



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

## REDACTIONEEL

### EEN HISTORISCHE BESLISSING

Zoals gemeld in Medisch Contact nr. 35/1970, bladzijde 922, is de Ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging van 21 augustus j.l. akkoord gegaan met het voorstel terzake van de ziekenfondshonorering farmaceutische hulp door huisartsen 1970. In grote

lijnen behelst dit voorstel, naast de gebruikelijke trendmatige aanpassing, een verhoging van het netto-honorarium wegens de toegenomen receptuur en de regeling, dat de in 1970 nieuwgevestigde apotheekhoudende artsen het verichtingssysteem dienen te kiezen en in principe in 1971 alle apotheekhoudende artsen daartoe zullen overgaan. Dit laatste nu zou men voor de 1.500 apotheekhoudende huisartsen een historische beslissing kunnen noemen.

Voor de in deze materie niet ingevoerde lezer eist dat wel enige toelichting. Vanaf de eerste overeenkomst tussen apotheekhoudende huisartsen en ziekenfondsen gold dat de vergoeding voor geleverde medicamenten aan ziekenfondsverzekerden geschiedde door middel van een vast bedrag per jaar per ingeschreven verzekerde. Al spoedig werd een aantal geneesmiddelen (gewoonlijk de meest kostbare) afzonderlijk tegen taxeprijs (een benadering van de werkelijke prijs) vergoed. Administratief waren hier zeker voordelen aan verbonden. De huisarts ten plattelande behoefde geen financiële administratie te voeren voor zijn verstrekte receptuur. Immers hij kreeg een vast bedrag per jaar (abonnementshonorarium) voor eventueel te leveren medicamenten aan zijn patiënten, dus onafhankelijk van wat hij werkelijk uitgaf.

Er is een principieel en een praktisch bezwaar aan dit systeem verbonden. Principieel, omdat de arts persoonlijk financieel wordt betrokken bij hetgeen hij voorschrijft, immers zuinig en/of weinig recepteren betekent geld overhouden, duurder en/of meer recepteren bete-

#### 25e JAARGANG - No. 37 - 11 SEPTEMBER 1970

##### INHOUD

Een historische beslissing .....	969
Verslag en resoluties van de 24e World Medical Assembly te Oslo .....	971
<i>De arts in de E.E.G.:</i>	
Kritische kanttekeningen van het Europees Parlement bij richtlijnen inzake vrije vestiging en het vrij verrichten van diensten .....	974
Discussie over abortus provocatus .....	977
F.I.O.M.-rapport over abortusproblematiek van de ongehuwde vrouw .....	981
Oprichting bepleit van een nationaal instituut voor sportgeneeskunde .....	983
Internationaal transplantatiecongres in Den Haag .....	985
Staatssecretaris wil betere analyse-techniek voor gezondheidsprojecten .....	986
Wijziging opleiding ziekenverpleging .....	987
Post-universitair onderwijs gezondheidszorg in Europa .....	988
Nog steeds stijgend ziekteverzuim .....	989
<i>Van het Centraal Bestuur L.S.V.:</i>	
Honorering specialistische hulp gedeteneerden en ter beschikking van de regering gestelden .....	990
<i>Van het Centraal Bestuur L.H.V.:</i>	
Ledenvergadering geannuleerd .....	990
Brieven aan de redactie .....	991
Varia .....	991

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

Colofon op bladzijde 992

kent geld bijpassen; afgezien van het feit of dit in de praktijk invloed had, blijft het in principe onjuist. Het praktische bezwaar is, dat in de onderhandelingen tussen medewerkers en ziekenfondsen de hoogte van dit abonnementsbedrag een voortdurende twistappel werd. Het bleek vrijwel onmogelijk te zijn door een onderzoek de hoogte van dit bedrag vast te stellen. In het verrichtingssysteem worden alle geleverde medicamenten volgens de taxeprijs vergoed, zoals dat ook bij de apothekers het geval is. In de Ledenvergadering van de L.H.V. bleken velen op te zien tegen de extra administratieve werkzaamheden, welke het verrichtingssysteem met zich meebrengt. Dit is voor de arts zeker bezwaarlijk. In zijn opleiding speelt de administratieve scholing maar een geringe rol.

Bovengenoemde overeenkomst geeft aanleiding tot nog een tweetal kanttekeningen:

Bij de vaststelling van het netto-honorarium in 1954 werd uitgegaan van 70% van het apothekershonorarium. Dit percentage was gebaseerd op het aantal afleveringen per ziel, dat bij de apotheker hoger was dan bij de apotheekhoudende huisarts. Afgezien hiervan was het redelijk dat de apotheker hoger werd gehonoreerd, onder meer vanwege zijn door de wet vereiste controle-technische werkzaamheden. Door de nieuwe geneesmiddelenwet evenwel worden ook de apotheekhoudende huisarts vele verplichtingen opgelegd. Daar komt bovendien bij, dat het aantal ingeschreven verzekerden per apotheker vier à vijf maal zo groot is als per apotheekhoudende huisarts; kleinere aantallen werken nu eenmaal ook in het honorarium kostenverhogend. Bij latere onderhandelingen is deze (of een andere) verhouding tot het apothekershonorarium door de ziekenfondsen niet meer geaccepteerd. Dat is jammer, het zou de onderhandelingsprocedure zeker vereenvoudigen.

### **Maatschappij-agenda 1970**

<b>12 september</b>	— Alg. Vergadering Maatschappij
<b>24 september</b>	— Centraal Bestuur L.S.V. met districtsvoorzitters
<b>2 en 3 oktober</b>	— Ledencongres Maatschappij
<b>24 oktober</b>	— Ledenvergadering L.S.V.
<b>13 november</b>	— Ledenvergadering L.H.V.
<b>14 november</b>	— N.H.G.-congres
<b>21 november</b>	— Ledenvergadering L.A.D.
<b>19 december</b>	— Alg. Vergadering Maatschappij

Een tweede opmerking betreft de veelomstreden Regeling en Klapper. Bij het verrichtingssysteem voor de apotheekhoudende huisarts is voor 1970 de Regeling en Klapper in de overeenkomst opgenomen. Dit betekent dat, voor zover het de receptuur betreft, er een verschil bestaat tussen niet-apotheekhoudende artsen en een bepaalde groep apotheekhoudende geneeskundigen, die volgens het verrichtingssysteem werken. Maar zelfs indien — in welke vorm dan ook — een overeenkomst wordt gesloten tussen alle medewerkers en ziekenfondsen waarin voorschriften over de receptuur zijn opgenomen, dan nog bestaat de mogelijkheid dat de apotheekhoudende huisarts financieel nadeel ondervindt van reeds verstrekte en niet of nog niet toegestane medicamenten. Immers hij krijgt deze dan niet vergoed. Bij de niet-apotheekhoudende arts is dit nooit mogelijk. In dat geval namelijk levert de apotheker de medicamenten af. Het ware gewenst dat — in welke toekomstige regeling dan ook — in ieder geval voor wat de receptuur betreft ook hier geldt: gelijke monniken - gelijke kappen.

B.



***Uitvoerig programma met inschrijfformulier  
werd opgenomen***

***in M.C. van 26 juni, no. 26/1970***

***en (als bijlage) in M.C. van 14 augustus, no. 33/1970***

# Verslag en resoluties van de 24e World Medical Assembly te Oslo

Van 16-22 augustus 1970 werd in het Congresgebouw van de Oslose universiteit de 24e World Medical Assembly gehouden. Kern van de bijeenkomst, naast de beraadslagingen over de activiteiten van de World Medical Association, was een tweedaags congres over de toekomst van de huisarts.

Als afgevaardigden van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst waren te Oslo aanwezig: Maatschappij-voorzitter Dr. L. van der Drift, secretaris-generaal J. Diepersloot, hoofdbestuurslid Dr. J. A. Dallmeijer en de voormalige secretaris-penningmeester G. Dekker. Als waarnemer namens het Nederlands Huisartsen Genootschap maakte Dr. H. J. Dokter deel uit van de K.N.M.G.-delegatie. Als hoofdredacteur van Medisch Contact maakte ook steller dezes de vergadering mee.

De beide eerste vergaderdagen — na de kennisgeving op de 16e — waren hoofdzakelijk toegewijd aan de werkgroepen, de zogeheten Reference Committee's, waarover verderop meer.

Woensdag de 19e vond onder meer een vergadering van (hoofd)redacteuren van medische vakbladen plaats. Thema van die bijeenkomst was „The tyranny of fashion in medical journals”. Uit de discussie bleek, dat een nieuwe, eigentijdse benadering van de medische journalistiek hoognodig werd bevonden. Algemeen heerste het inzicht, dat de medische vakpers te dul, te zeer in zichzelf besloten is. Een duidelijk eigen gezicht en een geëngageerde instelling ontbraken volgens sommigen nog te veel. Over het hoe van het onderbrengen van deze zaken in de professionele periodieken was men aanzienlijk minder duidelijk. Al met al lijkt het onderwerp wel belangwekkend genoeg om nog eens apart door ons te worden aangevoerd.

Donderdag 20 en vrijdag 21 augustus bepaalden de congresgangers zich tot de toekomst van de huisarts. Het onderwerp was in vraagvorm gegoten: „Has the general practitioner a future?” Over de huidige stand van zaken binnen de huisartsgeneeskunde waren papers binnengekomen uit Denemarken, Zwitserland, Finland, Noorwegen, Engeland, Zweden, Nederland (van de hand van collega Diepersloot), de Verenigde Staten, Turkije, België en Griekenland.

Het congres sprak achtereenvolgens over het werk van de huisarts, de organisatie van de gezondheidszorg in de eerste linie (de primaire gezondheidszorg), de plaats van de huisartsgeneeskunde in de medische opleiding en het wetenschappelijk onderzoek betreffende de huisartsgeneeskunde. De tijd welke ieder der inleiders was toegemeten bedroeg een kwartier. Toch nog lang genoeg, als men bedenkt dat iedere spreker zijn gedachten al van tevoren op papier had gezet en tijdens de zitting alleen

maar een samenvatting daaruit behoefde voor te lezen dan wel op een speciaal onderdeel ingaan. Ieder der discussianten kreeg vijf minuten.

Sprekers over het werk van de huisarts waren, behalve de voorzitter Prof. Chr. F. Borchgrevink (Noorwegen): W. Wang Nielsen uit Denemarken, A. G. Boohene uit Ghana, Bruno Baruchello (Italië), Romeo C. Montes (Philippijnen) en I. Toncay Sozer uit Turkije. Officiële woordvoerders over de organisatie van de primaire gezondheidszorg waren, onder voorzitterschap van de Ghanees Dr. C. G. Boateng: Keith S. Jones (Australië), M. J. Mann (Israël), onze landgenoot J. Diepersloot en Gustav Haglund (Zweden).

Het onderwerp „Medical education motivation towards general practice” werd voorgezeten door Dr. Ronald Gibson uit Engeland. Sprekers over dit onderwerp waren: Friedrich Voges (West-Duitsland), John J. Zack (Canada), de Noor Chr. F. Borchgrevink en A. de la Fuente Chaos (Spanje).

Tenslotte de behandeling van het onderwerp „Research in de huisartsgeneeskunde”, met als voorzitter Prof. Chr. F. Borchgrevink uit Noorwegen. Inleiders waren hier: Antoon Malfliet (België), Bent Guttorm Bentsen (Noorwegen), Åke Nordén (Zweden) en Edward J. Kowalewski uit de Verenigde Staten.

Voorafgaand aan het congres over de toekomst van de huisarts waren, zoals gezegd, de activiteiten van de W.M.A. doorgelicht. Dit geschiedde door middel van plenum-bespreking van de rapportage, die door een werkgroep per onderwerp was gepleegd. Deze plenaire bespreking resulteerde in een aantal resoluties, die op de laatste dag aan de orde kwamen. In feite betrof het hier operationele meerderheidsconclusies van de werkgroep, tot stand gekomen nadat de werkgroep en plein public de rapporten en amendementen die haar hadden bereikt met betrekking tot haar schriftelijke presentatie van het groepsthema had doorgenomen, eventueel met behulp van door het W.M.A.-bestuur aangewezen deskundigen overzichtelijk had gemaakt, en in samenwerking met de zaal verder had uitgewerkt. Behalve de waarnemers mocht dus ieder zich in de werkgroepdiscussies mengen en zo de slotrapportage meebepalen.

Er waren werkgroepen voor de medische opleiding, de medische ethiek, de W.M.A.-publicaties, de internationale betrekkingen, de jurisprudentie van de vereniging, de planning, de financiën en sociaal-medische zaken.

De werkgroep „medische opleiding”, waarvan Dr. van der Drift deel uitmaakte, ging in op de antwoorden die waren binnengekomen op een vragenlijst over huisarts en huisartsgeneeskunde. Gebleken was, dat ieder land de noodzaak van deze vorm

van de bestaande definitie van de activiteiten van de huisarts bleek geen behoefte te bestaan. Klachten waren er over de opleiding van studenten en opleiders: zoals de zaken er nu in de meeste landen door de werkgroep, dat tijdens de opleiding tot huisarts. Aanbevolen werd, dat de student contact houdt met de huisartspraktijk vóór en met het ziekenhuis na zijn afstuderen als huisarts. Onderstreept werd door de werkgroep, dat tijdens de opleiding tot huisarts meer aandacht moet worden gegeven aan de „care” naast de scholing in het geven van „cure”.

De werkgroep „medische ethiek” sprak over de bepaling van het tijdstip waarop de dood intreedt, alsmede over de abortus. Dr. Stanley had een literatuur-overzicht samengesteld van de vigerende doods-definities. Laatstelijk in 1968 had de W.M.A. in Sydney een „Statement on Death” laten uitgaan (zie M.C. nr. 39/1968, blz. 1037). De werkgroep achtte de tijd nog niet gekomen over te gaan tot een hernieuwde stellingname in deze. Ook de voorbereiding van een voor de toekomst gepland symposium over de definitie van de dood leek haar nog niet direct nodig.

Met betrekking tot de abortus had de werkgroep een basistekst samengesteld, (zie aan het slot van dit verslag) waarbij de vergadering werd uitgenodigd zich uit te spreken vóór abortus, maar uitsluitend als therapeutische maatregel. Een besluit tot zwangerschapsonderbreking, aldus vervolgt de



*De fractie, waarin alle verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen O.L.M.A. worden uitgedrukt, heeft — berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen per ultimo juni 1970 — voor het derde kwartaal 1970 een waarde van f 1,093.*

#### SMOKING AT MEDICAL MEETINGS

Tijdens de algemene vergadering van de W.M.A. dienden de Britten de volgende resolutie in:

„Whereas: It has long since been established beyond doubt that tobacco smoke, and cigarette smoking in particular, is associated directly or indirectly with a large proportion of the morbidity and mortality with which the medical profession has to deal, and

„Whereas: the medical profession should do all it can to discourage this from of personal air pollution, and therefore should not appear to be itself failing to take this matter seriously, and

„Whereas: many national medical associations either discourage or do not permit smoking at their meetings, and the World Health Assembly has this year resolved that there shall be no smoking at that meeting in future,

„Therefore be it resolved that at all official meetings of the World Medical Association smoking be not permitted, and that member associations be called on to adopt this rule.”

Het voorstel werd voor nader overleg verwezen naar de Council: wie zou een ander het roken kunnen verbieden? (Zie ook M.C. nr. 24 van dit jaar, bladzijde 660.)

tekst, zou doorgaans door tenminste twee gekwalificeerde artsen schriftelijk moeten worden ondersteund. Een arts die het niet met zijn overtuiging vindt stroken tot het uitvoeren van een abortus te adviseren dan wel de ingreep zelf te verrichten, mag dit weigeren, mits hij de patiënte toevertrouwt aan de zorgen van een terzake competente collega. De werkgroep stelde voor de grondtekst te handhaven, maar beval tevens aan deze niet in stemming te brengen. Dit omdat in menig land veranderingen op til zijn, veranderingen die de thans verwoorde algemene inzichten met betrekking tot de abortus daar niet meer in de pas zouden doen zijn met de werkelijke toestand. Het congres stemde de laatste dag wel. Van de gedelegeerden die aan de stemming deelnamen, verklaarden alleen drie artsen uit Argentinië zich tegen de inhoud van de tot resolutie geworden werkgroepconclusie. Een andere verklaarde tegenstander, te weten de vertegenwoordiger van het Vaticaan, liet zijn stoel die dag onbezet.

De werkgroep „publikaties” maakte duidelijk, dat de World Medical Journal eigenlijk financieel niet uit kan komen. Het blad wordt in drie talen uitgegeven: de Engelstalige uitgave in Oslo, de Franse in Parijs en de Spaanse in Montevideo; respectievelijk oplagen: 80.250, 1.250 en 2.000. Het verlies voor dit jaar wordt begroot op tegen de 23.000 dollar, anderhalf maal zoveel als vorig jaar.

Onder de resoluties die de laatste dag aan de orde kwamen waren er ook die door lidstaten waren ingediend. Eén daarvan, ingediend door de Engelsen, betrof het instellen van een rookverbod op bijeenkomsten van medici; de resolutie werd verworpen op formele gronden. In een andere resolutie drongen de Zweden aan op een gelijkwaardige geneeskundige verzorging voor allen, een recht — vervat in de doelstellingen van de W.M.A. en in de Verklaring van Genève dat nog niet alle mensen is geworden:

„Whereas: The objectives of the World Medical Association are to serve humanity by endeavoring to achieve the highest international standards in medical education, medical science, medical art and medical ethics, and health care for all people of the world

„Whereas: The medical profession is dedicated to providing adequate medical care to all people irrespective of consideration of religion, race, nationality, party politics or social standing in accordance with the Declaration of Geneva, 1948

„Whereas: Not all peoples do enjoy this right

„Therefore be it resolved that national member associations take the appropriate steps to initiate, support and participate in efforts to make available the necessary medical care to all the people in their respective countries in accordance with the objectives of the World Medical Association and its Declaration of Geneva.”

Deze resolutie werd met algemene stemmen aangenomen.

Het voorstel om in de toekomst de World Medical Assembly om de twee jaar te houden kreeg na uitvoerige discussie niet de vereiste meerderheid. De motieven van de voorstemmers, waaronder Nederland, waren: de hoge kosten en de onvoldoende tijd voor de Council om een jaarlijks congres voor te bereiden. De tegenstemmers achtten het aantal vraagstukken waarover de W.M.A. zich dient uit te spreken te groot en te urgent om een tweejaarlijks congres acceptabel te doen zijn, bovendien zou het contact tussen de leden onderling er te zeer onder lijden.

Een laatste resolutie betrof de wettelijke aansprakelijkheid van de arts. De Britten stelden voor, per land door de medische beroepsorganisaties een fonds te laten stichten, waaruit door de rechter gegrond bevonden schadevorderingen tegen artsen wegens bij de uitoefening van het beroep gemaakte fouten c.q. begane onachtzaamheden zouden kunnen worden betaald. Tegelijk zouden met de zo aan te leggen reserves de goede naam en de geldelijke belangen van de artsenstand van aantasting kunnen worden gevrijwaard.

De volgende World Medical Assembly zal in 1971 in Ottawa worden gehouden. Onderwerp van bespreking zal dan in het bijzonder zijn: het drug-probleem.

B.

---

## Resolutie W.M.A. over abortus

1. The first moral principle imposed upon the doctor is respect for human life as expressed in a clause of the Declaration of Geneva: „I will maintain the utmost respect for human life from the time of conception”.

2. Circumstances which bring the vital interests of a mother into conflict with the vital interests of her unborn child create a dilemma and raise the question whether or not the pregnancy should be deliberately terminated.

3. Diversity of response to this situation results from the diversity of attitudes towards the life of the unborn child. This is a matter of individual conviction and conscience which must be respected.

4. It is not the role of the medical profession to determine the attitudes and rules of any particular state or community in this matter, but it is our duty to attempt both to ensure the protection of our patients and to safeguard the rights of the doctor within society.

5. Therefore, where the law allows therapeutic abortion to be performed, or legislation to that effect is contemplated, and this is not against the policy of the national medical association, and where the legislature desires or will accept the guidance of the medical profession, the following principles are approved:

(a) Abortion should be performed only as a therapeutic measure.

(b) A decision to terminate pregnancy should normally be approved in writing by at least two doctors chosen for their professional competence.

(c) The procedure should be performed by a doctor competent to do so in premises approved by the appropriate authority.

6. If the doctor considers that his convictions do not allow him to advise or perform an abortion, he may withdraw while ensuring the continuity of (medical) care by a qualified colleague.

7. This statement, while it is endorsed by the General Assembly of The World Medical Association, is not to be regarded as binding on any individual member association unless it is adopted by that member association.

---

## Kritische kanttekeningen van het Europees Parlement bij richtlijnen inzake vrije vestiging en het vrij verrichten van diensten

***Aan bedenkingen van het Permanent Comité terzake van desgevraagd verstrekken van een „volledig dossier” over een arts, die zich elders wil vestigen, is tegemoet gekomen***

Verschenen zijn (Publikatieblad van de Europese Gemeenschappen 13 jrg. C 101, 4 augustus 1970) de notulen van de vergadering van het Europees Parlement, gehouden op 8, 9 en 10 juli i.l. In die vergadering heeft dit Parlement behandeld het „voorstel voor een richtlijn betreffende de verwezenlijking van het recht van vestiging en het vrij verrichten van diensten voor de anders dan in loondienst verrichte werkzaamheden van de arts”.

Over deze door de Brusselse Commissie aan het Europees Parlement voorgelegde richtlijn hebben wij reeds geschreven in een beschouwing over de 30 en 31 mei 1969 gehouden plenaire zitting van het Permanent Comité der Artsen der E.E.G. (M.C. no 23/1969 blz. 637). In die beschouwing brachten wij naar voren dat het Permanent Comité zich zeer verontrust heeft getoond over deze door de Brusselse Commissie opgestelde richtlijn. De reden van die ongerustheid was hierin gelegen, dat met de problematiek, zoals het Permanent Comité die in de toekomst in de praktijk vreesde en waarover zij formeel het de Brusselse Commissie adviserende Economisch en Sociaal Comité op de hoogte had kunnen stellen, in 't geheel geen rekening bleek te zijn gehouden.

Teneinde de geïnteresseerde lezer zo goed mogelijk over de E.E.G.-ontwikkelingen te informeren hebben wij de richtlijn terzake van artsen en tandartsen, als voorstel door de Brusselse Commissie aan het Europees Parlement voorgelegd, onverkort afgedrukt in M.C. no 28/1970 blz. 791, vervolgens die betreffende diploma's, certificaten en andere titels van de arts in M.C. no 29/1970 blz. 815 en daarna die terzake van wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen in M.C. no 30/1970 blz. 835.

Het voorstel voor een „richtlijn betreffende verwezenlijking van het recht van vestiging en het vrij verrichten van diensten voor de anders dan in loondienst verrichte werkzaamheden van de arts” is in zijn juli-zitting aan het oordeel van het Europees Parlement onderworpen geweest. Uit de nu verschenen notulen van die vergadering blijkt dat het Europees Parlement ten opzichte van het geven van inlichtingen over artsen door een Lid-Staat van oorsprong of herkomst aan een ontvangende Lid-Staat

een delicatesse opvatting koestert dan de Brusselse Commissie. Het Europees Parlement is, dunkt ons, goeddeels tegemoet gekomen aan de ernstige bedenkingen, welke vooral de leider van de Nederlandse delegatie in het Permanent Comité C. Landheer op dit punt destijds tegen de toen in concept voorhanden richtlijn heeft ingebracht. Die bedenkingen richtten zich tegen de in de richtlijn ontworpen mogelijkheid dat een Lid-Staat van oorsprong of herkomst aan een ontvangende Lid-Staat een dossier over een arts zou kunnen overleggen, waarbij aan de te verstrekken informatie geen enkele limiet werd gesteld. Die bedenkingen zijn ook voorgehouden aan het Economisch en Sociaal Comité — adviserend voorportaal van de Brusselse Commissie — dat het Permanent Comité niet „officieel” ontvangt doch niettemin bereid is gebleken het informeel in gehoor te ontvangen, al gaf het dan figuurlijk aan de daar voorgelegde bedenkingen geen gehoor.

Het komt op het volgende neer. In het voorstel van een richtlijn, zoals aan het Europees Parlement voorgelegd, leest men:

„Indien in een Lid-Staat van oorsprong of herkomst en in een ontvangende Lid-Staat wettelijke of bestuursrechtelijke bepalingen bestaan betreffende naleving van de voorschriften inzake goed zedelijk gedrag of betrouwbaarheid met betrekking tot de uitoefening van een in artikel 2 bedoelde werkzaamheden, verkrijgt de ontvangende Lid-Staat desgewenst de nodige inlichtingen. Deze omvatten ten opzichte van de betrokkene getroffen disciplinaire of beroepssancties.”

Het Europees Parlement heeft achter het laatste woord „beroepssancties” de punt vervangen door een komma en daarachter toegevoegd:

„... beroepssancties, voor zover zij niet verjaard of afgedaan zijn. Medegedeeld moet ook worden alle lopende procedures alsmede elke straf die, nadat het verzoek om toelating is ingediend, in de Lid-Staat van herkomst wordt opgelegd. De Lid-Staten zijn bij een rechtsgeldige beslissing terzake van een arts in de Lid-Staat van herkomst, aan de aldaar daaruit voortvloeiende rechtsgevolgen gebonden.”

Deze aanvulling houdt dus in dat het niet mogelijk zal zijn dat een Lid-Staat van herkomst een ontvangende Lid-Staat alle informatie kan geven. Terecht heeft de leider van de Nederlandse delegatie bij het Permanent Comité er destijds tegen geprotesteerd dat men het volgens het concept-richtlijn mogelijk zou maken alles, ook het meest onschuldige, uit het verleden van een arts in een dossier over te brengen naar het land, waar die arts zich zou willen gaan vestigen. Uitdrukkelijk is nu gesteld „voorzover zij niet verjaagd of afgedaan zijn”. Deze aanvulling biedt een dubbele bescherming voor de arts, die zich elders wil gaan vestigen: voorvallen uit het verleden — die ook met zijn goed zedelijk gedrag of betrouwbaarheid in wezen niets te maken kunnen hebben — mogen niet in het dossier worden opgenomen. In de tweede plaats wordt een eventuele neiging in het land, dat voor vestiging is gekozen, om aan die vestiging zoveel mogelijk een barrière op te werpen en waartoe ook disciplinaire of beroepssancties uit een (ver) verleden zouden kunnen worden aangegrepen, onmogelijk gemaakt. Dat de toevoeging ook voorziet in de mogelijkheid, dat de Lid-Staten elkaar informeren over nog lopende zaken, ergo dat een arts zich in feite door schijnelijke vestiging elders niet onvatbaar kan maken voor een hem eventueel alsnog in zijn land van herkomst op te leggen disciplinaire maatregel, zal wel nergens op bezwaar stuiten.

\*  
\*\*

Gedachtenwisseling is er in het Permanent Comité ook in den brede geweest over het voeren van titels, waarbij het in het algemeen als zeer verwarrend voor het publiek werd beschouwd dat artsen in het land van vestiging titels zouden gaan voeren, die daar niet — in het land van herkomst wel — bekend of toegelaten zijn. Hier is te denken aan in het ene land wel, in het andere land niet erkende specialismen, aan splitsingen in of combinaties van specialismen in de onderscheidene Lid-Staten, enz.

Er is in het Permanent Comité voor gepleit dat de richtlijn te dezer zake het voeren van titels, zoals die in het land van vestiging worden onderkend (door het publiek) zou voorschrijven. Op dit punt schijnt een door het Europees Parlement in de voorgestelde tekst aangebrachte wijziging dit uitgesproken verlangen verder dan ooit van verwezenlijk te hebben afgebracht. De Brusselse Commissie had deze tekst voorgelegd:

„De ontvangende Lid-Staten kennen aan de onderdanen van de overige Lid-Staten die voldoen aan de voorwaarden, als bedoeld in de artikelen 1, 3, 5 en 7 van de richtlijn van de Raad van ... (datum in te vullen wanneer de Raad van Ministers de richtlijn definitief vaststelt) inzake de onderlinge erkenning van de diploma's, certificaten en andere titels van arts, *het recht toe*, hun wettige beroepstitel en de afkorting daarvan in de ontvangende Lid-Staat *te voeren*.”

Het Europees Parlement heeft daarvan gemaakt:

„De onderdanen van de overige Lid-Staten, die voldoen ... enz. ... *voeren* hun wettige beroepstitel en de afkorting daarvan in de ontvangende Lid-Staat.”

Men zou geneigd zijn deze tekstwijziging in die zin te interpreteren, dat nu imperatief wordt voorgeschreven dat men in de ontvangende Lid-Staat niet naar een equivalentie titel mag streven doch gehouden is zich te blijven presenteren onder de wettige titel van het land van herkomst. Voor die interpretatie kan men dan steun vinden bij de tekstwijziging, welke het Europees Parlement in de richtlijn voor tandartsen heeft aangebracht - waarbij dan vermoedelijk meespeelt dat slechts Duitsland en Nederland een specifieke tandartsopleiding kennen en het in andere landen mogelijk is bijvoorbeeld na opleiding tot arts in enkele jaren een certificaat als tandarts te verwerven of een uitsluitend tandheelkundige studie te voltooien, die niet gelijkwaardig is te achten aan de opleidingen, zoals die ten onzen wordt gekend. Voor tandartsen stond in het ontwerp richtlijn van de Brusselse Commissie:

„De Lid-Staten van ontvangst kennen aan de onderdanen ... enz. diploma's, certificaten en andere titels van de beoefenaar der tandheelkunde het recht toe, *de als gelijkwaardig erkende wettige* beroepstitel, en de afkorting daarvan, in de Lid-Staat van ontvangst te voeren.

Hier heeft het Europees Parlement de tekst aldus gewijzigd:

„De onderdanen van de overige Lid-Staten, die voldoen ... enz. ... en andere titels van de beoefenaar der tandheelkunde, *voeren hun wettige* beroepstitel en de afkorting daarvan in de *ontvangende* Lid-Staat.”

Nog duidelijker schijnt hier van een imperatief voorschrift sprake te zijn, maar het is slechts schijn, want onze interpretatie is niet in overeenstemming te brengen met wat het Europees Parlement in zijn resolutie op dit punt heeft vastgelegd, namelijk dat het van mening is „dat moet worden gepreciseerd dat de begunstigde niet alleen het recht maar ook de *plicht* heeft de beroepstitel van het ontvangende land te voeren”. Een zienswijze, die onzes inziens zou kunnen indruisen tegen wat feitelijk in de tekst van het betreffende artikel staat vermeld. Wij willen aannemen dat hier „taalmoeilijkheden” in het spel zijn. Met de officiële vertalingen komen wij wel meer op vijandige voet te staan en zo is ons, wat de titel van de richtlijn betreft, nog niet geheel duidelijk wat het „vrij verrichten van diensten voor de anders dan in loondienst verrichte werkzaamheden van de arts” kan zijn. Als men zou spreken van „het recht tot verwezenlijking van vestiging en het vrij verrichten van diensten voor de anders dan in loondienst *werkzame* arts” zou dat ons beter in gehoor en begrip liggen.

Overigens heeft de behandeling van de richtlijnen voor artsen en tandartsen in het Europees Parle-

ment nu haar beslag gekregen door aanneming van een resolutie, houdende advies inzake de voorstellen van de Commissie van de Europese Gemeenschappen aan de Raad voor richtlijnen en aanbevelingen tot vaststelling van bijzonderheden betreffende de verwezenlijking van de vrijheid van vestiging en het vrij verrichten van diensten voor de anders dan in loondienst verrichte werkzaamheden van de arts en de beoefenaar der tandheelkunde.

#### *Resoluties van het Europees Parlement*

Kennisneming van die resolutie maakt duidelijk, dat het terrein van de internationalisering — althans binnen de E.E.G. — van de arts nog enkele voetangels en klemmen verbergt en dat nog verscheidene problemen om een oplossing, c.q. regeling vragen. Insteede van daarop in te gaan wordt hier volstaan met het geven van een panorama over dit terrein in de vorm van publikatie van de volledige tekst van deze resolutie. Zij luidt als volgt:

Het Europees Parlement,

1. betuigt zijn instemming met de onderhavige voorstellen, aangezien hiermede opnieuw een belangrijke stap voorwaarts wordt gedaan op de weg naar de liberalisatie van de vrije beroepen op het gebied van de gezondheidszorg;

2. stemt in met de in de coördinatie-richtlijnen voor artsen en tandartsen door de Commissie voorgestelde kwalitatieve en kwantitatieve minimumcriteria;

3. is met name van mening dat de in artikel 1 van de coördinatie-richtlijn voor tandartsen voorgescreven vijfjarige universitaire opleiding met een theoretische en praktische vorming van 5.000 uur in de omschreven verplichte vakken, een voldoende basis vormt voor de toelating tot en het uitoefenen van het beroep van tandarts, en acht het niet noodzakelijk dat bovendien moet worden aangetoond dat een aanvullende specialistische opleiding in stomatologie van minstens drie jaar is gevolgd;

4. acht het noodzakelijk dat Italië een beroepstype in het leven roept dat tandartsen in de gelegenheid stelt hun bezigheden uit te oefenen zonder dat zij volledig opgeleide artsen behoeven te zijn;

5. hecht daarom zijn goedkeuring aan het voorstel van de Commissie voor een aanbeveling voor het instellen in Italië van de universitaire opleiding van de beoefenaar der tandheelkunde;

6. is van oordeel dat het aanbeveling verdient in artikel 4 van de liberalisatie-richtlijnen voor artsen en tandartsen het begrip dienstverrichting door de arts, respectievelijk de tandarts, nader te definiëren;

7. wijst erop dat de in artikel 6 van de liberalisatie-richtlijnen voor artsen en tandartsen vervatte regeling, volgens welke de Lid-Staten voortaan op eigen gezag beslissen welke rechtsgevolgen de in een andere Lid-Staat opgelegde disciplinaire straffen of beroepssancties op hun grondgebied zullen hebben, juridische moeilijkheden kan veroorzaken en aan de door de richtlijnen begunstigde ten dele aanmerkelijk juridisch nadeel kan berokkenen;

8. acht het gewenst in de onderhavige richtlijnen

een bepaling op te nemen waardoor een minimum aan rechtsbescherming wordt gewaarborgd;

9. is van mening dat in artikel 8 van de liberalisatie-richtlijnen voor artsen en tandartsen moet worden gepreciseerd dat de begunstigde niet alleen het recht, maar ook de plicht heeft de beroepstitel van het ontvangende land te voeren;

10. pleit ervoor dat in de Bondsrepubliek Duitsland de verplichte proefperiode voor artsen en tandartsen die ten behoeve van sociaal verzekerden werkzaam willen zijn, wordt afgeschaft;

11. verzoekt de Commissie na te gaan of het niet mogelijk is reeds in de onderhavige richtlijnen een redelijke aanpassingsperiode van minstens zes maanden voor te schrijven;

12. toont zich bezorgd over de moeilijke positie der huisartsen in het heden en in de toekomst;

13. is van mening dat deze niet door een aanvullende speciale opleiding of door een na de studie te volbrengen stage in een ziekenhuis, maar alleen door een hervorming van de opleiding en bijscholing kan worden verholpen;

14. verzoekt de Commissie de huidige werkzaamheden en positie van de huisarts nauwkeurig te onderzoeken en zo spoedig mogelijk voorstellen in te dienen ten einde het aanzien van de huisarts binnen de artsenstand te verhogen en daarmee zijn positie te versterken;

15. verzoekt voorts de Commissie na te gaan of het niet mogelijk is in de coördinatie-richtlijn voor artsen een zodanige regeling op te nemen dat ook een part-time-opleiding, op een bepaalde wijze toegerekend, voor de helft of zelfs voor twee derde van de voorgescreven minimumopleidingsduur wordt erkend, wanneer bijzondere omstandigheden, met name voor moeders met kinderen tot 6 jaar, de in artikel 2, lid 1, sub c, voorgescreven full-time-opleiding in de weg staan;

16. hecht zijn goedkeuring aan de voorgestelde aanbeveling betreffende het Groothertogdom Luxemburg, waarin de Lid-Staten wordt aanbevolen op hun grondgebied aan Luxemburgse onderdanen die houder zijn van een in een derde staat uitgereikt artsen- of tandartsendiploma, de toegang tot de desbetreffende werkzaamheden te vergemakkelijken;

17. acht het noodzakelijk het toepassingsgebied van deze richtlijnen uit te breiden tot de niet-zelfstandige werkzaamheden van de arts en de tandarts;

18. verzoekt de Commissie de juridische mogelijkheden voor zulk een uitbreiding te onderzoeken;

19. keurt de voorstellen van de Commissie in hun geheel goed, doch verzoekt de Commissie de volgende wijzigingen overeenkomstig artikel 149, tweede alinea, van het E.E.G.-Verdrag in haar voorstellen over te nemen (hier volgen de tekstwijzigingen, waarvan er enkele hierboven zijn besproken);

20. verzoekt zijn voorzitter deze resolutie en het desbetreffende verslag te doen toekomen aan de Raad en de Commissie van de Europese Gemeenschappen.

v.M.



# ABORTUS PROVOCATUS

Door J. Pols, zenuwarts

## ARTS EN MENSELIJK LEVEN

De opvattingen van de medici over de waarde van het leven weerspiegelen de opvattingen van de maatschappij waarin zij werken. Dat kan waarschijnlijk ook niet anders, omdat alleen op deze wijze medici acceptabel zijn voor de maatschappij: arts en patiënt moeten immers in zekere zin van hetzelfde uitgangspunt kunnen uitgaan. Tegelijk is het alarmerend: er is geen enkele maatschappij-vorm aan te wijzen, hoe verdorven ook, waarin de medici en bloc weigerden zich te verenigen met de ideologische uitgangspunten welke deze maatschappij koos. Men denke hierbij aan Hitler-Duitsland. Men denke hierbij ook — op heel ander niveau — aan het snel slinkende principiële verzet van Britse medici tegen het verrichten van abortus provocatus na het invoeren van de nieuwe wetgeving.

Als een maatschappij verandert, verandert haar ethiek. Als de maatschappelijke ethiek verandert, verandert ook de medische ethiek. Als een ethisch principe wankelt, geeft dat zeer sterke gevoelens van onrust en onzekerheid. Dit lijkt nu het geval te zijn met het medisch ethisch principe, dat van oudsher uitgangspunt voor alle medisch handelen is geweest, namelijk het principe van de absolute eerbied voor menselijk leven. Nu is in deze formulering van het principe uiteraard impliciet datgene wat men onder menselijk leven en wat men onder absolute eerbied daarvoor verstaat.

De ontwikkeling van de medische wetenschap maakt een heroriëntatie op wat men onder menselijk leven verstaat dringend noodzakelijk; het maatschappelijk functioneren van de medici maakt een nadere bezinning nodig op wat de gepostuleerde absolute eerbied in feite inhoudt. In de volgende beschouwing wordt getracht de impliciete betekenis van deze beide begrippen explicieter te maken, dit alles speciaal naar aanleiding van het abortus provocatus probleem.

Tegen het einde van de 19e eeuw formuleerde Bichat „la vie est l'ensemble des forces qui résistent à la mort”. Het gaat er nu niet om, dat deze omschrijving toen al niet opging voor het menselijk leven, het gaat erom dat deze omschrijving blijkbaar een bevredigende werkhypothese opleverde voor de medici van die tijd: zij zagen zich als helpers van het leven door het bestrijden van de dood.

Er is sindsdien veel veranderd. De preoccupatie met ziekte maakt meer en meer plaats voor een preoccupatie met gezondheid en welzijn. Hele levensgebieden, waar de ziekte niet in de eerste plaats met

de dood in verband kan worden gebracht, maar met gehandicapt of ongelukkig leven, werden ook meer en meer het domein van de geneeskunde. Het zo lang mogelijk trachten de lichamelijke dood uit te stellen is niet meer het enige, vaak niet meer het eerste en soms zelfs een dubieus principe gebleken.

Het impliciete concept, dat menselijk leven waardevol is, vindt meer en meer uitdrukking in het inzicht, dat het zo goed mogelijk functioneren van lichaam en geest als doel centraal dient te staan. Dit blijkt misschien het duidelijkst in die gevallen, waarbij men voor de volgende keus staat: ofwel door behandeling een vreugdeloos en uitzichtloos bestaan zo lang mogelijk te laten duren, ofwel — grotere risico's met betrekking tot de levensduur aanvaardend — de kans op levensgeluk zo groot mogelijk te maken. Men denke aan de verpleging van demente bejaarden (actievere aanpak — grotere kans op fatale traumata); het niet zeer langdurig institutionaliseren van potentieel suïcidale patiënten; het afzien van een invaliderende operatie bij een nog goed functionerende patiënt, ook al zou deze na de operatie wellicht nog wat langer te leven hebben; er zijn tal van andere voorbeelden te geven. Hoe grotere risico's men neemt, des te duidelijker springt in het oog, dat het principe van het zo lang mogelijk verlengen van het leven niet meer een absolute eerbied verdient, niet meer uitgangspunt is, maar een waarde is geworden die discutabel is. Dat wil zeggen een waarde die kan worden afgewogen tegen andere waarden.

De enorme vooruitgang in behandelingsmogelijkheden heeft op enkele punten onzekerheid doen ontstaan, die voor vroegere duidelijkheid in de plaats kwam. In de eerste plaats werd men gedwongen in te zien, dat het einde van het leven niet altijd een evident, in de tijd duidelijk gemarkeerd verschijnsel is. Met name de toepassing van technieken van beademing en reanimatie bracht aan het licht, dat sterven soms gedissocieerd kan verlopen, dat de geestelijke dood kan zijn ingetreden voor de lichamelijke en dat er soms geen tijdstip is aan te geven waarop de dood bij een bepaalde patiënt is ingetreden. Ook daardoor werd het veel duidelijker, dat sterven in feite een proces is en niet een discontinu gebeuren op een bepaald moment.

In de tweede plaats werd men door de mogelijkheden, die ontstonden met betrekking tot voorkoming van zwangerschap, respectievelijk verstoring van zwangerschap in zeer vroege fasen, gedwongen nader te preciseren waar en op welk moment het leven begint. Het is hierbij opvallend, dat alle pogingen,

het begin van het leven te zien als een duidelijk gemarkeerd discontinu gebeuren, tot een heilloze verwarring leiden. Anders gezegd: de vooronderstelling dat menselijk leven op een bepaald discontinu moment begint, leidt tot een koortsachtig zoeken naar waar dit moment te vinden is. Het lijkt erop dat dit zoeken de verwarring eerder vergroot dan dat het duidelijkheid schept: men kan wel allerlei opvattingen erover horen verdedigen, maar het blijven opvattingen die niet tot evidenties uitgroeien en die geen hanteerbaar uitgangspunt voor medisch handelen lijken te geven.

De voorlopige conclusie moet dan ook zijn dat de opvatting, dat menselijk leven als een statisch gegeven kan worden beschouwd, met een duidelijk gemarkeerd discontinu begin en einde, niet meer kan dienen als aanvaardbaar uitgangspunt.

Steeds duidelijker komt naar voren, dat datgene wat voor de medicus leven tot menselijk leven maakt het psychisch functioneren is. Is irreversibel bewustzijnsverlies opgetreden, dan wordt van hersendood gesproken. Is er geen aantoonbaar psychisch functioneren meer mogelijk, dan is, ook al klopt het hart nog, de dood in wezen ingetreden. Het psychisch leven maakt bewustwording en daarmee beleven mogelijk. De meest wezenlijke trek van het beleven is, dat het niet statisch is maar dynamisch, dat het niet „is”, maar zich op ieder moment van het leven verwerkelijkt. Beleven is: actualiseren, verwerkelijken, worden.

Omdat het beleven voor het menselijk leven wezenlijk is, kan ditzelfde ook worden gezegd van het menselijk leven als geheel: menselijk leven „is” niet, maar is voortdurend in wording, het is een gebeuren, een proces zo men wil, een evolutie, maar nimmer een statisch feit. Ieder moment in het menselijk leven houdt in het tot werkelijkheid maken van één van de mogelijkheden die er op dat moment zijn. Het beweegt zich in een richting en deze richting wordt bepaald door de mogelijkheden, de potenties die op ieder moment aanwezig zijn.

Beziat men de ontwikkelingsgeschiedenis van een mens vanaf bijvoorbeeld het moment dat zaadcel en eicel ontstaan, dan kan men de bevruchting zien als een eerste actualisering: de potentie van eicel en zaadcel om door versmelting een verdere ontwikkeling in de richting van een menselijk leven te verwerkelijken actualiseert zich. In zekere zin een discontinuïteit, omdat er iets nieuws gebeurt, in andere zin geen discontinuïteit omdat beide cellen de potentie tot versmelting al in zich droegen voordat deze zich realiseerde. Daarna is er een snelle ontwikkeling in de richting van het zich vormen van een biologisch menselijk lichaam. Allerlei potenties realiseren zich: organen en orgaansystemen ontwikkelen zich, stemmen zich op elkaar af en onderwerpen zich op zodanige wijze aan elkaars beïnvloeding, dat een steeds ingewikkelder integratie van steeds meer en gedifferentieerder vormen en functies tot stand komt.

Met de vorming van het centraal zenuwstelsel gaat ook het bewustzijn tot de mogelijkheden van het or-

ganisme behoren. Wederom in zekere zin een discontinuïteit, in andere zin niet omdat het zich ontwikkelend organisme deze potentie al in zich droeg voordat deze zich realiseerde. Men kan inderdaad van een steeds ingewikkelder integratie spreken, omdat iedere nieuwe functie slechts mogelijk wordt gemaakt door alle voorgaande samen — men zou het ook een evolutie kunnen noemen — waarbij iedere hogere trap slechts mogelijk is dankzij alle voorgaande trappen.

Hoewel ik hier niet in discussie wil brengen of en in hoeverre het bewustzijn al voor de geboorte bestaat, lijkt het mij, dat de psychische ontwikkeling pas na de geboorte goed op gang kan komen: psychische ontwikkeling is immers pas goed denkbaar in een discontinu milieu, waardoor het zich ontwikkelend organisme verschil kan ervaren tussen eigen continuïteit en niet-eigen discontinuïteit. Met deze ervaring wordt opnieuw een potentie geactualiseerd. Pas na deze scheiding is „contact” met medemens, met dingen en later ook in reflexieve zin met het eigen zelf mogelijk. In deze ontwikkeling wordt een groot aantal psychische functies en vermogens gevormd, naar het mij voorkomt op dezelfde evolutieve wijze als de vorming van het soma in de embryonale fase. Ook hier ziet men in de groei naar de volwassenheid het bereiken van een steeds ingewikkelder, hogere integratie die slechts mogelijk wordt gemaakt door het doormaken van de voorgaande ontwikkeling.

In het volwassen menselijk leven ziet men nog steeds hetzelfde dynamische karakter het duidelijkst in de „hogere” psychische functies, die te maken hebben met het ondergaan en het beïnvloeden van de werkelijkheid en te maken hebben met vrijheid en actualiteit. Het lijkt er op, dat in de ouderdom het aantal potenties dat nog kan worden gerealiseerd steeds kleiner wordt (men vergeve mij het grof generaliserende van deze uitspraak) en men kan stellen dat de dood is ingetreden als geen potenties meer kunnen worden gerealiseerd.

Het menselijk leven van de volwassen mens kenmerkt zich derhalve door een zeer ingewikkelde integratie van somatische en psychische vormen en functies. Een groot aantal condities moet vervuld zijn voor een onbelemmerd zich verwerkelijken van deze integratie.

Voor zover men in de geneeskunde te maken heeft met puur lichamelijke ziekten — wie zegt dat deze niet kunnen bestaan, heeft in principe gelijk, maar als in alle wetenschap reduceert men ook in de geneeskunde de problemen om ze toegankelijker te maken — valt deze dynamische kant weinig op: men kan het volwassen lichaam als een vrijwel statisch, zij het zeer ingewikkeld geheel van vormen en functies beschouwen, als een zeer ingewikkelde machinerie, die in al zijn onderdelen op een voorstelbare wijze functioneert. Diagnostiek betekent dan het analyseren van deze vormen en functies tot men de fout heeft gevonden, therapie is het zo goed mogelijk herstellen van deze fout. Wanneer men zich in het dagelijks leven voortdurend met deze statische

aspecten bezighoudt, is het niet ondenkbaar, dat men zich niet realiseert dat men eerst een reductie heeft aangebracht om de problemen toegankelijker te maken. Dientengevolge gaat men menselijk leven inderdaad zien als een statisch geheel.

Deze beschouwing van het menselijk leven, niet als een statisch gegeven maar als een dynamisch gebeuren, maakt een nieuwe oriëntatie mogelijk op de ethische problemen waarvoor medici zich in deze tijd zien gesteld. Het is zonder meer duidelijk dat wanneer een irreversibel bewustzijnsverlies is opgetreden, er geen sprake meer is van menselijk leven in de engere zin des woords. Er kan nog wel sprake zijn van biologisch leven en men kan ook niet zeggen dat dat leven waardeloos is, maar het heeft niet meer de waarde die bewust menselijk leven heeft, het verdient niet meer „absolute eerbied”. En dat is de ethische rechtvaardiging van het dichtdraaien van de kraan van het beademingsapparaat wanneer hersendood is geconstateerd. Men kan het ook zo formuleren: omdat datgene wat leven tot menselijk leven maakt irreversibel ontbreekt — het beleven — kan men niet meer van menselijk leven spreken.

De situatie bij het zich ontwikkelend embryo is anders. Weliswaar is hier nog niet van bewustzijn sprake, maar dit organisme draagt de potentie in zich, later bewust te gaan worden als het zich ongehinderd kan ontwikkelen. Omdat het nog niet bewust is, is het nog geen menselijk leven, maar het draagt het vermogen in zich dat te worden. Hoe verder het zich ontwikkelt, hoe meer het gelijk wordt aan menselijk leven.

Tracht men nu de waarde van dit menselijk leven-in-wording te bepalen, dan is het duidelijk dat deze waardebepaling mede moet afhangen van de fase van ontwikkeling waarin dit leven op een bepaald moment verkeert. Hoe meer het op een mens gaat lijken des te groter wordt zijn „human life-value”. Zodra men namelijk het axioma, dat menselijk leven ineens onverwacht en wezenlijk discontinu begint bij bijvoorbeeld de bevruchting, laat varen, voert iedere andere beschouwing tot absurde consequenties: dan wordt een zaadcel even waardevol als een volwassen bewust levend mens; dan maakt iedereen die seksueel verkeert of zich daarvan onthoudt, zich schuldig aan het doden van miljoenen mensenlevens.

In feite wordt dit principe — naar het mij voorkomt op grond van emotionaliteit en evidentie — al toegepast, in deze zin dat het afremmen van de ontwikkelingsmogelijkheid van zaadcellen en eicellen door middel van anticonceptiva vrij algemeen niet in strijd wordt geacht met de absolute eerbied voor het menselijk leven waartoe de medicus zich verplicht voelt. Maar ook nadat de bevruchting is opgetreden wordt dit principe, naar het mij toeschijnt, al gehanteerd: het „spiraaltje” verstoort de innesteling van het bevruchte ei, ook al schijnt dit wetenschappelijk niet helemaal vast te staan. Toch is het ethisch bezwaar om dit anticonceptivum toe te passen gering. Vele artsen, die nog grote moeite hebben met de toelaatbaarheid van de abortus provocatus,

hebben geen bezwaar de „pill after the night” voor te schrijven.

Ook de emotionele attitude ten aanzien van de abortus provocatus lijkt deze wegen te volgen: waar men hoort over bezwaren van verplegend personeel, anesthesisten en andere medici tegen het uitvoeren van de abortus provocatus geldt dit vooral het verstoren van al wat langer bestaande zwangerschappen, waarbij het embryo in zijn ontwikkeling meer en meer op een mens gaat lijken en bijvoorbeeld al actief kan bewegen.

De emotionele houding van de zwangere lijkt eveneens hierdoor te worden bepaald: afgezien van individuele verschillen neemt de waarde van de graviditeit voor de aanstaande moeder toe naarmate deze graviditeit langer bestaat. Er is een duidelijke discrepantie tussen de opvatting van medici, dat bij de bevruchting — bij wijze van spreken van het ene moment op het andere — menselijk leven is ontstaan en de emotionele attitude van met name aanstaande moeders (en zeer velen met hen), die pas na de eerste periode van de zwangerschap — en dan in toenemende mate — voelen dat zich een nieuw leven in hen aan het vormen is.

Het lijkt mij reëel wanneer medici zich in hun medisch-ethische stellingname aan zouden passen bij deze interpretatie van de werkelijkheid, die kort gezegd hierop neerkomt: leven is des te waardevoller naarmate het in zijn ontwikkeling verder gevorderd is op de weg naar bewust menselijk leven; maar als de waarde van bewust menselijk leven niet discutabel is, is de waarde van nog niet bewust leven discutabel en wel des te meer naarmate er van een vroeger ontwikkelingsstadium sprake is.

Daar komt nog iets anders bij. Bewust menselijk leven kenmerkt zich door een zekere onafhankelijkheid van de omgeving in het realiseren van zijn mogelijkheden. Dat vermogen is gegroeid in de ontwikkeling. Het embryo is in het realiseren van zijn potenties volslagen afhankelijk van de moeder. Naarmate de zwangerschap langer duurt, vermindert deze afhankelijkheid en in een latere fase is de geboorte een zeer spectaculair moment naar groei van onafhankelijkheid.

Hoe vroeger de geboorte, des te moeilijker is het een pasgeborene in leven te houden — des te meer voorzieningen en kunstgrepen zijn daarvoor nodig. Een onvoldragen kind van 28 weken kan in leven blijven, een geboren foetus van 24 weken nog niet; deze grens is mede afhankelijk van de stand der wetenschap en niet scherp te trekken, omdat er niet van een wezenlijke discontinuïteit maar van een groei in de ontwikkeling sprake is, die het „buitenbaarmoederlijk bestaan” meer en meer tot een realiseerbare potentie maakt.

Het lijkt er op dat toenemende afhankelijkheid in het algemeen gepaard gaat met een afname van de „human life-value”. Men denke aan de beperkte mogelijkheid om patiënten met nierinsufficiëntie kunstnieren aan te bieden en daarmee de beperkte mogelijkheid het leven te continueren. Het gaat er niet om, dat dit leven niet zeer kostbaar zou zijn, het gaat

erom dat het discutabel is geworden. Hoe groter de afhankelijkheid, hoe ingewikkelder de voorzieningen die nodig zijn om iemand in leven te houden, des te discutabeler wordt het leven.

Wanneer men dit alles expliciet zo stelt, klinkt het uiterst onethisch — en het is ongetwijfeld ook zo, dat het niet overeenkomt met de „absolute eerbied” als ethisch uitgangspunt van het medisch handelen. Impliciet echter worden deze criteria door praktisch alle medici gehanteerd. Iedere huisarts kent zijn ziekelijke ouden van dagen die „leven” op zijn wekelijks bezoek en die in zijn vakantie een verhoogde sterftেকans hebben. Vele medici weten dat hun therapeutische activiteit meer vruchten zou afwerpen als zij meer tijd aan sommige patiënten zouden besteden dan zij doen. Soms moeten patiënten tengevolge van beperkte mankracht, beperkt technisch kunnen of beperkte financiële middelen, zo lang op operatie wachten, dat deze potentieel reddende ingreep voor hen te laat komt. In weekends en nachten krijgen patiënten medische hulp die meestal niet optimaal is, omdat waarnemende medici nu eenmaal minder goed op de hoogte zijn van de problematiek rondom de betreffende patiënt. In verpleeghuizen en dergelijke instituten is de sterftেকans groter in de periode dat het personeel met vakantie gaat. Zo zijn er meer voorbeelden te noemen.

Hierboven werd gesteld, dat datgene wat leven voor de medicus tot menselijk leven maakt het psychisch functioneren is. Daaraan is toe te voegen: vrijwel ongeacht de kwaliteit ervan. Het leven van oligofrene en demente patiënten is op zichzelf even waardevol als dat van een qua intelligentie normaal mens. Maar slechts tot op zekere hoogte. Men kan verschillen gaan zien als bijvoorbeeld een demente bejaarde en een jonge volwassene gelijktijdig worden aangeboden aan een intensive care unit waarin slechts één bed beschikbaar is. Ook hier geldt: de beslissing om de bejaarde af te wijzen is zeer moeilijk. Maar waar het om gaat is, dat bij deze beslissing de waarde van beide levens wordt afgewogen — is de waarde van de jonge volwassene niet discutabel, die van de demente bejaarde is discutabel geworden.

Voorts kan men soms ervaren dat een menselijk leven ook voor de medicus des te meer waarde heeft naarmate het meer betekenis heeft voor ander menselijk leven. Ook dit is des te duidelijker, naarmate de in te stellen therapie kostbaarder is en meer voorzieningen van apparatuur en personeel vraagt. Hier kan men waarnemen dat men zich meer opofferingen getroost en de strijd tegen de dood hardnekkiger voortzet bij kostwinners en moeders van jonge kinderen dan bijvoorbeeld bij alleenstaande ouderen. Ook hier kan men zien dat menselijk leven discutabel is geworden.

Tenslotte: de aan menselijk leven toegekende waarde hangt af van de verwachting welke de medicus heeft over de mogelijkheden, die de patiënt, als deze zijn ziekte overleeft, nog heeft. Iedereen weet, hoeveel moeilijker het kan zijn een bejaarde met een apoplexie opgenomen te krijgen dan

## 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.

een jonge ongevalspatiënt met een contusie van de hersenstam. Ook al lijkt in beide gevallen de prognose niet gunstig, de voorkeur gaat algemeen uit naar opname van de jongere patiënt.

In het algemeen: hoe ouder iemand is, hoe minder de medicus bereid is intensieve, zeer kostbare en zeer tijdrovende behandelingen in te stellen.

Het gaat er mij nu niet om al deze feitelijke gegevens te beoordelen. Het gaat er nu slechts om dat zij bestaan. Zij zijn het gevolg van de maatschappelijke ontwikkeling, waaraan ook de medici hebben deelgenomen en deelnemen.

De maatschappij kent, blijkens de financiën die ter beschikking worden gesteld, bepaald de „absolute eerbied voor het leven” niet. Naast bedragen voor de volksgezondheid worden bedragen uitgegeven voor alle mogelijke andere doeleinden. De volksgezondheid is dus maatschappelijk gesproken een belang naast andere belangen, met een relatieve waarde derhalve: „absolute eerbied voor het leven” zou immers impliceren een absolute prioriteit van volksgezondheidsbelangen.

Voorts: een meerderheid in onze maatschappij is van oordeel, dat er bepaalde belangen zijn die het doden van medemensen rechtvaardigen en heeft daartoe een oorlogsapparaat gebouwd. Wat ik wil betogen is, dat zodra menselijk leven als belang kan worden afgewogen tegen andere „belangen”, de waarde van dit menselijk leven discutabel is geworden, de eerbied ervoor niet meer absoluut is.

Verreweg de meeste medici blijken tegen deze belangenafweging geen bezwaar te hebben en verklaren zich door in militaire dienst te gaan impliciet bereid actief aan de oorlog mee te doen, als de belangen, die op het spel staan groot genoeg zijn.

Het is vooral op al deze punten, dat de medisch-ethische opvattingen met de maatschappelijke in botsing zouden kunnen komen en strikt genomen ook zouden moeten komen. Maar de botsing blijft

achterwege, de medicus gaat met vakantie, geniet vrije weekends en wordt militair omdat de maatschappelijke normen hem dat dicteren. Misschien komt op al deze punten wel het duidelijkst tot uiting, dat absolute principes in tussenmenselijk verkeer niet kunnen bestaan.

De conclusie die te trekken valt is deze: de norm van absolute eerbied voor menselijk leven wordt door de medici in feite niet gehanteerd. Het leven is waardevol, zeer waardevol, maar het heeft geen absolute waarde. De waarde van een menselijk leven wordt door vele overwegingen bepaald. En juist omdat het door vele overwegingen wordt bepaald, is de waarde ervan niet absoluut maar discutabel.

Op grond hiervan dient het in deze regels eerder gestelde als volgt te worden gewijzigd: leven is des te waardevoller naarmate het in zijn ontwikkeling verder is gevorderd op de weg naar bewust mense-

lijk leven; maar als de waarde van bewust menselijk leven al discutabel is, is de waarde van nog niet bewust menselijk leven des te discutabeler en wel des te meer naarmate van een vroeger ontwikkelingsstadium sprake is.

Het is daarom niet relevant om een zwangere vrouw, die een nog volslagen afhankelijke vrucht met zich meedraagt, te verplichten tot de medisch-ethische norm van „absolute eerbied voor het leven”, die men zelf niet eens meer hanteert. De medicus hanteert bij patiënten, die van hem volslagen afhankelijk zijn, een beslissingsstrategie op grond van belangenafweging. Het is dan uiterst relevant dat hij de zwangere vrouw een vergelijkbare afweging van belangen niet ontzegt, maar haar daarbij naar zijn beste weten terzijde staat.

Assen, augustus 1970.

---

## **F.I.O.M.-rapport over abortusproblematiek van de ongehuwde vrouw**

„Telkens weer als door een vrouw abortusproblematiek aan de orde wordt gesteld, zal haar draagkracht moeten worden afgewogen aan de te dragen last. Zeer speciaal de ongehuwde vrouw die ongewenst zwanger is ziet zich geplaagd voor een veelal weinig rooskleurig toekomstbeeld. Zij heeft er recht op dat zij bij haar zoeken naar een oplossing — welke wellicht het treffen van een noodmaatregel kan inhouden — een bekwame gesprekspartner heeft met wie zij alle consequenties en alternatieven van alle kanten kan bekijken. Ten aanzien van de ongehuwde vrouw zal de maatschappelijk werker van een instelling voor ongehuwde moederzorg de meest aangewezen gesprekspartner zijn. De hulpverlening in het kader van een mogelijk aanstaand ongehuwd moederschap blijft daarbij overigens voorop staan. Abortus kan niet worden beschouwd als een adequaat middel tot geboorteregeling. Abortus is zeer zeker niet een normale oplossing ter voorkoming van een ongehuwd moederschap”. Aldus het rapport „Draaglast - Draagkracht”, dat deze dagen door een door de F.I.O.M. (Nederlandse Federatie van Instellingen voor de Ongehuwde Moeder en haar kind) ingestelde studietoelichting is uitgebracht en zich als volgt laat samenvatten:

Met nadruk stelt de commissie\*, dat haar rapport een discussiestuk is. Voor een aantal zaken, die tot nu toe nog niet of nauwelijks in de vele publicaties over abortus aan de orde kwamen, wordt nu speciale aandacht gevraagd met als doel daarover de discussie en de meningsvorming op gang te brengen. Dit houdt onder andere in dat het ook voor de ongehuwde moederzorg zelf bedoeld is als een uitgangspunt voor verdere discussie. De ongehuw-

de moederzorg heeft in principe een begeleidings-taak ten aanzien van alle facetten van het ongehuwd zwanger-zijn en het, mogelijkerwijs daarop volgende, ongehuwd moederschap.

In snel toenemende mate werd de ongehuwde moederzorg in de laatste jaren geconfronteerd met ongehuwd zwangeren, die abortusproblematiek aan de orde stelden (in 1969 bracht, blijkens een enquête, één op de zes vrouwen met wie de bureaus

---

### **\*) Samenstelling van de commissie**

- P. S. Bakker, directeur van de Protestantse Voortgezette Opleiding voor sociale arbeid, Amsterdam (voorzitter).
- Mejuffrouw H. Gelderloos, maatschappelijk werk-adviseur van de Hendrik Pierson Vereniging, Amsterdam.
- Drs. E. J. H. van Kordelaar, directeur Katholieke Centrale Vereniging tot hulpverlening aan niet-gehuwde Moeders, Den Bosch.
- A. van der Laan, huisarts, tevens als tehuisarts verbonden aan de Helderlingstichtingen, Zetten.
- Mejuffrouw G. A. C. Nieuwendijk, bureauleidster Katholiek Bureau Moederhulp, Amsterdam.
- J. J. van Oenen, psychiater; verbonden aan het bureau ongehuwde moederzorg van de G.G. en G.D., Amsterdam en aan het Wilhelminagasthuis, Amsterdam.
- Mevrouw M. van Oosterom-Kleijn, Den Haag, voorz. afdeling Rotterdam van de vereniging Onderlinge Vrouwenbescherming.
- Mevrouw A. H. Richters-Wolvijs, Rotterdam, secretaresse hoofdbestuur Hendrik Pierson Vereniging.
- Mejuffrouw J. M. van Zutphen, maatschappelijk werkster van de vereniging Onderlinge Vrouwenbescherming, bureau Utrecht.
- Drs. R. G. Deibel, directeur F.I.O.M., Den Haag (secretaris/rapporteur).

voor ongehuwde moederzorg in contact kwamen, de abortusproblematiek nadrukkelijk ter sprake). De ongehuwde moederzorg zal hierop, zo stelt het rapport, uit hoofde van haar hulpverleningstaak en met gebruikmaking van haar kennis en ervaring betreffende het ongehuwd zwanger-zijn, de betrokkenen moeten begeleiden om hen te helpen bij een zo verantwoord mogelijke besluitvorming. In het rapport wordt berekend op basis van de weinige bekende gegevens over abortus, dat in Nederland jaarlijks 2.200 à 2.700 zwangerschappen bij ongehuwden zouden worden afgebroken door legale of illegale abortus. Dit cijfer moet dan worden vergeleken met de circa 26.800 buitenechtelijk begonnen zwangerschappen (1968), waarvan in 22.000 gevallen de kwestie werd „opgelost” door een spoedhuwelijk en derhalve ruim 4.800 resulteerden in een buitenechtelijke geboorte (in 1969 was het aantal buitenechtelijke geboorten in Nederland overigens gestegen tot 5.378).

Een belangrijk uitgangspunt in het rapport is de erkenning van het zelfbeslissingsrecht van de ongewenst zwangere vrouw met betrekking tot het al dan niet doen voortbestaan van de vrucht. In een dermate ingrijpende en emotioneel geladen zaak als het nemen van een dergelijk besluit is dan naar de mening van de F.I.O.M.-commissie echter wel overleg met anderen (de huisarts, een maatschappelijk werker, een psychiater) een vereiste. De functie die deze anderen in dit overleg hebben, moet echter beperkt blijven tot het helpen bij een zelf-onderzoek naar de eigen motieven en argumenten van betrokkene, alsmede het samen bezien van de mogelijke consequenties en het samen afwegen van mogelijke alternatieven. Besluit de betrokken vrouw na dit overleg definitief tot abortus, dan dient zij óók ten aanzien van de uitvoering hiervan zoveel mogelijk te worden begeleid en geholpen door de ongehuwde moederzorg-instelling.

De commissie stelt zich met nadruk op het standpunt, dat de abortusproblematiek niet zozeer medisch van aard is (een verzoek om abortus is eerder een probleem voor de medicus) maar in zeer belangrijke mate een sociaal-psychisch karakter heeft. De onderlinge samenhang van de diverse facetten van de abortus-problematiek vereist een meerzijdige (multidisciplinaire) benadering van deze problematiek in een teamverband. In zo'n team — dat overigens zo klein mogelijk zal moeten worden gehouden — zal een medicus moeten deelnemen in verband met de obstetrische aspecten en het doen uitvoeren van de eventuele ingreep.

Op een aantal belangrijke punten is de abortusproblematiek van de ongehuwde vrouw duidelijk afwijkend van die van de gehuwde. De ongehuwde moederzorg, die meer dan elke andere vorm van sociale hulpverlening kan overzien, wat het ongewenst zwanger-zijn in al zijn gevolgen voor een ongehuwde kan betekenen, heeft een taak bij in principe alle gevallen waarin bij ongehuwd zwangeren sprake is van abortusproblematiek. Kernpunt daar-

## NAALDBANDEN M.C.

### STEMPELBANDEN

Verkrijgbaar zijn naaldbanden M.C., waarin 26 nummers van een lopende jaargang van Medisch Contact op simpele wijze kunnen worden gehecht en zodoende makkelijk bijeen gehouden. Wil men gedurende de gehele jaargang de binnenkomende nummers daarin hechten, dan zal men over twee naaldbanden moeten beschikken. Een naaldband, waarin 52 nummers kunnen worden gestoken, is technisch niet uitvoerbaar.

Uiteraard blijft de vaste band (stempelband), waarin jaargangen M.C. kunnen worden ingebonden, gehandhaafd. Ook hiervoor benodigt men 2 banden per jaargang. Men kan na afloop van een jaargang de in een naaldband gebrachte nummers daaruit onbeschadigd terugnemen om ze definitief in de vaste band te laten inbinden. De naaldband komt dan weer voor de nieuwe jaargang beschikbaar.

Naaldbanden en stempelbanden kunnen uitsluitend worden besteld door overschrijving van f 6,50 per band op postgiro 14 25 54 van Uitgeversmij. Kruyt N.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum.

bij blijft, dat abortus niet kan worden beschouwd als een normale oplossing ter voorkoming van een ongehuwd moederschap. In het rapport wordt bepleit dat ter bevordering van verwijzingen van ongehuwd ongewenst zwangere vrouwen naar instellingen voor ongehuwde moederzorg een duidelijke presentatie van de ongehuwde moederzorg en haar inzichten nodig zal zijn. Vooral geldt dit ten aanzien van huisartsen, gynaecologen, psychiaters en de abortusteams.

Het rapport besluit met erop te wijzen, dat zelfs indien een abortus is toegepast, dit niet behoeft te betekenen, dat de problematiek van de betrokken vrouw daarmee geheel is opgelost: de mogelijkheid tot verdere hulpverlening zal er moeten zijn. Verdere hulpverlening zal in feite altijd noodzakelijk zijn als om enigerlei reden geen zwangerschapsonderbreking plaatsvindt.

Het rapport, à f 1,— verkrijgbaar bij de F.I.O.M., Nieuwe Schoolstraat 28, Den Haag, is dezer dagen verspreid in vrij brede kring, diverse sectoren van maatschappelijk werk, kinderbescherming, sociale raadslieden, telefonische hulpdiensten, consultatiebureaus voor geboorteregeling, voorts alle vrouwenorganisaties, gynaecologen, psychiaters/neurologen en ziekenhuizen, terwijl het ook zal worden aangeboden aan de ministers van Sociale Zaken en Volksgezondheid, C.R.M., en Justitie, diverse kamercommissies en de politieke partijen.

## **Oprichting bepleit van een nationaal instituut voor sportgeneeskunde**

### ***Medische begeleiding van topsport en recreatiesport – verdere uitbouw van de opleiding tot sportarts***

De gehele georganiseerde sportwereld van Nederland — de Nederlandse Sportfederatie, de Nederlandse Katholieke Sportfederatie, de Nederlandse Culturele Sportbond en de Nederlandse Christelijke Sportunie — heeft een „Sportnota '70" aangeboden aan de ministers Klompé en Veringa en de staatssecretaris Grosheide, waarin in de brede wordt gepleit voor de verwezenlijking van een nationaal sportbeleid.

Al zal de noodzaak van een nationaal sportbeleid voor velen duidelijk zijn — aldus deze nota — toch valt te constateren dat van enige coördinatie, om van samenspel maar te zwijgen, tussen en binnen zowel overheid als particuliere sector te weinig sprake is. Chaotisch en deprimerend is het beeld van lange en soms tegen elkaar inwerkende departementen, provincies, gemeenten, sportbonden en verenigingen. Iedere instantie lijkt haar eigen beleidscriteria te bepalen. Bij de overheid voeren 900 gemeenten een 900 maal verschillend beleid. Een etage hoger zijn het de provincies, die ook nog eens hun zelfstandig sportbeleid in ere houden, terwijl op de hoogste verdieping een interdepartementale werkgroep alle moeite zal hebben om het „sportieve" denken van niet minder dan acht ministers op één gedachtenlijn te brengen. Ook de sportwereld zelf kent met zijn 18.000 verenigingen, vele tientallen bonden en vijf „koepels" zoveel hoofden en zoveel zinnen dat het de grootste moeite kost zelfs maar te streven naar een eenheid van beleid. Zo wrekt zich de afwezigheid van een nationaal sportbeleid op vele fronten - aldus deze nota.

Deze klacht over wat een sport-lappendeken schijnt te zijn wordt uitgebreid gemotiveerd in deze „Sportnota '70". Daarbij komt ook de wetenschap aan de orde. In dit rapport leest men dienaangaande:

„De wetenschap begint de sport als studie-object te ontdekken, zelfs als bron van inspiratie. Maar het is nog maar een begin. Door instelling van leerstoelen voor lichamelijke opvoeding en sport, en het inschakelen van wetenschappelijke instituten voor het verrichten van onderzoek, kan de Nederlandse sport haar „wetenschappelijke achterstand" ten opzichte van het buitenland inlopen. Overheidssteun is een belangrijke voorwaarde voor de oprichting van een nationaal instituut voor de sportgeneeskunde, dat zijn wetenschappelijk niveau ten behoeve van vooral de topsport, zou kunnen waarborgen door een

nauwe samenwerking met universitaire centra. Ook de sociaal-wetenschappelijke begeleiding, waarvan een belangrijk onderdeel als de sportpsychologie zich zou moeten verzekeren van de steun van andragogen, moet gerekend worden tot het van overheidswege te financieren wetenschappelijk onderzoek."

### *Medische begeleiding in het algemeen*

Terzake van medische begeleiding in de sport leest men in de „Sportnota '70" het volgende:

„Het staat vast dat onafhankelijk van de intensiteit van de sportbeoefening de sportbeoefenaar, alvorens sport te gaan beoefenen, een medisch onderzoek moet ondergaan waarin wordt vastgesteld of tegen deze sportbeoefening bezwaren zijn. Eveneens staat vast dat zo'n onderzoek moet geschieden door artsen die op de hoogte zijn van de eisen die verschillende takken van sport aan de individu stellen. Dat onderzoek kan plaatsvinden op één van de vele (191!) over ons land verspreide bureaus voor medische sportkeuring, die tezamen zijn ondergebracht in de Federatie van Bureaus voor Medische Sportkeuring.

„Men kan zich de vraag stellen of met deze ene keuring kan worden volstaan dan wel of periodiek — en zo ja, in welke mate — herkeuringen plaats dienen te vinden. Op verschillende gronden (economische, organisatorische en medische) heeft de Federatie haar standpunt over de wenselijkheid van een periodieke jaarlijkse keuring gewijzigd en adviseert zij thans het volgende schema:

a periodiek geneeskundig onderzoek is nodig voor alle sportbeoefenaren;

b de periode van herkeuring voor alle jonge volwassenen moet op vijf jaren worden gesteld;

c een kortere termijn dan vijf jaren is noodzakelijk indien:

— de jeugdige sportbeoefenaar de leeftijd van 18 jaar (jongens) of 17 jaar (meisjes) nog niet heeft bereikt; voor deze leeftijd wordt een keuring aanbevolen voor jongens op 14-jarige (begin van de puberteit) en 16-jarige leeftijd en voor meisjes op 12-jarige leeftijd (begin van de puberteit) en 15-jarige leeftijd en voor jongens op 18-jarige leeftijd en voor meisjes op 17-jarige leeftijd (einde van de puberteit);

— de sportbeoefenaar de leeftijd van 30 jaar

heeft bereikt, waarna een keuring om de drie jaren noodzakelijk is, of de leeftijd van 40 jaar heeft bereikt, waarna een jaarlijkse keuring noodzakelijk is;

— zeer intensief sport wordt beoefend of indien aan een zware tak van sport wordt gedaan of aan een tak van sport, waarbij de kans op letsel betrekkelijk groot is;

— de keurende medicus een frequenter periodiek geneeskundig onderzoek noodzakelijk acht; hij moet dan de termijn vaststellen; op de naleving hiervan dient strenge controle te worden uitgeoefend;

— de sportbeoefening langer dan zes weken door ziekte of ongeval is onderbroken of de sportbeoefenaar langer dan een jaar niet aan wedstrijden heeft deelgenomen; in dat geval moet een nieuwe keuring plaatsvinden alvorens hij weer aan training en sportwedstrijden gaat deelnemen;

— de sportbeoefenaar voor militaire dienst is afgekeurd."

#### *Begeleiding topsport*

Later wordt meer ingegaan op de medische begeleiding van de sportbeoefenaar op topniveau. Dienaangaande wordt in de nota het volgende betoogd:

„De eisen die aan de sportbeoefenaar op top-sportniveau worden gesteld, zijn zeer zwaar en zullen in de nabije toekomst nog zwaarder worden. De belasting die deze sportbeoefenaar ondergaat is hoog tot maximaal. Regelmatige begeleiding is op dit niveau derhalve noodzakelijk en kan niet beperkt blijven tot een meer uitgebreide keuring, zelfs niet als die met kortere intervallen plaatsvindt, doch moet tevens het volgen van de atleet bij trainingen en wedstrijden omvatten. Het is zelfs de vraag of het verantwoord begeleiden op dit niveau voor een arts nog mogelijk is, wanneer hij dat moet doen naast zijn normale dagelijkse geneeskundige werkzaamheden als huisarts, specialist of anderszins. Een goede begeleiding is dermate arbeids-intensief dat de werkzaamheden die eraan verbonden zijn zo niet een volledige werkdag, dan toch wel een gedeelte ervan beslaan. Uiteraard is de benodigde hoeveelheid tijd afhankelijk van het aantal te begeleiden atleten en de tak van sport die zij beoefenen. Deze werkzaamheden zijn zowel van preventieve als van curatieve aard.

„Tot de preventieve maatregelen moeten onder meer worden gerekend:

— het lichamelijk onderzoek: iedere topsportbeoefenaar moet jaarlijks uitvoerig intern (met electrocardiogram, bepaling van de longcapaciteit, doorlichting, bepaling van hemoglobine-gehalte en bezinking en urine-onderzoek) en orthopedisch worden onderzocht; en uiteraard eerder als hij ziek is geweest;

— het bepalen van de belastbaarheid van de atleet d.m.v. functieproeven, wat van groot belang is niet in het minst door de steeds jeugdiger leeftijd waarop topsport wordt bedreven;

— trainingsfysiologische adviezen (voor zover gewenst en noodzakelijk) aan de trainer;

— advies over kleding, schoeisel en lichaamsverzorging in verband met de onder meer wisselende omstandigheden waaronder vooral de buitensporten worden beoefend en het voorkomen van blessures;

— advies over de juiste voeding en de frequentie van de maaltijden. De laatste twee punten spelen een grote rol bij de begeleiding in het buitenland.

„Tot de curatieve maatregelen moet worden gerekend die behandeling van blessures die met een minimum aan tijd een maximum aan functie waarborgt, zonder dat daarbij het medisch-ethisch handelen geweld wordt aangedaan. De hulp van een fysiotherapeut is daarbij onmisbaar. Vanzelfsprekend zal bij dat alles in een aantal gevallen het advies en de hulp van een specialist noodzakelijk zijn.

#### *De sportarts*

„Het is duidelijk dat de kennis die van deze begeleidende artsen mag worden verwacht, niet kan worden vergaard in de applicatiecursus zoals deze in de huidige vorm aan belangstellende artsen wordt gegeven. Die cursus is daarvoor te enen male onvoldoende; een andere opleiding zal hiervoor moeten worden gecreëerd. Met die kennis is het evenwel nóg onmogelijk alle bovengenoemde taken te verrichten, omdat niet iedere begeleidende arts de beschikking kan hebben over de noodzakelijke apparatuur, nog daargelaten dat die veelal ook weer speciale kennis vereist. Die sportartsen zullen moeten kunnen terugvallen op een centrum dat kan beschikken over apparatuur waarmee dat soort onderzoek en behandeling volgens de modernste methoden en aangepast aan onze huidige kennis, kan worden verricht.

„Het is gewenst ten behoeve van de sport een nationaal instituut voor sportgeneeskunde te stichten. Dat instituut zal het levende centrum moeten zijn van alle sportgeneeskundige activiteiten. Mede om dat te bereiken moet dat instituut nauwe banden aangaan met universitaire en andere wetenschappelijke centra, waardoor bij een goede samenwerking een verantwoord niveau kan worden gewaarborgd en het wetenschappelijk sportgeneeskundig onderzoek vanuit de praktijk kan worden bevorderd.

„Dit instituut zou tevens als onafhankelijk deskundige instantie kunnen fungeren bij moeilijke sportgeneeskundige problemen die zich in de periferie voordoen;

— vertegenwoordigende ploegen op verzoek kunnen voorbereiden en begeleiden bij belangrijke evenementen (Olympische spelen, Europese en Wereldkampioenschappen etc.);

— als sportmedisch onderwijscentrum kunnen fungeren voor daarvoor in aanmerking komende groepen (artsen, sportleiders etc.);

— direct en indirect sportmedische adviezen kunnen geven, waartoe het in ieder geval ook zal moeten beschikken over een goede bibliotheek;

— de mogelijkheid scheppen meer aandacht te



schenken aan de sportblessures en het voorkomen ervan; dat is bijzonder gewenst, omdat die blessures vaak het verrichten van de maatschappelijke functie niet verhinderen, waardoor velen ze helaas als onbelangrijk beschouwen.

„Het moge duidelijk zijn, dat met het oprichten van zo'n instituut niet alleen de topsporters zullen zijn gediend, maar eveneens alle andere sportbeoefenaren. Het instituut zou werken in het belang van de volksgezondheid.

„Het lijkt geen twijfel dat aan dit alles hoge kosten zijn verbonden, mede doordat reeds in de aanvang de staf van zo'n instituut voldoende bezet moet zijn (minimaal 3 artsen, 2 sportmasseurs, 2 assistenten in volledige dienst, en part-time of als consulent een cardioloog, orthopeed en fysiotherapeut).

„In het verleden is teveel geprofiteerd van de welwillende medewerking van research-instituten, waardoor de werkelijke kosten van medische begeleiding verborgen zijn gebleven. De sportwereld zelf zal in de kosten een deel moeten bijdragen, doch zonder steun van de overheid kan dit alles nimmer worden gerealiseerd, en zal de begeleiding in de topsport en de ontwikkeling van de gehele sportgeesteskunde in Nederland een voortdurende bron van zorg blijven, ten koste van de gezondheid van de sportbeoefenaar en ook van de volksgezondheid.”

#### *Medische begeleiding recreatiesport*

Aandacht wordt ook geschonken aan de medische begeleiding van de recreatiesport. Dienaangaande zegt de nota:

„Bij de recreatiesport is alleen de medische begeleiding zeer gewenst. Een toenemende behoefte die niet in het minst geldt voor de groep van ouderen en bejaarden, die in toenemende mate hetzij op eigen initiatief, hetzij door uitgebreide propaganda (trimmen!) lichamelijk (weer) actief worden. De inspanning die zij zich evenwel willen getroosten om

van „het buikje af te komen”, om de „stijfheid in de benen te verdrijven” of om welke andere reden dan ook, is lang niet altijd verantwoord. Men dient te bedenken dat juist in deze leeftijdsgroep het hart- en vaatlijden een veel voorkomende ziekte en doodsoorzaak is en dat een onderzoek naar de geschiktheid van de betrokkene tot het bedrijven van lichamelijke activiteiten geïndiceerd is. Velen vrezen dat juist de noodzaak van zo'n onderzoek een aantal mensen zal weerhouden met de een of andere vorm van inspanning aan te vangen. Goede voorlichting over het belang van lichamelijke inspanning binnen zekere grenzen en het bepalen van de geschiktheid daarvoor is dan ook zeer gewenst.

„Het is duidelijk dat de noodzaak van het onderzoek mede wordt bepaald door de mate van inspanning die wordt ondergaan. Zo zal men bij de bejaardengymnastiek kunnen volstaan met het advies, de huisarts te vragen of meedoen op bezwaren stuit (niet alleen het hart- en vaatstelsel kan een reden voor een ontraden zijn, doch veelal ook aandoeeningen van het steunapparaat!). Dat ligt anders voor activiteiten als boslopen, hardlopen, de z.g. „indoor-training”. Daarvoor is het zeker gewenst een onderzoek te laten instellen naar de lichamelijke gezondheid en dat regelmatig te laten herhalen. Dat onderzoek kan uiteraard door de huisarts geschieden, doch het lijkt alleszins gewenst het op een sportkeuringsbureau te laten plaatsvinden, in het bijzonder wanneer de organiserende instantie een keuringsverklaring eist, omdat huisartsen in het algemeen deze niet afgeven. Sportbeoefening na het 40e jaar moet worden aangepast en naarmate de beoefening minder frequent is, zal de belasting lichter moeten zijn.”

Met betrekking tot de medische begeleiding van de sport wordt dan tenslotte onder de consequenties van het opvolgen van de aanbevelingen in deze „Sportnota '70” ook genoemd de verdere uitbouw van de opleiding tot sportarts.

---

## **Internationaal transplantatiecongres in Den Haag**

Ongeveer tweeduizend specialisten op het terrein van de orgaantransplantatie zijn uit alle delen van de wereld bijeen gekomen in het Nederlands Congresgebouw te Den Haag ter gelegenheid van het derde internationale congres van de „Transplantation Society” dat van 7 tot 11 september j.l. is gehouden. Aan de orde waren onder meer onderwerpen als de selectie van de meest geschikte orgaandonor, de nabehandeling van transplantatiepatiënten en afstotingsvraagstukken. Vrijwel alle vooraanstaande geleerden op dit gebied hebben voordrachten gehouden tijdens de vijftien zittingen en vergaderingen van het congres. Het comité, dat met de organisatie was belast, bestond uit Prof. Dr. D. W. van Bekkum, hoogleraar in de experimentele transplantatiebiologie aan de Rijksuniversiteit te

Leiden, Prof. Dr. J. J. van Loghem, hoogleraar in de immunopathologie aan de Universiteit van Amsterdam, Prof. Dr. J. J. van Rood, hoogleraar in de immunohaematologie aan de Rijksuniversiteit te Leiden en Dr. H. Balner, wetenschappelijk medewerker van het Radiobiologisch Instituut T.N.O. te Rijswijk. De „Transplantation Society”, een internationale vereniging tot studie van de transplantatiebiologie, werd in februari 1966 in New York opgericht. Ruim 650 specialisten op dit terrein zijn lid van de vereniging. De twee vorige congressen werden gehouden respectievelijk in Parijs in 1967 en in New York in 1968.

De onderwerpen, welke op dit congres aan de orde kwamen, waren veelal dezelfde, waarover reeds

op eerdere congressen mededelingen werden gedaan. Men kan dit derde congres dan ook beschouwen als een gelegenheid voor de deelnemers om „bij te praten” en in rechtstreeks persoonlijk contact van elkaar te vernemen wie er bezig is met wat en in welk stadium. De onderwerpen vielen uiteen in publikaties over theorieën, experimenten en klinische ervaringen. Gedurende de vijf dagen dat het congres duurde, kregen de deelnemers  $\pm$  230 inleidingen te verwerken, geselecteerd uit een record-aantal inzendingen van circa 480. Daarbij werd uitgegaan van de volgende basisgegevens:

Chirurgisch-technisch levert de transplantatie van een aantal organen, óók bij de mens, geen grote problemen op. Fundamenteel hierbij is een goed uitgevoerde inhechting van het orgaan bij de ontvanger (de vaatanastomose).

Het struikelblok bij transplantatie blijft het feit van de afstoting door het menselijk organisme van het lichaamsvreemde weefsel van het transplantaat.

De oplossing van dit vraagstuk wordt gezocht in twee richtingen: a. Door weefseltypering (Dausset, Van Rood, Terasaki e.a.) wordt getracht organen te vinden, waarvan het weefsel zoveel mogelijk weefselkenmerken gemeen heeft met dat van de orgaanontvanger (histocompatibiliteit = weefselovereenstemming). Deze overeenstemming wordt onder meer bepaald door onderzoek van de bloedgroepen (ABO-systeem) en van bepaalde kenmerken van witte bloedcellen en lymfocellen van donor en ontvanger. b. De natuurlijke afweerreactie van het menselijk organisme tegen „vreemd weefsel” wordt bij de ontvanger van een transplantaat als het ware ondermijnd door de toediening van immuniteitsonder-

drukkende middelen, immunosuppressiva. De bekendste hiervan zijn: imuran, prednison (een corticosteroïde), en antilymfocytenoglobuline.

Er zijn sinds 1959 tegen de 4000 niertransplantaties gedaan. De resultaten bewegen zich in stijgende lijn. Verbetering in de techniek van de weefseltypering (het vaststellen van de punten van overeenstemming en verschil tussen de weefsels van het donororgaan en de weefsels van de aspirant ontvanger) heeft mede tot gevolg, dat steeds meer gebruik wordt gemaakt van de nieren van overledenen (kadaverdonoren) dan van de nieren van levende donoren (bijna altijd familieleden). Wat de resultaten betreft bedraagt de éénjaarsoverleving van een transplantaat van een familielid thans 90%, terwijl de éénjaarsoverleving van een kadavernier in Europa 70% is.

De meest recente cijfers over transplantaties van andere organen zijn: *Hart*: 158 verricht in 59 centra, thans (1 mei 1970) 22 patiënten in leven - langste 20 maanden; *Lever*: 109 verricht in 33 centra, thans 8 patiënten nog in leven - langste 26 maanden; *Long*: 24 verricht in 18 centra, geen patiënten in leven - de langst levende patiënt stierf na 10 maanden; *Pancreas*: 18 transplantaties verricht in 8 centra, 4 patiënten hebben een functionerende alvleesklier, de langste 10 maanden; *Beenmerg*: in de periode vóór 1968 zijn enkele honderden beenmergtransplantaties verricht, waarmee slechts bij uitzondering tijdelijke successen werden bereikt; sinds 1968 zijn 70 transplantaties geregistreerd, waarvan thans nog 18 ontvangers in leven zijn; vooral voor patiënten met aangeboren afwijkingen van het afweermechanisme (immuundeficiëntie) lijkt beenmergtransplantatie thans een veelbelovende behandeling te zijn.

---

## Staatssecretaris wil betere analysetechniek voor gezondheidsprojecten

De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft de Katholieke Hogeschool in Tilburg een opdracht verstrekt tot ontwikkeling van economische analysetechnieken die bruikbaar zijn voor het meten van kosten en doelmatigheid van — doorgaans kostbare — projecten in de sector van de gezondheidszorg. Toepassing van moderne analyse-technieken, zoals die worden gehanteerd in het bedrijfsleven en elders, acht de staatssecretaris ook voor de gezondheidszorg van groot nut.

Niet alle technieken op dit gebied lenen zich evenwel zonder meer voor toepassing in deze sector. Vooral omdat ten aanzien van kosten en baten vrijwel steeds moeilijk meetbare waarden mede een rol spelen zoals leven, gezondheid en geluk van de mens. Uiteraard is bijvoorbeeld het hanteren van baten, berekend op basis van het toekennen van cijfers voor de waarde van een mensenleven, niet bruikbaar bij het bepalen van een beleidskeuze. Een diepgaand wetenschappelijk onderzoek is noodzakelijk.

Vorig jaar heeft het Thoraxcentrum in Rotterdam als proefobject gediend voor een dergelijke kosten-baten-analyse. Op basis daarvan is contact gezocht met de economische faculteit van de Katholieke Hogeschool in Tilburg. Deze heeft zich bereid verklaard, het verdere onderzoek ter hand te nemen onder leiding van de hoogleraren Dr. J. J. J. Dalmulder, Dr. Th. A. Stevers, Dr. J. B. Stolte en Dr. P. A. Verheyen. In overleg met het Directoraat-generaal van de Volksgezondheid zal worden nagegaan in hoeverre bepaalde proefobjecten in de gezondheidszorgsector kunnen worden ingeschakeld voor het toetsen van de bruikbaarheid van analyses. Gedacht wordt onder meer aan het zogenaamde renwagengedrag voor hartpatiënten.

Later wordt overwogen ook projecten op het terrein van de milieuverontreiniging in hun belangrijke consequenties voor de volksgezondheid op te nemen. Tijdens het onderzoek zal worden nagegaan of voor de uitwerking met proefprojecten ook andere universitaire onderzoekcentra kunnen worden ingeschakeld.

# Wijzigingen opleiding ziekenverpleging

## *Ruimte tot experimenteren met B-opleiding*

In de Staatscourant van 31 juli l.l. is opgenomen een besluit van de minister en staatssecretaris tot wijziging van de beschikking van de ministers van Arbeid, Handel en Nijverheid en van Binnenlandse Zaken en Landbouw van 2/6 december 1929 inzake de toelatingseisen opleiding B voor ziekenverpleging. Ter motivering tot wijziging van deze ruim dertig jaar oude beschikking, waartegen van de zijde van de opgeleiden de laatste tijd steeds luider bedenkingen zijn ontvouwd, leest men het volgende:

De ontwikkeling van de inzichten in de psychiatrische behandeling en verpleegkunde in de laatste decennia heeft er toe geleid, dat de psychiatrische inrichting met het oog op hoge eisen van onderzoek en behandeling en in verband met de in betekenis toenemende gerichte psychiatrische (re)validatie over bekwaame verpleegkundigen moet kunnen beschikken.

Hiernaast breidt de sociaal psychiatrische zorg zich steeds verder uit.

Uit deze motivatie vloeit voort dat op korte termijn een aanpassing noodzakelijk is geworden van de regeling van de opleiding voor het diploma B voor ziekenverpleging zoals deze is opgenomen in de beschikking van de Ministers van Arbeid, Handel en Nijverheid en van Binnenlandse Zaken en Landbouw 2/6 december 1929 en in het bijzonder van het bij die beschikking gevoegde praktijk- en rapportenboekje, dat niet meer aan de huidige eisen op het gebied van de psychiatrische verpleegkunde is aangepast.

Aangezien het in het voornemen ligt het gehele terrein van de opleidingen in de sectoren van de A- en de B-verpleging te doen bestuderen door een vaste commissie van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, zijn in het onderhavige besluit slechts de meest urgente wijzigingen aangebracht. Hierbij zij aangetekend dat het raam van dit gewijzigd besluit voldoende ruimte biedt aan de instellingen tot het experimenteren met de B-opleiding, hetgeen uiteraard in nauw overleg met de Geneeskundige Hoofdinspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid zal moeten geschieden.

In genoemde commissie zal ook de opleiding op het gebied van de zwakzinnigenzorg worden betrokken, welke momenteel nog geen wettelijke erkenning bezit.

Op grond van boven uiteengezette argumentatie zijn de volgende essentiële wijzigingen aangebracht:

— de toelatingsleeftijd is van 18 jaar op 17 jaar en 7 maanden gebracht, met de mogelijkheid tot

onthefving van deze leeftijdsseis wanneer de opleiding wordt gevolgd in een inrichting welke voldoet aan nader te stellen voorwaarden.

— de leeftijdsseis van 21 jaar voor toelating tot het eindexamen is komen te vervallen.

— voor toelating tot de opleiding is een algemene ontwikkeling op Mulo/Mavo IV-niveau verplicht gesteld, waarbij een mogelijkheid tot ontheffing door de Geneeskundig Hoofdinspecteur voor de Geestelijke Volksgezondheid is geschapen.

— bij de praktische opleiding en bij het examen van het praktisch gedeelte is een verpleegkundig verslag ingevoerd.

— het praktijk- en rapportenboekje is vervangen door een Overzicht Praktische Opleiding. Dit Overzicht heeft tot doel de docent en de leerling inzicht te geven in de door deze laatste verrichte opleidingsactiviteiten, terwijl het ook dienstig is bij een overgang naar een andere opleidingsinrichting. De vreemde docenten zullen zich aan de hand van dit Overzicht een indruk kunnen vormen over de door betrokkene genoten opleiding.

Na ontvangst van het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid zullen de besluiten inzake de opleidingen A en B voor ziekenverpleging wederom in studie worden genomen.

## *Opleiding verplegenden A*

Voorts is in hetzelfde nummer van de Staatscourant opgenomen een besluit van de minister en staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid tot wijziging van de regeling opleiding verplegenden A. In dit besluit zijn in de bestaande regeling in het eerste lid van artikel 3 de benamingen van de verschillende diploma's, getuigschriften en akten aangepast aan de terminologie zoals deze in de Wet op het voortgezet onderwijs wordt gebezigd. In artikel 1 lid 1a, is de mogelijkheid geschapen ontheffing van de toelatingsleeftijd te verlenen onder bepaalde te stellen voorwaarden. In deze voorwaarden zal onder meer worden gesteld dat de waarborg aanwezig moet zijn dat:

— de jongere leerlingen op verantwoorde wijze kunnen worden opgevangen.

— over het nodige personeel wordt beschikt voor de begeleiding van deze leerlingen.

Aan artikel 8 is een nieuw lid toegevoegd, waarin het bijhouden door de leerlingen van verpleegkundige verslagen tijdens de derde leerperiode verplicht is gesteld. Deze verslagen zullen op ten minste vijf patiënten die ieder een verschillend ziektebeeld vertonen, betrekking moeten hebben.

In het tweede lid van artikel 12 is de voor-

waarde geschrapt dat voor toelating tot het examen de leeftijd van 21 jaar moet zijn bereikt.

Aan artikel 13 zijn twee nieuwe leden toegevoegd. In het nieuwe lid 4 is gesteld dat het examen in het onderdeel verpleegkunde wordt afgenomen aan de hand van de door de kandidaten in de derde leerperiode opgestelde verpleegkundige verslagen. Verwacht wordt dat door de invoering van dergelijke verslagen bij het examen in het onderdeel verpleegkunde een integratie tussen theorie en praktijk kan worden bevorderd. In lid 5 wordt aan leerling-verplegenden die de bevoegdheid als vroedvrouw bezitten, ontheffing verleend van het examen in het vak obstetrie, aangezien dit onderdeel tijdens de opleiding tot vroedvrouw uitvoerig is behandeld en onderdeel vormt van het examen ter verkrijging van de bovenbedoelde bevoegdheid.

Er is een overgangsbepaling opgenomen waarin gesteld is dat de verpleegkundige verslagen nog niet worden geëist van de leerlingen die in 1970 en 1971 het examen afleggen.

#### *Opleiding ziekenverzorger*

Een derde in dezelfde Staatscourant gepubliceerd besluit van de minister en staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid betreft verlaging van de toelatingsleeftijd en verlenging van de

opleidingsduur voor opleiding tot ziekenverzorger. Ter toelichting wordt gezegd dat het wenselijk is gebleken de mogelijkheid te openen om leerlingen, in bepaalde gevallen en bij wijze van experiment, op jeugdiger leeftijd dan de in het betreffende besluit tot nu toe gestelde leeftijd van 17 jaar met de opleiding te laten beginnen. In dit verband is het noodzakelijk dat de inrichting aan nader door de minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid te stellen voorschriften voldoet. Deze voorschriften zullen van dien aard moeten zijn dat zij een verantwoorde opvang en begeleiding van de jeugdige leerlingen waarborgen. De leerlingen, die op jeugdiger leeftijd ten aanzien van de gestelde 17 jaar tot de opleiding worden toegelaten, zullen moeten voldoen aan de in artikel 3, gestelde eis van algemene ontwikkeling. Tevens zal moeten blijken dat aan het einde van de opleiding alle diensten op de daarvoor noodzakelijk geachte afdelingen zijn doorlopen. De leerling zal eerst tot het praktisch gedeelte van het examen mogen worden toegelaten als hij alle diensten zal hebben doorlopen.

In verband met de ingevoerde mogelijkheid de leerlingen op jeugdiger leeftijd tot de opleiding toe te laten, is ten behoeve van de desbetreffende categorie de mogelijkheid geschapen de opleidingsduur te verlengen, indien dit noodzakelijk is om hen alle onderdelen van de opleiding zoals wacht- en nachtdiensten, te laten volbrengen.

---

## **Post-universitair onderwijs gezondheidszorg in Europa**

De instituten en scholen, die zich belasten met het geven van postuniversitair onderwijs in de gezondheidszorg in Europa, hebben zich verenigd in de „Association des Institutions Responsables d'un Enseignement Supérieur en Santé Publique et des Ecoles de Santé Publique en Europe" (A.I.R.E.S.S.P.E.). De eerste constituerende vergadering vond plaats in Zagreb, Joegoslavië, in oktober 1963. Op die vergadering werd besloten, dat de eerstvolgende Algemene Vergadering c.q. Congres in 1970 van 5 tot en met 9 oktober zou worden gehouden in Amsterdam. Het Koninklijk Instituut voor de Tropen, dat lid is van de A.I.R.E.S.S.P.E. heeft zich bereid verklaard het gastheerschap van de Vergadering op zich te nemen.

Tijdens de technische discussies van de Algemene Vergadering zullen drie onderwerpen aan de orde worden gesteld, te weten: a. de positie en de rol van de Europese scholen in gezondheidszorg in relatie tot de problemen in de ontwikkelingslanden; b. gezondheidsproblemen in relatie tot industrialisering; c. de rol van de epidemiologie en de epidemiologische methodologie in de cursussen over gezondheidszorg in Europa, met speciale aandacht voor de chronische en niet besmettelijke ziekten. Deze drie thema's zullen worden belicht vanuit drie aspecten: scholing, speurwerk en dienstverlening.

Van de zijde van de Wereld Gezondheids Organisatie is veel belangstelling voor dit congres. Mede-

werkers van instituten, scholen en andere organisaties in Nederland die van hun belangstelling blijk willen geven door deel te nemen aan het congres, kunnen zich schriftelijk wenden voor meerdere inlichtingen tot het secretariaat van het organiserend comité.

Verwacht wordt dat op de komende Algemene Vergadering ook belangstelling zal worden getoond van de Oosteuropese instellingen. Het is bekend dat enkele deelnemers slechts kunnen beschikken over een beperkt reisbudget. Het organiserend comité doet een beroep op collegae, woonachtig in Amsterdam en directe omgeving, die ruim behuist zijn, om een logeerkamer af te staan aan deze minder bevoorrechte collegae. In principe kan worden aangenomen, dat de gast slechts gebruik zal maken van „kamer met ontbijt", waarvoor uiteraard een vergoeding mag worden gevraagd. Opgave van accommodatie kan geschieden bij de secretaris van het organiserend comité, p/a Koninklijk Instituut voor de Tropen, afdeling Tropische Hygiëne, Mauritskade 63, Amsterdam-O, telefoon: 924949, toestel 145 of 48.

Het organiserend comité is als volgt samengesteld: Prof. Dr. O. Kranendonk, voorzitter; Dr. F. Doleman, vice-voorzitter; J. W. L. Kleevens, arts, 1e secretaris; E. van de Weg, arts, 2e secretaris; T. Landheer, arts, penningmeester; H. J. Hesp, administrateur.

## **Nog steeds stijgend ziekteverzuim**

Verschenen is het jaarverslag 1969 van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor (G.A.K.), in welk verslag het tot stand komen van de Wet Onderzoek Vereenvoudiging Sociale Verzekering wordt gerekend tot de belangrijkste ontwikkelingen in het afgelopen jaar. Op grond van deze wet heeft de S.E.R. een onderzoekopdracht verstrekt aan een tweetal organisatiebureaus. In het verslag wordt de wens uitgesproken dat het onderzoek zal bijdragen tot het bereiken van een adequate combinatie van een verantwoord kostenpeil, doorzichtigheid en goede dienstverlening.

Gewezen wordt voorts op het feit dat het jaar 1969 het tweede volle kalenderjaar was, waarin werkzaamheden werden verricht voor de per 1 juli 1967 in werking getreden Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering (de W.A.O.) en voor de Gemeenschappelijke Medische Dienst (de G.M.D.). Dit betekent dat nu voor het eerst de daarop betrekking hebbende gegevens van twee jaren onderling kunnen worden vergeleken.

Ook in 1969 is weer intensief gewerkt aan verdere uitbreiding en verbetering van het netwerk van vestigingen. Enige nieuwe districtskantoren en medische paviljoens kwamen gereed; meer bouwactiviteiten staan op het programma. Zoveel mogelijk wordt gestreefd naar gezamenlijke huisvesting met andere instellingen op sociaal en medisch-sociaal gebied.

In het verslagjaar werden bijna 1,9 miljoen ziekmeldingen geregistreerd van werknemers die direct bij de bedrijfsverenigingen zijn verzekerd. Dit betekende een stijging van 16% ten opzichte van 1968. De meldingsfrequentie gerekend per 100 verzekerden steeg met 14%. Het aantal uitkeringsdagen was in 1969 bijna 12% hoger dan in 1968, namelijk 22,1 miljoen dagen tegen 19,7 miljoen in het jaar daarvoor. De gemiddelde ziekteduur daarentegen vertoonde een daling, namelijk van 14,6 dagen in 1968 tot 13,9 in 1969. Het uitgekeerde ziekengeld was 23% hoger; het bedroeg in 1969 681,1 miljoen gulden tegen 553,7 miljoen in 1968. Deze stijging werd enerzijds veroorzaakt door de hiervoor genoemde toeneming van het aantal uitkeringsdagen en anderzijds door de verhoging van de gemiddelde uitkering per dag. Deze steeg met 11%, ten gevolge van de loonsverhogingen in 1969 en de doorwerking van de aanzienlijke verhogingen van de maximumbedragen, waarop de uitkeringen worden gebaseerd.

Groeiend zijn de belangstelling voor en de bezorgdheid over het steeds stijgend ziekteverzuim. Het is duidelijk dat dit niet het gevolg is van één bepaalde factor, maar van een samenspel van diverse oorzaken. Of aan bepaalde factoren daarbij een overheer-

sende rol moet worden toegekend, zal wellicht na diepgaande onderzoeken kunnen blijken. Dat dit onderwerp als zeer belangrijk wordt beschouwd, blijkt onder meer uit de activiteiten van de bij het G.A.K. aangesloten bedrijfsverenigingen. Het in 1967 uitgegeven boekje „Factoren welke voor het ziekteverzuim van belang zijn”, dat het rapport bevat van een commissie ingesteld door bij het G.A.K. aangesloten bedrijfsverenigingen, blijkt nog steeds een waardevolle informatiebron te zijn. Met veel belangstelling wordt uitgezien naar de uitkomsten van een onderzoek naar het ziekteverzuim in de havenbedrijven van Amsterdam en Rotterdam, dat de Bedrijfsvereniging voor de Haven- en aanverwante bedrijven, Binnenscheepvaart en Visserij laat instellen.

Er is nog steeds sprake van een tekort aan verzekeringsgeneeskundigen. De gevolgen daarvan kunnen redelijk worden opgevangen door een aanpassing, waar nodig, van het controlesysteem. Daarbij worden meer controles verricht door leken (rapporteurs ziekwet) zodat met minder medische controles kan worden volstaan. Het aantal medische controles bedroeg in het verslagjaar bijna 2 miljoen, dat is 4% minder dan in 1968. Het aantal controles door rapporteurs ziekwet bedroeg ruim 3,7 miljoen, een stijging van 11% ten opzichte van het jaar daarvoor.

De omvang van de werkzaamheden ten behoeve van de G.M.D. was in 1968 reeds groter dan verwacht; in 1969 bleek deze echter nog verder te zijn toegenomen. Het aantal adviesaanvragen voor personen, die de maximumuitkeringstermijn van de ziekwet hadden bereikt, steeg van 39.800 tot 45.000. Het totale aantal adviesaanvragen betrekking hebbend op de W.A.O. bedroeg 69.200 tegen 55.600 in 1968.

In het verslagjaar werden in totaal 80.800 schattingsadviezen uitgebracht, tegen 66.200 in 1968. Voorts werden 66.200 her-onderzoeken verricht in 1969, in het jaar daarvoor 38.000. In bijna 56.000 gevallen werden na onderzoek rapporten opgesteld over het gelijk blijven van de mate van arbeidsongeschiktheid, tegen ruim 37.000 in 1968.

Het aantal adviezen dat werd uitgebracht op het terrein van voorzieningen (dat wil zeggen verstrekkingen van hulpmiddelen ter revalidatie en verbetering van levensomstandigheden) steeg belangrijk; in 1968 ging het om 6.600 adviezen, in het verslagjaar bedroeg het aantal meer dan 20.000.

In 1969 werd de taak van de G.M.D. uitgebreid doordat het realiseren en het beheren van een aantal voorzieningen (zoals vervoermiddelen) door de bedrijfsverenigingen aan de G.M.D. werd toevertrouwd. Deze taakuitbreiding betekende dat het G.A.K. als administrateur van de G.M.D. met de aankoop, de technische controle en de zorg voor de depots etc. werd belast.

## Honorering specialistische hulp gedetineerden en ter beschikking van de regering gestelden

De tarieven voor de behandeling van gedetineerden en t.b.r.-gestelden, zoals deze laatstelijk zijn gepubliceerd in Medisch Contact van 23 mei 1969, nr. 21, zijn recentelijk herzien ingevolge een trendmatige aanpassing. Onderstaand zijn de tariefbedragen vermeld zoals deze vanaf 1 januari 1970 gelden. Deze bedragen zijn inclusief een bijdrage t.b.v. de oudedagsvoorziening.

### I. Consulttarieven

A. Specialistische consulten bloedige specialisten, te weten: chirurgie, neuro-chirurgie, plastische chirurgie, urologie, orthopaedie, k.n.o.-heelkunde, oogheelkunde, gynaecologie - obstetrie:

- a. voor het eerste consult ..... f 33,20
- b. vervolgconsult ..... f 13,25

B. Specialistische consulten onbloedige specialisten, te weten: interne geneeskunde, cardiologie, longziekten, maag-darm-stofwisselingsziekten, revalidatie, allergische ziekten, reumatologie, dermatologie, zenuwziekten:

- a. voor het eerste consult ..... f 36,50
- b. vervolgconsult ..... f 14,60

### Extra vergoeding wegens optredend tijdverlies in een gesloten inrichting

1. Voor het tijdverlies optredend bij het in- en uitsluiten van de specialist in een gesloten inrichting wordt een extra vergoeding toegekend. Deze vergoeding bedraagt per zitting: 30% van de vergoeding voor het eerste consult, dat wil zeggen voor de specialismen onder A genoemd: f 10,—; voor de specialismen onder B genoemd: f 11,—.

2. Wordt per bezoek aan een gesloten inrichting meer dan één patiënt behandeld dan wordt voor de tweede en volgende patiënt een extra vergoeding verstrekt wegens het wegleiden en binnenbrengen van de patiënten op zodanige wijze dat zij niet met elkaar in contact kunnen komen. Deze vergoeding bedraagt 5% van de vergoeding voor het eerste consult, dat wil zeggen voor de onder A genoemde specialismen: f 1,65; voor de onder B genoemde specialismen: f 1,80.

### Afstandsvergoeding

f 1,60 per retourkilometer, uitgezonderd de eerste 4 retourkilometers.

### II. Tarieven voor verrichtingen

Voor de honorering van verrichtingen geldt het ziekenfondstarief met een toeslag van 7,2%.

### III. Tarieven voor psychotherapie

Voor psychotherapeutische behandeling is een afzonderlijke honoreringsregeling van kracht welke als volgt luidt:

1. behandelingen welke plaats vinden bij de therapeut thuis of ter plaatse waar deze gewoonlijk speekuur houdt: f 46,80 per 45 minuten; f 31,20 per 30 minuten.

2. behandelingen welke plaats vinden in de inrichting(en) alwaar de patiënt(en) verblijft (verblijven):

a. voor één c.q. de eerste patiënt f 59,80 per 45 minuten en f 39,85 per 30 minuten;

b. voor de volgende aaneensluitende behandelde patiënt(en) f 46,80 per 45 minuten en f 31,20 per 30 minuten.

### Afstandsvergoeding

f 1,60 per retourkilometer uitgezonderd de eerste 4 retourkilometers.

Namens het Centraal Bestuur der  
Landelijke Specialisten Vereniging,  
G. A. M. Hunfeld, secretaris

### Ledenvergadering geannuleerd

Tijdens de Ledenvergadering van de Landelijke Huisartsen Vereniging op 21 augustus j.l. was sprake van een volgende Ledenvergadering, welke zou kunnen plaatsvinden op 25 september a.s. Deze vergadering gaat echter niet door, aangezien de onderwerpen welke dan ter sprake zouden kunnen komen nog niet in een stadium zijn waarin beslissingen kunnen worden genomen.

Utrecht, 5 september 1970

J. I. van der Leeuw, arts,  
secretaris der L.H.V.

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

#### STICHTING STEUNT EEN KIND IN KOREA

Sinds enkele jaren zijn mijn man en ik zeer geïnteresseerd in het werk rond Koreaanse vondelingen en halfwezen. Het betreft hier kinderen die binnen een niet legaal huwelijk door Amerikaanse soldaten bij Koreaanse meisjes zijn verwekt. Wanneer de Amerikaanse soldaten weer naar huis terug keren laten zij het Koreaanse meisje achter, waardoor zij niet alleen met de kinderen blijft zitten, maar bovendien een buitengewoon moeilijke positie in haar eigen volksgemeenschap krijgt. Het gevolg hiervan is dat de kinderen duidelijk worden gediscrimineerd en het moeilijk is een goede opvoeding voor hen te verkrijgen. Een groot aantal kinderen wordt te vondeling gelegd. In plaatsen als Seoel zes vondelingen per dag.

Het is begrijpelijk dat de kindertehuizen en ziekenhuizen niet in staat zijn op een adequate wijze zorg te bieden aan deze „oorlogsslachtoffers“. Nu is in Nederland een stichting in het leven geroepen, de Stichting Steunt een Kind in Korea (S.K.K.), die niet alleen tracht om individuele kinderen te helpen, maar die ook beoogt kindertehuizen in Korea op te zetten, voorlichting te geven aan de meisjes in Korea en hen te helpen en te begeleiden wanneer zij eenmaal zwanger zijn en kinderen hebben. Dit, voor een belangrijk gedeelte ook preventieve werk, vraagt uiteraard — hoezeer de Koreaanse overheid ook bereid is hieraan mee te werken — handen vol geld. Een van de medewerkers van S.K.K. heeft een bezoek aan Korea gebracht en is van mening dat hier zeker mogelijkheden zijn. Nu zouden wij eigenlijk graag via deze brief een beroep willen doen op de artsen in Nederland om donateur te worden van deze stichting.

Noordbergum, 21 augustus 1970

V. E. ter Haar-Oyen, arts,  
penningmeesteresse S.K.K.

#### OBSTETRICUS-ABORTEUR

Natuurlijk heeft collega Roest in principe 100% gelijk (MC.1970/35) als hij „operatie-op-bestelling“ een aanfluiting van de zelfstandige beroepsuitoefening vindt. Onverschillig of die bestelling van de patiente of van de

huisarts komt. Collega Roest vergeet intussen, dat de arts — zowel huisarts als specialist — ter zake al tot op zekere hoogte in een dwangpositie is gedrongen door plaatsing van de contraceptiva op de UR-lijst. Nu al komen meisjes van 14,15,16 jaar bij „de“ huisarts (specialisten zijn duurder) — of nog liever bij een hen onbekende huisarts — haastig een „morning-after-receptje“ halen na wat ik nu maar „een avontuurtje“ zal noemen. Dat is ook „behandeling op bestelling“. Zij krijgen het recept en veelal zonder neiging tot weigering. Collega Roest vergeet, dat de „abortus-pil“ onherroepelijk komt; natuurlijk zal die ook op de UR-lijst terecht komen en dan zullen de obstetrici een zucht van verlichting slaken.

Ik bewonder het inzicht van collega Roest als hij van „achterhoede-gevechten“ spreekt. Niet dat hij nog iets ziet in de voorstellen van Enschede, die door het wetsontwerp Lamberts-Roethof zijn achterhaald. Ik betwijfel of collega Roest curettage van abortus-resten na abortuspil- „vruchtverwijdering“ aan hulpkrachten wil overlaten.

Wat mij het meest verbaast is, dat nog geen enkele vrouwelijke (vrouwen) arts als vrouw in M.C. of N.T.v.G. de lans heeft gebroken voor „voortplantingsvrijheid“ — inhoudende contraceptievrijheid en vruchtverwijderingsvrijheid na mislukte anticonceptie (respectievelijk verzuimde contraceptie bij minderjarige meisjes en ongehuwde vrouwen) als „RECHT VAN DE VROUW ALS MENS“ en als vrouw de moed heeft opgebracht tegen, de „HEER DER SCHEPPING“ te zeggen: „Tot zover en niet verder“. Heel principieel, uitgaande van de zelfbeschikking over haar vruchtbaarheid en over een (ongewenste) vrucht van haar schoot. Neen ik laat de „dolle Mina's“ en de „snoezepoezen“ er buiten. Dit probleem is veel te belangrijk om er grapjes over te maken. Het is het grote probleem van morgen en overmorgen

Knegsel, 28 augustus 1970

Pr. Mr. Dr. W. Schuurmans Stekhoven

#### OOGARTS EN OPTICIEN

Het redactioneel stuk in Medisch Contact van 25 augustus j.l. (bladzijde 921-922) levert kritiek op een uitspraak van de voorzitter vakopleiding opticiens terzake het door hem gesignaleerde kwalitatief slechte onderzoek van de oogarts ten opzichte van dat van de opticiens. De beschuldigingen van de voorzitter zijn inderdaad niet mis te verstaan, maar zouden wij, in

plaats van hem te desavoueren, hem niet meer recht doen door een objectief onderzoek te laten instellen naar zijn beweringen? Een enquête onder een groot aantal brildragenden zou interessant zijn om te weten wat er waar is van zijn opmerkingen.

Ik moet eerlijk zeggen, dat ik de patienten nogal eens hoor klagen dat de (vaak kostbare) bril, die zij via een recept van de oogarts gekregen hebben met de beste wil van de wereld niet is te gebruiken. Zij gooien meestal de kop in de wind en het slot van het liedje is dat de opticiens na zijn onderzoek de juiste glazen vindt.

Ik ben overigens wel een voorstander van een primair gedaan onderzoek door de oogarts, wanneer er visusmoeilijkheden zijn. Het afgegeven recept diene feilloos te zijn. Om alle partijen een genoeg te doen moet worden bevorderd, dat de opticiens slechts sporadisch een recept dienen te wijzigen. Het probleem is belangwekkend.

Amsterdam, 30 augustus 1970

L. W. Trompen, arts

Van belang voor de verbetering van de outillage en de veiligheid in inrichtingen voor fysiotherapie is het op voordracht van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid in werking getreden desbetreffende besluit. Dr. Kruisinga beoogt met de in het Staatsblad 1970, nr. 287 gepubliceerde inrichtingseisen, fysiotherapie-eisen vast te leggen, waaraan inrichtingen voor fysiotherapeutische behandelingen moeten voldoen. Dergelijke inrichtingen zijn zowel de praktijk van een particulier gevestigde fysiotherapeut, als die van heilgymnast-masseur, als die van een ziekenhuis, verpleeginrichting of revalidatiecentrum. Voorgeschreven wordt welke apparatuur voor oefentherapie, massagetherapie dan wel andere, in het geval van speciale behandelingen in ieder geval in de inrichting aanwezig moeten zijn.



Begin deze week werd in de RAI te Amsterdam een tweedaagse studiebijeenkomst over „gezinsbenadering“ gehouden. Deze dagen werden georganiseerd door de Nationale raad voor maatschappelijk welzijn, in samenwerking met de Nationale federatie voor de geestelijke volksgezondheid. Ge-

zinsbenadering is een vorm van hulpverlening waarbij het gezin centraal wordt gesteld. Niet het individu, maar het gezin als groep wordt benaderd; de onderlinge relaties worden gezien en beïnvloed. Voor de ongeveer zeshonderd belangstellenden -artsen, psychologen en maatschappelijk werkers werden ter oriëntatie drie Amerikaanse films vertoond: „Underachievement“, met als onderwerp het diagnostisch gesprek met het gezin; „A family therapy, four approaches“ over de benadering van eenzelfde gezin door verschillende therapeuten; en „Home movies“, handelend over een tv-regisseur die een film maakt over een gezin. De studiedagen werden gehouden ter afsluiting van het bezoek dat een der pioniers op het gebied van de „family therapy“, de Canadees Dr. Norman Bell, deze zomer aan ons land bracht.



De Sovjet Unie beschikt thans over 1 arts per 406 inwoners. Het totaal aantal artsen bedraagt om en nabij de 618.000; daarbij komen dan nog ongeveer 3 miljoen medische hulpkrachten. Eén op de vier artsen ter wereld komt uit de Sovjetunie. Het land bezit momenteel 26.000 ziekenhuizen, met in totaal 2,7 miljoen bedden. Het aantal ziekenhuisbedden per 10.000 inwoners wordt voor het eind van dit jaar geraamd op 109,7. Aldus de Arztlische Praxis van 28 juli 1970.



De 2e gemeenschappelijke vergadering van de Scandinavian Society of Biological Psychiatry en het Interdisciplinair Genootschap voor Biologische Psychiatrie zal van 17-19 september 1970 te Groningen en Zuidlaren plaatsvinden. De agenda voor de vergadering luidt:

donderdag 17 september 1970 (Psychiatrische Universiteitskliniek Groningen): centraal morgenthema „Werkingsmechanismen en invloed op diergedrag“ (voorzitter H. M. van Praag); centraal middagthema: „Amfetamineverslaving en amfetamine-psychosen“ (voorzitter W. K. van Dijk)

vrijdag 18 september 1970 (Psychiatrische Inrichting „Dennenoord“ Zuidlaren): centraal morgenthema „Therapie van amfetamine-misbruik en therapeutisch gebruik van amfetamine-derivaten“ (voorzitter C. G. Gottfries); middagzitting: korte mededelingen (voorzitter P. E. Voorhoeve).

zaterdag 19 september 1970 (Psychiatrische Universiteitskliniek Groningen): 's ochtends: korte mededelingen (voorzitter M. Schou).

## MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

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

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

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

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

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

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

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

**Oplage:** 16.485 exemplaren.

**Druk:** Verweij Mijdrecht.

## 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 17 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411;

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

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

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-887021