



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

OFFICIEEL

EUTHANASIE

26e JAARGANG - No. 47 - 26 NOVEMBER 1971

INHOUD

Euthanasie	1227
Nederlandse Brandwonden Stichting	1228
Arts en Fiscus	1229
<i>Dacht u over een groepspraktijk? Een overzicht van enige alternatieven</i>	1231
<i>Voordrachten, gehouden tijdens de bijzondere ledenvergadering ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de L.H.V.:</i>	
De relatie tussen huisartsen en publiek in Nederland	1233
De verhouding tussen huisarts en patiënt in deze tijd	1235
Mogelijkheden en onmogelijkheden van het werken in teamverband	1237
Huisarts - Informatieverwerking - Computer	1240
Motivatie-onderzoek onder eerstejaars medische studenten te Utrecht	1244
„Hot news“ van de medische pro- en contra-aborteerfronten	1247
Positie van de assistent-arts	1248
Medische beroepsuitoefening	1249
Stuurgroep maakt studie van herstructurering wetenschappelijk corps	1250
Release Amsterdam heroriënteert zich ..	1251
Brieven uit de Bibliotheek van de Maatschappij (XXIII)	1252
Artsen te over na 1980?	1252
Universitaire berichten	1253
<i>Van het hoofdbestuur:</i>	
Kort verslag H.B.-vergadering d.d. 25 september 1971	1254
<i>Van het Centraal Bestuur L.H.V.:</i>	
Bestuurskandidaten	1255
<i>Van het Centraal Bestuur L.S.V.:</i>	
Afscheid Mr. A. C. Kraayenbrink	1255
Extra ledenvergadering uitgesteld	1255
Uit de afdelingen	1255
Brieven aan de redactie	1256
Varia	1257

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

Colofon op bladzijde 1258.

Euthanasie, zegt Van Dale, is een zachte dood, sterven zonder veel lijden; verder: toepassing van middelen om de doodstrijd te verlichten; ten derde: een einde maken aan ongeneeslijk lijden.

Wanneer wij deze omschrijvingen op ons laten inwerken, dan ontkomen wij niet aan de indruk, dat bij het gebruik van het woord euthanasie verbanden worden gelegd met begrippen die er — althans volgens Van Dale — weinig mee te maken hebben. Zo is het uitroeien van een bevolkingsgroep geen euthanasie, evenmin als het euthanasie is geestelijk gestoorden om te brengen omdat zij geestelijk onvolwaardig zijn. Moeten wij immers niet in de definitie het accent laten vallen op het (individuele) lijden? Hoe weten wij of een zwaar idioot kind ook werkelijk lijdt?

Terecht zegt Ds. M. A. Krop in zijn artikel „Het recht op de dood“ (M.C. nr. 40/1971, blz. 1033): „Wanneer op dit moment en in dit land over euthanasie wordt gesproken, dan gaat het om individuele mensen wier recht door de overheid wordt beschermd en wier bestaan door veel medische zorg wordt omringd“. Prof. Dr. H. J. Heering wijst op een zeer essentieel punt wanneer hij zich in zijn artikel „De grenzen van het bestaan; Medisch-ethische overwegingen“ (M.C. nr. 33/1971, blz. 859) afvraagt: „Mag door onze medische macht aan de betrokken mens en zijn omgeving een verlengd lijden worden opgelegd?“. Mr. J. Ekelmans legt het accent op de mondige sterveling („De mondige sterveling“, M.C. nr. 30/1971, blz. 791): hij wil de mens zelf laten beslissen of hij zijn leven (of zijn lijden? B.) wil voortzetten of beëindigen. Eerder

in zijn beschouwing noemt hij echter — naar onze mening: helaas — „de mens (die) definitief in de onmogelijkheid verkeert om in wederkerige reële sociale communicatie met anderen te leven” een „preparaat”, met andere woorden: geen mens meer. De gemeenschap zou in dat geval regelen dienen te stellen met betrekking tot het tijdstip en de wijze waarop de medicus wordt verplicht te handelen. Collega J. H. van Meurs wijst erop (M.C. nr. 36/1971, blz. 944) tot welke verwerpelijke consequenties dit kan leiden.

Terugkerend naar Van Dale komt het ons voor, dat de derde omschrijving van euthanasie: een einde maken aan ongeneeslijk lijden, heenwijst naar het onderwerp van een verdere discussie in Medisch Contact. Collega P. Eddes heeft gelijk als hij de handelwijze van de medicus practicus dualistisch noemt (M.C. nr. 34/1971, blz. 909): enerzijds heeft de arts zich te houden aan de eed van Hippocrates: „De geneeskundige behandeling zal ik aanwenden ten nutte der zieken naar mijn vermogen en oor-

deel; van hen houden wat ten verderve of tot letsel kan zijn. Ik zal aan niemand, ook niet op zijn verzoek, enig dodelijk geneesmiddel toedienen, noch mij lenen tot enig advies van dien aard”; anderzijds dient het lijden aanvaardbaar te zijn, hetgeen ook inhoudt het toepassen of het onthouden van middelen die de doodsstrijd kunnen verlichten. Heering zegt hierover: „Waarom dan actieve euthanasie in bepaalde gevallen niet een daad van barmhartigheid en derhalve geoorloofd zou zijn? Met al mijn gepieker kom ik slechts terug bij de reeds genoemde stelling: onmenselijk is niet de „marginal man”, het machteloos en weerloos bestaan dat uit ons is voortgekomen, maar de samenleving die zich van haar minderwaardige deelgenoten ontdoet”.

Heeft de mondige sterveling, de mens die leeft op de grens van een menselijk bestaan, recht op de dood? Wat is de rol van de „met macht beklede” medicus? Het woord is aan de lezer.

B.

Nederlandse Brandwonden Stichting

Op 16 juli 1971 werd opgericht de Nederlandse Brandwonden Stichting. Naar de mening van de oprichters en het medisch adviescollege is de behandeling en verpleging van diepe en/of uitgebreide verbrandingen een buitengewoon arbeidsintensieve, kostbare en vaak zeer specialistische zaak. In tegenstelling tot de meeste andere ontwikkelde landen kende Nederland nog geen speciale organisatie op dit gebied; evenmin zijn er in Nederland speciale centra of afdelingen van ziekenhuizen, die alle faciliteiten en een gespecialiseerd medisch team bezitten voor de optimale behandeling van deze ernstige verwondingen.

De Nederlandse Brandwonden Stichting heeft als doel de optimale behandeling van brandwondenpatiënten in ieder opzicht te helpen bevorderen. Het programma hiervoor omvat in eerste instantie een drietal taken:

1. Oprichting van een secretariaat als informatiecentrum met centrale bibliotheek, die ter beschikking staat van alle belangstellenden.
2. Stimulering van en behulpzaam zijn bij de oprichting van een beperkt aantal centra voor optimale behandeling van diepe en/of uitgebreide verbrandingen.
3. Stimulering van en behulpzaam zijn bij het wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de verbrandingen.

Het bestuur van de Stichting wordt gevormd door: W. Bakker, directeur Hoogovens, Dr. R. P. Hermans, chirurg, en Ir. K. v. d. Pols.

In het medisch adviescollege hebben zitting: Prof. Dr. A. J. C. Huffstadt, hoogleraar plastische chirurgie; Prof. Dr. M. Vink, hoogleraar chirurgie; Prof. Dr. J. F. Crul, hoogleraar anaesthesie; R. E. Spijker, anaesthesist; A. W. Bom, revalidatiearts.

Het adres van de Stichting, waartoe men zich voor alle inlichtingen kan wenden, is: p/a Dr. R. P. Hermans, Zeestraat 129 te Beverwijk.

Abonnementsprijs M.C.

De voortdurende stijging van de produktiekosten en vooral de bij herhaling en nu andermaal verhoogde posttarieven dwingen tot verhoging van de abonnementsprijs voor Medisch Contact met ingang van 1 januari 1972. De abonnementsprijs voor niet-leden zal dan worden gebracht op f 50,— plus f 2,— B.T.W. = f 52,— per jaar. De prijs voor abonnees buitenland wordt f 55,—, die voor losse nummers f 1,56 (incl. B.T.W.).

Aan betalende abonnees wordt individueel mededeling gedaan van deze prijsverhogingen.

Bestuur M.C.

Spelen met progressie

Door Mr. K. Snee

Naarmate de beurskoersen méér dalen en het inflatiespook zich onbarmhartiger manifesteert, rijzen met veel uiterlijk vlagvertoon méér beleggingsadviseurs en beleggingsinstituten uit de grond, die ieder een aandeel trachten te veroveren van de bij de hogere inkomensgenieters voor belegging vrijkomende gelden. Het zij met weinig vreugde geconstateerd dat deze nijveren onder medici een veelal bijzonder willig en weinig kritisch gehoor vinden. Afgezien van het feit, dat zij allen menen de sleutel tot de juiste beleggingsmethode te hebben gevonden (waarnaar door de eeuwen heen tevergeefs is gezocht), toveren zij financiële kastelen tevoorschijn uit een listig gebruik van de zware progressie in de inkomstenbelastingtarieven, waar de hoge inkomensgenieters onder gebukt gaan. Dat hier een grote mate van kritische opstelling past, willen wij hieronder duidelijk maken.

Lijfrente-Stichting

Een recept, dat vooral in het zuiden en oosten des lands de ronde schijnt te doen, is gebaseerd op een combinatie van de mogelijkheid de f 5.000,— jaarlijkse ruimte voor lijfrentepremieaftrek te combineren met eigen belegging, begeleid door een beleggingsadviseur, zonder dat een eigenlijke lijfrente-verzekering wordt gesloten. De gang van zaken is in grote lijnen als volgt:

- + Een beleggingsadviseur richt een stichting op ten doel hebbende het verstrekken van lijfrenten aan zijn cliënt X en/of diens naaste verwanten (vrouw en/of kinderen).
- + Cliënt X sluit met deze stichting een overeenkomst van lijfrente, waarbij X zich verbindt tot jaarlijkse betaling van een premie van f 5.000,— (of zoveel minder als er nog fiscale „ruimte” in de premieaftrekmogelijkheid over is), waartegenover de stichting zich verbindt tot betaling van toekomstige lijfrenten minstens ter grootte van hetgeen bij verzekering aan lijfrenten zou zijn verkregen.
- + Heeft X zijn „ruimte” voor lijfrentepremieaftrek al helemaal of goeddeels benut, dan geen nood; X draagt in dat geval zijn polissen aan de Stichting over, aan wie X voortaan zijn f 5.000,— premie gaat betalen, terwijl de Stichting de reeds door X in de polissen opgebouwde rechten tegenover X voor haar rekening neemt.
- + De transacties tot stand gekomen zijnde, wordt X, al dan niet tezamen met zijn vrouw en/of de

beleggingsadviseur tot bestuurder der Stichting benoemd aldus, dat hij praktisch de volledige zeggenschap in de Stichting, dus over haar vermogen, heeft.

Tot zover de feitelijke gang van zaken. De achterliggende fiscale filosofie berust op de volgende punten:

- Een lijfrente-overeenkomst, waarvoor de premie binnen de f 5.000,— grens van het inkomen aftrekbaar is, hoeft fiscaal niet per se met een verzekeringsmaatschappij te worden gesloten; als wederpartij kan ieder willekeurige derde optreden, dus ook een Stichting, die immers een afzonderlijk rechtspersoon is.
- Als een polis van lijfrente (of een polis, die daarmee fiscaal gelijkgesteld wordt, zoals de kapitaalverzekering met lijfrente-clausule) wordt overgedragen aan een ander (in casu de Stichting) die de lijfrente-plichten uit die polis overneemt, dan ontstaan er voor X géén fiscale verplichtingen, die overigens wél ontstaan zouden zijn bij verkoop der polis tegen een koopsom of bij gewone afkoop.
- Een Stichting is niet belastingplichtig en kan dus fiscaal ongestraft de eventueel door haar overgenomen polissen af doen kopen.
- Daar een Stichting niet belastingplichtig is, zal zij inkomsten en winsten uit haar belegd vermogen belastingvrij kunnen genieten; van dividenden ingehouden Nederlandse dividendbelasting kan de Stichting terugvragen.

De economische filosofie is, dat de beleggingsadviseur X voorreken, dat bij goede belegging van de jaarlijkse premie van f 5.000,— plus eventueel van de uit afkoop van ingebrachte polissen vrijgekomen gelden, aan het einde van de rit (zeg op 65-jarige leeftijd van X) een aanzienlijk hogere kapitaalsom beschikbaar zal zijn, dan bij gebruikmaking van de traditionele verzekeringsvormen het geval zal zijn.

Door nu de beschreven weg te bewandelen hoopt X te bereiken

- dat hij jaarlijks f 5.000,— van zijn inkomen zal kunnen aftrekken (belastingbesparing aan de top van zijn inkomen 60% à 70%);
- dat deze f 5.000,— voor X vermogensbelastingvrij in de Stichting gespaard wordt en inkomstenbelastingvrij inkomen kan opleveren, dat

eveneens voor hem in de Stichting gespaard wordt;

- dat hij op 65-jarige leeftijd een grotere som in handen kan krijgen dan hij bij verzekering zou hebben ontvangen;
- dat hij deze som niet hoeft om te zetten in een lijfrente-verzekering, doch de Stichting de lijfrente-uitkeringen kan laten doen uit de Stichtingsinkomsten en -vermogen;
- dat hij na eventuele verhuizing naar (fiscaal) zonniger oorden de Stichting haar verplichtingen kan doen afkopen, waardoor X de hele som belastingvrij in eigen zak kan steken;
- dat dit alles kan gebeuren onder X' eigen heeren meesterschap, in zijn kwaliteit van bestuurder der Stichting.

Dat de beleggingsadviseur zich voor zijn hulp en bijstand goed laat betalen, spreekt vanzelf; en wie zou hem dit misgunnen als men zulke dromen tot werkelijkheid kan maken?

De vraag is echter of de droom werkelijkheid wordt of slechts een droom blijft. Wij vrezen dit laatste. Voorop gesteld zij, dat de constructie fiscaal-juridisch perfect kan worden opgezet. Doch fiscaal-juridische perfectie is geen garantie voor welslagen. De fiscale rechtspraak hanteert meer en meer het wapen van het gehandeld hebben in fraudem legis (in strijd met de geest der wet) waarmee de beste constructies omver kunnen worden geworpen. Daar het in de gegeven situatie duidelijk is, dat X geen lijfrente-overeenkomst wil, doch alleen persoonlijke belegging wenst van eigen gelden op dusdanige wijze, dat deze belegging aftrekbaar van zijn inkomen zal zijn; daar bovendien de Stichting nauwelijks gewapend is tegen grote actuariële risico's, verbonden aan de lijfrente-overeenkomsten; in aanmerking nemende dat X ook de hoofdpersoon in de Stichting is, is er alle reden voor de fiscus om door de hele constructie heen te zien en X te belasten als was er géén stichting. Als het dan nog zó was, dat X kon zeggen slechts in zó verre pech gehad te hebben, dat een gehoopte besparing niet doorging, doch overigens geen schade te hebben opgelopen, dan zou het nog tot daaraan toe zijn. Het is echter erger; als X n.l. in de Stichting tot afkoop van lijfrentepolissen is overgegaan, tot welke afkoop hij zonder deze niet zou zijn overgegaan, dan is die afkoop niet meer ongedaan te maken; deze wordt X fiscaal aangerekend, die terzake de inkomstenbelasting-rekening gepresenteerd zal krijgen.

Irreële lening

Een ander op vermeende belastingaftrek gebaseerd beleggingsplan is het volgende. Vereenvoudigd weergegeven komt het er op neer dat beleggingsadviseur X zorgt, dat een adspirant belegger met een fors inkomen (belastingheffing aan de top van zijn inkomen zeg twee/derden) een lening krijgt van f 100.000,—, welke lening hem voor de duur van twintig jaar wordt verstrekt. Deze f 100.000,— wordt dan volgens adviezen van X belegd. X is dus-

danig van zijn kunnen overtuigd, dat hij met zijn cliënt overeenkomt, dat deze de f 100.000,— niet hoeft terug te betalen als X de daaruit gedane beleggingen in de twintig leningsjaren niet tot f 900.000,— waarde heeft weten te doen aangroeien. Voorwaarde aan een en ander verbonden is wel, dat de cliënt de aan de lening verbonden rente, over de hele looptijd van 20 jaren berekend, vooruit in de eerste vijf leningsjaren moet betalen. Deze totale leenrente van f 150.000,— wordt dus in vijf termijnen van f 30.000,— in de eerste vijf jaren voldaan. Daar rente aftrekbaar is van het inkomen in het jaar waarin deze feitelijk is voldaan, zal ook de fiscale aftrek in de eerste vijf jaren vallen. Door de belastingbesparing van twee/derden, kost de betaalde rente in feite f 50.000,—. Voor dit bedrag heeft men dan gedurende twintig jaren de beschikking over f 100.000,— met de goede kans deze niet terug te hoeven betalen als deze niet tot het negenvoudige is aangegroeid! Waar zijn betere financiële kansen te vinden?

Helaas is ook hier de opzet gebaseerd op een nauwelijks haalbare fiscale kaart. Juridisch is de opzet waterdicht. De fiscus kijkt echter niet alleen naar de juridische constructie, doch mede naar de economische achtergronden. Deze laatste laten n.l. een heel ander beeld zien. Lenen tegen rente is een normale zaak. Vooruitbetalen van rente komt óók regelmatig voor (denk aan financieringsrenten in huurkoopcontracten). Doch zóveel rente vooruitbetalen over een zó lange looptijd, dat de vooruit te betalen rente méér bedraagt, dan het te lenen bedrag, is een irrealiteit. De in vijf jaren te betalen f 150.000,— hebben, zelfs bij een rentevoet van 10%, een contante waarde van ruim f 115.000,—. En wie is er nu bereid dadelijk f 115.000,— als „rente" te betalen om f 100.000,— te mogen lenen? De feiten zijn dan ook, dat op de door de cliënt aangegane verplichting om gedurende vijf jaren telkens f 30.000,— te betalen, X de aan zijn cliënt te lenen f 100.000,— op zijn beurt van een bankier leent. Als de cliënt zijn 5 x f 30.000,— betaald heeft, heeft X daaruit de door hem geleende f 100.000,— plus rente afgelost en zelf nog een f 10.000,— à f 15.000,— als winst overgehouden. Het is dan ook duidelijk, dat X zijn cliënt zonder bezwaar kan toezeggen, dat deze de f 100.000,— niet hoeft terug te betalen als de beleggingen niet tot f 900.000,— zullen zijn aangegroeid; de cliënt heeft deze f 100.000,— immers reeds ruimschoots aan X voldaan. Men kan het beter omdraaien aldus: Als X inderdaad de f 100.000,— door beleggingen weet te doen groeien tot f 900.000,—, valt hem nog een extra voordeel toe van f 100.000,— in de vorm van terugbetaling aan hem van de zogenaamde lening.

Kort samengevat is de economische realiteit, dat men, via een knap uitgedachte juridische constructie, de jas van rente aangetrokken heeft wat in feite kapitaalfournering is in vijf termijnen. Van de fiscale aftrekbaarheid blijft dan ook maar weinig over; n.l. alleen de rente die in de vijf betaaltermijnen begre-

pen is ter vergoeding van het feit, dat de te beleggen f 100.000,— door X reeds dadelijk ter beschikking wordt gesteld. De gehele opzet is dan ook gebouwd op de hoop dat de inspecteur der belastingen niet door het geheel heen zal zien!

Conclusie

De conclusie kan dan ook niet anders zijn, dan

dat men de grootste reserve in acht moet nemen ten aanzien van constructies, die goeddeels gebaseerd zijn op fiscale (vermeende) voordelen. Voor zover deze constructies niet al reeds als schijnhandelingen terzijde kunnen worden geschoven, kunnen deze tegenwoordig al spoedig als een gehandeld hebben in strijd met de geest der wet worden aangemerkt en dus op die grond worden ontkracht.

Dacht u over een GROEPSPRAKTIJK?

Een overzicht van enige alternatieven

Het Nederlands Huisartsen Instituut functioneert als vraagbaak voor degenen die zich afvragen: hoe komen wij tot de realisatie van een groepspraktijk of gezondheidscentrum?

Het is ons opgevallen, dat bij solo-huisartsen, die al enige tijd zijn gevestigd, menigmaal een zekere onvrede over hun isolement ontstaat. Deze onvrede ligt vaak ten grondslag aan de wens met ons te praten over een groepspraktijk. Uit het gesprek blijkt dan veelal enerzijds dat men een vrij vaag idee heeft van wat het begrip „groepspraktijk” eigenlijk precies inhoudt, anderzijds is soms dat wat men eigenlijk wil ook op een andere, veel minder ingrijpende wijze, te verwezenlijken. Men heeft — juist door dat isolement — weinig idee van de vele mogelijkheden, samen met anderen iets te doen en kent de vormen niet die elders tot ontwikkeling kwamen.

Daarom willen wij hieronder een kort overzicht geven van gebieden, waarop men kan samenwerken en van de personen of instanties met wie men dat kan doen. Wij menen daarmee tevens een dienst te bewijzen aan diegenen die hetzij als directeur van een G.G. en G.D., medisch adviseur van een gemeente- of overheidsinstelling of op andere wijze direct of indirect met deze problematiek in aanraking komen.

Wij noemen eerst vier gebieden (A t/m D), waarvan men bij een samenwerking kan denken.

A. *Samen studeren* (bijvoorbeeld in een studiegroep van min of meer blijvend karakter);

B. *Samen werken* - met andere huisartsen, - met specialisten, - met para-medici: fysio-therapeuten, maatschappelijk werkers, wijkverpleegsters, vroedvrouwen etc.

C. *Samengaan op financieel gebied*: bepaalde uitgaven voor gezamenlijke voorzieningen nemen; samen delen van de netto-inkomsten van de gezamenlijke praktijken.

D. *Samen gehuisvest zijn*.

De eerstgenoemde vorm van samenwerking is het meest vrijblijvend. Ten aanzien van de andere vormen hangt het van de instelling van de betrokkenen af, of men aan het één zwaarder tilt dan aan het ander. Voor sommigen bijvoorbeeld is het samen praktijk gaan doen in één pand een verdergaande stap dan het poolen van de financiën, in andere gevallen ligt dat juist andersom.

In het voorgaande zijn de gebieden genoemd, die wij bij het volgende schema hebben gehanteerd. Het aantal combinaties van mogelijkheden is dermate groot, dat onoverzichtelijkheid het gevolg zou zijn van een streven naar volledigheid. Beter leek het ons daarom aansluiting te zoeken bij wat de praktijk als gebruikelijke varianten te zien geeft. Ons pogen was erop gericht een soort opklimmende reeks te formeren, waarbij men zich ten behoeve van de samenwerking steeds meer beperkingen oplegt, anderzijds meer en kostbaarder vruchten van die samenwerking kan plukken.

Wij komen dan tot het volgende schema:

1. solo-huisarts
2. solo-huisarts werkend met een assistente
3. solo-huisarts samenwerkend met collegae solo-artsen in het kader van een regeling voor vakantie en weekendvervangings
4. solo-huisarts samen studerend met andere solo-artsen of anderen
5. huisartsen met eigen huisvesting en vakantie- en weekendregeling met avonddienst of verdergaande afspraken met collegae, waarbij bijvoorbeeld een collega na een bepaald uur 's middags alle visites rijdt
6. solo-huisarts met arts-assistent
7. solo-huisartsen concreet en duurzaam samenwerkend voor een speciaal doel; voorbeeld: men vormt gezamenlijk een maatschap, die een vroedvrouw in dienst neemt

- II. 9. gezamenlijke huisvesting op huurbasis van enkele huisartsen, waarbij ieder werkt met eigen assistente en kaartstelsysteem
10. gezamenlijke huisvesting op huurbasis en een gezamenlijke staf van hulppersoneel; uniformering van kaartstelsysteem; het gezamenlijk dragen van de belangrijkste kosten vloeit daar dan praktisch uit voort
11. gezamenlijke huisvesting op huurbasis; verder als 10, maar met een gemeenschappelijke verlies- en winstrekening, dus ook pooling van de inkomsten; juridische vorm: de maatschap
12. de samenwerkende huisartsen bezitten zelf het praktijkpand; verder als vermeld onder 11
- III. 13. huisartsen gezamenlijk samenwerkend in de vorm van een regelmatig en gestructureerd overleg met andere medici zoals: medische specialist(en)
controleerend geneesheer(heren)
bedrijfsarts(en)
tandarts(en)
eventueel ook apotheker(s)
14. huisartsen samenwerkend in bovenvermelde zin, maar tevens samen gehuisvest
15. huisartsen samenwerkend (regelmatig en gestructureerd) met paramedici zoals: wijkverpleging
fysiotherapeut
vroedvrouw
zuigelingenverzorging
16. idem als bij 15, maar wel samen gehuisvest in een gezondheidscentrum
17. huisartsen samenwerkend maar niet samen gehuisvest met sociale helpers (zorg): maatschappelijk werk
gezinshulp
sociale raadsman
bejaardenzorg
pastores
18. idem, maar wel samen gehuisvest met enigen van dezen in een gezondheidscentrum
19. huisartsen samenwerkend met bureaus zoals:
bureau voor huwelijks- en gezinsmoeilijkheden
M.O.B.'s
bureau voor alcoholisme e.d.
G.G. en G.D.
30. combinaties van de nummers 13 t/m 19

Toelichting:

- a. Men zou ten aanzien van de onder II genoemde

vormen kunnen spreken van groepspraktijken en ten aanzien van de onder III genoemde vormen over gezondheidscentra c.q. centra voor medische zorg en sociale dienstverlening, n.l. als er sprake is van gemeenschappelijke huisvesting. Zoals vanzelf spreekt zijn er allerlei combinaties mogelijk, ook buiten de genoemde.

- b. Er zal vaak eerst via een bepaalde vrijblijvende, soms informele samenwerking een ontwikkeling plaatshebben naar meer geïntegreerde vormen, als men daar behoefte toe gevoelt en de tijd er rijp voor is. Dit is een groeiproses.

Daar artsen met plannen voor groepsvorming vaak weinig ervaren en geschoold zijn in het samenwerken, is het voor de raadgever een moeilijk punt op welk niveau van samenwerking men als uitgangspunt het best kan mikken. Er moet zo min mogelijk kans zijn op een mislukking, maar ook mogelijkheden tot uitgroeien zijn belangrijk. Het is wél onze ervaring dat men soms te vroeg naar de architect stapt, zonder dat de organisatie en de financiering voldoende doordacht zijn.

Verschillen in redenen om samen te werken hoeven geen bron van wrijving te zijn als de samenwerking niet diep ingrijpt in de eigen werkwijze, bijvoorbeeld als men gezamenlijk een vroedvrouw in dienst heeft. Ook behoeft dit niet het geval te zijn bij een nauwer samenwerken in dezelfde discipline (bijvoorbeeld een groep huisartsen), mits men deze redenen duidelijk op tafel brengt en bespreekt, teneinde ze als een voor allen acceptabel uitgangspunt te kunnen ervaren. Zelfs karakterologische verschillen in de zin van bijvoorbeeld de neiging tot domineren kunnen aanvaardbaar zijn, als dit tevoren duidelijk is besproken. Stille bijbedoelingen en verzwegen motieven echter leiden vaak tot teleurstellingen voor alle betrokkenen. Het moeilijkst wordt de zaak als men opteert voor één van de mogelijkheden genoemd onder 14 en volgende, dus bij een interdisciplinaire aanpak, want de doorbraak van het isolement is dan het grootst. Men leze hierover bijvoorbeeld de artikelen over de samenwerking apotheker-huisarts, samenwerking huisartsen-verpleegsters in de maatschappelijke gezondheidszorg, en de samenwerking met het maatschappelijk werk in een interdisciplinair team, alle verschenen in de jaargang 1971 van Huisarts en Wetenschap respectievelijk in de nummers 2 (blz. 65), 3 (blz. 103) en 10 (blz. 385).

Zoekt men een andere wijze van praktijkvoeren of streeft men op beleidsniveau naar een of andere vorm van integratie, dan kan bovenstaand schema misschien tot hulp dienen; meer gerichte stappen kunnen zo mogelijk worden bij het beantwoorden van de vraag: wat wil ik eigenlijk?

J. Koopman, arts
Dr. R. A. de Widt, econoom,
stafmedewerkers N.H.I.

De relatie tussen huisartsen en het publiek in Nederland

Door F. A. van Spanje, arts, secretaris der L.H.V.

Zoals u allen bekend is, werd in april 1970 het door Makrotest N.V. uitgevoerde onderzoek naar de relatie tussen huisarts en publiek afgesloten. De conclusies uit dit onderzoek waren gebaseerd op zowel een representatieve steekproef van het Nederlandse publiek van 18 jaar en ouder, als ook op een representatieve steekproef van Nederlandse huisartsen. Dit onderzoek heeft naar de mening van de begeleidende commissie niet het effect, dat het in wezen in ons milieu had moeten hebben. De huisarts immers komt uit het onderzoek naar voren als een hooggeschatte, eigenlijk onaantastbare grootheid door het Nederlandse publiek op handen gedragen en waarom zouden wij ons met een dergelijke uitkomst nu zorgen moeten maken? Het onderzoek zelf toonde ook aan, dat de huisartsen een dergelijke uitkomst verwachtten. Geen enkele huisarts in Nederland, en allen hebben het rapport gehad, heeft ooit onderwerpen daaruit ter discussie gebracht of om verfijning van bepaalde resultaten gevraagd.

Wij dachten dat deze jubileumbijeenkomst een uitstekende gelegenheid was om uitgaande van het rapport de relatie huisarts-patiënt heden ten dage en in de toekomst nader te belichten. Het rapport is een momentopname en wel zo'n glimmende foto van de glamourhuisarts, dat wij ons eigenlijk dienen af te vragen: Moeten wij er wel zo blij mee zijn? Het is te mooi om waar te zijn, maar ook te waar om mooi te zijn. Zou dit beeld ons eigenlijk niet moeten verontnemen?

Maar goed, ik zei u reeds: Het was een momentopname en wij verblijven nu in 1971. In de tijd, die is verstreken tussen het enquêteren en vandaag is er al weer veel veranderd in de maatschappij.

Het is thans de tijd, dat hoogleraren zich steeds meer gaan bezighouden met de maatschappij en daar ook hooggeleerde uitspraken over doen. Wij leven nu in de dagen van de uitspraak van de Club van Rome, die enkele maanden geleden een rapport opstelde, waarvan de strekking luidt, dat de mensheid binnen 35 jaar door grote catastrofes zal worden getroffen. In feite is het gezelschap gematigd optimistisch over de toekomst van de wereld, wegens de technisch wetenschappelijke vorderingen, die de mensheid maakt, aldus Prof. Böttcher. Maar we moeten dan wel de handen ineen slaan, ongeacht onze geloofsopvatting of politieke overtuiging. Een andere hoogleraar verwacht over 10 jaar een duidelijk overschot aan artsen. Weer een ander hooggeleerde, sprekend over alternatieve huwelijks-

In de bijzondere ledenvergadering, vrijdag 5 november jl. belegd ter gelegenheid van het 25-jarig bestaan van de Landelijke Huisartsen Vereniging (zie het verslag in Medisch Contact nr. 45 van 12 november jl., blz. 1170 e.v.), is een serie voordrachten gehouden waarvan de lezers in dit nummer van Medisch Contact kennis kunnen nemen. De inleidende rede van L.H.V.-voorzitter F. N. M. Bierens is grotendeels opgenomen in vorengenoemd verslag van de vergadering. De voordrachten van L.H.V.-secretaris F. A. van Spanje, Drs. L. de Vries, psycholoog, directeur Makrotest te Amsterdam, Drs. H. van Praag, psycholoog en publicist en Dr. H. H. W. Hogerzeil, directeur Medische Dienst Phillips, respectievelijk getiteld: „De relatie tussen de huisartsen en het publiek in Nederland”, „De verhouding tussen huisarts en patiënt in deze tijd”, „Mogelijkheden en onmogelijkheden van het werken in teamverband” en „Huisarts - Informatieverwerking - Computer”, worden achtereenvolgens hier in dit nummer afgedrukt.

en gezinsvormen vindt, dat... „vandaag de eerste dag van de rest van uw leven is”. En weer een ander sprak, tijdens een lezing toen hij het had over de dokter en de derde revolutie „de huisartsen zijn doe-het-zelvers”. En zo gaat u maar door...!

Eerst zal ik nu de belangrijkste conclusies uit het rapport, betrokken op de image van de huisarts en de attitude van het Nederlandse publiek tegenover de huisarts, met u doornemen en daarna zal De Vries die na mij spreekt, deze resultaten van het onderzoek evalueren vanuit de maatschappij waarin wij nu leven en waarin ook wij, als wij eerlijk zijn, de relatie tot publiek en patiënt, zullen moeten revalueren zonder deze te devalueren.

De grote meerderheid van het Nederlandse publiek erkent, dat de praktizerend huisarts het niet gemakkelijk heeft. Men noemt het een zwaar beroep en schat het aantal uren dat de huisarts per week werkt, gemiddeld op 65, iets dat merkwaardigerwijs exact overeenkomt met de gemiddelde tijd die door de huisartsen wordt opgegeven. Uiteraard heeft het publiek in aansluiting hierop ook het duidelijke idee dat er te weinig huisartsen in Nederland zijn. Bijzonder interessant is vervolgens de conclusie dat het

publiek de huisarts zijn inkomen ten volle gunt. Otto Weiss heeft eens gezegd: Veel patiënten voelen zoveel dankbaarheid jegens hun arts, dat ze niet inzien, waarom ze hem ook nog zouden moeten betalen. Maar het blijkt uit de enquête, dat dit inzicht is veranderd, want twee-derde van de ondervraagden verklaart dat het inkomen dat de huisarts naar hun mening heeft, de huisarts toekomt. 14% vindt zelfs dat de huisarts meer zou moeten hebben en een kleine groep van 9% zou de huisarts minder willen laten verdienen. Het is natuurlijk niet onmogelijk dat deze laatste groep een dergelijk verlangen niet alleen koestert met betrekking tot huisartsen. Hier steekt de mening van het publiek duidelijk een riem onder het hart van de huisartsen van wie 34% er in ieder geval van overtuigd is dat het publiek hun het inkomen niet gunt. Deze onzekerheid rondom het materiële aspect van het huisarts zijn komt ook bij het volgende onderwerp, de beroepsmotivatie, naar voren.

84% van het publiek is er van overtuigd dat het de huisarts bij de keuze van zijn beroep is gegaan om ofwel roeping, ofwel interesse voor de medische wetenschap. Slechts 7% legt de nadruk op status of verdiensten. Hier schat de huisarts de mening van het publiek nogal fout. 34% van de huisartsen heeft toch wel het idee dat het publiek ofwel status ofwel verdiensten zal onderstrepen en slechts 6% van de huisartsen benadrukt de interesse voor de medische wetenschap. Het rapport laat zich er niet over uit of wij hier hebben te maken met een projectiemechanisme, uitsluiten mogen wij dat natuurlijk niet. Het zou dan betekenen dat onze beroepsmotivatie in de eerste plaats en vooral berust op roeping, in de tweede plaats op financiële mogelijkheden, in de derde plaats op de status en tenslotte op de interesse voor de medische wetenschap; en dat geeft te denken.

De dokter behoort in Nederland nog steeds tot die beroepen, die een zware prestigelading hebben en veel mogelijkheden om nog meer beroepsprestige te verzamelen zijn er eigenlijk niet, hoewel het zich specialiseren nog een oplossing biedt. Niet alleen geeft het publiek de huisarts deze hoge plaats op de maatschappelijke ladder, ook de huisarts weet waar hij wat dat betreft door het publiek wordt geplaatst. En als tenslotte het publiek de image van de huisarts ook omschrijft in min of meer karakterologische termen, is het beeld van een — ik zou zeggen — volmaakt mens, de huisarts, voltooid. De huisarts wordt gezien als deskundig, intelligent, algemeen ontwikkeld, vriendelijk en begrijpend. Negatieve eigenschappen worden hem nauwelijks of niet toegekend. Men zou zich kunnen voorstellen dat de huisarts zoveel lof bescheiden zou afwimpelen. Heeft Seneca ons vroeger al niet voorgehouden: Dat men lof en smaad van de massa met dezelfde onverschilligheid moest bejegenen? Doch het onderzoek onder de huisartsen zelf geeft te zien: Het publiek aanbidt de huisarts en de huisarts weet het en herkent zichzelf volledig.

De zojuist geschetste image staat uiteraard niet

toe dat de huisarts als de gemiddelde burger wordt bejegend. 44% van de Nederlandse bevolking vindt dat je iemand die dokter is ook in het dagelijks leven met iets meer respect moet behandelen dan anderen. Bent u nu niet blij zoals u daar zit. Of denkt u: Er is nog altijd 56% dat er anders over denkt. 15% is zelfs eerder bereid iets voor een dokter te doen dan voor een ander. 36% vindt dat de dokter zich meer mag veroorloven in het dagelijks leven dan anderen. 59% vindt het aanvaardbaar dat een huisarts wel eens dronken is. Hier worden de grenzen van de mogelijkheden die de huisartsen in hun gedrag tegenover het publiek hebben door de huisartsen onderschat. 85% van de huisartsen heeft het idee dat de wel eens beschonken arts niet aanvaardbaar is. De drugs zijn hier buiten beschouwing gelaten. Deze zijn ook pas na die tijd in Maatschappijverband aan de orde gesteld en ingewijden weten hoe.

Publiek en huisarts gaan in wezen vreemd met elkaar om. Duidelijk komt uit het rapport naar voren, dat dit sociaal contact dwangmatige kenmerken draagt. 72% van de huisartsen heeft toch wel het idee dat het publiek hen een bepaald gedrag voorschrijft en 73% van het publiek gaat zich anders gedragen, zo gauw men merkt dat iemand dokter is. En hoewel men zich ongaarne deze gedragsveranderingen bewust maakt, komen als overheersende aspecten het onderdanige en het zo aardig mogelijk willen zijn, naar voren.

Rondom de vraag of de houding van het publiek aan het veranderen is, ontstaan interessante meningen die nu niet meer parallel lopen bij huisartsen en publiek. Maar waar het publiek juist vindt, dat de veranderingen de verhouding ten goede komen, is de helft van de Nederlandse huisartsen ervan overtuigd dat deze veranderingen de relatie onprettiger zal maken. Niet geringe groepen huisartsen wijzen op gebrek aan respect, het zijn plaats niet meer kennen, het vrijer zijn in zijn uitingen, het teveel willen meepraten en vooral het ook veel kritischer zijn van het publiek dan vroeger. Het publiek ziet vooral een ontwikkeling in het meer als volwaardig mens behandeld worden, opener praten, een minder hautain zijn van de huisarts. Samengevat eigenlijk een verandering in de richting van een integratie van de Nederlandse huisarts in de maatschappij.

Een verband kan worden gelegd met het feit, dat de huisartsen in sterkere mate dan het publiek een accent leggen op het zo ongrijpbare vertrouwen dat het publiek in de huisartsen moet hebben. Maar dat het publiek de huisarts nu nog steeds ziet als een zeer bijzondere groep die op een aparte wijze moet worden behandeld, blijkt uit de meningen rondom een eventueel medisch falen. Men vindt eigenlijk, dat over een medisch falen niet zou moeten worden geschreven en dat de huisartsen onderling maar moeten uitmaken wat er in zo'n geval allemaal moet gebeuren.

Het lijkt wat triviaal in de relatie tussen arts en publiek ook de wachtkamer te betrekken. Misschien

is dat wel het gevolg van het feit dat het nog steeds en helaas terecht wachtkamer heet en niet bijvoorbeeld ontvangkamer of receptie. Gevraagd naar de wachtkamer van de eigen huisarts, blijkt dat het er in zeer veel gevallen niet gezellig, niet gemakkelijk en niet ontspannen is.

Tenslotte als afsluiting zou ik een moment willen stilstaan bij de houding die de huisarts aanneemt tegenover de kritiek die op zijn speciale positie en

houding de laatste jaren nogal eens wordt geuit in de pers. Het blijkt dat maar betrekkelijk geringe groepen zich met deze kritiek kunnen verenigen. Ik zou hierbij de aantekening willen maken, dat, of wij het als huisartsen met deze kritiek eens zijn of niet, wij zullen moeten erkennen dat deze kritiek bestaat en dat wij, willen wij maatschappelijk zijn geëngageerd, er de hoogste aandacht aan moeten geven. Naar ik aanneem kan het voor De Vries niet moeilijk zijn bij deze laatste opmerking aan te sluiten.

De verhouding tussen huisarts en patiënt in deze tijd

Door Drs. L. de Vries, psycholoog

Gaarne sluit ik aan bij het betoog van uw collega Van Spanje die, als laatste punt stilstaat bij een erkenning van het bestaan van een kritiek op de houding van de huisarts, een kritiek die vrij regelmatig in de pers, op radio en t.v. wordt geuit, maar die door de meeste huisartsen als onterecht wordt afgewezen. Ik kan mij dat afwijzen van die kritiek bijzonder goed voorstellen. Een huisarts, vooral met praktijk, is voortdurend bezig, en beleeft een verantwoordelijkheid die er gemakkelijk toe leidt dat men niet alleen nauwelijks de tijd heeft om bij allerlei kritiek uitvoerig stil te staan, maar dat men ook een zekere irritatie daarover niet kan onderdrukken: er is nu eenmaal weinig dat grotere ergernis oproept dan tegen iemand die hard aan het werken is te zeggen „dat doe je niet goed“. En daar komt nog iets bij: de wijze waarop de kritiek wordt geuit en soms ook de hoek waaruit de kritiek komt, verraaft soms persoonlijke rancune, heel vaak echter een soort jalouzie op alle voorrechten die de huisarts met zijn hoge status nu eenmaal omringen. Een huisarts mag nu eenmaal van erg veel mensen meer dan een ander, wordt nogal eens met meer respect behandeld, en dat betekent uiteraard dat er hier en daar (vergeef mij de waarschijnlijk niet-medische term) kwaad bloed wordt gezet. Het veel aangehaalde „dag dokter“ van Willem Frederik Hermans is een typisch voorbeeld van bijna rancuneuze kritiek die vooral met het wapen van de humor, probeert de status van de huisarts te vernielen. Tegelijkertijd houdt het stuk dan ook een erkenning in van de bestaande status. Als een god der wrake hanteert Hermans het bijbels gezegde „wie zich verhoogt, zal vernederd worden“. Ik ga hier met opzet op in omdat ik allen, die kritiek hebben op de houding van de huisarts in deze tijd, wil waarschuwen voor het gemak waarmee een persoonlijk rancuneus reageren op de hoge status van de huisarts in de kritiek sluipt: jalouzie is een gevaarlijke leidsman en kan in de kritiek uiteraard een niet geringe rol spelen. Vooral ook bij academici van andere disciplines die blijken na jaren ook hard te hebben gestudeerd,

het te moeten doen met veel minder tegemoetkomend respect van het publiek. U herinnert zich waarschijnlijk nog in Medisch Contact het stuk van de heer Aakster, medisch socioloog, waarbij de hier en daar terechte kritiek duidelijk het doel voorbij schiet door de daar doorheen geweven rancune.

Naar ik hoop zal het feit dat de huisarts de psycholoog een lager beroepsprestige toekent dan het publiek, deze houding bij psychologen niet verscherpen en men dient te bedenken dat dit verschil wel eens zou kunnen worden veroorzaakt doordat de huisarts duidelijk het idee heeft er ook psycholoog bij te zijn. Het accent dat de huisarts in zijn relatie met de patiënt legt op het vertrouwelijk gesprek, een zwaarder accent dan het publiek zelf, toont al aan dat de huisarts het psycholoog zijn (in zijn meest populaire betekenis overigens) als een noodzaak ziet. Maar, terugkomend op de bedoeling van mijn woorden: het is zaak dat de kritiek op de medicus zorgvuldig wordt bekeken op vrijwaring van sentimenten die misschien wel begrijpelijk zijn, maar uiteraard alleen maar afbreuk kunnen doen aan een goed gesprek en die juist hierdoor de ander eerder doen dichtslaan dan doen openstaan voor kritiek.

Het rapport leert ons dat de relatie tussen huisarts en publiek eigenlijk wordt getypeerd doordat men moeilijk met elkaar omgaat. De huisarts heeft het idee dat het publiek hem een bepaald gedrag voorschrijft, hij wordt protocolair bepaald, het publiek kent hem alleen rechten toe en gedraagt zich anders tegenover „de dokter“ dan tegenover een ander. En die verandering in het gedrag van het publiek, zo gauw het weet met de dokter te maken te hebben, draagt dan vooral het karakter van onderdanigheid. Hiermee heeft het Makrotest-rapport aangetoond dat wij in wezen hebben te maken met een verticale verhouding tussen huisarts en patiënt, een verhouding die wij ook moeten typeren als autoritair.

De verhouding huisarts-publiek moet uiteraard worden gezien als een veel vrijblijvender relatie dan

die van huisarts-patiënt en wij mogen dus rustig aannemen dat de verhouding huisarts-patiënt een zeer autoritair karakter draagt. Nu is het uiteraard niet zo dat een dergelijke verhouding alleen hier wordt gevonden. In de loop der eeuwen was ook de koning door God aangewezen en vele volken hebben daar weinig moeite mee gehad. Koningen konden beschikken over het leven van hun onderdanen en, zoals u weet, is van dit recht in de loop der tijden een ruim gebruik gemaakt. Ook de verhouding directeur-personeel, vader-zoon, professor-student kende tot voor kort deze verticale verhouding en het zou oneerlijk zijn te stellen dat deze verticaliteit al is verdwenen. Toch is er het duidelijke idee dat andere verhoudingen hun verticaliteit veel meer hebben verloren dan die van huisarts en patiënt.

Het zou wel te eenvoudig zijn om te stellen dat daar waar deze andere verhoudingen (laat ik het woord maar eens gebruiken) gedemocratiseerd zijn, en dat nu ook de relatie huisarts-patiënt moet worden aangepast. Ook lijkt het mij niet juist te stellen dat wij al bijzonder ver op weg zijn met een dergelijke democratisering. Weliswaar herkent het publiek een verandering in de richting van het volwassener, opener en minder uit de hoogte behandeld worden, maar tegelijkertijd staat daar de sombere gedachte van de huisarts tegenover dat de instelling van het publiek in de toekomst onprettiger zal worden. Het feit immers dat maar 15% van de huisartsen het idee heeft dat de relatie met het publiek in de toekomst prettiger zal worden, zou wel eens verband kunnen houden met de gedachte in medische kringen dat de verticaliteit van de verhouding in wezen de patiënt ten goede komt. Immers, door deze verticalisering ontstaat bijvoorbeeld: dat de patiënt de aan hem gegeven adviezen ook inderdaad opvolgt omdat ze voor hem in wezen een bevel zijn; dat de patiënt juist door de verticaliteit van de verhouding een gedeelte van zijn zorgen kan leggen in de handen van de geneesheer; dat de patiënt juist door het vertrouwen in de autoriteit meer zal geloven in zijn genezing en, zoals bekend, is dit een de eventuele genezing sterk positief beïnvloedende factor. Zelfs zou men nog zeer praktisch kunnen stellen dat het autoritaire in de verhouding voorkomt dat tijd verloren gaat die niet essentieel is in de relatie huisarts-patiënt. De huisarts heeft het immers bijzonder druk en juist het autoritaire maakt het mogelijk aan lange onnodige gesprekken met een kort gebaar een einde te maken.

Nog afgezien van het feit dat de hier gehanteerde argumenten in wezen niet zo verschrikkelijk veel verschillen van de argumenten die bij voorstanders van een autoritaire verhouding (en die vindt men zowel aan de boven- als aan de onderkant) altijd wel zijn gehanteerd, is er m.i. een belangrijker argument: de verticale verhouding tussen huisarts en patiënt gaat eigenlijk uit van een reductie van het mens zijn, reduceert in wezen een medemens tot uitsluitend dokter, een ander tot uitsluitend patiënt. Is het niet de ontdekking van deze tijd dat de mens niet moet worden gereduceerd tot de rol die hij op

een bepaald moment min of meer toevallig speelt? Het is vooral Nederland, dacht ik, dat in dit moderne denken nogal voorop loopt. Een zeer saillant voorbeeld is wel de afschaffing van de groetplicht voor militairen buiten de kazerne, waarmee wordt erkend dat het spel soldaat en meerdere zijn grenzen en niet alleen meer zijn landsgrenzen kent.

Het erkennen van het feit, dat de ander — vrijwillig gekozen of niet — in iedere situatie toch niet meer dan een bepaalde rol vervult, maakt het m.i. mogelijk juist daardoor de andere figuren te blijven zien als een medemens. En een goede rolverdeling gaat in wezen uit van de erkenning van de capaciteiten van de spelers en omdat het als spel — eventueel als zeer serieus spel — wordt herkend, wordt daarmee het eventuele autoritaire vervangen door de erkenning van de autoriteit van de ander.

Men schatte de voordelen voor hen die het beroep van huisarts uitoefenen bij een dergelijke conceptie niet gering. Het Makrotest-rapport toonde zeer duidelijk aan dat de rol die de huisarts in wezen gemiddeld 65 uur per week zou hoeven spelen, in wezen 168 uur ononderbroken wordt voortgezet: de dokter is ook op straat dokter, wordt door een agent niet bekeurd en vermijdt een werkelijke confrontatie met de moeilijke verkeerssituatie vooral door ook buiten de praktijkuitoefening een esculap te hanteren. De rolfixatie van de huisarts, het huisarts zijn onder alle omstandigheden zou m.i. niet nodig zijn. Overigens wil ik hier nogmaals duidelijk stipuleren dat het niet de medicus is die alleen deze situatie heeft gecreëerd, of met alle geweld in stand houdt. Het rapport maakt duidelijk dat het publiek zijn helden blijft vereren en het feit dat $\frac{2}{3}$ van ons volk wel eens een doktersroman heeft gelezen, en dat $\frac{3}{4}$ heeft kennis gemaakt met de helden van de witte jas, zoals Kildare, Ben Casey en Finley, geeft aan dat de behoefte vrij diep zit. Wel lijkt mij de huisarts verantwoordelijk voor het doorbreken van de ban. In de praktijk betekent dat vooral een sterke oriëntatie op de maatschappij in ontwikkeling, niet als huisarts maar gewoon als medemens. Dat het hieraan ontbreekt is overigens 39% van u met mij eens.

Terug naar de patiënt: Patiënt zijn is een rol. Een rol die men de ander liefst niet zo zwaar moet laten spelen dat hij zijn andere mogelijkheden vergeet. Het lijkt mij niet nodig de patiënt al in zijn rol te drukken op het moment dat hij de wachtkamer betreedt. Wellicht zou deze receptie een symbool kunnen worden voor de erkenning van de ander als medemens. Zover is het, zoals wij hebben gezien, nog lang niet.

In wezen pleit ik voor de erkenning van de medemens in zijn rol van patiënt en daarin ligt een tweeledig aspect besloten dat de huisarts zal moeten opbrengen. In de eerste plaats respect voor hem als medemens als voortdurende achtergrond, maar ook en vooral erkenning van zijn rol als patiënt. Dat betekent dat de patiënt patiënt mag zijn en door deze rol dus ook een autoriteit gekregen heeft die moet worden erkend. Zijn pijn, zijn lijden, zijn verdriet, zijn

van hem, horen bij zijn rol. Zijn rol is zijn autoriteit; de rol van dokter is er een die is geladen met een andere autoriteit maar daardoor van niet meer of minder gewicht. De erkenning van elkaars rolautoriteit zou de nu nog bestaande verticale verhouding tot een vruchtbaarder horizontale kunnen terugbrengen.

Veel krijgt de huisarts te maken met patiënten bij wie het hele bestaan als medemens in lichamelijke, geestelijke en sociale zin in de patiënt is betrokken. In een dergelijk geval is de rol van de patiënt zoveel omvattend geworden dat de huisarts alleen wellicht niet meer voldoende tegenspel kan geven. In dat geval kan het noodzakelijk zijn het to-

neel, met als hoofdfiguur de patiënt, te vullen met nog enkele andere spelers, autoriteiten van ander karakter.

Veel tijd is er in wezen niet. Het afbreken van autoritaire verhoudingen in deze tijd gaat snel en wordt niet zelden begeleid door blinde woede. Dat men gemakkelijk autoritair zijn verwacht met autoriteit hebben, is aan de universiteiten nogal eens zichtbaar geworden. Een autoritaire verhouding afbreken en daarbij ook de autoriteit van de ander aantasten, respect voor het autoritaire vervangen door verachting voor de autoriteit is, mijns inziens, het absolute einde van zinvolle communicatie.

Mogelijkheden en onmogelijkheden van het werken in teamverband

Door Drs. H. van Praag, psycholoog

Mag ik mijn betoog beginnen met een doordenkertje: Een vrouw komt bij een arts en vraagt: „Dokter, hoe gaat het met mijn man?” De arts antwoordt ernstig: „Mevrouw, we moeten nu op God vertrouwen”. Daarop zegt de vrouw geschrokken: „Dokter, is het zo erg?”

Dit is een feestelijke bijeenkomst, zodat je moet zorgen aardig te zijn en te blijven. Aan de andere kant is er geen discussie na afloop, zodat je je als spreker toch ook weer het nodige kunt permitteren.

De regie van deze show heeft bepaald, dat ik niet zo maar uit uw midden zou verrijzen, maar dat ik als een deus ex machina vanuit de achtergrond zou opdoemen. De organisatoren gingen er namelijk vanuit, dat ook artsen zelf meer geloof zouden hechten aan iemands woorden, als hij met een magisch decorum wordt omringd. Het is een paradox, dat ik hier aldus verschijn en sta, omdat ik daar juist niet in geloof. Het is ook paradoxaal mensen uit te nodigen van hun voetstuk te stappen, als je er eerst zelf op gaat staan.

Over dit autoritaire voetstuk heeft collega De Vries — het is fijn dat je als psycholoog ten minste ook één collega in de zaal hebt — het nodige gezegd. Wie een hoge status inneemt, beschouwt die meestal als even vanzelfsprekend als zijn kleren of zijn pijp. De oude Chinezen zeggen: het is hoogmoedig van een voetstuk af te dalen, als de goden je er op hebben gezet. Toch komt dit voor. Een vriend van mij, leraar Engels op een gymnasium, heeft het podium uit de klas verwijderd, omdat hij het plotseling dwaas vond op een verhoging te gaan staan, als hij een gezaghebbend antwoord gaf. Hij zei: „Ik ga thuis toch ook niet op een stoel staan als mijn kinderen me iets vragen”.

Nu zult u misschien zeggen — als u hier iets te zeggen had, maar we hebben de rollen vandaag omgekeerd — de leraar staat op zijn estrade, omdat men hem dan beter kan zien. Het is ten dele waar, maar slechts zeer ten dele. „Opzien naar iemand” is niet alleen maar omhoog kijken. Het woord ontzag hangt samen met ontzien, wat in het middelnederlands opzien-naar betekende. En reeds de oude Hindoes noemden hun heilige boeken Upanishads, wat letterlijk overeenkomt met op-neer-zitten, dat wil zeggen neerzittend bij een meester, een goeroe, omhoog kijken.

Men is gauw geneigd te beweren: zonder ontzag geen gezag, maar hebt u zich ooit gerealiseerd, dat gezag en ontzag twee heel verschillende woorden zijn? Ontzag hangt samen met zien, gezag met zeggen. Wie gezag aanvaardt, laat zich gezeggen. Nu ligt het verschil tussen de autoritaire persoon en de autoriteit juist in het feit, dat de eerste zijn gezag ontleent aan het ontzag wat men voor hem heeft, terwijl de tweede ontzag ontleent aan zijn gezag. Het is nuttig deze beide begrippen te ontkoppelen, vóórdat men ze in een nieuwe relatie kan zien.

Het is een bekend feit, dat de echte deskundige geen aureool nodig heeft, zoals goede wijn geen krans behoeft. De grootste geleerden en kunstenaars vallen vaak op door hun onopvallendheid, hun grootste sieraad is hun eenvoud. Indien we nu in dit tijdperk constateren, dat de autoritaire persoon — zo machtig geschilderd door Adorno — gelukkig uit ons midden aan het verdwijnen is, wordt er juist ruimte gemaakt voor de echte autoriteit.

Overal waar we op het ogenblik zo een gezagscrisis zien optreden — in de kerk, in het gezin, op de school, op de universiteit, in het bedrijf, in het leger, (autoritair instituut per definitie, waar nog onlangs

de groetplicht buiten de kazerne is afgeschaft) — gaat het feitelijk tegen het centraal stellen van het ontzag, in plaats van het gezag. Een jongere generatie vindt terecht, dat ouderen niet alleen eerbiedwaardig zijn, omdat ze grijs haar hebben, maar dat ze zich ook eerbiedwaardig dienen te gedragen. Dat daarbij de balans naar de andere kant is overgeslagen, zodat ook de echte autoriteit niet meer wordt geloofd, is stellig een tijdelijke zaak. Ieder mens heeft immers behoefte aan gezag en ontzag, maar die moeten beide authentiek zijn, dat wil zeggen het gezag moet aan het ontzag voorafgaan.

Waarom is er zo een sterke reactie gekomen tegen het autoritaire gezag? In de eerste plaats, omdat blind autoriteitsgeloof tot een vreselijke catastrofe heeft geleid. „Befehl ist Befehl” wil deze generatie niet meer aanvaarden. In de tweede plaats omdat in een snel veranderende wereld, we allemaal op duizend gebieden leken zijn, ook de bekwaamsten onder ons. In de derde plaats omdat de jongeren vaak op verschillende terreinen deskundiger zijn dan de ouderen.

Maar de diepste psychologische wortels liggen elders. Gezag hangt samen met gezeggen, en er kan slechts sprake zijn van echt gezag, als er van *communicatie* sprake is. De gezagscrisis is een communicatie-crisis, die er altijd was, maar die nu is doorgebroken, als een slapend of sluipend gezwel. De leken hebben in de kerk altijd stillerjes gemurmureerd en de soldaten hebben in hun hart altijd de generaal verwenst, maar men had niet de moed dit te zeggen of verdrong zelfs de schuld hieraan.

Maar in een technologisch tijdperk dreigt de hele wereld onpersoonlijk te worden, other-directed (van buiten af gericht) in plaats van inter-directed (door innerlijke aandrif of vanuit de traditie bepaald). En in deze gemechaniseerde wereld, waar zelfs de muziek wordt ingeblikt met de groenten, schreeuwt de mens om meer communicatie, zoals het bloed van de onschuldige Abel naar de hemel schreeuwde. En hoe meer technische communicatie-middelen we hebben, hoe meer de mens juist dreigt te vereenzamen. De t.v. in de huiskamer dooft zelfs het huiselijk gesprek, en voert via het magisch oog een dialoog, die in wezen een monoloog is, omdat er geen feedback, geen antwoord mogelijk is.

Het is de Zwitserse filosoof Max Piccard die er het eerst op heeft gewezen, dat het monologisme in onze cultuur toeneemt, ieder spreekt en niemand luistert meer. Of zoals een Canadese auteur zei: „Ieder is bezig aan de ander de dingen te verklaren, die hij zelf niet meer begrijpt”. Naarmate we meer communiceren, wordt er minder echt gesproken. Het is tegen dit monologisme, dat de gezagscrisis zich richt, en nu op alle velden tegelijk. De „kathedra” was het historisch symbool, in de kerk, in de school, bij een lezing, van een éénrichtingsverkeer in het gesprek, dat niet meer dan een schijndialoog was. Als Rome sprak (ex cathedra zoals dat ook heet) was de zaak daarmee afgelopen. Roma locuta, causa finita: Rome heeft gesproken,

de zaak is afgesloten. Wie sprak met gezag, de vader, de schoolmeester, de arts, die duldde geen tegenspraak, met andere woorden verwachtte geen antwoord. Alsof spreken en tegenspreken niet de oer-situatie van de mens is, het dialogisch wezen bij uitstek. Maar wie geen antwoord mag geven, kan niet echt verantwoordelijk en aansprakelijk zijn.

Wat we thans beleven — en mag ik zeggen God zij dank — is een poging dier zwijgenden, de stomme meerderheid, om tot een antwoord te komen. Dat er nog geen echte dialoog is, komt omdat de anderen, de gehoorzamen en volgzamen, niet hebben leren spreken. Daar zal een decennium voor nodig zijn.

Er bestaat in de communicatie-wetenschap een prachtig woord om de zwijgende massa aan te geven, men noemt haar het *anoniem adressaat*. Deze term is ontleend aan de pers. Men schreef kranten vol, zonder zich om het gezicht van de lezer te bekommeren. Hoogstens kwam de lezer aan bod in de karige plaatsruimte van het ingezonden stuk. Maar als het de redactie te veel werd, dan verklaarde ze autoritair: „Discussie gesloten”. Roma locuta, causa finita. Het gaat niet zo goed meer met de pers; nog laat op deze avond heb ik een gesprek met een persman om een conferentie der Nederlandse tijdschriftenorganisatie voor te bereiden, waar men dezelfde vraag heeft: „Hoe komen we van monoloog tot dialoog?” en onlangs voerde ik een gesprek met een groep Amsterdamse studenten over de doorbraak van het wetenschappelijk monologisme.

Het was de commercial (wat wij de STER-reclame noemen) die zich uit opportuniteitsoverwegingen is gaan afvragen, hoe men de kijker beter kan leren kennen. Men moest immers in zeer korte tijd een boodschap overdragen. De invloed hiervan is enorm geweest, maar ook de reclame is niet tot een echte dialoog gekomen. En het is stellig typerend, dat ik deze dagen ook een gesprek had met de stichting voor reclame om hun congres over nieuwe communicatievormen helpen voor te bereiden.

U ziet, it's in the air. De problematiek is overal aanwezig. En laat ik u tot uw geruststelling zeggen, dat de arts vaak autoritair in zijn betrekking tot de patiënt is, maar dat uit de ervaring niettemin blijkt, dat hij ook de vertrouwensman in crisissituaties is, evenals de hoofdonderwijzer en de notaris, waaruit blijkt, dat hij wel degelijk ook als dialogisch, als aanspreekbaar wordt beleefd.

Maar ook deze groepen kunnen zich niet onttrekken aan de stroom des tijds, die om een sterke dialoog vraagt en een verdwijnen van de autoritaire persoonlijkheid. Maar ik zei het reeds: de autoriteit mag niet verdwijnen, want daarop berust juist het vertrouwen. Ik geloof echter niet, dat dit vertrouwen een magische achtergrond moet hebben. Een volwassen wordende mensheid wil ook haar deskundigen juist als mensen zien, die best het ignoramus — we weten het niet — mogen uitspreken. Juist het altijd weten maakt verdacht.

In de relatie tussen arts en patiënt moeten we echter stellen, dat ook de patiënt deskundig is: namelijk door zijn *lijden*. Ook de lijdende mens verdient ons ontzag. In diepste zin heeft zijn lijden een functie voor ons aller toekomst. Zijn gezag mag daarom niet worden ondermijnd, vooral als hij of zij het lijden moedig draagt. Waar patiënt en arts elkaar ontmoeten vanuit beider specifieke deskundigheid: die van lijden en genezing, zal een levende dialoog juist mogelijk zijn.

En nu is het verheugend, dat deze dialoog op gang begint te komen. Maar bijna tegelijkertijd gaan er stemmen op om nu de arts anoniem te maken, zodat de patiënt zijn gezicht niet meer herkennen kan: men wil hem laten opgaan in het team.

Ongetwijfeld bestaan hiervoor goede argumenten. Pragmatische, zowel als psychologische. Bij de toename der menselijke kennis, is teamwork overal een vereiste, volgens het oude recept: „Twee weten meer dan één”. Natuurlijk werd er ook in het verleden samengewerkt, naar specialisten verwezen, giconsulteerd, werden laboratoria ingeschakeld enz., maar nu wil men deze samenwerking tot regel maken. Ook omdat hierdoor een betere taakverdeling mogelijk is in een beroep, dat met 65 uren per week tot de zeer zware moet worden gerekend.

Psychologisch heeft ook deze samenwerking haar voor- en haar nadelen. Een goed team schenkt vertrouwen, vooral als er ook een duidelijke functieverdeling is. Het is niet waar, dat de patiënt zich daardoor bekocht zal voelen. Hij heeft ook de idee dat het team beter is te bereiken dan het individu. En dat is zeer belangrijk. De arts is vaak onderweg en moeilijk bereikbaar, het team heeft een *adres*. Maar heeft het ook een *gezicht*? Het doorbreekt de magie van de mens, die in zijn eentje alle instrumenten bespeelt. Het concert der deskundigheid wekt vertrouwen.

Maar er schuilt ook een immens gevaar in. Het gevaar der anonimiteit. Juist in deze tijd, waar het voor de eenvoudige mens zo moeilijk is de weg te vinden, is de arts een soort ombudsman in de crisis-periode van het leven. Dr. Van Spanje zei zo-even, dat de wachtkamer beter ontvangkamer kan heten. Maar je kunt er in elk geval wachten, en dat is bemoedigend. Maurits Dekker heeft gezegd: de wereld heeft geen wachtkamer.

Je kunt er nergens uitblazen. De tijd gaat verder. Het geven van deze meer geïnstitutionaliseerde medische verzorging is, dat er ook geen echte wachtkamers meer zullen zijn, maar voorportalen van de spreekkamer, zoals we die overal in onze klinieken aantreffen, waar geen acclimatisatie mogelijk is. Want de ouderwetse wachtkamer heeft wel degelijk een psychologische functie. De mensen ontmoeten elkaar daar als lijdenden en bereiden zich voor op het medische gebeuren. Het is vaak ook een overgang tot de spreekkamer. Want de mens heeft drempelvrees voor de diagnose — niet zo zeer voor de arts — die hem immers kan onthullen, dat hij ernstig ziek is. Maar ook hij weet, welk gezicht

hem in de spreekkamer wacht. Dat is zo sterk, dat vele patiënten niet graag bij een plaatsvervanger komen en liever wachten tot de vertrouwde arts terug is.

Ik zei het reeds: het team moet een gezicht hebben. Menselijke communicatie vraagt om face-to-face-contact. Een oud woord zegt: „diabolus est legio” (de duivel is legioen, m.a.w. manifesteert zich in de massa, in veel gestalten), maar God is Eén. Symbolisch betekent dit, dat een echt gesprek altijd om een één-aan-één-relatie vraagt.

Vanmorgen maakte ik mee, hoe op het Utrechtse station een vrouw was flauwge gevallen. En een luidspreker riep: „Is hier een arts op het station aanwezig?” Stel dat iemand vanavond deze vraag hier in de zaal stelde. Voor de patiënt gaat het primair om de ene arts, in wie hij vertrouwen heeft. Want de arts is in eerste en laatste instantie vertrouwensman, omdat hij een stuk lijden meedraagt. Het respect voor de arts berust in diepste zin op het feit, dat deze mens van zoveel pijn en lijden weet, waar hij met niemand anders over spreken kan. Hier komen we aan het zo vaak gekritiseerde beroepsgeheim. Het betekent in feite, dat de arts daardoor een stuk eenzaamheid met de patiënt deelt. En in de loop der jaren krijgt hij de eenzaamheid van de mens, die met velen is verbonden en toch vaak zwijgen moet: „eenzaam maar gelukkig niet alleen”.

Dit aspect van het artseneroep mag nooit verloren gaan. Dit geldt trouwens ook voor de pedagoog en de psycholoog. Het menselijk lijden mag niet verdwijnen in het onpersoonlijke dossier, waardoor de patiënt tot een item op een ponskaart wordt. In ieder team moet minstens één persoon zijn, waarmee de dialoog mogelijk blijft.

Aan de andere kant eist de toename der informatie, dat er wordt samengewerkt. Dat is eenvoudig een *must*. Maar het gaat er om, dat er een goede verdeling van de medische activiteiten komt. Bij het psychologisch onderzoek is gebleken, dat het gesprek belangrijker is dan de meeste tests, die vaak multi-interpretabel zijn. Bij het onderwijs is gebleken, dat de geprogrammeerde instructie (door middel van teaching machines, enz.) niet meer dan 20% van het didactisch proces mag uitmaken en nooit de levende docent, met wie men kan spreken, mag vervangen. (In Oost-Europa en Japan ligt het mechanisch percentage veel hoger, maar dat gaat dan ook ten koste van het gesprek, dat wij juist niet willen prijsgeven.)

Als u mij vraagt hoe de verhoudingen in zo een medisch team zouden moeten liggen, zou ik het antwoord moeten schuldig blijven. Maar ik weet wel, hoe u hier een antwoord op vinden kan. Daarom zou ik u stellig willen aanraden goed met psychologen en sociologen te overleggen, voordat u hier tot een beslissing komt. En vooral de communicatiedeskundigen niet te vergeten. Laat de huisarts niet ondergaan in het team, maar opgaan in het team. Liever de autoritaire arts dan de anonieme arts. Maar liever de medemenselijke arts dan de autoritaire arts.

Huisarts - Informatieverwerking - Computer

**Door Dr. H. H. W. Hogerzeil, arts,
Directeur Medische Dienst Philips**

De Landelijke Huisartsen Vereniging kijkt bij haar 25-jarig bestaan naar de toekomst en heeft hiervoor een verwachtingspatroon dat verband houdt met de publieke opinie, de dialoog = samenwerking met de patiënt, het team = samenwerken van deskundigen en de informatieverwerking = samenwerking met de computer. Blijkbaar menen de huisartsen, die dicht bij de mens leven en in zijn situatie werken, dat deze themata van grote invloed zijn op de toekomstige structuur van de medische zorg.

Computer en informatiesysteem horen bij elkaar. Samen maken zij automatische communicatie en automatische verwerking van gegevens mogelijk. Zowel aan de computer als aan het systeem zijn mogelijkheden en beperkingen verbonden die verband houden met het machinekarakter van de computer en met de logica en de logistiek van het informatiesysteem. Een informatiesysteem met een computer als verwerkingseenheid kan daarom alleen maar functioneren als aan vier condities is voldaan.

Vier condities voor het informatiesysteem

1. Organisatie van de informatiestroom.
2. Formulering van de betekenis der medische begrippen.
3. Kennis der procedures in de bewerking van gegevens.
4. Omschrijving doelstelling van het informatiesysteem.

Deze vier condities zullen nu eerst worden besproken.

1. Organisatie van de informatiestroom

In de medische zorg zult u een informatiesysteem en computer nooit alleen maar altijd samen met anderen gebruiken. Deze anderen zijn personen of instanties met wie u in verticaal of horizontaal, dus in mono- of multi-disciplinair verband, samenwerkt. Vanuit deze structuur ontstaan tal van vragen over het verloop en de lokalisatie der gegevens in een organisatie.

Er ontstaan vragen over centralisatie of decentralisatie der informatie-opslag, vragen naar de verantwoordelijkheid voor de betrouwbaarheid van de gegevens. Moet een huisarts alles bewaren van zijn patiënten of alleen datgene dat tot zijn eigen specifieke terrein behoort en hoe bouwt men in het laatste geval het centraal archief van de patiënt op? Moet de huisarts of zijn assistente de laboratorium- en ande-

re biometrische gegevens op zijn kaartstelsel inschrijven of moet men deze stations vragen cumulatieve informatie te geven vanuit centrale geheugens via automatische bewerking?

Informatiesystemen vragen om organisatie van de informatiestroom zowel buiten als binnen het systeem. Dit kan leiden tot herstructurering van de praktijkvoering en van de organisatie der volksgezondheidszorg.

2. Formulering van de betekenis der medische begrippen

De betekenis der gegevens moet eenduidig zijn voor allen die met hetzelfde informatiesysteem werken. Voor de mensen bij invoer en uitvoer, voor de machine bij inlezen en verwerken. Een lange studie, een inwijding in de riten van het vak en een over het algemeen mono-disciplinaire opstelling doen een vakjargon ontstaan waarmee wij gegevens kunnen communiceren. Jargon wordt echter alleen begrepen in een bepaalde context of in een bepaalde subcultuur, waardoor woorden en begrippen zinloos worden wanneer zij zonder deze additionele informatie of sacrale riten worden gebruikt. Maar een computer en informatiesysteem werkt met losse woorden, waardoor communicatie zinloos wordt als niet ieder woord, iedere code, iedere procedure van verwerking vooraf in gezamenlijk overleg is gedefinieerd tot een betekenis die op één unieke wijze wordt begrepen.

Men zal een begin moeten maken met methodologische definiëren van begrippen in de medische wetenschap en het vak medische methodologie aan de universiteit moeten doceren, als wij een geneeskunde voor de naaste toekomst willen ontwikkelen, door het samenwerken met informatiesystemen en andere deskundigen, want deze anderen begrijpen ons jargon niet, evenmin als de computer.

Men kan beginnen de medische begrippen naar vier categorieën te typeren: objectief/subjectief, concreet/abstract. Door deze typering kan men ieder woordbegrip door de navolgende vragen classificeren:

1. Is er een objectief/concrete betekenis welke biometrisch kan worden vastgesteld. *Biometrie*.
2. Is er een objectief/abstracte betekenis welke volgens afspraken kan worden gedefinieerd (diagnoses). *Diagnose*.
3. Is er een subjectief/concrete betekenis welke verbaal kan worden medegedeeld als ervaren werkelijkheid. *Klacht*.
4. Is er een subjectief/abstracte betekenis welke

volgens afspraken kan worden beschreven als symptomen. *Symptoom*.

<i>Formulering medische begrippen</i>		
objectief	concreet	abstract
	haemoglobine (biometrie)	anaemie (diagnose)
subjectief	moe (klacht)	moeheid (symptoom)

Dit voorbeeld geeft u een indicatie van de wijze waarop men in de toekomst tot begripsdefinities kan komen. Werken met een computer en samenwerken met anderen is alleen mogelijk als u in staat bent de door u gebruikte begrippen eenduidig voor mens en machine te formuleren.

3. *Kennis der procedures*

Verwerking van gegevens met programma's in een computer en informatiesysteem is pas mogelijk als wij weten volgens welke procedures en volgens welke logistiek de gegevens *buiten* de computer op elkaar inwerken. Er zijn procedures die gemakkelijk beschrijfbaar zijn, zoals optellen, aftrekken, vermenigvuldigen en toetsen van objectief/concrete gegevens. Er zijn procedures die u niet in getallen kunt beschrijven maar alleen door vergelijking kunt identificeren. Er zijn procedures die u nog niet of nooit kunt begrijpen en die u dus nu niet of nooit kunt programmeren. Hoe verder u af komt van het objectief/concrete begrip hoe moeilijker de procedurebeschrijving.

Dus: geen kennis der procedures, dan ook geen programma voor verwerking en dus geen automatisering, maar misschien ook wel: geen kennis der ziekte/gezondheidsprocedures, dan ook geen medische wetenschap en dus geen geneeskunde.

4. *Omschrijving doelstelling van het informatiesysteem*

Een computer-informatiesysteem is een absurditeit als er vanuit de doelstelling van de organisatie waarvoor het systeem werkt geen duidelijke opdracht wordt gegeven waarop de informatie kan worden afgestemd. Vele rapporten behandelen taak en functie van de huisarts en doelstelling van de huisartsgeneeskunde, maar voor de medische informatica is het niet gemakkelijk uit deze rapporten een opdracht voor het systeem te destilleren omdat het lijkt alsof men hiervoor niet voldoende vanuit de toekomst redeneert.

Mijn probleem is het volgende: Toename der kwalitatieve kennis en afname van het financieel risico hebben tot gevolg gehad dat de consumptie van de

medische zorg door patiënten én door deskundigen exponentieel is toegenomen. Dit veroorzaakt een geveensexplosie binnen de gezondheidszorg die de communicatiekanalen verstopt en een informatievervuiling veroorzaakt welke de (huis)arts mentaal dreigt te verstikken op eenzelfde manier als de milieuvervuiling zijn patiënten fysiek. Het takenpakket van de huisarts is kwalitatief en kwantitatief ad absurdum uitgebreid zonder dat er iets afging. Door onvoldoend duidelijke functieomschrijving weet de huisarts niet precies wat hij zelf moet doen en wat anderen moeten doen. Daardoor wordt het moeilijk bewust te delegeren of een patiënt zonder schuldgevoelens definitief over te dragen.

Gebrek aan duidelijke functieomschrijving kan aanleiding geven tot desorganisatie die tot frustratie en vermindering in motivatie kan leiden. Dit geldt in versterkte mate voor een informatiesysteem. Is er geen duidelijke opdracht dan wordt een informatiesysteem een financiële ramp, een belasting voor de gebruikers en een rem voor de behandeling. Is de opdracht er wel dan kan het informatiesysteem de (huis)arts van een aantal taken ontlasten, de medische wetenschap helpen ontwikkelen en de medische zorg helpen bevorderen.

Als voorbeeld: De huisarts is op dit moment de centraal administratieve figuur in de volksgezondheidszorg. Ik geloof niet dat hij dat moet blijven, omdat het technisch mogelijk is informatiesysteem en computer deze taak van hem te laten overnemen. Men zal op den duur de beslissing moeten durven nemen deze taak door beheerders van systemen te laten verzorgen. De tijd die hierdoor vrijkomt kan men gebruiken voor de ontwikkeling van een geneeskunde van de toekomst, die naar mijn mening zal worden gekenmerkt door het begrip systeemgeneeskunde dat gelijk is aan het vroegere begrip integrale geneeskunde, maar nu ondersteund en mogelijk gemaakt door de informatiewetenschap en de hierbij behorende apparatuur.

Toepassing in de praktijk

Na deze verkenning over de condities kan de toepassing van medische informatiesystemen in de huisartsgeneeskunde besproken worden. Deze toepassing omvat drie gebieden:

- Automatische communicatie van gelijkblijvende gegevens.
- Automatische verwerking van gegevens tot nieuwe informatie.
- Stimulering van systeemgericht denken.

Er is een principiële verschil tussen de automatische communicatie van gegevens welke in de bewerking inhoudelijk niet veranderen en de automatische verwerking van gegevens tot nieuwe informatie welke inhoudelijk niet meer direct herleidbaar is uit de oorspronkelijke gegevens. Het zal u duidelijk

zijn dat wij moeten beginnen met de communicatie van gelijkblijvende gegevens hetgeen trouwens al moeilijk genoeg is.

Automatische communicatie van gelijkblijvende gegevens

Laten wij als voorbeeld eerst eens kijken naar een organisatie die bij uitstek op communicatie van gegevens is gericht, zoals de P.T.T. Daar zien wij een grote variëteit van communicatiemethoden.

Er is automatische informatie over het weer, de tijd en het nieuws; blijkbaar bestaat aan deze informatie behoefte bij zeer veel mensen en loont het de moeite deze informatie automatisch, on-line, te verschaffen. Er is directe informatie via de telefoon. Er is snelle indirecte informatie via telex en telegrammen. Er is langzame indirecte informatie via de post. Er zijn geheime zendingen die alleen door de geadresseerde zelf kunnen worden geaccepteerd. Er zijn telefoonboeken voor raadpleging van personalia, etc.

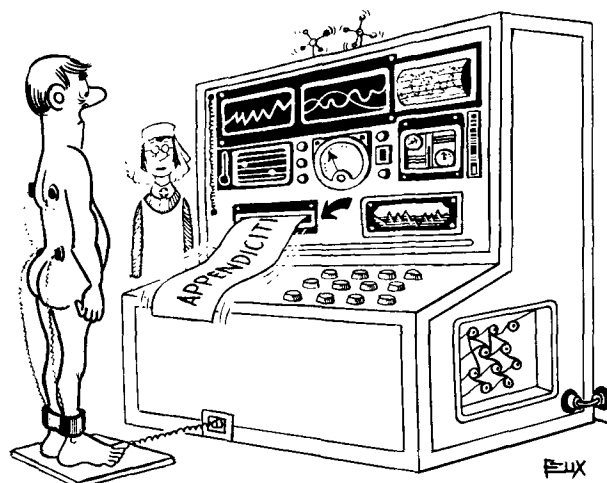
Bij de huisartsenpraktijk is een soortgelijk gevarieerd communicatiepatroon denkbaar.

Wij hebben zojuist gesproken over beschrijfbare en (nog) niet beschrijfbare procedures. Er zijn administratief sociale gegevens die voor iedereen toegankelijk zijn en er zijn administratief medische gegevens die alleen de arts toebehoren. Er zijn gegevens die u niet direct hoeft te kennen en er zijn gegevens waarop de informatie geen minuut kan wachten. Zo ontstaan er specificaties voor een indeling naar soort gegevens, naar snelheid en geheimhouding, naar mogelijkheid en onmogelijkheid van programmeren, maar ook naar noodzakelijkheid en overbodigheid van automatisering.

Schema (automatisering) communicatiegegevens huisarts

1. Procedure beschrijfbaar, off-line systeem (geen directe toegang tot computer)
 - 1.1. Administratief sociale gegevens personalia, beroep, soort verzekering. *Voorbeeld:* maandelijks periodiek als alfabetisch boek, ook voor niet-medici bruikbaar.
 - 1.2. Administratief medische gegevens diagnoses ouder dan 12 maanden, verwijzing naar uitvoerige rapporten, periodiek geneeskundig onderzoek. *Mogelijk:* 14-daagse periodiek als alfabetisch boek, alleen voor eigen praktijk bestemd.
 - 1.3. Administratief financiële gegevens rekeningen. *Mogelijk:* 3-maandelijks calculatie en facturering.
 - 1.4. Medisch statistische gegevens epidemiologie, verrichtingen. *Mogelijk:* jaaroverzichten.
2. Procedure beschrijfbaar, on-line systeem (directe verbinding met de computer).

Behandelingsgegevens, risicofactoren, biome-



trie, medicatie/behandeling, afspraken met uzelf of met andere deskundigen in de medische zorg, beslissingen (diagnoses, klachten, symptomen). *Behoefte:* antwoordtijd 2-5 seconden. *Mogelijk:* beeldscherm (display) op uw bureau en/of bij assistente, waardoor u gegevens direct kunt opvragen. *Voorwaarde:* alleen toegankelijk voor medici. Mogelijkheid bescherming van eigen gegevens.

3. Procedure niet beschrijfbaar, geen automatisering mogelijk.

Gesprekken, indrukken, overwegingen. *Behoefte:* eigen notities, eigen geheugen.

- N.B.* Er zal nog lange tijd (altijd) behoefte bestaan aan persoonlijke aantekeningen. Ook uw eigen geheugen waarmee u werkt en herkent is onmisbaar. *Een informatiemiddel is een hulpmiddel, geen vervangingsmiddel.*

4. Nascholing.

Behoefte: zeer individueel, kan worden gekoppeld aan behandelingsgegevens, maar ook als aparte dia/geluidapparaten, videorecorder, videocassette, etc.

Automatische verwerking van gegevens tot nieuwe informatie

U kunt in de computer gegevens in eindeloze maar logische variaties op elkaar laten inwerken via hiërarchisch geordende procedures, waardoor geheel nieuwe — andere — omgevormde informatie ontstaat. Deze informatie kan door het systeem weer als nieuwe informatie worden opgevat, waardoor open of gesloten cybernetische processen ontstaan (Wiener). Eenvoudige voorbeelden zijn de thermostaat, de procesbesturing bij de petrochemie, de maanlandingen, de bewakingsapparatuur in een intensive care unit.

Maar ook de mens kan worden opgevat als een open of gesloten informatiesysteem. Invoer van in-

fluenzavirus doet een keten van acties en reacties ontstaan, afhankelijk van leeftijd, immuniteit, voorgeschiedenis, etc. Bevruchting van een eikel doet een mens ontstaan, waarbij cellen zich door DNA/RNA codes tot phaenotypisch nieuwe cellen ontwikkelen, welke op hun beurt weer de vorming van andersoortige cellen induceren. Een zwakke persoonlijkheidsstructuur kan in ongewenste leersituaties patronen inleren die tot alcoholische vluchtreacties leiden welke leverstoornissen of gevaarlijke pneumonieën geven. Zo kunt u zelf hiervan talrijke voorbeelden bedenken.

Op den duur zullen wij deze processen gaan bekijken met behulp van een medische informatiewetenschap. De ontwikkeling hiervan zal nog vele jaren duren, maar een eenvoudig voorbeeld kan de hierbij leidinggevende gedachte weergeven.

Wij gaan nog eens terug naar onze bespreking over de formulering van begrippen en plaatsen de hierbij gebruikte termen in een simpele matrix voor een analytisch gericht voorbeeld.

Voorbeeld van een analytisch systeem

Procedure	Hglb.	Anaemie	Moe	Moeheid
Hglb.				
Anaemie				
Moe				
Moeheid				

Informatie 100%

Door het toekennen van weegfactoren is het mogelijk de onderlinge afhankelijke relaties der vier gegevens te analyseren in de zin van: indien het Hglb. y is komt dan moeheid voor; indien er moeheid wordt gediagnosticeerd komt dan anaemie voor, enz.

Dit eenvoudige voorbeeld dient om aan te tonen dat de informatieve betekenis van gegevens slechts in afhankelijkheid bestaat. Gegevens bestaan niet solitair. Een gegeven ontleent zijn betekenis aan het informatiesysteem waarbinnen het wordt gebruikt (vgl. de woordbegrippen in het medisch jargon). Ook diagnoses en symptomen bestaan als zodanig nooit solitair. Het zijn fasen in een medische geschiedenis waarop invloedsfactoren uitwerken die zichzelf voorspellen. Gesloten of open cybernetica. De medische geschiedenis van de patiënt is een longitudinale geschiedenis, een continue stroom van trends waarop episodische pieken zeilen.

Om met dit denken in continuïteiten, situaties en pieken te leren werken is het nodig een systeemdenken te ontwikkelen en dit integraal toe te passen in een systeemgeneeskunde, dan wel systematisch toe te passen in een integrale geneeskunde. De huisarts is als generalist bij uitstek geschikt voor deze discipline, omdat hij dicht bij de continuïteit, de situatie en de medische pieken van de mens

leeft. Om ziek-zijn en gezond-zijn te kunnen beïnvloeden moet men de procedures kennen volgens welke interne en externe factoren op het menselijke systeem in onderlinge afhankelijkheid inwerken. Begrijpt u de procedures en kent u de gegevens dan kunt u genezen, preventief voorkomen of educatief vormen. Kent men de procedures niet dan kan men alleen symptomatisch werken: pijnstillen, nervositeit matigen met tranquillizers, milieu-invloeden weren door ramen te sluiten.

Een systeemgeneeskunde ondersteund door medische informatiewetenschap zal de symptoomgeneeskunde doen verdwijnen en daarmee het kwantitatieve symptomatische werk dat u zozeer belast. De computer met het informatiesysteem kan u daarbij op drie manieren helpen:

a. Door u te ontlasten van onnodige registratie, administratie en communicatie, omdat het informatiesysteem uw plaats als centrale administratie in de volksgezondheidszorg overneemt.

b. Door u een wetenschappelijk instrument te geven waarmee u praktijkgegevens kunt toetsen.

c. Door u denkpatronen aan te reiken waarmee u de mens als totaliteit, functionerend als een informatiesysteem, kunt leren kennen en behandelen.

De grootste bijdrage van de computer aan de (huisarts)geneeskunde is niet zozeer de onschatbare en onmisbare administratieve hulp die hij u biedt, maar de aanzet die hij geeft tot nieuwe denkpatronen en daarmee tot een wijze van functioneren die overeenkomt met de vragen die de patiënt stelt.

Samenvatting

Voordat men in de (huisarts)geneeskunde geautomatiseerde gegevensverwerking kan toepassen dient aan vier voorwaarden te zijn voldaan:

1. Formulering doelstelling huisartsgeneeskunde.
2. Definiëring gebruikte begrippen.
3. Beschrijving verwerkingsprocedures.
4. Structurering informatiestroom buiten en binnen het informatiesysteem.

Indien men deze vier eisen op de huisartsenpraktijk toepast komt men tot conclusies die veel verder reiken dan het al dan niet gebruiken van een computer.

Geautomatiseerde verwerking van medische gegevens tot medische informatie dwingt ons in systemen te denken, waardoor een medische systeemgeneeskunde ontstaat. Het lijkt waarschijnlijk dat de medische zorg die de huisarts als generalist geeft zich in deze richting zal gaan ontwikkelen.

Systeemgeneeskunde zal symptoomgeneeskunde gaan vervangen.

De computer wordt met het informatiesysteem een hulpinstrument dat de centrale administratieve activiteit van de huisarts overneemt en de medische activiteit mede mogelijk maakt.

Motivatatie-onderzoek onder eerstejaars medische studenten te Utrecht

Een ongevormde, ongedifferentieerde, oppervlakkig gemotiveerde groep. Deze karakteristiek van de eerstejaars geneeskunde 1970-1971 aan de Utrechtse universiteit kan men peuren uit de conclusies van „Een onderzoek naar motivatie, attitudes en ervaringen van de eerstejaars studenten geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, gedurende het eerste semester van hun studie”. Drie medicijnenstudenten, Pim Beetz, Hans Bijlsma en Hans Kersten, hielden zich in het kader van een wetenschappelijke stage in hun derde studiejaar bezig met deze vorm van intercollegiale toetsing.

Aanleiding tot hun onderzoek was de invoering van een nieuw introductieprogramma voor de cursus 1970-1971, voorbereid door de werkgroep „Introductie en studiebegeleiding”. Van de 293 in september aangekomen studenten wilde men meer te weten komen over hun motieven om medicijnen te gaan studeren, hun attitudes tegenover hun latere werkerterrein, hun waardering voor het aangeboden studiepakket, hun verhouding tot docenten en faculteit en hun sociale relaties. De gehele groep werd tweemaal geënquêteerd — eerst in september 1970; later, na afloop van het eerste semester, in januari 1971. Op die manier konden veranderingen van opstelling in de beginmaanden van de studie duidelijk worden geregistreerd; de oorzaken van die veranderingen waren echter nauwelijks te achterhalen, omdat er niet met controlegroepen kon worden gewerkt.

In het „Fakblad” van de medische faculteit Utrecht van 6 oktober jl. hebben de drie onderzoekers in het kort verslag van hun bevindingen gedaan. Om de beschreven populatie te plaatsen, vermelden zij dat 41 van de 293 geënquêteerden uit een doktersgezin komen en dat de ouders van 232 anderen geen academische opleiding hebben genoten. De aankomende student blijkt over het algemeen heel goed te weten wat hij met zijn studie wil; vaak hebben idealistische drijfveren de studiekeus mede bepaald. Voor de meeste eerstejaars is de arts geen man van absoluut gezag meer; vooral wat betreft ethische kwesties gunnen zij de patiënt een duidelijke stem. Aan status en inkomen wordt niet zo zwaar getild; wel wil men graag de zelfstandigheid van de arts gehandhaafd zien.

Wat de opleiding als zodanig aangaat: de belangstelling voor deelaspecten mindert de eerste maanden gaandeweg. Het enthousiasme luwt, men wordt kritischer ten aanzien van wat men wil en kan. Speciaal voor de rond Kerst te examineren vakken daalt de interesse zienderogen. Aan de andere kant zou-

den de meesten het bepaald niet zonder de gedragswetenschappen willen stellen.

De examenpolitiek bleek al direct de nodige twijfel te hebben doen rijzen, evenals het vraagstuk van de faculteitscapaciteit. (Die twijfel is, zeker op het stuk van de capaciteit, onderwijl alleen maar toenomen. Een delegatie van het jaar 1970-1971, van wie 21 van de 221 in de overgangsstorm overleefd bleven studenten dit jaar op de wachtlijst belandden, noemde in de faculteitsvergadering het beleid aangaande de wachtlijsten onlangs onduidelijk, onzeker en tegenstrijdig. Fakblad 6 oktober.) Bij de enquête zeiden bijna alle ondervraagden het gevoel te hebben voor de docenten slechts een nummer te zijn, een gevoel van onderwaardering dat niet wordt tenietgedaan door het feit dat men zich door medestudenten vertegenwoordigd weet in de faculteitsorganen.

De onmogelijkheid op grond van de verzamelde onderzoeksgegevens door te stoten naar de kern van de door hen waargenomen veranderingen, laat de drie bij het scheiden van de markt nog maar net speelruimte over voor een paar zeer algemene aanbevelingen, verpakt in de volgende conclusies:

„I. Het meest beklemmende dat uit deze enquêtes blijkt, is dat de groep eerstejaars zo ongevormd en ongedifferentieerd is. De motivatie blijkt erg oppervlakkig te zijn en de faculteit zal onzes inziens in veel sterkere mate dan ze tot nu toe deed specifieke aandacht aan de motivatie van de studenten moeten besteden. Zonder een voor de student zelf duidelijke motivatie wordt het studeren namelijk een vrij zinloze zaak.

„II. Binnen het studieprogramma van het eerste jaar dienen enerzijds de vakken meer op elkaar afgestemd te worden, anderzijds dient er meer rekening gehouden te worden met de situatie van de studenten en de ontwikkeling van hun motivatie.

„III. Het lijkt ons een dwingende noodzaak, dat iedereen die zich met het eerstejaars onderwijs bezighoudt zich duidelijker rekenschap geeft van de groep eerstejaars studenten in al haar aspecten.”

„Een onderzoek naar motivatie, attitudes en ervaringen van de eerstejaars studenten geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht, gedurende het eerste semester van hun studie” is kosteloos verkrijgbaar bij de afdeling Onderwijsontwikkeling van de Medische Faculteit Utrecht, Maliebaan 77, tel. 030-19839.

„Hot news” van de medische pro- en contra-aborteerfronten

Door Dr. Mr. W. Schuurmans Stekhoven

De wijdvertakte juristenwereld zal zeker belang stellen in het met ongekende snelheid voltrekken van een diep ingrijpende verschuiving tussen de medische pro- en contra-aborteerfronten.

Aan de summiere beschrijving daarvan — aan de hand van verse inside-information — moge een kernachtige opmerking voorafgaan.

Wie doordringt tot het wezen van de inzichten, die de artsenwereld in twee elkaar te vuur en te zwaard bestrijdende fronten verdeelt, ontkomt niet aan de slotsom, dat hier twee levens- en wereldbeschouwingen diametraal tegenover elkaar staan. Twee wereldbeschouwingen, die men niet beter kan karakteriseren dan door de één irrationeel en de ander rationeel te noemen.

De irrationele levensbeschouwing is in diepste grond de religieuze; hier in het Westen kan men beter van de christelijke spreken, te meer omdat we eigenlijk niet weten hoe de andere grote wereldgodsdiensten tegenover wat we „leven” noemen staan. Twee duizend jaar christelijke indoctrinatie en daarvóór nog een paar duizend jaar joodse indoctrinatie drukken hun stempel op de wereldbeschouwing der artsen, die met betrekking tot de abortus nog altijd de „heiligheid van het leven” en de „eerbied voor het leven” voorop stellen. Neen, zullen velen hunner nog zeggen: Hippocrates (van 300 jaar vóór de christelijke jaartelling) is nog altijd ons lichtend voorbeeld. Best, maar ook die „vader der geneeskunst” kossterde opvattingen, die diep in irrationele bodem verankerd waren. Om maar van magie en taboe te zwijgen. Wie zich ter zake dieper wil oriënteren leze „Das Heilige” van Rudolf Otto, met als ondertitel „über das Irrationale in der Idee des Göttlichen und sein Verhältnis zum Rationalen”. Otto beschrijft meesterlijk de verhouding tussen het rationele en irrationele.

De rationele levensbeschouwing is — althans voor de arts — de natuurwetenschappelijke. Beter zou zijn van „natuurfilosofische” te spreken, alleen niet tegenover artsen aan wier opleiding helaas nu eenmaal elke filosofische fundering ontbreekt (ook elke sociologische en andragogische, maar dat zij nu in het midden gelaten, al speelt het wel een rol bij de strijd op de pro- en contra-aborteerfronten).

Die rationele levensbeschouwing kent uiteraard aan het leven noch heiligheid, noch eerbiedwaardigheid toe. Die rationele levensbeschouwing leidt tot erkenning van het recht van de vrije mens tot zelfbeschikking. Beschikking over eigen leven en gezondheid, beschikking over eigen voortplantingsvermogen, beschikking over eigen lijfsvrucht. Die levensbeschouwing verzet zich tegen een beslissende rol

In het Nederlands Juristenblad — no 40 van 13 november 1971 — schrijft Dr. Mr. W. Schuurmans Stekhoven een beschouwing over de „medische pro- en contra-aborteerfronten”. Wij menen dat kennisneming daarvan ook buiten juridische kring van belang zou kunnen zijn. Met toestemming van het redactiesecretariaat van het Nederlands Juristenblad en van de auteur nemen wij hierbij het artikel integraal over met handhaving van de titel, waaronder het in het Nederlands Juristenblad is gepubliceerd - red. M.C.

van de arts en kent ten aanzien van de abortus aan de vrouw zelf het laatste woord toe. Een zelfbeschikkingsrecht, dat ook de wetgever moet eerbiedigen, wijl wetsvoorschriften in strijd daarmee strijdig zouden zijn met de rechten van de mens.

Voor wie eenmaal door deze wit-zwarte tegenstelling rationeel-irrationeel is gegrepen is het duidelijk, dat wie de kloof tussen beide door een compromis tracht te overbruggen zich zelf als wetenschappelijk werker compromitteert. Hij gaat verstaan, dat genuanceerd denken over leven en dood onwetenschappelijk is: men moet kiezen, men kan niet delen. Leven en dood zijn beide ondeelbaar en de Maeijerse „tussenfase” is een onbruikbare fictie.

Wat evenzeer zowel voor de medicus als voor de jurist onaanvaardbaar wordt, is de toelaatbaarheid van abortus provocatus te gaan koppelen aan medisch normbesef, aan de medische ethiek. Ethiek is geen kwestie van denken, maar van voelen. Ethiek is niet rationeel, maar irrationeel. Enschede geloofde nog evenzeer in deze reddingsplank als tot voor kort het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (let wel: niet geneeskunde).

Want twee opzienbarende gebeurtenissen van de laatste maanden vallen samen en zij houden zonder twijfel verband met elkaar.

De eerste is de onverwacht snelle stijging van de „legale abortusvloedgolf”. De door artsen geleide abortusklinieken en -poliklinieken komen als paddestoelen uit de grond met een verwerkingscapaciteit van naar ruwe schatting reeds om en nabij de 80-100 per werkdag, dus een 20.000 tot 25.000 per jaar. Dat is nog lang niet voldoende om aan alle aanvra-

gen te voldoen. Maar dat is slechts een kwestie van tijd, geld en organisatie.

Natuurlijk zal men vragen: hoe staat het dan met de „indicatie” en met de medisch-ethische normen (met wat Savatier de „règles sacrales de la médecine” noemt in zijn befaamde „Traité de droit médical”). Heel simpel: wat men vroeger de „strict medische indicatie” noemde is verruimd tot „medische indicatie” en wat men voorheen de „psychosociale indicatie” noemde is gerationaliseerd en gelegaliseerd tot (verruimde) „medische indicatie”. Natuurlijk is dat een epochemakende (medische) normverschuiving. Het komt er eenvoudig op neer, dat de stormvloeddeuren van de oude (verouderde) medische ethiek bezwaken zijn en de dranghekken op de abortus-dam omver gelopen zijn. Dat is helemaal geen nationaal verschijnsel. Engeland is al een paar jaar geleden voorgegaan; Duitsland is bezig te volgen: § 218 van de Duitse strafwet, die abortus strafbaar stelt zal zodanig gewijzigd worden, dat abortus de eerste 3 maanden van de zwangerschap niet langer strafbaar is. Legalisering? Discriminatie in elk geval.

De tweede is de nog veel onverwachter frontverandering van het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Dat heeft namelijk ingezien, dat zijn voorheen hardnekkig vasthouden aan de „strict medische indicatie” geen voldoende steun meer vond in de artsenwereld. Men erkende van die zijde, dat het medisch-ethische, irrationalistische getij zo snel aan het verlopen was, dat handhaving van de oude bakens zinloos moest worden geacht. Met ethiek was de abortusvloedgolf zeker niet meer tot bescheidener afmetingen terug te brengen.

Medisch-ethisch moest genoemd hoofdbestuur dus de nieuwe minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, die als confessioneel man zeer bezorgd was over de gang van zaken teleurstellen. Van de artsenwereld kan dus niet meer worden verwacht, dat zij zich door welk indicatiecompromis in de ogen van de vrouwenwereld zal compromitteren.

We komen nu automatisch, zij het ongewild, bij de politieke kant van de toekomstige abortuswetgeving uit; dat kan nu eenmaal niet anders. Die politieke en legislatieve problematiek heeft twee gezichten, als Janus zou men geneigd zijn te zeggen:

1. we staan aan de vooravond van de behandeling door de Staten-Generaal van het initiatief-wetsontwerp van Lamberts c.s., dat van huis uit rationalistisch is georiënteerd;

2. de regering zit nog min of meer vast aan haar „aborteer-regeerakkoord”, dat, van confessionele origine, min of meer irrationalistisch gekleurd is.

Het verschil in coloriet vervluchtigt echter als men de strijdbijl van de strict-medisch-ethische indicatie begraaft. Natuurlijk blijven er dan nog twee remmingsbronnen over, waarover men twisten kan:

A. Belangrijkste bron is reglementatie van de „besluitvorming”. D.w.z. de „procedure” van abor-

tusverzoek (van de vrouw) tot de invoering van de moderne zuigcurette in haar baarmoeder. Maatschappij en minister dromen te dien aanzien nog van multi-disciplinaire provinciale teams, die vele uren lang de vrouw zullen onderzoeken en ondervragen*. Natuurlijk voelt de georganiseerde artsenwereld nog wel voor zekere waarborgen, dat de besluitvorming aan redelijke eisen zal blijven (gaan) beantwoorden. Maar zij die in de praktijk abortus-team-ervaring hebben opgedaan beseffen te goed, dat — als men eenmaal de indicatie vrijlaat — men in negen van de tien gevallen de teamkwelduivel rustig kan thuislaten. Men realiseert zich vooral — dit om misverstand te voorkomen — dat het niet langer zoals voorheen om de besluitvorming van de arts gaat, maar uitsluitend om de besluitvorming van de vrouw. Uiteraard moet men voorkomen, dat de vrouw onder dwang of in paniek een besluit neemt, waar zij later spijt van heeft. Maar in 9 van de 10 gevallen kunnen huisarts en vrouwenarts dat alleen wel af. Daargelaten, dat het animo voor het teamlidmaatschap minimaal zal zijn. En daargelaten, dat de teamprocedure remmend op het „legale” en bevorderend op het „illegale” aborteren zal werken.

B. Belangrijke bron schijnt reglementatie van de „aborteer-techniek”. Maatschappij voor Geneeskunst en minister geven heel begrijpelijk de voorkeur aan de klinische abortus, d.w.z. aan ziekenhuisopname voor ten minste 24 uur en volwaardige specialistische uitvoering (dus door een in het specialistenregister ingeschreven vrouwenarts). Daar kan geen speld tussen, maar de realisatie van dat ideaal is onmogelijk door twee onmiskenbare realiteiten:

- a. vele ziekenhuizen weigeren nog hun onmisbare medewerking;

- b. vele vrouwenartsen weigeren nog hun onmisbare medewerking.

Beide feiten zijn de oorzaak van de op- en inrichting van de abortusklinieken en -poliklinieken. Dat is jammer, maar het is nu eenmaal zo. Dat zal op de duur vanzelf veranderen, maar zo lang de gelegenheid tot klinische abortus volstrekt onvoldoende is, zal men verstandig doen aan legale poliklinische abortus de voorkeur te geven boven illegale abortus en kindermoord.

Bij een enkele lezer zal wellicht nog de vraag rijzen naar de natuurrechtelijke kant van het probleem. De enkeling, die zich nog voor die overwonnen visie mocht interesseren zij verwezen naar het meesterwerk van de pauselijke juridische adviseur (Prof.) John T. Noonan Jr., getiteld „Contraception, a history of its treatment bij the catholic theologians and canonists” (The Belknap Press of Harvard

* Dit is niet juist. De Maatschappij ziet niet de noodzaak van een breed samengesteld multi-disciplinair team. Zie onder andere het verslag „Openbare hoorzitting abortus provocatus” in M.C. no. 40/1971, blz. 1031 - Red. M.C.

University Press, Cambridge, Massachusetts, 1966), waarin grondig met het natuurrecht wordt afgerekend. Dat is heel begrijpelijk, waar de natuur niet de minste eerheid voor het leven heeft. Voor de natuur bestaat niets heiligs, en zeker het leven niet.

Ook zij volledigheidshalve niet verzuimd een enkel woord te wijden aan de recente „actie voor de rechten van de ongeboren vrucht”. Juridisch bekeken is die actie een slag in de lucht, omdat de rechtsbescherming van art. 2 B.W. voor het „kind waarvan een vrouw zwanger is” dubbel fictief is, omdat het kind dood ter wereld komend geacht wordt nooit te hebben bestaan: a fortiori wordt de geaborteerde vrucht geacht nooit te zijn geconcipeerd! Pikant is dat de artsen strijden over de vraag op welk ogenblik „conceptie” (= „bevruchting”) moet worden aangenomen: bij de fertilisatie van de eicel of bij de nesteling van de bevruchte eicel in de baarmoeder. Uiteraard is vóór die nesteling wel sprake van „kiemend leven”, maar niet van „zwanerschap”. (Prof.) Plate wil toch de antinestelings-(morning-after)-pil van (Prof.) Haspels als abortivum aanmerken. Maar het toppunt van deze medische juristerij is het standpunt van (Prof.) Kloosterman, die het aangedurfd heeft de conceptie te antedateren tot de bevruchtende geslachtsgemeenschap. Dat komt feitelijk neer op een postuleren van een „recht van de rijpe eicel op bevruchting”. Dat is in optima forma het natuurrechtelijke standpunt van de encycloek „humanae vitae”. Het zal wel geen betoog behoeven dat het recht van de ongeboren vrucht geen rechtsprobleem, maar een moreel probleem is. En met de oude Romeinen kunnen we besluitend zeggen „quid leges sine moribus”. De normen zijn wel zeer ver en zeer snel verschoven.

Nog is het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst te vinden voor reglementatie van de abortusprocedure, mits die beperkt blijft tot de besluitvorming en de technische uitvoering. Maar ten aanzien van die reglementering dringt de vergelijking zich op met de reeds lang verworpen en bijna vergeten reglementering van de prostitutie! Ook bij de formulering van de abortusparagraaf van het regeerakkoord droomde het thans zittende Kabinet nog van de stricte medische indicatie en reglementering van een en ander onder controle van de geneeskundige inspectie voor de volksgezondheid en de medische tuchtrechter. Die illusie heeft het hoofdbestuur van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst de minister voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne bij een recente conferentie moeten ontnemen. Aan die controle is geen beginnen meer aan; ook van de veel urgentere controle op de ziekenhuisorganisatie — ter beperking van de onheilspellende stijging van het aantal „ziekenhuisongevallen” — zal bij gebrek aan personeel en geld voorlopig niets komen.

De rationele vrijgave van de anticonceptionele middelen leidt logisch tot de rationele vrijgave van de vruchtverwijdering, onverminderd de irrationele bedenkingen en bezwaren tegen beide. De snelheid,

waarmede — thans in de medische wereld — de normverschuiving ten aanzien van de opvattingen over de abortusreglementatie heeft plaatsgevonden, behelst een waarschuwing voor de wetgever nu vooral niet te komen met een wettelijke regeling, die al verouderd zal zijn, als zij in het staatsblad verschijnt en nog meer tegen de dag, waarop de voorgenomen uitvoeringsmaatregelen worden ingevoerd.

Eén probleem werd nog niet aangesneden: wat legislatief te beginnen met de niet-medische aborteurs en aborteuses? Zowel het initiatiefwetsontwerp van Lamberts c.s. als het regeerakkoord, als de Maatschappij voor geneeskunst (en überhaupt de artsenwereld) willen tegen die parasieten art. 251 bis W.v.S. handhaven. Begrijpelijk maar onlogisch en zinloos:

a. omdat het irrationeel is discriminatie van de vruchtverwijdering op zich zelf te beperken tot bevoegde handlangers; de enige, die aborteren kan is de vrouw, de bevoegde en de onbevoegde zijn handlangers;

b. omdat van de naar schatting 40.000 criminele abortussen er maar ongeveer 40 worden vervolgd; dat zijn als regel „aborteer-ongelukken”;

c. omdat aborteerongelukken (dood en lichamelijk letsel door schuld) toch vallen onder de artt. 307 en 308 W.v.S., terwijl art. 82 W.v.S. afdriving of dood van de vrucht ener vrouw tot zwaar lichamelijk letsel stempelt.

Alleen is de strafmaat van art. 251 bis W.v.S. met als maximum 3 jaar met de mogelijkheid van $\frac{1}{3}$ verhoging bij winstbejag meer op het peil van mishandeling met zwaar lichamelijk letsel (art. 300 lid 2), terwijl de maximum straf op dood en lichamelijk letsel door schuld met 6-9 maanden daar wel heel schril bij afsteekt, wat natuurlijk te verhelpen is.

Men vergete niet dat de constante jurisprudentie van de Hoge Raad, al daterend van 1897 (zie H.R. 24 mei 1897, W. 6978, H.R. 1 nov. 1897, W. 7038, H.R. 29 juli 1907, W. 8580) voor strafbaarheid van de abortus een levende vrucht eist en de vrouw zelf sedertdien aborteervrijheid genoot. Art. 251 bis W.v.S., ingevoegd bij de wet van 20 mei 1911, stbl. 130, tornde niet aan die aborteervrijheid van de vrouw, alleen beogend gemakkelijker — een enkele — handlanger, zo medische als niet-medische, te kunnen achterhalen. Ieder kent de vele voetangels en klemmen, die het openbaar ministerie ontmoet bij vervolging van verdachten van overtreding van art. 251 bis W.v.S. De straffen komen als regel niet hoger dan 6-9 maanden!

Het verdient aanbeveling bij het op de helling komen van de aborteerwetgeving de rationele en irrationele fundering grondig onder handen te nemen, wil men niet te ver achterblijven bij de nog steeds snel voortschrijdende maatschappelijke ontwikkeling.

Natuurlijk moet aan abortusvoorkoming door doelmatiger sexuele voorlichting en contraceptie-

propaganda meer zorg dan tot dusverre worden besteed, ook al leert de ervaring in het buitenland, dat legale aborteervrijheid weinig invloed heeft op de illegale abortusfrequentie. Dat is geen economische kwestie (illegale abortus is duurder dan legale; afgezien van de vraag of de ziekenfondsen de abortus betalen). Dat is deels een kwestie van discipline (contraceptie-discipline), deels een kwestie van willen geheimhouden tot elke prijs van de ongewenste zwangerschap. Dieper kan hier daarop niet worden ingegaan.

Nu — bij uitzondering — ingrijpende ethische normverschuivingen in de artsenwereld nopen tot een diepergaande herziening van de abortuswetgeving dan met het reeds achterhaalde regeerakkoord te dien aanzien overeenkomt, meende ik de juristenwereld deze op eigen waarneming en vertrouwelijke inside-informations gebaseerde beschouwingen niet te mogen onthouden.

De advertentie-exploitatie Medisch Contact
is gevestigd:

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

(m.i.v. 30 november 1971: 02159 - 1 62 41)

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

Positie van de assistent-arts

Terzake van de artsenopleiding in het raam van de E.E.G. heeft de minister zonder Portefeuille (wetenschapsbeleid en wetenschappelijk onderwijs) aan de Tweede Kamer d.d. 15 november l.l. een brief gezonden waaraan wij het volgende ontleen:

Bij het mondeling overleg met de vaste Commissie voor de Volksgezondheid, dat plaats vond op 22 september jl. hebben mijn ambtgenoot van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en ik medegedeeld dat wij het standpunt van de Regering over de wijziging van de artsenopleiding en de E.E.G. zo spoedig mogelijk aan de Kamer zouden mededelen na ontvangst van het advies van de werkgroep Kloosterman (stuk 11.096, nr. 4). Nu deze werkgroep haar advies heeft uitgebracht doe ik u mede namens voornoemde ambtgenoot toekomen bijgaande Nota betreffende de wijziging opleiding tot arts en de E.E.G.

Ook het advies van de werkgroep voeg ik bij (dit advies is ter inzage gelegd voor de Kamerleden - red.). Daarin blijkt de eenstemmige overtuiging van de werkgroep, dat een regeling die het mogelijk of zelfs tot een verplichting maakt een specifieke huisartsenopleiding in de lidstaten (van de E.E.G.) in het leven te roepen, de enige deugdelijke grondslag moet worden geacht voor een (huis)artsenopleiding die ook op langere termijn beantwoordt aan de behoeften van de medische beroepsuitoefening. De werkgroep is er zich echter van bewust dat de in-

voering van dit „ideale” systeem velerlei wettelijke en/of bestuurlijke voorzieningen vergt, hetgeen een onmiddellijke verwezenlijking illusoir maakt. De werkgroep heeft in dit verband met bijzondere instemming die passages in de Nota gelezen waaruit de principiële bereidheid van de regering naar voren komt alles in het werk te stellen om dit uitstel zo kort mogelijk te doen zijn.

Gesteld voor de vraag welk opleidingsstelsel voordien ware te realiseren, kiest de werkgroep voor de thans in het academisch statuut opgenomen regeling. In de verwachting dat binnen enkele jaren een verplichte specifieke na-opleiding tot huisarts zal worden gerealiseerd, en gelet op het feit dat de eerste assistent-artsexamens inmiddels zijn afgenomen, meent de werkgroep dat de artsenopleiding het meest gebaat is bij een zo spoedig mogelijke uitvoering van de bestaande regeling als tijdelijke oplossing. Een spoedige formalisering van de positie van de assistent-arts is daarbij van groot belang. Uiteraard doelt de werkgroep hierbij op het ontwerp van Wet tot regeling van de bevoegdheden en de verplichtingen van de assistent-arts (zie M.C. no 43/1971 blz. 1125) dat op 14 oktober jl. bij de Tweede Kamer is ingediend. In verband met de inmiddels gerezen moeilijkheden bij de afneming van de eerste assistent-artsexamens, verzoek ik u aan de behandeling van dit wetsontwerp voorrang te verlenen.

Medische beroepsuitoefening

Verslag van een mondeling overleg

Verschenen is het verslag van een mondeling overleg van de vaste commissie der Tweede Kamer voor Volksgezondheid met de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de minister zonder Portefeuille, belast met de aangelegenheden betreffende het wetenschapsbeleid en het wetenschappelijk onderwijs met betrekking tot het interim-rapport van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening (zie M.C. no 4/1971, blz. 95). In het belang van een goede documentatie van de bij deze materie geïnteresseerden geven wij dat verslag (kamerstuk 11.096 no 4) hier integraal weer. Het luidt als volgt:

In de vaste Commissie voor de Volksgezondheid leefde reeds enig tijd de wens om met de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en de minister zonder Portefeuille, belast met de aangelegenheden betreffende het wetenschapsbeleid en het wetenschappelijk onderwijs, van gedachten te wisselen over de huisartsenopleiding, zulks ten gevolge op een gesprek met bewindslieden uit het vorige kabinet. Beide bewindslieden bleken bereid te zijn tot het mondeling overleg, dat plaats vond op 22 september 1971. De minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne was vergezeld van de heren W. B. Gerritsen, directeur-generaal van de Volksgezondheid, Drs. H. A. M. Elsen, directeur Gezondheidszorg en Mr. W. de Bruijn, hoofd van de hoofdafdeling Milieuhygiëne. De minister zonder Portefeuille, belast met de aangelegenheden betreffende het wetenschapsbeleid en het wetenschappelijk onderwijs, deed zich vergezellen door Mr. J. Nittel, raadadviseur voor de wetenschappen, en Mr. E. C. M. baron van Tuyll van Serooskerken, staffunctionairs van de afdeling algemene zaken wetenschappelijk onderwijs.

De commissie heeft de eer omtrent het overleg als volgt te rapporteren.

Aan het begin van de vergadering deelde de minister zonder Portefeuille mee verrast te zijn door de omstandigheid, dat hij uitsluitend in de kring van de Commissie voor de Volksgezondheid zou zitten en de Commissie voor Onderwijs en Wetenschappen niet aanwezig zou zijn, anders dan hij aanvankelijk had begrepen. De voorzitter zette daarop uiteen, dat bij een gezamenlijke bijeenkomst de vergadering zijns inziens wellicht te groot zou zijn geworden om tot goed zaken doen te komen, dat van beide commissies, die voor de volksgezondheid het meest fervent was opgetreden en de duidelijkste wensen had en dat de leden van de Commissie voor Onderwijs het op het punt van de huisartsenopleiding steeds volledig eens waren geweest met de Commissie voor de Volksgezondheid. De minister zonder Portefeuille toonde begrip voor dit standpunt, maar be-

hield zich zekere reserve voor, omdat hij het communicatieproces met beide commissies wilde blijven betrachten, hetgeen overigens de huidige gedachtenwisseling niet in de weg behoefde te staan.

De minister zonder Portefeuille zei vervolgens het dynamisch beleid der commissie te onderschrijven en zich tot doel te stellen zelf ook een dergelijk beleid te voeren. Hij kon daarom begrip opbrengen voor het ongeduld, dat van de zijde der commissie bestaat ten aanzien van de voortgang in E.E.G.-verband, die moeizaam verloopt en zich nu al over een aantal jaren uitstrekt.

In goed overleg, aldus de minister, is ingesteld de Commissie-Kloosterman, genoemd naar haar voorzitter en samengesteld uit exponenten van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening, van de medisch-wetenschappelijke wereld en van de Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst. Zij staan het dichtst bij de problematiek en hebben zich er de laatste jaren mee beziggehouden.

Als basismateriaal beschikt de commissie-Kloosterman over de brief van 23 maart 1971 aan de voorzitter van de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening van 's ministers voorganger, waarin deze een beeld van de situatie geeft en de door de Staatscommissie aangegeven mogelijkheden beoordeelt. Deze heeft daarin duidelijk uitgesproken, dat naar zijn mening ook na uitwisseling van gedachten in E.E.G.-verband geen andere wegen openstaan dan de oplossing 1c te bewerkstelligen dan wel voort te gaan met de realisering van alternatief 2, waarop de wijziging van het Academisch Statuut gebaseerd is en in het kader waarvan de artsopleiding thans ook plaatsvindt. In een vroeger stadium heeft de ambtsvoorganger van de bewindsman zich bereid verklaard tot een ander stelsel over te gaan, zo snel als maar enigszins mogelijk zou zijn, en daartoe ook stappen te ondernemen bij de E.E.G.-commissie.

Naar de minister zich heeft laten informeren zal de commissie-Kloosterman eind oktober gereed zijn met haar advies. Thans niet beschikkend over dit advies wordt de minister naar zijn opinie gevraagd. De minister zou willen wijzen op zijn behoefte om te wachten op het advies van de commissie-Kloosterman, waarin alle betrokken partijen gerepresenteerd zijn, om vervolgens tot de bepaling van een standpunt te komen, waarbij de minister geen moeite heeft met een intentieverklaring zijnerzijds om zo dicht mogelijk te komen bij het resultaat, dat door de vaste commissie wordt nagestreefd.

De minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zei vervolgens, dat in de uiteenzetting van zijn ambtgenoot de situatie juist en volledig was weergegeven. De minister zou niets liever willen dan dat

de artsenopleiding binnen korte tijd zou gaan plaatsvinden overeenkomstig stelsel 1, bij voorkeur met een verplicht zevende jaar. Zijnerzijds wenste de minister te streven naar medewerking aan de verbetering en intensivering van de artsenstudie, aan realisering van de snelst haalbare termijn waarop dit kan geschieden, en, voor zover nodig, aan wijziging van de geneeskundige wetten.

In antwoord op een principiële constatering vanuit de commissie stelde de minister zonder Portefeuille vast, dat de voorkeur van de bewindslieden uitgaat naar constructies die onder stelsel 1 vervat zijn. Het enige dat hen bezighoudt, en dat is ook de kwestie die in de loop van de discussies dit jaar heeft gespeeld, is de vraag of deze voorkeur gerealiseerd zal kunnen worden in één dan wel in twee fasen. Uit de nota van 's ministers ambtsvoorganger zou men moeten concluderen, dat verwezenlijking in één fase met het oog op de E.E.G.-ontwikkelingen in dezen een nog grotere vertraging zal meebrengen dan reeds is opgetreden.

Beide bewindslieden deden de toezegging dat zij, zodra het advies van de commissie-Kloosterman beschikbaar is, met de grootst mogelijke spoed hun standpunt zullen bepalen.

Een lid van de commissie maakte nog twee kanttekeningen. Dit lid drong er bij de ministers op aan dat degenen die aangewezen worden om het Nederlandse standpunt bij de E.E.G. te verdedigen, daar ook innerlijk achter staan. De verdediging kan daardoor slechts aan kracht winnen. Hetzelfde lid sprak de wens uit dat, mocht er een opening naar stelsel 1 worden gemaakt, ten departemente met voortvarendheid zal worden gewerkt aan de voorbereiding van de noodzakelijke uitvoeringsregelingen. Dan hoeft de reeds verloren tijd geen uitbreiding te ondergaan.

Ten aanzien van het eerstvermelde punt merkte de voorzitter der commissie op dat, wanneer de gezamenlijke intentie van bewindslieden en commissie vaststaat, terwijl ook de commissie-Kloosterman van deze beweegredenen overtuigd is, veel gevonden kan worden om de zaak in Brussel met kracht door te zetten.

De minister zonder Portefeuille onderschreef deze uitspraak gaarne, daarnaast echter wijzende op de verantwoordelijkheid voor het effectueren van het Verdrag van Rome.

Stuurgroep maakt studie van herstructurering wetenschappelijk corps

De directeur-generaal voor de wetenschappen van het ministerie van O & W, Dr. A. J. Piekaar, heeft namens minister De Brauw de Stuurgroep structuur wetenschappelijk corps geïnstalleerd. De stuurgroep zal de minister adviseren over de wijze waarop de herstructurering van het wetenschappelijk corps verder kan worden afgerond.

Een commissie van de Academische Raad — de Commissie-Van Os — heeft in 1968 al een rapport over deze materie uitgebracht. In dat rapport werd een analyse gegeven van de gebreken in de bestaande structuur en werd een vergaande herstructurering van het wetenschappelijk corps voorgesteld. De nieuwe organisatorische en bestuurlijke verhoudingen in het wetenschappelijk onderwijs door invoering van de Wet universitaire bestuurhervorming maken een enigszins andere benadering van het vraagstuk noodzakelijk.

De stuurgroep die zal worden voorgezeten door Prof. Dr. Ir. A. A. Th. M. van Trier, hoogleraar aan de TH Eindhoven, zal bij de afronding van het vraagstuk wel rekening moeten houden met het rapport van de Commissie-Van Os en de reacties die daarop zijn binnengekomen. Zij heeft verder de opdracht meegekregen in het bijzonder aandacht te schenken aan de functionele en personele aspecten van de herstructurering.

In een toespraak tot de leden van de stuurgroep, die hij namens minister De Brauw hield, vroeg de heer Piekaar zich af of er eigenlijk wel één groep van wetenschappelijk personeel is aan te wijzen, die tevreden is met zijn positie. Hij wees daarbij op de positie van de wetenschappelijk assistent, die in het wetsontwerp tot herstructurering van het wetenschappelijk onderwijs in een geheel nieuw licht komt te staan. Ook het rangenstelsel voor wetenschappelijk medewerkers ontmoet volgens hem kritiek vanwege het automatisme dat daarmee samenhangt, en ook gezien het beoordelingsvraagstuk. Het lectoraat wordt evenzeer aangevochten, zo meende hij. De vragen die hiermee worden opgeroepen noemde de heer Piekaar belangrijk uit een oogpunt van juist personeelsbeleid, maar ook uit financieel oogpunt (de personeelskosten van het wetenschappelijk personeel bedragen meer dan een half miljard gulden).

De heer Piekaar somde vervolgens een aantal concrete punten op die hij in het bijzonder in de aandacht van de stuurgroep aanbeveelde. Voor wat betreft de functionele aspecten van de herstructurering noemde hij o.a. de verschillende taken van het wetenschappelijk corps, gezien in het licht van de doelstellingen van het wetenschappelijk onderwijs. Ook de verdeling van die taken over functies achtte hij bestudering waard, teneinde een optimale vervulling ervan te waarborgen. Bij de personele aspecten zal, aldus de heer Piekaar, onder meer de formulering van wervings- en selectie-eisen en van aanstellingsvoorwaarden voor de verschillende personeelscategorieën nader door de stuurgroep moeten worden uitgewerkt. De stuurgroep zal zich ook moeten bezinnen op de overgang van de oude structuur naar de nieuwe, met name voor het reeds aanwezige personeel. De heer Piekaar zei verder dat de minister van de commissie wel duidelijke adviezen, maar geen uitgewerkte formele regeling verwacht.

Release-Amsterdam heroriënteert zich

Release-Amsterdam, wachtkamer der contracultuur, dochter van Release-Londen en met een achttal zusjes overal in het land, is een maand dicht geweest. Van begin november tot Sinterklaas was er alleen spreekuur voor noodgevallen. Niet dat de zaak niet liep — er was te veel vraag. Daarom ging de deur op een kier en bezonnen bestuur en medewerkers zich een paar weken lang op de functie van hun alternatieve hulpverlening.

Druk genoeg, dat blijkt wel uit het jaarverslag dat is uitgebracht over de periode tussen 1 mei 1970 en 1 juli 1971. In die tijd werden ongeveer 5.500 aanvragen om hulp ontvangen; 70% daarvan kon direct worden afgehandeld, bij 30% ging het om zwaardere gevallen waarvan een dossier werd gemaakt. Landelijk gezien werden 11.000 mensen geholpen; Amsterdam nam dus de helft voor zijn rekening. Het gemiddeld aantal cliënten per week bedroeg er 81: 11 mensen met juridische perikelen, 14 vreemdelingen en 2 à 3 deserteurs idem dito, 7 mensen die problemen hadden met drugs, 6 mensen met moeilijkheden op algemeen medisch vlak, 5 aanvragsters van een abortus, 14 mensen zonder werk, 11 mensen voor de sectie „Huisvesting en sociale problemen”, 7 à 8 mensen die psychisch in de knoop zaten en 9 à 10 van huis weggelopen minderjarigen.

Door de werkbemiddeling af te stoten en te weigeren verder als alternatieve V.V.V. te fungeren (een functie die men vooral na het popfestival in Kralingen kreeg toegeschoven), kon men zich allengs meer gaan wijden aan vreemdelingenzaken en kwesties inzake minderjarigen. In het jaarverslag wordt die ontwikkeling gunstig genoemd. Immers, Release werd oorspronkelijk opgericht met het oog op de hulpverlening aan groepen als de beide laatstgenoemde en is er daarnaast in principe voor vrouwen en meisjes die zich willen laten aborteren en voor mensen met drugproblemen.

Release is een der bureaus van de Bond voor Vrijheidsrechten. Deze bond werd opgericht op 27 november 1969, met als doel onder meer steun te verlenen aan mensen die in moeilijkheden zijn of dreigen te raken doordat bestaande rechten of vrijheden worden aangetast of het slachtoffer zijn of dreigen te worden van de heersende moraal. Het hoofdstedelijke Release ging eind februari 1970 van start; in maart van dat jaar werd het pand Spinozastraat 9 betrokken, twee maanden later ging het hulpcentrum in het gebouw De Moor open. Er zijn 5 secties, gespecialiseerd respectievelijk in minderjarigen, medische kwesties, sociale zaken, psychische problemen en juridische zaken. Twee full-time krachten, die om de twee maanden worden vervangen, zorgen voor een goede „huishouding”; de overige medewerkers zijn vrijwilligers. Het niet-professioneel zijn wordt als een voordeel gezien: men

heeft de ervaring, dat het afgelopen hebben van een beroepsopleiding vaak als een remmende voor-sprong werkt; daarnaast is men als vrijwillige kracht zonder meer gemotiveerd, hetgeen een persoonlijk contact met de cliënt vergemakkelijkt: „De afweerreacties, die bij de professionele werker op deze terreinen meestal ontstaan tegenover hetgeen hij meemaakt — gedesinteresseerdheid, weinig betrokkenheid, formalisme, het afstand houden door het gebruik van een zeker jargon — komen bij Release weinig voor”. Wel houden de meesten het om die reden niet langer dan een half jaar uit, maar dat levert weer het voordeel van een permanente verversing van krachten op. Was er begonnen met 10 bureaumedewerkers, eind juli 1971 waren dat er 32 (op de 50 die men denkt nodig te hebben voor een optimale taakvervulling). Zo nodig kan iedere sectie terugvallen op een aantal deskundigen op haar terrein.

In het jaarverslag wordt niet weinig kritiek geleverd op de bestaande hulpverleningsinstanties, die soms moeilijke gevallen afschuiven naar Release of door hun werkwijze hulpzoekenden afschrikken: „Wanneer iemand bij Release kwam, vielen vaak twee dingen op. Of er was helemaal geen instantie die hem kon helpen (Release was dan de laatste strohalm) of hij was finaal afgeknapt op iedere andere instantie”.

Het feit dat men zonder meer in brede lagen van het volk is geaccepteerd — zelfs de Telegraaf sprak van „Een modern Leger des Heils” — stemt niet alle Releasemensen tot blijdschap. Velen van hen voelen dit te zeer als een vorm van repressieve tolerantie: „Men heeft een kwaad geweten over bepaalde misstanden en ziedaar, Release komt, er wordt iets gedaan, wij kunnen het afschuiven”. „Daarbij komt”, vervolgt het jaarverslag, „dat Release zoals het tot nu toe gedraaid heeft niet alleen ongevaarlijk is voor allerlei scheefgegroeide structuren binnen de bestaande orde, maar deze zelfs in stand helpt houden door er de scherpe kantjes van af te slijpen en de ergste misstanden te verdoezelen. Release is wat dit betreft geen haar beter dan iedere andere vorm van sociaal werk of juridische bijstand (...) voor veel medewerkers een op den duur frustrerende zaak”. Om tot een werkelijk alternatieve hulpverlening te komen wil men nu sommigen uit de tot nu toe alle energie absorberende hulpverleningssector halen en geheel vrijmaken voor het voeren van actie. In Release's eigen woorden: onze kleuter begint moeizame pogingen te doen om over de rand van de box te klimmen.

Het Jaarverslag Stichting „Release Amsterdam” 1970-1971 is tegen betaling van f 1,50 te verkrijgen bij de Stichting Release, Spinozastraat 9, Amsterdam, tel. 020-228851 en 020-241532, giro 2440200.

Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (XXIII)

Een brief van Josephus Chrysostomus Bernardus Bernard aan Jacob Baart de la Faille Sr.

Het adres luidt:

Aan den WelEdelen Hooggeleerden Heer J. Baart
de la Faille

Hoogleraar aan de Hoogeschool te Groningen

En de tekst:

's-Gravenhage, den 21e February 1840

WelEdel Hooggeleerde Heer!

Hierbij eene opgave der voorwaarden waarop gelijke vergunning als welke UWEHGeleerde voor het Akademisch klinisch onderwijs ten uwent verlangd, aan de Hoogeschool te Leijden is vergund geworden.

1°. Aan de Hoogleeraren, die in het Akademisch ziekenhuis te Leijden lessen op de mannen ziekenkamers geven, zal vergund worden om met overleg van den Eerstaanwezenden Officier van gezondheid bij de militaire Ziekeninrigting aldaar, zoodanige lijders, die tot het klinisch onderwijs geschikt zullen worden geacht, naar het Akademisch ziekenhuis te doen overbrengen, wanneer, namelijk, zulks zonder nadeel voor de zieken en zonder verachtering voor het klinisch onderwijs bij het Rijks Hospitaal te Utrecht geschieden kan, en om nadat het oogmerk tot onderrigt bereikt zal zijn, weder in de militaire ziekeninrigting te worden terug gebragt, alles echter op kosten van gemeld Akademisch ziekenhuis.

2°. De gelden welke tot het verplegen der zieken in de militaire ziekeninrigtingen gegeven worden, gedurende den tijd dat lijders in het Akademisch ziekenhuis verpleegd worden, zullen ten voordeele van de kas der militaire ziekeninrigtingen blijven, doch waaruit de gewone hospitaalstoelage aan die zieken zal worden betaald.

3°. De zieken militairen, die in het Akademisch ziekenhuis komen te overlijden, evenals die welke in de militaire ziekeninrigting sterven, zullen op gelijke wijze en kosten van die inrigting worden begraven.

Wanneer derhalve een gelijk verzoek op eene officiële wijze door de Faculteit der Geneeskunde aan de Heeren Curatoren en vervolgens door het Departement van Binnenlandsche Zaken aan het Departement van Oorlog mogt worden ingediend, zal het mij aangaam wezen daaromtrent een gunstig advies te kunnen uitbrengen.

Met de meeste hoogachting heb ik de eer te zijn

WelEdel Hooggeleerde Heer
UwWEdel Hooggeleerden DW Dienaar
J. C. B. Bernard

Uit deze brief blijkt dat het niet eenvoudig was patiënten uit een militaire ziekeninrichting in een Academisch Ziekenhuis voor onderwijsdoeleinden te demonstreren. Verder kan men de conclusie trekken dat het aantal patiënten in de academische ziekenhuizen, geschikt voor demonstratie, gering moet zijn geweest.

Ook treft weer de grote omslachtigheid waarmee men te werk ging.

Josephus Chrysostomus Bernardus Bernard is 25 april 1774 te Haarlem geboren. Hij studeerde te Leiden, waar hij in 1796 promoveerde. Daarna vestigde hij zich in Haarlem. In 1809 werd hij door Louis Napoléon benoemd tot zijn médecin consultant. In 1817 werd Bernard in Leiden benoemd tot professor voor verloskunde, waarbij hij een intrede hield: „De ratione Hippocratica, nostra non minus quam Boerhaavii aetate, commendanda” („Over het Hippocratisch denken, dat in onze tijd niet minder dan in die van Boerhaave moet worden aanbevolen”). In 1824 werd hij Inspecteur-generaal van de gezondheidsdienst van Land- en Zeemacht, en in 1825 ook lijfarts van de koning. Nadat hij in 1841 was afgetreden als Inspecteur-generaal ging hij wonen in 's-Hertogenbosch, waar hij 16 juni 1852 is overleden.

Jacob Baart de la Faille Sr. is 25 juni 1795 in Groningen geboren. Hij studeerde in die stad en promoveerde in 1812 tot Dr. Philos. en in 1817 tot Dr. Med. Nadat hij enige jaren praktijk had gedaan in Groningen werd hij aldaar in 1832 Professor in de geneeskunde. Hij werkte als zodanig tot 1866 en stierf op 19 mei 1867. Hij heeft weinig gepubliceerd.

Dr. J. A. van Dongen

Artsen te over na 1980?

Wij konden ons artsentekort in 1980 wel eens hebben ingelopen. Dit verwacht Prof. Dr. P. J. Thung, hoogleraar in Leiden en lid van de Werkgroep planning medisch wetenschappelijk onderwijs. Hij baseert zich daarbij vooral op de onverwacht sterke groei van het aantal studenten in de medicijnen, met name in het lopende studiejaar. De laatste tien jaar is het aantal aankomende medicijnenstudenten ruim verdubbeld; het aantal afstudeerders hield daarmee ongeveer gelijke tred. Volgens Prof. Thung, die zijn verwachting 27 oktober

j.l. uitspraak tijdens de driewekelijkse radiouitzending „Tekst en Uitleg” van het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, is het op grond van de huidige ramingen niet uitgesloten dat er over tien jaar zelfs een duidelijk overschot aan artsen zal zijn.

Tot eenzelfde slotsom zou men kunnen komen als men de prognose van het aantal artsen in het Nederland van 2000 leest die Prof. Dr. E. Dekking en E. Timmer, arts, twee weken daarvoor publiceerden in het blad „Medische Folia” van de Universiteit van Amsterdam. Dekking en Timmer gingen bij hun berekeningen uit van drie veronderstellingen: het aantal aanmeldingen voor de medische studie blijft zoals het de laatste jaren is geweest, door de overstroming met studenten daalt de studie-efficiency zodanig dat slechts de helft het artsdiploma haalt, en de sterfte en migratie onder artsen blijven gelijk aan die onder de rest van de bevolking. Voor een

bevolking van 17.895.200 zielen in het jaar 2000 (een C.B.S.-cijfer uit 1967) komen zij dan bij een jaarlijkse aanmelding van ongeveer 2.000 studenten op 36.640 artsen of 1 arts per 488 inwoners. De tweede suppositie amenderend besluiten de auteurs: „Wij willen er, wellicht ten overvloede, op wijzen dat men hetzelfde aantal afgestudeerden krijgt wanneer men niet 2.000 maar 1.500 medische studenten per cohort toelaat, en indien daarvan ongeveer 66% afstudeert, zoals nu het geval is”. Hun conclusie: „Wanneer men het aantal studenten niet limiteert, dan zou door de chaos aan de faculteiten de medische studie over enkele jaren zeer onaantrekkelijk worden, waardoor het aanbod weer daalt beneden de behoefte. Het lijkt rationeler om nu direct regulerend op te treden, waardoor een regelmatige productie van zeker niet te weinig artsen gegarandeerd lijkt”.

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

D. Front te Kiron (Israël) promoveerde aan de Rijksuniversiteit van Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Scintiscisternography and Scintiventriculography, a study of C.S.F. dynamics”. Promotores waren Prof. Dr. L. Penning en Prof. Dr. J. W. F. Beks. Co-promoter Dr. M. G. Woldring.

Drs. J. van der Hoeven te Eindhoven promoveerde aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Evaluation of a programme of periodic medical disease”. Promoter was Prof. Dr. A. Th. L. M. Mertens.

Drs. L. A. H. Monnens te Nijmegen promoveerde aan de Katholieke Universiteit van Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De ontwikkeling van het concentrerend- en zuurvormend vermogen van de nier bij het kind”. Promoter was Prof. Dr. E. D. A. M. Schretlen.

S. C. J. van der Putte te Abcoude promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De ontwikkeling van het lymphvaatstelsel bij de mens”. Promoter was Prof. Dr. J. van Limborgh.

P. H. Quanjer te Groningen promoveerde aan de Rijksuniversiteit van Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Plethysmographic evaluation of airway obstruction”. Promotores waren Prof. Dr. G. J. Tammeling en Prof. Dr. N. G. M. Orie. Co-promoter Dr. Ir. L. de Pater.

J. K. van de Ree te De Meern promoveerde aan de Rijksuniversiteit van Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Cardiovas-

culaire gevolgen van intoxicatie met tricyclische antidepressiva”. Promotores waren Prof. Dr. F. L. Meijler en Dr. A. N. P. van Heijst.

Benoemingen:

Dr. R. Braakman is benoemd tot gewoon lector aan de Medische Faculteit te Rotterdam om onderwijs te geven in de neurochirurgie.

Dr. C. F. Brenkman is benoemd tot buitengewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht om onderwijs te geven in de sociale geneeskunde.

Dr. J. C. Dorlas is benoemd tot gewoon hoogle-
raar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijks-
universiteit te Groningen om onderwijs te geven in
de anesthesiologie.

D. T. Popescu is benoemd tot gewoon lector in de
faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te
Leiden om onderwijs te geven in de anesthesiologie.

Dr. A. J. Salomé is benoemd tot gewoon lector in
de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversi-
teit te Groningen om onderwijs te geven in de ana-
tomie en embryologie.

Dr. F. J. van Sprang is benoemd tot gewoon lec-
tor in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuni-
versiteit te Utrecht om onderwijs te geven in de kin-
dergeneeskunde.

Dr. J. W. Stoop is benoemd tot gewoon lector in
de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversi-
teit te Utrecht om onderwijs te geven in de kinder-
geneeskunde.

Dr. F. de Waard is benoemd tot buitengewoon
hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de
Rijksuniversiteit te Utrecht om onderwijs te geven in
de sociale geneeskunde.

Kort verslag H.B.-vergadering d.d. 25 september 1971

Kort verslag van de vergadering van het hoofdbestuur gehouden op 25 september 1971.

Voorzitter Prof. Dr. Th. Vossenaar.

Behandeling van buitenlandse arbeiders. Nadat de voorzitter de vergadering heeft geopend, wordt, na enkele algemene mededelingen, gesproken over het probleem van de medische begeleiding en behandeling van buitenlandse arbeiders. Het secretariaat van de Maatschappij heeft over deze problematiek regelmatig contacten met allerlei instanties. Binnenkort zal op initiatief van de overheid een gespreksgroep worden ingesteld, waaraan zoveel mogelijk door alle betrokkenen zal worden deelgenomen.

Drug-problematiek. De voorzitter brengt verslag uit van de besprekingen, die in het kader van de W.M.A.-vergadering over dit onderwerp zijn gevoerd. Daarbij bleek dat met betrekking tot deze materie geen generaliserend standpunt kan worden ingenomen. Besloten wordt dit punt op een volgende H.B.-vergadering uitgebreider te bespreken.

Het abortusvraagstuk. Gesproken wordt over datgene wat van de zijde van het hoofdbestuur tijdens de komende hearing van de Bijzondere Kamercommissie naar voren zal worden gebracht. In het bijzonder zal worden benadrukt het probleem van de anticonceptie en de zorg, die er toch wel bestaat ten aanzien van bepaalde facetten in de ontwikkeling, die gaande is. De Maatschappij heeft de plicht een bijdrage te leveren aan datgene wat op initiatief van de overheid naar voren zal worden gebracht. Duidelijk wordt gesteld dat de arts nimmer kan worden verplicht tot het uitvoeren van abortus, doch dat hij daarnaast wel dient zorg te dragen voor de continuïteit in de behandeling.

Rapport van de Commissie Bejaardenzorg. Deze bespreking vindt plaats in bijzijn van de daartoe uitgenodigde Commissie. In het bijzonder wordt ingegaan op de taak, die de huisarts bij de bejaardenzorg heeft, waarbij speciaal naar voren komt dat dit in multidisciplinair verband dient te geschieden. Nauwkeurig zal moeten worden bekeken welke taken specifiek zijn voor de huisarts en welke taken aan andere deskundigen in het eerste échelon moeten worden overgelaten. Besloten wordt nog nader te overwegen op welke wijze aan de inhoud van het rapport in bredere kring bekendheid zal worden gegeven. Van de zijde van Medisch Contact wordt

voorgesteld een en ander, wellicht in een omgewerkte vorm, te publiceren.

Standpuntbepaling inzake het doen van obducties. Dit onderwerp wordt aan de orde gesteld naar aanleiding van een brief van de Nederlandse Patholoog-Anatomen Vereniging, die zich zorgen maakt ten aanzien van de mogelijkheid van het doen van obducties binnen het kader van het nieuwe ontwerp van Wet op de lijkbezorging, waarbij obductie slechts plaats mag vinden na toestemming van de overledene of diens nabestaanden. De N.P.A.V. pleit voor een „ja, tenzij”-standpunt. Na uitvoerige discussie wordt besloten te berichten dat het hoofdbestuur zich op het „neen, tenzij”-standpunt plaatst. Er zal worden gewezen op enkele aspecten, die in de brief buiten beschouwing zijn gelaten en op de belangrijke mogelijkheden, die er in de praktijk liggen bij een juiste toepassing van het „neen, tenzij” principe.

Centrale Raad voor de Volksgezondheid. Gesproken wordt over de instelling van een planningsapparaat bij de Centrale Raad, waarbij naar voren wordt gebracht dat ook van vele andere zijden, met name het departement, het Centraal Planbureau, de Ziekenhuisraad en het College Gezondheidsvoorzieningen, wordt beoogd tot een planning te komen. Duidelijk wordt gewezen op de noodzaak van coördinatie. Deze zal echter niet eenvoudig zijn, gezien de geheel eigen taak van de genoemde instellingen. Terreinafbakening is derhalve noodzakelijk.

Diversen. Nader wordt ingegaan op de activiteiten van de lopende kadercursus en op de begeleiding van de Maatschappij-congressen in de toekomst. De huidige permanente congrescommissie zal haar werkzaamheden beëindigen. De komende eendaagse congressen zullen worden begeleid door het secretariaat in samenwerking met het desbetreffende afdelingsbestuur. Voor de lustrumcongressen zal een begeleidingscommissie ad hoc in het leven worden geroepen.

Mededelingen van de voorzitter. De stand van zaken ten aanzien van de opleiding tot huisarts wordt nog uiteengezet. In het bijzonder wat betreft de activiteiten van de werkgroep „Kloosterman”, die zich beraadt over de huisartsenopleiding in het kader van de E.E.G. Het blijkt dat er een discrepantie bestaat tussen de inzichten van de juristen van verschillende groeperingen. Ook de rechtspositie van de assistent-artsen wordt toegelicht, met name in verband met het feit dat de wettelijke positie van

deze assistent-artsen nog steeds niet is geregeld, terwijl zij wel het vereiste examen hebben afgelegd of binnenkort af gaan leggen. Nauw verbonden met dit geheel is de wijze, waarop de opleiding binnen het kader van het raamplan van de faculteiten zal worden gerealiseerd. In het politieke vlak is daarbij eveneens van belang of met enige zekerheid gesteld kan worden wanneer de richtlijnen voor de vrije uitwisseling van artsen definitief goedgekeurd kunnen worden.

Interuniversitair instituut voor de nascholing. Van de zijde van het Interfacultair Overleg Geneeskunde worden enige mededelingen over de stand van zaken gedaan. Naar voren wordt gebracht dat het belangrijk is dat in dezen een gezamenlijk optreden plaatsvindt.

Rondvraag. Naar aanleiding van enkele vragen worden mededelingen gedaan over de rechtspraak, het contact met het Interfacultair Overleg Geneeskunde, de standpuntbepaling inzake het bevolkingsvraagstuk en het publiceren van vraagstukken op het gebied van medische ethiek en gedragsleer.

Vervolgens wordt de vergadering gesloten.

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

Bestuurskandidaten

Inmiddels zijn de volgende voordrachten bij het Bureau van onze vereniging ingediend voor kandidaten voor de vacatures in het Centraal Bestuur, welke ontstaan door het vertrek per 1 januari 1972 van de collegae J. Helfrich en G. A. Sekhuis.

In alfabetische volgorde:

W. Derks, arts te Driebergen, voorgedragen door district XII.

C. E. Metz, apotheekhoudend arts te Schijndel, voorgedragen door district X.

Utrecht, 19 november 1971

F. A. van Spanje, arts,
secretaris

MC | VAN HET CENTRAAL BESTUUR L.S.V.

Afscheid Mr. A. C. Kraayenbrink

Zoals bekend zal Mr. A. C. Kraayenbrink, sinds 1947 directeur van het bureau, ons eind van dit jaar gaan verlaten wegens het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd.

Het Centraal Bestuur der L.S.V. stelt de leden en andere belangstellenden in de gelegenheid om van hem afscheid te nemen op zaterdag 18 december

a.s., des namiddags van 16.00 uur tot 18.00 uur in Domus Medica, Lomanlaan 103 te Utrecht.

Namens het Centraal Bestuur der L.S.V.
Dr. R. M. Versteegh, voorzitter

Extra ledenvergadering uitgesteld

Extra ledenvergadering uitgesteld

Aangezien de Commissie Oudedagsvoorziening Specialisten het Centraal Bestuur heeft medege-deeld dat zij nog niet volledig het ontwerp reglement voor een collectieve pensioenvoorziening alsmede de ontwerp statuten van de deze regeling straks uitvoerende Stichting gereed heeft, heeft het Centraal Bestuur moeten besluiten de voor 18 december a.s. geplande extra ledenvergadering uit te stellen tot zaterdag 19 februari 1972. De agenda voor deze vergadering zal in de loop van januari in Medisch Contact worden gepubliceerd.

Namens het Centraal Bestuur der L.S.V.
Dr. R. M. Versteegh, voorzitter

MC | UIT DE AFDELINGEN

Voordrachten

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

Alkmaar en Omstreken: Prof. Dr. K. H. Ephraïm, onderwerp: „Gebruik van radio-actieve isotopen in de geneeskunde”.

Deventer en Omstreken: Prof. Dr. D. J. Kuenen, onderwerp: „Biologische milieuproblemen”.

Emmeloord en Omstreken: Dr. G. J. van Lookeren Campagne Sr., kinderarts, onderwerp: „37 jaar Kindergeneeskunde”.

Groningen en Omstreken: Dr. J. J. de Blecourt, lector in de reumatologie, onderwerp: „Polymyalgia Reumatica”.

Oostelijk Groningen: Dr. J. G. F. Worst, oogarts, onderwerp: „Over de kunstmatige lens”, met film.

Heerenveen en Omstreken: Heer Bik, onderwerp: „Bouw en functie van de nieren”. Film met inleiding.

Hunsingo- Fivelingo- Westerkwartier: Dr. H. M. Klouwen, Inspecteur voor de milieuhygiëne in de noordelijke provincies onderwerp: „Medische-biologische achtergronden van de milieuverontreiniging”.

Leiden en Omstreken: Prof. Dr. A. Schaberg, onderwerp: „Prenatale pathologie; diagnostiek en betekenis voor de postnatale periode”.

Oude IJssel: Dr. K. Biersteker, onderwerp: „Milieuhygiëne in medisch perspectief”.

Tilburg en Omstreken: Dr. L. Vaes, anaesthesist, onderwerp: „Enige aspecten van de pijnbestrijding”.

Utrecht: J. W. Varossieau, onderwerp: „Trend in de ontwikkeling van de audio-visuele middelen”.

Westland: A. J. Otto, longarts, onderwerp: „Behandeling van het longcarcinoom”.

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

OVER HET HUISARTSENTEKORT

Enkele kanttekeningen van een schoolarts-„oude stijl” naar aanleiding van het artikel in Medisch Contact nr. 35/1971, blz. 911, over het huisartsentekort.

Inderdaad, in de kringen van huisartsen zelf is het — althans in de randstad Holland — voldoende bekend hoe alarmerend de toestand is: toch geloof ik dat de schrijvers er goed aan hebben gedaan deze cri de coeur op papier te zetten. Ik hoop dat bovenstaand artikel van a tot z overgenomen zal worden in de lekpers, zodat ook de „consument” van de huisartsgeneeskunde er goed van doordrongen raakt hoe een kostbaar goed het is, zich jaren achtereen verzekerd te weten van de toegewijde hulp van een goede huisarts. Mogelijk komt de consument er dan toe de pers te benaderen met voorbeelden (naamloos uiteraard) van deze toegewijde hulp; het is zo ergerlijk in onze samenleving dat vrijwel alleen de „gevallen steken” tot de krantenkoppen doordringen.

Als sociaal-geneeskundige (afdeling jeugdgezondheidszorg G.G. en G.D.) vraag ik mij af welke steentjes wij zouden kunnen bijdragen; of en op welke manier wij zo efficiënt mogelijk aan onze collegae, de huisartsen, hulp kunnen bieden, bijvoorbeeld door enkele van de door hen opgesomde nevenfuncties over te nemen, zodat zij weer meer tijd voor — en dus meer plezier in — de uitoefening van hun eigenlijke huisartsenwerk kunnen krijgen. Gaarne zou ik de volgende suggesties willen doen:

1. Op pagina 915 lees ik onder de functie-analyse van de huisartsgeneeskunde: „preventieve functies; vaccinaties”. Het is mij bekend, dat destijds bij de totstandkoming der entgemeenschappen op aandringen van de huisartsen zelf een grote plaats werd ingeruimd voor de huisarts. Verdient het geen aanbeveling om, zeker in een stad als Rotterdam, alle vaccinaties en de organisatie daarvan over te laten aan de afdeling Besmettelijke Ziekten van de G.G. en G.D.? Deze zal dan een beroep blijven doen op alle jeugdartsen.

2. Op pagina 918 worden als niet strikt tot de huisartsgeneeskunde behorende werkzaamheden onder meer genoemd: keuringen voor uitzending naar kinderkolonies (?), vakantiehuisen (?) etc. Tot voor kort was in Rotterdam de uitzending naar gezondheidskolonies een zó geïntegreerd onderdeel van ons werk als schoolarts, dat bij goed contact tussen huisarts en schoolarts de laatste functionaris gewoonlijk alle voorbereidende werkzaamheden verrichtte of liet verrichten zoals: a. onderzoek door de schoolarts, b. huisbezoek door de schoolverpleegster, c. schoolrapportje, waarbij gevoegd werd d. het zogenaamde groene formuliertje van de huisarts. Al deze gegevens werden gebundeld opgestuurd naar het bureau van de Rotterdamse Raad van Kinderuitzending, waar door de keurende jeugdarts-kinderarts uitvoerig werd bekeken welke vorm van uitzending voor het betrokken kind optimaal zou zijn. (Helaas heeft men op hoog niveau gemeend ingrijpende wijzigingen te moeten aanbrengen, zodat de huisarts nu wordt belast met het invullen van vragenlijsten etc.).

3. Op dezelfde pagina tref ik aan: „sportkeuringen”, en even verder: „keuringen voor zeevaartschool, machinistenschool” etc.

Voor wat betreft alle, een instelling van onderwijs bezoekende jeugd kunnen mijns inziens al deze keuringen worden gedaan door de „eigen” schoolarts plus schoolverpleegster. Deze beschikken gewoonlijk over de resultaten van 3 à 4 voorgaande „systematische” onderzoeken, eventueel aangevuld met bevindingen van huisarts en specialist indien deze leerlingen bij een vorig onderzoek hierheen werden verwezen, en van een psycholoog respectievelijk een jeugdpsychiater indien voor een dergelijk onderzoek vroeger aanleiding was. Bij twijfel kan de schoolarts alsnog overleg plegen met de huisarts en eventueel (op kosten van het Bureau van de Federatie) specialistisch consult aanvragen.

Ik ben er mij van bewust, dat de uitvoering van bovenstaande puntjes de last van „het trekpaard der gezondheidszorg” — zie pagina 912 laatste alinea — maar weinig zal verlichten, doch er is een goed Oudhollands spreekwoord: „Alle beetjes helpen”. Voorts heb ik de overtuiging en deels ook de ervaring dat wij, schoolartsen, meer kunnen doen om de last der huisartsen beter torsbaar te maken. In de voorgestelde samenwerkingsverbanden

kan en moet de jeugdarts óók zijn plaats krijgen, naast of achter de huisarts.

Ik geloof in het voortbestaan van de Nederlandse huisarts-oudetijl, doch in modern kostuum, dat wil zeggen: ik geloof in het voortbestaan van de in huisarts-geneeskunst opgeleide huisarts, de specialist in dit vak en als zodanig door de ziekenfondsen etc. gehonoreerd, zodat hij vele nevenfuncties afstoten wil en kan, met als gevolg dat óók hij tijd heeft en voor het eigen gezin en voor het verrichten van wetenschappelijke arbeid. Hieruit zou kunnen voortvloeien het omgekeerde „sneeuwbaaleffect”: hij zal dan immers met vreugde aan co-assistenten (4e jaars?) en assistenten (7e jaars?) de schone zijde van dit specialisme laten zien en zijn bijdrage leveren aan de opleiding der aanstaande collegae, met als gevolg toename van het aantal studenten die dit specialisme durven te kiezen!

Met collegiale groet aan de schrijvers van het boven aangehaalde stuk en sterkte voor het „trekpaard”,

Rotterdam, 8 november 1971

Mje. Dr. A. E. H. M. Kamerbeek,
Jeugdarts G.G. en G.D.

VROEGDETECTIE KANKER

In de week na de tv-uitzending over Nederland II op 22 oktober in de rubriek „Perspectief”: „Van uitstel komt uitvaart”, heb ik 15 patiënten gezien die een consult vroegen naar aanleiding van deze uitzending. Ongetwijfeld zijn er meerderden geweest, die hun onrust daarmee niet direct in verband brachten of het niet toegaven. Naar schatting kunnen wij dus zeggen, dat er 4.000 x 15 consulten in Nederland zijn geweest = 60.000 consulten. We kunnen stellen 10 minuten per consult, dat is 600.000 minuten = 10.000 uren, terwijl het werkverlet per patiënt met gaan, komen en consult minimaal een uur zal hebben bedragen = 60.000 uren. Daarbij geteld de 60 uren van het gesprek met de commissie met Will Simon, de voorbereidingen van de tv-medewerkers, de uitzendingen etc., zijnde 1.500 manuren. In totaal dus ongeveer 70.000 à 80.000 manuren. Kosten? 800.000-1 miljoen gulden (?) minimaal.

Het zou mij een bijzonder genoegen zijn van één van de collega's te horen dat hij door deze uitzending *tijdig* een carcinoom heeft ontdekt; dan zijn deze kosten de moeite waard. Ik ben overtuigd, dat er niet dan over enige jaren, na een gedegen „follow-up”, een wetenschappelijk verantwoord ant-

woord kan worden gegeven. Allereerste indrukken zijn echter de moeite waard om te worden vermeld (gevonden carcinoom graad I).

Mierlo-Hout — Helmond, 9 november 1971

P. C. H. A. van de Wouw

NAAM ABUSIEVELIJK VERMELD

Bij deze moet ik namens het Comité Artsen-actie berichten, dat abusievelijk de naam van de Rotterdamse zenuwarts A. C. Regensburg op de lijst van de initiatiefnemers is vermeld. Deze naam dient dan ook van de lijst te worden afgevoerd.

Amsterdam, 15 november 1971

Namens het Comité Artsen-actie
C. A. H. Haitsma Mulier-
van Beusekom

OPROEP

Wil degene die zich telefonisch heeft voorgesteld als A. C. Regensburg, zenuwarts te Rotterdam, doch naderhand dokter Regensburg niet bleek te zijn, zich in verbinding stellen met het secretariaat Artsen-actie om zich bekend te maken en zijn juiste naam mee te delen?!

Amsterdam, 15 november 1971

Namens het Comité Artsen-actie
C. A. H. Haitsma Mulier-
van Beusekom
Botticellistr. 13 - Asd - tel. 795703

MC | VARIA

Het aantal automobilisten dat gedurende de eerste helft van dit jaar werd veroordeeld wegens het rijden onder invloed van sterke drank, lag 8% hoger dan in dezelfde periode in het voorgaande jaar. Dit blijkt uit de maandstatistiek Politie en Justitie van het Centraal Bureau van de Statistiek. Volgens de statistiek zou het rijden onder invloed onder fietsers en bromfietzers sterk zijn afgenomen.



Met 15 cursisten startte dezer dagen een opleiding voor technisch-oogheelkundig assistent. Deelnemers aan deze eerste cursus, die onder toezicht staat van het Nederlands Oogheelkundig Genootschap (N.O.G.), zijn opticiens die in vele gevallen reeds als hulp-

kracht bij een oogarts werken. De cursus wordt één jaar lang part-time gegeven aan diverse universiteitsklinieken. Hoofddreden voor het instellen van de opleiding was de steeds grotere uitbreiding van het aantal onderzoeken en behandelingsmethoden. Daarnaast vormde een punt, dat de oogarts steeds meer wordt ingeschakeld bij de diagnostiek en controle van aandoeningen die niet direct op zijn terrein liggen.



Van 15-17 november j.l. hield een werkgroep van de Wereldgezondheidsorganisatie zich in 's-Gravenhage bezig met het vraagstuk van het stralingsgevaar. Aan de vergadering namen ongeveer twintig deskundigen uit de Europese regio van de W.H.O. deel. Gesproken werd over de risico's voor werkers op plaatsen waar ioniserende en niet-ioniserende straling aanwezig is en over de gevolgen van blootstelling aan straling van die aard. Ioniserende straling wordt onder meer veroorzaakt door röntgenapparaten; niet-ioniserende straling heeft ultraviolet-, radar-, laser- en ultraonische apparatuur als bron.



De Franse medische vakpers krijgt er een soort „huisarts en wetenschap” bij: La Revue de Médecine Pratique, een maandelijks uitgave die de Revue de Médecine van die week vervangt. In het eerste nummer, dat op 25 oktober 1971 uitkwam, wordt uiteengezet wat men zoal denkt te gaan bieden: klinische diagnostiek, therapievoorbeelden, praktische tips, lijsten van specialistische (in het bijzonder radiologische) termen, psychotherapie in de huisartspraktijk. Leert de medicus in opleiding de weg van ziekte naar ziekte, als praktiserend huisarts moet hij ook de weg terug kunnen vinden; hem daarbij te helpen, zegt de redactie, is het hoofddoel van La Revue de Médecine Pratique.



Voor artsen en semi-artsen die in het kader van een voortgezette studie enige tijd zouden willen werken bij een medisch instituut in Frankrijk, stelt Specia wederom een studiebeurs ter beschikking. Elke beurs omvat een bedrag van NF 1300 per maand, alsmede de reis naar en van de plaats van bestemming. De beurs legt géén enkele verplichting op, noch ten aanzien van Specia, of inzake het onderdeel dat men wil bestuderen, noch wat betreft de plaats of het instituut waar men de studie wil verrichten. Specia is desge-

wenst bereid de beursohouder het verblijf in Frankrijk te vergemakkelijken door te helpen bij het zoeken naar huisvesting en een geëigende „werkplaats”.

Zij die voor een beurs in aanmerking wensen te komen, dienen uiterlijk 15 maart hun sollicitatie — in de Nederlandse taal — te richten aan de Wetenschappelijke Afdeling van Specia, Hofwijckplein 47, Den Haag. (Met ingang van 1 januari 1972: Ridder Snouckaertlaan 7, Voorburg). De sollicitatiebrief moet vergezeld gaan van een curriculum vitae en een pasfoto. Bij de sollicitatie dient men tevens op te geven de aard van de studie waarmee men zich wil bezighouden en de contacten die eventueel reeds zijn gelegd met Franse geleerden of instellingen, waar de sollicitant bij voorkeur wil gaan werken. Tenslotte wordt de kandidaten verzocht een of meer aanbevelingen van Nederlandse hoogleraren of hoofden van klinische afdelingen bij de sollicitatie in te sluiten. Een jury, die in het voorjaar van 1972 bijeen zal komen, zal beoordelen welke kandidaten voor een beurs in aanmerking komen. Voor deze jury zijn o.a. gevraagd vertegenwoordigers van de Nederlandse medische faculteiten, van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst en van het Bestuur van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.



Op de polikliniek van de verloskundige afdeling van het Academisch Ziekenhuis te Groningen is met ingang van 1 november j.l. voor alle vrouwen die nog niet in verwachting zijn, maar die wel plannen hebben het binnenkort te worden, de gelegenheid geschapen tegen betaling een eenmalig zwangerschapsvooronderzoek te ondergaan. De afspraken met de polikliniek lopen via de huisarts. Prenatale zorg, sinds enkele tientallen jaren een belangrijk onderdeel van de verloskunde, beperkt zich in feite tot de laatste zes maanden van de zwangerschap; de eerste drie maanden blijven vrijwel buiten beschouwing. Stoornissen in de zwangerschap hoeven echter niet alleen tegen het eind op te treden. Dikwijls blijkt zelfs, dat bepaalde afwijkingen hadden kunnen worden voorkomen of beter hadden kunnen worden behandeld, als zij vóór het begin van de zwangerschap bekend waren geweest. Bijvoorbeeld: een lichte vorm van hoge bloeddruk, die geen klachten geeft buiten de zwangerschap maar serieuze consequenties heeft tijdens de zwangerschap; een contact met rode hond tijdens de zwanger-

schap, terwijl de mogelijkheid zich daartegen eerder te laten inenten werd verzuimd. Zijn de risico's voor moeder en kind door de toegenomen aandacht voor de prenatale zorg al zeer gering geworden, in de Groningse vrouwenkliniek hoopt men die risico's door middel van het zwangerschapsvooronderzoek nog kleiner te maken.



De ministers van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Dr. L. B. J. Stuyt, en van Economische Zaken, Dr. H. Langman, hebben een brief gezonden aan alle industrieën en instellingen, die nauw betrokken zijn bij de problematiek van de moeilijk verwerkbare (chemische) afvalstoffen. In deze brief wordt dringend verzocht om medewerking te verlenen aan een onderzoek ter inventarisatie van hoeveelheid en samenstelling van het chemisch afval. Het onderzoek zal ter hand worden genomen door de onder het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne ressorterende Stichting Verwijdering Afvalstoffen. De Stichting Verwijdering Afvalstoffen zal, in het kader van de haar statutair opgedragen taak, het noodzakelijke onderzoek ter inventarisatie van hoeveelheid en samenstelling van dit chemische afval ter hand nemen als eerste stap naar verantwoordende en definitieve oplossingen. Ook het Centraal Bureau voor de Statistiek is eveneens van plan gegevens over de afvalstroom te gaan verzamelen.



Op de discussiedag over kritische psychiatrie die in Rotterdam op 23 oktober j.l. is gehouden op initiatief van Dr. W. J. Sengers, werd besloten tot het houden van bijeenkomsten om de paar maanden onder de naam „De Beurs”. Deze „beurs” is bedoeld voor werkers en geïnteresseerden in de geestelijke gezondheidszorg, professionals en non-professionals. Ook kunnen werk- en actiegroepen daar een forum vinden. De eerste beurs zal op zaterdag 15 januari 1972 worden gehouden in Utrecht. Het ligt in de bedoeling er in subgroepen de volgende thema's ter discussie te stellen: psychiatrische grondconcepten; opleidingen (o.a. het vrije doctoraal geneeskunde); wetgeving geestelijke gezondheidszorg; geestelijke gezondheidszorg als/een maatschappijkritiek; alternatieve hulpverlening. Deelnemerskosten worden nog vastgesteld. Inlichtingen en opgaven (er is plaats voor ruim 200 personen) bij het centraal secretariaat Marianne Ketting, Wijtemaweg 2a, Rotterdam, tel. 010 - 361000.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

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

Abonnementen: Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 50,—, plus f 2,— BTW = f 52,—, buitenland f 55,—, losse nummers f 1,56 (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 Uitgeverij. Kruyt N.V., Bussum.

Oplage: 16.930 exemplaren.

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Bureau voor waarneming en vestiging:

van 9 tot 16.30 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411:

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

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Be-roepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021