloog, bijvoorbeeld, wanneer deze zou zijn aangewezen door een belanghebbende of kraamvrouw, die niet is verzekerd krachtens de Ziekenfondswet. Het is ech-

ter niet aannemelijk, dat dit in de praktijk zou plaatsvinden. Het rechtstreeks hulp inroepen van een gynaecoloog is voor ziekenfondsverzekerden praktisch niet mogelijk. De patiënte zou daardoor een vergoeding vanwege het ziekenfonds kunnen worden geweigerd. De gynaecoloog zou trouwens niet buiten medeweten van de huisarts van de betrokkene deze in behandeling nemen, aangezien dit zou indruisen tegen onder artsen geldende gedragsregels. Bovendien zal het in vele gevallen niet nodig zijn, dat een gynaecoloog de behandeling overneemt. Een en ander zal afhangen van de diagnose, die door de huisarts, die op grond van zijn volledige medische opleiding de algehele gezondheidstoestand van de zwangere of de kraamvrouw kan beoordelen, wordt gesteld. De kennis van de vroedvrouw strekt zich uit tot de medisch-verloskundige sfeer en omvat een voldoende pathologisch inzicht om te kunnen bepalen of de hulp van een geneeskundige dient te worden ingeroepen. Aldus de bewindslieden, die voorts op de vraag:

Als de situatie inderdaad zo is als in de beide voorgaande vragen wordt verondersteld, kan dit dan bij patiënten van vroedvrouwen niet ten onrechte de indruk wekken, dat de huisarts bij bevallingen superieur is aan de vroedvrouw? als volgt antwoorden: Ten aanzien van deze vraag zij opgemerkt, dat indien bij patiënten van vroedvrouwen de indruk zou worden gewekt, dat de huisarts bij bevallingen superieur zou zijn aan de vroedvrouw, deze indruk ten onrechte is ontstaan. Bij normale bevallingen is hiervan geen sprake; bij afwijkende bevallingen spreekt het vanzelf dat een geneeskundige wordt ingeschakeld, althans voor zover de vroedvrouw niet bevoegd is die te behandelen. De in deze vraag bedoelde problematiek zal overigens in een geheel ander licht komen te staan, zodra de ge-

dachte van een beter samenwerkingsverband tussen vroedvrouwen, huisartsen en specialisten algemeen is gerealiseerd.

De bewindslieden vestigden in dit verband de aandacht op de bij wijze van experiment nieuw opgezette werkwijze in de Kraaminrichting te Wormerveer. In de gang van zaken is daar een aantal veranderingen aangebracht, welke onder meer tot doel hebben de relatie tussen verloskundigen en huisartsen te verbeteren. Beoogd wordt de gehele moederschapszorg een aangelegenheid te maken van zowel de vroedvrouw als de huisarts en eventueel de specialist, waarin voor ieder een eigen taak ligt, welke niet concurreert met die van de ander.

Voorts wezen de bewindslieden erop, dat de Centrale Raad voor de Volksgezondheid op 13 oktober 1969 op advies van het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties een Commissie Verstrekking Verloskundige Hulp heeft ingesteld. De opdracht van deze commissie is als volgt geformuleerd: „Het bestuderen van de problematiek, die ontstaan is bij de verlening van verloskundige hulp en het aangeven van mogelijkheden voor toekomstige voorzieningen op dit gebied; een en ander vooral gezien in het licht van de vermindering van het aantal praktiserende vroedvrouwen en het afnemen van het aantal thuisbevallingen, geleid door de huisarts. Hierbij dient mede aandacht te worden geschonken aan de sociale factoren, die van invloed zijn op de toeneming van het percentage klinische bevallingen”. Bij deze studie wordt volgens de bewindslieden aan het onderhavige vraagstuk inzake betere samenwerking ruime aandacht geschonken.

Tenslotte stellen de bewindslieden, dat, teneinde eventuele misvattingen bij het publiek ten opzichte van de deskundigheid van de vroedvrouw bij normale bevallingen te voorkomen, naar voorlichting op breder schaal zou kunnen worden gestreefd.

## UNIVERSITAIRE BERICHTEN

### Promoties:

*W. M. van Bochove* promoveerde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Hepatografie met  $^{99m}\text{Tc}$ -pertechnetaat”. Promotor was Prof. Dr. G. A. Lindeboom.

*W. G. Buist* promoveerde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Klinische elektro-myografische onderzoek-methoden bij enkele supranucleaire syndromen”. Promotor was Prof. Dr. J. F. Folkerts.

*J. W. Groothuyse* te Amsterdam promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De arbeidsstructuur van de prostitutie”. Promotor was Prof. Dr. J. C. van Es.

*H. Linschoten* te Badhoevedorp promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de

geneeskunde op een proefschrift getiteld: „The Boerema Button in total gastrectomy for carcinoma”. Promotor was Prof. Dr. I. Boerema.

### Benoemingen:

*Dr. M. de Vlieger*, thans wetenschappelijk hoofdambtenaar bij het Academisch Ziekenhuis Dijkzigt, is benoemd tot gewoon lector aan de medische faculteit in Rotterdam om onderwijs te geven in de elektroneurologie.

## LEDENLIJST 1969

*Verschenen is de ledenlijst 1969 der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. De lijst wordt op aanvraag bij het Bureau der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht, toegezonden.*

# Orale anticonceptie weer in het middelpunt

*Door P. J. F. Dupuis, huisarts te Rotterdam*

Voor de zoveelste maal in haar betrekkelijk korte bestaan staat de orale anti-conceptie weer in het middelpunt van de belangstelling. Zijn er in de geschiedenis van de geneeskunde wel vaker methoden en middelen aangewend, die aanleiding hebben gegeven tot ernstige meningsverschillen, het is de vraag of er ooit duidelijker kampen van vóór- en tegenstanders te onderscheiden zijn geweest dan ten aanzien van de „pil”.

Onder de tegenstanders moet in de eerste plaats natuurlijk Prof. Defares worden genoemd. Daarnaast evenwel laat bijvoorbeeld een wetenschapsman als Prof. Plate zich bewegen, een aanbeveling mee te geven aan het, wetenschappelijk gezien, waardeloze boek van Barbera Seaman: „Men komt niet aan de indruk, dat haar waarschuwing tegen de pil ernstig gemeend is, daarom verdient haar boek in wijde kring gelezen te worden”. Haar waarschuwing moge ernstig gemeend zijn, dit houdt echter allerm minst in, dat vorm en inhoud van haar waarschuwing werkelijk in wijde kring de aandacht verdienen. In de tv-uitzending hierover is wel duidelijk geworden, wat Prof. Plate heeft bewogen een verbond van dit vreemde soort aan te gaan. Hij is even overtuigd, dat de Nederlandse artsenwereld in het algemeen de eventuele gevaren van het pil-gebruik te licht beoordeelt en te gemakkelijk zijn advies, van om de x maanden te stoppen, van tafel veegt. Persoonlijk deel ik zijn mening, dat de pil bruikbaar is maar zo snel mogelijk door wat beters dient te worden vervangen, en dat intussen zeer zorgvuldige en kritische begeleiding van de pil-gebruikende vrouwen noodzakelijk is.

Dat aan het laatste nog wel het een en ander ontbreekt weet iedere arts die geen vreemdeling in Jeruzalem is. Nog steeds zijn er huisartsen die de pil zonder controle voorschrijven, terwijl anderen in beginsel wel controleren, maar niet adequaat reageren als zich complicaties voordoen. Ik bedoel hiermee geen blaam op een aantal collega's huisartsen te werpen. Zij dragen bijvoorbeeld geen schuld aan het feit, dat geen enkele vóór 1950 afgestudeerde arts op de universiteit ook maar enigszins is geschoold in de seksuologie of de contraceptie in het bijzonder. Overigens volgt hieruit helemaal niet, dat degenen die later zijn afgestudeerd op dit punt wel adequaat zouden zijn opgeleid. In dit verband dient opgemerkt te worden, dat ook de nascholing in de seksuologie bepaald onder de maat is gebleven, met name wat betreft het werken aan een attitude-wijziging. Er zijn wel voordrachten gehouden om de ontbrekende kennis

enigszins aan te vullen, maar daarmee wordt nog niet bereikt, dat de vaak ambivalente houding van de arts zich ten goede wijzigt. Goed geleide gesprekskringen speciaal over de seksuele problematiek zullen daarbij onmisbaar zijn. De zogenaamde Balint-groepen, die zich bovendien lang niet uitsluitend of zelfs in de eerste plaats met seksualiteit bezig houden, bereiken nog altijd maar een gedeelte van de artsen, terwijl — een meer voorkomende zaak — daarbij vaak juist diegenen worden aange trokken, die er relatief het minst behoefte aan hebben. Nog steeds mag men aannemen, dat een niet gering aantal artsen hoogst onzeker staat tegenover de seksuele problemen van zijn patiënten, eenvoudig al vanuit een persoonlijke onzekerheid maar tevens op grond van lacunes in kennis en inzicht. Hoeveel artsen zijn er niet, die vóór het beschikbaar komen van de pil nooit contraceptieve hulp hebben gegeven, die bijvoorbeeld ook nog nooit een pessarium occlusivum hebben aangemeten en die slechts onder de druk van de omstandigheden de pil zijn gaan voorschrijven. Dit betekent, dat de pil hun enige contraceptieve wapen is en dat zij dus niet over alternatieve mogelijkheden beschikken. Hun ambivalente instelling kan er toe leiden:

1. dat zij volstaan met recepten af te geven zonder onderzoek;
2. dat zij om onvoldoende gefundeerde redenen laten staken;
3. dat zij dan geen juist advies geven over hoe in een pil-vrije periode te handelen, bijvoorbeeld door periodieke onthouding aan te bevelen.

Voorts kan het gebrek aan kennis van andere methoden tot een te hardnekkig doorgaan met de pil leiden en ook verantwoordelijk zijn voor een te geringe controle: men zou immers in de klem komen te zitten als men een contra-indicatie vond. Ook de gynaecologen voelen in het algemeen weinig voor onderbreking in het pilgebruik. Dit kan enige bevreemding wekken, omdat men te maken heeft met een sterk ingrijpend, belangrijke functies blokkerend middel dat wordt toegediend bij gezonde vrouwen, van een belangrijk aantal waarvan de vruchtbaarheid niet eens is bewezen. En wat ligt dan meer voor de hand dan het af en toe tijdelijk opheffen van deze blokkade, om met behulp van controle van de basale temperatuur na te gaan of er dan weer ovulaties optreden? Uit gesprekken met gynaecologen en een uitspraak van Prof. Sikkels in eerder genoemde tv-uitzending, meen ik te kunnen

afleiden, dat hun weerstand op dit punt voorname-  
lijk voortvloeit uit de, hier en daar al reëel gebleken  
angst, dat de medische begeleiding in een pil-vrije  
periode nogal eens onvoldoende is en tot ongewen-  
ste zwangerschappen aanleiding zal geven met als  
gevolg een nog sterkere abortus-druk op de  
gynaecologen. Mijns inziens zal de oplossing voor  
deze moeilijkheden echter niet moeten worden ge-  
zocht door dan maar continue behandeling te ge-  
ven, maar in verbetering van de medische begelei-  
ding. Als het ook maar enigszins te verantwoorden is,  
moet men niet van de ene dag op de andere met de  
pil laten stoppen, en zeker niet midden in een serie,  
maar het paar na psychische en praktische voorbe-  
reiding laten overgaan op het tijdelijk gebruik van  
andere middelen.

De weerstand tegen het gebruik van condoom of  
pessarium is namelijk sinds het gebruik van de pil  
toegenomen, ook onder degenen die ze tevoren al  
hadden gebruikt. Een zeer groot percentage van  
vroegere condoom- en pessariumgebruikers is op  
de „pil” overgegaan en begeert de vroegere situatie  
niet terug. Daarnaast kampt de behandelend arts  
met het probleem, dat de pil ongetwijfeld het zeker-  
ste middel is op het punt van voorkoming van  
zwangerschap. Welke arts kent niet de vrees, een  
vrouw, die hij heeft weten te overtuigen dat het be-  
ter voor haar is een ander middel te gebruiken, later  
op zijn spreekuur te zien verschijnen met een onbe-  
doelde en ongewenste zwangerschap? In dit ver-  
band is ook nog de vraag terzake, of soms bij het  
beginnen met de pil de gevaren groter zijn dan in  
latere maanden. Afgezien van lichte en ongevaarlijk  
gebleken klachten als wat hoofdpijn en misselijkheid  
zijn mij echter geen bijwerkingen bekend, die  
frequentier in de eerste maanden zouden optreden.  
Ook daaraan is dus geen argument voor continue  
toediening te onttelen. Doen zich pathologische ver-  
schijnselen voor, dan dient te worden bedacht, dat  
uiteraard de bijna 450.000 pil-slikkende Nederlandse  
vrouwen niet allen klachtenvrij zouden zijn geweest,  
als zij de pil niet hadden geslikt. Individueel is het  
dan ook niet eenvoudig na te gaan, of er werkelijk  
verband bestaat tussen een bepaalde klacht en het  
gebruik van de pil en nog minder, of een afwijking  
dusdanig ernstig is, dat staken met de pil geboden,  
dan wel op zijn minst aanbevelenswaardig is. In dit  
verband moge ik er op wijzen, dat de invoering van  
de pil de taak van de huisarts aanzienlijk heeft ver-  
zwaard.

Spraken wij eerder al over de ambivalente hou-  
ding van de arts, die van de vrouw en haar partner  
is het vaak niet minder. Vaak is het ook voor hen de  
eerste echte contraceptie die zij toepassen. Het feit,  
dat het zo gemakkelijk innemen is, heeft hen wel  
over de drempel van de toepassing heengeholpen,  
echter zonder tegelijkertijd de schuld- en zondege-  
voelens op te heffen, die voor een aantal van hen  
met de contraceptieve activiteiten zijn verbonden,  
nogal eens des te sterker naarmate het toegepaste  
middel effectiever is! De klacht wordt dan gevoeld  
als de straf die op de zonde volgt. Niet weinig pil-

gebruikende vrouwen klagen over verminderde fit-  
heid, verminderde libido, toegenomen lusteloosheid.  
Uitermate moeilijk valt uit te maken, of we hier met  
een echt „pil-effect” te doen hebben, en zo ja of het  
van somatische of psychische aard is en in welke  
richting de oplossing moet worden gezocht. Het is  
een algemeen menselijke neiging, zoveel mogelijk  
causale verbanden te leggen; vandaar ook dat aller-  
lei klachten maar al te gemakkelijk aan de pil wor-  
den geweten. Een wirwar van mogelijkheden en  
moeilijkheden! Hoe komen wij daar enigszins uit?  
Hoe komen wij er beter achter, of de pil werkelijk  
kwaad kan; in welke mate en onder welke omstan-  
digheden? En of hij meer kwaad doet dan een even-  
tuele zwangerschap of legale dan wel illegale abor-  
tus? En hoe groot is de kans daarop bij de vrouw?

De fout van vele tegenstanders is mijns inziens,  
dat zij de pil „sec” beschouwen; het is juist nood-  
zakelijk ook zo volledig mogelijk de eventuele geva-  
ren te schatten van de situatie die optreedt als de  
pil wordt gestaakt. Welke andere mogelijkheden zijn  
er, en hoe worden die beleefd? Is de behoefte aan  
contraceptie vrijwel absoluut, of gaat het slechts  
om een „liever nu nog niet”? In ieder geval zullen  
wij er goed aan doen onze patiënten er van te door-  
dringen, dat het besluit, de pil te gaan gebruiken,  
slechts behoort te worden genomen na ernstig af-  
wegen van alle andere mogelijkheden. Het is name-  
lijk een feit, dat er heel erg gemakkelijk om de pil  
wordt gevraagd, zelfs in de vorm van een soort ver-  
zekering voor jonge meisjes: zij hebben nog niet  
eens een partner, maar „je weet nooit of niet eens  
een keer”. Daar tegenover moet toch duidelijk wor-  
den gesteld en volgehouden, dat de zo onschuldig  
uitziende pil in feite een sterk werkend middel is  
met vele mogelijke bijwerkingen. Ik weet uit eigen  
ervaring, dat het moeilijk is zich hieraan te houden,  
maar het moet gebeuren. Ook heb ik nog steeds  
niet gehoord, dat men in Nederland al doende is een  
vergelijkend onderzoek op te zetten tussen een  
groep vrouwen die al acht jaar de pil gebruiken en  
een overeenkomstige groep niet gebruikende. Het  
zegt immers niets, als iemand in z'n praktijk één  
dramatisch geval van trombose of embolie bij een  
jonge pilgebruikster ziet. Het zegt nog minder dat ik  
in mijn praktijk nog geen enkele ernstige complica-  
tie heb meegemaakt bij een groep van 250 vrouwen.

Centrale aanmelding en registratie van alle geva-  
len van ernstige aandoeningen bij pilgebruiksters  
lijkt daarom geboden. Of gebeurt dat al?

Eveneens een aanvullende vraag op het bestaande  
B-formulier bij overlijden. Het zou verkeerd zijn, als  
artsen er tegen opzagen een mogelijk verband tus-  
sen pilgebruik en een bepaalde aandoening aan te  
geven, uit vrees erom uitgelachen te worden. Alleen  
consequente bewerking en bestudering van alle mo-  
gelijke verbanden kan ons werkelijk inzicht ver-  
schaffen. Dit dan in samenhang met het reeds aan-  
bevolen vergelijkende onderzoek. Aan meer deskun-  
digen dan ik de taak het onderling eens te worden  
over de vraag, welke punten van onderzoek daarbij  
de meest relevante zijn. Dat zal geld, tijd en energie

kosten, maar het is een zaak van zo groot belang, dat het allemaal beschikbaar zal moeten komen. Een factor, die in ieder geval ook in het onderzoek zal moeten worden betrokken, is een mogelijk toegenomen coïtus-frequentie bij pilgebruiksters en de gevolgen daarvan. Wij lopen wel de kans, dat de pil binnen enkele jaren verouderd zal zijn en door iets beters vervangen, maar dit ontslaat ons naar mijn mening niet van de plicht op dit moment een gedegen onderzoek op te zetten. Zo mogelijk zullen daarbij ook de verschillende typen pil apart moeten worden beoordeeld.

Een maatregel als het ontraden van alle middelen met meer dan honderd microgram oestrogene stof

per tablet lijkt van twijfelachtige waarde, ten eerste wegens het verschil tussen hoeveelheid stof en oestrogene activiteit, maar ook wegens de onderlinge beïnvloeding van oestrogene en pregestagene factoren: men onderscheidt immers pregestatieve stoffen die een anti-oestrogene werking hebben en andere die zelf gedeeltelijk in de lever in oestrogenen worden omgezet.

Dit artikel is tenslotte bedoeld als een oproep aan alle artsen, gezamenlijk een poging te doen, de emotionele reacties uit te schakelen, en rustig en zorgvuldig te overwegen welke maatregelen nodig zijn, om het voor en tegen van de pil zo nauwkeurig mogelijk te leren kennen.

## **Uitspraak Centraal Medisch Tuchtcollege te 's-Gravenhage**

### ***Onjuiste handelwijze van specialist tegenover huisarts***

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

Het Centraal Medisch Tuchtcollege; gezien de stukken; gehoord partijen en de raadsman van de arts over wie is geklaagd; overwegende ten aanzien van de feiten:

De klager heeft als huisarts ten behoeve van een patiënt, die in een ziekenhuis voor een ander lijden was opgenomen, de arts over wie is geklaagd als chirurg in consult geroepen. Enige dagen later heeft binnen het kader van de behandeling van de patiënt door de klager een gebeurtenis plaats gevonden, die geleid heeft tot een klacht van de patiënt tegen de klager bij het Medisch Tuchtcollege en tot een civiele actie tegen de klager. De arts over wie is geklaagd heeft een operatieve ingreep verricht op de patiënt; de vraag of deze ingreep nodig zou zijn geweest, wanneer de eerder bedoelde gebeurtenis niet zou hebben plaats gehad, is de inzet van een civiele procedure, waarin de klager door de patiënt is betrokken.

Onderwerp van de klacht is een brief, die de arts over wie is geklaagd heeft geschreven aan de advocaat van de patiënt, in welke brief hij zijn oordeel geeft over de gebeurtenis, die de inzet van de procedure was, waarbij hij ten dele inlichtingen geeft van medisch-wetenschappelijk karakter, vervolgens een medisch-wetenschappelijke conclusie trekt en daarna opsomt wat hij noemt „enige concrete verwijten”, waarna hij zijn brief besluit met de mededeling: „dat geconsulteerde medicus onjuist heeft gehandeld is duidelijk”, waarbij in het midden blijft of hiermede een medisch-wetenschappelijk dan wel een medisch-ethisch oordeel wordt uitgesproken.

Deze brief is door de advocaat aan wie hij geadresseerd was in de civiele procedure overgelegd.

De klager heeft zich aanvankelijk tot de voorzitter van de Afdelingsraad van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst gewend, die de arts over wie is geklaagd heeft aangeraden aan de advocaat en de klager een brief te schrijven, waarin tot uitdrukking kwam dat hij, arts over wie is geklaagd, zich niet bevoegd achtte het oordeel in de laatstgemelde zin uit te spreken en dat hij zich alsnog van deze onbevoegde veroordeling wenste te distancieren. Daarmede was de aanleg voor de Afdelingsraad beëindigd.

De klager heeft zich vervolgens tot het Tuchtcollege in Eerste Aanleg te B. gewend, dat zijn klacht heeft afgewezen op de volgende overweging:

„Overwegende, dat, wat er ook zij van het antwoord op de vraag of de chirurg bij het schrijven van de brief van 30 januari de collegialiteit voldoende in acht heeft genomen, de verweten gedraging naar het oordeel van het College geen handeling oplevert, die het vertrouwen in de stand der geneeskundigen kan ondermijnen, zodat de klacht als ongegrond moet worden afgewezen.”

Tegen deze beslissing, gedateerd 9 januari 1969, van welke beslissing klager op 6 februari 1969 mededeling is gedaan, is hij bij een op 1 maart 1969 gedateerd en mitsdien tijdig ingekomen beroepschrift in appèl gekomen.

Overwegende ten aanzien van het recht:

Naar het oordeel van het Centraal College is in eerste aanleg ten onrechte uitsluitend rekening gehouden met het collegiale aspect van de brief in kwestie. Hoewel het Centraal College het feit, dat een door een huisarts in consult geroepen specialist

in een brief aan derden de huisarts kritiseert, bepaaldelijk ernstiger opvat dan de Afdelingsraad blijkbaar heeft gedaan, ligt het zwaartepunt van deze zaak niet op collegiaal terrein.

Het is onjuist te achten dat een behandelend specialist over dat deel van de behandeling, waarin ook de huisarts is betrokken, tegenover derden een oordeel uitspreekt — hetzij schriftelijk of mondeling — zonder met die bij de behandeling betrokken arts overleg te plegen. Het gaat hier niet meer om een individueel maar om een gezamenlijk op beide artsen rustend beroepsgeheim. De patiënt stelde op handhaving van het beroepsgeheim uiteraard geen prijs en het moge zijn, dat de aard van hetgeen medegedeeld werd weinig aanleiding scheen in te houden om een beroep op zwijgplicht te doen: Het beginsel van het beroepsgeheim heeft echter alleen zin, wanneer het consequent wordt toegepast; ieder niet in acht nemen daarvan is ondermijning van dat beginsel, waarvan de handhaving een van de peilers is voor de uitoefening van de geneeskunst.

Ernstig acht het Centraal College eveneens het feit, dat de arts over wie is geklaagd, zelf behandelend arts van de patiënt, heeft gemeend een deskundig oordeel te kunnen geven in het kader van een procedure, die sterk verband hield met die behandeling. Het is reeds in het algemeen ongewenst, dat een arts in het kader van een procedure een deskundig medisch oordeel geeft, wanneer die procedure zijn patiënt betreft of de belangen van een patiënt raakt. Het is echter ontoelaatbaar dat een arts zijn medisch oordeel geeft, wanneer de procedure bovendien betrekking heeft op gebeurtenissen, waarin de betrokken arts zelf geneeskundige bijstand heeft verleend. De schijn van mogelijke partijdigheid, die daarmee gewekt wordt, is voor de hand liggend en moet het vertrouwen in de objectiviteit der adviezen, die geneeskundigen vaak in procedures van allerlei aard moeten geven, in gevaar brengen.

Uiteraard moet een arts met betrekking tot een patiënt — en met inachtneming van zijn beroepsgeheim — binnen het kader van procedures mededelingen kunnen doen van feitelijke gegevens waarover hij beschikt, ook wanneer die betrekking hebben op een patiënt of een door hem gegeven behandeling. Hij dient zich dan echter zorgvuldig te onthouden van het geven van andere dan feitelijke informatie en niet zijn medisch oordeel te geven.

Door zich aan deze regel niet te houden heeft de arts over wie is geklaagd het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd. Het verweer als zou dit niet het geval zijn, omdat er geen ruchtbaarheid aan de zaak is gegeven, gaat niet op, reeds op grond van het feit dat de brief bestemd was voor een ander dan de patiënt en de kring der geneeskundigen. Maar bovendien is door het feit van het overleggen van de brief aan de Rechtbank deze definitief in ruimere kring bekend gemaakt en nog wel juist een kring waarin het hier ter sprake komende aspect van het vertrouwen in de stand der genees-

kundigen: de volstrekte objectiviteit van deskundige medische verklaringen, de bijzondere belangstelling had.

Overwegende wat betreft de op te leggen maatregel:

Het Centraal College neemt in overweging, dat de arts over wie is geklaagd nog slechts kort zelfstandig de praktijk uitoefent en dat daarom een zekere onervarenheid ertoe heeft geleid dat hij — naar de woorden van zijn verweerschrift — er min of meer was ingelopen. Mede mag in aanmerking worden genomen, dat van de advocaat in kwestie had mogen worden verwacht dat hij in zou zien, dat deze brief, als zijnde van een behandelend arts, het karakter van volstrekte onpartijdigheid miste en dus niet in de procedure kon worden overgelegd. Dit brengt mede, dat met de maatregel van enkele waarschuwing kan worden volstaan.

Overwegende dat het Centraal College meent, dat deze beslissing met het oog op haar belang, voor bekendmaking in aanmerking komt;

Rechtdoende in hoger beroep: Vernietigt de beslissing waarvan beroep, en opnieuw rechtdoende: Waarschuwt C, arts te B. Beveelt bekendmaking van deze beslissing door toezending aan het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Afdeling Externe Betrekkingen, en door aanbieding aan de redacties van de weekbladen „Medisch Contact” en „de Nederlandsche Jurisprudentie”.

Aldus gewezen op 8 januari 1970 door de heren: Jhr. Mr. P. J. W. de Brauw, voorzitter; H. H. Santman, W. Hoekstra en G. J. Noome, leden-geneeskundigen; P. J. Kaiser, plv. lid-geneeskundige; in tegenwoordigheid van Mr. P. Mout, secretaris.

w.g. P. de Brauw, voorzitter  
w.g. P. Mout, secretaris

## Voor abonnementen en advertenties

wende  
men zich  
tot  
de Uitgeversmij.

**KRUYT N.V. TE BUSSUM**

Telefoon 02159 - 3 22 59 \*



# Ziekenhuismanagement en specialisten (I)

*Ten vervolge op een reeds eerder — in november 1968 — gehouden studiedag hebben de Nationale Ziekenhuisraad en de Landelijke Specialisten Vereniging in april 1.1. te Rotterdam andermaal een dergelijke bijeenkomst georganiseerd. Thema was: „Ziekenhuismanagement en specialisten”. Het werd ingeleid door Prof. Dr. B. C. J. Lievegoed, hoogleraar in de sociale pedagogiek te Rotterdam. Co-referenten waren Dr. L. M. J. de Groot, economisch-directeur van het St. Laurentiusziekenhuis te Rotterdam en lector in de ziekenhuiswetenschappen aan de Universiteit van Leuven en Dr. J. van Mansvelt, zenuwarts te Haarlem.*

*Hieronder publiceren wij de inleiding van Prof. Lievegoed. In volgende nummers van M.C. zullen de beschouwingen van de co-referenten volgen alsook een bekorte weergave van de op de inleiding gevolgde paneldiscussie.*

Prof. Dr. B. C. J. Lievegoed, buitengewoon hoogleraar in de Sociale Paedagogiek aan de Nederlandse Economische Hogeschool te Rotterdam, directeur van het Nederlands Paedagogisch Instituut te Zeist en gewoon hoogleraar aan de Technische Hogeschool Twente, afdeling Algemene Wetenschappen, betoogde:

Het vraagstuk dat mij is voorgelegd is dat van het Ziekenhuismanagement en Specialisten. Ik wil ditmaal niet zeer uitvoerig ingaan op het ziekenhuismanagement. U zult zich herinneren dat Dr. van Mansvelt daarover de vorige keer al iets gezegd heeft en in grote trekken ben ik het met zijn opvatting eens.

Mijn taak is veel meer te spreken over het hele vraagstuk van de medische stafvorming in een ziekenhuisorganisatie en daarbij heb ik te maken met een probleem van een bepaalde groep van mensen, die een bepaalde opvatting heeft over zijn taak en die op bepaalde wijze, tengevolge van die taakopvatting, pleegt te organiseren en daardoor een eigen beleidssysteem vormt; terwijl aan de andere kant het ziekenhuis een organisatie is van een totaal andere geaardheid, met een ander beleidssysteem.

De problemen, die daarbij optreden, zou ik willen verontpersoonlijken en ik zou willen proberen de problemen, die in dit spel optreden, te zien als uitvloeisels van een rollenconflict, dat duidelijk bestaat omdat men in de ene situatie een bepaalde rol heeft en in de andere situatie een andere rol. Daardoor voorkomt men het probleem van de schuld-

vraag: wie zou de schuld hebben van een conflict, waar ook ontstaan, wie is onvriendelijk geweest e.d. Men komt hier in een gebied terecht dat men moet objectiveren; waarbij men moet stellen dat er een objectief rollenconflict aanwezig is en vandaar uit zal men dan een 60, 70, 80% van de conflicten kunnen verklaren. Er van uitgaande zal men kunnen proberen om inzichten te krijgen, die nodig zijn om het gehele veld te kunnen analyseren. Wil men het inzicht vruchtbaar maken, dan zal men ook een zekere vaardigheid nodig hebben om deze in concrete situaties ook toe te passen. Verder is er nog een stuk sociale vaardigheid, een stuk sociale techniek, nodig om in de verschillende rollen te kunnen fungeren op de juiste wijze.

Alvorens daar nader op in te gaan wil ik nog een toevoeging geven bij hetgeen ik geschreven heb als een korte begrippenomschrijving. Ik heb daar geprobeerd twee gezichtspunten uit elkaar te halen. Het ene is de longitudinale beschouwing, welke beschrijft hoe de ontwikkeling is van organisaties in de loop van de geschiedenis, hoe begint een organisatie, hoe werkt die verder indien de organisatie succes heeft en dus groeit. Door een Amerikaan is gezegd dat groei het grootste probleem is van elke organisatie. De vraag is dan ook waar de optimale grenzen liggen van bepaalde vormen van organisaties ten opzichte van de taakstelling. Men kan bij één enkele organisatie de ontwikkeling in de loop van zijn geschiedenis bekijken en dan kan men daar een aantal verschijnselen vinden, die men kan objectiveren. Dit nog los van datgene wat nu de taak is van de organisatie, of dat nu een kerkgenootschap is, een vereniging, een ziekenhuis, een bedrijf; er bestaat een mogelijkheid om de algemene wetmatigheid van ontwikkeling te zoeken in de longitudinale ontwikkeling. Het is een gezichtspunt dat nog weinig onderzocht is en dat eigenlijk pas de laatste 10, 12 jaar tot ontwikkeling is gekomen omdat men meestal de transversale ontwikkeling ging bekijken.

Nadat spreker hierop nader ingegaan is, vervolgt hij:

Als men dit op de ontwikkeling van organisaties gaat projecteren, dan begint in de longitudinale ontwikkeling iedere organisatie in de pioniersfase door een persoonlijk initiatief, dat maakt dat in de pioniersfase de organisatie ook sterk persoonsgebonden is, namelijk gebonden aan de primaire mensen, die het initiatief nemen. En dan is er een aantal secundaire mensen, die in staat zijn en ook bereid zijn om mee te gaan. Degenen, die de initiatiefdragers zijn, hebben eenvoudig vanuit hun situatie een zeker gezag, een autoriteit. De leiding in de pioniersfase is duidelijk persoonsgericht. Men ziet

in de pioniersfase dat door de gehele organisatie heen elk mens de baas nadoot; ieder vormt weer opnieuw zijn eigen arbeidsveld en zo kan men zien dat als zo een pioniersorganisatie een tijd bestaat, daar een aantal mensen samenwerkt in een vrij losse vorm, in een vlakke organisatie, waar maar weinig niveaus zijn, waar direct contact is van de toppen met de uitvoering, waar de directeur tegen iemand zegt of hij iets er even tussendoor wil doen en deze dan zegt: jawel mijnheer... en het dan ook doet. Er is een goede menselijke verhouding en een bijzonder hoge motivatie in de pioniersfase van het werk, omdat elk mens die in deze situatie werkt, in staat is zich een bepaalde taak te scheppen, die als een maatkostuum om hem heen past. Als u dat ziet in dienstverlenende bedrijfjes, bijvoorbeeld reparatiewerkplaatsen, dan zal een man die een hobby heeft, de kans krijgen die niet alleen uit te voeren, maar er ook iets van te maken, een eigen specialiteit. Als men in de ziekenhuizen in de pioniersfase kijkt, dan ziet men daar wel een bepaalde taakomschrijving ontstaan, maar die is zeer vaag en ieder doet het op zijn eigen manier. Deze mogelijkheid om zelf een stuk planning, uitvoering en controle op het eigen werk te kunnen doen, geeft een hoge mate van bevrediging en waardering voor het werk. Wij gaan daarbij uit van de opvatting, dat elke arbeid uit drie aspecten bestaat. Dat is ten eerste het planningsaspect, dan het uitvoeringsaspect en tenslotte het controle-aspect, dat is de terugkoppeling van het resultaat op de oorspronkelijke opzet, dus de planning. Als ik aan iemand een brief moet richten, dan schrijf ik hem, lees hem nog eens over en als hij goed is, kan ik hem ondertekenen. Als ik echter de brief schrijf en onderteken en iemand grist hem dan uit mijn handen zonder dat ik de gelegenheid heb gehad om nog eens na te gaan of hij wel goed uitgevallen is, dan schept dit een onbevredigende situatie. Het is juist het bevredigende van de pioniersfase dat daar *totale taakstellingen* zijn en ook *totale taakvervullingen*, waarbij in hoge mate inhoud en frequentie van handelingen in die taak door de mens zelf mede bepaald kunnen worden. Men is in de pioniersorganisatie sterk aangewezen op het gezamenlijke initiatief; ieder werkt mee aan het doel, het doel is duidelijk zichtbaar en de gehele organisatie is overzichtelijk.

De pioniersorganisatie is een bijzonder efficiënte vorm van organisatie, welke echter wel aan enkele voorwaarden moet voldoen: dat de techniek voor de handelingen niet te ingewikkeld, het aantal mensen niet te groot moet zijn en dat de doelstelling voor iedereen zichtbaar kan zijn. Dan is inderdaad de pioniersorganisatie de meest efficiënte vorm van organisatie met de laagste overheadkosten, de hoogste motivatie van de mensen, de mensen de meeste mogelijkheid gevend om eigen ervaring op te doen en daardoor een groeiproces door te maken.

Een volgende stap wordt noodzakelijk doordat de organisatie groeit in aantal. De mensen kennen elkaar niet meer, de techniek wordt te ingewikkeld. Men krijgt dan dat de technische kennis niet meer

bij één man aanwezig kan zijn. Er is dan sprake van een toenemende specialisatie en differentiatie, er moeten spelregels komen in plaats van hetgeen vroeger als vanzelfsprekend van de een naar de ander doorgegeven kon worden. Men is dan in de differentiatiefase gekomen. In plaats van de mensen komt hier *het systeem*. Het systeem gaat dan de directe menselijke contacten en initiatieven overheersen. Ieder krijgt in dat systeem zijn plaatsje en er gaat het omgekeerde gebeuren als in de pioniersfase. Het is niet meer zo dat iemand ergens gaat werken en van zijn taak iets maakt, zodat na een aantal jaren daar een bloeiend onderdeel van het geheel ontstaan is, dat individueel, maar zeer efficiënt gerund wordt. Men krijgt nu dat er taken van achter het bureau worden uitgezocht. Het maken van een dergelijke organisatie is een zuivere denk arbeid, het is het logisch analyseren van wat er gedaan moet worden, het opstellen van onderdelen naar een aantal vuistregels en het scheppen van niveaus van uit het gezichtspunt dat niemand aan meer dan zes mensen directe leiding kan geven. Zo komt men tot een aantal niveaus tussen leiding en uitvoering in een grotere organisatie. Er ontstaat de situatie, dat de totale doelstelling niet meer zichtbaar is. Dat heeft tot gevolg dat men alle mogelijke communicatie-organisaties gaat scheppen. Er wordt gesteld: er zij een ondernemingsraad, waar men de communicatie heeft tussen de top en de bodem, met uitsluiting van wat er tussen zit.

Nu krijgt men kunstgrepen om de verloren gegane communicatie weer op te bouwen en men krijgt een splitsing van planning, uitvoering en controle. Bepaalde onderdelen gaan zich bezig houden met de planning, anderen hebben alleen met de uitvoering te maken en men krijgt ook weer de controle elders.

Dit is een van de dingen, die zichtbaar worden zodra die tweede fase, die men wel aanduidt met wetenschappelijke bedrijfsvoering „scientific management”, gaat doorwerken. In het begin, de eerste tien jaar, werkt alles nog behoorlijk omdat er nog resten van de oude communicatiepatronen zijn uit de pioniersfase, men kan de dingen, soms met voorbijgaan van de voorschriften, nog eigenhandig regelen. Zodra de scientific management compleet is, kan het volgen van de voorschriften een vorm van staking worden. Het heet dan „model werken”, men gaat dan werkelijk doen wat men volgens de voorschriften moet en dat betekent dat de zaak vast gaat lopen. Scientific management functioneert alleen bij de gratie van het overtreden van de voorschriften van de organisatie; misschien een wat boutespraak, maar het is duidelijk de conclusie die men trekken moet.

Dat neemt niet weg dat deze wetenschappelijke bedrijfsvoering ons bijzonder veel geleerd heeft en gemaakt heeft dat zeer grote organisaties aan de top centraal te besturen en bij elkaar te houden zijn. Wat daarbij verloren gaat is in de eerste plaats de menselijke motivering en in de tweede plaats de arbeidsvoldoening omdat men in één van de drie onderdelen zijn hoofdtak vindt en nergens meer een

echte, volledige taak heeft, behalve in de allerhoogste regionen en die worden dan ook vaak te zwaar belast.

Toen deze organisaties werkelijk gingen functioneren, met gebruikmaking van alle technische hulpmiddelen, die daarvoor beschikbaar waren, kwamen na een 10, 12 jaren tot de volgende stap, die men, bij gebrek aan beter heeft aangeduid als de integratiefase. In de pioniersfase heeft men de organisatie geschapen en heeft men een doelstelling bepaald. In de differentiefase is een taakverdeling ingevoerd en nu is het merkwaardige, dat zodra men in de maatschappij komt tot arbeidsdeling, ieder gaat werken voor anderen, het doel van werken wordt het oplossen van problemen van anderen. Dat kan op verschillende manieren gebeuren en daarop wordt later nog even teruggekomen. Er wordt nu gestreefd naar een organisatievorm, die weer een stap verder gaat dan die van de klassieke vorm van scientific management.

In de derde fase, de integratiefase dus, moet gestreefd worden naar een *optimalisatie* van de economische, de technische en de sociale aspecten van de inmiddels zo complex geworden organisatie. In de menselijke aspecten komt het er op neer dat men arbeidssituaties creëert, waarin weer een volledige arbeid mogelijk zal zijn. Dat betekent dat men de positieve kanten van de pioniersfase weer terug moet zien te krijgen in de arbeidssituatie. Men zal dus de mens weer totale taken moeten geven en men zal ook weer totale groepstaken moeten geven, die dan weer door een onderlinge verdeling van de arbeid mogelijk worden. Binnen de groep moet dus weer een stukje van het klimaat van de pioniersfase mogelijk worden.

Men zal de organisatie zo moeten maken dat de totale en duidelijke doelstelling van de organisatie op alle niveaus zichtbaar is en men de mensen duidelijk maakt welke bijdrage zij aan het geheel kunnen geven. Ik wil u niet vermoeien met de techniek hiervan, want die is nog in volle ontwikkeling, maar het komt er op neer dat men weer vlakke organisaties krijgt, waarin men naar de optimale grootte van de eenheden gaat zoeken, dus wat de maximale grootte is waarin men nog met elkaar aan de eisen van integratie kan voldoen. Het blijkt dan dat organisaties van twee-, drieduizend man in deze vorm niet meer te organiseren zijn. Men moet dan gaan denken aan een onderverdeling in kleinere groepen van twee tot drie honderd mensen, waar dan een stuk van de taak duidelijk zichtbaar kan zijn tot aan het niveau van de uitvoering toe.

Dit is wat betreft de longitudinale ontwikkeling in de organisatie, die er toe voert dat wij overal zoeken naar een vorm van organisatie, waarin de mens weer zijn volle plaats krijgt. Het is niet toevallig dat het moderne ziekenhuiswezen daarom zoekt naar een leiding van drie personen en wel de geneesheer-directeur, die de medisch-technische aspecten vertegenwoordigt, de directrice, die het menselijk aspect in de verpleegkundige arbeid vertegenwoordigt en de economisch directeur, die het

economisch-technisch aspect vertegenwoordigt. Het is ook door Dr. Van Mansvelt in een vorige toespraak gesteld — en dat is ook al verschillende keren gezegd in diverse ziekenhuisgroeperingen — dat een modern ziekenhuis door een driemanschap geleid moet worden. Daarbij komt de vraag of een van de drie de primus inter paris zou moeten zijn. Dit is zuiver een vraag van opportuniteit. Mijn ideaal zou zijn een driehoofdige leiding met een gemeenschappelijk overleg, waarin in het ene geval één van de drie vanzelfsprekend de leiding heeft, in het andere geval een ander, bijvoorbeeld de econoom, wanneer het duidelijk een economisch probleem betreft. Zolang dat niet mogelijk is, zal men een vorm moeten hebben, waarbij één van de drie voorlopig de topleiding heeft, de andere twee een niveau lager liggen en er dus sprake is van een gelaagdheid binnen de directie. De vraag is of de mensen dit aan kunnen en of de taken van dien aard zijn, dat het mogelijk is de driehoofdige leiding goed te laten functioneren.

Ik wil dan nu komen tot de andere benaderingswijze, die ik genoemd heb de transversale beschouwingen over dezelfde problematiek. De vraag is wat voor soort organisatie men heeft als men er dwars doorheen kijkt. Dan komen wij tot organisaties van zeer verschillende geaardheid. Er is dan ten eerste de *professionele organisatie*, zoals de architectenbureaus, de advocatenbureaus, de researchteams, de medische teams e.d. Het wezenlijke daarvan is de collegialiteit van degenen, die er in werken en het directe contact dat ieder lid van de professionele organisatie heeft met de cliënten van de organisatie. Dat is dus het architectenbureau met opdrachtgevers op het niveau van de bouw, het advocatenkantoor met de mensen, die om advies komen vragen, het researchteam met de degene, die de opdracht tot research geeft, de medische teams met de patiënten. Het is geen eenvoudige zaak om een organisatievorm te moeten hebben van een groep mensen, die samenwerken op kracht van collegialiteit en op grondslag van het feit dat elk van hen een direct contact heeft met de output van de organisatie.

Dat schept een heel eigenaardig klimaat en om een dergelijke organisatie te kunnen laten lopen, zijn organisatievormen nodig, die zijn vastgelegd in de erecodes van de diverse beroepsgroepen. U hebt de code van de architecten, van de medici, van de advocaten, van de notarissen. Al deze organisaties regelen hun houding tot de wereld en onderling via een erecode, waaraan ieder voldoen moet wil hij erkend worden in deze collegiale situatie. Zodra hij buiten de code leeft, is hij uitgesloten uit de collegiale organisatie, zelfs als hij het beroep toch blijft uitoefenen, wettelijk nog mag. Wat precies die professionele organisatie levert is de directe know-how, het geestelijke aspect van de degene, die werkt in de organisatie. De uitvoering kan ten dele bij de professionele man zelf liggen, hij kan ook aanwijzingen geven en dan de mensen verwijzen naar een dienstverleningsbedrijf, dat de aanwijzingen uitvoert.

Dat is dus de specialist, die in het ziekenhuis bepaalde aanwijzingen geeft, die door mensen van de dienstverlenende organisatie uitgevoerd kunnen worden, mensen die hij als drager van de geestelijke kennis en wijsheid kan uitzoeken al naar de mogelijkheden van de situatie.

Als u vraagt wat het klimaat is van deze professionele organisatie, dan heeft u hier een bijzonder moeizame organisatorische vorm. Het zijn allemaal individualisten, bijzonder eigengereid, die zich aan geen enkele echte organisatorische vorm wenssen te houden. Dat is niet alleen medici eigen, het is ook architecten eigen en als men met een architectenbureau te maken heeft, waar een 5 of 6 mensen samenwerken, ziet men ook daar diezelfde verschijnselen. Het is een moeilijk in het gareel te houden groep. In de professionele organisatie vindt u een bijzonder hoge motivering en identificatie met het werk zelf en dat voert er toe dat vaak onder de vlag van de identificatie de eigengereidheid gedekt wordt. Wat men doet is eenmalig, elke therapie is tenslotte eenmalig; een zelfde patiënt met dezelfde omstandigheid komt nooit meer terug. Men is als lid van de professionele organisatie de grote know-how man, die midden in de situatie kan staan. De prestatie van de professionele man is exclusief en exclusiviteit is het typische kenmerk van de professionele organisatie. Als ik naar een advocatenbureau ga, dan wil ik mijnheer Jansen zelf hebben, want ik heb gehoord dat die je het prettigst behandelt en dat je met hem het prettigst kan praten. Er is het aspect van de *vrije keuze*, van het recht om direct toegang te hebben tot die professionele werker, waarmede men meent de beste vertrouwenshouding te kunnen onderhouden. Die *vertrouwensbasis* is in elke professionele organisatie aanwezig tussen de man, die het moet doen en de cliënt, die know-how komt vragen.

In de dienstverlenende organisaties heeft u te maken met iets anders. Om een produkt in de maatschappij te plaatsen is het in de eerste plaats noodzakelijk dat er naast de know-how een planning is; er is een produktiestroom nodig, een aantal handelingen die nodig zijn om iets te realiseren. Dan wordt het een eindprodukt en dat gaat de wereld in. In de professionele organisatie heeft men alleen te maken met het eerste stapje, de know-how en die wordt direct geleverd. In de dienstverlenende organisatie wordt het *proces* geleverd, het proces van vervoer, van administratie, van verpleging, het proces van onderzoek. Men heeft een aantal processen en die zijn datgene wat de dienstverlenende organisatie levert.

Dit schept een heel andere arbeidssituatie, een heel ander soort mensen, die zich in dit soort werk thuis voelen. Het zijn de dienstverlenende en verzorgende beroepen. De dienstverlening kan administratief zijn en dan heeft men te maken met banken, verzekeringsmaatschappijen, ook handelsbedrijven, die zuiver administratief kunnen zijn. Men heeft te maken met vervoersbedrijven; men heeft te maken met onderzoek als proces. Men heeft ook te maken

met de verpleging als proces en die verzorgt de patiënt vanaf het moment dat hij in het ziekenhuis opgenomen wordt tot het moment dat hij weggaat.

De handelingen van de dienstverlenende organisatie berusten niet op exclusiviteit. De handelingen, die daar gebeuren zijn gemakkelijker leerbaar. In de dienstverlenende organisatie krijgt het geheel, het collectief, een bepaalde image. Men gaat naar een bank toe omdat men daar zo fatsoenlijk behandeld wordt; men gaat naar een bepaald ziekenhuis omdat men gehoord heeft dat daar zo een prettige, menselijke sfeer heerst en de diagnostiek er zo goed is. In de Mayo-clinics ziet men een image van dienstverlening op bepaald niveau, waardoor al degenen, die in de dienstverlening werken, mee profiteren van het geheel en zelf er aan meedoen om te trachten het imago in stand te houden. Elkeen moet daarbij proberen de image zo duidelijk mogelijk te vertegenwoordigen. Daarvan zijn vele voorbeelden te geven. Jongelui, die op een bank gaan werken, wordt duidelijk gemaakt hoe men daar werkt, hoe men het publiek tegemoet treedt en hoe men de zaken behandelt; als zij het zo ook doen, kunnen ze in vaste dienst treden. In het ziekenhuis bepaalt de directrice welke stijl er heerst in de omgang met de mensen in het ziekenhuis en in het tegemoet treden van de patiënten. Door de image heeft de organisatie een goede naam en krijgt zij de loop van een publiek.

Bij de industriële organisatie hebt u te maken met het eindprodukt dat geleverd wordt. De know-how zit in het bedrijf zelf of wordt gekocht in licentie. Het proces is de fabricage, maar het gaat tenslotte om het produkt zelf. In de industriële organisatie heeft men te maken met de gehele cyclus van know-how, planning, uitvoering en het afleveren van het produkt. Andere organisaties leveren tussenstappen ervan.

Na hierop nog iets verder te zijn ingegaan, volgt spreker:

Elke arts is eigenlijk een eenmansbedrijf, soms met zijn vrouw samen. Zo kent men ook een specialist in zijn praktijkhuis als een eenmansbedrijf, hooguit een driemansbedrijf. Dat betekent dat deze mensen gewend zijn te leven en te denken in de stijl van de pioniersorganisatie. Zodra ze in een medisch team gaan werken, vormen zij als medisch team een professionele organisatie, die ook een grote affiniteit heeft tot de pioniersvorm van organiseren, een heel vlakke organisatie zonder hiërarchie, collegiaal, een direct contact met elkaar en zo min mogelijk geschreven en vastgelegde dingen. Men heeft afspraken en algemene regels, waarbij men binnen een erecode de dingen kan regelen.

Als deze mensen in een ziekenhuis komen met een duidelijke dienstverlenende organisatie waarbij de efficiency van de dienstverlening ook een rol speelt, het klimaat en de soort van het ziekenhuis een grote rol speelt, dan heeft u te maken met een objectief rollenconflict, waarin men dan komt te staan. De mensen, die in dat objectieve rollenconflict komen te staan, kunnen daarin slechts leven bij een hoge ma-

te van sociale vaardigheid. Men moet zich duidelijk voor ogen houden: in wat voor soort organisatie sta ik als ik met mijn collegae samen ben en wat voor ander klimaat treed ik binnen als ik het ziekenhuis binnen kom. Daarbij hebt u dan te maken met een ander beleidssysteem en behalve met de know-how heeft men te maken en samen te werken met een groep die de dienstverlening moet doen, een grotere sociale groep met eigen hiërarchie erin, waarbij men dan met de regels van de hiërarchieke organisatie rekening moet houden. In de tweede plaats heeft men te maken met de economie, met het technisch-economisch aspect, dat vaak in conflict is met het technisch-medisch aspect. Als u ziet hoe ziekenhuizen gebouwd worden en alle apparaturen moeten hebben, die maar denkbaar zijn, dan kan men komen in een situatie, die medisch-technisch wenselijk is, maar economisch-technisch niet uitvoerbaar is. Hetzelfde doet zich voor bij het technisch hoger onderwijs. Als er een aantal technische hogescholen is,

dan kan zonder meer niet elke technische hogeschool beschikken over een atoomcentrum en dan zal men de taken moeten verdelen.

Ik zou het dan hierbij willen laten als een verdere uiteenzetting op hetgeen ik schriftelijk kort heb samengevat. De bedoeling hiervan is om duidelijk te maken dat wanneer er problemen optreden de eigen organisatievorm van het medisch team een andere organisatievorm is dan die van het ziekenhuis; dat het leven in verschillende beleidssystemen een hoge mate van sociale vaardigheid vereist van degenen, die er in werken en die alleen dan kunnen functioneren, wanneer men in de eerste plaats weet van de verschillende beleidssystemen en men in de tweede plaats moet leren aan te voelen, wanneer men met het een en wanneer men met het andere te maken heeft. Het vereist een zekere sociale techniek om in deze dubbele functies te kunnen functioneren.

(wordt vervolgd)

---

## De Wereld Gezondheids Organisatie en de biologische en chemische wapens

*Door J. H. van Meurs, zenuwarts*

Aan het rapport van de Wereld Gezondheids Organisatie over biologische en chemische wapens hebben zowel Medisch Contact als het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde aandacht gewijd. De cijfers van de twee referaten kloppen niet helemaal, maar er kan uit worden gelezen, dat het bij een aanval met een van deze beide soorten wapens zal gaan om een 50.000 tot 200.000 levens. Tevoren was al bekend gemaakt door Prof. Meselsohn tijdens een hearing van de commissie-Fulbright, dat bacteriën relatief gevaarlijker zijn voor degene die deze bij oorlogsvoering inzet; voorts is het resultaat ervan op voorhand niet te berekenen. Het voordeel is, dat een aanval met bacteriologische wapens geruime tijd onopgemerkt kan blijven vanwege de incubatietijd; bovendien kan men velerlei camouflagemogelijkheden aanwenden, bijvoorbeeld vergiftiging van voedsel.

De meeste mogelijkheden die over A(tomaire) wapens beschikken hebben inmiddels het non-proliferatieverdrag getekend. Dat is immers in hun eigen belang in verband met het bestaan van B(iologische) en C(hemische) wapens: geen enkele mogelijkheid, die alleen maar beschikt over B- of C-wapens, zou een mogelijkheid, die A-wapens kan aanwenden, durven aan te vallen. De vernietigingskracht van A-wapens blijft namelijk verre superieur (Meselsohn). De A-mogendheden kunnen nu ook rustig het Protocol van Genève van 1925 ratificeren. Tenslotte is dat slechts een „no first use” — over-

eenkomst — en een vergissing is menselijk nietwaar! (Vergelijk de Tonkin-affaire in 1964).

Nixon gaat nu in het najaar bacteriën en gifgas vernietigen, zegt hij. Dat doet het goed op de in gang zijnde Weense ontwapeningsconferentie. Maar de kosten voor de Amerikaanse uitgaven voor biologische oorlogsvoering voor dit jaar worden door Mc. Carthy geschat op 40 à 50 miljoen dollar en de nieuwe Nixondoctrine bespaart daar slechts 2 miljoen dollar op. De research gaat door, ook bij ons. Onze Rijks Verdedigings Organisatie - T.N.O. werkt ook voor de Amerikaanse militaire defensie, al zegt Dr. Bartlema dat niet. De research betaalt goed: Engeland kon zijn betalingsbalans verbeteren dankzij de research in Porton. Deze research is zuiver defensief bij ons, zegt Dr. Bartlema; dat is niet mogelijk zegt zijn collega Herz. Het bereiden van ziektekiemen is moeilijk genoeg, zegt Dr. Bartlema. Elke bierbrouwerij kan ze maken, zegt zijn collega Ooms. Dergelijke tegenstrijdigheden tussen verklaringen van ter zake kundigen suggereren geheime motieven. De zogenaamde civiele verdedigingsresearch op dit gebied is geheim. De hearing erover van de Tweede Kamercommissie wordt niet in het openbaar gehouden.

Nu zijn er slechts twee aanvaardbare gronden voor deze geheimzinnigheid te bedenken en wel: a) dat er geen behoorlijke verdediging mogelijk is, bijvoorbeeld tegen VX-zenuwgas. De bevolking mag noch in paniek raken noch in opstand komen tegen een research, die steeds meer middelen ontdekt,

waartegen de bevolking niet kan worden beschermd; b) de tweede grond kan zijn te voorkomen, dat er zenuwgas e.d. op de zwarte markt komen - maar dit argument kan openlijk worden gebruikt en dat gebeurt niet. Een voorgewende reden is geheimhouding tegenover de vijand, maar wij verkeren nu in de situatie, dat de vijand veel beter weet dan wij wat er zoal gebeurt in de B.C.-research. Andere gronden zijn uiteraard de verbondenheid van offensieve en defensieve research en de militair-economische binding met Amerika. Tenslotte is het lucratief om met deze middelen een handel te drijven, net als met andere wapens. Dergelijke transacties plegen niet in de openbaarheid te worden gebracht door de direct belanghebbenden.

Nu is het gebruikelijk, dat de grote industriële concerns allerlei verschillende artikelen maken, ook de farmaceutische industrie: Hoechst maakt bijvoorbeeld, behalve Endosulfan voor de Rijn, migraine en kunstmest, voorts ook insecticiden voor Indonesische landbouwprojecten. Het zou jammer zijn toevallig ontdekte genocidale middelen ongebruikt te laten, wanneer de mensheid nu eenmaal tot oorlogsvoeren en andere dodelijke acties is geneigd. Zo heeft de I.C.I. geneesmiddelen zoals Mysoline en het octrooi op een zenuwgas zoals VX. Een analyse van het ontstaan van grote organisaties moet uitgaan van de belangrijkste motieven: Dat zijn machtswellust en hebzucht, seksualiteit komt slechts op vaag symbolische wijze tot uiting in de fusies, en van schuldgevoel is nooit iets te merken. In de wereld van de economische organisaties geldt, dat zij als zij groot genoeg worden, boven wetten en regels, zelfs van andere internationale organisaties, uitgroeien. Dit is iets dat voor een individu niet mogelijk is. Een bekend verschijnsel van grote organisaties in het algemeen is de doelverhuizing in verschillende richting (vergelijk Etzioni en Maintz).

Defensie betekent verdediging: daarmee wordt naïeflijk bedoeld verdediging van een volk of van een land tegen vreemde overheersing. Op 10 mei 1940 was de defensieve situatie van Nederland vrij duidelijk. De functie van de R.V.O.-T.N.O. nu was primair defensief bedoeld, maar deze doelstelling is meer en meer verschoven. Waarschijnlijk is het instituut als geheel langzamerhand eerder gevaarlijk dan beveiligend geworden voor volk en land. Iets dergelijks zien wij bij de W.H.O. Het besluit van het rapport van de W.H.O., zoals dat wordt geciteerd in Medisch Contact (nr. 11 van 13 maart 1970, bladzijde 255 e.v.) lijkt ons een machteloos gebaar: wanneer de militaire noodzaak van B.C.-onderzoek al niet meer wordt aangevoerd, dan gebruikt men het argument van de noodzakelijke civiele defensie-research. De W.H.O. is een weliswaar internationaal, maar afhankelijk orgaan, dat zich blijkbaar niet kan permitteren te zeggen dat een dergelijk argument slechts een smoesje is. Heeft dit lichaam de oorzaak voor de bedreiging van de wereldgezondheid redelijk geanalyseerd en de funda-

mentele voorwaarden voor de verbetering hiervan ooit adequaat aangegeven?

In onze huidige structuur is bijna nooit iemand persoonlijk verantwoordelijk voor welke grote ramp ook: bijna iedereen werkt ergens aan of in. Daarbij komt — hetgeen als een van de sterkste motieven voor een individu geldt — de neiging om een ontdekking in de praktijk te brengen (vergelijk Prof. Röling's studie over de eerste atoombom). Over de verantwoordelijkheid van medici die werken aan de B.C.-research heeft met name Hoogendijk gewezen (Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 1969). Het omgekeerde van het soort rationalisatie à la Bartlema heeft de bioloog J. Shapiro gepresteerd: toen hij overzag, wat de consequenties konden zijn van zijn vinding (de isolatie van een zuiver gen) staakte hij zijn onderzoeken in deze richting. Ook de elite, die bijvoorbeeld bijzonder goed weet hoe de bevolking in Vietnam met haar grond samen wordt vermoord, heeft als groep nog steeds werkzame rationalisaties voor dit gebeuren. Dergelijke rationalisaties hebben in Duitsland de Nazi-elite aan het werk gehouden bij hun werk aan de „endgültige Lösung der Judenfrage“. Er zijn sociaal-psychologische onderzoeken die voldoende relevant zijn voor de hierboven aangeduide groepsprocessen (vergelijk bijvoorbeeld Milgram, geciteerd door Röling; vergelijk verder over de conflictologie bijvoorbeeld Galtung).

Nu is het te waarderen, dat in het betreffend W.H.O.-rapport, zoals dat in Medisch Contact is besproken, de zinloosheid van de angst-escalatie wordt aangegeven en het versterken van die angst door de zogenaamde defensieve research. Maar als in hetzelfde rapport aan „ondermijnende groepen“ wordt gedacht, waartegen gebouwen en watervoorzieningen moeten worden bewaakt, dan komt bij de 18 een politieke vrees tot uiting, die bij voorbaat contra-revolutionair aandoet. Maar misschien is hetzelfde bedoeld als wat hierboven werd aangegeven als het motief voor geheimhouding: te voorkomen dat er gevaarlijke middelen op de zwarte markt verschijnen.

Al met al ziet de situatie er ondanks het toch betrekkelijk optimistische verslag van de redactie mijns inziens somber uit. Zelfs als de B.C.-research nu zou worden gestaakt, blijven wij opgescheept met weer een nieuwe scala van moordtuig. Wij gaan ten onder, niet aan nijd, zoals in Medisch Contact werd gesteld, maar aan toenemende angst en frustratie, die onvoldoende worden geanalyseerd en die door het nemen van irrationele maatregelen in een vicieuze cirkel zijn ingebouwd. Aan de versterking van deze vicieuze cirkel draagt de militaire B.C.-research in belangrijke mate bij.

Beverwijk, 21 mei 1970

#### Literatuur:

Medisch Contact no. 5/1970, blz. 120.

Medisch Contact no. 11/1970, blz. 255.

Ned. Tijdschrift v. Geneeskunde, jg. 144, no. 8, blz. 347.  
Prof. Mr. B. V. A. Röling. Inleiding tot de Wetenschap van Oorlog en Vrede, Assen 1968.

## Jaarverslag over het boekjaar 1969

In haar verslag over het boekjaar 1969 schrijft de directie van de O.L.M.A. Onderlinge Levensverzekerings Maatschappij voor Artsen, dat in een kort tijdsverloop de gehele problematiek rondom de toekomstvoorzieningen van de arts in een stroomversnelling is geraakt. Jarenlang heeft de arts, die een vrij beroep uitoefende, uit eigen kracht moeten zorgdragen voor voldoende voorzieningen voor zijn nabestaanden in geval van zijn overlijden en voor zijn oudedag. Eind 1965 werd echter op initiatief van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst de O.L.M.A. opgericht. Door deze eigen maatschappij kon aan de artsen bij de oplossing van problemen bij hun toekomstvoorzieningen voortaan goede hulp worden geboden. Of de arts hier al dan niet gebruik van wilde maken, berustte echter op zijn eigen, vrijwillige keuze. In de inmiddels sedertdien verstreken jaren is duidelijk gebleken, dat op ruime schaal van deze mogelijkheden gebruik is gemaakt. Het thans afgesloten boekjaar 1969 laat zien, dat in een kort tijdsbestek van drie jaar over vrijwel de gehele linie de situatie ten opzichte van de door bijzondere omstandigheden begunstigde start in 1966, ongeveer verdubbeld is. Dit geldt niet alleen voor het premie- en koopsom-inkomen, maar ook voor het totaal der verzekerde bedragen, voor de reserve welke tegenover de door de O.L.M.A. aangegane verzekeringsverplichtingen staat (de premiereserve) en voor het aantal artsen, dat een verzekeringscontract met de O.L.M.A. heeft aangegaan. Het belegde vermogen is in die periode meer dan verdrievoudigd.

In het vorige jaarverslag werd reeds melding gemaakt van de met de Coöperatieve Centrale Boerenleenbank te Eindhoven getroffen regelingen op het gebied van financieringen voor overname van praktijken, associaties en aankoop respectievelijk (ver)bouw van woon- en praktijkpanden. Ook in het verslagjaar werden weer talrijke financieringen geregeld. De steeds stijgende rentestand heeft ook de Boerenleenbank genoodzaakt om de rentevoet voor deze financieringen aan te passen. Niettemin is de verhouding van deze rentevoet tot de rente, die veelal elders wordt gevraagd, blijven bestaan, terwijl de voordelen, dat bij hypothecaire leningen geen verzekering en bij niet door hypotheek gedekte leningen slechts een aflopende risicoverzekering tot stand behoeft te worden gebracht, ongewijzigd zijn gebleven. Door deze loskoppeling van — voorzover nodig — de verzekering ter dekking van het krediet en de verzekering, die wenselijk kan zijn in verband met de eigen oudedags- en gezinsvoorziening wordt vermeden, dat situaties ontstaan, die noch voor de kredietdekking noch voor de toekomstvoorziening in feite het optimaal mogelijke bieden.

Bij de verdere bestudering van de mogelijkheid om ook via de O.L.M.A. de onder de verzamelnaam „spaarplannen” bekend staande verzekeringsmogelijkheden te bieden, is enige vertraging ontstaan. Enerzijds vloeit dit voort uit de wens, om indien tot het lanceren van een dergelijk plan zou worden overgegaan, dit plan dan ook in feite méér zou moeten bieden dan een in andere verpakking gepresenteerde normale verzekering; bestudering van verschillende theoretische oplossingen heeft zijn tijd nodig gehad. Anderzijds werd deze studie tegelijkertijd gecompliceerd door de nieuwe Wet op de Vennootschapsbelasting, welke in 1969 werd ingediend en die tot een nieuwe oriëntatie op het fiscale terrein noopte. Het eindpunt lijkt echter thans dicht genaderd.

Door de werkzaamheden uitsluitend onder artsen, is bij de O.L.M.A. in de loop der jaren een gespecialiseerde kennis verzameld, veel verder reikende dan het specifieke gebied van de levensverzekering. Bovendien is in die periode een verdieping tot stand gebracht in de contacten met de Nederlandse artsen. Het is verheugend te kunnen constateren, dat hierdoor de werkzaamheden van de O.L.M.A. zijn uitgegroeid tot een veel meer omvattend gebied, dan het gebied dat in haar naam ligt opgesloten. Een duidelijke ontwikkeling is herkenbaar in de richting van een meer algemeen adviesgevend orgaan, in eerste instantie gericht op het gehele scala van verzekeringen, maar daarnaast ook op met het medische beroep samenhangende vragen van fiscale en juridische aard, alsook in de zuiver persoonlijke sfeer liggende financiële vragen.

Met betrekking tot de beleggingen wordt in het verslag over 1969 onder meer opgemerkt dat het door de oplopende rentestand in het verslagjaar mogelijk was om in de vastrentende sector belang te nemen bij obligatieleningen, die een redelijke tot hoge couponrente paarden aan een hoog rendement. De aandelenkoersen hadden in het verslagjaar een afbrokkelende tendens, op langere termijn gezien derhalve in het algemeen de mogelijkheid van koersherstel biedende, maar op kortere termijn juist niet. Deze ontwikkelingen hebben ertoe geleid, dat bij het bepalen van de beleggingen zeer voorzichtig is gemanoevreerd. Het obligatiebelang werd enigszins uitgebreid ten koste van het aandelenbestand, terwijl binnen het obligatiebelang een enkele ruiling plaatsvond van laagrentende obligaties met een korte restant-looptijd in leningen met een hogere couponrente en langere restant-looptijd. Het belang in converteerbare obligaties werd enigszins uitgebreid.

De waarde van de rekeneenheid, waarin de verzekerde bedragen bij de O.L.M.A. worden uitgedrukt

(de fractiewaarde) volgde in het verslagjaar uiteraard het koersverloop op de aandelen- en obligatiemarkt. Deze fractiewaarde wordt eens per kwartaal vastgesteld — op basis van de koersen per ultimo van het voorgaande kwartaal — en heeft achtereenvolgens in de vier kwartalen van 1969 het volgende verloop vertoond: 1,316, 1,326, 1,292 en 1,250.

Het ontvangen bedrag aan premieën en koopsommen beliep in het verslagjaar f 2.517.904,89, een stijging van ruim 9% ten opzichte van het voorgaande boekjaar.

Door haar rechtsvorm als Onderlinge is bij de O.L.M.A. niet de indicatie van een winst- of verlies-saldo aanwezig op grond waarvan tot een oordeel over de gang van zaken kan worden gekomen; eventuele winsten of verliezen worden rechtstreeks ten gunste of ten laste van de polishouders gebracht via het mechanisme van de fractiewaarde. Het beleggingsbeleid bij de O.L.M.A. is er op gericht, dat op langere termijn gezien, wordt getracht tot een compensatie van de geldontwaarding te komen. Gepoogd wordt om dit te bereiken door een goede en actieve beleggingspolitiek, maar onvermijdelijk zullen op korte termijn situaties ontstaan, die het koersverloop ter beurse dan wel het renteniveau in ongunstige zin beïnvloeden. Een dalende tendens van het koersniveau leidt onvermijdelijk tot een daling van de fractiewaarde. Hier staat tegenover, dat de beleggingsopbrengsten een positieve factor vormen; in de berekening van de premiereserve wordt uitgegaan van een rentevoet van  $3\frac{1}{2}\%$ , de beleggingsopbrengst van de portefeuille is uiteraard hoger geweest, welk extra-rendement de fractiewaarde ten gunste beïnvloedt. Tengevolge hiervan is de fractiewaarde in het verslagjaar als volgt beïnvloed: tengevolge van koersresultaten  $\therefore$  5,68%; tengevolge van extra-rendement 1,61%.

In relatie tot de sterfteresultaten (gunstige dan wel ongunstige afwijking van het werkelijk sterftever-

## **Buitendienstmedewerkers van de O.L.M.A.**

Inlichtingen over de betekenis, welke de OLMA — de door de Maatschappij Geneeskunst ingestelde Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen — voor u kan hebben, worden gaarne verstrekt wanneer u, wonende in de westelijke helft van Nederland (inbegrepen de provincie Utrecht), de buitendienstmedewerker J. van Elzelingen Skabo-Brun te Amsterdam opbelt: 020-229.225.

De buitendienstmedewerker voor de drie zuidelijke provincies is de heer E. J. M. Ghering, Leijparkweg 41, Tilburg, tel. 04250-32354; voor de andere dan de genoemde delen van ons land treedt als buitendienstmedewerker op de heer R. Th. van der Garden te Epse-Gorssel, tel. 05759-1825.

loop onder de verzekerden in verhouding tot het in de tarieven ingecalculeerde sterfteverloop) en de kostenresultaten (werkelijke kosten in verhouding tot de in de tarieven ingecalculeerde kostenopslagen), ondervond de fractiewaarde in het verslagjaar een daling van 0,94%. In het boekjaar daalde de fractiewaarde derhalve van f 1,316 (waarde per ultimo 1968, geldende voor het 1e kwartaal 1969) met per saldo 5,01% tot f 1,250 (waarde per ultimo 1969, geldende voor het 1e kwartaal 1970).

## **MC | UIT DE AFDELINGEN**

### **Voordrachten**

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

*Alkmaar en Omstreken:* J. N. M. de Wolf, apotheker, onderwerp: „Biopharmacie, de invloed van het constituens op de werking van het geneesmiddel”.

*Assen en Omstreken:* J. S. Reedijk, zenuwarts, onderwerp: „Angst en agressie bij dier en mens”.

*Breda en Omstreken:* Ir. F. B. Carbasijs Weber, onderwerp: „Op zoek naar een bewoonbaarheid der wereld”.

*Heerenveen:* Causerie: „Met boor en plaat”. Inleiding over de plaats van de osteosynthese in de fractuurbehandeling door Dr. D. J. van Dijk, chirurg.

*Helmond en Omstreken:* Prof. Dr. G. de Wit, onderwerp: „Mononucleosis”. (Ziekte van Pfeiffer).

*Nijmegen en Omstreken:* Dr. T. de Booy, geoloog, onderwerp: „Waar gaat onze aarde naat toe?”

*Utrecht:* Prof. Dr. W. G. Sillevius Smitt, onderwerp: „Levensduur en verandering van het zenuwstelsel”.

*Sittard - Geleen:* Dr. M. A. F. Charles Thewissen, historicus, onderwerp: „Limburg en de vaderlandse geschiedenis”.

*West-Friesland:* W. Huisenga, orthopaedisch chirurg, onderwerp: „Heupafwijkingen”.

*Zwolle en Omstreken:* Dr. J. Boevé, Dr. R. Enthoven, A. Fuhri Snethlage, Dr. K. Jacz, W. G. Sillevius Smitt, Dr. T. Tjabbes, onderwerp: „Het mamma-carcinoom”.

*Zuid-Limburg:* Dr. P. Mesker, onderwerp: „De functionele ontwikkeling van de menselijke hand en de organisatie van de cerebrale schorsvelden”.



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

#### MEDISCHE ETHIEK

Als moeder van een kind van bijna 3 jaar met een myelo-meningokèle wil ik reageren op de discussie tussen Prof. Dr. S. A. de Lange en Dr. W. Metz over de brochure van Prof. Dr. J. H. van den Berg. Ook uit deze discussie blijkt weer, dat artsen inzake de medische ethiek zichzelf centraal blijven stellen. Als de chirurg tevreden is met het resultaat, zal hij opereren. Mag hij echter bewerkstelligen, dat zo'n pasgeboren baby een mensenkind zonder geschiedenis, zijn hele toekomstige leven tot de categorie van de zwaarst gehandicapten zal horen? (Zo heeft mijn man het geformuleerd in de N.R.C. van 17-9-69.) Over deze vraag is zeer weinig of niet nagedacht door de betrokken artsen. Wij weten dit uit gesprekken met velen van hen; ook uit een lang gesprek met Van den Berg en een viertal artsen, dat is gevoerd om begrip te krijgen voor ons standpunt over de verdere behandeling.

Het verwondert ons verder dat het oordeel van Schuurmans-Stekhoven uit het Tijdschrift voor Geneeskunde van 2-8-69 niet in de discussie is betrokken. Is men zo geschrokken van artikel 300 van het Wetboek van Strafrecht? De discussie in de N.R.C. is na het noemen hiervan niet verder gegaan. Vermeldenswaard is in dit verband nog een discussie met de directeur van een bekende revalidatie-inrichting. Ons standpunt „niet opereren” zou niet houdbaar zijn omdat 60-70% van deze baby's blijft leven. Toen ik hem er op attent maakte, dat hij hier notabene een percentage van spina-bifida baby's noemde en niet van myelo-meningokèle, nam hij direct de neurochirurg in bescherming. . .

Prof. De Lange vermeerderd leed.

Het oordeel van Schuurmans-Stekhoven kan worden uitgebreid over alle myelo-meningokèle operaties.

U kunt er van verzekerd zijn, dat wij de reacties van de medische wereld nauwlettend volgen en maatschappelijke organen hierop verder zullen attenderen. Het is immers *niet alleen een medische zaak*.

Hoek van Holland, 20 mei 1970

E. M. v. d. Lugt-Wisman

#### OUDEDAGSVORZIENING MEDISCHE SPECIALISTEN (I)

Naar aanleiding van het commentaar van de zijde der L.S.V. op mijn schrijven d.d. 5-4-70, geplaatst in M.C. 1970/21 d.d. 22-5-70 blz. 565 wil ik het volgende opmerken:

*ad 1a:* De gedachte, dat iedere Nederlander het recht krijgt om 24% van zijn belastbaar inkomen belastingvrij te reserveren voor zijn oudedagsvoorziening, respectievelijk voorziening voor zijn weduwe en wezen is gedoemd een wensdroom te blijven omdat verwezenlijking van deze gedachte volledig zou indruisen tegen een sinds jaar en dag bewust gevoerde fiscale politiek. Waarom zou in onze tijd, waar alles in beweging is een sinds jaar en dag bewust gevoerde fiscale politiek ten aanzien van oudedagsvoorzieningen niet veranderd kunnen worden? Wanneer iedere Nederlander, en niet alleen de niet-ambtenaar, zich bewust wordt van de onrechtvaardigheid die er schuilt in deze sinds jaar en dag bewust gevoerde fiscale politiek, kan er voldoende pressie worden uitgeoefend op de overheid om deze onrechtvaardige, antieke fiscale politiek aan te passen aan de eisen van onze tijd en van rechtvaardigheid. Waarom zou het Bestuur van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten hier niet de spits afbijten en zich voor 100% inzetten om die mooie wensdroom vervuld te krijgen? Onze regering en politici en vakbondsbestuurders hebben toch allemaal zo de mond vol over bezitsvorming. Is hier dan niet een mogelijkheid om het kiezersvolk te laten zien dat het hun ernst is met die leuze van bezitsvorming? Is het niet onrechtvaardig, ja zelfs is het geen gelegaliseerde diefstal, wanneer resterend vermogen uit door het individu opgebrachte premies, toevallt aan een pensioenfonds of levensverzekeringsmaatschappij wanneer de rechtverkrigenden zijn komen te overlijden?

*ad 1b:* De vergelijking met de rijks-ambtenaar gaat niet op. De vergelijking met het A.B.P. heb ik alleen getrokken om aan te tonen dat de niet in overheidssdienst zijnde Nederlander ook het recht moet hebben 24% van zijn belastbare inkomen belastingvrij te reserveren voor zijn oudedagsvoorziening respectievelijk weduwe- en wezenvoorziening. Ik zie niet in waarom de overheidsfunctionaris, wiens salaris door de niet in overheidssdienst zijnde Nederlanders verdiend wordt, meer rechten moet hebben en meer zekerheden dan de niet-ambtenaar.

Het onderscheid, dat de fiscus

maakt tussen particuliere reserveringen ten behoeve van oudedags respectievelijk weduwe- en wezenvoorzieningen, en die waarbij Pensioenfonds en Verzekeringsmaatschappijen de beheerders en profiteurs zijn van de door het individu opgebrachte reserveringen is een grove onrechtvaardigheid en een grof schandaal, waaraan ten spoedigste een einde dient te worden gemaakt. Ik bedoel hiermede de fiscale aftrekmogelijkheid van 5.000 gulden mits men op de betreffende polis een lijfrenteclausule plaatst.

Waarom mag een topambtenaar, die aan een middelsom komt bij zijn pensionering van f 100.000,— na veertig dienstjaren een pensioen krijgen van f 70.000,— per jaar, waarvoor hij zelf f 10.000,— premie per jaar heeft betaald en waarbij de staat nog eens f 14.000,— per jaar heeft bijgelegd?

Het wordt tijd dat de niet-ambtenaren eens worden wakker geschud en dat zij gaan eisen door middel van hun vertegenwoordigers dat zij ten aanzien van de oudedagsvoorzieningen met de ambtenaren worden gelijk gesteld.

*ad 2:* Ten aanzien van de fiscale aftrekbaarheid meen ik hierboven voldoende te hebben gezegd. Ten aanzien van het gestelde in 2 b moge ik het volgende opmerken: Nergens wordt bestreden dat mijn berekeningen juist zijn. De premie van 9.000 gulden wordt gesplitst in:

a f 1.500,— risicopremie voor dekking van het basispensioen ad f 432,— per jaar.

b f 3.000,— spaarelement voor verkrijging van het eindkapitaal, waaruit de f 432,— per jaar moet worden betaald wanneer men de pensioenge-rechtigde leeftijd haalt;

c f 3.000,— om de sub b genoemde uitkering waardevast te maken;

d f 1.500 om wederom het overlijdensrisico te dekken.

Is het niet dwaas, dat de helft van de premie is bestemd om de uitkering waardevast te maken? Is het niet juist om dan maar uit te gaan van een basispensioen van f 864,— per jaar, dus het dubbele van het huidige basispensioen? Is het dan niet juist dat er collectieve verzekeringen worden afgesloten met recht op aandeel in de winst, die om de drie jaar kunnen worden aangepast? Is het dan niet beter dat, wanneer de verzekerde bedragen tot uitkering komen dat deze dan door het Pensioenfonds beheerd gaan worden zolang de rechthebbenden in leven zijn en dat zij na overlijden worden uitgekeerd aan de nabestaanden?

De commentator van de L.S.V.

schrijft aan het slot van zijn betoog, dat er iets is bereikt dat de huidige individuele mogelijkheden duidelijk te boven gaat. Dat is zeer waarschijnlijk niet waar want bij de huidige aftrek-mogelijkheid tot f 5.000,— is een betere regeling te bewerkstelligen dan het pensioenfonds doet met de eerste helft van onze premie. De verbetering zit gedeeltelijk in het feit dat mogelijk straks de hele premie fiscaal aftrekbaar wordt gemaakt. Wanneer het pensioenfonds als „leit-motiv” heeft dat ieder de tegenwaarde van zijn eigen inbreng dient te ontvangen dan zal er na 35 jaar premiebetaling ad f 9.000,— per jaar een kapitaal moeten zijn van f 450.000,— minimaal; van de opbrengst van dit kapitaal zal de gepensioneerde respectievelijk zijn weduwe moeten leven en dit zal meer opleveren dan het pensioenfonds momenteel biedt. Wanneer wij na onze actieve periode een inkomen willen hebben dat evenredig is aan datgene, wat wij gewend waren tijdens de jaren, dat wij de praktijk uitoefenden dan zal erop moeten worden aangestuurd dat wij dezelfde rechten krijgen als de ambtenaar, te weten reservering van 24 procent belasting-vrij.

Haarlem, 24 mei 1970

P. v. d. Rijt, zenuwarts

#### OUDEDAGSVORZIENING MEDISCHE SPECIALISTEN (II)

De cijfers die collega P. van de Rijt in M.C. nr. 21 d.d. 22 mei 1970 noemt, zullen met mij verschillende collegae hebben berekend. Zij houden in, dat de specialist die op zijn 30ste jaar toetreedt tot het pensioenfonds en die de 65 haalt, bij een jaarlijkse premie van f 8.000,— een vermogen heeft gekweekt van ruim een half miljoen gulden en een pensioen krijgt van f 14.000,— welvaartsvast.

Ik heb niet gereageerd op de voorstellen die zijn neergelegd in de brochure „Op weg naar een oudedagsvoorziening voor specialisten”, omdat ik al jaren geleden, in 1966, over het probleem „oudedagsvoorziening” met het Beleggingsfonds voor Medici en met de V.V.A.A. heb gecorrespondeerd en slechts heil verwacht van een actie van de artsorganisatie om het probleem „Oudedagsvoorziening” voor al degenen die in vrije beroepen werkzaam zijn en voor alle werknemers op te lossen door een ultimatum. Dit ultimatum is het met terugwerkende kracht waardevast maken van lijfrenten en van door arbeid verkregen, gespaard kapitaal. Het is mij

niet bekend, welke politieke partij het waardevast maken van lijfrenten en van door arbeid verkregen kapitaal heeft opgenomen in haar beginselprogramma en daarvoor vecht. Mogelijk heeft een nieuwe politieke partij met slechts dit programmapunt een enorme aanhang te verwachten. Het kan nog juist voor de verkiezingen.

Naar aanleiding van het artikel van collega G. Dekker, secretaris-penningmeester in M.C. nr. 7 d.d. 13 februari j.l.: „Treffen van voorzieningen”, schreef ik hem onder meer dat onze 500.000 ambtenaren hun salaris en velen thans en de overigen later, hun waarde vaste en welvaartsvaste pensioenen krijgen uitgekeerd uit het „potje” (van ongeveer 25 miljard), dat wordt gevuld met de belastingen van degenen die in vrije beroepen, industrieën etc. werkzaam zijn. Voor iedere leek moet dit begrijpelijk zijn. Dat deze 500.000 ambtenaren en in het algemeen degenen die in overheidsdiensten werkzaam zijn (rijk-provincie-gemeente), ook weer wat moeten afstaan aan de belasting, dat wil zeggen ook wat in het „potje” moeten zetten, doet daar niets aan af. Zij hebben nu hun living en later hun waarde vaste en welvaartsvaste pensioenen uit deze „pot”. Dat degenen die in welk vrij beroep ook werkzaam zijn of waren, met alle risico's daaraan verbonden (zakenleven, missen van sociale voorzieningen bij ziekte, etc.) hun eventueel gespaarde kapitaal jaarlijks zien devalueren, idem hun lijfrenten die met relatief dure en zeer dure guldens zijn betaald, is onbillijk en onhoudbaar; dat dat al jaren „genomen” wordt is onbegrijpelijk. De geldontwaarding of inflatie is niet alleen voor de praktiserende artsen een onoplosbaar probleem, zoals collega Dekker schrijft, het is blijkbaar voor de knapste economen, voor degenen dus die er verstand van (moeten) hebben, een onoplosbaar probleem. De devaluatie blijft voortschrijden.

Al leven wij in een democratische maatschappij, waarin de meerderheid het te zeggen heeft, een minderheid die de mogelijkheid bezit om het waarde vast maken van lijfrenten en gespaard kapitaal af te dwingen, had daar al jaren eerder toe moeten overgaan. Er is slechts één groep in de vrije beroepen, die dat afdwingen kan realiseren en dat is de betrekkelijk kleine groep van artsen, klein in vergelijking met alle andere groepen vrije beroepen, maar enorm machtig.

Dat het waarde vast maken van lijfrenten en van door arbeid verkregen kapitaal enorme bedragen, miljarden, zal vergen, doet niet ter zake. Ik ver-

meld dit, omdat collega Dekker in zijn antwoord op mijn schrijven zei te vrezen, dat ik geen flauw begrip had van de bedragen die daar voor nodig zouden zijn. Deze miljarden moeten er komen, zoals ze er ook voor andere doeleinden komen. De V.V.A.A. antwoordde op mijn schrijven van november 1966, dat de overheid inderdaad voor haar ambtenaren de waarde vastheid heeft weten te realiseren. Zij is daarbij wel zeer ver gegaan, aldus de V.V.A.A. De ambtenarenpensioenen zijn niet alleen waarde vast, maar ook welvaartsvast gemaakt: de gepensioneerde deelt in de stijgende welvaart, die tot uitdrukking komt in de stijging van de lonen. Deze welvaartsvastheid is niet verkregen door het waarde vast of welvaartsvast maken van de beleggingen van het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds, maar deze verhoging komt door een soort omslagstelsel ten laste van de overheidsorganen die de salarissen der actieve ambtenaren betalen, hetgeen dus uiteindelijk een verhoogde druk voor de belastingbetalers betekent. Het is zonder meer duidelijk, dat een dergelijke wijze van waarde vast maken van pensioenen alleen voor de overheid is weggelegd (aldus de V.V.A.A.).

In De Tijd van 22 februari 1967 vermeldt de AMRO-bank: „Welvaartsvast pensioen bevoorrecht ambtenaren. Groot maatschappelijk onrecht”. In De Tijd van 22 februari 1967 vermeldt het „Vrijmoedig commentaar”: „Welvaartsvaste pensioenen bij de overheid, geen welvaartsvaste pensioenen bij het bedrijfsleven. Dat leidt tot groot onrecht, want de overheid vult de door inflatie aangevreten ambtenarenpensioenen aan met belastinggelden. Mensen zonder welvaartsvast pensioen moeten meebetalen aan de welvaartsvaste pensioenen van ambtenaren”. Thans is het zo, dat degenen die 10-15 jaar geleden hun lijfrente kregen uitgekeerd en nu het ongeluk hebben nog in leven te zijn, veelal in zorgelijke omstandigheden verkeren zodat ondersteuningsacties noodzakelijk worden.

Het naschrift van de L.S.V., ad 1a op het artikel van collega P. van de Rijt, is een belachelijk commentaar. De L.S.V. zegt, dat de gedachte dat iedere Nederlander het recht heeft om 24% van zijn belastbaar inkomen belastingvrij te reserveren voor zijn oudedagsvoorziening, respectievelijk voorziening voor zijn weduwe respectievelijk wezen, een heel mooie wens is, die echter gedoemd is wensdroom te blijven, omdat verwezenlijking van deze gedachte volledig zou indruisen tegen een sinds jaar en dag bewust gevoerde fiscale politiek. Mijn vraag is: is dit

een reden of een argument om die gedachte niet te trachten te realiseren? Is dit niet juist een argument om deze sinds jaar en dag gevoerde fiscale politiek te doorbreken en te beëindigen? Niet alleen de overheid en de overheidssdienaren hebben in een democratische staat het recht op waardevastheid en welvaartsvastheid van hun oudedagsvoorzieningen, iedere Nederlander heeft dat recht. Het is alleen de kleine, maar machtige artsorganisatie die dat recht kan afdwingen, zelfs op zeer korte termijn (twee maanden).

Culemborg, 27 mei 1970

Dr. W. C. Alsemgeest, chirurg

Hoe? (Redactie M.C.)

## MC | VARIA

Het NHG-congres 1970 vindt plaats op 14 november in het RAI Congrescentrum. 's Ochtends zal het Nederlands Huisartsen Genootschap de houding van de huisarts ten opzichte van de anticonceptie onder de loep nemen; sprekers zijn P. Bangma, Drs. J. P. C. Moors en F. P. Wibaut. Het middagprogramma zal in het teken van de nascholing staan, met lezingen van A. C. Gisolf, Prof. Dr. B. C. J. Lievegoed en Dr. M. J. van Trommel.



Blijkens het jaarverslag over 1969 van de Provinciale Raad voor de Volksgezondheid in de provincie Utrecht is sinds vorig jaar ook de voorlichting aan de werkers in de gezondheidszorg in het activiteitenpakket van de raad opgenomen. Reeds vanaf zijn oprichting zag de raad een taak voor zich op het terrein van de algemene voorlichting. Een uiting daarvan was onder meer het organiseren van provinciale gezondheidsdagen. Omdat echter het rendement van dergelijke bijeenkomsten steeds meer in twijfel werd getrokken, werd in 1965 voor het laatst een jaarlijkse provinciale dag belegd. De raad stelde daarnaast enige brochures samen, onder andere een overzicht en een gids van de maatschappelijke gezondheidszorg in de provincie Utrecht. In toeneemende mate werd de noodzaak onderzocht van een meer intensieve voorlichting over de mogelijkheden die de maatschappelijke gezondheidszorg biedt. De raad besloot daarom perio-

diek voorlichtingsbijeenkomsten voor kleine groepen te organiseren. Men startte met een lezingencyclus voor huisartsen te Amersfoort, waarvoor zich 12 deelnemers hebben aangemeld. Hiernaast is een cyclus voor wijkverpleegsters in voorbereiding. De voorlichtingsavonden zijn zo opgezet, dat ruime aandacht wordt geschonken aan de verwijzingsmogelijkheden, de werkwijze van de bureaus en de berichtgeving van de bureaus aan de huisartsen en wijkverpleegsters en omgekeerd. Op die wijze wordt niet alleen voorlichting gegeven, maar hoopt men ook begrip te wekken voor de vragen waarvoor de werkers in het „thuisfront“ zich zien gesteld. Juist die mensen die sterk bij de totale gezondheidszorg zijn betrokken, kunnen zo meehelpen aan het verbeteren van de structuur van de maatschappelijke gezondheidszorg.



In antwoord op een vraag van het Tweede Kamerlid *Lamberts* (P.v.d.A.) betreffende erkenning van het specialisme geriatrie, heeft Dr. *Kruisinga*, staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid meegedeeld, dat — naar bekend mag worden verondersteld — het geneeskundig specialisme als materie niet bij de wet is geregeld doch berust bij de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Het Centraal College, stelt, de Specialisten Registratie Commissie gehoord, vast welke onderdelen der geneeskunde als specialisme worden erkend. Gezien het bovenstaande zal volgens de staatssecretaris de vraag of de geriatrie alsnog als specialisme moet worden erkend dan ook aan het Centraal College dienen te worden voorgelegd. Dr. *Kruisinga* voegde er aan toe, dat hij gaarne bereid is het hoofdbestuur van de Maatschappij Geneeskunst te verzoeken een vraag van die strekking tot het Centraal College te richten. Voorts zal via het adviserend lid dat hem vertegenwoordigd in het Centraal College op deze erkenning worden aangedrongen.



Het studentenhuwelijk nekt de medische studie. Dit is de mening van Prof. Dr. J. F. Nuboer, hoogleraar in de chirurgie aan de Rijksuniversiteit te Utrecht en als hoofd van de heelkundige kliniek verbonden aan het academisch ziekenhuis. In zijn afscheidscollege, 26 mei jongstleden, noemde de per september van dit jaar met emeritaat gaande hoogleraar naast

ruimtegebrek vooral het studentenhuwelijk als oorzaak van de slechte studieresultaten binnen de medische faculteit. Hij zei bewijzen voor zijn opmerking te kunnen aandragen. Prof. Nuboer deelde verder mee, dat op de responsiecolleges soms ontstellende tekortkomingen aan het licht treden. De scheidende hoogleraar keerde zich tegen verkorting van het co-assistent-schap, omdat in die periode van de studie door contact met ervaren artsen het gebrek aan kennis nog tijdig kan worden onderkend én opgeheven.



Honger: kop van een redactioneel artikel in Journal of the Indian Medical Association, 1 maart 1970. De schrijver, A. K. Bose, betoogt daarin dat niet het klimaat maar de slechte voeding verantwoordelijk is voor het lage peil van de gezondheid in India. Minstens een kwart van de Indiase bevolking is ondervoed, misschien wel een derde. De voeding van het merendeel van de rest laat te wensen over. Zeker 250 miljoen mensen zouden alleen al in India slecht gevoed of ondervoed zijn. Geraamd is, dat van de gehele wereldbevolking 250 à 400 miljoen mensen in staat van ondervoeding verkeren, terwijl nog eens 700 miljoen slecht gevoed zijn. Bij voortzetting van de huidige tendens zal de wereldbevolking in het jaar 2000 tot 6,3 miljard gestegen zijn. De grootste groei doet zich juist in de ontwikkelingslanden van Azië, Afrika en Latijns Amerika voor; de helft daarvan komt voor Aziatische rekening. Hoe kan India, als één van de dichtstbevolkte landen van de wereld, zijn voedselsituatie verbeteren? De mogelijkheden om het landbouwareaal te vergroten zijn beperkt. Wel kan de kwaliteit worden opgeschroefd. De opbrengst aan voedselgranen is bijna nergens zo gering als juist in India. Per hectare wordt ongeveer 1000 kg rijst of 800 kg tarwe binnengehaald. In Japan, Engeland en Nederland liggen deze cijfers drie maal zo hoog. Volgens specialisten is echter een zelfde opbrengst in India mogelijk. Potentieel is het land door middel van deze verbetering van de gemiddelde opbrengst per hectare in staat in 1980 zijn volledige bevolking van voedsel te voorzien, rekening houdend zelfs met de bevolkingsgroei in de tussenliggende jaren. Die mogelijkheid, het grootste deel van de benodigde voedselvoorraden in eigen beheer te verbouwen, zou ieder land moeten worden geboden. Thans produceren de ontwikkelde landen, met minder dan 30% van de wereldbevolking, 60% van de voedingsmiddelen. Handel alleen kan de oplos-

sing niet brengen; grote voorraden gaan teloor tijdens op- en overslag. Grote voorraden vallen ook ten prooi aan de ratten, waarvan er volgens de WHO evenveel zijn als mensen. In India staan deze knagers voor 1,8 ton graan, dat is 2,5% van de totale productie. Verhoging van het voedselproductiecijfer per capita speelt een even-grote rol bij de oplossing van het bevolkingsprobleem als het terugbrengen van het potentieel wereldzielental. Goede voeding en geboortebeperving dienen hand in hand te gaan. Wordt het voedselvraagstuk aangevat, dan heft het probleem van de grote gezinnen zich vanzelf op, mits tegelijkertijd de economie en het ontwikkelingspeil van de bevolking verder worden uitgebouwd.



De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft besloten een aantal experimenten mogelijk te maken voor efficiëntere werkwijze bij schoolartsendiensten. Besloten is, bij een aantal diensten thans een schoolverpleegster aan te stellen die, geassisteerd door een administratieve medewerkster, zelfstandig schoolgeneeskundig onderzoek doet bij jeugdigen. Bij dit onderzoek zal een deel van de leerlingen worden uitgezocht die door de schoolarts zelf nog moeten worden gezien. Op die wijze denkt de staatssecretaris te bereiken, dat de schoolarts van een deel van zijn routine-arbeid wordt ontlast. Hij zal daardoor meer tijd en gelegenheid krijgen om speciale aandacht te wijden aan kinderen die meer intensieve hulp nodig hebben. Ook de schoolverpleegster kan op deze wijze beter gebruik maken van haar kennis en ervaring. De supervisie op de experimenten is door de staatssecretaris opgedragen aan het Staatstoezicht op de Volksgezondheid. Het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde is verzocht, de nodige bijscholing te regelen en de resultaten van de gewijzigde werkwijze te onderzoeken. De proefperiode is voorshands vastgesteld op 3 jaren.



Roken is in het vervolg taboe op de vergaderingen van de Wereld Gezondheids Organisatie. Een desbetreffende resolutie van de Engelse afvaardiging werd op de in mei gehouden jaarvergadering van de Wereldgezondheidsorganisatie te Genève aangenomen. Direct nadat de resolutie was aangenomen, werd de vergaderzaal asbakvrij gemaakt.

## MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

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

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

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

**Oplage:** 16.290 exemplaren.

**Druk:** Verweij Mijdsrecht.

## 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

**Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:**

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

**Raad van Beroep:**

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

\* \* \*

**Bureau voor waarneming en vestiging:**

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

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

**Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:**

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-887021