

# Medisch Contact

## Redactioneel

### MEDISCH CONTACT

verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordig verschuldigd aan de Algemene Vergadering van de K.N.M.G. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

#### Bestuur Medisch Contact

Dr. J. Degenaar, voorzitter; B. Q. A. Enneking, onder-voorzitter; Dr. J. A. Stoop, secretaris (J. M. Kemperstraat 5, Utrecht); G. A. C. Bosch, penningmeester; F. Moerman.

#### Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur; C. C. G. Jansens, redactiesecretaris; R. A. te Velde, redacteur; Joke van Halm-Rikkelman, secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan 103, Utrecht telefoon 030-885411.

### Uitgever

Uitgeverij Kruij b.v., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum; telefoon 02159-16241\*.

### Abonnementen

Voor niet-leden van de K.N.M.G. f 50,— plus f 2,— BTW; buitenland f 55,—; losse nummers f 1,56 (inclusief BTW). Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

### Advertenties

In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd.

### Adreswijziging

Leden der K.N.M.G. uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 18.100 exemplaren.

Druk: Verweij, Mijdrecht.

### INHOUD

No 31 - 3 augustus 1973

#### REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie . . . 894

*Inzenders: A. L. Hermans, Dr. F. Klein, R. F. H. Bokelmann.*

Onderzoek naar de meningen van de Nederlandse artsen over abortus provocatus, in het bijzonder over de richtlijnen van de K.N.M.G. met betrekking tot abortus provocatus, door J. Persoon en F. Sturmans . . . 897

Vraag en antwoord in de Kamer . . . . . 901

De plaats van de maatschappelijke gezondheidszorg in het gezondheidszorgsysteem in Nederland, door Prof. Dr. J. B. Stolte . . . 903

Hartrenwagens uitgeteld . . . 912

Observatie van alle in het ziekenhuis geboren zuigelingen door de kinderarts?, door Mr. A. Draaisma . . . 913

#### OFFICIEEL

Inhoud officieel . . . . . 916

# Brieven aan de redactie

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

## GESCHAAD VERTROUWEN

De medische stand in ons land heeft weer een veer, ik mag wel zeggen een vleugel, gelaten door de malafide praktijken van de twee röntgenologen te Eindhoven. In de krant is te lezen, dat de ziekenfondsen met deze röntgenologen hebben gebroken. Wat doet de K.N.M.G.? Wordt ook van die zijde een onderzoek ingesteld? Ik stel voor, indien deze artsen lid zijn der Maatschappij, deze te royeren. Dat is mijns inziens de beste handelwijze van de kant der Maatschappij. Door hun handelwijze ondermijnen deze medici het vertrouwen dat in de medische stand wordt gesteld in hoge mate. Een duidelijk protest van de kant der Maatschappij zal zowel in Medisch Contact als in de algemene pers dienen te worden gepubliceerd.

Rotterdam, 19 juli 1973

A. L. Hermans, chirurg

## KOP VAN JUT

In deze kolommen is in de afgelopen jaren veel verschenen dat tot weerwoord aanleiding gaf. Een keuze eruit maak ik. Als artsen onderling slaan wij elkaar (meestal behoorlijk) om de oren, dat het klappt. In ons land echter worden wij als groep gezamenlijk van bepaalde zijde(n) bejegend op een vernielzuchtige wijze, die doet denken aan kermisvermaak in ongunstige zin. Wij vormen, zo wil het mij lijken, de kop van Jut in de samenleving. Dan deze dan gene grijpt de mephamer, en hupkeke rammen maar dat het knettert: drie knallen de hoogste pret, en flink zo, een prijs op het revers gespeld. De kop van Jut echter kan defect worden gemept; pauze in de pret, nieuw kistje er om, nieuwe paal er in, en voorwaarts weer: keihard ram-bam op nieuw. Ik dacht dat het nu maar eens een einde moest nemen, dit slechte soort kermisgedoe. Wij zijn geen centenduijvels, en het bewijs ervan (iederéén wil

altijd bewijzen!) is te vinden in de honoraria, pardon, „tarieven” der ziekenfondsbetalingen. O zeker, niet alle artsen blijken engelen; maar het is onaanvaardbaar, dat wij — lekker generaliserend — worden afgeschilderd als kostbare volksuitzuigers.

In de oorlog werd de basis gelegd voor het inzet worden van ons artsen in het spel der politiek. Na de oorlog gaan wij dan „onderhandelen”. De haviken aan de andere kant van de onderhandelings-tafel halen hun beurskoord zo strak mogelijk aan; het werd echt „handel”. Uit vele voorbeelden één: de durf om bij ons als groep aan te komen met de fifty-fifty regeling... ongehoord. (Wat een dag en nacht klaarstaande „werknemer” per jaar meer verdiende dan een bedrag A zou slechts voor 50% worden uitbetaald, de andere helft moesten de artsen dan maar schenken.) En in het spel der politieke krachten was dat feest bijna nog dóórgestaan ook. Door het keihard werken ontstonden plezierige, jaloezie opwekkende, inkomens. Het „aantal verrichtingen” (het gaat al aardig op de lopende band lijken) deed het inkomen heel best zijn. Maar wat per „verrichting” werd gegund was een vaak belachelijk produkt van lang touwtrekken. En wat dreigt te gebeuren? Minder plezier in het werk ontstaat als je herhaaldelijk en herhaaldelijk om de oren geslagen wordt vanwege juist „dat werk”.

Laten wij ophouden toe te staan als kop van Jut te fungeren. De zieken zijn niet gediend met een slecht soort kermisvermaak, en zie, daar gaat het nu toch altijd nog om. Of gaat het om iets anders?

Zwolle, 20 juli 1973

R. F. H. Bokelmann

## ONJUISTE AFSpraak

U schrijft in uw „editorial” in M.C. nr. 29 (1973) 28, blz. 839: „Het is ons bekend dat er mondelinge afspraken zijn dat bij een aanvraag voor een maagfoto de röntgenoloog tevens een galblaas onderzoek verricht, tenzij hij dit niet noodzakelijk acht.” Dit is, meen ik, een volstrekt onjuiste afspraak. De verwijzende arts kent de klachten van de patiënt en heeft de patiënt onderzocht. Deze arts vraagt het röntgenonderzoek aan. Verder onderzoek dient alleen na overleg te geschieden.

Deze gang van zaken staat los van het feit dat menig arts bij bovenbuiksklach-

ten het wenselijk acht zowel de galblaas als de maag röntgenologisch te onderzoeken. Maar het kan niet de röntgenoloog zijn die dit bepaalt. Natuurlijk komt het voor dat de röntgenoloog in aansluiting aan een „aangevraagd onderzoek” bij een bepaald vermoeden, ten gerieve van de patiënt, aanstonds een niet aangevraagd onderzoek verricht. Hiermee is iedereen gebaat. Dit kan geen regel zijn.

Haarlem, 22 juli 1973

Dr. F. Klein,  
arts voor inwendige ziekten

## LOZE DECLARATIES

Door collega Versteegh wordt over de zaak Eindhoven gezegd (M.C. nr. 29 (1973) 28, blz. 844) dat het nu blijkt dat de ziekenfondsen in hun taak tekort zijn geschoten. Ik heb begrepen, dat in Eindhoven declaraties zijn gestuurd van onderzoeken welke niet zijn verricht. Dit heeft toch niets met controle te maken. Dit is valsheid in geschrifte. Wanneer er zonder aanvraag extra foto's zijn gemaakt dan is er sprake van te grote geldzucht, hetgeen, volgens Spinoza, geen eigenschap van deugd is.

Haarlem, 22 juli 1973

Dr. F. Klein,  
arts voor inwendige ziekten

# Varia

**Geneesmiddelenrestanten** — De inspecteur van de Volksgezondheid voor de geneesmiddelen in Gelderland en Utrecht, Dr. F. Steenmeijer, heeft Gedeputeerde Staten van Gelderland bericht het niet bezwaarlijk te achten dat niet meer gebruikte of bedorven farmaceutische grondstoffen en preparaten uit apotheken door het toilet zouden worden gespoeld, mits niet te grote hoeveelheden ineens op deze manier zouden worden vernietigd. Gebleken is zijns inziens, dat rioolwater-zuiveringsinstallaties in staat zijn op deze manier de geneesmiddelenrestanten te verwerken; verhoudingsgewijs zou de vervuiling van het rioolwater door deze werkwijze gering te noemen zijn, vergeleken met geneesmiddelen die via urine en faeces worden uitgescheiden. Een betere, meer

definitieve vernietiging zou volgens Dr. Steenmeijer te bereiken zijn door verbranding. Deze methode kan echter alleen worden toegepast als het gaat om organische stoffen, die volledig verkolen. Ten aanzien van verbindingen die zware metaalionen bevatten, zoals kwik, arsenicum en lood, dient de nodige waakzaamheid te worden betracht. De inspecteur onderzoekt momenteel de mogelijkheden om de voor de regio Arnhem in aanbouw zijnde vuilverbrandingsoven op den duur ook te gebruiken voor de vernietiging van restanten geneesmiddelen.

**Uitstel hoorzitting drugs** — De voor 17 september aangekondigde hoorzitting van de bijzondere commissie uit de Tweede Kamer voor het drugbeleid zal geen doorgang vinden. Na het zomerreces zal eerst over de te volgen procedure worden beraadslaagd. Dit heeft minister Vorrink van Volksgezondheid en Milieuhygiëne de commissie schriftelijk bericht. De bewindsvrouw deelde verder mee, dat een nieuwe drugnota niet binnen afzienbare tijd mag worden verwacht. De ministerraad is — zo blijkt uit de brief — nog niet toegekomen aan een behandeling van de vraag, of en in hoeverre er aanleiding bestaat het

**M.O.B. ontzet** — Blijkens een bericht van het A.N.P. heeft de Haagse rechtbank op 10 juli jl. een boete van f 60,— opgelegd aan 13 medische studenten uit Leiden die op 29 februari 1972 in Leiden het bureau van de inspecteur van de Geestelijke Volksgezondheid in Zuid-Holland hadden bezet. De boete was conform de eis van de Officier van Justitie, die had gesteld dat de bezetters zich aan strafbare lokaalvredebreuk hadden schuldig gemaakt. De studenten hadden de bezetting gezien als een laatste mogelijkheid om een oplossing te krijgen waardoor het Medisch Opvoedkundig Bureau (M.O.B.) in Leiden met 80 patiënten draaiende kon worden gehouden. Zij achtten het ontslag van het hoofd van het M.O.B. onrechtvaardig. De rechtbank verwierp het beroep van de bezetters op het ontbreken van de materiële wederrechtelijkheid en stelde dat evenmin kan worden gezegd dat door de sluiting van het M.O.B. sprake was van een onmiddellijke wederrechtelijke aanranding van de personen die de patiënten van het M.O.B. vormden. Het is wel aannemelijk, dat het afbreken van de behandeling van de M.O.B.-patiënten door het hoofd en de staf van het bureau voor een aantal van hen nadelig zou zijn, maar de bezetters



Er zijn in Nederland ziekenhuizen en academische ziekenhuizen. Dat maakt groot verschil, want — zegt de staatssecretaris van Onderwijs en Wetenschappen, Dr. G. Klein — de academische ziekenhuizen hebben naast hun taak in het kader van de volksgezondheid een specifieke taak ten aanzien van onderwijs en onderzoek; zij vallen daarom onder O & W en, logisch gevolg, niet onder de Wet ziekenhuistarieven en evenmin onder de belangrijkste bepalingen van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Deze status van de academische ziekenhuizen, stammend uit een grijs verleden, heeft er onder meer toe geleid dat de medische opleiding steeds minder aansloot op de vraag naar gezondheidszorg.

Niet alleen in Nederland maar ook elders (V.S., Canada, Engeland) wint de opvatting veld, dat de medische opleiding afgesteld moet zijn op het gehele terrein van de gezondheidszorg. Het getuigde van een vooruitziende blik, dat dit gegeven ten grondslag lag aan de basisfilosofie van de Achtste Medische Faculteit te Maastricht. Er is een communis opinio dat onderwijs niet eindigt met een (arts)examen, maar als „éducation permanente” gedurende de beroepsuitoefening dient te worden vervolgd. Deze na- en bijscholing is slechts integraal mogelijk, indien behalve de academische ziekenhuizen ook de „gewone” ziekenhuizen en het eerste echelon hun bijdrage leveren, volgens vast te stellen regels begeleid door het ministerie van O & W. Gezondheidszorg is het primaire uitgangspunt, onderwijs met de nodige research het component. In de academische ziekenhuizen zal het accent meer liggen op research en onderwijs, maar de gezondheidszorg dient uitgangspunt te blijven (zie de basisfilosofie).

De lijn doortrekkend betekent dit, dat ook de academische ziekenhuizen onder de verantwoordelijkheid van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne moeten worden geplaatst. Een unieke kans hiertoe lag in Maastricht. Evenwel: een wijziging van de wetgeving, die de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne als eerst verantwoordelijke zou aanwijzen voor de academische ziekenhuizen, wordt niet overwogen (staatssecretaris Klein). Daarenboven is besloten tot de bouw van een nieuw academisch ziekenhuis-oude stijl met 1.040 bedden. De huidige overbedding in de regio Limburg zal daardoor toenemen. Hierdoor dreigen bestaande intramurale voorzieningen onrendabel te worden, de (grote) kans op lege onderwijsbedden daargelaten. Daarnaast legt deze ontwikkeling de kiem voor een verdere verstoring van het evenwicht tussen intra- en extramurale gezondheidszorg.

Het is te hopen dat de leden van de Tweede Kamer bij de behandeling van het voorontwerp van wet inzake de vestiging te Maastricht van een Universiteit en academisch ziekenhuis meer visie op zullen brengen dan de ministers van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en Onderwijs en Wetenschappen.

B.

hebben niet in hun oordeel betrokken dat de belangen van een aantal andere patiënten bij voortzetting van het M.O.B. in gevaar zouden komen, gezien de beperkte financiële middelen, aldus de rechtbank. De Haagse rechtbank behandelde de zaak, nadat het Gerechtshof in Den Haag de dagvaarding in de zaken tegen de bezetters nietig had verklaard. Bij het hof diende de zaak in hoger beroep, nadat in eerste instantie de politierechter in Den Haag de bezetters had vrijgesproken. Hij vond wel, dat de materiële wederrechtelijkheid had ontbroken.

**Eerste hulp bij drugs** — Van het Overijssels Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid komt een boekje met aanwijzingen voor eerste hulp bij overdosingsverschijnselen als gevolg van druggebruik, getiteld „Drugs — eerste hulp” en bedoeld voor mensen die vanuit hun functie met genoemde verschijnselen in aanraking kunnen komen. Over de volgende middelen of groepen van middelen worden summier informatie en advies verstrekt: kalmerende middelen, barbituraten en andere slaapmiddelen, ethylalcohol, amfetaminen, opiaten, heroïne, marihuana/hashish, LSD, diverse tripmiddelen, STP (DOM), cocaine en snuifmiddelen. Bij ieder middel worden genoemd: globaal effect, medisch gebruik, verslavingskans, merknaam/stofnaam, gebruikersterm, korte termijn-effect, ongewenste verschijnselen, manier van gebruik; eerste hulp. Voor die gevallen waarin het middel wel bekend is maar niet direct tot een van de genoemde (groepen van) stoffen kan worden teruggebracht, is een lijst van de meest voorkomende stoffen plus een verwijzing opgenomen. Daarnaast is een hulptabel voor identificatie van een in overdosis gebruikt middel toegevoegd. Bestellingen (f 1,50 per stuk voor de eerste 20 exemplaren, f 1,40 per stuk voor 21-50 exemplaren en f 1,30 per stuk voor 51 of meer exemplaren) door overmaking van het verschuldigde bedrag op giro 857599 ten name van Penn. Sticht. Geest. Gezondh.zorg Overijssel, Grotestraat 93 te Almelo, onder vermelding van: „Drugs - eerste hulp”.

**Hulpverleners en veranderen III** — De derde aflevering van het handboek voor psychisch gezondheids- en welzijnswerk „Hulpverleners en veranderen” is uit. Deze aflevering bevat onder meer korte bijdragen over alcohol- en druggebruik, besturen, evaluatie van psychisch gezondheidswerk, sluisinternaten en de betekenis van communicatieve intimiteit

## „DOELSTELLINGEN”-SERIE GEBUNDELD

*Verschenen is een gebundelde uitgave van alle artikelen die gedurende het afgelopen jaar in de serie „Doelstellingen van de gezondheidszorg” in Medisch Contact werden gepubliceerd.*

*Stof voor deze bundel leverden: Prof. Dr. J. P. Kuiper, Dr. J. van Mansvelt, Dr. L. Th. S. Kortbeek, Dr. Y. van der Wielen, Dr. J. T. Buma, Prof. Dr. G. A. Lindeboom, Prof. Dr. H. H. W. Hogerzeil, Prof. Dr. H. J. J. Leenen, Prof. Dr. A. G. M. van Melsen, Prof. Dr. R. L. Zielhuis, Dr. H. Festen, Prof. Dr. H. J. Dokter/Dr. H. Ph. Milikowski, Drs. A. Chr. J. Brand en Dr. P. Side-rius.*

*Belangstellenden voor deze doelstellingenbundel waarvan de kosten (incl. verzending) f 6,— bedragen verzoeken wij hun interesse kenbaar te maken aan de redactiesecretaresse van Medisch Contact, Lomanlaan 103, Utrecht, tel. 030-885411, toestel 215.*

voor psychotherapeuten. Een eind vorig jaar-begin dit jaar gehouden enquête, met het voorlopige publikatieplan als uitgangspunt, leverden reacties van ongeveer 20% van het toen aanwezige lezersbestand (ruim 2.500 intekeningen in de eerste vijf maanden van verschijnen) op. De uitkomsten leerden, dat het handboek tot dusver vijf publieksgroepen bereikte: de medische groep (15%), de gedragswetenschappelijke groep (26%), de Sociale Academie-groep (24%), een groep „overige sociale beroepen” (24%) en de groep studerende (11%). Een speciale voorkeur van bepaalde groepen voor hetzij algemene informatie hetzij capita selecta viel uit de beantwoording van het vragenformulier niet op te maken. De lezersgroep als geheel benadrukte de naslagwerk-functie van het handboek. De grootste interesse bleek uit te gaan naar artikelen over acute hulpverlening, psychische gezondheidswerkers, psychotherapie en teamwork. Vooral het feitelijk functioneren van voorzieningen en beroepsbeoefenaren kreeg de aandacht. Dit duidt er volgens de redactie van het handboek op, dat haar lezers weliswaar een grote behoefte hebben aan voorlichting op een breed vlak, maar dat zij toch niet vragen om wéér een gids op welzijnsterrein; het meest lijkt men verlegen te zitten om een aantal praktische sleutels op naslaginformatie, in het bijzonder op het gebied van de psycho-sociale dienstverlening. Met het oog hierop is nu een begin gemaakt met het opstellen van een kaart van in de diverse regio's aanwezige kernvoorzieningen op het terrein van die psychosociale dienstverlening. „Hulpverleners en veranderen” is verkrijgbaar via de uitgever, Van Loghum Slaterus te Deventer.

**N.C.G.V.-portret** — Het Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid maakt zich zelf op ruimere schaal bekend door middel van de folder „Portret van het N.C.G.V.” Functie, geschiedenis en opbouw, contacten, bestuur, bureau, werkwijze, functiegroepen, vaste praatgroepen en commissies, diensten, publicaties, voorlichtingsmateriaal, nota's, diversen — dit alles heeft een plaatsje gekregen op de informatiefolder, die kan worden besteld bij het Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid, Wilhelminapark 26/Postbus 14084, Utrecht, tel. 030-510421.

**N.C.G.V.: 030-510421!** — In deze rubriek werd vorige week melding gemaakt van een door het Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid uitgebrachte folder „Waarheen voor geestelijke gezondheidszorg?”. Helaas werd daarin het telefoonnummer van het centrum niet juist vermeld. Dat nummer is nogmaals: 030-510421.

**Nog een rechtzetting** — Onnauwkeurigheid dezerzijds maakte van Dr. S. G. Th. Hulst, mede-auteur van het artikel „Consequenties voor de medische faculteiten van de Wet herstructurering wetenschappelijk onderwijs” (M.C. nr. 29 (1973) 28, blz. 845) ten onrecht iemand die luistert naar de naam Gulst.

# Onderzoek naar de meningen van de Nederlandse artsen over abortus provocatus, in het bijzonder over de richtlijnen van de K.N.M.G. met betrekking tot abortus provocatus

door J. Persoon, socioloog, en F. Sturmans, arts

## Inleiding

Tijdens de 160ste Algemene Vergadering van de K.N.M.G. op zaterdag 28 oktober 1972 bleek dat de in Medisch Contact van 1 oktober 1971 (M.C. nr. 39 (1971) 26, blz. 1025) gepubliceerde richtlijnen van het hoofdbestuur van de K.N.M.G. inzake abortus provocatus nog steeds een heftig discussiepunt vormden. Tegenstanders van de richtlijnen stelden, dat terwille van het behoud van de eenheid in voorgaande Algemene Vergaderingen niet eens een stemming was gevraagd over het gevoerde beleid. Naar hun mening zou overigens slechts een enquête onder alle leden een beeld kunnen geven van de omvang van de groeperingen die deze richtlijnen onderschreven dan wel afwezen. Van de zijde van het hoofdbestuur werd een enquête afgewezen, met de motivering dat percentages van voor- en tegenstanders volkomen irrelevant zouden zijn met betrekking tot het individuele recht van de arts naar eigen eer en geweten te handelen.

Tegen deze achtergrond werd eind 1972, uitgaande van het Instituut voor Sociale Geneeskunde te Nijmegen, begonnen met een onderzoek naar de mening van de Nederlandse artsen over abortus provocatus en in het bijzonder over de richtlijnen van het hoofdbestuur van de K.N.M.G. inzake abortus provocatus. Het onderzoek werd verricht via een schriftelijke enquête bij een aselechte steekproef uit het adressenbestand van het Geneeskundig Jaarboek voor Nederland van 1972. Via „at random“-nummers werd in overleg met Drs. Ph. van Elteren, hoofd van de Mathematisch-Statistische Adviesafdeling van het Rekencentrum te

Nijmegen, een steekproef van ruim tien procent getrokken.

## Methodische problemen

Twee methodische problemen zijn belangrijk bij een dergelijke opzet: het onderzoek in een steekproef in plaats van in de totale populatie en de „non-response“.

De methode van de steekproef is, evenals in het natuurwetenschappelijk onderzoek, in het gedragswetenschappelijk onderzoek een algemeen aanvaarde procedure. De voordelen zijn duidelijk: besparing van tijd, geld en mankracht, en de mogelijkheid om bij een beperkt aantal respondenten een genuanceerder en gedetailleerder onderzoek te doen. De statistische betrouwbaarheid van een steekproef van circa 1.700 artsen (ruim 10% van alle Nederlandse artsen) is hoog. Het antwoordpercentage in de populatie wijkt dan met een zekerheid van 95% niet meer dan 2,5% af van het antwoordpercentage in de steekproef. Bij verdubbelen van de omvang van de steekproef zou deze afwijking ongeveer 1,7% worden. Hierbij wordt ervan uitgegaan, dat alle artsen uit de steekproef hebben geantwoord.

Daarmee komen wij aan het tweede probleem: de „non-reponse“. Dit probleem zou ook zijn blijven bestaan, als het onderzoek zou hebben plaatsgevonden bij alle Nederlandse artsen. Ter bepaling van de mate van representativiteit hebben wij op het vragenformulier van de aangeschreven artsen een codenummer gezet, waardoor het ons mogelijk was de niet-antwoordende artsen onder te brengen in enkele categorieën naar beroep en naar jaar van afstuderen.

## Onderzoeksgroep

In totaal werden er 1.922 artsen aangeschreven. Van de enveloppen die onbestelbaar terugkwamen werd een lijst gemaakt en via het adressenbestand van de Geneeskundige Hoofdinspectie het aldaar op dat moment bekend zijnde adres verkregen. Vervolgens werden deze artsen opnieuw, nu op dit adres, aangeschreven. Van deze artsen bleken er 190 te zijn overleden, naar het buitenland vertrokken of onbereikbaar wegens niet op te sporen adres. Dezen blijven bij de verdere analyse buiten beschouwing. Na 4 weken werd aan de artsen die nog niet hadden geantwoord een rappel verzonden met eenzelfde vragenlijst. Ongeveer een maand later werd ter afsluiting aan hen die nog steeds niet hadden geantwoord een beknopte vragenlijst van één bladzijde toegezonden, waarin werd gevraagd naar hun reden voor het niet insturen en naar hun standpunt over abortus provocatus.

Samengevat ziet de onderzoeksgroep er als volgt uit:

	abs.	proc.
geen reactie . . . . .	322	18,6
beknopte vragenlijst	256	14,8
volledige vragenlijst	1.154	66,6
	1.732	100,0
overigen . . . . .	190	
	1.922	

Een eerste telling van de 322 non-respondenten wekt de indruk, dat onder hen tamelijk veel niet-praktizerende artsen zijn en relatief veel vrouwelijke artsen. Inmiddels is een steekproef van tien procent van hen telefonisch benaderd om hun standpunt te vernemen teneinde een eventuele selectie in een of andere

richting zoveel mogelijk te achterhalen.

### Belangrijkste resultaten

Kort samengevat volgen hieronder de belangrijkste resultaten. In een latere fase zullen de resultaten met meer achtergrond- en literatuurgegevens worden belicht en zullen de verdere analyses worden gepresenteerd.

In tabel 1 is een verdeling van de respondenten gegeven naar hun huidige functie. Ongeveer 30% van hen blijkt huisarts te zijn. Dit percentage is iets hoger dan het percentage huisartsen van alle Nederlandse artsen; volgens het jaarverslag 1971 van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid was per 1 januari 1971 27,4% van de Nederlandse artsen huisarts. Een verdere vergelijking van de functieverdeling binnen de respondentengroep met de landelijke verdeling, ook naar specialisatierichting, zal in het volgende artikel worden gegeven. Van de specialisten is ongeveer driekwart geregistreerd en een kwart nog in opleiding. Van de sociaal-geneeskundigen is 85% geregistreerd.

Gevraagd is aan de respondenten, of zij in het afgelopen half jaar in de uitoefening van het beroep met het probleem abortus provocatus zijn ge-

Tabel 1. Verdeling van de respondenten naar huidige functie.

	abs.	proc.
huisarts .....	353	30,6
specialist .....	450	39,0
sociaal-geneeskundige ....	147	12,8
anderen .....	123	10,7
rustend .....	80	6,9
	1.153	100,0
onbekend .....	1	

Tabel 2. Verdeling van de respondenten naar al dan niet geconfronteerd zijn met het probleem van abortus provocatus gedurende het laatste half jaar.

	abs.	proc.
ja .....	597	51,9
nee .....	553	48,1
	1.150	100,0
onbekend .....	4	

Tabel 3. Respondenten verdeeld naar het aantal keren dat zij het laatste half jaar zijn geconfronteerd met het probleem van abortus provocatus.

	abs.	proc.
1 keer .....	116	19,6
2 t/m 5 keer .....	338	57,0
6 t/m 10 keer .....	57	9,6
>10 keer .....	82	13,8
	593	100,0
n.v.t. ....	553	
onbekend .....	8	
	1.154	

confronteerd. Ruim de helft beantwoordt deze vraag bevestigend (tabel 2). Van hen werd de meerderheid (57%) twee tot vijf maal met het probleem geconfronteerd (tabel 3).

Een belangrijk onderdeel werd gevormd door de vraag, of naar de persoonlijke mening van de respondenten abortus provocatus op bepaalde indicaties al dan niet verantwoord zou zijn. Uit tabel 4 blijkt, dat 2,3% van de respondenten abortus provocatus nooit geoorloofd acht en dat 29% abortus provocatus verantwoord acht als de vrouw als enige overweging aanvoert dat zij het kind niet wenst. De medische indicaties blijken door meer dan 90% van de artsen te worden onderschreven, de eugenetische indicatie door ruim 75% van de artsen, de psychologische door circa 60% en de sociaal-economische door ruim 40%.

Van de artsen blijkt 84% het gewenst of noodzakelijk te achten, dat door de K.N.M.G. richtlijnen zijn uitgevaardigd (tabel 5); een ruime meerderheid blijkt het derhalve eens te zijn met het gevoerde beleid.

Van degenen die de richtlijnen gewenst of noodzakelijk achten, meent een aanzienlijk aantal (bijna 40%), dat de richtlijnen te laat zijn gegeven (tabel 6).

Op grond van een desbetreffende

Tabel 4. Standpunt van de respondenten inzake het al dan niet verantwoord zijn van abortus provocatus.

	ja		geen mening		nee		totaal		onb.
	abs.	proc.	abs.	proc.	abs.	proc.	abs.	proc.	
nooit geoorloofd .....	26	2,3	4	0,4	1108	97,4	1138	100,1	16
op zuiver medische indicatie bij dreigend levensgevaar .....					1105	97,3	3 0,3 272,4	1135	100,0 19
op zuiver medische indicatie bij dreigende ernstige schade aan de gezondheid van de vrouw .....	1053	93,5	13	1,2	60	5,3	1126	100,0	28
op psychiatrische indicatie: bij extreme psychische noodtoestand .....	1001	89,5	26	2,3	92	8,2	1119	100,0	35
als voortzetting zwangerschap een zeker, hoewel niet een ernstig gevaar voor de psychische gezondheid van de vrouw met zich meebrengt .....	660	59,7	82	7,4	366	33,0	1108	100,1	46
op sociaal-psychologische indicatie .....	704	63,0	75	6,7	339	30,3	1118	100,0	36
op sociaal-economische indicatie .....	480	43,2	51	4,6	579	52,2	1111	100,0	44
op eugenetische indicatie: bij min of meer grote waarschijnlijkheid van geestelijke en/of lichamelijke onvolwaardigheid .....	870	77,1	57	5,1	201	17,8	1128	100,0	26
als de vrouw als enige overweging aanvoert, dat zij het kind niet wenst .....	323	29,1	49	4,4	737	66,5	1109	100,0	45

**Tabel 5.** Respondenten verdeeld naar hun oordeel omtrent het feit dat door de K.N.M.G. richtlijnen inzake abortus provocatus werden uitgevaardigd.

	abs.	proc.
niet gewenst .....	167	15,0
gewenst .....	664	58,9
noodzakelijk .....	278	24,8
geen mening .....	15	1,3
	1.124	100,0
onbekend .....	30	

**Tabel 6.** Mening van de respondenten die van mening waren dat richtlijnen van Maatschappij gewenst c.q. noodzakelijk waren, over het tijdstip van de richtlijnen.

	abs.	proc.
te vroeg gegeven ..	100	10,6
tijdig gegeven .....	416	44,2
te laat gegeven ....	362	38,4
geen mening .....	64	6,8
totaal .....	942	100,0
n.v.t. (niet gewenst of geen mening uit tabel 5)	182	
onbekend .....	30	

vraag blijkt slechts 46% van de artsen van mening te zijn dat door de gevolgde procedure — te weten besprekingen vooraf in de afdelingen — de meningen van de leden voldoende zijn gepeild.

Wat betreft de inhoud van de richtlijnen meenden wij ons zoveel mogelijk te moeten houden aan de woordelijke tekst zoals die was gepubliceerd. Niet volstaan kon worden met de simpele vraag of men het met de inhoud eens of oneens was, gezien het groot aantal verschillende aspecten dat in de richtlijnen aan de orde kwam. Wij hebben daarom in onze vraagstelling zestien onderdelen onderscheiden; bij elk onderdeel kon men aangeven of men het er mee eens of oneens was. In tabel 7 zijn de procentuele antwoordverdelingen weergegeven (zie blz. 900/901).

Uit tabel 7 blijkt, evenals uit tabel 5, dat ongeveer 15% het niet eens is met de wenselijkheid dat er richtlijnen werden gegeven. Opvallend is, dat 25% het er niet of grotendeels niet mee eens is dat abortus provocatus is het doen beëindigen van menselijk leven. Abortus als een

vorm van hulpverlening bij ongewenste zwangerschap wordt door 19% verworpen. Slechts 1,5% is van mening, dat een arts kan worden gedwongen tot het verrichten van een abortus provocatus. In het algemeen kan worden gesteld, dat het overgrote deel het met de gegeven richtlijnen eens is. De twee onderdelen die relatief het laagst scoren zijn de uitspraak dat de uitvoering van abortus provocatus door de arts moet worden gezien als te vallen onder de uitoefening van de geneeskunst en als zodanig geen bijzondere plaats inneemt ten opzichte van andere medische handelingen, en de uitspraak dat het besluit moet worden genomen door tenminste twee artsen waarbij deze van geval tot geval dienen te overwegen of en zo ja welke

andere deskundigen bij de besluitvorming moeten worden betrokken.

### Beknopte vragenlijst

Van de 256 artsen die de beknopte vragenlijst hebben ingevuld zijn de antwoorden op de vraag, hoe hun mening omtrent abortus provocatus is, weergegeven in tabel 8. Een derde van hen blijkt van mening te zijn, dat abortus provocatus volledig ter beoordeling van betrokkene is. Uit tabel 9 tenslotte blijkt, dat ruim 40% van hen die de eerste vragenlijst niet hadden ingevuld als reden voor het niet invullen opgaven dat zij beroepshalve nooit met abortus provocatus te maken hadden; bijna 30% gaf als reden op dat zij geen tijd hadden voor het invullen.

**Tabel 8.** Verdeling van de respondenten die de beknopte vragenlijst invulden, naar mening over abortus provocatus.

	abs.	proc.
1. abortus provocatus alleen geoorloofd in uiterste nood (levensbedreigende situatie van de vrouw) .....	37	14,5
2. abortus provocatus op duidelijke psycho-sociale indicaties .....	87	34,0
3. abortus provocatus volledig ter beoordeling van betrokken vrouw (eventueel na overleg met artsen en andere deskundigen) ..	90	35,2
4. geen mening .....	42	16,4
	256	100,1

**Tabel 9.** Respondenten die de beknopte vragenlijst invulden, verdeeld naar reden(en) om de volledige vragenlijst niet in te vullen.

	abs.	proc.
beroepshalve nooit met abortus te maken .....	104	40,6
geen tijd .....	75	29,3
niet eens met opzet onderzoek (vragen niet duidelijk te beantwoorden) .....	41	16,0
niet eens met onderzoek, omdat iedere arts individueel zijn standpunt moet volgen (enquête kan daar niets aan veranderen) .....	40	15,6
praktijk neergelegd .....	28	10,9
niet eens met onderzoek, omdat abortus provocatus alleen betrokken vrouwen regardeert .....	18	7,0
niet als arts werkzaam .....	17	6,6
geen mening over dit onderwerp .....	9	3,5
geen belangstelling voor dit onderwerp .....	5	2,0
andere redenen .....	26	10,2

(N=256)

Aangezien sommige respondenten meer redenen gaven is het totaal hoger dan 100%.

Tabel 7. Meningen van de respondenten over de verschillende onderdelen van de richtlijnen (in percentages).

	hele- maal mee eens	gro- ten- deels mee eens	geen me- ning	gro- ten- deels niet mee eens	hele- maal niet mee eens	to- taal	onb.
	proc.	proc.	proc.	proc.	proc.	proc.	
Het is, gezien de divergentie van meningen, wenselijk richtlijnen met betrekking tot het abortusvraagstuk te geven ten behoeve van de artsen in Nederland .....	55,9	27,3	2,7	6,2	8,0	100,1	22
Er dient van te worden uitgegaan, dat toepassing van abortus provocatus is het doen beëindigen van menselijk leven .....	57,4	15,3	2,5	14,7	10,2	100,1	20
De plicht van de arts tot hulpverlening kan medebrengen, dat in aansluiting aan het verzoek om hulpverlening bij ongewenste zwangerschap tot abortus moet worden besloten .....	61,3	17,5	1,9	6,3	13,0	100,0	19
Een arts die principieel afwijzend staat tegenover deze ingreep kan daartoe niet worden verplicht .....	94,1	4,2	0,3	0,6	0,8	100,0	10
Indien men het met deze uitspraak, dat een arts die principieel afwijzend staat tegenover deze ingreep daartoe niet kan worden verplicht, eens is: heeft de arts wel de taak zorg te dragen dat de continuïteit in de behandeling van de patiënt gewaarborgd blijft, een en ander onder handhaving van het principe van vrije artskenkeuze? .....	79,1	11,2	3,8	2,6	3,2	99,9	50*
De arts dient overeenkomstig de eisen van verantwoord medisch handelen tot zijn beslissing inzake de aard van de geadviseerde hulpverlening bij de ongewenste zwangerschap te komen na zorgvuldige afweging van alle relevante factoren, waarbij in aanmerking moet worden genomen dat de gezondheid van de mens in integrale zin als lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn dient te worden opgevat .....	71,3	20,1	2,1	4,1	2,4	100,0	28
Vorenbedoelde factoren vertonen relatief weinig medische, wel echter gewichtige algemene humane aspecten .....	56,8	28,0	3,3	8,4	3,4	99,9	40
Abortus provocatus moet worden beschouwd als een uiterste oplossing, waaruit voortvloeit dat hoge eisen van zorgvuldigheid aan de besluitvorming moeten worden gesteld .....	78,6	13,6	0,7	3,1	4,0	100,0	16
De uitvoering van abortus provocatus door de arts kan worden geacht te vallen onder de uitoefening van de geneeskunst en neemt als zodanig geen bijzondere plaats in ten opzichte van andere medische handelingen .....	50,0	21,3	3,2	12,3	13,3	100,1	24
Het voorgaande brengt met zich mee dat, onder benadrukking van de eigen verantwoordelijkheid van de arts, de afweging van de relevante factoren door artsen tot verschillende uitkomsten zal kunnen leiden .....	70,0	23,7	2,1	2,3	2,1	100,2	46
Er is daarom des te meer aanleiding de genoemde uiterste zorgvuldigheid in acht te nemen, zeker indien de wetgever besluit het uitvoeren van abortus provocatus door iemand die bevoegd is de geneeskunst uit te oefenen niet meer strafbaar te stellen, in overeenstemming met een door het hoofdbestuur onderschreven uitspraak van die strekking .....	73,8	16,1	3,7	3,8	2,7	100,1	39
In het algemeen moet het besluit tot het uitvoeren van abortus provocatus bij ongewenste zwangerschap door tenminste 2 artsen worden genomen, waarbij deze van geval tot geval dienen te overwegen of en zo ja welke andere deskundigen bij de besluitvorming moeten worden betrokken .....	47,3	19,2	6,0	12,2	15,3	100,0	17
De ingreep dient te geschieden onder zodanige omstandigheden en met zodanige waarborgen omkleed als de aard van de ingreep eist; met het oog hierop dient de ingreep vooralsnog te geschieden in algemene ziekenhuizen en in inrichtingen die daartoe op grond van nader te stellen eisen toestemming hebben verkregen .....	80,8	12,5	2,5	1,8	2,5	100,1	29



Vervolg Tabel 7. Meningen van respondenten over de verschillende onderdelen van de richtlijnen (in percentages).

	hele- maal mee eens	gro- ten- deels mee eens	geen me- ning	gro- ten- deels niet mee eens	hele- maal niet mee eens	to- taal	onb.
	proc.	proc.	proc.	proc.	proc.	proc.	
De vereiste zorgvuldigheid brengt tevens met zich mee dat van elke ingreep een verslag wordt gemaakt, waarin ook de overwegingen worden vermeld die tot de beslissing hebben geleid	72,5	14,6	4,1	3,9	4,8	100,0	39
a. ten dienste van verdere begeleiding .....	72,5	14,6	4,1	3,9	4,8	100,0	39
b. ten nutte van wetenschappelijk onderzoek .....	51,2	15,1	24,2	3,7	5,8	100,0	31
In elk geval waarin een abortus provocatus tot uitvoering komt dient bijzondere aandacht te worden besteed aan de nazorg, waarbij een belangrijke plaats moet worden ingeruimd met betrekking tot voorlichting omtrent het voorkomen van zwangerschap .....	92,0	6,5	0,7	0,4	0,5	100,1	59
* waarvan 20 n.v.t.							

## Vraag en antwoord in de Kamer

### Arts en bul

De recente wijziging van het Academisch Statuut met betrekking tot de medische opleiding heeft nogal wat deining veroorzaakt, met name in het Stichtse. Als uitvloeisel van het nieuwe statuut werden studenten die in de loop van het studiejaar 1972/1973 maar vóór 1 mei van dit jaar hun assistent-artsdiploma behaalden, automatisch geacht met ingang van genoemde datum arts te zijn; later in dit studiejaar met hun senior-coassistentenschappen gereedkomende studenten zouden direct de artsenbul ontvangen.

Begin juni stelden de heren Van Dijk en Kappeyne van de Coppello, leden van de Tweede Kamer voor de V.V.D., de minister van Onderwijs en Wetenschappen de vraag, of het hem bekend was dat er grote onrust en verontwaardiging was ontstaan onder de ruim 200 assistent-artsen uit de cursus 1972/1973 die vóór mei jl. het assistent-artsdiploma verwierven, aangezien het K.B. van 8 mei 1973 (dat de wijziging van het Academisch Statuut regelde) niet voorziet in de mogelijkheid voor hen ooit een artsdiploma te verwerven, zulks in afwijking van degenen die na mei hetzelfde examen afleggen? De kamer-

leden vroegen de minister, of hij zich alsnog bereid wilde verklaren deze groep assistent-artsen, die formeel wel arts zijn doch daarvan geen duidelijk bewijs kunnen tonen, een artsenbul te verstrekken naar het model dat hem bij schrijven van 6 juni jl. werd toegezonden, teneinde hun bij specialistenopleidingen in E.E.G.-verband gelijke kansen te geven? In een schrijven d.d. 2 juli 1973 geeft staatssecretaris Klein daarop een bevestigend antwoord. Daarnaast verwees hij ook naar aanleiding van vragen van de V.V.D.-er Van der Werff over dezelfde materie.

### Vergoeding a.s. huisartsen

De heren Van Dijk en Kappeyne van de Coppello stelden de regering eveneens vragen over de erkenning van de huisartsenopleiding als een volwaardige specialistische opleiding. Hun eerste vraag luidde, of van een dergelijke erkenning inderdaad mag worden gesproken. Zo ja, schreven zij vervolgens, wil de minister dan uitleggen waarom iemand die zich voor een traditionele specialistenopleiding aanmeldt zoveel meer (stage)-vergoeding krijgt dan degene, die zich voorbereidt op het specialisme huisarts?

Staatssecretaris Klein (O & W) antwoordde: „De eerste vraag wordt bevestigend beantwoord, in deze zin dat, zoals zij die een der traditionele specialistenopleidingen hebben ontvangen worden opgenomen in het specialistenregister, degenen die de huisartsenopleiding met vrucht hebben gevolgd zullen worden ingeschreven in een huisartsenregister. Daarin zal dus de specifieke beroepsopleiding voor huisartsen, die overigens nog in ontwikkeling is, erkenning vinden.”

In antwoord op de tweede vraag stelde de bewindsman: „De arts in opleiding tot klinisch specialist is vanaf het begin van deze opleiding curatief werkzaam in een ziekenhuis. Voor deze productieve arbeid wordt hij gehonoreerd overeenkomstig de op hem van toepassing zijnde salarisregelingen. Bij een arts in opleiding tot huisarts prevaleert de opleidings-situatie boven de produktie. Dit is voor de ziekenfondsen aanleiding de arbeid van de aanstaande huisarts niet te honoreren gedurende de periode die hij bij een gevestigde huisartsenopleider doorbrengt. De aanstaande huisarts zal wel een vergoeding kunnen ontvangen gedurende de tijd dat hij in het kader van zijn opleiding een ziekenhuisstage loopt. Deze vergoeding bedraagt dan onge-

veer de helft van die van de klinische specialist in opleiding, rekening houdende met de omstandigheid dat de produktieve inbreng van de huisarts in opleiding, die ten hoogste zes maanden in het ziekenhuis doorbrengt, belangrijk minder zal zijn dan die van de aanstaande specialist, die als arts-assistent enige jaren achtereen in het ziekenhuis verkeert."

### Huisartsenbehoefte

Hoeveel huisartsen hebben wij nodig en hoeveel zullen wij er hebben? Schattingen van het aantal Nederlandse huisartsen in de toekomst, afkomstig van het Instituut voor Huisartsgeneeskunde aan de Utrechtse Rijksuniversiteit en voor een ruimer publiek toegankelijk gemaakt via een bericht in M.C. nr. 11 (1973) 28, blz. 316, brachten het Tweede Kamerlid S. Keuning van DS'70 ertoe de regering een aantal vragen voor te leggen. Kernpunt daarin was, hoe het — mochten de gepubliceerde afstudeercijfers juist worden geacht — staat met de dekking van de toekomstige behoefte aan huisartsen. Of de schattingen kloppen is moeilijk te beoordelen, aldus staatssecretaris Hendriks van Volksgezondheid in zijn antwoord. Er is immers nog geen ervaring opgedaan met de keuze van richting van verdere studie bij artsen die een 6-jarige studie hebben gedaan. De schatting is gemaakt om voorlopige voorzieningen te kunnen treffen voor de specifieke opleiding tot huisarts. Komen de schattingen uit, dan is het aantal huisartsen zijns inziens voldoende om bij gelijkblijvende omstandigheden in de behoefte te voorzien.

### Geneesmiddelenvoorlichting

Het overleg over de geneesmiddelenvoorlichting is vastgelopen. Aan dit overleg werd deelgenomen door vertegenwoordigers van artsen, apothekers, farmaceutische industrie en overheid. In een schrijven naar aanleiding van vragen van de heer Dees (V.V.D.), lid van de Tweede Kamer, stelt staatssecretaris Hendriks dat het vooral ging over de vervanging van de huidige bij op recept voorgeschreven geneesmiddelen gevoegde bijslui-

ter (welke informatie bevat zowel voor de arts als voor de patiënt) door een bijsluiters met een uitsluitend voor de patiënt bestemde inhoud. Aan dit overleg werd door de vertegenwoordigers van de overheid slechts als waarnemer deelgenomen. De bewindsman deelt mee, dat het overleg is vastgelopen in het bijzonder vanwege het verschil in opvatting tussen de beroepsorganisaties en de farmaceutische industrie omtrent de vraag welke gegevens met betrekking tot een geneesmiddel in een bijsluiters, uitsluitend voor de patiënt bestemd, moeten en kunnen worden opgenomen.

De heer Hendriks laat verder weten, dat omtrent het vraagstuk van de bijsluiters ten departementen een regeling is ontworpen, welke aan de Geneesmiddelencommissie, waarin de belanghebbende organisaties zijn vertegenwoordigd, is toegezonden. Aan de voorzitter van de Geneesmiddelencommissie is verzocht bij de beraadslaging omtrent de voorgestelde regeling zowel een deskundige van het Gemeenschappelijk Overleg van Ziekenfondsorganisaties als een deskundige van de Ziekenfondsraad te betrekken — dit laatste als bescheid op de aansporing, ook organisaties die de „consument” vertegenwoordigen bij het overleg over eventueel te nemen wettelijke maatregelen te betrekken.

### Roofbouw

De heer Jansen, lid van de Tweede Kamer voor de P.P.R., vroeg het oordeel van de regering over misstanden ten aanzien van vrachtautochauffeurs. Hij deed dit onder verwijzing naar het in M.C. nr. 20 (1973) 28, blz. 602, gepubliceerde praktijkperikel „Roofbouw”. Wat, zo vroeg hij, vindt de regering van de in het aangehaalde artikel genoemde feiten: met betrekking tot de gezondheid en het welzijn van vrachtautochauffeurs, met betrekking tot de gevolgen voor de verkeersveiligheid van het rijden in vrachtwagens door oververmoeide chauffeurs, met betrekking tot de afhankelijkheidsrelatie tussen werknemers en werkgevers als gevolg van het aangaan door eerstgenoemden van langdurige verplichtingen tegenover laatstgenoemden buiten het

strikte terrein van het arbeidscontract (oorzaken? speelt hier de woningnood een rol, waardoor deze mensen in een dwangpositie geraken?) en met betrekking tot de kennelijk niet waterdichte controle op de uitvoering van het Rijtijdenbesluit, ook als dat ritten in het buitenland betreft?

Mede namens de ministers van Economische Zaken, van Sociale Zaken en van Justitie en de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne antwoordt staatssecretaris Van Hulten (Verkeer en Waterstaat), wanneer — zoals in het artikel wordt gesteld — een vrachtautochauffeur vrijwel ieder etmaal, dag en nacht, op werkdagen en weekends, ongeveer 18 uur heeft gewerkt en dus een dagelijkse rusttijd van slechts ongeveer 6 uur heeft genoten, van oordeel te zijn dat zulks zeer ten nadele van de gezondheid en het welzijn van de betrokkene moet worden geacht. Ook met het oog op de gevolgen voor de verkeersveiligheid acht de bewindsman het rijden in vrachtauto's door, als gevolg van vorenbedoeld levenspatroon, oververmoeide chauffeurs uiterst nadelig. Huisvestingsproblemen kunnen een rol spelen bij het aangaan van een contract tussen een werkgever en werknemer/chauffeur. Wanneer laatstbedoelde contractant hiertoe overgaat, aanvaardt hij het risico zich in een afhankelijkheidsrelatie ten opzicht van zijn werkgever te brengen, die mogelijk te zijnen nadele kan worden gebruikt. Een dergelijke relatie kan zich echter ook voordoen in een situatie waarbij de woningnood geen rol speelt. De staatssecretaris schrijft, dat hij er zich van bewust is dat de controle op de naleving van het Rijtijdenbesluit niet waterdicht is. Nagegaan wordt, op welke manier de effectiviteit van de controle kan worden verhoogd; een waterdichte controle zal evenwel nooit kunnen worden bereikt.

# De plaats van de maatschappelijke gezondheidszorg in het gezondheidszorgsysteem in Nederland

Rede gehouden ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van Het Wit-Gele Kruis  
door *Prof. Dr. J. B. Stolte*

## Inleiding

Het kost mij wat moeite om over *maatschappelijke* gezondheidszorg te spreken. Bijvoeglijke naamwoorden worden immers gebruikt om onderscheid te maken, en door over maatschappelijke gezondheidszorg te spreken maakt men de indruk de overige vormen van gezondheidszorg tot onmaatschappelijke of op zijn minst minder maatschappelijke te stempelen. Misschien voelen sommigen daar wel wat voor, maar van iemand die vele jaren in ziekenhuizen heeft gewerkt mag u anders verwachten.

De *hele* gezondheidszorg is een maatschappelijke activiteit van de eerste orde. Niet voor niets besteden wij er in Nederland ruim 10 miljard gulden aan, ongeveer 7% van ons bruto nationaal produkt. En nog wordt er telkens over geklaagd, dat allerlei mogelijkheden niet worden benut wegens gebrek aan middelen, terwijl anderzijds weer wordt gesteld dat de gezondheidszorg een veel te groot beslag legt op de toch zo schaarse middelen. Men haast zich dan om er aan toe te voegen, dat men niet het oog heeft op de diensten die in de gezondheidszorg worden verleend. Het zou aan de populariteit afbreuk doen van degene die dat beweerde.

Men kan het echter wel beweren en toch populair blijven — zelfs aan populariteit winnen — wanneer men het *te* grote beslag op de middelen wijt aan ondoelmatig inzet ervan, aan verspillingen. Tegelijk laat men het dan aan de werkers in de gezondheidszorg over om de verspillingen op te sporen en met de ter beschikking staande middelen te woekeren.

Een wat merkwaardige omkering van de bewijslast!

Niettemin, ook zonder dat zij die de beschuldigende vinger opheffen hebben aangetoond dat er verspilling in de gezondheidszorg plaatsvindt, zullen allen die in deze maatschappelijke functie werken zich steeds weer moeten beraden over mogelijkheden om meer te doen met de ingezette mensen en middelen en na moeten gaan of wat wordt gedaan met minder kan worden bereikt.

## Mensenwerk

Daarbij dient men rekening te houden met het feit, dat er mensenwerk in het spel is. Mensen zijn merkwaardige werkeenheden. Men kan ze niet programmeren, als robots. De spreiding van hun prestatievermogen rond het gemiddelde is betrekkelijk groot en hetzelfde geldt voor het risico dat zij kunnen en willen nemen bij het uitoefenen van hun functie: het is immers niet een risico dat zij zelf dragen, maar het zijn de individuele mensen die moeten worden geholpen en de gemeenschap, die het risico lopen. Laten wij ons er echter wel van bewust zijn, dat wij herhaaldelijk gebruik maken — en moeten maken — van het feit, dat onze werkeenheden geen robots maar mensen zijn. Als de nood aan de man is, als zich plotseling toestanden voordoen die de inzet van veel meer energie vergen, blijkt telkens weer dat onze werkeenheden een fonds van grote reserve kunnen aanspreken. Onjuist is het echter om op die grond de normale belasting met werk te klein te achten en daarom chronische tekorten aan werkkrachten in stand te houden.

## Planning

Heel anders ligt het ten aanzien van structurele oorzaken van verspilling.

Een kraptemodel zou het bestaande pressiemodel terzake van de gezondheidszorg moeten completeren. Door de overheid onder pressie te zetten trachten consumenten en producenten van de gezondheidszorg deze zorg zoveel mogelijk aan hun wensen te doen beantwoorden. Wat veel van die wensen momenteel stempelt, is een afkeer van het nemen van risico. Daaruit voortspuitende — legitieme — maximaliseringsneigingen zouden wij uit overwegingen van krapte dienen te beteugelen, al houdt dit een geleidelijke vermindering van voor gezondheidszorg ter beschikking staande middelen in. Dit betoogde Prof. Dr. J. B. Stolte, hoogleraar in de ziekenhuiswetenschappen aan de Economische Hogeschool te Tilburg en de Katholieke Universiteit te Nijmegen, in een rede die hij hield ter gelegenheid van het 50-jarig jubileum van Het Wit-Gele Kruis. Volgens Prof. Stolte is het tijd voor een kritische toetsing van de schattingen met betrekking tot de behoefte aan gezondheidszorg, zoals zij door de deskundigen — de artsen — worden opgegeven. Die behoeftebeoordeling zou zijns inziens met feiten en getallen moeten worden gestaafd. In zijn rede, die hierbij integraal wordt weergegeven, werpt Prof. Stolte een blik vooruit op het gezondheidszorgsysteem in ons land. Zijn betoog rust op twee hoofdpijlers: die van de gelijkberechtigtheid en die van de overzichtelijkheid. Daarbij belicht hij speciaal het eigene van de functie van het eerste echelon.

Slechts geleidelijk is men doordrongen geraakt van het samenhangen der onderscheiden onderdelen van de gezondheidszorg, van het feit dat wij met een systeem te maken hebben. De onderdelen zijn zonder veel verband met elkaar in het leven geroepen en tot ontwikkeling gebracht. Daaruit zijn disproportionele verhoudingen ontstaan, die tot bezinning dwingen. Voorstellen tot verbetering daarin zullen niet alleen met het verleden en heden, maar vooral met de toekomst rekening moeten houden. Dat betekent *planning*, plannen maken — een moeilijke bezigheid, waar wij pas sinds kort echt bewust aan zijn begonnen.

Bij het maken van plannen richten wij ons op de toekomst. Deze is door verandering gekenmerkt, het gevolg van de werking van twee soorten variabelen. Aan de ene kant hebben wij te maken met variabelen waarop wij weinig of geen invloed hebben, ten minste in de tijdspanne waarvoor een plan wordt opgesteld<sup>1</sup>. Aan de andere kant zijn er allerlei variabelen in het geding, die wij wel kunnen beïnvloeden.

## Doelstellingen

Bij het maken van plannen moet met de diagnose worden begonnen: een belangrijk onderdeel daarvan is het vaststellen, welke variabelen meespelen en tot welke van de genoemde categorieën zij behoren. Van de niet te beïnvloeden variabelen zullen de gevolgen van hun werking moeten worden voorspeld. Men denke aan de demografische veranderingen. Gelukkig worden de prognostische werkwijzen steeds beter. Met behulp van de beïnvloedbare variabelen zullen wij moeten trachten de toekomstige toestand zoveel mogelijk met de gewenste te doen samenvallen. Daartoe is het echter nodig om duidelijk te omschrijven wat de gewenste toestand is: de doelstellingen van de gezondheidszorg moeten daarvoor worden aangegeven, terwijl tevens duidelijk moet worden gemaakt wie verantwoordelijk zijn voor wat en in welke tijd. De doelen moe-

ten liefst in maat en getal worden uitgedrukt. Dit is echter lang niet altijd mogelijk.

Bij de gezondheidszorg stuiten wij op moeilijkheden om de doelstellingen hanteerbaar te formuleren. Dikwijls wordt verwezen naar de definitie van de Wereldgezondheidsorganisatie voor gezondheid: een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en sociaal welbevinden. Deze definitie is echter onbruikbaar. Iemand die langer dan zéér korte tijd in die toestand verkeert (meent te verkeren) is in de manische fase van de manisch-depressieve psychose. Bovendien heeft de gezondheidszorg meer dan één doel en zijn de doelen niet altijd met elkaar in overeenstemming te brengen. Men denke slechts aan de verlenging van het leven en het lenigen van lijden.

## Behoeftebepaling

De consequentie is, dat ten aanzien van de doelstellingen van de gezondheidszorg keuze moet worden gemaakt, een keuze die zo diep ingrijpt in het bestaan van de burgers dat de beslissing daaromtrent in principe door allen moet worden gedragen.

Planning begint met een ontleding van de bestaande toestand. Een onderdeel daarvan is het inventariseren van de behoeften. In de gezondheidszorg stuit men dan onmiddellijk op het vraagstuk van het onderscheid tussen behoefte, vraag en gebruik — begrippen die niet samenvallen. Herhaaldelijk wordt dan de bepaling van de behoeften aan de deskundigen overgelaten, in dit geval aan de geneeskundige professie. Er is dan echter een probleem in het spel. De deskundigen zijn namelijk niet onbevooroordeeld. Zij hebben veel belang bij de gezondheidszorg. Veranderingen die hun positie zouden kunnen bedreigen, zullen zij slechts node in overweging nemen. Bovendien zijn zij wellicht te zeer begoocheld door de schittering van de technologische vooruitgang, waar het professionele prestige in de laatste decennia wel heel erg mee samenhangt. De industrie — met name die van geneesmiddelen en medische apparatuur — bespeelt deze zwakke kant van de professie op virtuose wijze. Een recent voorbeeld is het symposium over „Techniek en Preventief Ge-

zondheidsonderzoek” van de Stichting Toekomstbeeld der Techniek van het Koninklijk Instituut van Ingenieurs.

Daarom is een kritische toetsing nodig van de mening van de professie, zowel wat betreft haar vaststelling van de behoeften als wat betreft haar voorstellen om deze behoeften te bevredigen. Paradoxaal genoeg zal men de critici moeten vinden bij dezelfde professie, omdat deze het monopolie bezit ten aanzien van kennis en kunde op het betrokken gebied. Het strekt de professie tot eer, dat het nimmer aan dergelijke critici heeft ontbroken.

## Pressiemiddel

Uiteindelijk is het de consument, die de middelen ter beschikking stelt om de behoefte aan gezondheidszorg te bevredigen. Het is dan ook te begrijpen, dat hij invloed uitoefent op de lichamen die beslissingen in dit opzicht nemen, de regering inclusief. Ook degenen die in het systeem van de gezondheidszorg een functie hebben, zullen druk uitoefenen om te bereiken dat de beslissingen zoveel mogelijk met hun wensen overeenkomen.

Uit de pressie van consumenten en producenten van gezondheidszorg en hun persieorganen (groepen, massamedia enz.) resulteert een politieke beslissing ten aanzien van aard en omvang van de middelen die de gezondheidszorg ter beschikking worden gesteld. Deze beslissing is geen echt rationele. Het is de resultante van de pressie van beide zijden en van een meer of minder vooruitzien van het besluitvormende orgaan. Dit orgaan heeft er namelijk rekening mee te houden, dat de resultante van de pressies op zich op wat langere duur zulke onbevredigende gevolgen zou kunnen hebben dat de bewindslieden erdoor ten val zouden komen. De bewindslieden hebben dan ook behoefte aan voorlichting over de mogelijke gevolgen van hun besluiten. Zij willen het proces meer actief en niet passief tegemoet treden. De successen van een creatieve benadering zijn voor hun positie van groot belang. Om dit mogelijk te maken hebben zij weer de hulp nodig van experts (uit de medische professie) en dit te meer omdat de macht van de

1. Hoe groter te tijdspanne, des te meer variabelen lijken tot de beïnvloedbare te gaan behoren.

professie in het onderhavige spel van krachten onevenredig groot is<sup>2</sup>. Dit is het *pressiemodel*, waaruit de ontwikkeling van de gezondheidszorg resulteert. Van dit *pressiemodel* moet de planner die de gezondheidszorg in de eerste lijn de haar toekomstende plaats tracht te bezorgen, zich goed bewust zijn.

### Risico-aversie

Wat als gevolg van de werking van het *pressiemodel* voor de gezondheidszorg ter beschikking komt, moet worden gebruikt met een minimum aan verspilling. Hier doet zich een moeilijkheid voor, die het gevolg is van een kenmerk van de medische professie en van het systeem van de gezondheidszorg. Deze zijn gestempeld door een grote afkeer van vermijdbare risico's bij de uitoefening van hun functie. Zij zijn geïndoctrineerd met het „Primum non nocere”. Het is immers de weerloze patiënt die het risico loopt. Op grond van deze risico-aversie hebben professie en gezondheidszorg een sterke — en legitieme — neiging om te maximaliseren. Voor de patiënt eisen zij steeds het beste, of wat zij daarvoor houden. Vandaar, dat het aantal routine-onderzoekingen steeds meer toeneemt en de behandelingen steeds ingewikkelder en kostbaarder worden. In het licht van de schaarste der middelen en van de wet der afnemende meeropbrengst is dit echter niet zonder meer te aanvaarden, te meer omdat het toetsen op resultaat een van de zwakke punten van de curatieve geneeskunde is.

Een duidelijk voorbeeld van de gevolgen van de afkeer van risico is te vinden in het verwijzen en terugverwijzen van patiënten. Maar al te vaak houdt de specialist een patiënt in het ziekenhuis onder zijn hoede, omdat hij onvoldoende op de hoogte is van of vertrouwt op de kennis en kunde die in het eerste en derde echelon (huisarts respectievelijk verpleegtehuis) ter beschikking staan.

Iets dergelijks schijnt zich voor te doen bij de gespecialiseerde districts-verpleegkundige ten opzichte van de wijkverpleegkundige.

### Kraptemodel

Het tekort aan kennis en vertrouwen zou door een verbetering in de medische en andere opleidingen en door betere communicatie moeten worden opgeheven. Dat dit voldoende zou zijn om het hele vraagstuk van de maximaliseringsneiging tot oplossing te brengen, betwijfel ik. Naar ik meen is een sterkere tegenwerkende kracht nodig. Een *kraptemodel* moet daartoe worden gehanteerd naast het genoemde *pressiemodel*. Professie en gezondheidszorgsysteem moeten minder aan middelen toegewezen krijgen dan zij menen nodig te hebben. Zelfs zou men het huidige quotum geleidelijk moeten verminderen!

Waarschijnlijk zullen professie en gezondheidszorgstelsel zich tegen het hanteren van het *kraptemodel* verzetten. Vele consumenten-pressiegroepen zullen volgen en misschien wel de leiding nemen. Daardoor wordt het *pressiemodel* in werking gezet en kan het tot aanpassing komen. Belangrijk is echter, dat de bewijslast zo op professie en gezondheidszorgorganen valt, die zodoende met feiten en getallen hun wensen moeten rechtvaardigen.

### Gelijkberechtigtheid

Een nuttig bijproduct is, dat niet alleen toetsing op resultaat van verschillende werkwijzen wordt afgedwongen, maar dat ook feiten en getallen ter beschikking komen die de vele tekorten in onze statistieken kunnen aanvullen en vergelijkingen beter mogelijk zullen maken. Daarmee wordt een belangrijk beginsel voor planning beter hanteerbaar, dat van de *gelijkberechtigtheid*. In een democratisch geleid land heeft iedere burger dezelfde rechten op alle vormen van gezondheidszorg die er ter beschikking worden gesteld. Komen er verschillen aan het licht, dan moeten deze òf bevredigend verklaard òf opgeheven worden. Het is nuttig om op te merken, dat zowel het meer als het minder onaanvaardbaar kunnen zijn.

### Meer ruimte voor eerste lijn

Het hanteren van het *kraptemodel* is daarom aanvaardbaar, omdat noch het publiek noch de professie en het gezondheidszorgstelsel voldoende doordrongen schijnen te zijn van de gevaren die het gebruik maken van de (curatieve) diensten van het stelsel aankleven.

Veel te veel ziet men in de arts degene die ieder emotioneel of sociaal probleem tot oplossing zal brengen, vooral wanneer het — zoals zo dikwijls — met onaangename gewaarwordingen gepaard gaat. Het op zich nemen van de sociale rol van patiënt ontslaat immers van de verplichtingen die aan de normale sociale rollen vast zitten. Het is de arts die dit ontslagen zijn van die verplichtingen moet sanctioneren, maar hij kan pas tot de uitspraak komen van het buiten zijn competentie vallen van de problematiek als hij een grondig onderzoek heeft verricht, waar gauw enkele dagen mee gemoeid zijn. De rol van zieke is dan dikwijls reeds ingeslopen, en dat wordt nog sterker wanneer de huisarts er niet uitkomt en het „geval” naar de specialist verwijst.

Nog groter zijn de bezwaren en gevaren wanneer het tot hospitalisatie komt. Het ziekenhuis is een ziekmakende omgeving, zowel in lichamelijk als in geestelijk opzicht, hetgeen met name kinderen ervaren. Het hospitalisatiesyndroom dat uit de opname in een psychiatrisch ziekenhuis resulteert kan onherstelbare schade berokkenen. Opname in een tehuis voor geestelijk gestoorde bejaarden drukt het stempel dementie op, waar betrokkenen, familie en verzorgers zich soms niet aan kunnen onttrekken. Vandaar dat niemand in enige inrichting mag worden opgenomen, tenzij de mogelijke verbetering de risico's duidelijk overtreft. Vandaar ook, dat binnen het *kraptemodel* de ruimte voor de gezondheidszorg in de eerste lijn ten koste van die in de tweede en derde lijn relatief groter moet worden, ondanks de macht die daar is geconcentreerd uit hoofde van het zoveel meer spectaculaire van de prestaties.

### Ondoeltreffendheid uitwieden

Door het hanteren van het *kraptemodel* worden professie en stelsel

2. De pressie die de producent uitoefent wordt slechts ten dele door het eigenbelang bepaald. Een belangrijk motief is de afkeer van vermijdbare risico's, die hierna nog ter sprake komt.

gedwongen tot maximeren binnen de gestelde beperkingen. Het is te verwachten dat dit de doelmatigheid zal bevorderen. Deze zal moeten beginnen met het uitwiden van ondoeltreffendheid. Er zijn ongetwijfeld nog diagnostische en therapeutische werkwijzen van twijfelachtig gehalte in het geding. Is het bijvoorbeeld werkelijk nodig om telkens een E.E.G. te maken bij epileptici die goed zijn ingesteld of een bloedsuikerbepaling bij stabiele diabetici? Weegt het profijt van de diagnostische batterij, die vrijwel iedere operatiepatiënt tegenwoordig ondergaat, op tegen de moeite en de kosten? Het zijn slechts enkele voorbeelden, die illustreren dat de wet van de afnemende meeropbrengst onvoldoende in de overwegingen wordt betrokken. Zolang de mogelijkheid ertoe wordt gegeven, is het echter volstrekt legitiem dat de professie ook minuscule vermindering van het risico voor de patiënt als argument hanteert.

Economen stellen wel, dat in de gezondheidszorg voorzieningen de vraag naar hun inzet in het leven roepen. In feite is een manifest worden van latente behoefte in het geding. Het is echter zeer de vraag, of wij ons kunnen veroorloven alle latende behoeften in dit opzicht te bevredigen. Waarschijnlijk beschikken wij niet over de daarvoor benodigde mankracht en middelen. Het is echter mijns inziens ook zeer wel mogelijk, dat het alleen al uit het oogpunt van geestelijke volksgezondheid beter is om heel wat over te laten aan het op eigen kracht tot oplossing brengen van de moeilijkheden.

### Spreiding en lokalisatie

Toepassing van het principe van gelijkberechtigtheid brengt het vraagstuk van spreiding en lokalisatie met zich. Gelijkberechtigtheid vergt, dat de voorzieningen zo dicht mogelijk bij de (potentiële) consument worden gelokaliseerd. Hierbij komt echter een andere wenselijkheid in het geding. Met enkele weinig betekenende uitzonderingen is het noodzakelijk, dat de capaciteit van elke voorziening volledig wordt benut. Leegloop is niet alleen economisch onjuist, er volgt ook achteruitgang van de kwaliteit der verleende diensten uit

vanwege het onvoldoende op peil blijven van de ervaring en het risico van verschuiving in de indicatiestelling<sup>3</sup>. De capaciteit van een voorziening op het gebied van de gezondheidszorg kan worden uitgedrukt in het aantal personen dat zij goed kan dienen. Voor een huisarts ligt dat blijkbaar bij een praktijk van gemiddeld ongeveer 2.500 personen, of mogelijk iets meer wanneer het kraptemodel wordt gehanteerd. Een orthopedische afdeling wordt veel minder frequent ingeschakeld en heeft dan ook een veel grotere „adherente” bevolking nodig. Orthopedische afdelingen zullen daarom minder dicht kunnen worden gespreid dan huisartsenpraktijken.

Ten aanzien van de spreiding zijn nog meer factoren in het geding. Een ervan is, dat de urgentie waarmee sommige diensten moeten kunnen worden verleend soms een voortdurend ter beschikking staan vergt. De betrokken voorzieningen zullen zodanig moeten worden bemand dat de dienstverlening ononderbroken ter beschikking staat. Dit betekent een sterker bemanning, doch daardoor ook een groter bereik. Een andere factor is de onderlinge afhankelijkheid van verschillende voorzieningen, die bundeling noodzakelijk maakt. Hieruit resulteren gezondheidscentra, ziekenhuizen en dergelijke. Doordat de dichtheid van de spreiding der voorzieningen uiteenloopt wordt de bereikbaarheid ervan voor de consumenten onvermijdelijk ongelijk. De eis der gelijkberechtigtheid kan dan ook niet geheel worden bevredigd. Niettemin zal er wel zover aan moeten worden tegemoet gekomen als het noodzakelijk vermijden van leegloop toelaat.

Tussen de onderscheiden voorzieningen en het systeem van de gezondheidszorg is op verschillende plaatsen tot zekere hoogte substitutie mogelijk. Daardoor wordt de mogelijkheid tot het oplossen van urgente moeilijkheden vergroot en samenwerking vergemakkelijkt<sup>4</sup>.

Er zijn echter ook bezwaren aan verbonden. Competentiekwesties komen in het geding (een duidelijk voorbeeld is de pressie die door gynaecologen wordt uitgeoefend om huisarts en vroedvrouw uit de verloskunde te

verdringen). De indicatiestelling voor het inschakelen van enige voorziening wordt er minder helder door. Het bepalen van de capaciteiten wordt daardoor ook moeilijker.

### Verantwoordelijkheid huisarts

Een andere moeilijkheid kan bij de toegankelijkheid der onderscheiden voorzieningen liggen. Als de ondeskundige consument vrijelijk tussen de verschillende voorzieningen kan kiezen, zal hij zich niet zelden tot één wendend waar hij geen hulp mag verwachten, hetgeen ondoelmatigheid meebrengt; dit is te erger naarmate een kostbaarder voorziening — bijna steeds van specialistische aard — in het spel is, niet alleen vanwege de onmiddellijke verspilling maar ook omdat de specialist vaker onjuist verder verwijst dan de „generalist”. Vandaar dat wij blij mogen zijn met het feit, dat de toegang tot het stelsel van gezondheidszorg in Nederland vrijwel uitsluitend door de huisarts wordt gegeven. Terecht is daarbij bovendien in allerlei regelingen verdisconteerd, dat hij voor de continuïteit van de hulpverlening op het betrokken gebied verantwoordelijk is. Het zou te wensen zijn, dat zijn verantwoordelijkheid nog meer expliciet wordt gemaakt door het uitdrukkelijk door hem doen legitimeren van voortzetting van specialistische behandeling c.q. verwijzing. Op deze wijze zou het op elkaar afstemmen der indicaties voor behandeling in de onderscheiden voorzieningen zijn verzekerd. Hoe belangrijk dat is voor het op elkaar afgestemd houden van de capaciteiten der voorzieningen en voor het voorkomen van leemten en overbodigheden toont het gezondheidszorgsysteem van de U.S.S.R.

### Overzichtelijkheid

Wil een stelsel van gezondheidszorg als zodanig werkelijk werkzaam zijn,

3. Het gegeven van de ondeelbaarheid van bepaalde eenheden speelt door het vraagstuk van de spreiding heen. Met deze verwijzing moge hier worden volstaan.

4. Het zou kunnen zijn dat aan deze voordelen afbreuk wordt gedaan, wanneer de „generalist”-huisarts de status van specialist krijgt opgedrongen.

dan is overzichtelijkheid geboden. Alleen dan zijn indicatiestelling en verwijzing goed hanteerbaar. Overzichtelijkheid bij noodzakelijke verschillen in spreiding wordt bevorderd door de toepassing van de begrippen echelonnering en logistiek.

Door de groepering van voorzieningen naar echelons wordt orde gebracht in het geheel en wordt het mogelijk taken toe te delen en verantwoordelijkheden vast te stellen. De onderlinge verhoudingen kunnen zo worden geregeld. Het stelsel wordt ook beter toegankelijk voor planning. De keten van (mogelijke) verwijzingen en de capaciteiten in de onderscheiden echelons kunnen in betrekking tot elkaar worden bestudeerd. Eventueel kunnen op kleine schaal veranderingen worden uitgeprobeerd. Door deze logistieke benadering kunnen overbodigheden en leemten worden opgespoord en uitgeweid.

In Nederland zijn verschillende voorstellen gedaan voor de indeling van het stelsel van gezondheidszorg in echelons. Niet alle zijn even goed doordacht. Naar het mij voorkomt zijn drie echelons het meest geschikt om een overzichtelijke indeling te verkrijgen, waarbij ik ze graag benoem naar de beslissende kernfiguur: het eerste echelon, van de huisarts; het tweede echelon, van specialist en ziekenhuis; en het derde echelon, van revalidatie- en verpleegtehuisarts.

#### Eerste echelon: vinger op de pols

Het eerste echelon bevindt zich het dichtst bij de consument in diens eigen omgeving. Het is niet alleen op de curatieve geneeskunde ingesteld, doch mijns inziens ook de geëigende plaats voor de preventieve geneeskunde en de voorlichting. Juist hier kan immers de consument in zijn ecologische context worden waargenomen, kan worden vastgesteld welke bedreigingen voor de gezondheid daarin zijn te onderkennen en welke maatregelen aangewezen zijn om verbetering te bereiken.

Terecht wordt er daarom in Kruiskringen voor gepleit, dat hier „de vinger op de pols moet worden gehouden”. Dit krijgt echter volgens

sommigen pas werkelijkheidswaarde, wanneer de functionarissen in het waarnemen van de relevante gegevens worden getraind en wanneer hun waarnemingen goed en uniform worden geregistreerd en verwerkt, zodat uit de conclusies een werkprogramma resulteert. Door de geregelde terugkoppeling van de informatie zou voldoende het effect van het programma van activiteiten kunnen worden gepeild, hetgeen bijsturen mogelijk maakt. Ik heb zo mijn twijfels. Een signaleringsfunctie als hier bedoeld zou de toch wel heel wezenlijke vertrouwensrelatie in gevaar kunnen brengen. Men zal dan ook nauwkeurig moeten nagaan welke waarnemingen zich voor verwerking lenen zonder de eigen levenssfeer van de consument te schaden. De grootste terughoudendheid is geboden. Veel meer komt in aanmerking naast het leren waarnemen het in staat stellen tot *ter plaatse* reageren met preventieve maatregelen en goede raad. De training zal vooral daarop moeten worden gericht.

Gezien de verwevenheid van curatief en preventief werk en voorlichting in het eerste echelon komt het mij voor, dat coördinatie met de activiteiten van nauw verwante instanties als consultatiebureaus, schooltandartsendienst, schoolartsdienst en dergelijke, zoals in Limburg onder de hoede van Het Groene Kruis is bereikt, hogelijkst moet worden toegejuicht. Wellicht komt op den duur ook de bedrijfsgeneeskunde hiervoor in aanmerking.

#### Huisartsgeneeskunde geen specialisme

Men zal begrepen hebben, dat ik de neiging om de huisartsgeneeskunde in een „specialisme” onder te brengen niet erg waardeert. Er ligt naar het mij wil voorkomen een onderwaardering van de betekenis van de „generalist” aan ten grondslag, die ik met de hang naar het spectaculaire, met het prestige in de professie, in verband meen te mogen brengen. Dat betekent, dat de opleiding op het generalist zijn moet worden gericht.

Geneeskunde in de eerste lijn kan niet (alleen) in het ziekenhuis worden geleerd.

#### Tweede echelon: kraptemodel toepassen

Het tweede echelon, dat van specialist en ziekenhuis, bestaat uit twee onderdelen, de poliklinische en de klinische functie. Ik geloof niet dat het goed is om hier twee echelons in te zien. In tegenstelling met andere gezondheidszorgstelsels is het immers bij ons gelukkig één figuur, die de patiënt zowel ambulant als klinisch behandelt en die beslist waar dat zal geschieden. Hierdoor wordt het in andere landen zo gebruikelijke herhalen van allerlei onderzoek bij opname in het ziekenhuis onnodig<sup>5</sup>. Tegelijk brengt deze situatie de mogelijkheid mee om het kraptemodel met vrucht in dit echelon toe te passen. Krapte aan bedden brengt met zich, dat de specialist meer poliklinisch werk gaat doen. Dit is op vele plaatsen aan het licht gekomen. Wanneer men de reden van het ruime gebruik van de klinische mogelijkheden in de door het C.O.Z. gehanteerde bepaling van de verpleegprijs op basis van een bezettingspercentage van 90 zoekt, miskent men de werkelijke oorzaak van het ruime gebruik dat van de klinische accommodatie wordt gemaakt. Dit is niet het gevolg van de pressie om de bedden te vullen, maar resulteert weer uit de afkeer van risico; de specialist, die de mogelijkheden van het eerste (en derde) echelon onvoldoende kent, durft de patiënt niet het (misschien geringe) extra risico aan te doen dat met het eerder verlaten van het ziekenhuis in zijn ogen samenhangt.

Ook de voorzieningen van het tweede echelon moeten zo dicht mogelijk bij de consument worden gebracht als het vermijden van onnodige leegloop toelaat. Men stuit hierbij op het feit, dat de onderscheiden specialismen niet alle hetzelfde „bereik” hebben en dat er dus verschillen in spreidingsdichtheid moeten worden aanvaard. Anderzijds brengt de onderlinge afhankelijkheid de noodzaak van bundeling mee. Zie ik het goed, dan kan men in principe drie soorten ziekenhuizen onder-

---

5. Dit herhalen is het gevolg van de risico-aversie van de professie.

scheiden als men van deze gegevens uitgaat en tevens met de uit de urgentie van sommige vraag voortkomende verdubbeling van voorzieningen om de continuïteit te verzekeren, rekening houdt<sup>6</sup>.

### Drie soorten ziekenhuizen

De eerste soort ziekenhuizen zijn de basisziekenhuizen. Zij verschaffen basis-specialistische hulp (inwendige geneeskunde, algemene chirurgie, gynaecologie en verloskunde, kindergeneeskunde, neus- keel- en oorheelkunde, oogheelkunde, anesthesie en röntgenologie) en zij hebben een laboratorium voor de, overigens zeer gevarieerde, „routinebepalingen”. In principe is een groot deel van deze functies dubbel bezet in verband met de noodzaak dat er continu een beroep op moet kunnen worden gedaan. Hun „bereik” is het kleinst omdat op de desbetreffende diensten veelvuldig beslag wordt gelegd, zodat zij een betrekkelijk kleine bevolkingsgroep kunnen bedienen. Er wordt daarbij uitgegaan van het vrijwel overeenkomen van het bereik der onderscheiden vertegenwoordigde specialismen. Dit gaat echter niet altijd op. De demografische verhoudingen kunnen het beeld veranderen; dit is het duidelijkst bij verloskunde en kinderziekten. Een te starre indeling kan dan ook niet worden gehandhaafd.

Opgemerkt moet worden, dat het bereik van de specialismen niet constant is. In een aantal gevallen blijkt de vraag toe te nemen, zodat het betrokken specialisme tot het „basispakket” moet worden gerekend. Iets dergelijks lijkt zich voor te doen bij bijvoorbeeld de orthopaedie. Het lijkt niet onwaarschijnlijk, dat dit specialisme geleidelijk aan in alle basisziekenhuizen ter beschikking zal komen. Wellicht gaat hetzelfde gelden voor de cardiologie. In de tussenliggende fase zal zo'n „groeiend” specialisme in een (toenemend) aantal basisziekenhuizen zijn vertegenwoordigd.

In enkele strategisch gelokaliseerde basisziekenhuizen zullen ook specialismen met een groter bereik moeten worden uitgeoefend: urologie, cardiologie, pulmonologie, neurologie en dergelijke; in een zeer klein aantal tevens plastische chirurgie, thorax-

chirurgie, neurochirurgie en dergelijke. Men kan van districts- en centrale ziekenhuizen spreken<sup>7</sup>. De lokalisatie zal zodanig moeten zijn, dat de bereikbaarheid voor de burgers zoveel mogelijk gelijk is<sup>8</sup>.

Een „hiërarchie” van ziekenhuizen zoals in de Oostbloklanden bestaat lijkt niet in overeenstemming met de plaats van de huisarts in ons gezondheidszorgstelsel. Het is aan deze om de patiënt naar de specialistische zorg te verwijzen die naar zijn mening nodig is. In principe lijkt het mij ook gewenst, dat hij minstens voorkennis draagt van een eventuele doorverwijzing naar een ander specialisme. Opgemerkt moge worden, dat de patiënt vrij moet zijn, niet alleen in het al of niet aanvaarden van de raad van de huisarts ten aanzien van de verwijzing naar een bepaald specialisme, maar dat hij ook moet kunnen beslissen over specialist en ziekenhuis. Het kunnen kiezen op zich is reeds van groot belang. Het belang ervan lijkt voortdurend toe te nemen in een wereld waar de keuzevrijheid steeds meer wordt beperkt.

### Afstand belangrijkste variabele

Bereikbaarheid is geen enkelvoudig begrip. Het hangt samen met afstand, met vervoersmogelijkheden en met bevolkingsdichtheid. Economische en sociaal-culturele factoren zijn eveneens in het geding. Zo is voor de minst draagkrachtigen het overwinnen van het afstands-vraagstuk moeilijker, maar bovendien zijn zij uit hoofde van sociologische factoren geremd in het beslag leggen op de voorzieningen.

Enkele opmerkingen lijken hier op hun plaats. De gelijkberechtigtheid kan ten aanzien van de afstand slechts tot op zekere hoogte worden verzekerd, omdat de spreiding der voorzieningen onvermijdelijke afstandsverschillen voor de bevolking meebrengt. Dit spreekt te sterker naarmate er grote verschillen in bevolkingsdichtheid bestaan (als bijvoorbeeld in Zweden en Canada). Voor een deel kan dit dilemma worden opgelost door het mobiel maken van de verschaffers van gezondheidszorg. Daarbij zal het verhogen van de kosten per verrichting (verplaatsingskosten en verloren gaande effectieve tijd van de verschafter) moeten wor-

den afgewogen tegen de betekenis en de consequenties van andere oplossingen (meer leegloop bij sterkere spreiding, minder specialistische differentiatie bij all-round helpers tegen mogelijk wat lager peil van de hulp, en dergelijke meer).

Het maakt de indruk, dat in ons dicht bevolkte land met zijn uitstekende verbindingen de afstand de belangrijkste variabele is bij het kiezen van de voorziening. Dit geldt zowel voor huisarts als voor specialist en ziekenhuis. Hieruit volgt, dat met behulp van deze variabele de strategisch meest geschikte lokalisatie kan worden bepaald.

### Financiële regeling

De wijze waarop de diensten worden betaald beïnvloedt de wijze waarop de verschaffers ervan hun beslissingsmogelijkheden zullen gebruiken ten aanzien van het echelon en de plaats binnen het echelon waar de patiënt zal worden onderzocht en behandeld. Ook de gebruiker van de diensten wordt erdoor beïnvloed in dit opzicht.

In het algemeen geven beide partijen de voorkeur aan dat deel van het stelsel van gezondheidszorg waar de betaling door vooruitbetaling is ge-

---

6. De historisch gegroeide realiteit toont belangrijke afwijkingen. Interessant is echter, dat er een welhaast spontane herordening aan de gang lijkt te zijn in de aangegeven richting.

7. Het ligt voor de hand, dat enkele van de centrale ziekenhuizen tevens universiteitsziekenhuizen zullen zijn. Het feit, dat in Nederland de universiteitsziekenhuizen onder het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen vallen en daardoor buiten het eigenlijke geheel van de gezondheidszorg staan, is een anomalie die zo spoedig mogelijk dient te worden opgeheven. Het maakt het afstemmen van de opleidingscapaciteit op de behoefte trouwens ook moeilijker, daar er geen nauwe relatie bestaat. Dit is het sterkst voelbaar bij de opleiding van specialisten.

8. Naar het mij voorkomt is er voor categorale ziekenhuizen geen plaats. De samenhang en onderlinge afhankelijkheid der specialismen verzet zich daartegen. Vermoedelijk gaat dit ook voor de psychiatrie gelden. In ieder geval is een nauwe samenhang met de overige medische disciplines ook daarbij zeer gewenst.



dekt. Vandaar dat, toen bij de invoering van de A.W.B.Z. opnemings van zwakzinnigen werd gedekt, de behoefte aan de desbetreffende accommodatie acuut steeg. Hetzelfde speelde zich af in de verpleegtehuissector. Iets dergelijks ziet men bij die particuliere verzekeringen, die wel de opnemings in het ziekenhuis maar niet de diensten van de huisarts of de poliklinische diensten van de specialist vergoeden. In alle gevallen worden patiënt (en familie) en arts onder druk gezet om tot hospitalisering over te gaan.

Bij de wijze waarop het ziekenfonds huisarts en specialist honoreert, doet zich een ander probleem voor. De huisarts werkt op abonnementstarief. Hierin komt zijn verantwoordelijkheid voor de continuïteit van het ter beschikking stellen van de gezondheidszorg tot uiting. Het eventueel afwentelen van een onnodig groot deel van het werk op het tweede echelon wordt er echter zeker niet door afgeremd. Tegelijkertijd is het feit dat de specialist „op stuktartief” werkt zeker geen prikkel voor deze om deze afwenteling tegen te gaan. Dat van beide zijden niettemin tegen te grote afwenteling wordt gewaakt (zij het niet altijd met succes), volgt uit professionele overwegingen van verantwoordelijkheid en niet uit de financiële regeling. Er is zelfs in bepaald opzicht een goede kant aan de eventuele concurrentie, die met de gedeeltelijk bestaande substitutiemogelijkheid van de diensten van huisarts en specialist samenhangt en die bij een stuktartief voor de huisarts ten detrimente van de patiënt negatief op de noodzakelijke verwijzingen naar het tweede echelon zou kunnen uitwerken, wordt er door voorkomen. Overigens dient hier opgemerkt, dat — wellicht mede onder druk van de consument — in de sector van de particulier verzekerden, waar de huisarts ook op stuktartief werkt, het verwijzingspercentage zeker niet lager (meer) lijkt te liggen.

Niettemin lijkt het de moeite waard na te gaan, of niet op bepaalde punten het abonnementstelsel voor enkele diensten met het stuktartief zou moeten worden aangevuld om beter te bereiken dat de zieke, waar dit zonder het resultaat in gevaar te

brengen kan, in het eerste echelon kan worden behandeld. Een voorbeeld ligt in de honorering van obstetrische hulp en van hulp verschaft aan vakantiegevers van buiten de eigen praktijk. Het komt mij voor, dat proefnemingen zeker zouden moeten worden genomen. Een interessant gegeven blijft, dat ook onder de vigerende regeling iets meer dan 80% van alle gevallen door de huisarts in het eerste echelon worden afgehandeld.

Ook de wijze waarop de wijkverpleging wordt betaald is van betekenis voor de arbeidsverdeling over de echelons. Het huidige ingewikkelde systeem, dat geheel los staat van de betalingswijze van de andere onderdelen van de curatieve zorg, vormt een belemmering voor het op elkaar afstemmen der voorzieningen, met name omdat de continuïteit van de geldstroom niet is verzekerd en omdat de beslissingsmacht door het verschillend zijn van de bronnen niet bij dezelfde instantie ligt en zelfs moeilijk is te coördineren.

Dit wordt te meer een moeilijkheid, wanneer de onderdelen van de eerste echelonszorg in gezondheidscentra worden bijeengebracht. In het daarvoorziene samenwerkingspatroon lijkt het waarschijnlijk, dat het „bereik” van de huisarts eerder groter dan kleiner zal worden en dat er ook meer zal kunnen worden gedaan van wat nu op het tweede echelon wordt afgewenteld. Is meer dan één financieringsbron in het geding, dan is een eindeloze strijd over de aandelen die de onderscheiden bronnen zullen hebben te dragen te voorzien. Is het ernst met het voorstellen om de gezondheidszorg zo dicht mogelijk bij de consument te brengen, dan zal dit obstakel uit de weg moeten worden geruimd.

In het samenwerkingspatroon dat in het gezondheidscentrum wordt voorzien, zijn zoveel goede mogelijkheden dat het jammer zou zijn wanneer de financieringsmoeilijkheden de verwezenlijking in de weg zouden staan. Een ervan is, dat door het samengaan van een aantal huisartspraktijken de discongruentie tussen het bereik van huisartsen en wijkverpleging kan worden opgeheven. Ook de congruentie met de werkingssfeer van

het maatschappelijk werk kan op deze wijze veel beter worden verzekerd. Overigens is het naar mijn mening nog zeer de vraag of het gezondheidscentrum in een welzijnscentrum moet veranderen. Het gevaar van branchevervaging is daarbij groot. Dit neemt natuurlijk niet weg, dat een goede communicatie tussen beide maatschappelijke activiteiten gewenst is.

Ook in het tweede echelon speelt de remuneratie mee in het verdelen van de arbeid, namelijk tussen polikliniek en kliniek en tussen spreekuur ten huize van de specialist en spreekuur op de ziekenhuispolikliniek.

De huidige tarieven lijken het opnemen van de patiënt in de hand te werken. Daarbij gaan zij de uit de risico-afkeer van de professie resulterende neiging om de patiënt door hospitalisatie onder contante observatie te brengen zeker niet tegen. Dit is naar het lijkt te meer te betreuren, omdat de behandeling (inclusief onderzoek) van dezelfde patiënt poliklinisch waarschijnlijk meer tijd vergt en meer inspanning dan klinisch, dit onder meer omdat bij de klinische aanpak zoveel meer hulp wordt gegeven door het niet op kosten van de specialist komend personeel, verplegend en anderszins.

Ten aanzien van de keuze tussen hulp op de polikliniek en op het spreekuur van de specialist speelt naast het vraagstuk van de kosten die de specialist moet dragen ook dat van de kwaliteit van de geboden hulp. Op het terrein van de laatste problematiek hebben de betalende instanties zich nog nauwelijks begeven. Er zal echter niet aan te ontkomen zijn. De Canadese aanpak kan hier wellicht als een voorbeeld gelden.

## Regionalisatie

Een belangrijke factor bij de planning is de schaal. Op hoe groter schaal men tracht te plannen, des te groter lijkt het gevaar dat alleen al de massa van variabelen en data de relaties tussen de dingen verduistert. Anderzijds wordt bij planning op te kleine schaal de situatie te zeer bepaald door factoren van buiten; het aantal beïnvloedbare factoren wordt dan

ten opzichte van de niet beïnvloedbare te klein. Men moet kiezen tussen planning op landelijke schaal en planning op plaatselijke schaal in.

Hieruit resulteert de neiging tot regionalisatie, tot planning op een schaal waar gebied en bevolkingsgrootte nog lijken te kunnen worden overzien en waar tegelijk de beïnvloedbare variabelen van voldoende omvang en betekenis lijken. Men hoopt op deze schaal de (potentiële) consumenten voldoende in de planning te kunnen betrekken, omdat het duidelijk is dat het om hun eigen gezondheidszorgvoorzieningen gaat. Verder meent men te mogen verwachten dat het op deze schaal eerder mogelijk is meer of minder bewust rekening te houden met de mogelijke neveneffecten van de voorgestelde veranderingen op andere gebieden van het leven.

Hoe groot een regio zou moeten zijn is momenteel nog niet uitgemaakt. Het lijkt erop, dat er vrijwel het gehele gamma van gezondheidszorg in ter beschikking moet staan — enkele zeer zelden benodigde voorzieningen uitgezonderd — zonder dat leegloop in het geding komt. In principe mag men ook vergen, dat de bevolking voldoende mankracht mobiliseert om de onderscheiden functies te vervullen en voldoende middelen verschaft om de noodzakelijke instituten tot stand te brengen en in stand te houden<sup>9</sup>. Zo gezien zal de omvang van de regio ongeveer worden bepaald door de voorziening met het grootste bereik, het centrale ziekenhuis. Het komt mij voor, dat dit met een bevolkingsgrootte van ongeveer  $\frac{3}{4}$  miljoen overeenkomt, waardoor Nederland in principe in 18 regio's zou worden ingedeeld.

Een vraagstuk dat hier onmiddellijk speelt, is de consequentie van groei of afnemings van de bevolking. Binnen zekere grenzen is de elasticiteit van het geheel wel zodanig, dat zelfs een vrij belangrijke groei (tot 1 miljoen?) zou kunnen worden opgevangen, vooral omdat er geen plotselinge verandering in het geding is. Bij een belangrijke vermindering van de bevolking zou wellicht op een gegeven ogenblik tot samenvoeging moeten worden besloten. Ook hier is

echter de invloed van de elasticiteit niet gering.

Van grote betekenis is de onderlinge afhankelijkheid van de vele sferen van het sociale bestaan. Hieruit volgt, dat het ten eerste gewenst is de grenzen van de regio's zoveel mogelijk te doen samenvallen met die van de lokale overheidssferen, ook al is dat hier en daar een oorzaak van moeilijkheden. In Nederland zijn dat de provinciale grenzen. Ervaringen in Finland en in Canada hebben duidelijk gemaakt welke moeilijkheden resulteren, indien men zich niet hieraan houdt.

### **Derde echelon: inspelen op maatschappij**

Het derde echelon, dat van revalidatie en reactivering, is nog in ontwikkeling. De betrokken activiteiten behoren reeds in het eerste, maar vooral in het tweede echelon te beginnen. Zij krijgen echter een leidende betekenis in de revalidatieafdelingen van ziekenhuizen, in de revalidatie-inrichtingen, in de verpleegtehuizen, in de afdelingen of inrichtingen voor langdurig geestelijk gestoorde en in de inrichtingen voor zintuiglijk en geestelijk gehandicapten. Nog lang niet altijd is de situatie reeds voldoende ingespeeld op de eigen problematiek die aan de lange duur van de afwijking vastzit, zowel in psychologisch als in maatschappelijk opzicht. Veel te vaak staat nog de segregatie op de voorgrond, terwijl het steeds duidelijker wordt dat het verband met de maatschappij zoveel mogelijk moet worden gehandhaafd of behouden.

Overgangsvormen als dagverpleegtehuizen, sluisinternaten, beschermende gezinsvervangende tehuizen en dergelijke meer zijn terecht steeds meer in het geding. De overgang naar een betrekkelijke zelfstandigheid vergt op een gegeven ogenblik de inschakeling van het potentieel van het eerste echelon van de gezondheidszorg. Daartoe zijn tijdig voorbereidingsmaatregelen nodig. In de psychiatrische sector is de sociaal-psychiatrische dienst hiervoor de aangewezen bemiddelende instantie, in andere sectoren de maatschappelijk werkers. Wellicht is er nog teveel neiging om uit het derde echelon zelf een en ander te trachten te berei-

ken, omdat men het potentieel van het eerste echelon onvoldoende kent. Dit is te meer te betreuren omdat de zieke- of invaliderol op deze wijze minder gemakkelijk wordt afgelegd.

### **Beslissingscentrale**

In de regio zullen alle of althans bijna alle voorzieningen van gezondheidszorg naar verhouding van hun „bereik” ter beschikking moeten staan en hun spreiding zal zoveel mogelijk aan de eis van gelijkberechtigtheid van de inwoners tegemoet moeten komen. Het is noodzakelijk, dat de capaciteiten der onderscheiden echelons op elkaar en op de behoefte afgestemd zijn en blijven. Om dit te kunnen verzekeren is het nodig, dat een „beslissingscentrale” de nodige desbetreffende besluiten neemt en dat een mechanisme wordt ingeschakeld dat de indicatiestelling voor het verdwijnen naar een ander echelon regelt. Zoals eerder gesteld lijkt het een goede oplossing deze laatste taak bij de huisarts te leggen. Ter wille van een goede coördinatie lijkt het gewenst, in het lichaam dat de functie van „beslissingscentrale” uitoefent de onderscheiden functies te doen vertegenwoordigen naast de consument. Daarbij zal moeten worden voorkomen dat de „macht” van de ziekenhuizen gaat domineren.

Een betreurenswaardige gang van zaken heeft de regering ertoe gebracht de regionalisatie bij de ziekenhuizen te doen beginnen, die zodoende reeds een gevestigde plaats in de besluitvorming hebben gekregen. Terecht staat nu een verandering te wachten, waardoor in het spoor van het opgaan van de Wet ziekenhuisvoorzieningen in een Wet gezondheidszorgvoorzieningen de Provinciale Ziekenhuiscommissies kunnen gaan veranderen in Gezondheidszorgcommissies. Het ware te wensen, dat men reeds stappen in deze richting zette zonder op de wettelijke regeling te wachten.

Volgens de Wet ziekenhuisvoorzieningen moeten de provincies een provinciaal ziekenhuisplan indienen.

---

9. Onderlinge steun tussen regio's moet uit hoofde van solidariteit waar nodig tekorten aanvullen.

Dit heeft echter slechts de betekenis van een voorstel. Uit de provinciale plannen wordt op landelijk niveau een nationaal plan opgesteld. Het is niet te verwonderen, dat een en ander tot nu toe nog weinig concreets heeft opgeleverd. Meer zou verwacht mogen worden van een beslissingssituatie waarbij de provincies binnen een algemeen kader zelf tot beslissingen zouden kunnen komen, welk zij dan voor het grootste deel aan de „beslissingscentrales” van de regio’s zouden kunnen delegeren. De motivatie zou daarmee belangrijk worden vergroot. Tevens zou een werkelijke decentralisatie van beslissingsmacht in het geding zijn, iets waar grote behoefte aan bestaat.

Het lijkt niet onmogelijk, dat de regio nog te groot is voor een werkelijk betrokken zijn van producent en consument bij de planning. Men zou dan kunnen overwegen de regio in enige districten in te delen en aan deze districten in de daarvoor geldende „beslissingscentrales” binnen een regionaal kader beslissingsmacht te delegeren. Een dergelijke gradatie van beheerssferen staat in Groot-Brittannië op ingevoerd worden in de National Health Service, jammer genoeg met weinig zeggingsmacht ten aanzien van de planning.

## Besluit

Het stelsel van de gezondheidszorg is ingewikkeld en lang niet overal duidelijk afgetekend. Het was dan ook geen eenvoudige taak om er de plaats van wat „maatschappelijke gezondheidszorg” heet, maar wat ik liever eerste echelons-gezondheidszorg noem, in aan te geven. Dit is des te moeilijker omdat de omstandigheden voortdurend en snel veranderen en het stelsel en zijn onderdelen zich telkens dienen aan te passen. Ik heb getracht om de eigenheid van de functie van het eerste echelon te onderstrepen, omdat vandaag de dag zoveel vaagheden opgeld doen.

Aan het eind van mijn verhaal zou ik nog eens willen stellen, dat wij allen in de gezondheidszorg goede functionarissen moeten zijn, maar ook altijd méér. Wij moeten onze plaats waard zijn op grond van de vereiste specifieke kennis en kunde, maar iedere werker in de gezondheidszorg moet

óók steeds in degene die zich om hulp tot hem wendt de medemens erkennen. Dat is de zin van het ter beschikking staan, de kern van de charitas. Als functionaris moet men, om geloofwaardig te zijn, binnen de grenzen van eigen kennis en kunde blijven; als medemens moet men bereid zijn meer te doen.

Troost en steun zijn broodnodig. Zij zijn echter niet te professionaliseren. Wel moet het eigen kennen en kunnen de kennis omvatten van de topografie der nevengebieden, zodat men in staat is de hulpzoekende de weg te wijzen naar degene, die voor *zijn* nood de meest geëigende hulpverlener is. Op deze wijze kan men komen tot wat Prof. Mertens in een

van de laatste nummers van Katholieke Gezondheidszorg aangaf als het doel: een „in al zijn onderdelen op elkaar afgestemde gezondheidszorg en welzijnszorg ten bate van de mens in zijn eigen milieu”, zonder tot branchevervaging over te gaan en ongeloofwaardig te worden. Laat ieder op zijn eigen plaats, doch ten eerste bereid tot samenwerking, op de oude vraag: „Ben ik mijns broeders hoeder?” volmondig met „Ja” kunnen antwoorden zonder aan de vrijheid van die broeder afbreuk te doen. Zo zullen naar mijn heilige overtuiging het Wit-Gele Kruis en de functionarissen ervan hun plaats in de samenleving tot in lengte van jaren waard blijven.

## Hartrenwagens uitgeteld

De Utrechtse G.G.D. heeft de proef met twee zogeheten cardulances — ook wel „hartrenwagens” genoemd — per 15 juli gestaakt. De dienst nam de wagens begin 1971 in gebruik. Aan de proef is, in elk geval voorlopig, een eind gekomen omdat de manier waarop de cardulances tot nu toe werden gebruikt niet leidde tot een duidelijk waarneembaar verschil in sterftecijfer tussen patiënten die met een hartrenwagen waren vervoerd en patiënten die in een normale ambulance naar het ziekenhuis waren gebracht.

Volgens de Utrechtse G.G.D. is de proef vooral mislukt, doordat de meeste hartpatiënten — vooral degenen die nog nooit een hartaanval hadden gehad — veel te laat de huisarts inschakelden. Iemand met een hartinfarct zou eigenlijk binnen het uur moeten worden geholpen; de helft tot driekwart van de patiënten die aan een hartinfarct sterven overlijdt in de eerste twee uur na de aanval.

Sinds voorjaar 1971 vervoerde de Utrechtse G.G.D. in totaal 650 acute hartpatiënten, van wie de helft per cardulance en de andere helft met een gewone ziekenauto. De mortaliteit was bij beide wijzen van vervoer ongeveer even groot, bij de cardulances mogelijk zelfs iets groter.

De Nederlandse Hartstichting (die de aanschaf van de cardulances en de daarbij behorende apparatuur financierde en een belangrijk aandeel had in de verdere begeleiding van het project) is tot de voorlopige slotsom gekomen, dat de taak van de cardulance in feite even goed en bovendien goedkoper kan worden overgenomen door de defibrillator.

De Nederlandse Hartpatiëntenvereniging noemt de hartrenwagen — tweemaal zo kostbaar in aanschaf en viermaal zo kostbaar in exploitatie als een gewone ambulance — „gewoon veel te duur”.

Intussen piekert men in Utrecht over de vraag, op welke manier een vroegere alarmering zou kunnen worden bereikt. De G.G.D. heeft er zelfs een extra arts voor aangetrokken. Bij deze dienst verwacht men niet eerder heil van de hartrenwagen dan wanneer de patiënt zijn schroom en angst om zijn arts te bellen overwint.

## Promoties

*E. A. Baarsma* promoveerde aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Vestibulo-oculaire reflexen bij het konijn”. Promotor: Dr. H. Collewijn.

*H. J. P. Beerstecher* promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De ileo-rectale anastomose bij de chirurgische behandeling van colitis ulcerosa”. Promotor: Prof. Dr. M. Vink.

*L. M. H. Bremers* promoveerde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De condylus mandibulae in vitro. Een vergelijkend cytologisch en historisch onderzoek naar de groei van de condylus mandibulae van de rat in vivo en in vitro”. Promotores: Prof. Dr. H. S. Duterloo en Prof. Dr. F. P. G. van der Linden.

*Mej. C. L. D. Ch. Bruins* promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De arteriële pool van het hart. Wisselwerking tussen bloedstroom en hart-vaatstelsel, getoetst aan enkele aangeboren hart-vaatgebreken”. Promotor: Prof. Dr. H. A. Snellen.

*P. M. H. G. Buytaert* promoveerde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Laparoscopie in de gynaecologie”. Promotores waren: Prof. Dr. J. L. Mastboom en Prof. Dr. E. V. van Hal.

*M. R. Daba* promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De synthese van glomerulus basaal membraan bij ratten”. Promotores waren: Prof. Dr. J. de Graeff en Prof. Dr. A. A. H. Kassenaar.

*A. A. de la Fuente* promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot

doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Acute slijmvlieslaesies van maag en duodenum bij kinderen jonger dan zes jaar”. Promotor was: Prof. Dr. A. Schaberg.

*J. Heijlman* promoveerde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Voorkomen en werking van sialidase in hersenen”. Promotor was: Prof. Dr. H. K. Oosterhuis, co-promotor: Dr. P. A. Roukema.

*R. F. van Hoof* promoveerde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Enlargement of the Coronoid Process, with special reference to the trismus-pseudocampyloclactyly syndrome”. Promotor was: Prof. Drs. C. A. Merckx.

*F. A. J. van Hussen* promoveerde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Electrogoniometrie van de knie, een klinische kinesologische studie”. Promotor was: Prof. Dr. G. Chapchal.

*Th. S. Kapteyn* promoveerde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Het staan van de mens. Fysische en fysiologische aspecten van de stabilometrie.” Promotor was: Prof. Dr. G. de Wit, co-promotor: Dr. H. Schneider.

*W. Konijnendijk* promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Insuline en bloedeiwitten. Een onderzoek naar insuline-binding aan serum-eiwitfracties bij het rund en de mens”. Promotor was: Prof. Dr. P. R. Bouman.

*W. Leene* promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Homing of lymphoid cells”. Promotores waren: Prof. Dr. H. Langevoort en Mevr. Dr. W. van Iterson.

*A. P. Pieron* promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „The mechanism of the first carpometacarpal (CMC) joint; an anatomical and mechanical analysis”. Promotor was: Prof. Dr. J. M. F. Landsmeer.

*H. S. Postuma* promoveerde aan de Universiteit van Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Parabiosis and tumor growth. An experimental investigation”. Promotor was: Prof. Dr. I. Boerema.

*A. de Ruigh* promoveerde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Milieufactoren en gezondheidsbeleving. Een onderzoek naar relaties tussen enkele milieufactoren in werk en gezin en disharmonieklachten bij een aantal mannen”. Promotor was: Prof. Dr. A. Th. L. M. Mertens.

*P. J. Stijnen* promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Groningen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Waarnemingen over de pathogenese van de ziekte van Werlof. Een analyse van de betekenis van geneesmiddelen en andere exogene factoren bij thrombocytopenische purpura”. Promotor was: Prof. Dr. H. O. Nieweg, co-promotor: Prof. Dr. E. Mandema.

*H. Tideman* promoveerde aan de Universiteit te Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Vestibulum plastiek met het vrije mucosa tansplantaat”. Promotor was: Prof. M. Hut.

*I. van der Waal* promoveerde aan de Vrije Universiteit te Amsterdam tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Het tongcarcinoom”. Promotores: Prof. Dr. R. Donner en Prof. Dr. W. A. M. van der Kwast.

# Observatie van alle in het ziekenhuis geboren zuigelingen door de kinderarts?

door Mr. A. Draaisma, secretaris van de sectie Ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuisraad

## 1. Inleiding

In Medisch Contact nr. 22 (1973) 28, blz. 661 e.v., merkt Dr. A. J. J. de Bruin in „Verloskunde in Nederland” op, dat een neonatus het recht heeft om in de eerste week door een kinderarts eenmaal te worden geobserveerd (blz. 663). Bij kennisneming daarvan vroeg ik mij af in welke omvang deze uitspraak moet worden geïnterpreteerd. Gezien het kader waarbinnen de uitspraak werd gedaan, neem ik aan dat zij bedoeld is voor ziekenhuisbevallingen. Bevallingen dus in ziekenhuizen, kraamklinieken en verloskundige centra. Daarnaast neem ik aan dat de uitspraak geldt zowel voor ziekenhuisbevallingen op medische indicatie als voor ziekenhuisbevallingen zonder medische indicatie. Als derde vooronderstelling ga ik er vanuit dat De Bruin geen nuancering in zijn uitspraak wenst aan te brengen al naar gelang onder wiens leiding de partus plaats vindt, te weten vroedvrouw, huisarts, dan wel gynaecoloog. Ik noem deze vooronderstelling zo expliciet, omdat de uitspraak, aldus begrepen, kraamvrouw, kinderarts en ziekenhuis met een stuk honoreringsproblematiek confronteert, dewelke uitvoering van het recht van iedere zuigeling om door de kinderarts te worden geobserveerd in de weg staat.

## 2. Het honorariumprobleem

Controle van in het ziekenhuis geboren, ogenschijnlijk gezonde zuigelingen, wordt namelijk in de regel noch door het ziekenfonds, noch door de particuliere ziektekostenverzekeraar vergoed. De kinderarts, in de regel toch al niet overbetaald, zal derhalve pro deo genoemde observaties moeten verrichten.

Ik kreeg met deze problematiek te maken middels de volgende casus. In een bepaald ziekenhuis vond, onder leiding van een vroedvrouw, een normaal verlopende bevalling plaats, waarna moeder en ogenschijnlijk gezonde zuigeling na tien dagen uit het ziekenhuis werden ontslagen. Enige weken later echter vernam de moeder op het zuigelingenbureau dat het kind een hartafwijking had. De kinderarts die haar dit vertelde was dezelfde als die, welke aan het ziekenhuis, waar de bevalling plaats gevonden had, verbonden was. De desbetreffende ouders verweten daarop het ziekenhuis, dat het tekort geschoten was: men had de hartafwijking ter plaatse dienen te constateren.

Door deze ervaring wijs geworden verzocht de directie van het ziekenhuis de aldaar werkzame kinderartsen ook de schijnbaar gezonde zuigelingen te observeren. Men moest echter constateren dat noch ziekenfondsen, noch particuliere ziektekostenverzekeraars bereid waren het uit de controle van de kinderarts voortvloeiende honorarium te vergoeden.

## 3. Het verwachtingspatroon van kraamvrouw en familie bij een ziekenhuisbevalling

Sinds de dissertatie van Lapré<sup>1</sup> weten we dat veiligheid en zekerheid en goede zorg en hulp bij de kraamvrouwen die voor een ziekenhuisbevalling kiezen vaak belangrijke keuze-motieven zijn. Wat menigeen reeds voor zichzelf en diens omgeving kon constateren, heeft Lapré middels social research gestaafd. Hoewel genoemde keuzemotieven niet gedifferentieerd zijn naar moeder en kind, lijkt het niet onverantwoord aan te nemen dat zij in de belevingswereld der respondenten (de

ondervraagde kraamvrouwen) zowel voor henzelf als voor hun borelingen golden.

Het wekt bij mij dan ook geen verbazing dat de kraamvrouw uit bovengenoemde casus stelde dat het ziekenhuis c.q. het ziekenhuisgebeuren te kort geschoten was. Weliswaar had zij kunnen weten dat controle door de kinderarts normaal in het ziekenhuis van haar keuze niet plaats vond; zij had daar immers navraag naar kunnen doen. Dat de gehele ziekenhuisentourage in haar verwachtingspatroon veiligheid voor moeder en kind betekende, kan haar echter niet euvel worden geduid. Integendeel.

## 4. Omvang en aard van het probleem

Naast medische motieven zijn er, zo blijkt uit het bovenstaande, dus ook sociaal-psychologische redenen die ervoor pleiten een routine-observatie door de kinderarts in te voeren van alle in het ziekenhuis geboren zuigelingen, ook van de ogenschijnlijk gezonde (ogenschijnlijk, in de ogen van wie?).

Om enige indruk te geven van de omvang van het probleem zij opgemerkt dat in 1969 in 140 ziekenhuizen vroedvrouwen en in 145 ziekenhuizen huisartsen werden toegelaten voor het leiden van bevallingen<sup>2</sup>.

---

1. Lapré, R. M., Aspecten van marktanalyse met betrekking tot verloskundige diensten in Nederland, Uitgave Instituut voor Gezondheidszorg van de Katholieke Hogeschool Tilburg, 1972.

2. Overzicht van de gegevens van ziekenhuizen in Nederland over het jaar 1969, Verslagen en Rapporten Volksgezondheid nr. 10, Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1972, blz. 77 en 78.

Het totaal aantal ziekenhuisbevallingen bedroeg volgens het C.B.S. in 1970 ruim 100.000, dat is ruim 40% van het totaal aantal bevallingen. Ik vermeld de cijfers van toelating van vroedvrouwen en huisartsen omdat men zich kan voorstellen dat het onderhavige probleem met name speelt voor de zogenaamde risico-loze bevallingen, die niet onder leiding van een gynaecoloog verlopen. Uit gegevens van de Stichting Medische Registratie valt af te leiden dat dit ongeveer 20% van het totaal uitmaakt en dat er de laatste jaren van een toename sprake is (vooral van ziekenhuisbevallingen onder leiding van vroedvrouwen).

De cijfers verder terzijde latend, werpt zich de vraag op of het ziekenhuis aansprakelijk kan worden gesteld voor het niet onderkennen van afwijkingen van in het ziekenhuis geboren zuigelingen. Zonder daar al te zeer op in te gaan, lijkt het mij wel toe, dat het ziekenhuis, vanwege zijn algemene verantwoordelijkheid voor het ziekenhuisgebeuren, aan het toelaten van vroedvrouwen en huisartsen voor het leiden van bevallingen, bepaalde voorwaarden kan en moet verbinden. Met name de voorwaarde, dat alle aldus geboren zuigelingen door een aan het ziekenhuis verbonden kinderarts onderzocht moeten worden. Men komt dan echter te staan voor het reeds weergegeven honoreringsprobleem.

## 5. Is een routinecontrole preventieve dan wel curatieve geneeskunde?

Als een ziekenhuis een verplichte controle wil invoeren en, gezien de honoreringsproblemen met ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars, de kosten (dus inclusief het honorarium van de kinderarts) wil opnemen in de verpleegprijs, stuit het op het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (het C.O.Z.). Dit stelt zich op het standpunt dat controle van (ogenschijnlijk) gezonde zuigelingen door de kinderarts preventieve geneeskunde is. Opname van deze kosten in de verpleegprijs kan alleen geschieden wanneer het Verstrekkingen-besluit Ziekenfondsverzekering wordt gewijzigd in die zin, dat de controle als verstrekking wordt opgenomen.

Er zijn mij twee manieren bekend die wel door ziekenhuizen worden aangewend om dit probleem te omzeilen. De ene manier bestaat hieruit, dat boven het gedeelte van het „tarief voor bevalling zonder tussenkomst van een medicus”, dat door de kraamvrouw zelf moet worden betaald, aan de kraamvrouw een extra bedrag wordt gevraagd, zijnde het honorarium voor de kinderarts. Dit bedrag wordt dan door het ziekenhuis geïnd en aan de kinderarts doorbetaald. Daarnaast zijn er ziekenhuizen, die aan de kraamvrouw

zelf de keuze van al dan niet controle door de kinderarts laten en alleen in die gevallen waarin voor een controle wordt gekozen, ongeveer als hierboven beschreven handelen.

Het is duidelijk, dat ziekenhuizen, waar de kinderartsen in dienstverband werken, zoals de academische, ten deze minder problemen hebben.

De vraag waar het hier uiteindelijk om gaat, is mijns inziens de vraag of hier sprake is van preventieve — dan wel curatieve geneeskunde. Deze vraag wordt niet ingegeven omdat zij in de medische praktijkvoering relevant zou zijn, maar omdat zij bepalend is voor hetgeen al dan niet onder de werkingsfeer van de Ziekenfondswet kan worden gebracht. Bij de beantwoording ervan moet men zich afvragen wat de inhoud van het routine-onderzoek dient te zijn en of het ook gericht moet zijn op de zuigelingen die in de thuissituatie ter wereld zijn gebracht (zie de inleiding). Niet alleen onder de kinderartsen dient een zekere communis opinio terzake te bestaan, maar ook onder vroedvrouwen, huisartsen en gynaecologen. Het lijkt mij met name niet uitgesloten dat, terecht of ten onrechte, dat laat ik in het midden, onder de huisartsen protesten zullen rijzen als zij hun eerste echelonsrol terzake van pasgeborenen verliezen.

Juni 1973

## PRAKTIJKPERIKELLEN

*(Korte door artsen geschreven signaleringen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.)*

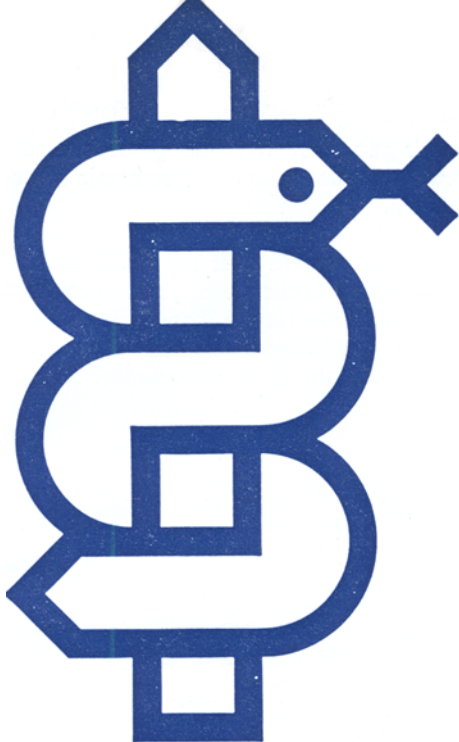
### Wie moet dat betalen?

*Af en toe krijgt de huisarts bericht over een wetenschappelijk onderzoek waar een van zijn patiënten aan deelneemt. Zo kan er bijvoorbeeld een collega zijn die geïnteresseerd is in psoriasis en de huisarts verzoekt hem patiënten met deze*

*ziekte te sturen. Of een farmaceutische industrie wil een nieuw middel voor reumatoïde artritis proberen en laat door de meewerkende specialist een aantal patiënten daarvoor naar poliklinieken komen.*

*Bij dergelijke onderzoeken wordt nooit gerept over de kosten. Wie betaalt het verzuim? Wie betaalt het taxivervoer van de slecht lopende patiënt?*

*Het lijkt logisch dat de belanghebbende betaalt en niet stilzwijgend het ziekenfonds. De huisarts aan wie akkoordverklaringen worden gevraagd zal er goed op moeten toezien, dat de rekening op de juiste plaats wordt gepresenteerd.*



# Medisch Contact

## Officieel

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411  
(tien lijnen).

**Dagelijks Bestuur** — Dr. A. E. Leuftink, voorzitter, Dr. J. L. A. Boelen, ondervoorzitter, W. van Bork, J. J. de Konink, Dr. R. Vermeer, F. N. M. Bierens (voorzitter L.H.V.), W. C. de Boer (voorzitter L.A.D.) en Dr. R. M. Versteegh (voorzitter L.S.V.).

**Secretariaat** — J. Diepersloot, secretaris-generaal; mej. L. M. C. van Dijk, chef de bureau; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz.

**Bureau voor waarneming en vestiging** — Van 08.00 tot 16.30 uur: mevr. M. A. Bosman-Fontijn en mej. J. A. M. de Graaf, tel. 030-885411; *uitsluitend* na 19.00 uur en in het weekend: mej. L. M. C. van Dijk, tel. 020-798984.

**Afdeling comptabiliteit** — J. A. Alst; Postgiro nummer der K.N.M.G. 58083; AMRO-bank nummer 45.64.48.969.

**Ledenregister** — H. G. Miermans (ook voor alle mutaties).

**Bureau buitenland** — Mr. H. A. Veenstra, directeur; mej. M. Th. van der Meulen, secretaresse.

**Stichting Ondersteuningsfonds** — H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223, postgironummer 111950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

**Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (L.A.D.)** — Mr. J. J. Witteveen, directeur; mevr. M. v. Brussel-Teunissen.

**Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.)** — Drs. H. J. van Zuiden, directeur; mevr. M. J. Blok, chef de bureau.

**Landelijke Specialisten Vereniging (L.S.V.)** — Mr. H. J. Overbeek, directeur; mej. G. A. C. Enzerink, secretaresse.

**Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten** — W. J. de Jager, secretaris; mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.

**Specialisten Registratie Commissie (S.R.C.)** — Dr. L. P. H. J. de Vink, secretaris; mevr. G. G. A. Brunger, secretaresse.

**College voor Sociale Geneeskunde** — W. J. de Jager, secretaris; mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.

**Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.)** — Dr. Y. van der Wielen, secretaris; mevr. H. van der Horst-Huussen, secretaresse.

**Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.)** — Drs. S. Duursma, directeur; mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse; stafmedewerkers: J. van Elzelingen Skabo-brun, Keizersgracht 259, Amsterdam, telefoon 020-229225; R. Th. van der Garderen, Klembergerweg 9, Epse-Gorssel, telefoon 05759-1825; E. J. M. Ghering, Leyparkweg 41, Tilburg, telefoon 013-432354.

**Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (S.B.A.)** — J. M. G. Hoes, directeur; mej. Mr. H. van Boxtel, directiesecretaris; telefoon 030-887021 en 885411.



## Verantwoording van giften

Het bestuur van het Ondersteuningsfonds deelt met grote dankbaarheid mede, dat gedurende het eerste halfjaar van 1973 aan giften en vrijwillige bijdragen in totaal is ontvangen f 1.404,—.

De gebruikelijke verantwoording onder codeletter luidt gespecificeerd als volgt: A f 200,—; B f 160,—; C f 25,—; D f 25,—; E f 194,—; F f 500,—; G f 100,—; H f 200,—.

De secretaris-penningmeester,  
H. Frese, arts

## MC | VAN DE S.P.M.S.

### Kort verslag

*Kort verslag van de vierenvestigste bestuursvergadering d.d. 17 mei 1973 van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten in het gebouw van de Maatschappij te Utrecht.*

Het beleggingsvoorstel van de directeur is door de Financieel Economische Raad besproken en aangevuld. Dit voorstel wordt door het bestuur goedgekeurd.

Tevens besluit het bestuur om onderhandse geldleningen op te nemen in de besloten beleggingsclub van de Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfonds Artsen volgens een waarderingssysteem dat in overleg met de adviserend accountant en de actuaire is vastgesteld.

De voorzitter brengt verslag uit van een bespreking die op 8 mei 1973 is gevoerd door de voorzitters van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen en de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten met een delegatie van de Artsen-Onderlinge over het af te sluiten contract in verband met de verzekering van het invali-

diteitsrisico. Ook is gesproken over de procedure, die gevolgd zal worden bij alle andere reglementair voorgeschreven keuringen.

Het bestuur uit zijn bezorgheid over het uitblijven van de verplichtstelling van de collectieve pensioenregeling voor medische specialisten. Met de Landelijke Specialisten Vereniging zal worden overlegd of maatregelen kunnen worden genomen om dit te bespoedigen.

## MC | PERSONALIA

### Nieuwe leden

S. O. Amaechi, de Weezenhof 65-48, Nijmegen  
Mevr. G. v. Beek-Verbeek, Nijenheim 22-65, Zeist  
L. J. Berlijn, Opaalstraat 8, Leiden  
L. K. W. Beukman, Langestraat 36, Den Briel  
Mevr. M. ten Bruggencate-Bruynen, Oranjelaan 14A, Rotterdam  
B. L. v. Brussel, v. Slingelandtlanen 107, Woerden  
Mevr. A. van Buul-v. Randeraat, Groenstraat 41, Oisterwijk  
Mevr. W. H. L. Chin A Paw-Van Wijk, 1e Binnenvestgracht 16, Leiden  
J. Damen, Loeff Bergmakerstraat 9, Utrecht  
E. P. ten Donkelaar, Wagendwarsstraat 59, Utrecht.  
Mevr. J. Doorgeest-Bongenaar, Burg. Reigerstraat 55D, Utrecht  
A. H. Franken, A. v. Spangensingel 1, Rotterdam  
L. M. van Gemert, Zuiderdiep 200, Valthermond  
Mevr. H. M. L. F. Groenendijk-Bemelmans, Weezenhof 82-49, Nijmegen  
M. de Haas-De Bie, Menno ter Braaklaan 81, Delft  
A. A. Hart, Lange Kerkdam 54, Wassenaar  
A. Hartgers, Kerkstraat 20, Monnickendam  
A. K. van der Heide, Spoorbaanstraat 42, Glanerbrug  
J. A. M. Hoskam, Rochussenstraat 131, Rotterdam  
M. de Koomen, Boergoensevliet 82, Rotterdam  
J. van de Laar, van Hogendorplaan 26, Woerden  
S. F. Lindeboom, Tj. Wagenaarstraat 17, Drachten  
P. J. A. M. Niers, Weezenhof 84-62, Nijmegen  
G. H. Ooms, Merelstraat 81, Leiderdorp  
H. P. J. M. Platenburg, Zilvermewuilaan 6, Leidschendam  
Dr. J. Rechsteiner, Regentesselaan 30, Hilversum  
H. J. v. Riel, Santhorst 147, Leiderdorp  
W. M. F. Ritzen, Past. v. Eysstraat 26, Ulestraten  
K. Schoe, Zijdelweg 61, Uithoorn  
C. J. M. Schrama, Marienpoelstraat 23, Leiden  
J. P. M. Schweers, Smitshoekseweg 204, Rotterdam  
P. J. W. Soetekouw, Maassluisstraat 50, Amsterdam  
P. Spoelstra, J. F. Kennedylaan 39, Drachten  
C. Spreeuwenberg, Madeliefstraat 8, Berkel-Enschot  
A. J. H. Staatsen, Boslaan 21, Montfoort  
A. G. Swart, Schoolstraat 10, Yde (Dr.)  
P. T. Thung, Hooigracht 81-2, Leiden  
F. C. M. Touw, Morskade 14A, Leiden  
L. Trouwborst, Oranjestraat 5, Vreeswijk  
M. C. S. van der Vegt, Karel Doormanlaan 85, Utrecht  
S. G. L. v. d. Vegt, Marumplantsoen 15, Arnhem  
C. J. L. R. Vellenga, Schubertplantsoen 19, Voorschoten  
P. C. v. Voorst Vader, Prinsengracht 758, Amsterdam  
D. A. A. van de Wedden, Grote Beukelaar 30, Heino  
J. H. Wegman, Oldenzaalsestraat 131, Enschede  
D. van den Wijngaard, van Brakellaan 28, Hilversum

## INHOUD-OFFICIEEL

No 31 - 3 augustus 1973

Van het Ondersteuningsfonds:	
Verantwoording van giften .....	916
Van de S.P.M.S.:	
Kort verslag .....	916
Personalìa:	
Nieuwe leden .....	916