



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

EEN JOURNALISTIEK DERAILLEMENT

Een — om het zwak uit te drukken — onaangename bijkomstigheid tijdens het op 7, 8 en 9 oktober i.l. te Rotterdam gehouden ledencongres der Maatschappij Geneeskunst bood de N.R.C.-Handelsblad-editie van vrijdag 8 oktober. De krant bracht als eerste bericht op de voor-

pagina onder het alarmerend opschrift „Universitaire artsen verlaten de Maatschappij” de mededeling, dat ongeveer twintig voornamelijk te Groningen in het universitaire milieu werkzame artsen voor het lidmaatschap der Maatschappij hebben bedankt. Bij verdere lezing van het bericht werd duidelijk dat een Groningse internist de informator van het blad was geweest — hij werd sprekende ingevoerd — en aansluitend op deze door het blad gebrachte sensatie kon men dan van een blijkbaar door de voorzitter der Maatschappij Prof. Dr. Th. Vossenaar daarop gegeven direct commentaar kennis nemen.

Deze berichtgeving is voor Prof. Vossenaar aanleiding geweest tijdens zijn zaterdagmorgen in de slotzitting van het congres gehouden rede spontaan een passage in te laten, waarin hij zijn diep misnoegen kenbaar heeft gemaakt over de toegepaste journalistieke vormgeving aan wat het blad kennelijk als hoogste nieuws van de dag beschouwde. De voorzitter deed duidelijk uitkomen dat de bereidheid van Maatschappij-kant om in open communicatie te staan met de pers bezwaarlijk is te handhaven wanneer dat wordt gehonoreerd op een wijze, als waarvan nu blijkt was gegeven.

Wat was het geval? Prof. Vossenaar heeft tijdens het congres een uur weten te reserveren voor een gesprek met de journalist E. J. Boer van genoemd blad. Daarbij is velerlei algemeen organisatorische problematiek ter sprake gekomen en is van de zijde van de interviewer ook gevraagd naar de zienswijze van de voorzitter op het in Groningen gevoelde onbehagen jegens de Maatschappij. Daarbij bleek dat de journalist uitging van de premisse dat er in het noorden een massale actie gaande zou zijn tegen de Maatschappij, hetgeen werd rechtgezet door Prof. Vossenaar, die de journalist duidelijk

16e JAARGANG — No. 42 — 22 OKTOBER 1971

INHOUD

Een journalistiek deraillement	1087
Arts en Fiscus	1089
„Het denken van de heemeester”	1091
Ziekenhuizen te duur	1093
Jaarverslag 1970 Centraal Orgaan Zieken- huistarieven	1094
Studieloopbaan studentengeneraties 1954- 1957 en 1961-1963	1095
Nascholing Huisartsen Teleac	1096
Minister Stuyt over psychiatrische zieken- huizen	1097
Brieven in de Bibliotheek van de Maat- schappij (XXI)	1099
Minister Stuyt beantwoordt vragen over praktijkvoering door huisartsen	1101
<i>Van de Commissie van Beroep:</i> Jaarverslag 1970	1103
<i>Van de S.G.R.C.:</i> Jaarverslag 1970	1104
<i>Van de P.C.D.:</i> Erkende opleidingen	1105
<i>Van het Centraal Bestuur L.A.D.</i> Kort verslag bestuursvergadering van 10 september 1971	1106
<i>Van het Centraal Bestuur L.H.V.:</i> Ledenvergadering van 19 november uit- gesteld tot 3 december a.s.	1107
<i>Uit de afdelingen:</i> Abortus provocatus medicinalis, prakti- sche consequenties, van een enquête ..	1108
Personalia	1111
Brieven aan de redactie	1112
Varia	1113

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

Colofon op bladzijde 1114

voorhield dat het hier ging om een groep van één of twee tientallen leden. Daarna zijn in de zin van algemene beschouwingen enkele aspecten van de problematiek te dezer zake aan de orde gekomen en heeft Prof. Vossenaar doen uitkomen dat hij enige tijd geleden persoonlijk naar Groningen is gegaan om daar in een ontmoeting met de betrokkenen hun bezwaren te leren kennen. Prof. Vossenaar heeft eveneens in algemene zin ook een schets gegeven van moeilijkheden, die kunnen ontstaan wanneer in dienstverband werkende specialisten worden ingedeeld — in bepaalde gevallen indruisend tegen hun individuele visie daarop — bij de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband. Duidelijk is zijnerzijds naar voren gebracht dat de grote differentiatie in verbintenissen, waarbinnen artsen werkzaam kunnen zijn, een zeer gespreid patroon van belangen en verlangens aan het takenpakket van de L.A.D. toevoegt en om de journalist duidelijk te maken hoe veelsoortig de groeperingen binnen de L.A.D. zijn, is in dit voortkabbelende gesprek ter adstructie het woord „vergaarbak” gevallen, maar noch in toon noch in sfeer van dit ontspannen informatieve gesprek is dat woord als wezenlijke kenschets, nog minder als denigrerende kwalificatie gebezigd.

Voor ons, die het gesprek hebben bijgewoond, is het een duistere zaak waarom deze aanduiding uit de kontekst is gelicht en op een vermoedelijk bij vele lezers ergernis wekkende wijze in het toch al hevig ten detrimente van de Maatschappij gepubliceerde bericht Prof. Vossenaar in de mond is gelegd. Daarnaast is 's voorzitters beschouwing over de altijd noodzakelijke bezinning op een goede relatie van de Maatschappij met haar leden in het bericht doorgekomen alsof nu eerst en alleen op grond en tengevolge van Groningse acties een kritische opstelling binnen de Maatschappij ten opzichte van haar structuur zou zijn gevolgd.

De journalist heeft, zo is gebleken, geen afstand willen doen van zijn onjuiste premisse dat Groningen revolteert, zij het dat hij dan van Prof. Vossenaar heeft overgenomen dat het om één of twee tientallen gaat — hij heeft de twee tientallen gekozen. Hij heeft voorts, zonder het voornemen daartoe kenbaar te maken uit dit goedmoedelijke gesprek, waarbij een ervaren persman zou hebben aangevoeld wat achtergrondinformatie was en wat niet, het over Groningen handelende fragment afgezonderd als een directe commentaar op zijn sensationeel bericht, laat staan medegedeeld dat hij dit bericht ging lanceren.

Vandaar dat Prof. Vossenaar in zijn rede op zaterdagmorgen extemporeerde en op grond van deze recente ervaring de vraag opwierp of de bereidheid aan Maatschappij-kant tot open communicatie met de pers wel steeds adequaat wordt gehonoreerd. Dat 's voorzitters misnoegen appelleerde aan een vermoedelijk meer algemeen onbehagen over kwalijke publiciteit bij zijn toehoorders, mocht onmiskenbaar worden afgeleid uit het tussentijdse applaus na de inlassing van bedoelde passage, waarmee duidelijk te kennen werd gegeven dat men begrip had voor de door Prof. Vossenaar uitgesproken ontstemming.

Tussen het door Dr. Z. Nauta als Maatschappij-voorzitter in 1968 tijdens het ledencongres te Groningen gevoerde pleit voor openbaarheid en het nu gehouden congres te Rotterdam liggen binnen een betrekkelijk korte spanne tijds vele momenten van twijfel omtrent het antwoord op de vraag of bereidheid tot open gesprek aan journalistieke kant gelijkwaardige reciprociteit geniet. Voor het nu voorgevallene te Rotterdam moet het antwoord op die vraag ontkennend luiden.

v.M.

Nobelprijs geneeskunde

De Nobelprijs voor geneeskunde gaat dit jaar naar de Amerikaan Dr. Earl Sutherland, hoogleraar in de fysiologie aan de Vanderbilt Universiteit te Nashville, Tennessee. Dr. Sutherland kreeg de prijs voor zijn ontdekking in 1960 en de experimentele bewijsovervoering daarvan in later jaren, dat het cyclisch adenosine monosulfaat (AMP) moet worden beschouwd als de schakel tussen hormonen en de regelsystemen in de organismen die zij beïnvloeden. Niet alleen ontdekten Dr. Sutherland c.s.l., dat cyclisch AMP fungeert als „tweede boodschapper” van het hormoon, in 1965 toonden zij aan dat de stof ook voorkomt in bacteriën, waarvan tot dan werd aangenomen dat zij geen behoefte hadden aan hormonale activiteiten. Nadat de stof ook in andere eencellige organismen was gevonden, kon kortgeleden worden aangetoond dat het cyclisch AMP een belangrijke rol speelt bij de reacties en de aanpassing van cellen op hun omgeving. Een en ander werpt een nieuw licht op de etiologie van met hormonale defecten verband houdende ziekten als cholera en suikerziekte.

Naweeën van het Kasstelsel

Door Mr. L. Wolfsbergen

1. Voor de medicus als vrije beroepsbeoefenaar is het „kasstelsel” — dat wil zeggen het stelsel, waarbij alleen rekening wordt gehouden met de in elk jaar ontvangen en uitgegeven bedragen — als winstbepalingsstelsel in zijn algemeenheid niet toelaatbaar, evenmin als voor andere vrije beroepsbeoefenaren. Deze conclusie werd ook door de fiscus getrokken uit de ontwikkeling van de rechtspraak van de Hoge Raad in de zestiger jaren, culminerend in de arresten van 7 december 1966 en 6 maart 1968 (M.C. 1968/5).

In zijn bekende aanschrijving van 3 mei 1968 (M.C. 1968/20) heeft de staatssecretaris van Financiën zijn ambtenaren opgedragen de daarvoor in aanmerking komende belastingplichtigen te dwingen tot overgang op een stelsel van winstberekening, waarbij tevens zowel de aan het einde van het jaar gedeclareerde, maar nog niet geïnde vorderingen als ook de wel declarabele, maar nog niet gedeclareerde vorderingen tot de winst van het betreffende jaar worden gerekend.

In het jaar, waarin voor het eerst de winst volgens het vereiste stelsel — het zgn. „omzetstelsel” — wordt bepaald, ontstaat een eenmalige extra-winst ten bedrage van de gedeclareerde en declarabele vorderingen. Op deze extra-winst, normaliter in feite gegroeid in een reeks van jaren als gevolg van het toenemen van de geldomzet van de praktijk, is op verzoek het zgn. bijzonder tarief van minimaal 20% en maximaal 40% van toepassing.

Tot degenen, die volgens de staatssecretaris het kasstelsel mochten blijven toepassen, behoorden de oudere beroepsbeoefenaren, voor wie de neerlegging van de medische praktijk in zicht was. Naar aanleiding van de onder meer in Medisch Contact geuite ongerustheid over de aantrekkelijkheid van deze „tegemoetkoming” werd in de aanschrijving aan de inspecteurs van 26 februari 1968 duidelijk gesteld dat ook ten aanzien van de oudere beroepsbeoefenaren het standpunt moest worden ingenomen dat zij op het omzetstelsel dienden over te gaan, tenzij de belastingplichtige zelf zou verzoeken om het kasstelsel te mogen blijven volgen.

De ontwikkelingen rond het kasstelsel zijn in M.C. op de voet gevolgd; derhalve willen wij aan de naweeën aandacht schenken, ook al zijn wij ons bewust dat de praktische waarde veelal niet groot zal zijn.

2. In het jaar waarin tot stelselwijziging wordt overgegaan, wordt de extra-winst volgens het bijzonder tarief belast. De vraag is of de extra-winst

omvat de gedeclareerde en declarabele vorderingen bij het *begin* van het boekjaar dan wel die bij het *einde* van het boekjaar. Met andere woorden: wordt de in het jaar van stelselwijziging plaatsvindende toeneming van de gedeclareerde en declarabele vorderingen belast volgens het normale progressieve tarief of volgens het bijzondere tarief. In geval van toeneming der vorderingen is het einde van het jaar als beslissende datum gunstiger dan het begin van het jaar.

Voorbeeld

Vorderingen en declarabele bedragen:

per 1-1-1967	f 30.000,—
per 31-12-1967	f 36.000,—
In 1967 ontvangen bedragen	f 100.000,—

Er zijn twee mogelijkheden:

- I. De progressief te belasten winst omvat de in 1967 ontvangen bedragen, in casu f 100.000,—. Volgens het bijzonder tarief wordt belast het totaal van de vorderingen en declarabele bedragen per ultimo 1967, zijnde f 36.000,—.
- II. De progressief te belasten winst omvat de in 1967 ontvangen bedragen plus de toename in 1967 van de vorderingen en declarabele bedragen, zijnde f 100.000,— — f 6.000,— = f 106.000. Volgens het bijzonder tarief wordt belast het totaal van de vorderingen en declarabele bedragen per begin 1967, zijnde f 30.000,—.

In beide mogelijkheden wordt f 136.000,— belast; hoe groter het gedeelte dat volgens het bijzonder tarief wordt belast, des te voordeliger voor de medicus.

Noch in de jurisprudentie, noch in de aanschrijvingen van de staatssecretaris is een duidelijk standpunt van rechter of fiscus te onderkennen, al gaat de rechtspraak in de richting van het begin van het jaar als beslissende datum. Uit ervaring is ons bekend dat sommige inspecteurs akkoord gaan met het einde van het jaar als moment ter bepaling van de extra-winst, terwijl andere inspecteurs uitsluitend van het begin van het jaar willen weten. Naar onze mening is verdedigbaar dat het gaat om de vorderingen aan het einde van het jaar, in gevallen waarin door de fiscus, in afwijking van de gedane aangifte, bij de aanslagregeling rekening wordt gehouden met gedeclareerde en declarabele vorderingen; zou de fiscus slechts de vorderingen

bij het begin van het jaar als extra-winst in aanmerking nemen en de toeneming in het jaar tot de normale winst rekenen, dan betekent dit immers dat in feite de vorderingen aan het einde van het vorige jaar worden belast; indien over het vorige jaar reeds een definitieve aanslag was opgelegd, wordt door deze handelwijze als het ware en ten onrechte teruggelaten op het onherroepelijke karakter van een definitieve aanslag.

Bij een vrijwillige en in de aangifte te verwerken overgang naar het omzetstelsel komt het ons voor dat de toeneming van de vorderingen wel tot de normale jaarwinst dient te worden gerekend.

3. De huisarts die weigerde genoeg te nemen met belastingheffing over de extra-winst volgens het bijzondere tarief en aan de inspecteur enige — in redelijkheid voor deze laatste niet aanvaardbare — tegenvoorstellen had gedaan, kwam van een koude kermis thuis. Het Gerechtshof te 's-Gravenhage oordeelde dat onder genoemde omstandigheden de extra-winst belast moest worden volgens het normale progressieve tarief (B.N.B. 1970/196). Het bij voorbaat kansloos te achten tegensputteren had als enig resultaat dat deze huisarts toepasselijkheid van het bijzonder tarief verspeelde.

4. Dat niet alleen een belastingplichtige zoals de huisarts het tot een in wezen overbodige procedure kan laten komen, maar dat ook een inspecteur in dit opzicht een scheve schaats kan rijden, blijkt uit een uitspraak van het Gerechtshof te Arnhem d.d. 22 april 1971 (gepubliceerd in Weekblad voor Fiscaal Recht 5045). Niet alle medici/vrije beroepsbeoefenaren berekenden in het verleden hun winst volgens het kasstelsel. Zo was er een medicus die wel reeds rekening hield met de verzonden, doch nog openstaande declaraties. Ook hij moest naar het omzetstelsel toe en maakte daarbij een extra-winst als gevolg van het in één keer tot de winst rekenen van de declarabele maar nog niet gedeclareerde bedragen.

De inspecteur las de aanschrijving van de staatssecretaris d.d. 3 mei 1968 zo letterlijk als hij maar kon: daar onze medicus niet het kasstelsel volgde, had hij volgens de inspecteur geen recht op het bijzonder tarief over de extra-winst. Het Hof maakte korte metten met de visie van de aanslagregelaar: zowel doel en strekking der aanschrijving benevens de redelijkheid gebiedt de uit de stelselwijziging voortvloeiende belastingheffing overeenkomstig het in de aanschrijving van 3 mei 1968 bepaalde te verzachten. Uiteraard is het gunstige tarief, dat geldt voor de van het kasstelsel afgedrongen medicus, ook van toepassing voor de medicus die voortaan niet meer een, naar fiscale maatstaven gerekend beter, stelsel — al was het nog geen omzetstelsel — mag toepassen. Onzes inziens hadden zowel de inspecteur als de medicus c.q. diens adviseur met één telefoontje naar het departement uitsluitel in de door het Hof besliste zin kunnen krijgen, waardoor deze procedure niet nodig ware geweest.

5. De maatschappelijke verhoudingen laten somtijds een simplificatie, in de zin dat een arts hetzij als vrije beroepsbeoefenaar hetzij in dienstbetrekking werkzaam is, niet toe. Het Hof te Arnhem werd geconfronteerd met de volgende feitelijke situatie, die leidde tot de uitspraak van 29 januari 1971 (F.E.D. Inkomstenbelasting 1964 art. 9:38).

De belanghebbende, A te noemen, is als arts-anesthesist krachtens dienstbetrekking werkzaam in het Universiteitsziekenhuis in de rang van wetenschappelijk hoofdmedewerker; behalve A zijn er nog vier andere artsen in dezelfde rang en functie werkzaam. Alleen Prof. X heeft van de universiteit het recht gekregen een particuliere praktijk uit te oefenen. Hij heeft A en de andere medewerkers toegestaan te delen in de inkomsten van zijn praktijk. De rekeningen worden uitgezonden ten name van de staf Anesthesiologie; betaald wordt op een bankrekening op naam van Prof. X en de medewerkers. Geen hunner kan het saldo opeisen zonder toestemming van de anderen. Het batig saldo wordt maandelijks volgens een verdeelsleutel verdeeld, te weten Prof. X 25, A en de anderen ieder 15%, en naar ieders girorekening overgemaakt.

A. gaf zijn aandeel aan als winst uit de onderneming en volgde daarbij het kasstelsel; de inspecteur had bezwaren. Het Hof overwoog dat A voordeelen genoot uit hoofde van de door Prof. X met A en de andere artsen getroffen regeling. A. oefent geen eigen praktijk uit en is evenmin een maatschap aangegaan. A kan krachtens het contractueel vastgelegde aan het einde van het jaar geen recht doen gelden op vorderingen, die op dat moment nog niet zijn voldaan. Zou worden aangenomen dat A zelfstandig een praktijk uitoefent, dat zou in deze situatie de winst volgens het kasstelsel mogen worden aangegeven, daar A geen rekening behoeft te houden met vorderingen waarop hij geen recht heeft. Zou echter worden aangenomen dat A niet als zelfstandige werkzaam is, dan zou hij inkomsten uit arbeid buiten dienstbetrekking genieten; volgens de wet zijn dergelijke inkomsten belastbaar zodra zij ontvangen of verrekend zijn dan wel vorderbaar en inbaar zijn; en daarvan was geen sprake, zodat belastbaarheid pas mogelijk is in het jaar van ontvangst door A van zijn aandeel. Het Hof stelde mitsdien A in het gelijk, ook al liet het Hof in het midden welk rechtskarakter aan de verhouding tussen A en Prof. X moet worden toegekend.

Het berechte geval leert dat er altijd wel uitzonderingssituaties kunnen zijn, waarin toch het kasstelsel is toegestaan; zo'n uitzonderingssituatie doet zich voor in geval een niet in dienstbetrekking praktiserend medicus krachtens een contractuele verhouding met een collega, aanspraak heeft op een gedeelte van betaalde declaraties. Prof. X moet natuurlijk wel het omzetstelsel toepassen; daar hij contractueel slechts recht op zijn aandeel in de te innen vorderingen heeft, zal hij 25% van de uitstaande vorderingen en de declarabele bedragen tot zijn praktijkwinst dienen te rekenen.

„HET DENKEN VAN DE HEELMEESTER”

Inaugurele rede van Prof. Dr. P. Wittebol

Op maandag 4 oktober jl. hield Prof. Dr. P. Wittebol, gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht en benoemd om onderwijs te geven in de heilkunde, zijn inaugurele rede, getiteld: „Het denken van de heelmeeester”. Uit die rede laten wij hier enige passages volgen.

„In Erasmus' dagen werd het beoefenen van de heilkunde beschouwd als een handwerk, zo men wil als een kunstambacht. En ook nu nog stelt men zich bij het woord chirurg niet de eerste plaats een denker voor, doch iemand die zijn handen gebruikt en met instrumenten werkt. Ook in het onderwijs in de heilkunde en bij de opleiding tot chirurg staat niet de scholing van het denken op de voorgrond, maar ligt het accent op het oefenen van het waarnemingsvermogen door demonstraties en instructies en op het ontwikkelen van technische vaardigheden. Bij nadere beschouwing blijkt deze opvatting van de chirurgie een onvolledige, die zoal geen wijziging dan toch wel aanvulling verdient. De beoefening van de heilkunde wordt namelijk bepaald en beheerst door het denken. Aan dit denken in de heilkunde nu, wil ik hier enige aandacht schenken.

„In eerste instantie zou men kunnen menen, dat het denken van de chirurg zich voornamelijk beweegt op gebieden die betrekking hebben op het menselijk lichaam, dat wil zeggen in voorstellingsbeelden van anatomische verhoudingen, pathologische processen en technische ingrepen. De heilkunde, zo zou men kunnen veronderstellen, is in dit opzicht de volstrekte tegenpool van de psychiatrie. Een chirurgische behandeling zou niet bestaan in het spreken met de patiënt doch de chirurg zou slechts iets doen aan, in of met het lichaam van de patiënt en dan vaak nog terwijl deze in een bewusteloze toestand verkeert. Het is dan ook geen wonder dat de opvatting kon ontstaan, dat het eigenlijke werk van de chirurg bestaat uit een manipuleren aan een substraat, een werkzaamheid die men oneerbiedigerwijs soms vergelijkt met het handelen van ambachtslieden als horlogemakers en slaggers. Deze voorstelling van zaken is echter geheel bezijden de waarheid. Het wezenlijke van de heilkunde, ook dat van het technisch-diagnostische en therapeutisch handelen, ligt niet in de ambachtelijke sfeer doch in die van het beschouwelijke denken, welk denken zich bovendien voornamelijk met relaties van immateriële aard blijkt te moeten bezighouden.”

Prof. Wittebol lichtte zijn gedachten toe aan de hand van een viertal aspecten van de dagelijkse praktijk van de heilkunde: 1. de wijze waarop de epicritische beoordeling van heilkundige ingrepen tot stand komt; 2. de betekenis van het ziek of gewond zijn van de chirurgische patiënt; 3. de actualiteit van de maatschappelijke verantwoordelijkheid van de chirurg; en 4. de voortschrijdende ontwikkeling van de heilkunde.

Ingaande op het eerste punt stelde de nieuwe hoogleraar vast: „De geschiedenis van de geneeskunde kan ons leren, dat de patiënt zijn geneesheer nimmer uitsluitend heeft beoordeeld op grond van de daadwerkelijke resultaten die de arts met zijn behandeling wist te bereiken. Er is altijd waardering voor de geneeskunde geweest, ook in de tijd dat de arts vrijwel machteloos stond tegenover ziekten en kwalen. De waardering die de patiënt voor een behandeling aan de dag legde, berustte in hoge mate op het gehele gedrag van de arts ten opzichte van de patiënt en niet uitsluitend op het resultaat van het medisch technisch kunnen. De patiënt waardeerde zijn arts in de eerste plaats omdat hij gehoor vond en begrip voor zijn lijden en voorts omdat hij vertrouwde naar beste weten en kunnen te worden behandeld. In wezen is deze relatie ook thans nog dezelfde, immers het vertrouwen in de genees- en heilkunde blijkt niet te worden geschokt indien het weten en kunnen van de medische professie tekort schiet en de gezondheid van de patiënt niet herstelt of zijn leven niet kan worden behouden. Een voorbeeld uit recente tijd van deze houding is de actie van de hartpatiënten tegen het sluiten van de cardio-chirurgische afdeling van deze Universiteit. De kritiek richtte zich niet tegen de veronderstelde hoge mortaliteit bij hartoperaties, doch veel meer tegen het feit dat deze operaties niet konden plaatsvinden.”

In vroeger tijden, aldus de spreker was de waardering voor de genees- en heilkunde hoofdzakelijk gebaseerd op het oordeel van de patiënt: „De uitslag van de heilkundige ingreep werd in die dagen bepaald door de mate van tevredenheid van de patiënt met zijn behandeling. Soms kon het succes ook wel objectief worden aangetoond, doch dit bleef een uitzondering. Thans is de situatie anders geworden. In ons oordeel over het slagen van een heilkundige ingreep is het beslist niet uitsluitend de mate van tevredenheid van de patiënt die ons daarbij leidt. Wij willen en moeten tevens objectief kun-

nen vaststellen waarom een patiënt tevreden moet zijn. In zijn tevreden zijn brengt de patiënt tot uitdrukking, dat de hulp en zorg die hij heeft ontvangen inderdaad de hulp en zorg waren die hij zocht. Iedere medicus weet echter uit ervaring dat de patiënt soms niet tevreden is, ook al werd hij naar de stand van het medisch kunnen optimaal behandeld. De patiënt heeft dan blijkbaar toch niet de hulp gekregen die hij bewust of onbewust verwachtte. De reden van de teleurstelling van de patiënt met de behandeling kan daarin gelegen zijn, dat de chirurg zich uitsluitend of te zeer in zijn communiceren met de patiënt tot het vaktechnisch behandelen heeft beperkt. Men kan er daarom niet genoeg de nadruk op leggen dat elke medische handeling en behandeling een ontmoeting, een vorm van communicatie is."

Met betrekking tot de betekenis van het ziek of gewond zijn voor de chirurgische patiënt stelde Prof. Wittebol: „Het ziek zijn of gewond zijn waarmee een patiënt ons confronteert is altijd meer dan een toevallig of zinloos natuurgebeuren. Wij weten tegenwoordig, dat de patiënt ons in en met zijn ziek zijn iets te zeggen kan geven omtrent zijn geestelijke toestand en zijn levenssituatie. Een ziekte of een ongeval kan een noodsignaal betekenen, dat de arts er attent op moet maken dat hij zijn patiënt als een volledig mens in diens gehele maatschappelijke en geestelijke milieusituatie dient op te vatten en dienovereenkomstig dient te handelen. Zo ontkomt de chirurg er niet aan om zich af te vragen wat de zin van een ziekte of een ongeval zou kunnen zijn. Velen zijn echter van mening dat het niet op de weg van de arts en in het geheel niet op die van de chirurg ligt zich met de zin van het ziek of gewond zijn in te laten. Ik verwijs hiervoor naar het boekje van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst over de Medische Ethiek, waarin wij lezen: „Het is nu eenmaal niet de taak van de arts om een oordeel te vellen over de zin van het lijden of de zin van het bestaan zelf noch in het algemeen, noch wat betreft de betekenis die het kan hebben voor de persoon van de patiënt." In de praktijk blijkt deze ethische regel zijn geldigheid te verliezen. De aandacht die de chirurg aan zijn patiënt als volledig mens besteedt, is geen luxe of extra vriendelijkheid of bijzondere dienst aan de patiënt bewezen, doch die communicatieve aandacht is een noodzakelijk voorwaarde voor het instellen en uitvoeren van een adequate therapie. Zonder die aandacht, dat wil zeggen, zonder dit zich denkend verdiepen in de medemens, kan men ook als chirurg, zelfs bij de best denkbare behandeling voor onbegrijpelijke situaties worden gesteld." Na dit inzicht met een voorbeeld te hebben geïllustreerd, ging Prof. Wittebol verder:

„De chirurg heeft echter niet uitsluitend te maken met bijzondere gevallen. Hij wordt geconfronteerd met problemen van algemene aard zoals de botfractuur, de fractuur-patiënt in het algemeen en het on-

gevalsgebeuren. Indien dit laatste zoals bij het verkeersongeval massale vormen aanneemt, kan men zich afvragen of dit algemene probleem de chirurg ook iets te denken geeft dat de dagelijkse praktijk van zijn handwerk te boven gaat. Over de omvang van dit probleem moet men niet te licht denken. De 60.000 verkeers- en andere ongevallen die zich per jaar voordoen in Nederland nemen bijna de helft van de chirurgische bedden in grote klinieken in beslag. Zij betekenen een zware en in snel tempo toenemende belasting voor de heelkunde. In eerste instantie zal men geneigd zijn dit probleem te willen oplossen door nog meer geperfectioneerde E.H.B.O.- en ambulancediensten, het stichten van gespecialiseerde ongevalseklinieken (zoals er in het buitenland reeds zijn) en door het opleiden van gespecialiseerde teams van traumatologen. De chirurg die uitsluitend een dergelijke ontwikkeling zou willen nastreven schiet tekort in zijn maatschappelijke verantwoordelijkheid. De massale epidemie van ongevallen, zoals deze bijvoorbeeld door het gemotoriseerde verkeer wordt veroorzaakt, is niet in de eerste plaats een chirurgisch maar een maatschappelijk probleem, dat met beleidsmaatregelen op het gebied van de maatschappelijke gezondheidszorg moet worden aangepakt. De cholera heeft men in Europa uitgeroeid, niet door het opleiden van meer artsen of het maken van geneesmiddelen om de individuele patiënten te behandelen, doch door het aanleggen van waterleidingen en rioleringen.

„Het behoort tot de maatschappelijke plicht van de chirurg er telkens weer met nadruk op te wijzen, dat de samenleving niet kan volstaan met het bestrijden van de gevolgen van deze calamiteit, doch dat de dieper liggende socio-economische wortels van dit gebeuren moeten worden aangegrepen."

Over de ontwikkeling van de heelkunde tenslotte zei de nieuwe hoogleraar: „Deze ontwikkeling lijkt op het eerste gezicht een zuivere technische aan gelegenheid te zijn, die vooral de laatste decennien een vertekend aspect heeft gekregen vanwege het uitgebreide en gecompliceerde instrumentarium waarover de moderne heelkunde beschikt. De meest ingewikkelde chirurgische ingreep berust evenwel in principe op slechts twee fundamentele verrichtingen, te weten scheiden en verbinden, verrichtingen die men in vakterminologie kan noemen: klieven, hechten en zetten. De vraag wat de heelmeester met deze al of niet ingenieus geïnstrumenteerde technieken kan bereiken, zet ons wederom aan het denken. Het algemene doel van de chirurgische ingreep is altijd het herstellen of wijzigen van functies of gedragingen van bepaalde weefsels, organen of lichaamsdelen. Het chirurgisch ingrijpen vereist dan ook dat men inzicht heeft in de functies van de organen en orgaansystemen van het menselijk lichaam. Dit inzicht is gedurende vele eeuwen in de geneeskunde zeer beperkt en gebrekkig geweest. De denkbeelden omtrent de functies van het menselijk lichaam waren voornamelijk van

mechanistische aard in die zin, dat aan de fysische toestand van substanties, de beweging en mengverhouding van vochten een hoofdbetekenis werd toegekend. Ook de heekundigen konden het menselijk lichaam toen niet anders opvatten dan als een mechanisch reagerend systeem. Geleidelijk aan heeft het chirurgisch behandelen zich ontwikkeld in een richting waarbij men meer en meer rekening ging houden met de fysiologie van de organen en met de vorm-functie eenheid van het organisme." Aan het voorbeeld van de ontwikkelingen op het terrein van maagchirurgie liet de spreker zien, hoe het denken in de operatieve geneeskunde de algemene weg van het wetenschappelijke en wetenschapskritische denken volgt. Prof. Wittebol rondde zijn inaugurale rede af met te zeggen:

„Ontwikkeling (ook van die het heekundig denken) doet zich kennen als een ontwikkeling van onderscheid. Tevens wordt echter in een ontwikkelingsproces reeds duidelijk van welke aard het geheel is, dat zich ontwikkelt. Een beschouwing van de ontwikkeling van het denken in de heekunde moet ons daarom iets over de aard van dit denken zelf kunnen leren. Het chirurgisch denken blijkt zich, evenals al het denken, te karakteriseren door de wijze waarop het zijn object bepaalt. Bepaalt het zijn object, dat is het menselijk lichaam, als een mechanisch reagerend fysisch substraat, dan handelt de chirurg overeenkomstig deze bepaling. Ontdekt hij in het organisme fijnere structuren en niet uit-

sluitend langs mechanische weg te verklaren fysiologische functies, dan gaat hij bij zijn ingrepen overeenkomstig die inzichten te werk. Hij ontziet daarmee het orgaangedrag dat hij tracht te redresseren en te normaliseren. Men zou naar aanleiding van deze bepaling kunnen zeggen, dat de hand van de heelmeester niet verder kan reiken dan zijn begrip.

„Bij dit alles dient de chirurg zich tevens indachtig te blijven, dat hij in zijn operatief handelen met een medemens communiceert. De patiënt heeft zijn klachten aan de heelmeester kenbaar gemaakt en verder zegt het lichaam van de patiënt wat de chirurg te doen staat. Om het juiste antwoord te kunnen geven op het vraagstuk dat de patiënt hem voorlegt, moet de heelmeester de taal van het lichaam verstaan en moet hij begrijpen, dat en hoe de mens als geestelijk wezen zich in en als zijn lichamelijke presentieert. De organen en lichaamsdelen waarop de heelmeester zijn handwerk uitoefent hebben een uitdrukkingsfunctie. In deze organen en door middel van de functie van deze organen openbaart zich een ik, een medemens. Zo heeft het opereren daarom ook de betekenis van een te woord staan, en wie dit begrijpt zal met ons kunnen zeggen dat het mes van de heelmeester dieper reikt dan het vlees alleen. Deze taal wordt ons echter niet ingegeven door het mes, noch door de hand die het mes leidt, doch door het denken, door de bezinning op het handwerk."

Dr. J. H. M. Winters, voorzitter K.N.M.P.:

Ziekenhuizen te duur

Dat de ziekenfondspremie steeds hoger wordt ligt niet aan de hoogte van de medewerkershonoraria maar aan de buitensporige stijging van de ziekenhuiskosten en de constante uitbreiding van het verstrekkingspakket. Dit meent Dr. J. H. M. Winters, voorzitter van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie. Hij sprak deze mening uit aan het begin van de 116e Algemene Vergadering van de K.N.M.P., 6 oktober jl. te Utrecht. Hier de betreffende passage uit zijn rede:

„Het gehele ziekenfondswezen, en daardoor ook de positie van de medewerkers aan die ziekenfondsen, staat al enige tijd op de helling. Op tal van plaatsen wordt bekeken of dit Nederlandse systeem grondig moet worden veranderd c.q. dient te worden opgeheven. Een van de redenen, die tot deze bezinning hebben geleid, ligt in de steeds stijgende kosten van de geneeskundige verzorging, die zich o.a. uit in een steeds hoger wordende ziekenfondspremie. Ik zou toch met klem willen waarschuwen tegen het hanteren van de botte hakbijl — wat som-

migen willen — zonder uitgeplozen te hebben, waarop men gaat hakken. Want het staat als een paal boven water, dat het niet de honoraria der medewerkers zijn, die deze stijging veroorzaakt hebben. Een verhoging van de premie zou al gedurende een lange reeks van jaren nauwelijks nodig zijn geweest, als niet enerzijds de kosten van de ziekenhuisverpleging zo exorbitant waren gestegen en anderzijds het verstrekkingspakket niet voortdurend was uitgebreid.

„Het is in ieder bedrijf dat eerst normaal liep maar in moeilijkheden dreigt te geraken, een gewone gang van zaken dat eerst wordt vastgesteld welke sector voor deze ongunstige ontwikkeling verantwoordelijk is, teneinde maatregelen te kunnen nemen om deze sector te saneren. Nu is het gehele ziekenfondsbestel in de loop der jaren sterk in de politiek getrokken en het is moeilijk om aan de indruk te ontkomen, dat sommigen de ernstige problemen in een bepaalde sector van het ziekenfondswezen met graagte aangrijpen, niet om voor die sec-

tor een oplossing te zoeken, maar om door een totale verandering van het gehele systeem politieke winstpunten te boeken. Een oplossing die om politieke redenen wordt voorgesteld is daarom bepaald nog niet de meest voor de hand liggende of de meest efficiënte.

„De kosten voor de totale gezondheidszorg — ik zei het al eerder — zijn in de loop der jaren verhoudingsgewijs zeer sterk toegenomen en vormen voor de staatsburger een risico dat hij moeilijk individueel kan dragen. De A.W.B.Z. heeft dit ten dele opgevangen. De roep om een algemene volksverzekering, om een soort National Health Service volgens Brits model, wordt duidelijker gehoord. Voor velen

waarschijnlijk een drank met een bittere smaak. Maar ook hier schijnt men, met elke dag een theelepeltje, aan die bittere smaak te gaan wennen. Toch zou ik — als bescheiden toeschouwer — met nadruk erop willen aandringen, dat men allereerst de bron van de moeilijkheden, de kosten van de ziekenhuisverpleging, isoleert, en dan vervolgens de kosten per verzekerde voor en de kwaliteit van de extramurale hulp in ons land eens gaat vergelijken met wat in andere landen te zien is.”

De jaarrede van de K.N.M.P.-voorzitter kan men in haar geheel vinden in het Pharmaceutisch Weekblad van 8 oktober 1971.

Jaarverslag 1970 Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven

Verschenen is het jaarverslag 1970 van de Stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven. In de inleiding leest men onder meer:

„Aangenomen kan worden dat de totale omzet van de intra-murale gezondheidszorg in Nederland in 1970 de grens van 3 miljard gulden heeft overschreden. Dit houdt in: een beslag op 3% van ons nationaal inkomen. Tegen deze achtergrond behoeft het toenemend aantal publikaties over de kosten van onze gezondheidszorg — en de daarop volgende commentaren — geen verbazing te wekken. In deze publikaties vallen twee uiteenlopende tendensen te bespeuren. In de eerste gedachtengang valt de volgende ondertoon te beluisteren: „Onze gezondheidszorg voldoet glansrijk aan de maatstaf van een internationale vergelijking, qua kwaliteit en qua kosten. We geven een groter deel van ons nationaal inkomen uit aan minder urgente levensbehoeften; er is dus voorshands geen reden een probleem te maken van de kostenstijging.”

„De tweede stroming kenmerkt zich door de volgende opstelling: „De gezondheidszorg vormt een der collectieve behoeften. Het deel van ons nationaal inkomen, dat collectief besteed wordt, is aan grenzen gebonden. We staan voor grote taken op het gebied van de collectieve behoeftebevrediging; de besteding van middelen in de gezondheidszorg moet daarom afgewogen worden tegen de andere collectieve bestedingscategorieën.

„De eerste stroming geeft meer een momentopname en heeft in zeker opzicht gelijk, getuige ook het ontbreken van parlementaire en buitenparlementaire oppositie tegen het huidige kostenniveau van de gezondheidszorg. Tegen de achtergrond echter van de steeds sterkere aandrang van vele kanten om een groter deel van de nationale middelen te besteden aan de preventieve gezondheidszorg, met inbegrip van de milieuhygiëne in de breedste zin des woords, lijkt het dat de tweede stroming iets meer op de zich aftekenende ontwikkeling inspeelt.”

Elders in de inleiding tot dit jaarverslag wordt nog het volgende betoogd:

„De huidige conjuncturele problematiek in ons land tendeert er sterk naar het probleem van de groei van collectieve bestedingen en sociale verzekeringen voor de komende regeringsperiode centraal te stellen, het lijkt ons misleidend hierin ook geen structureel element te herkennen op langere termijn. De komende invoering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen toont reeds aan, dat men via een nationale planning in principe de ontwikkeling niet de vrije loop wil laten. Legt de Wet ziekenhuistarieven het Centraal Orgaan reeds maatschappelijke verantwoordelijkheid op, de inschakeling van het Centraal Orgaan bij de uitvoering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen zal deze maatschappelijke verantwoordelijkheid accentueren. In het licht van het voorgestelde meent het Centraal Orgaan dan ook dat de uitvoering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen niet in een isolement mag plaatsvinden. Een dergelijke planning zal ingebed moeten worden in een duidelijk meer omvattend algemeen sociaal-economisch beleid. Samenspel tussen de centrale overheid en het College Ziekenhuisvoorzieningen, met inschakeling van het Centraal Planbureau en andere adviesinstanties, lijkt dringend gewenst.”

Ten besluite van de inleiding wordt dan gezegd:

„Een aanvang is gemaakt met een meer wetenschappelijke aanpak van de problematiek via de mede door de overheid gestimuleerde en gedeeltelijk ook gefinancierde onderzoeken door wetenschappelijke research-instituten. Daarvan vallen te noemen het recent geëntameerde econometrisch onderzoek door het Nationaal Ziekenhuisinstituut, het onderzoek door een efficiencybureau naar de arbeidssplitsing in de verpleging en enkele opdrachten aan universitaire instituten. Voorts talrijke studies omtrent de invoering van de computer op allerlei gebied, die overigens nogal gedecentraliseerd

plaatsvinden. Hoe belangrijk al deze onderzoeken ook zijn — en ongetwijfeld zullen de resultaten ervan een bijdrage kunnen leveren én aan de ontwikkeling van de gezondheidszorg én aan de kostenbeteugeling — hiermee zal niet volstaan kunnen worden. Er worden nu talrijke plannen voorbereid, die hun invloed op langere termijn op de kosten van de gezondheidszorg niet zullen missen, terwijl de analyse van de onderzoekresultaten en de vertaling hiervan in een beleid nog geruime tijd zullen vergen.

„Het moet van het grootste belang worden geacht dat allen, die bij de gezondheidszorg zijn betrokken, weten hoe zij zich binnen het macro-economische gebeuren van het heden en de toekomst moeten en kunnen opstellen. Dit mag als een recht

worden geclaimd, temeer als men zich bereid zal tonen de eigen autonomie aan een wijze zelfbeperking te onderwerpen. Indien de ontwikkeling zich in de toekomst langs andere wegen voltrekt, moet worden gevreesd dat te eniger tijd een schoksgewijze afremming zal worden afgedwongen. Vele investeringen, zowel in middelen als in mankracht, zullen dan niet meer op korte termijn rendabel kunnen worden gemaakt. De daarmee gemoeide bedragen zijn ontzagwekkend groot.

„Een economische planning voor de gezondheidszorg, vooreerst op middellange termijn, kan niet langer worden ontbeerd. Naar de mening van het Centraal Orgaan is hiermede de grootst mogelijke spoed geboden.”

Studieloopbaan studentengeneraties 1954-1957 en 1961-1963

Het Centraal Bureau voor de Statistiek heeft een aantal kerngegevens bijeengebracht welke de studieloopbaan en de studieresultaten van de studentengeneraties 1954-1957 en 1961-1963 na 13 respectievelijk 7 jaar beschrijven. Uit deze gegevens blijkt onder meer het volgende:

1. Voor de generaties 1954-1957 loopt het numeriek rendement voor het afsluitend examen in de oorspronkelijke faculteit bij de mannen uiteen van 47% (sociale en politieke wetenschappen) tot 83% (godgeleerdheid) en bij de vrouwen van 24% (sociale en politieke wetenschappen) tot 56% (rechtsgeleerdheid). Wanneer ook de positieve studieresultaten van de omzwaaiers in hun nieuwe faculteit worden meegeteld blijkt het totale rendement bij de mannen het laagst te zijn bij de economische wetenschappen (hogescholen) (53%) en het hoogst bij de godgeleerdheid (85%); bij de vrouwen zijn de uitkomsten respectievelijk 30% (sociale en politieke wetenschappen) en 59% (rechtsgeleerdheid).

2. Omzwaaien komt relatief het minst voor bij de economische wetenschappen (hogescholen), namelijk 4%, het meest bij de sociale en politieke wetenschappen (vrouwen 19%). Van de omzwaaiers voltooit bij de mannen ongeveer de helft de studie in de andere faculteit en bij de vrouwen circa een kwart tot een derde.

3. Het vertrek uit het wetenschappelijk onderwijs zonder dat enig examen met goed gevolg werd afgelegd verschilt aanzienlijk tussen de mannen en vrouwen. Bij de mannen ligt het tussen 8% (godgeleerdheid) en 32% (sociale en politieke wetenschappen) en bij de vrouwen tussen 17% (rechtsgeleerdheid) en 43% (sociale en politieke wetenschappen).

4. Met name ten aanzien van de mannen geldt voor alle faculteiten dat opgeven van de studie na een succesvol kandidaatsexamen weinig voorkomt.

5. Vergelijkt men de totale inschrijvingsduur van degenen die hun studie met succes voltooien in de oorspronkelijke of na omzwaaien in een andere faculteit, met de totale inschrijvingsduur van de totale generatie (d.w.z. inclusief degenen die hun studie staakten) dan vallen, evenals in de voorafgaande eerste drie conclusies, grote verschillen tussen de faculteiten op. Het „nuttig rendement” is voor de mannen het hoogst in de tandheelkunde (88%) en voor de vrouwen in de geneeskunde (67%); het is voor de mannen het laagst in de politieke en sociale wetenschappen (62%) en voor de vrouwen in de letteren (39%).

Uit een vergelijking van het studiepatroon van de generaties 1954-1957 en 1961-1963, elk na 7 jaar blijkt:

1. Het numeriek rendement voor het kandidaatsexamen in de oorspronkelijke of, na omzwaaien, in een andere faculteit afgelegd vertoont voor de verschillende faculteiten in het algemeen geen grote verschillen. Een opvallende uitzondering vormt aardrijkskunde, waar het rendement daalde van 77 tot 63%.

2. De mediane studieduur na 7 jaar voor het kandidaatsexamen verschilt tussen beide generaties vrijwel niet.

3. Vergeleken met de generatie 1954-1957 is het veranderen van studierichting (omzwaaien) in vele faculteiten toegenomen. Hetzelfde geldt ten aanzien van het vertrek uit het wetenschappelijk onderwijs zonder dat enig examen met succes werd afgelegd.

4. Het investeringsrendement vertoont tussen beide generaties per faculteit een wisselend beeld: bij de ene faculteit is het iets hoger, bij de andere faculteit iets lager, zonder dat sprake is van opmerkelijke verschillen.

Nascholing Huisartsen

TELEAC



In de periode van 25 oktober tot en met 20 november aanstaande zal de Stichting Televisie Academie Teleac wederom vier televisieprogramma's uitzenden in het kader van de serie „Nascholing voor huisartsen“. Het zijn programma's die in Engeland werden samengesteld en voor uitzending in Nederland speciaal van een ondertiteling werden voorzien. Elk programma wordt afgesloten met een gesprek met een op het desbetreffende gebied deskundig medicus van eigen bodem.

Dit zijn de onderwerpen en de uitzendtijden:

Pijn in de nek

Centraal is hier de bespreking van de cervicale spondylosis, maar ook minder frequent voorkomende aandoeningen krijgen in deze uitzending de aandacht.

Medewerker: Dr. J. Huisman, verbonden aan de Afdeling Infectieziekten van de G.G.D. te Rotterdam.

Uitzendtijden: maandag 25 oktober, na het laatste journaal, Ned. 1 zaterdag 30 oktober, 9.00 - 9.30 uur, Ned. 1 (herhaling).

Congenitale hartafwijkingen bij kinderen

Dit programma is vooral gericht op het herkennen van deze afwijking, op de diverse soorten congenitale hartaandoeningen en op de moderne behandelingsmogelijkheden.

Medewerker: Dr. C. Bruins, verbonden aan de Afdeling Cardiologie van het Academisch Ziekenhuis te Leiden.

Uitzendtijden: maandag 1 november, na het laat-

ste journaal, Ned. 1 zaterdag 6 november, 9.00 - 9.30 uur, Ned. 1 (herhaling).

Rubella tijdens de graviditeit

In dit programma wordt o.a. veel aandacht besteed aan de te volgen gedragslijn, wanneer een vrouw in de eerste maanden van de graviditeit met een rubella-patiënt in contact is geweest of vermoedelijk in contact is geweest. Een discussiepunt is ook de vaccinatie.

Medewerker: Dr. A. Cats, reumatoloog aan het Academisch Ziekenhuis te Leiden.

Uitzendtijden: maandag 8 november, na het laatste journaal, Ned. 1 zaterdag 13 november, 9.00 - 9.30 uur, Ned. 1 (herhaling).

Chronische diarree

Het doel van dit programma is een bijdrage te leveren tot het tijdig herkennen van de in het spel zijnde aandoening. Dit betekent dat een vrij groot aantal mogelijkheden in de differentiaal diagnostische overwegingen betrokken moeten worden, uiteraard op basis van nauwkeurig anamnestic en fysisch onderzoek.

Medewerker: Dr. O. J. ten Thije, gastro-enteroloog aan het Academisch Ziekenhuis te Utrecht.

Uitzendtijden: maandag 15 november, na het laatste journaal, Ned. 1 zaterdag 20 november, 9.00 - 9.30 uur, Ned. 1 (herhaling).

Jaarlijks worden er in ons land gemiddeld 7.500 kinderen geboren, van wie direct of na enige tijd wordt ontdekt dat zij meer of minder ernstig geestelijk gehandicapt zijn. Van alle Nederlanders zijn er omstreeks 300.000, of 2 à 3%, geestelijk minder valide. Ongeveer 80% van hen kan zich aangepast onderwijs en met een goede begeleiding in de begintijd veelal geheel zelfstandig in de maatschappij handhaven. De overige 20% is aangewezen op voorzieningen als internaten, dagverblijven, short stay homes, observatiecentra, gezinsvervangende

Nationale Collecte 1971 Geestelijk Gehandicapten

tehuizen etc. Binnen afzienbare tijd zullen nog vele plaatsingsmogelijkheden voor geestelijk gehandicapten moeten worden gecreëerd: de bestaande tehuizen en inrichtingen zitten nokvol. De kinderdagverblijven bijvoorbeeld bieden nu plaats aan 1.000 kinderen, het aantal benodigde plaatsen is volgens opgave van C.R.M. het zeventvoudige daarvan; de verhouding

tussen bestaande en benodigde plaatsen bij de dagverblijven voor ouderen is 2.400 : 8.000; de plaatsingsmogelijkheden in gezinsvervangende tehuizen zouden moeten worden opgevoerd tot 5.000, tegen 2.000 nu; voor de permanente verzorging van geestelijk minder validen in inrichtingen zijn momenteel 21.500 plaatsen beschikbaar, er zijn er 35.000 nodig. Naast overheidssubsidiëring blijft particuliere steun in de sector van de zwakzinnigenzorg geboden; daarom in de week van 25-30 oktober de Nationale Collecte Geestelijk Gehandicapten 1971.

Minister Stuyt over psychiatrische ziekenhuizen

Ter gelegenheid van het 100-jarig bestaan van het psychiatrisch ziekenhuis „Coudewater” te Rosmalen en de opening van het klinisch centrum van dat ziekenhuis hield de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Dr. L. B. J. Stuyt, een rede, waarvan wij hier het grootste gedeelte laten volgen:

„Ik weet, dat de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen vergeleken bij vele andere landen een progressieve koers varen. Wat echter nog steeds opvalt, zowel in het verleden als in het heden, zijn de grote aantallen zogenaamde chronische patiënten in de psychiatrische ziekenhuizen. In de Nederlandse ziekenhuizen — U kent waarschijnlijk de cijfers — wordt bijna 50% van de patiënten langer dan 10 jaar en 75 tot 80% langer dan een jaar verpleegd. De achterstand in behuizing, in de therapeutische aandacht, in de samenwerking met maatschappelijk werk is hier echter minder groot dan in de meeste andere landen. Daarom ben ik van mening, dat een onderzoek naar het verleden en een kritische blik op het heden ons tonen dat wij nog met veel onopgeloste en tot dusver bijna onoplosbare problemen te kampen hebben. Eén hiervan is de langdurigheid van de gemiddelde psychiatrische opnemings.

„Ik geloof werkelijk dat wij, ik doel hier op alle werkers in de psychiatrische ziekenhuizen in samenwerking met de beleidsfunctionarissen van de particuliere organisaties, de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en het Departement voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne, een nieuw begin moeten maken met ons beleid op het gebied van de intramurale behandeling van de psychiatrische patiënten. De les van het verleden en het heden toont mijns inziens aan, dat wij in de toekomst ons nog meer en sterkere inspanningen moeten getroosten.”

„De toekomst”, aldus de bewindsman, „zal moeten worden gekenmerkt door een aantal structurele vernieuwingen. Ik geloof dat de tijd hiervoor rijp is en ik zou u daarom willen uitnodigen om kritisch met mij mee te denken. De gewenste vernieuwingen laten zich denken op drie verschillende niveaus. In de eerste plaats betreffen zij het functioneren van de ziekenhuizen zelf, ten tweede de voorzieningen buiten de psychiatrische ziekenhuizen en ten derde het niveau van samenwerking en overleg van alle voorzieningen op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg op zowel regionaal als nationaal niveau.

„De noodzakelijke vernieuwing binnen de inrichting gaat er van uit, dat de psychiatrische ziekenhuizen een instrument moeten blijven in het totale pakket van de geestelijke gezondheidszorg. Ik stem

geheel in met de gedachten van de onlangs afgetreden staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, zoals hij deze heeft neergelegd in zijn nota betreffende de geestelijke volksgezondheid van 30 november 1970, dat de Nederlandse psychiatrische ziekenhuizen tot de beste van de wereld behoren, maar ik ben het ook met hem eens dat dit niet uitsluit dat het noodzakelijk is ons te bezinnen op de functie en de affectiviteit hiervan.

„Met name zal een krachtige aanpak van de revalidatie gewenst zijn. Het is uit onderzoeken bekend, dat psychiatrische patiënten in het algemeen minder zorg krijgen naarmate zij dieper gestoord of langer opgenomen zijn. Terwijl wij in de algemene gezondheidszorg graag spreken over en werken met het begrip „intensive care” bij de zeer ernstig zieke mensen, heeft het er de schijn van dat in de psychiatrie de neiging bestaat om vele van de moeilijkste en meest vervreemde patiënten medisch min of meer aan hun lot over te laten en soms zelfs te verwaarlozen. Ik bedoel natuurlijk niet dat zij er verwaarloosd bijlopen of dat zij in verwaarloosde ruimten worden ondergebracht, maar dat zij in therapeutisch opzicht te kort komen: dat hun een diagnose is toebedeeld en dat zij verder voorwerp zijn van in het algemeen humane, maar weinig op hun lijden gerichte zorgen van artsen, verpleegkundigen en andere krachten. Ik geloof dat wanneer er naar zou worden gestreefd de therapeutische aandacht voor de zogenaamde chronische patiënten te intensiveren, de tijdsduur welke het therapeutisch team aan een patiënt besteedt te vergroten en de verantwoordelijkheid van de patiënt ten opzichte van zijn of haar behandelingsprogramma te vergroten, dat op den duur de opnemingsduur van de chronische patiënt belangrijk kan worden verkort. Een goede uitbouw van de semi- en extramurale voorzieningen in nauw overleg met de psychiatrische ziekenhuizen zal terzelfder tijd geboden zijn.

„Vernieuwingen kunnen slechts dan effectief zijn wanneer zij voortdurend met onderzoek worden begeleid, zodat op ieder gewenst ogenblik het vernieuwingsprogramma kan worden bijgestuurd. In Nederland moet het evaluatie-onderzoek op dit terrein nog geheel worden begonnen. Enige jaren geleden heeft het Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid over dit soort onderzoek gerapporteerd. De geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid stimuleert zo veel mogelijk het op gang komen van deze onderzoeken. Het zou gewenst zijn, indien de ziekenhuizen zelf, gebruikmakend van het overzicht dat de overheid over het totaal heeft, een plan zouden ontwerpen dat in dergelijke onderzoeken voorziet. Wellicht is het mogelijk, nu de Nationale Ziekenhuis-

raad en het Nationaal Ziekenhuis Instituut zich in Utrecht hebben geconsolideerd, dat geld en energie vanuit dit centrale brein voor dit toch nog duidelijk achtergebleven deel van de gezondheidszorg worden vrijgemaakt.

„Een deel van de hiervoor genoemde wenselijkheden wordt wel aangeduid met de term „therapeutisch milieu”. Hoewel ik weet dat ten aanzien hiervan veel interpretaties en zelfs misverstanden mogelijk zijn, meen ik toch dat van mijn kant een krachtiger ondersteuning van de principes van het therapeutisch milieu op zijn plaats is. Dit milieu is bedoeld om met medische, para-medische en niet-medische middelen de zelfstandigheid en de vrijheid van de patiënt zo veel mogelijk intact te laten of te versterken, zodat hij zo min mogelijk patiënt wordt en daarmee zo min mogelijk wordt geïsoleerd ten opzichte van de maatschappij buiten het ziekenhuis. Mede dank zij onderzoeken van sociologische en sociaal-psychologische aard zijn wij gaan zien, dat de ideeën van het therapeutisch milieu niet alleen slaan op de individuele relatie behandelaar-patiënt, maar in feite consequenties hebben voor de gehele structuur en de opvattingen van alle betrokken werkers. Het blijken steeds meer jongeren te zijn in ons ziekenhuis die deze principes soms met kracht willen doorvoeren. Ik geloof dat hier ernstige aandacht aan moet worden geschonken.

„De vernieuwingen buiten de psychiatrische ziekenhuizen die noodzakelijk zijn, moeten vooral worden gezocht in het scheppen van nieuwe voorzieningen. Het is al vaak gezegd, dat de verkorting van de opnameduur in psychiatrische ziekenhuizen moet worden begeleid door de stimulering van extra- en semimurale voorzieningen. Daarom komt het mij zeer gewenst voor, dat vooral nieuwe voorzieningen voor dag- en nachtbehandeling en crisis-interventie en „eerste hulp-verlening” tot stand zullen komen. Ook in dit opzicht continueer ik gaarne het tot nu toe gevolgde beleid.

„Met de stimulering van deze extramurale en semimurale voorzieningen manifesteert zich een differentiatie in het totale pakket van voorzieningen. De verhoudingen verschuiven, er ontstaan meer relaties tussen de diverse voorzieningen en de graad van interactie en communicatie neemt toe. Anders gezegd: het systeem wordt ingewikkelder. Dit betekent, dat er nieuwe vormen van communicatie, overleg en besluitvorming nodig zijn. Zoals u weet zijn zeer onlangs reeds enige artikelen van de Wet zie-

kenhuisvoorzieningen in werking getreden, welke beogen de bouw en inrichting van inrichtingen aan een vergunning te binden. Het is u ook bekend, dat een volgende stap op de weg naar een samenhangend patroon van gezondheidsvoorzieningen zal zijn: de bevordering van de onderlinge relaties tussen diverse gezondheidsvoorzieningen. Met nadruk wil ik stellen, dat het er niet om is begonnen dat de overheid dwingend een organisatiepatroon zal opleggen. Het kan echter nodig zijn, dat de overheid stimulerend zal optreden. Maar de reikwijdte hiervan wordt thans nog volledig bepaald door de initiatieven die de gezondheidsvoorzieningen zelf treffen. Het zou een grote verdienste zijn van de psychiatrische ziekenhuizen, indien zij de tekenen van de tijd zouden verstaan en zouden meewerken aan de ontwikkeling van de hiervoor door mij genoemde intra-, semi- en extramurale aspecten, waartoe een voortdurend overleg tussen al deze voorzieningen gewenst en noodzakelijk is. Dat overleg zal de besluitvaardigheid ten aanzien van het tot stand komen van samenwerkingsvormen ten bate van lijdens aan geestesziekten kunnen versterken.”

De minister besloot: „Ik besef maar al te goed, dat vernieuwingen vaak ook veranderingen betekenen van gevestigde posities en opvattingen. De dagelijkse praktijk toont aan dat wij dan wel eens met weerstanden te maken krijgen. Er is evenwel geen alternatief: de ontwikkelingen schrijden voort en de belangen van de patiënten vragen om een voortdurende aanpassing van ons zorgsysteem.

„Ik ben van mening dat veel weerstanden kunnen worden opgelost of worden voorkomen door een tweetal maatregelen. In de eerste plaats zal er voortdurend aandacht moeten zijn voor de doelstelling van de geestelijke gezondheidszorg. Wanneer er een uniforme mening zou kunnen bestaan dat deze doelstelling inhoudt een behoud of herstel van de persoonlijke onafhankelijkheid, vrijheid en ontplooiingsmogelijkheden van individuen, dan brengt zo'n algemene doelstelling wellicht tegengestelde belangen tot elkaar. Een tweede maatregel kan bestaan uit een zoveel en zo deskundig mogelijk begeleiden van de veranderingsprocessen. Want ook al zijn wij het eens over de doelstelling, in de middelen lopen wij nog vaak uiteen. Het blijkt dan ook keer op keer dat de „resistance to change” kan worden overwonnen door zoveel mogelijk nu al voor te bereiden op de veranderingen en hierbij iedereen te betrekken die het aangaat. Democratisering is niet alleen een ethisch uitgangspunt, het is ook een beginsel van doelmatigheid.”

Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (XXI)

Een brief van Herman Boerhaave aan Johannes Jacobus Scheuchzer

De tekst van de latijnse brief luidt:

Viro claro, et nobili, Joanni Jacobo Scheuchzero
H. Boerhaave S.

Multa saepe accepi a te munera, in quibus spirabat singularis eruditio. Tuo quibus gratias ago; doleo, referre non posse. Audeo tamen offerre Tibi hunc libellum ea spe, ut benigne excipere velis. Licet enim suis haud quaquam naevis careat, praevideo interea, ut amicitiae pignus, haud displiciturum. Vale! Lugd. Bat. 17

17 - 12 20.
12

En de vertaling:

H. Boerhaave groet de beroemde en edele
Joannis Jacobus Scheuchzer.

Dikwijls heb ik vele geschenken van u ontvangen, waarin een bijzondere geest van wetenschappelijke ontwikkeling ademde. Hiervoor zeg ik u dank; het spijt mij dit niet te kunnen beantwoorden. Ik durf u echter dit boekje aan te bieden met de hoop, dat u het welwillend wilt ontvangen. Zekerlijk toegegeven dat het zijn fouten heeft, voorzie ik intussen, dat het als pand van onze vriendschap u niet onaangenaam zal zijn. Vaarwel! Leiden, 12 december 1720. Uit de brief blijkt niet welk boekgeschenk door Scheuchzer aan Boerhaave wordt aangeboden, evenmin met welk boekje Boerhaave recipieert.

Herman Boerhaave is in Voorhout geboren op 31 december 1668 en in Leiden overleden op 23 september 1738. In 1684 ging hij theologie en filosofie studeren, in 1690 promoveerde hij tot „magister philosophiae”. Pas daarna ging hij geneeskunde studeren en promoveerde hij daarin te Harderwijk in 1693. Hij vestigde zich te Leiden als arts, in 1701 werd hij lector aan de universiteit aldaar, in 1709 professor in de botanie en de geneeskunde. Later doceerde hij ook chemie. Boerhaave was een voortreffelijk clinicus en botanicus, ook was hij van grote betekenis voor het onderwijs door hiervoor een grote plaats in te ruimen aan het ziekbed. Vele buitenlanders bezochten zijn colleges. Van zijn publikaties moeten vooral genoemd worden de „Institutiones medicae” en de „Aphorismi”.

Johannes Jacobus Scheuchzer is 2 augustus 1672 in Zürich geboren. Hij studeerde in Altdorf en Utrecht en promoveerde in de laatstgenoemde plaats in 1694. In 1696 was hij stadsdokter in Zürich. In 1710 werd hij professor in de mathematica en ver-

volgens ook in de physica. Later was hij archiater en hij stierf op 23 juni 1733. Johannes Jacobus Scheuchzer was een groot natuuronderzoeker, die op allerlei gebieden veel heeft geschreven.

Dr. J. A. van Dongen

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Promoties:

P. J. W. Stoelinga te Nijmegen promoveerde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Over kaakkysten”. Promotores waren Prof. Drs. C. A. Merckx en Prof. Dr. P. H. M. Schillings.

M. A. Verschuyf te Delft promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „De ziekte van Crohn”. Promotor was Prof. Dr. J. F. Nuboer.

A. C. G. Wenink promoveerde aan de Rijksuniversiteit te Leiden tot doctor in de geneeskunde op een proefschrift getiteld: „Some details on the final stages of heart septation in the human embryo”. Promotor was Prof. Dr. J. Dankmeijer.

Benoemingen:

Dr. A. R. Bakker is benoemd tot gewoon hoogleeraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Leiden om onderwijs te geven in de medisch-biologische informatieverwerking.

Dr. G. Bras is benoemd tot gewoon hoogleraar in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht om onderwijs te geven in de algemene ziektekunde en de ziektekundige ontleedkunde, meer in het bijzonder de klinische orgaan- en weefselpathologie.

Dr. A. Eijgelaar is benoemd tot lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Groningen om onderwijs te geven in de thoraxchirurgie.

Dr. J. Kremer is benoemd tot buitengewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Rijksuniversiteit te Utrecht om onderwijs te geven in de algemene obstetrie en gynaecologie, in het bijzonder op het gebied van de fertiliteit en steriliteit.

Dr. G. Tijtgat is benoemd tot gewoon lector in de faculteit der geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam om onderwijs te geven in de gastroenterologie.

„ROUWPROCESSEN”

Voor belangstellende medici, huisartsen zowel als niet-huisartsen, zal op vrijdag en zaterdag 29 en 30 oktober 1971 in het Chemie Complex aan de Verlengde Wassenaarseweg te Leiden een cursus Medische Psychologie worden gehouden met als thema „Rouwprocessen”. Deze cursus, georganiseerd door de Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, sluit aan bij overeenkomstige cursussen van 1967 en 1969; net als toen werkten de Commissie voor Medische Psychologie van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie en het Nederlands Huisartsen Genootschap aan de totstandkoming van de leergang mee.

Het onderwerp, dat in lezingen en groepsbesprekingen aan de orde zal komen, is ditmaal de problematiek rondom rouw en verlating. Het herkennen van gedragingen, symptomen of syndromen die tot de zogenaamde rouwprocessen mogen worden gerekend, is voor de arts als begeleider van het gezin of van een gezinslid van groot belang, vooral met het oog op een gerichte causale behandeling. De deelnemers aan de cursus zullen de gelegenheid krijgen probleemgevallen uit eigen praktijk waarbij kan worden gesproken van een rouwproces naar voren te brengen in discussiegroepen die ad hoc werken volgens de Balintmethode. Zij kunnen zo vertrouwd raken met diverse factoren van het rouwproces, zoals reactieve agressie, onbegrepen protest al dan niet gecamoufleerde vormen van depressie en andere symptomen van psychische regressie, die erop wijzen dat in het leven van de betrokkene de basiszekerheid en de normale toestand van welbevinden zijn aangetast. De discussiegroepen zullen evenals in eerdere jaren functioneren met een psychiater als groepsadviseur en een huisarts als groepsleider. Aan de groepsdiscussies zal een beperkt aantal voordrachten voorafgaan.

Sprekers zijn: Prof. Dr. J. Bastiaans, hoogleraar in de psychiatrie aan de Rijksuniversiteit te Leiden („Verlating en rouw”); R. C. van Veldhuyzen van Zanten, huisarts te Enter („Het levenswerk van Michael Balint”); A. Th. Schweizer, kinderarts, directeur van de buitenkliniek van de afdeling Kindergeneeskunde van het Academisch Ziekenhuis te Leiden („Rouwprocessen bij ouders van kinderen”); A. Hustinx, zenuwarts, wetenschappelijk hoofdmedewerker in de Jelgersma-kliniek te Oegstgeest („Rouwprocessen in het gezin”); Dr. J. J. van Bork, zenuwarts, secretaris van de Commissie Medische Psychologie van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, Utrecht („Rouwprocessen bij kinderen”); en Prof. Dr. J. J. Sandler, bijzonder hoog-

leraar voor de toepassing van de psycho-analyse in de geneeskunde, verbonden aan de Rijksuniversiteit te Leiden („The psychoanalytic theory of depression, loss and mourning”). Als cursusleiders zullen Prof. Bastiaans en Dr. Van Bork optreden.

De cursus is in de eerste plaats bedoeld voor huisartsen en verder voor alle medici die op enigerlei wijze in hun praktijk worden geconfronteerd met de problematiek van de rouwprocessen. Vanwege het werken in groepsverband zal het aantal deelnemers tot om en nabij 200 moeten worden beperkt; inschrijving zal geschieden in volgorde van aanmelding.

Het cursusgeld, voor het begin van de leergang te storten op giro 507570 van de Rijksuniversiteit te Leiden, bedraagt f 50,— plus eventueel f 4,— voor de lunch. Verdere inlichtingen over de cursus „Rouwprocessen”, 29 en 30 oktober aanstaande in Leiden, geeft het secretariaat van de Boerhaave Commissie, Academisch Ziekenhuis, Leiden, tel. 01710-47222, toestel 2797.

Buitendienstmedewerkers van de O.L.M.A.

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

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

Minister Stuyt beantwoordt vragen over praktijkvoering door huisartsen

Minister Stuyt van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft antwoorden geformuleerd op schriftelijke vragen van het Tweede Kamerlid, de heer Baruch (D.S.'70), welke waren gesteld naar aanleiding van de gehouden enquête onder een aantal huisartsen inzake de praktijkuitoefening. Deze kwestie werd achtereenvolgens aldus behandeld:

Vraag 1: Heeft de minister kennis genomen van een enquête, waaruit blijkt dat van de 4.410 huisartsen die in ons land werkzaam zijn, slecht 95 praktijk uitoefenen in enig samenwerkingsverband, zoals groepspraktijk of gezondheidscentrum?

Antwoord: De resultaten van de bedoelde enquête zijn de ondergetekende ter kennis gebracht in een schrijven dd. 16 augustus 1971 van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Landelijke Huisartsen Vereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap. De tekst van deze brief is gepubliceerd in Medisch Contact van 20 augustus 1971.

Vraag 2: Is de minister bereid in overleg met de desbetreffende overheids- en belangenorganisaties te bevorderen, dat de huisartsengeneeskunde meer in de vorm van groepspraktijk en/of gezondheidscentrum wordt beoefend, overigens zonder hiermee de vorming van individuele huisartsenpraktijken te benadelen?

Antwoord: Zoals bekend zal zijn is de toenmalige staatssecretaris van den beginne af aan nauw betrokken geweest bij de ontwikkeling inzake groepspraktijken en gezondheidscentra en heeft hij deze ontwikkeling voor zover dit in zijn vermogen lag mede op gang helpen brengen. Op deze wijze is het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne betrokken bij experimentele groepspraktijken in Rotterdam, Utrecht, 's-Gravenhage, Apeldoorn, Stolwijk, Hoensbroek en Rhenen. Deze groepspraktijken ontvangen vergoedingen voor wetenschappelijke gegevens van praktijkenanalytische en epidemiologische aard. In het kader van de bijzondere opzet van de gezondheidszorg in de polder Oostelijk Flevoland is het ministerie tot aan de oprichting van de gemeente Dronten financieel betrokken bij de gezondheidscentra in Dronten, Swifterbant en Biddinghuizen. Voorts financiert het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne een door het Intagon te Amsterdam uit te voeren onderzoek ter evaluatie van groepspraktijken en gezondheidscentra. Een en ander is geschied in nauw overleg met het Praeventie-

fonds en huisartsenorganisaties. Het is de bedoeling het samenspel met deze organisaties op dit punt voort te zetten. De ondergetekende tekent hierbij aan dat hem geen specifieke middelen ten dienste staan en ook aan zijn ambtsvoorgangers nimmer ten dienste hebben gestaan voor de financiering van de extra-lasten die de oprichting en financiering van groepspraktijken en gezondheidscentra meebrengen. Hij is van mening dat in het kader van de structuur en de financiering van de gezondheidszorg in ons land een dergelijk overheidsfinanciering onjuist zou zijn. In dit verband wil de ondergetekende wijzen op de adviesaanvraag van de toenmalige staatssecretaris op 5 juni 1970 aan de Ziekenfondsraad, waarmee wordt beoogd in het kader van het honoreringsstelsel een gezonde financiële basis voor groepspraktijken veilig te stellen. Overleg hierover in de raad is nog gaande.

Vraag 3: Is de minister bereid in verband hiermee met lagere organen, zoals de gemeenten, contacten op te nemen ten einde hen op de verschillende problemen die met de vorming van groepspraktijken gepaard gaan te wijzen, waarbij te denken valt aan de uitgifte van grond voor de bouw, en aan het bespreken van de financiële aspecten van de groepspraktijken met de a.s. deelnemers?

Antwoord: Met betrekking tot de voorlichtende activiteiten aan lagere organen en aan a.s. deelnemers van groepspraktijken meent de ondergetekende dat hier een belangrijke taak ligt voor het Nederlands Huisartsen Instituut.

Vraag 4: Is de minister bereid te zijner tijd, bv. na verloop van een jaar, de vaste Commissie voor Volksgezondheid van de Tweede Kamer op de hoogte te stellen van de door hem in dit verband ondernomen stappen en van de resultaten die hiervan het gevolg zijn?

Antwoord: De ondergetekende zal gaarne t.z.t. hetzij in de begrotingsbeschikking hetzij langs andere weg hieromtrent inlichtingen verstrekken.

*
**

Ook op schriftelijke vragen van de leden van de Tweede Kamer, de heren Cornelissen (K.V.P.) en Dusardijn (K.V.P.), inzake de ontwikkeling van samenwerkingsverbanden tussen huisartsen, heeft mi-

nister Stuyt, mede namens de minister van Sociale Zaken, inmiddels geantwoord. Op de betreffende problematiek werd aldus nader ingegaan:

Vraag 1: Is het juist, dat de ziekenfondsen voor de onkostenvergoeding aan huisartsen — ook in het geval van samenwerking in een groepspraktijk of gezondheidscentrum — inschrijving van de ziekenfondspatiënten op naam van een van de artsen verlangen en dat inschrijving op een samenwerkende groep van artsen niet mogelijk is?

Antwoord: Deze vraag wordt bevestigend beantwoord. De geschetste situatie vloeit voort uit het sinds de invoering van de verplichte ziekenfondsverzekering geldende systeem van honorering van de huisartsenhulp. Overeenkomstig de thans tussen ziekenfondsen en huisartsen van kracht zijnde overeenkomsten worden deze huisartsen gehonoreerd door middel van een abonnementshonorarium, d.w.z. door middel van een bedrag per „ziel” per jaar, bestemd voor een deel als vergoeding van praktijkkosten en voor een ander deel als honorarium in engere zin. Een zodanig stelsel van abonnementshonoraria gaat in beginsel gepaard met een inschrijving van de verzekerde op naam van een door hem gekozen huisarts.

Vraag 2: Delen de ministers de mening, dat deze regeling belemmerend kan werken op de ontwikkeling van de samenwerking van huisartsen in groepspraktijken en gezondheidscentra, in het bijzonder wanneer het gaat om de samenwerking van een of meer nieuwe jonge artsen met (een) reeds gevestigde arts(en)?

Antwoord: De ondergetekende acht het niet uitgesloten, dat deze regeling een van de factoren vormt die belemmerend kunnen werken op de in de vraag genoemde ontwikkeling. Het is veelal een samenstel van factoren die een rol spelen bij het niet tot stand komen van groepspraktijken. Zulks moge ook blijken uit de brief, welke de Kon. Ned. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Landelijke Huisartsenvereniging en het Nederlands Huisartsen Genootschap op 16 augustus 1971 aan vele instanties, waaronder de vaste Commissie voor de Volksgezondheid van de Tweede Kamer, hebben gezonden.

Vraag 3: Mag worden aangenomen, dat ook dit

ADRESWIJZIGINGEN

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

Medische informatiekaart

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

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

aspect van de honoreringswijze behandeld wordt in het advies over groepspraktijken en gezondheidscentra, dat aan de ziekenfondsraad is gevraagd en wanneer verwachten de ministers dit advies?

Antwoord: Deze vraag wordt bevestigend beantwoord. In de bedoelde adviesaanvraag heeft de toenmalige staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid reeds gesteld, dat het honoreringssysteem in zijn verschillende componenten zo zal dienen te worden uitgewerkt, dat het niet aan de ontwikkelingen in de weg staat. De problemen die zich voordoen met betrekking tot de inschrijving op naam van huisartsen die samenwerken in een groepspraktijk, al dan niet deel uitmakend van een gezondheidscentrum, hebben reeds aanleiding gegeven tot uitvoerige gedachtenwisseling in de door de Ziekenfondsraad voor de bestudering van de evenbedoelde adviesaanvraag ingestelde commissie. Aangezien deze besprekingen nog niet zijn afgerond en nog detailstudies gaande zijn, kan niet worden verwacht dat het advies van de Ziekenfondsraad voor het einde van het jaar 1971 zal kunnen worden uitgebracht.

Vraag 4: Indien het antwoord op het eerste deel van de voorgaande vraag ontkennend luidt, zijn de bewindslieden dan bereid te bevorderen, dat wordt nagegaan of het gewenst is de bestaande regeling te wijzigen door ook inschrijving mogelijk te maken op een samenwerkende groep van artsen in een groepspraktijk of gezondheidscentrum, of anderszins?

Antwoord: Deze vraag behoeft geen beantwoording.

Verslag van de Commissie van Beroep voor de erkenning en registratie van medische specialisten over het jaar 1970

Op 1 januari 1970 was bij de Commissie van Beroep een nog in 1969 ingediend beroepschrift in behandeling. Dit beroepschrift is echter ingetrokken weshalve de behandeling daarvan is gestaakt.

In 1970 is voorts één beroepschrift ingediend. Dit beroepschrift is behandeld door een Kamer uit de Commissie bestaande uit de voorzitter, de ondervoorzitter, een lid-medicus benoemd door het hoofdbestuur van de Maatschappij, een lid-medicus benoemd door de medische faculteiten en een lid-jurist, benoemd door de ministers van Onderwijs en Wetenschappen en van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Zoals gewoonlijk was de Kamer dus samengesteld uit drie juristen en twee medici.

De behandeling heeft bestaan uit een schriftelijke voorbereiding waarbij de arts die het beroep had ingesteld dit beroep uitvoerig schriftelijk heeft doen toelichten door zijn advocaat, op welk stuk de Specialisten Registratie Commissie heeft gereageerd in een memorie van antwoord. Daarna hebben de arts — en zijn advocaat — alsmede de Specialisten Registratie Commissie in een zitting van de hierboven bedoelde Kamer van de Commissie van Beroep de gelegenheid gekregen mondeling hun respectieve standpunt nader uiteen te zetten, terwijl de Commissie van Beroep gedurende deze zitting aan de betrokkenen vragen heeft kunnen stellen. Deze procesgang is in de loop der jaren gebruikelijk geworden.

Vermelding verdient dat op verzoek van de arts die het beroepschrift had ingediend een getuige is gehoord en voorts dat de Commissie van Beroep in deze zaak ambtshalve de visitatiecommissie had opgeroepen ter zitting teneinde de Commissie van Beroep inlichtingen te verschaffen. De zaak betrof een arts die nog niet vijf jaar in het specialistenregister stond ingeschreven toen hij — na inmiddels tot hoogleraar te zijn benoemd — erkenning als opleider aanvraagde.

De te dezen van belang zijnde bepalingen uit het Besluit van het Centraal College houdende „Algemene eisen te stellen aan de opleiders van specialisten” luiden als volgt:

Art. B. 1. Voor de erkenning als opleider voor een erkend specialisme is vereist, dat de specialist ten minste vijf jaren voor dit specialisme in het register van erkende specialisten is ingeschreven, dan wel dat vaststaat dat hij ten minste vijf jaren tevoren voor inschrijving in aanmerking had kunnen komen.

Art. B. 3. De S.R.C. kan, gehoord het bestuur van de betrokken Landelijke Wetenschappelijke Specialistenvereniging, een specialist die niet aan bovenstaande eisen voldoet, als opleider erkennen op grond van diens bijzondere kwaliteiten.

De Specialisten Registratie Commissie achtte de

uitzonderingsbepaling van art. B. 3. op dit geval niet toepasselijk en weigerde dus de verlangde opleidingsbevoegdheid. De Commissie van Beroep was het hiermede niet eens. Op grond van al hetgeen de arts reeds had gepresteerd op het gebied van het betrokken specialisme was de Commissie van oordeel dat de arts wel degelijk beschikte over de bijzondere kwaliteiten waarvan artikel B. 3 — hierboven geciteerd — rept. Na te hebben overwogen dat de arts over de bedoelde bijzondere kwaliteiten beschikte, overwoog de Commissie dat deze bijzondere kwaliteiten ook erkenning hadden gevonden in de bekorting van de opleidingsduur en in zijn benoeming tot hoogleraar binnen anderhalf jaar nadat hij was ingeschreven in het register voor erkende specialisten.

Van de zijde van de Specialisten Registratie Commissie was nog aangevoerd dat aan het stellen van de termijn van vijf jaren in artikel B. 1. de gedachten grondslag ligt dat een specialist gedurende de eerste jaren na zijn inschrijving als zodanig wegens gebrek aan eigen ervaring — in het bijzonder in het nemen van ingrijpende beslissingen onder eigen verantwoordelijkheid die tevoren steeds door de opleider was gedragen — nog niet de juiste persoon kan zijn voor de overdracht van kennis aan specialisten in opleiding.

De Commissie van Beroep liet de juistheid van deze stelling in het midden, doch overwoog dat de arts in kwestie langdurig in de zogenaamde ontwikkelingslanden had gewerkt onder — naar van algemene bekendheid is — aanzienlijk moeilijker omstandigheden dan in Nederland, waardoor hij geacht mocht worden zich de vereiste ervaring en besluitvaardigheid te hebben verworven.

Nu de bepaling van artikel B. 3. een facultatief karakter draagt, diende de Commissie van Beroep nog de vraag te beantwoorden of enige reden zou bestaan de bepaling ondanks de gebleken bijzondere kwaliteiten niet op de arts toe te passen. De Commissie overwoog dat in deze richting niets was aangevoerd doch dat integendeel de erkenning om redenen welke in de beslissing nader zijn uiteengezet was gewenst. De Commissie vernietigde derhalve met toepassing van artikel B. 3. de beslissing van de Specialisten Registratie Commissie en verleende de arts opleidingsbevoegdheid in het betrokken specialisme.

Zoals reeds in het jaarverslag 1969 is vermeld is door het overlijden van Mr. D. Sanders een vacature in de Commissie ontstaan. De voorzitter heeft aan de betrokken ministers een voorstel tot vervulling van deze vacature gedaan, doch de benoeming van een nieuw lid is nog niet gevolgd.

Verslag van de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie over het jaar 1970

De thans adaequate bezetting van het bureau maakte een verdere consolidatie van het werk der commissie mogelijk. Dit kwam niet alleen tot uiting in het wegwerken van de achterstand in de behandeling van aanvragen om erkenning en daarmee verband houdende correspondentie maar ook in de meerdere gelegenheid die ontstond aandacht te besteden aan meer algemene problemen van opleiding.

Overleg met het College voor Sociale Geneeskunde en met het directoraat-generaal voor de arbeidsvoorziening leidde tot afsluiting van het reeds jaren hangende vraagstuk van de opleiding en erkenning van artsen verbonden aan dit directoraat. De periode van stages en van scholing in de praktijk voor de tak verzekeringsgeneeskunde konden op zodanige wijze worden aangepast, dat de opleiding en erkenning van deze zogenaamde G.A.B.-artsen in die tak mogelijk werd.

Het „horen” van de Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie door het C.S.G. zoals dit in het huishoudelijk reglement is aangeduid, ontwikkelde zich tot een van beide zijden gewaardeerd overleg. In het verslagjaar kwam vooral de nieuwe opleiding arbeids- en bedrijfsgeneeskunde ter sprake.

Het betrekken van het C.S.G. en de Commissie van Deskundigen bij een gesprek tussen S.G.R.C. en het Nederlands Instituut voor Praeventieve Geneeskunde over een actuele opleidingsproblematiek leidde onder meer tot de conclusie dat een intensiever contact met de opleidingsinstituten nuttig zou zijn. Dientengevolge werd, nu daarvoor armslag was ontstaan, gezocht naar een vormgeving voor een regelmatig overleg.

Ook kon meer aandacht worden besteed aan de samenwerking met de Commissies van Deskundigen, wier taak na de reglementswijziging (in 1967) is uitgebreid.

De Commissie van Deskundigen voor de tak algemene gezondheidszorg hield zich intensief bezig met het voorstel tot regeling van de stages behorend bij de vervolgcursus algemene gezondheidszorg.

Aan het eind van het verslagjaar werd aan alle in het register ingeschrevenen een enquêteformulier verzonden. De bedoeling daarvan is in het register alle niet aan de S.G.R.C. ter kennis gebrachte mutaties (adres- en werkkringveranderingen, pensioneringen, sterfgevallen etc.) aan te brengen. Daar het opgeven van mutaties niet verplicht is en nogal eens achterwege wordt gelaten, waren in de loop der jaren vele gegevens verouderd.

De S.G.R.C. kwam in 1970 vier maal in pleno bijeen. Eén maal werd door de Commissie van Gedelegeerden tevoren een applicant voor registratie ter toelichting van zijn opleiding en/of werkkring in „hearing” ontvangen.

Er kwamen 89 aanvragen voor erkenning en/of verzoeken om advies of inlichtingen binnen.

Overzicht van het aantal afgehandelde inschrijvingen zowel in als ultimo 1970

	aan- vragen	inschrij- vingen	afwij- zingen
arbeids- en bedrijfsgeneeskunde ...	18	9	9
jeugdgezondheidszorg	10	5	5
verzekeringsgeneeskunde	13	9	4
algemene gezondheidszorg	19	16	3
totaal	60	39	21

Van 1 afwijzende beslissing kwam de kandidaat in beroep bij het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Deze beslissing werd door het hoofdbestuur vernietigd. De reglementair voorgeschreven Commissie van Beroep kon nog niet worden samengesteld. Dit wacht op benoeming van leden door het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen. On-

ADVERTENTIES

Opgaven van advertenties dienen ter bespoediging van de plaatsing rechtstreeks te worden aangeboden aan:

Uitgeversmaatschappij Kruid n.v.
Groot Hertoginnelaan 28,
Bussum
(Telefoon: 02159 - 3 22 59)

danks grote aandrang van het secretariaat der K.N.M.G. en der S.G.R.C. bleven deze benoemingen nog achterwege.

Het totaal aantal inschrijvingen per 31-12-1970 bedroeg:

	1962	'63	'64	'65	'66	'67	'68	'69	'70	to- taal
arbeids- en bedrijfs- geneeskunde	149	46	42	25	25	18	24	23	9	361
jeugdgezondheids- zorg	—	227	56	17	20	16	5	7	5	353
verzekerings- geneeskunde	—	—	—	307	56	27	13	7	9	419
algemene gezond- heidszorg	—	—	—	—	111	25	18	16	16	186
	149	273	98	349	212	86	60	53	39	1319

Wellicht zullen, als de gegevens van de enquête zijn bewerkt, enkele kleine verschillen te voorschijn komen. Terzake zij verwezen naar opmerking daarover in het jaarverslag over 1969.

De samenstelling van de commissie werd in 1970 niet gewijzigd, en bleef:

Dr. H. Doeleman, Oegstgeest; voorzitter.
N. van Eek, Arnhem; onder-voorzitter.
Dr. Y. van der Wielen, Voorburg; secretaris.

Secretariaat S.G.R.C.: mevrouw H. van der Horst-Huussen, p/a Kon. Ned. Maatschappij t.b.d. Geneeskunst, Lomanlaan 103, Utrecht. Tel. 030-885411.

Vertegenwoordigers A.N.V.S.G.

Dr. Y. van der Wielen, arts, Voorburg.
Dr. J. H. Baay, arts, Alkmaar, plv. lid.

Vertegenwoordigers L.A.D.

Dr. H. Doeleman, arts, Oegstgeest.
Prof. Dr. W. Storm van Leeuwen, arts, Huis ter Heide, plv. lid.

Vertegenwoordigers tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

Dr. K. Modderaar, arts, Zeist.
Dr. J. Stumphius, arts, Vlissingen.
Dr. J. N. Meesters, arts, Terwinselen, plv. lid.
H. de Mooij, arts, Eindhoven, plv. lid.

Vertegenwoordigers tak jeugdgezondheidszorg

Dr. C. K. J. Kaaijk, arts, Vries.
Dr. H. P. Verbrugge, arts, Santpoort.

J. P. Schulting, arts, Hilversum, plv. lid.
Dr. L. E. W. van Albada, arts, Vries, plv. lid.

Vertegenwoordigers tak verzekeringsgeneeskunde

N. van Eek, arts, Arnhem.
J. H. van Dalen, arts, Enschede.
Dr. A. Nap, arts, Amsterdam-Buitenveldert, plv. lid.
A. Hazevoet, arts, Heiloo, plv. lid.

Vertegenwoordigers tak algemene gezondheidszorg

P. Staverman, arts, 's-Gravenhage.
W. L. Nolke, arts, Arnhem.
T. Landheer, arts, Diepenveen, plv. lid.
S. Lelie, arts, Middelburg, plv. lid.

Dr. Y. van der Wielen, secretaris
Sociaal Geneeskundigen
Registratie Commissie

**MC | VAN DE PERMANENTE COMMISSIE
DOKTERSASSISTENTEN**

Erkende opleidingen

De Permanente Commissie Doktersassistenten vestigt er de aandacht op, dat alleen de volgende opleidingen voor doktersassistenten door de K.N.M.G. worden erkend:

Amsterdamse Stichting tot Opleiding van Praktijkassistenten (A.S.O.P.), Lutmastraat 13-15, Amsterdam;

De Cloese te Maarssen;

Leidse Onderwijsinstellingen, Leidsedreef, Leiderdorp;

Nederlands Instituut voor Opleiding van Praktijkassistenten voor Artsen (N.I.P.A.), met afdelingen te Amsterdam, Eindhoven, Den Haag, Nijmegen, Utrecht en Zwolle;

Secretaris: Mr. H. A. Daendels, Prinsengracht 586, Amsterdam (C.);

Noordnederlands Instituut voor de Opleiding van Doktersassistenten (N.I.O.D.), Marwixkade 3. Groningen.

Andere, hier niet opgesomde, opleidingsinstituten voldoen niet aan de door de Permanente Commissie Doktersassistenten aan opleiding, praktijkstage of examen gestelde eisen en kunnen derhalve géén aanspraak maken op door de K.N.M.G. erkende diploma's.

Kort verslag bestuursvergadering van 10 september 1971

Kort verslag van de vergadering van het centraal bestuur der L.E.D., gehouden op 10 september 1971 in het gebouw der K.O.M.G. te Utrecht.

Voorzitter: H. Voorzanger.

Het bestuurslid Dr. B. van Dijk heeft besloten zijn functie als lid van het centraal bestuur neer te leggen. Aan de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde is gevraagd een voordracht voor vervulling van de vacature Van Dijk in te dienen.

Voor de sub-commissie Intercollegiale Toetsing zijn thans aangewezen L. Alma (lid van de Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde), M. A. J. M. van Bakel (lid van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg), J. J. R. Buirma (bestuurslid L.A.D.) en A. H. P. M. Schellekens (lid van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde).

Er heeft een hoorzitting plaats gevonden van de Commissie Ondernemingsraden uit de S.E.R., welke is bijgewoond door een afvaardiging van de L.A.D. Onder meer is door de L.A.D., de Nationale Ziekenhuisraad (N.Z.R.) en de Samenwerkende Bonden van Overheidspersoneel (S.B.O.), welke zijn aangesloten bij N.V.V., C.N.V. en N.K.V., gevraagd een bedrijfscommissie voor de ziekeninrichtingen in te stellen. Ook meer categorale verenigingen waaronder de L.A.D. hebben belangstelling voor een zetel in de bedrijfscommissie. Vanuit deze commissie kan worden gestimuleerd dat de ondernemingsraden in de ziekeninrichtingen aangepast aan de daar heersende situatie zullen gaan functioneren. De S.E.R. zal waarschijnlijk niet onwelwillend staan tegenover de vertegenwoordiging van sommige categorale, d.w.z. niet bij N.V.V., C.N.V. of N.K.V. aangesloten belangenbehartigende organisaties. De L.A.D. heeft in verband daarmee nadere gegevens omtrent onder meer haar structuur aan de S.E.R. doen toekomen.

Aan de orde komt een schrijven van de Plaatselijke Vereniging van Artsen in Dienstverband te Amsterdam. Het bestuur van deze vereniging is benaderd door de wethouder voor de Openbare Gezondheid en het Ziekenhuiswezen van Amsterdam met het verzoek hem suggesties te willen doen toekomen betreffende vorm, taak en werkwijze van een in te stellen contact- en overlegorgaan voor de gezondheidszorg. Het centraal bestuur meent, dat

plaatselijk beraad betreffende vragen op het gebied van de gezondheidszorg dient te worden aangemoedigd; een visie in deze van het hoofdbestuur zal door de perifere moeten worden gevoed. De L.A.D. zal trachten te bevorderen, dat een landelijk orgaan binnen de K.N.M.G. zich met de geschetste problematiek zal bezighouden. Dit orgaan zal de regionale activiteiten kunnen stimuleren.

Er vond een bespreking van het college van gedelegeerden plaats met een delegatie uit het bestuur van de plaatselijke vereniging Utrecht (district XII). De delegatie heeft nog eens uitvoerig mededeling gedaan van de grote moeilijkheden bij het universitair onderwijs: te veel studenten, te weinig leerkrachten, te weinig ruimte. Het hoofdbestuur der Maatschappij zal door de voorzitter der L.A.D. van de inhoud dezer bespreking op de hoogte worden gesteld, aan de hand van een door het secretariaat van de L.A.D. op te stellen korte nota. De delegatie blijkt zich met name bezorgd te maken om de verlaging van het niveau van de opleiding tengevolge van de geschetste knelpunten.

In een bijeenkomst te Groningen van de Plaatselijke Afdeling der Maatschappij gecombineerd met de Plaatselijke Afdeling van de L.A.D. kwamen vele onlustgevoelens ten aanzien van het functioneren der Maatschappij en de maatschappelijke verenigingen naar voren. Het gaat hier in belangrijke mate om communicatiestoornissen. Binnen de K.N.M.G. worden de problemen nader gezien.

Het accountantsrapport over 1970 wordt besproken, evenals de conceptbegroting voor 1972 met toelichting daarop. Een en ander zal uiteraard op de ledenvergadering der L.A.D. d.d. 27 november 1971 aan de orde komen.

De agenda voor de ledenvergadering wordt met enige correcties goedgekeurd. De gebruikelijke stukken zullen spoedig in Medisch Contact worden gepubliceerd.

Besproken wordt de positie van de Verenigingen van G.A.K.- en G.M.D.-artsen in verband met de Wet op de ondernemingsraden. Van groot belang is het dat de L.A.D. zich opstelt ex artikel 9 van de Wet op de ondernemingsraden. De artsen in de ondernemingsraad zullen daarin zitting hebben via een kandidaatstelling door de L.A.D. in overleg met de bovengenoemde verenigingen, zodat de L.A.D. in de ondernemingsraad aanwezig zal zijn, hetgeen in deze het doel is. Het Dagelijks Bestuur van de N.C.H.P. stelt zich achter deze gang van zaken. De

ledenvergaderingen van G.M.D.- en G.A.K.-artsen zullen hun goedkeuring nog moeten uitspreken.

Aan de orde komt een brief van het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (P.G.G.M.) inzake de verplichte opname van assistent-geneeskundigen in het pensioenfonds. In de tekst van de brief komt tot uiting dat assistent-geneeskundigen in opleiding tot specialist in tijdelijk dienstverband zijn en dat in verband daarmee *geen* verplichting bestaat. Voor de assistent-geneeskundigen in algemene dienst van een ziekenhuis (in de regel voor één of twee jaar) wordt wel verplichte deelname aangenomen. De L.A.D. vindt een en ander een zeer vreemde situatie en zal nader contact met het P.G.G.M. hierover opnemen.

Het Dagelijks Bestuur der Maatschappij heeft besloten de assistent-artsen (nieuwe stijl) binnen de Maatschappij organisatorisch als een afzonderlijke categorie te beschouwen, hoewel in zekere zin te beschouwen als artsen in dienstverband.

Aan de orde komt een ter kennisneming aan het centraal bestuur gezonden schrijven van het bestuur van de afdeling Utrecht van de L.V.A.G. Dit bestuur claimt een vertegenwoordiging voor die artsen, werkzaam binnen het Academisch Ziekenhuis, die nog geen specialist zijn, in de raden voor patiëntenzorg, voor onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, alsmede in het stafconvent. Het centraal bestuur kan zich verenigen met het gestelde en besluit dit aan het bestuur van de afdeling Utrecht van de L.V.A.G. te melden, zulks onder gelijktijdige aanbieding van adstructie.

Er zal een gesprek plaatsvinden tussen het bestuur van Medisch Contact en vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde inzake het redactionele beleid van M.C. Enige leden van het centraal bestuur zullen bij dit gesprek aanwezig zijn.

Maatschappij-agenda 1971

23 oktober	— Ledenvergadering L.S.V.
30 oktober	— Algemene Vergadering Maatschappij
5 november	— Ledenvergadering L.H.V.
13 november	— N.H.G.-congres
19 november	— Ledenvergadering L.H.V.
27 november	— Ledenvergadering L.A.D.

Ledenvergadering van 19 november uitgesteld tot 3 december a.s.

Zoals in het vorige nummer van Medisch Contact werd bericht wordt de reglementair voorgeschreven ledenvergadering van het vierde kwartaal niet, zoals indertijd vastgesteld, op 19 november gehouden, doch op *vrijdag 3 december a.s.* Op de agenda voor deze vergadering zullen in ieder geval de punten Begroting 1972, Verkiezing C.B.-leden en Wijzigingen van het Huishoudelijk Reglement voorkomen.

Terzake van het punt verkiezing wordt uw aandacht er op gevestigd, dat de C.B.-leden Sekhuis en Helfrich, wier reglementaire zittingstermijn per 1.1.'72 zal zijn verstreken, zich niet voor een volgende ambtsperiode van 3 jaar herkiesbaar wensen te stellen. In verband hiermede wordt u verzocht kandidaten voor deze vacatures aan de ledenvergadering voor te willen dragen.

Op grond van artikel 11 van het Huishoudelijk Reglement neemt de voorzitter slechts voor één verenigingsjaar zitting. Collega Bierens heeft zich echter bereid verklaard ook in 1972 het voorzitterschap te willen vervullen.

Voor de verkiezingsprocedures wordt verwezen naar artikel 13 H.R.

Voorts zal naar alle waarschijnlijkheid in dit kwartaal nog tenminste één ledenvergadering moeten worden bijeengeroepen. Aan de orde zullen nog moeten worden gesteld de volgende onderwerpen:

Ziekenfondstarieven (zo de onderhandelingen daartoe aanleiding geven);

Groepspraktijken;

Particuliere tarieven (advies commissie Wijze Mannen);

Sociale voorzieningen.

Gezien de aard van deze onderwerpen moet het niet uitgesloten worden geacht, dat de convocering voor een mogelijke extra ledenvergadering niet binnen de reglementaire termijn zal kunnen plaatsvinden.

Utrecht, 15 oktober 1971

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

Rectificatie

In Medisch Contact nr. 40 van 8 oktober 1971 werd op bladzijde 1054 in de S.R.C.-rubriek „Nieuwe inschrijvingen” een foutief adres afgedrukt. Het betreft hier de in het specialistenregister, afdeling Kindergeneeskunde, nieuw ingeschrevene *J. F. van Gils*. Als diens adres werd opgegeven: Roland Holstlaan 756, Nijmegen; dit had moeten zijn: Roland Holstlaan 756, Delft.

ABORTUS PROVOCATUS MEDICINALIS praktische consequenties van een enquête

Er is geen reden te veronderstellen dat de meningen over abortus provocatus medicinalis onder de Haarlemse medici principieel zullen verschillen van de opvattingen die hierover elders in het land bestaan. Ook in Haarlem zijn dus voorstanders en tegenstanders te vinden en alle schakeringen daar tussen in. Op initiatief van het Bestuur van de Haarlemse Specialisten Vereniging is in 1970 geleidelijk een gesprek op gang gekomen tussen gynaecologen, psychiaters en huisartsen om zo mogelijk te komen tot een uniforme aanpak van de abortusproblematiek in de Haarlemse regio. Het Bestuur van de Plaatselijke Huisartsen Vereniging, als gesprekspartner hierin betrokken, voelde spoedig behoefte naar informatie over het standpunt van haar leden, ten einde met recht van spreken namens de huisartsen te kunnen optreden. In december 1970 is daarom een enquête gehouden onder de leden van de PHV. Dit is uiteraard een momentopname in de snelle ontwikkelingsgang die ons aller opvattingen over dit onderwerp doormaken. De resultaten van deze enquête en de conclusies die daaruit zijn getrokken kunnen desondanks bijdragen tot de meningsvorming over de zwangerschapsonderbreking. Enkele bij de besprekingen over de enquête betrokken collegae hadden destijds — in februari van dit jaar — bezwaar tegen publikatie van het hierna volgende. Inmiddels zijn deze bezwaren grotendeels verdwenen. Maar dit verklaart waarom het plan om deze enquête te publiceren pas nu wordt uitgevoerd. Het respecteren van elkaars mening en het niets doen zonder voorafgaand overleg was van het begin af bij de besprekingen over abortus een uitgemaakte zaak.

In de regio Haarlem woont een kwart miljoen mensen. Er zijn vijf ziekenhuizen, een algemeen, een protestants christelijk, twee katholieke en dan nog het Marine Hospitaal, dat bij de onderhavige problematiek nauwelijks is betrokken. Er zijn 110 huisartsen werkzaam, 105 daarvan zijn lid van de PHV. Er werken 12 gynaecologen. Onder de gynaecologen zijn enkele principiële tegenstanders van zwangerschapsonderbreking. De ziekenhuisdirecties, daarnaar expliciet gevraagd door het Bestuur van de Haarlemse Specialisten Vereniging, zijn alle op min of meer stringente voorwaarden bereid abortus provocatus in hun ziekenhuis toe te staan. In alle medische staven heeft zich bovendien een meerderheid in deze zin uitgesproken. Tegen deze achtergrond is de enquête gehouden.

De enquêteformulieren waren naar keuze op naam of anoniem. Van deze facultatieve anonimiteit is door vier collegae gebruik gemaakt. 71 van de 105 verzonden formulieren zijn binnengekomen. Niet-inzenders kregen éénmaal een telefonisch rappel. Het aantal inzendingen is bevredigend en voldoende representatief. Hier volgen nu de gestelde vragen met de resultaten, gevolgd door een toelichting per vraag. Als de keus uit een aantal mogelijkheden was gegeven zijn de antwoorden ter wille van de overzichtelijkheid gerangschikt naar het aantal ja-stemmers. De volgorde op het enquêteformulier blijkt uit de er voorstaande letters

Vraag 1. Vindt U dat het op het terrein ligt van het bestuur van de PHV om zich met de problematiek van de abortus provocatus bezig te houden?

Resultaat: ja 63, neen 5, blanco 3.

Toelichting: Wij meenden met deze vraag te moeten beginnen omdat bij zo iets belangrijks als abortus provocatus geen misverstand over de bevoegdheden mag bestaan. Als Bestuur zijn wij uiteraard niet zonder meer bevoegd om namens de huisartsen een mening te geven op een terrein als dit, waarbij ieders persoonlijke verantwoordelijkheid voorop staat. Helaas gaven de nee-zeggers geen verklaring voor hun afwijzing.

Vraag 2. Erkent U het bestaan van indicaties voor abortus provocatus?

Resultaat: ja 71, geen neen, geen blanco.

Toelichting: Hieruit mag natuurlijk niet zo maar worden geconcludeerd dat niemand bezwaren heeft tegen zwangerschapsonderbreking. Allen erkennen echter dat zich situaties kunnen voordoen waarbij deze bezwaren opzij dienen te worden gezet.

Vraag 3. Hoe groot schat U het aantal gevallen van ongewenste zwangerschap in Uw praktijk in het afgelopen jaar?

Resultaat: Hieruit resulteert een curve met aantallen van 0 tot 15 met een duidelijke top bij 5 gevallen en enkele uitschieters van 20 en 30 gevallen. Bij informatie bleek dat deze collegae te weinig onderscheid hadden gemaakt tussen een nog niet geac-

cepteerde zwangerschap en een zwangerschap waaruit een ongewenst kind zou ontstaan. En om deze laatste gaat het natuurlijk. Het gemiddelde aantal zwangerschappen per Haarlemse huisartsenpraktijk is 50 per jaar. Uiteraard kan aan de beantwoording van deze vrij vaag gestelde vraag geen andere waarde worden gehecht dan die van een zeer grove oriëntering over de kwantitatieve orde van grootte van het probleem.

Het enquêteformulier vermeldde hierna de volgende „uitwijkmogelijkheid”: Indien U een der beide eerste vragen met Neen heeft beantwoord, heeft het geen zin voor U om verder te gaan. Wilt U in dat geval het formulier wel insturen? Een inzender deed aldus. We gaan daarom met 70 formulieren verder.

Vraag 4. Hieronder volgt een aantal mogelijke indicaties tot abortus provocatus. Welke hiervan zouden U er toe kunnen brengen een patiënte voor abortus voor te dragen?

	Ja	Neen	Blanco
a. somatische indicatie van de moeder	69	—	1
b. genetische indicatie, resp. grote waarschijnlijkheid van aangeboren afwijkingen (foetale indicatie)	57	10	3
c. verkrachting	65	3	2
i. psychische overbelasting	53	13	4
e. zeer jonge leeftijd	52	13	5
h. te groot gezin	40	29	1
d. ongehuwd moederschap	37	27	6
k. te oude moeder	36	30	4
m. mislukte anticonceptie	36	31	3
f. niet aanvaarden van gedwongen huwelijk	35	28	7
j. werkende vrouw die geen tijd heeft voor een kind	14	44	2
l. te groot leeftijdsverschil tussen kinderen	12	56	4
n. „baas in eigen buik”	10	56	4
g. pressie door familie of anderen	6	62	2

Toelichting: Het tamelijk groot aantal blanco-stemmers illustreert de minder gelukkige formulering van sommige vragen. Vooral vraag f. bevredigt ons achteraf gezien niet. De „indicaties” kunnen beter factoren worden genoemd die tot de indicatiestelling bijdragen. Feitelijk zijn er drie indicaties: de uiterst zeldzame somatische indicatie van de moeder, de iets minder zeldzame foetale indicatie en de psychische overbelasting van de moeder. Over de eerste twee was weinig verschil van mening. De ware problemen van de enquête zijn te vinden in de vragen 4 c. t/m n. Hier zijn facetten opgenoemd van de psycho-sociale indicatie, die min of meer psycho- dan wel -sociaal zijn. De lijst is natuurlijk geenszins volledig. De eigenlijke indicatie is de psychische overbelasting, de andere genoemde factoren kunnen tot deze overbelasting leiden. Zij zijn ook alleen maar van belang als psychische overbelasting het gevolg is. De genoemde factoren zullen trouwens

zelden geïsoleerd voorkomen, maar meestal in alle mogelijke combinaties en zo kunnen zij elkaar versterken. De bedoeling van deze serie vragen is dan ook beslist niet om een soort volgorde van urgentie te kunnen opstellen, maar om duidelijk te laten uitkomen hoe gecompliceerd de problematiek is en hoeveel nuances daarin kunnen voorkomen. Bovendien geeft dit de inzenders de mogelijkheid tot een genuanceerd antwoord.

Er was een vraag bij die met Neen beantwoord had moeten worden, namelijk vraag g: pressie door familie of anderen. Ook de meest progressieve — wat dat ook moge betekenen — collegae zullen hun patiënten tegen abortus willen beschermen als de vrouw zelf niet wil, maar door moeder of man of schoonmoeder of wie dan ook daartoe vrijwel wordt gedwongen. Dit is een lang niet zeldzame situatie die een van de belangrijkste argumenten oplevert voor de centrale positie van de huisarts bij de abortus-problematiek. Immers de huisarts heeft de meeste kans een dergelijke situatie te kunnen herkennen en beïnvloeden. Er waren toch enige collega's die deze vraag met Ja hebben beantwoord, waaruit eens te meer blijkt dat goed lezen moeilijk is. Het „baas in eigen buik”-principe vindt weinig aanhang. Als baas in eigen buik moet betekenen dat een vrouw een abortus kan krijgen alleen en zonder meer omdat ze dat vraagt, dan is dat ook moeilijk verdedigbaar. De huisarts zal zich toch geroepen voelen om eerst met de vrouw te overleggen, het voor en tegen serieus aan alle kanten te bekijken en vooral zien uit te vinden of de vrouw echt wel abortus wil of dat pressie door anderen een rol speelt.

Vraag 5. Door wie moet de beslissing worden genomen over al dan niet abortus?

	Ja	Neen	Blanco
d. Huisarts, gynaecoloog en patiënte . . .	57	12	1
e. Huisarts, gynaecoloog, psychiater resp. maatschappelijk werker en patiënte ..	42	26	2
c. Per ziekenhuis een vaste abortuscommissie	15	53	2
f. Huisarts en patiënte (gynaecoloog alleen „uitvoerder”)	14	55	1
g. Gynaecoloog en patiënte	13	56	1
h. Patiënte alleen	5	64	1
a. Regionale gekozen abortuscommissie	5	64	1
b. Regionale benoemde abortuscommissie	3	67	—

Toelichting: Een grote meerderheid vindt dat het probleem van de ongewenste zwangerschap het best kan worden beoordeeld door — in chronologische volgorde — patiënte, huisarts en gynaecoloog. Een iets kleiner aantal wilde tevens de psychiater en/of de maatschappelijk werker inschakelen. Er waren trouwens velen die deze beide mogelijkheden hadden verkozen. Wij menen dat dit zo moet worden geïnterpreteerd dat in het algemeen patiënte, huisarts en gynaecoloog gezamenlijk tot een vol-

doende duidelijke meningsvorming zullen komen, maar dat in sommige gevallen consult van een psychiater en of een maatschappelijk werker gewenst zal zijn. Een aparte plaats, die in vraag 5 niet tot zijn recht komt, nemen de patiënten in bij wie sprake is van een somatische of foetale indicatie. Hierbij zullen uiteraard alle specialisten, die bij het onderhavige geval tot de meningsvorming kunnen bijdragen worden geconsulteerd.

De andere genoemde mogelijkheden worden met grote meerderheid afgewezen. Vooral de vaste abortuscommissies vinden geen genade.

Vraag 6. Indien U bij een patiënte een indicatie stelt tot abortus provocatus, wat is dan *tot nu toe* uw gedragslijn?

	Ja	Neen	Blanco
b. U verwijst patiënte naar een gynaecoloog (al of niet ook naar een psychiater) die lege artis abortus verricht binnen ons rayon	63	5	2
c. Idem buiten ons rayon	25	43	2
d. U verwijst patiënte naar het Dr. J. Rutgershuis met de vraag: Hoe verder?	7	61	2
e. U verwijst patiënte naar Engeland of Scandinavië	4	63	2
a. U weet geen raad en laat patiënte zelf haar weg zoeken	2	66	2

Toelichting: De antwoorden op deze vraag zijn ongetwijfeld vertroebeld door een door elkaar lopen van „Wat doet U” en „Wat zoudt U doen als”. Het geeft echter een duidelijke indicatie over de op dat moment in de regio Haarlem gangbare werkwijzen. De vraag is niet zo belangrijk. Hij is vooral gesteld als tegenhanger tegen de veel belangrijker vraag die nu volgt.

Vraag 7. De ontwikkeling in Haarlem en omstreken zou de volgende wegen kunnen inslaan. Welke prefereert U?

	Ja	Neen	Blanco
b. abortus provocatus mogelijk in alle ziekenhuizen	65	4	1
c. abortus provocatus mogelijk in daartoe aangewezen ziekenhuizen ..	9	58	3
d. geen plaatselijke voorzieningen, maar terugvallen op wat elders in het land voor mogelijkheden zijn of gaan komen	2	65	3
a. abortuskliniek, los van de ziekenhuizen	1	68	1

Toelichting: Een concrete vraag met concrete on-dubbelzinnige antwoorden. Slechts één stem is er voor een abortuskliniek. Deze collega had trouwens met een accolade alle mogelijkheden van vraag 7 met Ja beantwoord. Zijn motivatie lijkt dus twijfelachtig. De leden van de PHV spreken zich dus dui-

delijk uit voor het scheppen van mogelijkheden tot zwangerschapsonderbreking in alle ziekenhuizen. Het lijkt immers billijk om de last van dit probleem over alle ziekenhuizen te verdelen. Hoewel geen getallen ter beschikking staan van het PHV-bestuur leert de ervaring inmiddels dat dit geen onoverkomelijke problemen oplevert op het gebied van plaatsruimte of mankracht.

De resultaten van deze enquête zijn besproken op een PHV-vergadering en daarna op een bijeenkomst van ziekenhuisdirecties, gynaecologen, psychiaters en de besturen van HSV en PHV. Het bleek dat er geen principiële maar slechts graduele verschillen van mening bestonden. Na deze vergadering is aan de leden van de PHV een rondschriven gezonden met de conclusies van de enquête en de daarna volgende besprekingen. Deze luiden aldus:

1. Er moet naar worden gestreefd door een intensieve voorlichting over anticonceptie ongewenste zwangerschap zo veel mogelijk te voorkomen.

2. Vrijwel alle huisartsen zijn voorstander van de mogelijkheid tot zwangerschapsonderbreking als ernstige lichamelijke schade voor moeder en/of kind dreigt op te treden.

3. Een ruime meerderheid van de huisartsen meent dat psycho-sociale factoren bij de zwangerschap tot een noodtoestand kunnen leiden, die zwangerschapsonderbreking rechtvaardigt.

4. Een ruime meerderheid van deze artsen wenst de eventuele beslissing tot zwangerschapsonderbreking in handen van de patiënte, huisarts en gynaecoloog, met als het geval daartoe aanleiding geeft consult van andere deskundigen, bijvoorbeeld psychiater of maatschappelijk werker.

5. Een abortuskliniek wordt met op één na algemene stemmen ongewenst geacht. Vrijwel alle huisartsen zijn voorstander van het uitvoeren van zwangerschapsonderbreking in alle Haarlemse ziekenhuizen. Zij menen dat dit uit het oogpunt van personeelsbezetting en plaatsruimte geen onoverkomelijke problemen zal opleveren.

6. Ingeval een patiënte meent, of heeft ondervonden, dat haar eigen huisarts geen bevredigende oplossing kan bieden voor het probleem van haar ongewenste zwangerschap, kan het zijn dat zij zich tot een andere huisarts wendt, al of niet verwezen door instanties die zich met deze problematiek bezighouden. De Plaatselijke Huisartsen Vereniging accepteert deze situatie, mits de huisarts-in-tweede instantie er op aandringt, dat de eigen huisarts mag worden geïnformeerd. Weigert de patiënte dit, dan heeft de tweede huisarts de vrijheid om patiënte naar beste weten te helpen.

7. De huisartsen zijn er zich van bewust dat een

intensieve begeleiding van de patiënte met een ongewenste zwangerschap noodzakelijk is, ongeacht of het al dan niet tot zwangerschapsonderbreking komt.

Deze conclusies zijn ook bekend gemaakt aan diverse instanties die zich bezig houden met de opvang van vrouwen en meisjes met een ongewenste zwangerschap. Wij hebben de indruk dat door de positieve en onderling tolerante instelling van alle betrokkenen de abortusproblematiek in de regio Haarlem op bevredigende wijze wordt opgevangen. De huisarts is en blijft de centrale figuur. Er zijn uitwijkmogelijkheden voor het geval huisarts en patiënte het niet eens kunnen worden. De abortus provocatus medicinalis is geïntegreerd in het medische werk op een wijze die niet verschilt van de werkwijze bij indicatiestelling en uitvoering van andere belangrijke medische ingrepen. De zwangerschapsonderbreking wordt door het ziekenfonds betaald. Er bestaat in Haarlem dan ook geen enkele behoefte aan Stimezo-activiteiten of aan particuliere abortusklinieken. Het bestuur van de PHV meent dat het nuttig is deze Haarlemse gang van zaken publiek te maken in de hoop dat dit een voorbeeld kan zijn voor andere regio's waar men nog zoekt naar een praktische oplossing van de problematiek van de ongewenste zwangerschap.

Het bestuur van de PHV Haarlem en omstreken
Dr. P. A. Roorda, voorzitter

MC | PERSONALIA

Nieuwe leden:

R. J. C. M. Beerhuizen, Molenweg 183, Nijmegen.
Mevr. D. H. Binkenhäger-Frenkel, von Weberlaan 32, Rotterdam.
W. W. Ten Bokkel Huinink, Herenstraat 64, Breukelen.
J. J. R. M. Bonnier, Malvert 646, Nijmegen.
H. J. de Bruin, J. M. Kemperstraat 5, Utrecht.
L. H. Djohan, Cordell Hullplaats 133, Rotterdam.
A. J. A. Douglas, Klikspaanweg 40, Leiden.
A. W. N. van Erkel, Julianastraat 42, Leiderdorp.
H. J. M. Eemers, Nieuwe Binnenweg 114, Rotterdam.
W. F. M. van Erp, Aziëlaan 342, Utrecht.
A. van Eijk, Prooststraat 9, Utrecht.
S. G. Ph. Faber, Haarlemmerstraat 307, Leiden.
A. S. Fischer, Vondellaan 18, Hilversum.
P. M. J. Gockel, Augustijnenstraat 5, Nijmegen.
D. B. van 't Hof, Ch. de Bourbonlaan 35c, Rotterdam.
Dr. G. Hofman, Tannhauserdreef 114, Utrecht.
P. A. L. Hofstede, Beeldhouwerstraat 11, Arnhem.
Mevr. Holl van der Zee, Chopinlaan 40, Waddinxveen.
J. G. A. Huisman, Dahliastraat 40, Malden.
J. G. Idema, Saftlevenstraat 34a, Rotterdam.

A. M. Jansen, Groeneveen 206, Amsterdam.
P. L. M. Janssen, Tolsteegplantsoen 49 I, Utrecht.
C. P. Jongkoe, André Gideplaats 165, Rotterdam-14.
J. W. van Kleef, Lindelaan 263, Rijswijk (Z-H).
H. J. A. Kruis, Jan Campertplein 35, Weesp.
A. F. G. Lanen, Visotterstraat 44, Nijmegen.
E. Laufer, Sinclair Lewisplaats, 419, Rotterdam.
M. van Lent, Hooigracht, 81-9, Leiden.
A. I. Levin, Spuikreek 233-235, Rotterdam-26.
J. D. Meerwaldt, Dawesweg 174, Rotterdam.
P. Mettievier-Meyer, Jan Evertsenplaats, 35, Rotterdam.
A. Mohazzab, Berggravenlaan 130, Leiden.
R. Niermeyer, Tinaarlosestraat 47, Vries.
E. A. Nieuwenhuis, Koningstraat 19, Leiderdorp.
M. G. van Overloop, Isaac Sweerslaan 35, Hendrik Ido
Ambacht.
J. H. Pameijer, Schansweg 35, Rotterdam.
B. C. van Pelt, Fred. van Eedenplaats 73, Capelle a/d
IJssel
Mevr. M. D. Pos-Kooistra, Ridderhoflaan 4, Vleuten.
Mej. J. J. Praktiek, Beatrisstraat 25b, Rotterdam.
N. A. Norbertus, Aldenhof 34-15, Nijmegen.
C. N. M. Renckens, Ligthartstraat 441, Heemskerk.
E. O. Robles de Media, Rosweydelaan 98, De Meern.
M. M. Schoemaker, Ridder Catsweg 114, Gouda.
M. Schreuder, Lankforst 23-50, Nijmegen.
Mej. Th. E. van Seenus, Thorbeckelaan 205, Den Haag.
E. van Slooten, 't Rond 3, Loenen a/d Vecht.
H. B. M. Smals, Zweerstraat 59, Almelo.
H. Solleveld, Mozartlaan 18, Enschede.
R. P. W. Spijksma, Thomsonlaan 92a, Den Haag.
K. E. W. P. Tan, Dillenburgstraat 11 bis, Utrecht.
Dr. W. J. Tinbergen, Louise de Coligny laan 62, Sant-
poort Z.
Dr. J. G. van den Tweel, Schubertlaan 185, Leiden.
H. Venker, Meutelaan 11, Bilthoven.
H. Vochteloo, Külens 24, Ureterp.
A. J. M. Wilke, Dorpsstraat 31, Oud Zuilen, post Maarssen.
J. R. Wouters, Pieterskerkstraat 12, Leiden.
B. Wijdieks, Broekweg 13, Valkenburg (ZH).
A. A. W. van Wijk, Alb. Schweitzerplaats 611, Rotterdam.
G. S. D. Zaalberg, Esweg 13, Dwingelo
B. B. R. Kroon, c/o Danckertsstraat 30, Den Haag.
Prof. Dr. A. A. Bessang, De Waal Malefijtlaan 4, Aerden-
hout.
Mevr. E. Stalder Hastingsius, Feldeggstrasse 28, Zürich
(8008) Zwitserland.
S. Wijtema, p/a Ministerie van Volksgezondheid Parama-
ribo, Suriname.

Overleden:

J. C. J. M. Akkermans, Loosduinse Hoofdstraat 14, Loos-
duinen.
C. A. van Hoolwerff, Kennemerstraatweg 159, Heiloo.
G. Jaspers, Christiaan Huygenslaan 19, Soesterberg.
A. F. Kok, Aert van Neslaan 227, Leiden.
J. J. van Lonkhuyzen, Jolinckstraat 2 B, Hoek van Hol-
land.
C. A. A. Miderop, Flatgebouw Ungerplein 2, Rotterdam.
Dr. P. E. M. Teenstra, Kerkstraat 3, Gorsse
J. de Vries, Meijerweg 92, Beneden Knijpe
J. Woensdregt, Julianalaan 70, Arnhem.

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

MALTHUS SLAAT ALWEER TOE

Ik had het kunnen weten ...! Vele jaren was ik lid van de N.V.S.H. Vele jaren genoot ik van het tijdschrift „Verstandig Ouderschap” waarin wijze raad werd gegeven aan onbevredigde vrouwen, masturberende echtgenoten, en zuigelingen die een meer dan gewone belangstelling aan de dag legden voor hun genitalia externa. Met weemoed denk ik terug aan die tijd, waarin een gulden nog een gulden was (hoewel schaars), een man een man, en een woord een woord (en niet een ander woord). Maar ik had kunnen weten, dat hij op een dag zou toeslaan! Mijn dierbare tijdschrift veranderde van de ene dag op de andere zijn huisbakken naam in één die kennelijk aan het brein van een „koppiereiter” was ontsproten: het werd een periodiek van vóór zwakbegaafde pornofilmen. Verstand noch ouderschap konden er nog een plaats in vinden. Ik trachtte mij terug te trekken in mijn ivoren toren (mijn schuilkelder, mijn bunker, mijn schulp) en nam afscheid van de vereniging die ik meer dan achttien jaar trouw had geëind.

Tenslotte had ik „Medisch Contact” nog! Daarin vond ik volmaakt onbegrijpelijke korte vergaderingsverslagen, en fiscale bijdragen waarin mij haarfijn werd uitgelegd hoe ik mijn vermogen — als ik dat had gehad — zou kunnen vermeerderen door het in de vorm van obligaties weg te schenken aan mijn kinderen, als ik die tenminste zou kunnen vertrouwen. Het veilige gevoel uit te maken van een volstrekt onbenullig geheel suste mij in slaap, maar ik had beter moeten weten: de vijand rustte niet!

De eerste donkere wolken begonnen zich aan mijn horizon samen te trekken, toen een professor beschouwingen ging houden over iets wat hijzelf een „geslaagde provocatie” noemde. „Professoren hebben altijd gelijk” zegt de broeder hier met onverbidde logica. „anders waren zij immers geen professor geworden”. Dit was nog maar het begin: er volgde een „rapport” van een hele groep geleerde heren, waarin ik werkelijk geen zinnig woord kon ontdekken, en waarvan de opzienbarende slotconclusie als een konijn uit een hoed te voorschijn werd

getoverd. Toen werd me duidelijk dat 1984 zich begon aan te kondigen, en dat een bizarre „newspeak” zijn intrede in de menselijke communicatie had gedaan: elk woord beduidt iets anders en dikwijls het omgekeerde van wat het oorspronkelijk betekende. De broeder hier zegt dat het aan mij ligt, en ik probeer niet zo te zijn als de andere gasten in dit pension, die volhouden dat zij normaal zijn en de wereld krankzinnig is. Maar toch geloof ik dat hij weer heeft toegeslagen!

Hoe verklaart u het anders, dat ik de laatste weken in vrijwel ieder nummer van mijn lijfblad bijdragen aantref die allemaal uit dezelfde bron afkomstig zijn? Ik vind een „verkorte” weergave van een voordracht van een psychiater die niet voor Onze Lieve Heer wil spelen, vermoedelijk omdat dat een degradatie zou betekenen. Later volgt een bijdrage over „Mildred” die al begint met een mystificatie: Mildred zou een Engels woord zijn, dat „milde raadgeefster” betekent. Ook „newspeak” kent zijn macabere humor!

Mildred haalt ook interessante goocheltoeren uit, ditmaal met getallen: 104 huisartsen worden gemiddeld per jaar geconfronteerd met 2,3 aanvragen voor abortus, hetgeen — volgens mijn telraam — neerkomt op ongeveer 240 totaal per jaar. Maar zie! De wet van aanbod en vraag doet zich gelden: in het eerste halfjaar werden al 700 vrouwen behandeld, hetgeen neerkomt op een produktie die ongeveer het zesvoudige bedraagt van hetgeen was geschat. Er is dus werk aan de winkel, maar gelukkig zijn er „geëngageerde” (altijd goed!) artsen, die in Engeland — het Mekka der abortologen — hun licht hebben opgestoken en hun Engels hebben bijgeschaafd. Tot nu toe is alles goed afgelopen! Eén, hoogstens twee gevallen van zwaar lichamelijk letsel die gelukkig geen opname noodzakelijk maakten, maar die wel een klinische partus zullen vergen als er nog eens een „gewenste” zwangerschap op volgt.

En als ik dan nog mocht twijfelen aan het bestaan van een sinister complot, het sluitende bewijs werd geleverd door het opduiken van de rubriek „Sexuologie”, met zijn onheilspellende N.I.S.S.O.-rapporten, waarvan de vreugdeloze nonsens waarschijnlijk een geheime code bevat!

Wat is er gebeurd? Heeft er, over de hoofden van de werknemers heen, een fusie tussen twee bedrijven plaats gevonden? Moeten wij voortaan van de N.V.S.H.K.N.M.T.B.D.G. gaan spreken? En heet ons „orgaan” straks „Medisch Verantwoorde Contacten”? Wat moet ik doen? Mijn krant is ook al gefuseerd! Ik houd me nu maar met

„Denksport” bezig. Daar staan tenminste woorden in die altijd hetzelfde betekenen.

Rotterdam, 8 oktober 1971

M. G. Pannekoek

*P.S. In het cryptogram wordt een woord van acht letters gevraagd waarvan de omschrijving luidt: „Dit zwalpen leidt tot bloedvergieten”. De oplossing: *afdrijven*. De hoofdprijs: Een geheel verzorgde tweedaagse reis naar Engeland! Broeder..., het is zo ver...!*

DE ABORTUS-POLIKLINIEK TE ARNHEM

Als Prof. Dr. W. P. Plate meent, dat de informatie van de zijde van het Mildred Huis voldoende feiten geeft om dergelijke abortus-poliklinieken en -klinieken te verbieden omdat aan een aantal eisen in onvoldoende mate wordt voldaan (zie M.C. nr. 40/1971, blz. 1057), heeft hij ongetwijfeld gelijk als hij zijn eisen maar hoog genoeg stelt. Dan zal dit werk echter alleen maar kunnen worden gedaan door die groep van gespecialiseerde medici, waarop ook wij huisartsen bij voorkeur een beroep zouden doen en tevergeefs deden: de gynaecologen. Maar juist omdat van deze zijde, ondanks de toenemende nood op dit gebied, slechts bij hoge uitzondering hulp is te verwachten, zijn dergelijke „sub-optimale” centra ontstaan.

Prof. Plate bedenke, dat sluiten van deze centra geen enkele invloed zal hebben op het aantal ongewenste zwangerschappen en dat wij, huisartsen, onze patiënten (cliënten) dan helemaal niets hebben te bieden. Geaborteerd wordt er toch wel, en dan zeker onder aanzienlijk minder optimale omstandigheden dan nu. Het „niets doen” is dan aanmerkelijk gevaarlijker en nadeliger voor onze patiënten dan dit „iets doen”.

Maar ook wij streven naar het optimaal bereikbare en geven dan ook de hoop niet op, dat deze centra inderdaad zullen worden opgeheven: maar dan omdat de specialist het werk zal hebben overgenomen.

Nijmegen, 8 oktober 1971

A. W. Kreps, huisarts

STANDPUNTBEPALING

Uit het redactionele artikel van het laatste Medisch Contact blijkt, dat onze Koninklijke Maatschappij voor Ge-

neeskunst maar een klein steuntje in de rug nodig heeft om te erkennen, dat abortus provocatus lege artis „zeker niet" moet worden gezien „als een oplossing van de problematiek van ongewenste zwangerschap", doch veel-
 eer, géén oplossing is voor dát probleem. Diegenen onder ons artsen, door wie de artseneed, afgelegd bij het aanvaarden van hun beroep, serieus wordt genomen, zullen blij zijn met de standpuntbepaling van hun voorzitter Prof. Dr. Th. Vossenaar tijdens de hoorzitting van de bijzondere commissie der Tweede Kamer. Er klonk toen een ander geluid dat sprak uit het officiële document Ab 11271/397-HB 71-578 van het hoofdbestuur van de Maatschappij ten aanzien van de richtlijnen ten behoeve van de uitvoering van abortus provocatus. De polarisatie van ideeën ten aanzien van het cruciale probleem het leven te beschermen óók van het ongeboren kind is er door verminderd. Toch meent de Maatschappij bij monde van de redacteur van dit artikel (v.M.) dat het belang van de patiënte in strijd kan zijn met de tijdrovende procedure van een „breed samengesteld abortus-team". Zij ziet „zo niet de noodzaak daarvan in". Dit standpunt gaat voorbij aan de belangen van de nog te geboren nieuwe mens, wiens rechten zijn vastgelegd in de huidige wetgeving. Ik vraag mij echt af op welke grond de Maatschappij het belang van de a.s. moeder als patiënte laat prevaleren vóór dat van het nieuwe menselijke leven? Een ethiek met „eeuwigheidswaarde" geeft het antwoord: beider belang dient te worden gerespecteerd.

Leiden, 11 oktober 1971

Dr. M. A. van Dongen

BEJAARDEN EN SEKSUALITEIT

Dr. B. S. Witte, directeur N.I.S.S.O., schrijft in zijn artikel gepubliceerd in het nummer van 8 oktober 1971 (M.C. nr. 40/1971, blz. 1041), dat voor zover hem bekend in Nederland geen onderzoek is gedaan naar het seksuele leven van bejaarden.

In mijn proefschrift beschrijf ik de gegevens van een enquête die ik deed bij de gehuwde bejaarden uit mijn praktijk. Hierbij bleek, dat iets meer dan de helft van de 87 bejaarde echtparen nog min of meer regelmatig geslachtelijke omgang had; de frequentie hiervan wordt weergegeven in één van de tabellen. De leeftijd speelde geen overwegende rol, al vond na het tachtigste jaar geen coïtus meer plaats. Tussen de 75 en 80 jaar had $\frac{1}{5}$ van

de mannen en $\frac{1}{8}$ van de vrouwen nog geslachtelijke omgang. Deze gegevens komen vrijwel geheel overeen met onderzoeken van Newman en anderen.

Hengelo (Ov.), 11 oktober 1971

Dr. A. Fuldauer

Literatuur:

A. Fuldauer. Bejaardenonderzoek in een huisartspraktijk. Proefschrift. Drukkerij Insulinde Hengelo (Ov.), 1966.

MC

VARIA

„Volksgezondheid in ontwikkeling" is de titel van een liber amicorum, aangeboden aan Prof. Dr. P. Muntendam ter gelegenheid van zijn zeventigste verjaardag. Kort voor het ter perse gaan van dit boek is Dr. L. B. J. Stuyt opgetreden als minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en deze heeft nog gelegenheid gehad een woord vooraf mee te geven aan dit liber amicorum, waarin hij onder meer constateert dat ontelbaar velen Prof. Muntendam dankbaarheid verschuldigd zijn voor persoonlijke zorg en voorlichting, wetenschappelijke en ambtelijke leiding en begeleiding, voor zijn vele publikaties, zijn initiatieven op bestuurlijk en wetgevend gebied, voor zijn stuwende leiding van commissies en verenigingen.

Het boek, waarin onderscheidene op hun gebied deskundigen bijdragen hebben geschreven, bevat een uitvoerige bibliografie, een opsomming van de promoties, waarbij Prof. Muntendam als promotor is opgetreden en een lijst van intekenaren. Het is verschenen bij Van Gorcum Comp. te Assen.

¶

Minister zonder portefeuille jhr. Mr. M. L. de Brauw (Wetenschapsbeleid en Wetenschappelijk Onderwijs) heeft tijdens een informele bijeenkomst kennis gemaakt met de leden van het Centraal overlegorgaan personeelszaken wetenschappelijk onderwijs (C.O.P.W.O.). Van de zijde van de centrales van overheidspersoneel die in het C.O.P.W.O. zijn vertegenwoordigd, is uiting gegeven aan bezorgdheid over gevolgen voor het personeel die voortvloeien uit herstructureringsmaatregelen en uit bezuinigingsmaatregelen. De personeelsvertegenwoordigers hebben de minister gevraagd ervoor te waken dat bij de stormachtige ontwikkelingen in het wetenschappelijk onderwijs het personeelsbeleid niet achteraan komt. Ook heeft men aan-

dacht gevraagd voor personele voorzieningen die voor de uitvoering van de wet universitaire bestuursvorming 1970 nodig zijn. Minister De Brauw heeft een toelichting gegeven op de structurele maatregelen op het gebied van het wetenschappelijk onderwijs die thans worden voorbereid en waarvan ook voor het personeel gunstige effecten zijn te verwachten. De minister heeft verklaard dat bij het nemen van maatregelen op korte termijn tot beperking van de uitgaven de opzet is geweest dat geen structurele schade zal worden berokkend.

¶

In het kader van de ingebruikneming van „de Hege Wier" wordt op 9 november 1971 in schouwburg „De Harmonie" te Leeuwarden een conferentie gehouden, waaraan kan worden deelgenomen door huisartsen en door functionarissen die op plaatselijk en provinciaal niveau werkzaam zijn op het terrein van de maatschappelijke gezondheidszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening in Friesland. Doel van het congres is om de wenselijkheid van een nauwere samenwerking op het terrein van de welzijnszorg en de knelpunten in deze samenwerking in discussie te brengen.

Congresvoorzitter zal zijn Mr. J. F. Hornstra, directeur van de Academie voor Sociale en Culturele Arbeid te Groningen. De inleiding zal worden gehouden door Prof. Dr. J. A. C. de Kock van Leeuwen, directeur van het Nederlands Instituut voor Preventieve Geneeskunde te Leiden. Door een forum zullen op basis van een aantal stellingen, zoals deze in de discussiegroepen zijn geformuleerd, korte inleidingen worden gehouden. In de samenvatting, die door Prof. de Kock van Leeuwen zal worden gegeven, zal een zodanige afronding van de verschillende discussies worden gegeven dat daarmee plaatselijk en regionaal en met de besturen verder kan worden gewerkt.

¶

De Raad van Europa zal zich blijken persberichten voorlopig niet uitspreken over de abortus-wetgeving in de 17 lid-staten. Een rapport van de Nederlandse afgevaardigde Dankert (P.v.d.A.) over bevolkingspolitiek werd naar de commissie terugverwezen toen duidelijk werd dat het niet in ongeschonden staat door de Raadgevende vergadering zou worden aangenomen. Het rapport ging over het geheel van de bevolkingspolitiek maar het breukpunt bleek een oproep aan de rege-

ringen, hun abortus-wetgeving te liberaliseren. Een amendement van de (katholieke) Britse afgevaardigde Norman St. John-Stevan (soc.) om het gedeelte over de abortus te schrappen werd door de assemblee verworpen met 45 stemmen vóór en 45 tegen. Toen was duidelijk dat het ontwerp inclusief de abortus-paragraaf niet de vereiste tweederde meerderheid kon halen.



Amsterdam gaat zijn drinkwater fluorideren, overeenkomstig een besluit van 1962. Aan de uitvoering van dit besluit wordt nu de laatste hand gelegd, zoals blijkt uit een gemeentelijk persbericht. Eind 1967 besloot de raad voor het aanschaffen en opstellen van de benodigde apparatuur een krediet van f 820.000,— beschikbaar te stellen; het fiat van Gedeputeerde Staten daarop kwam begin 1968. Het besluit om tot fluoridering van het drinkwater over te gaan is enige tijd opgeschort geweest om het advies van een door Volksgezondheid ingestelde commissie van deskundigen af te wachten. Het onderzoek van deze commissie bevestigde de eerder getrokken conclusies, reden voor B & W om de fluoridering zo gauw mogelijk uit te voeren. Zij denken daarbij aan 1 november van dit jaar, maar of die datum wordt gehaald hangt af van de voorzettingen die afnemers buiten de hoofdstad — enige omliggende gemeenten en het Provinciaal Waterleidingbedrijf — maken met hun eigen voorbereidingen.



De laatste jaren heeft een stijgend aantal Britse artsen het roken gestaakt, waarbij de sigaret het meeste terrein heeft moeten prijsgeven. Aldus Prof. Rosenheim, president van het Royal College of Physicians, aangehaald in het Deutsches Ärzteblatt d.d. 30 september 1971. De gevolgen zijn niet uitgebleven: het aantal sterfgevallen onder artsen met longkanker als oorzaak is in Engeland duidelijk dalend.



In het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne wordt voor de uitvoering van taken op het gebied van de milieuhygiëne een directoraat-generaal gevormd. De minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Dr. L. B. J. Stuyt, is voornemens voor de benoeming tot directeur-generaal voor de milieuhygiëne voor te dragen, Ir. W. C. Reij. De heer Reij is thans Directeur-Generaal van de Arbeid bij het ministerie van Sociale Zaken.

MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

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

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

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

Oplage: 16.880 exemplaren

Druk: Verweij Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411
Postgiro K.N.M.G.: 58083

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021