



OFFICIEEL ORGAAN
VAN DE KONINKLIJKE
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPU
TOT BEVORDERING
DER GENEESKUNST

Medisch Contact

REDACTIONEEL

SEKSUOLOGIE

Enige tijd geleden werd de redactie benaderd door Dr. B. S. Witte, directeur van het Nederlands Instituut voor Sociaal Seksuologisch Onderzoek (N.I.S.S.O.) met de vraag of Medisch Contact een meer systematische aandacht aan de seksuologie zou kunnen besteden. Aanleiding tot deze vraag was de levendige belang-

stelling van de lezers van Medisch Contact voor een deelprobleem van de seksuologie, de abortus provocatus. Naar de mening van de heer Witte is er verdieping van inzicht noodzakelijk bij de medici in de waarde van de seksuologie voor onze samenleving.

Het N.I.S.S.O. is een gezamenlijke stichting van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, de Stichting Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid, de Stichting Nationaal Protestants Centrum voor de Geestelijke Volksgezondheid, de Stichting Katholiek Nationaal Bureau voor de Geestelijke Gezondheidszorg, de Nederlandse Vereniging voor Seksuele Hervorming en de drie Nationale Kruisorganisaties. Het N.I.S.S.O. wordt volledig gefinancierd door het ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid. Het doel van het N.I.S.S.O. is het bevorderen, coördineren en verrichten van studie met betrekking tot de vraagstukken, samenhangende met de seksuele hygiëne in gezin en maatschappij en het bevorderen van wetenschappelijk verantwoorde voorlichting op dit gebied. Het streeft bovendien naar een landelijke centrale documentatie, waar alles wordt geregistreerd wat in binnen en buitenland is en wordt verricht aan onderzoek op het gebied van de seksualiteit en de seksuele opvoeding. Deze documentatie staat ter beschikking van iedere onderzoeker.

Seksuologie, de leer van het geslachts- en liefdeleven van de mens in al zijn verschijningsvormen is in de opleiding tot arts lange tijd stiefmoederlijk bedeed. Prof. Dr. C. van Emde Boas wijst in zijn oratie „De arts in de schaduw der normen” (M.C. nr. 15, 16 april 1971, blz. 415

26e JAARGANG — No. 20 — 21 MEI 1971

INHOUD

Seksuologie	545
N.I.S.S.O.-rapport over abortus provocatus	546
Juridische problemen in en rond het ziekenhuis	549
Dr. Kruisinga over aantal beschikbare ziekenhuisbedden in Amsterdam	552
Intolerante liefde van de jongere generatie jegens de oudere	553
Staatssecretaris Kruisinga beantwoordt vragen over bestrijding van hart- en vaatziekten in Nederland	556
Ziekenfondspakket uitgebreid met nieuwe verstrekingen	557
De „Pil” niet in het ziekenfondspakket ...	558
Wij artsen en Staphorst	559
Bezinning nopens de huisarts in de nabije toekomst	561
Brieven in de Bibliotheek van de Maatschappij (XI)	567
Van het Centraal Bestuur L.S.V.: Instelling Landelijke Beoordelingscommissie	569
Van de S.P.M.S.: Uitkeringen	570
Brieven aan de redactie	571
Varia	571

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

Colofon op bladzijde 544.

e.v.) op de oorzaken van dit gebrek aan belangstelling voor de seksuologie, met als gevolg een dubbel negatief geconditioneerd worden van de medicus.

Met het verdwijnen van de taboesfeer rond de seksualiteit komt het belang van dit levensgebied voor het welzijn van de mens steeds duidelijker naar voren, hetgeen blijkt uit een groter wordende vraag van de patiënt aan de medicus om advies en begeleiding. Om deze hulp adequaat te kunnen geven is er een toenemende behoefte ontstaan aan wetenschappelijk gefundeerde inzichten in de seksualiteit, inzichten die nog voor een belangrijk deel ontbreken. Het is daarom verheugend, dat het verzoek van het N.I.S.S.O. aan de redactie van Medisch Contact er mede toe heeft geleid, dat middels enige besprekingen de collegae Prof. Dr. A. Sikkel, Prof. Dr. A. A. Haspels, Prof. Dr. G. J. Kloosterman en Prof. Dr. J. Janssens een refereeravond per jaar beschikbaar stellen voor twee seksuologische onderwerpen. Voor zover van belang voor de lezers zullen wij in deze kolommen verslag uitbrengen van deze avonden.

Wij menen dat er voor Medisch Contact een taak ligt in het stimuleren van de aandacht voor



de seksuologie. Wij zullen er naar streven regelmatig de lezer over dit onderwerp te informeren en stof aan te dragen die de gedachtenwisseling hierover zou kunnen stimuleren.

B.

N.I.S.S.O.-rapport over abortus provocatus

Verschenen is een rapport van het Nederlands Instituut voor Sociaal Seksuologisch Onderzoek (N.I.S.S.O.) over een onderzoek naar de ervaringen en gevoelens van 42 vrouwen die in 1969 in Nederland werden geaborteerd. Dit rapport, samengesteld door de dames Ineke Fabery de Jonge en Hanneke Vegter-Frankhuisen, is een interessant vervolg op de enquête van mevrouw S. M. I. Damstra-Wijmenga, arts te Groningen, die in Medisch Contact nr. 33 van 15 augustus 1969 verslag heeft uitgebracht over haar bevindingen onder een honderdtal vrouwen die waren geconfronteerd met ongewenste zwangerschap. Het N.I.S.S.O.-rapport liet zich als volgt samenvatten:

Het onderzoek vond plaats van juli tot en met september 1970; een jaar tot een half jaar nadat de vrouwen via een Amsterdams team (arts, psychiater, vrouwenarts) poliklinisch waren geaborteerd. De groep van 42 vrouwen maakte deel uit van een grotere groep bestaande uit 450 vrouwen die van september 1968 tot februari 1970 door het team werden geholpen. Van deze grote groep zijn verschillende gegevens bekend, die ook in het rapport zijn opgenomen.

In het onderzoek stond niet alleen de abortus provocatus centraal; ook de ongewenste zwangerschap, met name het ontstaan ervan. Het verslag bestaat dan ook uit twee delen: 1. hoe ontstaan ongewenste zwangerschappen; hoe zouden deze te zijn voorkomen? 2. welke processen spelen zich af bij vrouwen die hun ongewenste zwangerschap laten afbreken; hoe zou de hulpverlening t.a.v. deze vrouwen kunnen zijn?

Voor dit onderzoek had het N.I.S.S.O. de volgende redenen: de onbedoelde en/of ongewenste zwangerschap is ook in Nederland een veel voorkomend verschijnsel. Dit blijkt uit statistieken en uit verschillende onderzoeken van de laatste jaren. Niet alleen is het een veel voorkomend fenomeen, de gevolgen van de onbedoelde en vooral de ongewenste zwangerschap kunnen grote problemen geven voor de vrouw, haar partner, de andere kinderen uit het gezin en voor het te geboren kind. Een, voor velen, geestelijk ongezonde situatie dus. Op het gebied van onbedoelde ongewenste zwangerschappen is weinig onderzoek gedaan; met name de psychologische of sociaal-psychologische aspecten zijn weinig onderzocht, met als gevolg dat daar weinig of niets over bekend is. Het N.I.S.S.O. heeft met het

rapport informatie willen geven over een vrij onbekend gebied, informatie op grond waarvan een groter onderzoek mogelijk zou zijn.

Het onderzoek heeft onder meer de volgende gegevens over het ontstaan van de ongewenste zwangerschap opgeleverd:

Het ouderlijk milieu. Er zijn onderzoekers die een verband veronderstellen tussen een „broken home” en ongehuwd moederschap, c.q. het vóórkomen van „abortus provocatus” (het vóórkomen van ongewenste zwangerschappen). Dit verband blijkt uit het onderhavige onderzoek niet te bestaan.

De seksuele voorlichting. Het grootste deel van de onderzochte groep is niet of in zeer geringe mate door de ouders voorgelicht.

Het seksuele opvoedingsklimaat. Bij de onderzochte groep werd het seksuele klimaat thuis in de meeste gevallen gekenmerkt door ontkenning: seksualiteit bestaat niet, is iets waar niet over wordt gesproken.

De eerste coïtuservaring. In bijna de helft van de gevallen is door de geënquêteerde vrouwen tijdens de eerste coïtus niets gedaan om zwangerschap te voorkomen. De andere helft paste onbetrouwbare methoden toe zoals coïtus interruptus en periodieke onthouding. Slechts in 14,3% van de gevallen werd een voorbehoedmiddel gebruikt (meest condoms). Geen enkele vrouw echter gebruikte een betrouwbaar middel zoals de pil, de ring of het spiraaltje. Gezien het feit dat een steekproef van Nederlandse vrouwen uit een ander onderzoek op o.a. het punt kennis weinig verschilt van de hier bedoelde groep, is er reden om te veronderstellen dat voor zeer vele vrouwen in Nederland de eerste coïtus-ervaring gepaard gaat met de mogelijkheid van het ontstaan van een zwangerschap.

De kennis omtrent anticonceptie was na de eerste coïtus bij de onderzochte groep duidelijk toegenomen. Opvallend was echter dat de alternatieven van de pil, namelijk de ring en het spiraaltje zeer weinig bekend waren. Vrouwen die al langer seksuele ervaringen hadden pasten beter anticonceptie toe dan de vrouwen die nog niet zolang seksuele omgang hadden. Enkele vrouwen gebruikten geen betrouwbare middelen, omdat zij niet naar de dokter durfden, omdat zij dachten de pil toch niet te krijgen (ongehuwden vooral) en omdat zij de consultatiebureaus niet kenden. Een aantal vrouwen had geheel geen behoefte aan betrouwbare middelen omdat „het toch altijd goed ging”. Een andere reden waarom er geen betrouwbare middelen worden gebruikt bleek de opvatting die enkele vrouwen hadden t.a.v. seksualiteit, welke door deze vrouwen werd gezien als een mannelijke behoefte: men geeft toe aan deze behoefte „omdat hij het nu eenmaal wil” of „omdat het bij het huwelijk hoort” of „omdat hij anders een ander neemt”. Deze vrouwen vonden dat

de man dan ook maar de verantwoordelijkheid moet nemen en moet zorgen dat het niet „mis” gaat. Tenslotte bleek 40% weerstanden te hebben tegen de pil zelf: de pil is eng, is een hormoon, is onnatuurlijk en „je weet niet wat die in je lichaam doet”.

Na deze en dergelijke gegevens over het ontstaan van de ongewenste zwangerschap worden in het rapport resultaten beschreven over de processen die zich afspelen bij vrouwen die hun ongewenste zwangerschap willen onderbreken. Het besluitvormingsproces liep in de meeste gevallen als volgt: Tijdens of na de conceptie vermoedt de vrouw dat ze zwanger is (bij de meesten was dat bij het uitblijven van de eerste menstruatie); het vermoeden van zwangerschap gaat samen met gevoelens t.a.v. die zwangerschap die lopen van positief, „wat fijn dat ik zwanger ben”, via gemengd tot negatief, „wat vreselijk” (in de onderzochte groep reageerde $\frac{2}{3}$ met negatieve gevoelens).

Na deze emotionele reactie, wordt de vrouw wat concreter en gaat erover denken welke gevolgen deze zwangerschap voor haar zelf, haar partner, de andere kinderen en vooral voor het aanstaande kind heeft. Op grond hiervan concludeert de vrouw (soms in overleg met anderen) het eerst dat de zwangerschap ongewenst is. De meeste vrouwen zeggen achteraf, dat zij wel blij waren er over te kunnen spreken, maar als het mogelijk was geweest dit met een „buitenstaander” te doen zij daar toch de voorkeur aan zouden hebben gegeven.

Een paar vrouwen zijn begonnen met er zelf iets aan te doen, bijvoorbeeld het slikken van kinine of springen, dansen. Een aantal vrouwen begon met bij anderen te informeren of zij een arts kenden die de ingreep zou kunnen doen. Sommige vrouwen hadden al het adres van een arts, maar merkten toen zij bij hem kwamen dat deze weigerde de ingreep te doen. Ruim een derde ging meteen naar de arts, die hen zou helpen, dat wil zeggen naar de arts van het team, waarvan de gynaecoloog de ingreep zou doen.

Hoe lang was nu de weg naar het team? Voor ruim een derde (16 vrouwen) was de weg kort, omdat zij het team al kenden. 7 vrouwen kregen via een of meer tussenpersonen meteen het adres van het team. 19 vrouwen echter werden eerst naar 1 of meer (soms wel 7) „foute” adressen verwezen, dat wil zeggen artsen die weigerden de ingreep te doen en weigerden te verwijzen (geen enkele vrouw was bij een niet-medicus geweest met haar abortus-verzoek). Bijna alle vrouwen die het team niet kenden, werden er naar verwezen door vrienden of bekenden en niet door artsen.

De vrouwen die bij een aantal artsen waren geweest, voordat zij bij het team kwamen, kregen vaak zeer negatieve reacties. Deze reacties varieerden van „sorry, ik kan het niet doen en ken ook geen ander” tot „het is moord, dit mag u nooit doen”. Opvallend is dat deze laatste reactie de geënquêteerde vrouwen niet aan het denken heeft gezet, eerder het tegendeel. De reactie van de vrouw op „het is moord” was „Kerel, je begrijpt er helemaal niets van”. Vol-

gens het rapport wil dit niet zeggen dat een arts met zijn bezwaren nooit een vrouw van haar besluit „abortus” af kan brengen, in het onderhavige onderzoek bleek echter dat de vrouwen dit soort opmerkingen interpreteerden als onbegrip.

De helft van de vrouwen zag erg op tegen de ingreep en was bang; deze angst gold meestal de operatie. Een paar vrouwen waren niet zozeer bang voor de operatie zelf, maar vreesden later spijt te krijgen van hun besluit. Deze angst, spijt te krijgen, hield geen verband met het hebben van een negatief standpunt t.a.v. abortus; ook was er geen verband met de invloed die anderen op het abortusbesluit hadden gehad.

Veel vrouwen vertoonden na de ingreep geen ernstige lichamelijke reacties, dat wil zeggen men was niet ziek, men ging gewoon aan het werk de volgende dag, de vloeiing duurde ongeveer een week en men had een paar uur pijn. Slechts bij 20% van de groep was de reactie heviger, was men wel ziek of men vloeiide langer. Geen van de vrouwen uit de onderzochte groep is na de ingreep voor deze reactie naar een ziekenhuis geweest. Ook de psychische reactie bleek mee te vallen, tenminste voor zover de onderzoeksters hebben kunnen nagaan. Heel weinig vrouwen (10%) hadden achteraf gevoelens van spijt of van schuld gehad.

Een derde van de geënquêteerde vrouwen had er later behoefte aan, om over de abortus te praten. De onderzoeksters menen dat voor een deel van de betreffende vrouwen de abortus geen afgedane zaak is en dat de moeite die de vrouw ermee heeft vooral wordt veroorzaakt door de taboe-sfeer rond dit vraagstuk.

Bijna alle vrouwen hebben na de abortus seksuele contacten gehad; de meesten vonden het de eerste keer na de ingreep gewoon, of fijn, slechts een paar waren bang voor een nieuwe zwangerschap. Deze angst voor zwangerschap blijft na de abortus voor een aantal bestaan, ondanks toepassing van goede anticonceptie. Opvallend is dat bijna alle geënquêteerde vrouwen nu betrouwbare middelen als spiraal, ring, pil of prikpil gebruiken, 4,8% laat het nog steeds aan de man over condooms te gebruiken. De eerste keer echter na de abortus was er door 15% van deze vrouwen niets gedaan aan zwangerschapsvoorkoming; wel zijn zij snel daarna voor middelen naar een arts gegaan.

Conclusies

Van de reeks conclusies en suggesties uit het rapport volgen hieronder:

Onbedoelde en ongewenste zwangerschappen ontstaan in bijna alle gevallen door een slecht anticonceptiegebruik (uit de gegevens van het „registratie-onderzoek” wat ruim 1.300 vrouwen betrof blijkt dit te gelden voor 98%).

Uit het onderzoek bleek dat de kennis omtrent anticonceptie een rol kan spelen bij het gebruik; vrouwen die weinig kennis hadden gebruikten vaker niets. Ook bij „normale” Nederlandse vrouwen en meisjes is die kennis niet optimaal.

Een eerste suggestie is kennisvermeerdering. Dit zou kunnen door: seksuele voorlichting op lagere scholen (liefst verplicht); seksuele voorlichting (met name voor meisjes want die worden zwanger) op huishoudscholen en middelbare scholen; verplichte voorlichting betreffende anticonceptie (inclusief de morning-after pil) voor 16- tot 20-jarige meisjes (zo iets als de verplichte zuigelingenverzorging); seksuele voorlichting via radio en t.v.; STER-reclame voor alternatieven van de pil namelijk het spiraaltje en de ring (deze zijn vaak zeer onbekend); artikelen in damesbladen zoals Libelle, Margriet etc. over seksualiteit van de vrouw en anticonceptie; informatieve folders over zwangerschap etc. in pakken maandverband (veel meisjes weten bij de eerste menstruatie weinig of niets); folders of beter stencils over voorbehoedmiddelen in wachtkamers van artsen; stencils over anticonceptie, uit te reiken in het ziekenhuis aan vrouwen die daar hun eerste kind of tweede kind enz. krijgen; stencils over anticonceptie in het geschenkenpakket dat elk a.s. echtpaar krijgt (de zogenaamde „Felicitatie dienst”).

Een factor die meespeelt bij het slechte gebruik bleek de „onbereikbaarheid” van middelen; de vrouw weet wel wat er is, maar niet hoe zij er aan kan komen. Ook durft de vrouw er soms niet om te vragen bij haar arts. Deze onbereikbaarheid zou misschien kunnen worden opgeheven door: bekend te maken dat er consultatiebureaus zijn, wáár deze zijn gevestigd, welke anticonceptiehulp zij bieden en voor wie; een anticonceptie-avondsprekkuur van een groep artsen, een spreekuur dat elke week 's avonds wordt gehouden bij toerbeurt (veel werkende meisjes en vrouwen immers kunnen of durven voor anticonceptie-adviezen overdag maar moeilijk weg uit hun werk); de morning-after-pil die veel onbedoelde zwangerschappen kan voorkomen is vaak onbereikbaar omdat men deze niet kent; bij een gescheurd of afgegleden condoom weet men, in tegenstelling tot andere middelen, vaak meteen of het „mis” is (wellicht zou er op de verpakking van condooms kunnen worden vermeld dat de morning-after-pil bestaat en waar die verkrijgbaar is).

De overheid zou volgens het rapport het volgende kunnen doen: subsidies geven aan organisaties die zich bezighouden met seksuele voorlichting, met het geven van anticonceptiehulp of met onderzoek op dit gebied; regelingen afschaffen die het gebruik van anticonceptie in de weg staan (onder andere gemeentelijke verordeningen, die de vrije verkoop van goede condooms tegenhouden); het stimuleren van het gebruik van goede middelen (een verplichte keuring van condooms zou dit middel aanzienlijk betrouwbaarder maken); te overwegen zou voorts zijn een aantal goede voorbehoedmiddelen en de vrijwillige sterilisatie in het ziekenfondspakket op te nemen; tenslotte seksuele voorlichting op de lagere school verplicht stellen, waarbij valt te overwegen om dit de eerste jaren ook verplicht te stellen voor het voortgezet onderwijs.

Juridische problemen in en rond het ziekenhuis

Artsen en juristen buigen zich samen over gemeenschappelijke actuele vraagstukken

In aansluiting aan de (alweer) ruim drie jaar geleden eerste Nederlandse studiedagen voor artsen en juristen („De geneesheer en het recht”, zie Medisch Contact nr. 12 van 22 maart 1968) is op vrijdag 7 en zaterdag 8 mei j.l. aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen een congres gehouden dat was gewijd aan „Juridische problemen in en rond het ziekenhuis”. Gemeten naar de opkomst der deelnemers was de belangstelling voor dit congres van de zijde der medici en juristen zo mogelijk nog groter dan de vorige keer. De congresleiding, die de behoefte aan een herhaalde ontmoeting tussen Themis en Aesculaap dus goed had gevoeld, had het zinvol en actueel geacht om thans het ziekenhuis centraal te stellen. Zij motiveerde dit aldus:

„In het ziekenhuis zijn vele personen op uiteenlopende wijze werkzaam; het academisch ziekenhuis is op de een of andere wijze verbonden aan een universiteit. Een goede organisatie kan slechts worden gebouwd op duidelijke, juridisch hecht verankerde verhoudingen. Hoe liggen — juridisch gezien — de relaties binnen een ziekenhuis? Hoe is of zou de afbakening van de diverse bevoegdheden moeten zijn? Een ziekenhuis eist grote investeringen. De toenemende kosten van de gezondheidszorg vragen om een zo doelmatig mogelijke aanwending van de ter beschikking staande middelen. In hoeverre kan het ziekenhuis autonoom blijven bij het bepalen van de prioriteiten bezien in het nationale of regionale vlak, of zelfs binnen zijn eigen muren? Voor alles is het ziekenhuis gericht op de behandeling en de verzorging van de daarin opgenomen patiënt. Juist in het ziekenhuis wordt men in verhevigde mate geconfronteerd met de zich vervagende grenzen tussen leven en dood, met de transplantaties en met de problematiek rondom de euthanasie. Op welke wijze moet juist binnen de ziekenhuismuren de eerbied voor het menselijk leven vóór alles overleefd worden gehouden?”

Om een poging te doen deze en andere — enkele meer specifieke — problemen overzichtelijk aan de orde te stellen en het inzicht van de congresgangers er in te verdiepen, werden door een viertal deskundigen voordrachten gehouden waarmee enkele deelproblemen konden worden afgebakend en naar aanleiding waarvan telkens diepgaande forumdiscussies konden worden gehouden met de inleiders en degenen, die op grond van hun eigen deskundig-

heid verder nog waren uitgenodigd zitting te nemen in zo'n forum.

Prof. Mr. J. M. M. Maeijer, hoogleraar in het handelsrecht en burgerlijk recht aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen, sprak over de „Juridische vormgeving van de relaties binnen het ziekenhuis”, een civielrechtelijke beschouwing, waarbij hij onderscheid maakte tussen bestuur, directie, staf, specialisten en verplegend personeel. Over de herziening van de bestuurs- en organisatiestructuur in de ziekenhuizen zei hij onder meer, dat het uitgangspunt hierbij moet zijn de gedachte dat in het ziekenhuis als organisatieverband de financieel-economische en daarbij behorende managersaspecten, de typisch medische-professionele aspecten en de verplegings- en verzorgingsaspecten op behoorlijke wijze moeten worden geïntegreerd zonder dat het eigene van deze aspecten geheel verdwijnt of opgaat in het geheel. Ernstige aandacht moet volgens Prof. Maeijer worden besteed aan de vraag hoe medezeggenschap van alle betrokken werkers in de organisatiestructuur zou kunnen worden gerealiseerd waarbij het oog blijvend moet worden gericht op het uiteindelijke doel van de organisatie: de belangen te dienen van de te behandelen en de te verzorgen patiënt. Ook zou moeten worden nagegaan op welke wijze en aan wie regelmatig verantwoording moet worden afgelegd over het gevoerde beleid en over de wijze van behandeling en verzorging van patiënten.

In verband met de verantwoordingsplicht van het ziekenhuisbestuur zei Prof. Maeijer gelukkig te zijn met de plicht tot publikatie van de balans en de verlies- en winstrekening, „hetgeen een publieke verantwoording is welke bij een ziekenhuis zeker niet is misplaatst”. De jaarrekening van het ziekenhuis zou mede ter beoordeling moeten worden overgelegd aan de ondernemingsraad en aan de medische staf, instanties wier juridische positie nader werd besproken. Over de medische staf zei Prof. Maeijer onder meer:

„Voorop wil ik stellen dat naar mijn oordeel in de bedoelde ziekenhuiswetgeving ook een wettelijke basis zou moeten worden gegeven aan de medische staf, in die zin dat het te eisen en goed te keuren stafreglement zou moeten voldoen aan bepaalde in de wet te stellen minimumeisen voor wat betreft functie, bevoegdheden en verplichtingen van de

staf. Ieder contract dat het ziekenhuis sluit met een specialist zou moeten inhouden dat de specialist lid wordt van de staf en de rechten en verplichtingen aanvaardt welke voor de stafleden gelden krachtens het stafreglement. Ik stel dit voorop omdat mij uit de praktijk telkens weer blijkt hoe verschillend gekleurd de verhouding in diverse ziekenhuizen is tussen de medische professie enerzijds en het bestuur en/of de directie anderzijds. In het ene ziekenhuis een goede relatie waarbij men oog heeft voor de specifieke functie van de ander en de moeilijkheden die men bij het uitoefenen daarvan ondervindt, in het andere ziekenhuis — en dit komt helaas nog al eens voor — een groot onbegrip voor elkanders rol in de organisatie: een wantrouwen dat haast niet te overbruggen valt, waarbij het mij steeds weer opvalt dat men elkaars taal niet eens verstaat. In het laatste geval kost het maanden vol verbeteren touwtrekken voordat er een zekere mate van overeenstemming kan worden bereikt over wat de inhoud zou moeten zijn van een stafreglement, dat nog niet aanwezig was of moet worden vernieuwd, of van een stafcontract."

Prof. Maeijer, die zei dat het hem bekend is dat de Nationale Ziekenhuisraad en de L.S.V. momenteel pogen elkaar te vinden op een uniforme modelovereenkomst ziekenhuis/specialist en op een uniform modelreglement voor de medische staf, vroeg zich af wat er op tegen is dat de gezamenlijk te vinden oplossingen voor bepaalde knelpunten in het stafreglement, bindend krachtens de wet worden voorgeschreven. Indien er op sommige punten geen gezamenlijke oplossingen kunnen worden gevonden, zal volgens de Nijmeegse hoogleraar de wetgever moeten beslissen, „maar het is — naar het mij voorkomt — van het grootste belang dat door landelijk te scheppen zekerheid een einde komt aan het plaatselijke touwtrekken tussen besturen/directies en specialisten die ieder hun eigen model voor ogen hebben, dat natuurlijk veel beter is dan alles wat anderen op landelijk niveau hebben uitgedacht", aldus Prof. Maeijer, wiens overtuiging het is, dat zoveel mogelijk gezamenlijk opgestelde richtlijnen, die door de wetgever bindend worden verklaard, de nodige rust kunnen brengen en er in belangrijke mate toe kunnen bijdragen om kloven van wantrouwen en afgronden van onbegrip zonder plaatselijk gezichtsverlies te dichten.

Prof. Maeijer meent dat de medische staf vooreerst dezelfde functies heeft als de ondernemingsraad: dat wil zeggen moet dienen als college waarin met directie — en soms ook met bestuur — overleg wordt gepleegd en advies wordt gegeven over aanlegenheden die voor het ziekenhuis in het algemeen of voor de specialisten in het bijzonder van belang zijn; en voorts als college dat de medische professie vertegenwoordigt en dat in het kader van het overleg zo nodig ook de bijzondere belangen van de gezamenlijke specialisten naar voren brengt.

De ziekenhuizen benadrukken de eerste functie, de specialisten wijzen ook op de tweede functie aldus Prof. Maeijer, die voorts stelde: „De staf vervult

echter nog een derde functie, namelijk die van integratie van de diverse geneeskundige bekwaamheden, die in de persoon van een individu nog maar fragmentarisch en zeer gespecialiseerd aanwezig kunnen zijn, en in geordende samenwerking middels stafbesprekingen gezamenlijk moeten worden geconfronteerd met de totaliteit van één gehele patiënt. Bij deze laatste functie heeft ook het ziekenhuis belang: want bestuur en directie zijn mede verantwoordelijk voor de kwaliteit van het medisch handelen binnen de ziekenhuismuren. Het onder gemeenschappelijke verantwoordelijkheid bevorderen van een zo goed mogelijke medische — totale — behandeling van de patiënt, valt binnen de doeleinden van het ziekenhuis zelf."

Bij deze laatste, meer medisch-professioneel getinte functie van de staf moet het volgens Prof. Maeijer echter niet blijven. Volgens hem moet de staf ook zijn visie geven op en een wezenlijke bijdrage leveren tot een verantwoord beleid van het ziekenhuis als geheel, bijvoorbeeld door het mede helpen bepalen van prioriteiten binnen een gegeven investeringsbudget.

Vanuit deze achtergrond belichtte Prof. Maeijer vervolgens enkele concrete problemen, zoals bepaalde bevoegdheden van de geneesheer-directeur en van de medische staf. Daarmee bracht hij o.a. in verband het doel dat de staf zichzelf stelt: door samenwerking en onderling toezicht kwaliteitsverbetering te bereiken in het medische werk. Prof. Maeijer: „Middel hiertoe is de medical audit, het geheel van maatregelen nodig om systematisch en regelmatig vergissingen, fouten en ongevallen ter discussie te stellen en aldus gezamenlijk en voortdurend voor het peil van de medische behandeling te waken. De medical audit komt nog maar langzaam van de grond. Toch is dit geen vrijblijvende zaak die alleen op basis van de vrijwillige medewerking van de betrokkenen zou mogen worden aangepakt. Op de vormgeving en regelmaat ervan zou naar mijn inzicht ook de directeur-geneesheer invloed moeten hebben. De Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst toont blijkens het werk van de door haar ingestelde Commissie Intercollegiale Toetsing een toenemende belangstelling voor dit nijpende vraagstuk", aldus Prof. Maeijer, die voorts stelde dat de medical audit intussen niet van de grond kan komen, indien er niet een behoorlijke medische registratie plaats vindt, indien niet regelmatig en systematisch ziektegeschiedenissen en statistieken worden bijgehouden, behandelingsverslagen worden opgemaakt etc., dit alles het liefst volgens een eenvormig model. Volgens de Nijmeegse hoogleraar moet de verlichting hiertoe uitdrukkelijk in stafreglement of stafcontract worden neergelegd. Ziektegeschiedenissen worden volgens hem opgemaakt ten behoeve van het medische werk dat binnen de ziekenhuismuren wordt verricht: zij behoren dan ook in het archief van het ziekenhuis te berusten en niet in de privé-archieven van de behandelende specialist. Bij het heengaan van de specialist behoren zij in het ziekenhuis te blijven, aldus Prof. Maeijer, die dit ge-

deelte van zijn betoog aldus besloot: „Indien zulks in het belang is van de patiënt, moet de geneesheer-directeur of het hoofd van de medische dienst recht tot inzage hebben van de betreffende ziekte-geschiedenis, zelfs tegen de wil van de betrokken specialist. En de ziektegeschiedenis moet kunnen worden gehanteerd bij de medical audit, waarbij men er via een systeem van codering voor kan zorgen dat de anonimiteit van de gevallen is gewaarborgd.”

Tot slot ging Prof. Maeijer nog nader in op de juridische positie van het verplegend personeel. Hierover zei hij onder meer: „Dat de verpleegkundige slechts handelingen zou stellen onmiddellijk onder het wakend oog van de arts — zoals de memorie van toelichting op de Wet Para-medische beroepen stelt — is niet in overeenstemming met de realiteit. In toenemende mate worden aan verpleegsters handelingen van geneeskundige aard overgelaten die zelfstandig moeten worden verricht en waarvoor ook de nodige opleiding is genoten. Dit wordt ook in de rechtspraak erkend. Volgens Prof. Maeijer: is de tijd gekomen om aan het beroep van verpleegkundigen een wettelijke status toe te kennen die in overeenstemming is met de realiteit des levens. Hierbij zou men moeten streven naar een min of meer nauwkeurige afbakening van de bevoegdheden welke aan de diverse categorieën verpleegkundigen op grond van hun opleiding toekomen. Men zou dan de grondslag hebben geschapen waarop met vrucht een wettelijk tuchtrecht voor verpleegkundigen zou kunnen worden gebouwd. Het tot stand brengen hiervan is een vurige wens bij de verpleegkundigen zelf: de staatssecretaris staat er in principe positief tegenover doch wil daarover eerst advies inwinnen bij de Staatscommissie Medische Beroepsuitoefening.”

Tot zover de beschouwingen van Prof. Maeijer, wiens betoog op vele punten in de richting ging van een verdergaande reglementering van overheidswege van ons ziekenhuisbestel. Dit betekent geenszins dat hij het dogmatisme deelt van hen die menen dat slechts heil is te verwachten van een nationalisatie van de gezondheidszorg en van medisch werk dat alleen in dienstverband of als ambtenaar wordt verricht. Prof. Maeijer meent dat het streven naar een staatscollectivisme of -dirigisme langzamerhand is achterhaald, ook op het gebied van het ziekenhuiswezen. Maar wel is het z.i. noodzakelijk dat de overheid haar ordenende taak niet verloochent, en wettelijke kaders schept die voldoende waarborgen bieden dat de inrichting, de juridische structuren binnen het ziekenhuis in overeenstemming zijn met de eisen des tijds en blijven georiënteerd op het belang van de patiënt.

*
**

In aansluiting aan deze beschouwingen van Prof. Maeijer werden voordrachten gehouden door Dr. J. Vermeyden, algemeen directeur academisch ziekenhuis van de Vrije Universiteit te Amsterdam, over

„juridische relaties in en rondom het academisch ziekenhuis” en namens Prof. Dr. H. J. Leenen, hoogleraar in de sociale geneeskunde aan de Gemeentelijke universiteit van Amsterdam, over „de autonomie van het ziekenhuis binnen de gezondheidszorg”. Op deze twee voordrachten zal in een van de volgende nummers van Medisch Contact worden teruggekomen.

Abortus provocatus en euthanasie

Van geheel andere aard was het referaat de volgende dag van Prof. Mr. A. A. M. van Agt, hoogleraar in het strafrecht en strafprocesrecht aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen, getiteld „Het ziekenhuis en de eerbied voor het menselijk leven”, een strafrechtelijke beschouwing. Prof. Van Agt besprak de juridische problemen met betrekking tot het nog niet of niet meer volkomen menselijk leven: abortus provocatus en euthanasie. Hij ging daarbij uit van de volgende syllabus:

Twee vragen: a. wanneer begint en eindigt het menselijk leven en b. in hoeverre behoort het recht aan menselijk leven bescherming te verlenen. De Nederlandse wet omschrijft niet wanneer het leven begint en eindigt. Wij nemen als beginpunt aan de innesteling van de bevruchte eicel in de baarmoeder, als eindpunt dat waar alle hersenfuncties tot een definitieve stilstand zijn gekomen. Hiermee is echter niet gezegd, dat het menselijk leven in elk stadium van zijn ont- en afwikkeling aanspraak heeft op dezelfde mate van bescherming.

De discussies die hier te lande over de abortus provocatus (a.p.) worden gevoerd worden veelal ontsierd door gebrekkige informatie over de werkelijke omvang van het aantal illegale a.p.'s (de meest solide schatting is 10.000 per jaar) en over de mogelijkheden tot a.p. die door het geldende recht reeds worden geboden.

Of de wetgeving inzake a.p. moet worden gewijzigd en — zo ja — op welke wijze, wordt bepaald door drie overwegingen: a. wanneer is a.p. naar ethische maatstaf geoorloofd? b. mag de wetgever de z.i. ongeoorloofde a.p. aan een andersdenkende minderheid ontzeggen? c. indien de wetgever daartoe het recht heeft, doet hij er dan verstandig aan van dat recht gebruik te maken?

De waardering van het ongeboren leven maakt deel uit van die voor onvolkomen menselijk leven in het algemeen: zwaar gestoorden, demente bejaarden, ongeneeslijk zieken. Het probleem van de bevoegdheid van de wetgever in deze wordt te gemakkelijk afgedaan met: „De staat is geen zedenmeester”. Dan zou men ook het doden van kinderen, ongeneeslijk zieken en overlastige bejaarden moeten toestaan aan degenen die daartegen geen ethische bezwaren hebben.

De liberalisering van de a.p.-wetgeving in Engeland heeft een explosie van legaal uitgevoerde a.p.'s teweeg gebracht. Anderzijds zijn er geen aanwijzingen (in Oost-Europa evenmin) dat de illegale a.p. in belangrijke mate wordt teruggedrongen. Gevaar voor een verwaarlozing van de anticonceptie. Grote

voorzichtigheid is bij het overwegen van wetswijziging geboden.

Euthanasie betekent eigenlijk: een goede dood bevorderen. Hier gebruikt in de zin van opzettelijk het leven van een ander bekorten of opzettelijk nalaten dat leven te verlengen en wel omdat men voortzetting van dat leven zinloos acht. Men pleegt alleen te spreken van euthanasie in verband met *stervenden*. Een vage begrenzing, want alle leven is op weg naar de dood. Een andere indeling: a. het doden van een „levend lijk”; b. het doden van geestelijk zeer onvolwaardigen: monsters, idioten, imbecielen, debielen, onherstelbaar schizofrenen, demente bejaarden; c. het doden van lichamelijk ernstig gehandicapten: softenonkinderen, de gevangenen van een beademingsapparaat, ongeneeslijk zieken die onderhevig zijn aan een ellendig lijden; d. het doden van niet-gehandicapten die aan hun leven geen zin (meer) kunnen geven. In de meeste van deze gevallen kan men onderscheid maken tussen het doden al dan niet op verzoek of met toestemming van de betrokkene. In alle gevallen kan de levensbestendige gedraging bestaan uit een ingrijpen dan wel uit het nalaten daarvan. Zo ontstaat een vierdeling: actieve en passieve euthanasie, welke beide al dan niet op basis van vrijwilligheid kunnen worden toegepast.

Zolang niet alle hersenfuncties voorgoed zijn ver-

dwenen, is de patiënt nog niet dood. Niettemin heeft geen arts het leven in stand te houden van degene die nooit meer tot het bewustzijn zal terugkeren. Evenmin van hen die na de behandeling als geestelijk zwaar gestoord of lichamelijk ernstig ontlusterd zouden voortleven, zeker niet wanneer de betrokkene vooraf te kennen heeft gegeven dat hij in dat geval niet wil worden behandeld. Is het boven aarde houden van een gedecerebreerde niet in strijd met de Wet op de lijkbezorging?

Menselijk leven is nog zinvol, zolang de patiënt er nog waarde aan toekent. Men mag deze stelling niet omkeren. Als de patiënt zich niet meer kan uitspreken, moeten anderen over de zin van zijn voortbestaan beslissen. Die zin kan gelegen zijn in de mogelijkheid voor anderen hem te verzorgen.

Niet aan alle menselijk leven, hoe gereduceerd ook, behoeven dezelfde inspanningen ten koste te worden gelegd. Het laten sterven van reeds onttakeld leven (passieve euthanasie) kan gerechtvaardigd zijn. De grens tussen actieve en passieve euthanasie is overigens zeer vaag.

Het staat de arts niet vrij een patiënt te behandelen tegen diens in vrijheid en met kennis van zaken gevormd wilsbesluit. Tot zover Prof. Van Agt.

(Wordt vervolgd)

Dr. Kruisinga over het aantal beschikbare ziekenhuisbedden in Amsterdam

Op vragen van het Tweede Kamerlid Dr. Dolman (P.v.d.A.) naar aanleiding van het overlijden van een vrouw voor wie — hoewel spoedopname gewenst was — geen plaats in enig ziekenhuis in Amsterdam was, heeft Dr. R. J. H. Kruisinga, staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, onder meer het volgende geantwoord:

Uit de resultaten van het onderzoek, dat hij indertijd ter zake heeft laten instellen door het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, was hem gebleken dat voor het realiseren van een spoedopname voor de hierbedoelde patiënte inderdaad elf Amsterdamse ziekenhuizen werden benaderd. Geen dezer inrichtingen verkeerde in de mogelijkheid om de patiënte onmiddellijk op te nemen. Als oorzaak hiervoor moet worden genoemd dat alle beschikbare bedden bezet waren.

De gezamenlijke Amsterdamse ziekenhuizen hebben enige tijd geleden een spoedopnameregeling getroffen om zoveel mogelijk te kunnen voldoen aan de noodzaak om ongevals- of acute patiënten op de meest urgente

wijze op te nemen. Voor dit doel wordt door de daarvoor in aanmerking komende ziekenhuizen tijdens het week-einde een beperkt aantal bedden gereserveerd, dat evenwel nog niet geheel toereikend is te noemen. De staatssecretaris heeft over deze problematiek meermalen contact gehad met de Stichting Samenwerking Amsterdamse Ziekenhuizen (S.S.A.Z.) als ook met o.a. het gemeentebestuur van de hoofdstad. Het is hem daarbij gebleken dat de betrokken gemeentelijke en particuliere instanties aan de oplossing van nog bestaande knelpunten grote aandacht schenken.

De staatssecretaris gaat dan verderop als volgt nader in op dat probleem:

„Het totaal aantal beschikbare ziekenhuisbedden in de agglomeratie Amsterdam bedraagt rond 6.500. Er dient echter rekening mede te worden gehouden dat deze accommodatie niet uitsluitend bezet is door patiënten uit het directe rayon. Met name geldt dit voor de drie universiteitsziekenhuizen, welke immers een veel uitgebreider werkgebied bestrijken. Desondanks

mag toch worden gesteld dat voor de bevolking van Amsterdam zelf momenteel ruimschoots voldoende ziekenhuisbedden aanwezig zijn. Het feit dat de ziekenhuizen genoodzaakt zijn wachtlijsten te hanteren voor opname en de moeilijkheden welke worden ondervonden bij het plaatsen van spoedpatiënten worden dan ook niet veroorzaakt door een tekort aan bedden. Veelal liggen de oorzaken elders. Naast het bestaande personeelstekort moet hierbij vooral genoemd worden de omstandigheid dat een niet gering aantal bedden in ziekenhuizen in beslag wordt genomen door patiënten die genezen zijn doch wier verblijfsduur wordt verlengd als gevolg van het ontbreken van voldoende doorstromingsmogelijkheden”, aldus de staatssecretaris die hierbij in het bijzonder denkt aan patiënten die overgeplaatst zouden dienen te worden naar een verzorgingstehuis of een verpleegtehuis. Gezien echter de in aanbouw of in voorbereiding zijnde voorzieningen verwacht Dr. Kruisinga dat deze situatie geleidelijk aan belangrijk zal verbeteren.

Intolerante liefde van de jongere generatie jegens de oudere

Door mevrouw A. Váli-Wohl, psychiater te Amsterdam
en psychiater Universitaire Gezondheidsdienst R.U. Groningen

De dochter van een industrieel voelt zich door haar ouders tekortgedaan. Haar langharige linkse vriend wordt thuis weliswaar geaccepteerd: „Ze zijn wel aardig en beleefd tegen hem, maar dat is dan ook alles. Een wezenlijk contact is er niet. Er wordt aldoor over niemandalletjes gepraat om vooral pijnlijke punten, die aanleiding zouden kunnen geven tot een discussie, te vermijden. Toch hoor ik, wat ze denken!” Een Amsterdamse wiskunde student, afkomstig uit een kleine, conservatieve dorpsgemeenschap, van huis uit gereformeerd, is van de godsdienst af. Hij klaagt over het onbehagen, dat hem wanneer hij het weekeinde thuis doorbrengt, overvalt. „Niet, dat mijn ouders mij dwingen, om naar de kerk te gaan. Integendeel. Ze zeggen er niets over, zelfs dan niet wanneer ik 's zondags pas opsta tegen de tijd dat ze thuis komen van de ochtenddienst. Maar mijn vader is ouderling en ik weet, dat ze zich in het dorp voor mij generen. Ze ervaren het als heel pijnlijk dat ik niet in de kerk gezien word, terwijl iedereen weet dat ik wel thuis ben. Ik vind het erg vervelend, dat ze zich de mening van anderen blijven aantrekken en zich niet kunnen emanciperen.” Zijn zuster is er niet beter aan toe. Zij heeft er veel verdriet van, dat haar ouders, die wel weten dat zij in de plaats waar ze werkt met haar verloofde samenwoont, dit feit doodzwijgen. Deze voorbeelden zijn tekenend voor de hieronder te beschrijven problematiek, die zich telkens weer voordoet aan diegenen die veel met jongeren in aanraking komen.

Uit de beschrijvingen van op zichzelf verschillende situaties komen de volgende gemeenschappelijke punten naar voren:

1. de jeugd is een fundamenteel andere opvatting toegedaan dan de ouders en blijkt de voorkeur te geven aan een geheel andere levensstijl;
2. de ouders laten de zoon of dochter vrij, om de eigen opvatting in praktijk te brengen, zonder uiting te geven aan hun eventuele bezwaren;
3. wat hen zelf betreft, delen zij echter de opvatting van de jongere(n) niet en gaan onverstoord door met leven volgens hun eigen normen;
4. naar aanleiding van het voorafgaande (punt 3) ontstaat bij de jongere(n) het sterk gevoelsmatig gekleurde verwijt, dat meeklinkt bij dergelijke situatiebeschrijvingen, ook al wordt het niet expliciet uitgesproken.

Bij nadere analyse blijkt dit verwijt te worden gevoed door verdriet, teleurstelling, onbehagen, mach-

Dit artikel ligt in het verlengde van „Adolescenten in opstand: de rekening van het kind”, auteur studentenpredikant M. A. Krop, in M.C. nr. 15/1971, blz. 407. Mevrouw Váli-Wohl benadert de ouder-kind, c.q. volwassenen-adolescenten relatie nu eens van een heel andere kant door het accent te laten vallen op het aspect van het „omgekeerde generatieconflict”, waarmee zij vooral naar aanleiding van haar contacten in de studentenmaatschappij sterk wordt geconfronteerd. Het ligt hierbij slechts in haar bedoeling de aandacht te vestigen op een waargenomen verschijnsel, zonder dit symptomatisch te achten voor de jongeren-ouderen relatie in het algemeen. Wel meent zij te kunnen stellen, dat de jongeren niet willen worden „afgeschreven” noch zelf de ouderen wensen af te schrijven.

teloosheid, irritatie, soms zelfs agressiviteit. Op de achtergronden hiervan komen wij later nog terug.

Toekomstige ervaringen versus afgedane.

De genoemde vier punten wijzen op een eigentijds verschijnsel, dat wij het alternatieve generatieconflict noemen. Van oudsher wordt onder generatieconflict verstaan de botsing tussen twee opeenvolgende generaties, teweeggebracht door de neiging van de ouders, de jongere bepaalde gevestigde normen, waarden voor te houden, op te leggen en zodoende een struikelblok te zijn op de weg van de jongeren, die volgens de eigen idealen willen bouwen aan een eigen toekomst. In een voortdurende confrontatie met een zware lading aan ervaringen wordt de jeugd het recht betwist eigen ervaringen op te doen. Er is dus sprake van een intolerante houding van ouderen tegenover jongeren!

Wanneer wij nu het gebeuren in het alternatieve generatieconflict analyseren, dan treft ons het volgende. De emancipatiefase wordt overgeslagen, doordat de ouderen zich bij de eerste tekenen van verzet ontmoedigd uit de strijd terugtrekken, soms mokkend in hun schulp kruipen. Doch de jongeren stoten door. Hun gevecht wordt geleverd met het

doel de eigen idealen uit te dragen, de ouderen te overtuigen. Veelal komt het tot verbitterde pogingen het eigen waardesysteem op te dringen. Een generatieconflict dus, waarbij de intolerantie geheel en al bij de jongeren ligt.

Geen wonder. Want meer dan voorheen het geval was bij de generatiewisseling, distantieëren zich tegenwoordig jongeren van de opvattingen van hun voorgangers. De stroomversnelling in het cultuurpatroon komt mede tot stand doordat de jeugd een toenemende afkeer heeft van de levenswijze van een generatie, wier falen immers meer dan ooit onophoudelijk en onmiddellijk wordt gedemonstreerd via de massamedia. In de beleving van de jeugd staat zowel dit falen centraal als het geloof, dat er op de een of andere manier „collectief geluk” voor de mensheid bereikbaar is. Wanneer dan jongeren doordrongen zijn van de overtuiging dat hun ideologie „point de départ” is naar collectief geluk, willen zij de ouderen niet buitensluiten. Zij moeten dezelfde wegen bewandelen, meeprofiteren van de weldaden die inherent zijn aan de nieuwe levensstijl.

Zo houdt de jeugd haar toekomstige ervaringen aan de ouderen voor. Het is een belofte, die schuilt achter de provocatie. Wanneer de oudere generatie deze belofte niet onderkent, blijkt wars te zijn van experimenteren met nieuwe levensvormen, dan volgt het verwijt. Dit verwijt geldt de hardnekkigheid, waarmee ouderen vasthouden aan hun eigen, afgedane ervaringen, teneinde hieruit — tegen beter weten in — fictieve zekerheden te putten. Intolerante jongeren neigen er dan ook toe verouderde ervaringen voor onrechtmatig te houden, te veroordelen en ongeldig te verklaren. Dit betekent voor de oudere generatie niet minder dan dat men er op uit is haar haar ervaringen „afhandig te maken” en haar zodoende te beletten zich veilig te voelen binnen de door haar opgebouwde maatschappelijke structuren. In laatste instantie wordt haar hiermee ook het recht op eigen dwalingen ontzegd!

Wie identificeert zich met wie?

De intolerantie, die zich dermate hevig manifesteert in dit „alternatieve” generatieconflict, vraagt nu onze aandacht. Zij wordt gekenmerkt door sterke doelgerichtheid in de zin van streven naar exclusiviteit. Gemakkelijk ontstaat een intolerante houding bij iemand, die geheel en al in beslag wordt genomen door bepaalde ideeën en denkbeelden handelt vanuit onwrikbare overtuigingen, doordrongen is van de noodzaak de eigen idealen tot gemeenschappelijk heil in praktijk te brengen. Evenals machtsstrijd kan zedingsbesef de voedingsbodem zijn van intolerantie. Vijandschap noch verbondenheid is er vrij van, zowel agressiviteit als liefde kan haar doen oplaaien. Het is dan ook eenzelfde intolerantie die een felle strijd vergezelt, of die nu wordt geleverd tegen een vijand of potentiële tegenstander dan wel tegen de dwalingen van een geliefde persoon. En hoogtij viert ze daar waar men

streeft naar invloed, teneinde het geluk te brengen aan diegenen die men liefheeft!

Wanneer nu een intolerante jongere de ouders (ouderen) het recht betwist om te reilen en zeilen op het compas van hun ervaringen, dan levert hij hiermee het bewijs van zijn bezittelijke liefde jegens hen. Bezittelijke liefde kan zich uiten in het verlangen iemand geheel voor zich te hebben, te bezitten, maar ook in het streven om de geliefde persoon te doen worden zoals men zelf is of wil zijn. Dit houdt in dat men hem wil beïnvloeden, naar de eigen maatstaven wil veranderen, (ver)vormen. Ook is er de wens naar duurzame verbondenheid, die onder meer kan worden vervuld door middel van identificatie. Een identificatie echter, die men niet wil doen plaatsvinden op de gebruikelijke manier door het voorbeeld van de geliefde persoon te volgen, doch door zichzelf aan te bieden als identificatieobject, als voorbeeld. Men wil onvoorwaardelijke acceptatie, waardering. Indien men niet wordt aanvaard als voorbeeld, als identificatieobject, ervaart men dit als een afwijzing.

Doch „weerbarstige” ouder(s)(en) trekken zich hier kennelijk niets van aan. Zij gaan rustig door met geldverdiene, kerkbezoek, met zich wel conformeren aan de normen van hun eigen groep. Hun politiek van niet-inmenging kan een teken zijn van tolerantie of onverschilligheid, dan wel van de droeve gelatenheid waarmee men iemand „afschrijft”. Wat ook de reden moge zijn, de jongere in kwestie voelt zich dan losgelaten en ondergaat dit met verdriet en teleurstelling. Hierbij komt nog, dat wanneer de ouders de door hem beloofde portie levensgeluk niet met hem willen delen, zij hiermee blij geven van hun weigering hem te bevrijden van onzekerheid en levensangst. Als gevolg hiervan zal zijn onbehagen toenemen.

Zedingsbesef

Een ander aspect van intolerant-bezittelijke liefde is het overmatige verantwoordelijkheidsgevoel, dat naar daden dringt. Men acht zich dermate verantwoordelijk voor de geliefde persoon, voor zijn wel en wee, dat men zijn geluk zal trachten te bevorderen op allerlei manieren, soms tegen wil en dank, zelfs tegen grote weerstand in. Evenmin als bij het generatieconflict „oude stijl” zal men zich storen aan de opvattingen van de andere partij, doch men zal de eigen zedingsbehoefte trachten te bevredigen. Het getuigt immers van zedingsbesef, dat men de ander de eigen waarheid, het eigen ideaal, deelachtig wil maken. Doordrongen als de jongeren zijn van de juistheid van hun levensvisie, willen zij de oudere generatie niet ten prooi laten vallen aan haar onwetendheid. Gebonden als zij zijn aan deze oudere generatie — en meer dan die wel beseft — voelen zij zich er te verantwoordelijk voor om haar zomaar slachtoffer te laten worden van materialisme en agressie. Want het is hun stellige overtuiging, dat geluk slechts te verwachten valt van verbondenheid met mensen en niet van het bezit van goederen

en bovendien, dat materie een te zware tol van haar adepten eist in de vorm van agressie. Omdat zij voor zichzelf weten dat agressie door liefde kan worden ontkracht, maken zij van deze liefde hun godsdienst. Met misnoegen zien zij hun ouders godsdienst bedrijven op een manier die, in plaats van verdeeldheid op te heffen, juist verzuiling in de hand heeft gewerkt. Nadat zij aan den lijve hebben ervaren, dat carrière en competitie hun ouders van elkaar en van henzelf vervreemdden, willen zij nu te elfder ure de ontmoeting forceren! Daarom trachten zij hen te bewegen mee te protesteren tegen een maatschappij, die haar leden tegen elkaar opzet door prestatiezucht, geldingsdrang en rivaliseren te belonen. Volgens de jeugd wordt immers in de competitie het agressief-zelfzuchtig principe van de „survival of the fittest” in praktijk gebracht. En carrière wordt aangemerkt als het grote struikelblok dat ontmoeting in de weg staat, de wig van egoïsme in de samenleving drijft en de mens terugwerpt op zijn eenzame zelf.

Jongeren, die gebukt gaan onder de bezorgdheid voor de toekomst van de mens, roepen op tot een niet-agressieve strijd om deze toekomst veilig te stellen. Geheel anders dan de oudere generatie veronderstelt, wordt zij gezien en ervaren door deze jongeren: niet als afgedaan doch als actief lidmaat van de alles omvattende groep mensheid. Ook haar bijdrage wordt verwacht, wanneer het gaat om het scheppen van een nieuw toekomstperspectief, dat pas in zicht komt als alle onzinnige en uitzinnige bedreigingen worden afgewenteld. Onder meer houdt dit in het doorbreken van de knellende maatschappelijke structuren, totdat het establishment op zijn grondvesten wankelt. Wanneer de jongere generatie het ouderwetse gezin, dat is geschoeid op de leest van een zelfgenoegzame hiërarchie,ervaart als een gevangenis, dan wil zij deze gevangenis niet zonder meer verlaten, doch afbreken, ten einde ook de cipers te kunnen bevrijden. Ook zij immers zijn onvrij binnen de beperkingen van een starre, ongelijke rolverdeling, ongeacht of zij dit nu al beseffen.

Gevoelens belangrijker dan belangen

In ieder opzicht, ten aanzien van elk levensgebied en elke levenssituatie, geldt het onomstotelijke geloof van de jongeren, dat een beter bestaan niet te verwachten valt van het bevechten-van-elkaar, doch van het bundelen van krachten, het optrekken-met-elkaar. Dit heeft betrekking zowel op de opvoeding (anti-autoritaire crèches), het onderwijs (gemeenschappelijke studie-activiteit in projectgroepen), de werksituatie (team-werk), als ook op de psychotherapie (groepstherapie). In alle menselijke relaties staat de ontmoeting centraal. Laat deze iets te wensen over, dan zijn er de „encounter-groups”, „echtparen-laboratoria”, en de „trainingsgroepen”, waar men door middel van „sensitivity-training” gevoeligheid kan verwerven, kan leren functioneren in groepsverband. De gezinsstructuur wordt uitgehouden

door rolverschuivingen, die steeds meer raakvlakken met de samenleving met zich mee brengen. Veelal is het ideaal niet meer om te behoren tot de nauwe belangengemeenschap van een gezin, doch om de groepsbinding die de leden van een commune bij elkaar houdt deelachtig te worden. Zo tekenen zich de contouren af van een wereld, waarin tegengestelde belangen worden vervangen door gevoelens-voor-elkaar. Een wereld, waarin het behartigen van belangen door middel van competitie irrelevant is, waardoor de agressie steeds meer aan betekenis zal inboeten, totdat haar rol zich kan beperken tot het intrappen van open deuren.

Wanneer de jongeren pleiten voor geëngageerdheid, bedoelen zij de betrokkenheid bij de bouwplannen van zo een samenleving, waarin agressie geen functie heeft en waarin men niet meer hoeft te worden gekweld door voortdurende angst en onzekerheid. Zij zijn persoonlijk betrokken bij de opbouw van deze wereld en eisen indringend eenzelfde mate van betrokkenheid van de ouderen als zij zelf opbrengen. Door de weigering van de ouderen om mee te werken aan dit toekomstperspectief, aan het geluk dat ook het hunne zou moeten zijn, voelen de jongeren zich ontkracht en machteloos. Machteloosheid leidt tot irritatie en agressiviteit. Soms wordt de agressie tegen de eigen persoon gericht. Hier zou een van de oorzaken kunnen liggen van de ontstellende toename van de zelfmoord(poging)en onder studenten in de laatste tijd.

Ouderen moeten mee met de avant-garde

Het alternatieve generatieconflict komt tot stand in allerlei situaties waarin de confrontatie van de jeugd met ouderen plaatsvindt, zoals in de gezinnen, op de (hoge)scholen en in het werk — hier vooral indien ondergeschikten en superieuren tot verschillende leeftijdsgroepen behoren. Het is een houding van gedesillusioneerdeheid, defaitisme en cynisme, waarmee de ouderen het hoopvolle idealisme van de jongeren nogal eens te lijf gaan, overigens zonder te beseffen hoe bedreigend een dergelijke houding kan zijn, doordat zij iemand die zich ervan wil bevrijden terugdrukt in angst en onzekerheid. Evenmin realiseren zij zich, dat er van de jeugd een roep tot collectieve bevrijding uitgaat. Zij laten echter wel verstek gaan, wanneer ze zich onttrekken aan deze roep en aan de claim van een intolerante liefde, die ook hen wil betrekken in de reddingspogingen. Machteloos zullen jongeren de ouderen tenslotte aan hun lot overlaten, wanneer zij telkens weer moeten constateren dat deze ouderen weigeren te profiteren van een mentale vooruitgang, deel uit te maken van de avant-garde, en zodoende achterop raken, zelfs afhaken.

Is het de jongeren kwalijk te nemen, dat zij dit afhaken kwalijk nemen aan hen met wie zij zich verbonden voelen? Zij willen de ouders (ouderen) niet zien achterblijven in een wereld die vooruitgaat. Zij reageren er wrakkig op dat, terwijl zij zelf met man en macht werken aan het verkleinen van de afstand,

het object van hun intolerante liefde doorgaat met de kloof te verbreden, met hardnekkig te verblijven op het schip dat tot zinken moet worden gebracht: het establishment.

Wat men wil is niets meer en niets minder dan dat de ouderen het zinkende schip verlaten voordat het onherroepelijk te laat is. Dat deze echter geen enkele neiging hebben zichzelf te redden, of zich tenminste te laten redden, doch dat zij uit dwarse, trage, gemakzuchtige of zelfvoldane eigenwijsheid er de voorkeur aan geven ten overstaan van de jongeren ten onder te gaan, wekt bij deze jongeren verdriet, teleurstelling, onbehagen, machteloosheid, irritatie en agressiviteit op. Zo ontstaat dan het verwijt, waarmee de jongere generatie uitdrukking geeft aan haar intolerante, gefrustreerde en toch hoopvolle liefde jegens de oudere.

Bundel: Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland

De serie publikaties over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Nederland, zoals verschenen in de nummers 2 tot en met 14 van Medisch Contact 1971, is gebundeld en kan ter beschikking van belangstellenden worden gesteld. Tegen vergoeding van de kosten ad f 1.50 per stuk zal de bundel na bestelling worden toegezonden door de secretaresse van Medisch Contact, Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030 - 88 54 11, toestel 222.

Staatssecretaris Kruisinga beantwoordt vragen over bestrijding van hart- en vaatziekten in Nederland

Op vragen van het Tweede Kamerlid de heer Imkamp (D'66) betreffende publikatie van het rapport over hart- en vaatziekten, heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid een uitvoerig schriftelijk antwoord gegeven. De vragen luiden:

1. Is het juist, dat in een ontwerppapport over hart- en vaatziekten dat is opgesteld onder auspiciën van de Gezondheidsraad en onder leiding van de cardioloog Prof. Dr. J. Nieveen, wordt gesteld, dat in Nederland:

a. ruw geschat met een bedrag van f 200.000.000,— nu en vervolgens jaarlijks f 100.000.000,— ter bestrijding van hart- en vaatziekten circa 6000 mensen, die nu ten dode zijn opgeschreven, gered kunnen worden;

b. een gerichte voorlichtingscampagne wordt aanbevolen;

c. een groot tekort aan geschoolde mankracht zowel voor het bevolkingsonderzoek als voor medische opvang van ontdekte ziektegevallen bestaat;

d. een flinke hoeveelheid ondeugdelijke en gevaarlijke medische apparatuur in de handel is gebracht?

2. Is het juist, dat de hiervoren genoemde ruwe kostenraming uit de definitieve versie is geschrapt?

3. Is de staatssecretaris bereid, zowel de eerste versie als ook het eindrapport: „Advies inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten door verbetering

van de mogelijkheden tot preventie, behandeling en revalidatie” te doen publiceren?

Staatssecretaris Kruisinga, antwoordde, dat hij alleen kennis had kunnen nemen van door de Gezondheidsraad uitgebrachte adviezen en niet van ontwerp-adviezen. Of de gestelde punten voorkwamen in het ontwerp-advies is hem daarom onbekend. In het inmiddels door de Gezondheidsraad aan de staatssecretaris uitgebrachte en aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal toegezonden advies inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten wordt opgemerkt, dat het vrijwel onmogelijk is in de zin van een nauwkeurige „cost-benefit-analyse” een gedetailleerde kostenraming van de in het rapport voorgestelde maatregelen te geven. Wel is een globale schatting gemaakt van de huidige totale kosten van behandeling en verpleging van patiënten met een hartinfarct. Deze kosten, waarin tevens zijn begrepen de uitgaven voor de bij een aantal ziekenhuizen reeds functionerende hartbewakingseenheden, de gedetailleerde diagnostiek, de chirurgische interventie, de medische verzorging van thuisblijvende patiënten, de nabehandeling en de revalidatie, worden jaarlijks gecijferd op 150 tot 200 miljoen gulden.

Hoewel het uiteraard niet mogelijk is exacte voorspellingen voor de toekomst te doen met betrekking tot de te verwachten resultaten als gevolg van een meer gerichte en geperfectioneerde behandeling van patiënten, die lijden aan coronaire hartziekten, mag volgens Dr. Kruisinga niettemin wel de verwachting worden uitgesproken, dat de vele door de overheid en van particuliere zijde ontwikkelde en

aangekondigde initiatieven op dit terrein geleidelijk een verhoging van de genezingskansen, een betere revalidatie en een vermindering van de invaliditeit en arbeidsongeschiktheid te zien zullen geven. Dr. Kruisinga heeft overigens opdracht gegeven een poging tot een exacte cost-benefit-analyse op het gebied van de hart- en vaatziekten te ondernemen.

Het antwoord vervolgd dan: „Uiteraard zullen de bovengenoemde maatregelen de sterfte aan hart- en vaatziekten kunnen verminderen en ertoe bijdragen, dat een groot aantal lijders aan deze ziekten een redelijke of goede gezondheid herkrijgen. Om de morbiditeit van de bedoelde ziekten te doen dalen zijn tevens maatregelen nodig, meer liggend op het terrein der preventie. Het rapport van de Gezondheidsraad doet hiertoe aanbevelingen.

„De Gezondheidsraad heeft eveneens aandacht gewijd aan het bevolkingsonderzoek als bedoeld in vraag 1, onder c. De moeilijkheid bij het onmiddellijk invoeren van bevolkingsonderzoek is, volgens het uitgebrachte rapport, niet een tekort aan mankracht, maar de omstandigheid, dat hiervoor nog geen gestandaardiseerde methodieken bestaan met een voldoende voorspellende waarde. De Gezondheidsraad beveelt derhalve voorshands bevolkingsonderzoek op kleine schaal aan ten einde deze gestandaardiseerde methodieken tot ontwikkeling te brengen.”

Ook in het uitgebrachte advies wordt, zoals vermeld in vraag 1, onder d, melding gemaakt van in de handel gebrachte ondeugdelijke en levensge-

vaarlijke apparatuur. Ter zake heeft de staatssecretaris zich tot de Gezondheidsorganisatie T.N.O. gewend met het verzoek het Medisch Fysisch Instituut te willen inschakelen bij het tot stand brengen van een centrale instantie, welke o.m. tot taak zal krijgen de veelal zeer ingewikkelde medisch-technische instrumentatie op haar veiligheid, deugdelijkheid en hanteerbaarheid te onderzoeken en daaromtrent van voorlichting te dienen. Voor zover het om aspecten gaat welke kunnen worden geregeld op basis van de Wet op de medische hulpmiddelen zullen hieromtrent zo nodig voorschriften bij of krachtens algemene maatregel van bestuur moeten worden gegeven.

De staatssecretaris heeft reeds toestemming gegeven om tot publikatie van het aan hem uitgebrachte „Advies inzake de bestrijding van hart- en vaatziekten door verbetering van de mogelijkheden tot preventie, behandeling en revalidatie” over te gaan. Ook heeft hij dit advies inmiddels ter kennisgeving aangeboden aan de Eerste en Tweede Kamer der Staten-Generaal. Daar de staatssecretaris niet beschikt over de ontwerp-adviezen van de Gezondheidsraad, kan hij niet overgaan tot publikatie van genoemde „eerste versie” van het onderhavige rapport. Aangenomen mag in dit geval overigens worden aldus Dr. Kruisinga, dat het ontwerp-advies de toets der kritiek van de betrokken commissie van de Gezondheidsraad niet heeft kunnen doorstaan en dat zij aan de aan de Kamer overgelegde eindversie derhalve de voorkeur heeft gegeven.

Ziekenfondspakket uitgebreid met nieuwe verstrekkingen

Zoals eerder diverse dagbladen hebben bericht is van regeringszijde bekend gemaakt dat het ziekenfondspakket met een aantal nieuwe verstrekkingen zal worden uitgebreid. Het gaat om de invoering van verstrekkingen waarover de Ziekenfondsraad reeds eerder aan de minister en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid advies heeft uitgebracht.

Vooruitlopende op de afkondiging van de wettelijke maatregelen, waarbij het een en ander definitieve gestalte zal krijgen heeft de algemeen secretaris van de Ziekenfondsraad deze zaak schriftelijk als volgt nader toegelicht:

De nieuwe verstrekkingen zijn de volgende:

a. *chronische intermitterende haemodialyse*. De verzekerden zullen aanspraak krijgen op regelmatig terugkerende haemodialyse in een daartoe erkend centrum of op gebruik van haemodialyse-apparatuur ten huize van de verzekerde, indien de

dialyse daar plaatsvindt vanwege en onder verantwoordelijkheid van zulk een centrum. In deze verstrekking zal mede zijn begrepen de met haemodialyse verband houdende geneeskundige en farmaceutische hulp.

b. *chronisch intermitterende beademing*. Deze verstrekking zal op dezelfde wijze geregeld worden als de verstrekking beschreven hierboven onder a., zij het dat de geneeskundige en farmaceutische hulp daarin niet zal zijn begrepen. Indien nodig zullen verzekerden daarop aanspraak kunnen maken voorzover deze hulp elders reeds als verstrekking is geregeld.

c. *revalidatie-dagbehandeling*. Naar mag worden verwacht zal deze verstrekking inhouden behandeling en verzorging gedurende de dag (of een gedeelte daarvan) te verlenen in en door een erkende inrichting voor revalidatie-dagbehandeling. Thans

komen de kosten van deze vorm van behandeling slechts ten dele voor rekening van de ziekenfondsverzekering, namelijk in zoverre het gaat om de kosten van fysiotherapie. Revalidatie-dagbehandeling echter is een vorm van hulpverlening welke tot stand komt door de samenwerking van beoefenaars van verscheidene disciplines. Teneinde de daarmee verband houdende kosten integraal ten laste van de ziekenfondsverzekering te kunnen brengen, zal de revalidatie-dagbehandeling worden gegoten in de vorm van een afzonderlijke en zelfstandige verstrekking.

d. *hulpverlening door een trombosedienst.* Tot op heden hebben de ziekenfondsen deze vorm van hulpverlening financieel gesteund door periodieke bijdragen aan de diensten. In verband met het feit dat de hulpverlening van de trombosediensten hoe langer hoe meer een eigen plaats in de geneeskundige verzorging begint in te nemen, zal zij thans als verstrekking in de ziekenfondsverzekering worden opgenomen. Voor het verkrijgen van de hierboven genoemde verstrekkingen zal — evenals bij vele bestaande verstrekkingen het geval is — een indicatie aanwezig moeten zijn.

e. Voorts zal de verstrekking opnemings en verder verblijf in een ziekenhuis een uitbreiding ondergaan doordat de kosten verband houdende met een *niertransplantatie* geheel ten laste van de ziekenfondsverzekering kunnen worden gebracht, dat wil zeggen ook de kosten van de donor voor weefselonderzoek en het afstaan van een nier. Hierbij is niet van belang of de donor wel of niet krachtens de Ziekenfondswet is verzekerd. De kosten van zijn behandeling worden begrepen geacht in die van de behandeling van de ontvanger van de nier. De regeling zal zodanig worden opgezet, dat straks ook transplantatie van andere organen en weefsels op eenvoudige wijze in de verstrekking ziekenhuisbehandeling kan worden opgenomen.

f. Reeds geruime tijd bestaat in het kader van het verblijf in A.W.B.Z.-inrichtingen de mogelijkheid van *gezinsverpleging*. Doordat het recht op ziekenhuisverpleging krachtens de A.W.B.Z. pas ingaat nadat de verzekerde een jaar in een ziekenhuis heeft verbleven, was het wenselijk ook in de ziekenfondsverzekering een voorziening te treffen welke gezinsverpleging gedurende het eerste jaar ziekenhuisverpleging mogelijk maakt.

g. In 1969 is als verstrekking in de ziekenfondsverzekering opgenomen: psychiatrische dagbehandeling. Deze verstrekking zal worden uitgebreid met *psychiatrische nachtbehandeling*. Hierdoor zal het onder meer mogelijk worden dat de kosten van het verblijf in een sluisinternaat ten laste van de ziekenfondsverzekering worden gebracht.

De „Pil” niet in het ziekenfondspakket

De Ziekenfondsraad heeft — blijkens een A.N.P.-bericht, gepubliceerd in diverse dagbladen welke bij het ter perse gaan van dit nummer van Medisch contact zijn verschenen — met vijftien tegen veertien stemmen besloten geen uitbreiding te geven aan de verstrekking van de pil voor ziekenfondsrekening. Het betreffende A.N.P.-bericht vervolgt aldus: De raad legde daarmee een meerderheidsadvies naast zich neer van een commissie van medische deskundigen. Deze commissie had de vraag bestudeerd of de pil voor rekening van het ziekenfonds zou moeten worden verstrekt in die gevallen waarin een zwangerschap abnormale lichamelijke of geestelijke risico's met zich mee zou brengen. De commissie kwam tot de conclusie dat het uiterst moeilijk is een bruikbare lijst samen te stellen van alle denkbare medische ongewenste zwangerschappen. De enige redelijke oplossing was volgens de commissie een onbeperkte verstrekking van anticonceptiva voor ziekenfondsrekening, aldus het A.N.P.

h. Tenslotte zal ter bevordering van een doelmatige bestrijding van geslachtsziekten verwijzing door een huisarts niet langer nodig zijn voor het inroepen van de hulp van een dermatoloog. Ziekenfondsverzekerden zullen zich straks rechtstreeks, dat wil zeggen zonder tussenkomst van de huisarts, kunnen wenden tot een huidarts. Hoewel de uitzonderingsbepaling in opzet bedoeld is voor verzekerden die lijden of menen te lijden aan een geslachtsziekte, zal zij uit hoofde van haar algemene strekking gelden voor *alle* gevallen waarin verzekerden de hulp van een dermatoloog behoeven.

Verwacht wordt dat binnen afzienbare tijd de aangekondigde uitbreiding van de aanspraken van de verzekerden haar beslag zal krijgen door wijziging c.q. aanvulling van het Verstrekkingsbesluit Ziekenfondsverzekering, eventueel door in dit besluit de basis te leggen voor nadere regelingen bij ministeriële besluiten. Hierin zullen dan onder meer de omvang en de voorwaarden van deze verstrekkingen worden uitgewerkt, waaronder omschrijving van de indicaties en nadere bepalingen omtrent de erkenningen. Het een en ander zal, met uitzondering van de voorzieningen hierboven vermeld onder de letters g. en h. in werking treden met terugwerkende kracht tot 1 januari 1970.

WIJ ARTSEN EN STAPHORST

Door F. van 't Hooft, zenuwarts

De recente gebeurtenissen in Staphorst hebben vooral in medische kringen nogal wat ontsteltenis en verontwaardiging veroorzaakt. Algemeen werd de afwijzende houding van vele Staphorsters ten aanzien van inenting tegen polio scherp afgekeurd. Niet zelden werd het woord „misdadig” gebruikt, omdat de Staphorster boeren niet in de eerste plaats hun eigen gezondheid in gevaar hadden gebracht, maar die van hun kinderen.

Het navolgende is allerm minst een poging om de houding van de Staphorsters te verdedigen. Wel om enig licht te werpen op de levensbeschouwelijke achtergronden, waardoor een groep landgenoten komt tot opvattingen die voor ons medisch denken volkomen absurd zijn. In de grote pers is hierover al het een en ander gepubliceerd, vooral van theologische zijde (bijvoorbeeld in Elseviers Magazine d.d. 27 maart: Dr. C. Graafland, Ned. Herv. predikant te Amsterdam: De polio-uitbarsting in Staphorst).

De verontwaardiging van ons artsen komt vooral voort uit de onverenigbaarheid van de Staphorster theologische gedachtenwereld met onze eigen medische opvattingen. Maar we vergeten al te vaak, dat wij artsen door onze opleiding geïndoctrineerd zijn in een heel bepaalde denkwijze, die nu voor ons als de enige juiste geldt, en waaraan we ons handelen toetsen. Kern van ons denken is de suprematie van het leven in biologische zin. Gezondheid is een optimale vorm van leven. Dit leven en deze gezondheid proberen we met inzet van ons weten en kunnen zo veel mogelijk te bewaren. We denken daarbij ook wel genuanceerd over de dood, maar alleen in de zin van niet-meer-leven, en dan nog uitsluitend wanneer het leven niet meer zinvol is. Centraal blijft toch het leven. Het is niet toevallig dat de arts en theoloog Albert Schweitzer een hele ethiek opbouwde rond het thema: *Eerbied voor het leven*.

In deze basishouding, die iedere arts in zichzelf herkent, zit eigenlijk geen godsdienstig element. Elke arts, ook elke religieus ingesteld arts, denkt in zijn medisch werk natuurwetenschappelijk, in begrippen van oorzaak en gevolg. Hij kan daarbij God wel zien als degene, die de natuur geschapen heeft, die het leven gegeven heeft, en die ook de oorsprong is van het verschijnsel ziekte en de natuurwetenschap geneeskunde. God kan op medisch gebied ook wel in het leven van de mens ingrijpen, maar slechts op het gebied waar anderen van toeval of noodlot spreken. Iemand kan een pneumonie krijgen door een toevallige infectie, maar volgens christelijke opvattingen ook, omdat God nu eenmaal dat

„toeval” zo heeft gesteld. Iedere medicus zal zeggen, dat de pneumonie door de toegediende antibiotica is genezen. Religieus ingestelde artsen zullen daaraan toevoegen dat God ook de geneeskunde en daarmee deze middelen heeft gegeven en zo aan de genezing essentieel heeft medegewerkt. Daarmee krijgt God de positie van de Schepper en verder van de grote Supervisor. In wezen is dit — theologisch gesproken — een vrijzinnige opvatting omtrent God en de geneeskunde. Daarnaast is even goed de opvatting mogelijk, dat geneeskunde niets met God en godsdienst te maken heeft, en dat Godsdienst alleen betekenis kan hebben voor het geestelijk leven van de mensen. In feite is dit de opvatting van de meeste artsen in Nederland.

In orthodox-protestantse, niet-medische kringen denkt men daarover al anders. Daar leeft de gedachte, dat God alles regeert, heer is over leven en dood, ook over gezondheid en ziekte. Het aardse leven is slechts een voorbereiding tot een later beter leven. Toch wordt het aardse leven als zodanig positief aanvaard, en daarmee ook de geneeskunde. Van de mensen wordt gevraagd uit te voeren „wat Gods hand hun geeft te doen”. Er is wel iets meer belangstelling voor minder wetenschappelijke vormen van Geneeskunde, zoals homoeopathie en gebedsgenezing, maar de „officiële” geneeskunde en de artsen, voorzover ze niet eenzijdig somatisch denken, staan hoog aangeschreven.

Veel verder van de denkwereld van de geneeskunde staat de extreme orthodoxie van de Staphorsters. Nog strenger leeft de gedachte van de theocratie: God is ook bij hen heer over leven en dood, evenals over gezondheid en ziekte, maar in zulk een mate dat voor een positieve levensaanvaarding weinig ruimte meer overblijft. Door God is de maat van hun leven bepaald. God zorgt. De Staphorsters weten zich door God gezegend, maar zij kunnen evenzeer door God zwaar beproefd worden. Het is dezelfde hand van God die verzorgt en slaat. Het aardse leven, en zeker het biologische leven, heeft weinig waarde, daar de mens in zonde leeft. Slechts voor enkelen is dit eeuwige leven weggelegd. Het is zinvol door God gezegend te worden, evenals het zinvol is van hem slagen te ontvangen. Wanneer God de mens wil slaan, *dan mag Hij niet worden gedwarsboomd*.

Hier ligt het breukpunt met de geneeskunde. Want een van de wijzen waarop God kan worden gedwarsboomd — althans volgens de opvattingen van de Staphorsters — is de preventieve geneeskunde, vooral in de vorm van inenting. Er staat nl. ge-

schreven: *Die gezond zijn hebben de heelmeeester niet van noode.* De curatieve geneeskunde wordt wel aanvaard. Nu is de weerstand tegen de preventieve geneeskunde, vooral tegen inenting, veel algemener. Inenting tegen pokken, hebben vooral in het eind van de vorige eeuw heftige reacties opgeroepen, vooral in A.R.-kringen (o.a. van de arts Capadose) en wordt nu nog maar aarzelend aanvaard. Het blijft ook een moeilijk punt: Een betrekkelijk klein maar toch bestaand risico voor onze kinderen te aarvaarden, om een later risico van onbekende grootte te vermijden. Maar in Staphorst slaat de balans helemaal door naar het weigeren van inenting, ook van de ongevaarlijke polio-entingen, wanneer naast de onmiskenbare psychologische factor nog het aldaar zeer zwaarwegende argument komt: Men mag God met deze inenting niet dwarsbomen.

Inmiddels is wel algemeen bekend geworden dat deze godsdienstige opvattingen niet alleen in Staphorst voorkomen. Ze worden beleden in meestal tamelijk gesloten bevolkingsgroepen in meerdere plaatsen in ons land o.a. Staphorst, Elspeet, Rijssen, Kesteren, Urk, Tholen, met verder verspreide kleinere kernen in vele plaatsen vooral op het platteland. Kerkelijk zijn ze tamelijk verdeeld. Nogal wat van deze groepen zijn aangesloten bij de Gereformeerde Gemeenten (in de volksmond genoemd: de Zwarte-Kousen-Kerk; niet te verwarren met de „gewone” Gereformeerde Kerken). In Staphorst horen zij bij een extreem orthodoxe groepering van de Ned. Hervormde Kerk. Politiek zijn zij verenigd in de Staatkundig Gereformeerde Partij, die ongeveer 2% van de kiezers achter zich heeft. Dat is dus nogal wat!

Kenmerkend voor deze groeperingen is hun patriarchale instelling. Eigenlijk in drieërlei opzicht. In het gezin is de vader de dominerende figuur. De vrouwen gaan meestal niet naar de stembus, dat hoort niet. Of de kinderen wel of niet worden ingeënt beslist uiteindelijk de vader. Boven de huisvaders domineren in de gemeenschap de ouderlingen. Dezen bepalen wat er gebeurt. Ze leggen hun wil op, ook aan de velen die minder principieel denken. Zij zouden het liefst hun wil aan alle Nederlanders opleggen ten aanzien van zondagsheiliging, zedelijkheidswetgeving e.d. (Er is een duidelijke parallel met orthodoxe joden in Israël.) Maar ook de ouderlingen richten zich vooral naar wat „de vaders” d.w.z. de voorouders hebben geschreven en geleerd. Ze zijn sterk traditioneel en conservatief ingesteld. Ze leven soms in een geografisch en meestal in een cultureel isolement, en dit isolement wordt heel nadrukkelijk gehandhaafd om hun identiteit niet te verliezen. Televisie-kijken mag niet, omdat het betekent een blik werpen op het leven van andersdenkenden, van wie men geen goede, wel slechte dingen kan leren. Zij hebben ook veel goede eigenschappen. Hun fi-

nanciële offerbereidheid voor hun kerkgenootschappen is groot. Omdat zij verzekeringen principieel verwerpen helpen zij geloofsgenoten royaal als die door rampen worden getroffen. De oude instelling „burenplicht” is bij hen een zeer levend begrip.

Nu werd Staphorst getroffen door de polio-ramp, naar de vaste overtuiging van vele Staphorsters een slag uit de hand van God. Natuurlijk hebben alle Staphorsters het probleem gevoeld, dat juist de kinderen het slachtoffer zijn geworden, die niet zelf over inenting hebben beslist. Zij hebben zeker ook gevoeld, dat deze consequenties van hun opvattingen onverenigbaar zijn met de verantwoordelijkheid, die zij dragen voor hun „uit Gods hand ontvangen kinderen”. Vandaar de ontredde bij de geestelijke leiders: De predikant zweeg. De S.G.P.-leiding sprak wel, maar deed geen uitspraak. De gemeenteraad bleef verdeeld over een inentingsadvies. De weerstand van de bevolking tegen een inenting zakte ineens toen deze verleidelijk werd gemaakt door een suikerklontje en een goede organisatie, terwijl de spuiten wegbleven. De inentingsgraad, tevoren toch al 60%, steeg tot 93%. De overgebleven 7% zal echter niet uit laksheid maar voor het merendeel toch uit een principiële tegenstand moeten worden verklaard. Zelfs nu nog. Sommigen blijven consequent tot het bittere eind, als mensen die krachtens hun „zwakheid des harten” handelen. (Het protestantisme kent het in katholieke kringen gebruikelijke instituut van de „dispensatie” niet.)

Het bittere voor ons artsen is, dat we ons gefrustreerd voelen in ons dagelijks streven, om voor iedereen zoveel mogelijk gezondheid en daarmee levensgeluk te bereiken. Bovendien zitten we nog met de brokken ook, nadat het de Staphorsters uit de hand is gelopen. En dat door opvattingen, die wij misschien nog wel kunnen begrijpen, maar waarvan de uiterste consequenties ons alleen met verbijstering kunnen vervullen. We zullen ons erbij moeten neerleggen, dat er landgenoten zijn, die zo denken.

Wellicht zullen sommige artsen de Staphorsters willen toeroepen: Mensen, denk toch na, hoe dom jullie zijn, hoe jullie de gezondheid van je kinderen in gevaar brengen! Maar dat is nutteloos. In Staphorst denken ze heel goed na. Echter vanuit een heel ander denkpatroon dan het onze. Het kan ons misschien tot het inzicht brengen dat ons eigen denkpatroon eveneens eenzijdig kan zijn, en dat wij neigen tot een sterke overwaardering van de biologische gezondheid als voornaamste bron van levensgeluk. Maar dit alles neemt bij ons het gevoel van gefrustreerdheid niet weg.

* Zie ook A. van der Meiden *De zwarte-kousen Kerken*. Utrecht 1968.

Bezinning nopens de huisarts in de nabije toekomst*

Door Dr. M. J. van Trommel, lector in de huisartsgeneeskunde
aan de Medische Faculteit Rotterdam

De toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Nederland werd in een reeks artikelen in Medisch Contact aan een nadere beschouwing onderworpen, waarbij op de plaats van de huisarts niet uitvoerig werd ingegaan.

Het toekomstbeeld van de huisarts zal het onderwerp van discussie vormen op het congres 1971 van het Nederlands Huisartsen Genootschap. De huisarts staat derhalve in het centrum van de belangstelling. Ondanks het feit dat men over het algemeen is ingenomen met de plaats, welke hij in het gezondheidsbestel inneemt, twijfelen velen aan het voortbestaan van de huisarts in zijn huidige opstelling. In ieder geval is een nadere bezinning gewenst over de plaats van de huisarts in de toekomstige gezondheidszorgstructuur. Het hierna volgende pretendeert slechts een bijdrage hiertoe te leveren en kan niet worden beschouwd als een pasklare oplossing.

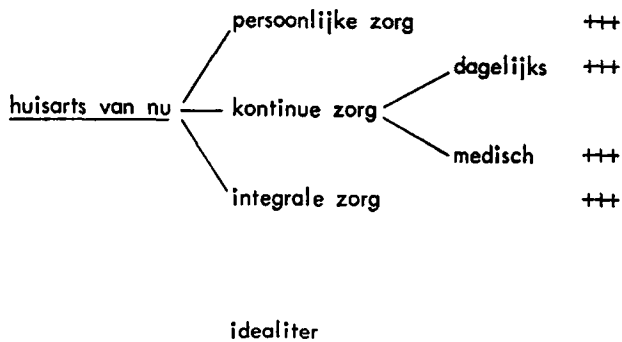
Bij het overdenken, welke plaats de huisarts in de nabije toekomst in de gezondheidszorg zal of kan innemen, dient men enerzijds in deze beschouwing te betrekken de plaats, welke hij thans bekleedt en zou kunnen bekleden, anderzijds de plaats, welke men hem op langere termijn zou kunnen toebedelen. Uitgaande van de omschrijving, opgesteld door het Nederlands Huisartsen Genootschap, is de functie van de huisarts het aanvaarden van de verantwoordelijkheid voor „een continue, persoonlijke en integrale zorg voor de gezondheid van de zich aan hem toevertrouwende individuele mensen en gezinnen”.

Het lijkt mij, met het oog op het toekomstbeeld van de huisarts, vooreerst gewenst zich af te vragen of deze omschrijving thans, alsook in de toekomst, nog in voldoende mate met de realiteit overeenkomt. Wanneer ik even voorbij ga aan de gestelde verantwoordelijkheid, doch mij voorlopig beperk tot de begrippen continue, persoonlijke en integrale zorg, komt het mij voor, dat deze aspecten enige uitleg behoeven. Mijs inziens wordt met continuïteit een tweedelig begrip bedoeld, namelijk het feit dat de huisarts wordt geconfronteerd met het morbiditeitspatroon in volle omvang met al zijn consequenties en in de tweede plaats het dagelijks doorlopend toegankelijk zijn om de patiënt in eerste instantie op medisch gebied hulp te kunnen bieden. Bij gebrek aan een betere aanduiding heb ik dit omschreven als de medische continue zorg en de dagelijkse continue zorg.

Onder persoonlijke zorg versta ik dat de arts zich persoonlijk inzet voor zijn patiënten, zodat als regel dezelfde arts zich bezig houdt met de patiënt. Het is, uitgaande van deze veronderstelling, niet mogelijk dat een gedeelte van deze zorg wordt gedelegeerd aan anderen, zoals aan paramedisch personeel, of dat artsen bij toerbeurt medische zorg verlenen, hetgeen bijvoorbeeld op poliklinieken kan geschieden.

Omtrent het integrale karakter van de door de huisarts geleverde gezondheidszorg wordt naar mijn mening verstaan dat de huisarts in zijn benaderingswijze en methode van behandeling rekening houdt met mogelijke verstoringen in de gezondheid, waarvan de oorzaken en de gevolgen, alsmede hun interacties, zich zowel op lichamelijk en op psychisch, als ook op sociaal gebied kunnen voordoen.

Figuur 1.



Men kan zich nu afvragen of deze omschrijving, schematisch weergegeven in figuur 1, overeenkomt met de huidige opvattingen, alsmede of de huisarts hiertoe daadwerkelijk in de toekomst in staat zal zijn. Het valt de huisarts steeds zwaarder om de „dagelijkse” continue zorg volledig te verschaffen. Reeds lange tijd is het niet meer gebruikelijk dat de gemiddelde huisarts in Nederland — die ik hierna gemakshalve als „de huisarts” betitel — zich dag in dag uit vierentwintig uur lang ter beschikking van zijn patiënten stelt. Veelal heeft men hierover als op-

* Naar een inleiding, gehouden op de N.H.G.-weekendconferentie „De huisarts in de nabije toekomst”, 26 en 27 maart 1971 te Driebergen.

lossing gevonden dat een groep artsen gezamenlijk avond- en weekenddiensten regelt, ieder werkend vanuit zijn eigen praktijkhuis. Het is waarschijnlijk dat in de toekomst steeds meer voorzieningen voor waarneming zullen worden getroffen gedurende de tijden dat het grootste gedeelte van onze arbeidende bevolking wordt geacht niet te werken. Het ligt voor de hand te veronderstellen dat bij verdere doorvoering van arbeidstijdverkortung de huisarts, wat betreft dit aspect, in de toekomst steeds minder kan voldoen aan het oorspronkelijk gestelde ideaalbeeld.

Gedurende de achter ons liggende jaren werden bovendien steeds meer mogelijkheden geschapen voor de patiënt om rechtstreeks, zonder tussenkomst van de huisarts, de hulp in de eerste lijnsgezondheidszorg in te roepen. Ik noem slechts als voorbeeld de consultatiebureaus voor gezinsmoeilijkheden en geboortebeporing. Daarnaast worden thans reorganisatieschema's voor de geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg voorbereid, waarin eveneens de patiënt zich rechtstreeks toegang kan verschaffen tot de eerste echelons hulp van deze deelgebieden. Ook in de curatieve sector ziet men in de grote steden deze ontwikkeling op gang komen, bijvoorbeeld in de traumatologie en de acute cardiologie. Hierdoor zal langzamerhand in toenemende mate het — zoals ik het noemde — medische aspect van de continue zorg alsmede de integrale zorg van de huisarts zich verder van het ideaalbeeld verwijderen. Dat wil zeggen, deze karakteristieke aspecten van het werk van de huisarts komen niet meer overeen met wat men aanvankelijk heeft gesteld.

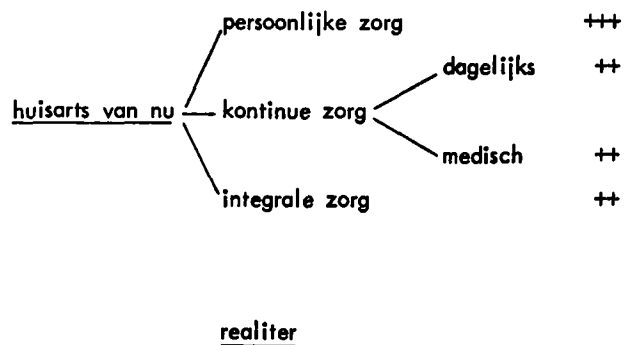
De persoonlijke zorg wordt naar mijn mening ook thans in die mate door de huisarts geboden, zoals dit werd gezien tijdens het opstellen van de omschrijving in 1963, neergelegd in het „Woudschotenrapport” van het Nederlands Huisartsen Genootschap, echter met dien verstande, dat tijdens waarneming de waarnemende huisarts geacht moet worden dezelfde persoonlijke zorg te kunnen bieden, als die van de door de patiënt gekozen huisarts.

Het integrale karakter van de medische zorg moet mijns inziens worden gezien als een van de belangrijkste drijfveren van het geneeskundig handelen van de huisarts. Het wordt echter voor de huisarts steeds moeilijker op dit gebied voldoende deskundig te blijven. In een groot aantal gevallen ontbreekt hem de mogelijkheid om op elk van de deelgebieden van de integrale medische zorg — het somatische, psychische en sociale aspect — in voldoende mate ziekmakende factoren op te sporen en te behandelen. Op dit onderdeel van de geneeskundige zorg zal echter steeds meer de nadruk komen te liggen, zoals bijvoorbeeld valt af te leiden uit het toenemen in frequentie van welvaartsziekten, die slechts op integrale wijze kunnen worden bestreden.

In *figuur 2* is getracht het verschil aan te geven tussen wat oorspronkelijk werd gesteld en wat thans redelijkerwijs kan worden aangenomen te bestaan, hoewel het aantal kruisjes achter elke deelfunctie

geen conclusie toelaat omtrent een kwalitatieve waardering, doch slechts mag worden beschouwd als een indicatie om een verschil te signaleren.

Figuur 2.



Ik meen dan ook te mogen stellen, dat, wanneer de door mij genoemde verschilpunten tussen de omschrijving van 1963 en de werkelijkheid in 1971 op hun juiste merites zijn beoordeeld, het verantwoord is zich af te vragen wat de oorzaken zijn, die aan deze verschillen ten grondslag liggen, opdat men daarna in staat zal kunnen zijn te bouwen aan een verantwoord toekomstbeeld. Een toekomstbeeld waarmee niet alleen de huisarts, doch evenzeer de patiënt ofwel onze samenleving is gebaat.

Er zijn naar mijn mening zes oorzaken aan te wijzen, die het verschil kunnen verklaren tussen wat aanvankelijk als de karakteristieke plaats en functie van de huisarts werd omschreven en wat hiervan thans is overgebleven: 1. conformatie aan het tijdsbeeld; 2. vorderingen in de medische wetenschap; 3. toenemende deskundigheid van andere werkers in de medische sector; 4. afnemende deskundigheid van de huisarts; 5. onvoldoende mogelijkheid tot samenwerking met andere werkers in de medische sector; 6. tijdgebrek van de huisarts.

Ad 1. Conformatie aan het tijdsbeeld. Zoals ik reeds schetste, is het vanzelfsprekend dat de huisarts zich, wat zijn wijze van werken betreft, aanpast aan de tijd, waarin hij leeft. Niet alleen inzake zijn werktijden, doch ook wat betreft de organisatievorm waarin hij werkt. Eenzelfde ontwikkeling die zich in de industriële samenleving reeds sinds het midden van de vorige eeuw heeft voltrokken, kan ook aan de werkwijze van de huisarts niet ongemerkt voorbijgaan. Naar mijn mening kan de alleenwerkende huisarts zelf in de nabije toekomst in steeds geringere mate aan de eisen van de hem omringende samenleving voldoen. Bij het toenemen van het aantal vrije uren van de huisarts en het toepassen van een systeem van waarneming door een groep van huisartsen volgens de huidige opzet, zullen eveneens gedurende een groter aantal uren de medische gegevens van de betrokken patiënt niet ter beschikking staan van de waarnemer-huisarts. Om deze reden, doch ook ten gevolge van het uitbreiden van de me-

dische mogelijkheden, zal bundeling van deskundigheid binnen één groep in toenemende mate gewenst zijn. Daarnaast zal ook het publiek — wanneer ik althans buitenlandse ervaringen op de Nederlandse situatie mag betrekken — groepspraktijken en gezondheidscentra meer op prijs gaan stellen, evenals supermarkts beter in de markt liggen dan kleine eenmanszaken.

Ad 2. Vorderingen in de medische wetenschap. Het lijkt mij overbodig te schetsen in welke mate en met welke snelheid zich nieuwe inzichten en mogelijkheden binnen de medische wetenschap ontwikkelen. Ook menig ziekenhuisspecialist, die het voorrecht bezit zijn aandacht te kunnen beperken tot een omschreven deel van de medische wetenschap, ondervindt de moeilijkheid dat hij zijn eigen vakgebied niet meer in zijn geheel kan overzien en hantieren. Zo is het de gewoonste zaak van de wereld geworden dat een patiënt, lijdende aan een iets ingewikkelder ziekte dan als een normaal routineprobleem kan worden beschouwd, wordt behandeld door een team van ziekenhuisspecialisten.

De huisarts wordt evenzeer met nieuwe inzichten en mogelijkheden geconfronteerd, waarbij hij moeilijkheden ondervindt om deze zo goed mogelijk in zijn medisch handelen in te passen.

Ad 3. Toenemende deskundigheid van andere werkers in de medische sector. In de medische sector kennen wij reeds meer dan dertig verschillende specialismen, doch ook in de paramedische sector ziet men eenzelfde ontwikkeling. Maatschappelijk werkers en werksters alsook verpleegsters specialiseren zich op vele terreinen zoals nazorg van chronische ziekten, psychiatrische ziekten, enz. Het zou niet reëel zijn te veronderstellen, dat de huisarts zich zowel wat betreft kennis als wat vaardigheden betreft zich met de vele specialisten kan meten. Dat hij nog steeds een belangrijke plaats in de gezondheidszorg inneemt is te danken aan het feit, dat hij een zekere mate van deskundigheid van een groot aantal van de genoemde specialisten in zich verenigt. Bij toenemende specialisatie en uitbreiding van de deskundigheid van anderen, zal hij echter niet meer in staat zijn in voldoende mate deze deskundigheid van anderen in zich te verenigen.

Ad 4. Afnemende deskundigheid van de huisarts. Hoewel het derhalve zeer waarschijnlijk is, dat de deskundigheid van de huisarts, vergeleken met die van de verschillende specialisten in de toekomst zal afnemen, vrees ik, dat de huisarts zich nu reeds moet afvragen of zijn deskundigheid voldoende is, althans beantwoordt aan hetgeen van hem wordt verwacht bij het waarmaken van de, in de aanvang van dit artikel vermelde, taakomschrijving. Zonder hierop een duidelijk antwoord te kunnen geven, meen ik dat de huisarts dient te onderzoeken op welke gronden, zowel van medisch-specialistische zijde als van patiëntenzijde, twijfel wordt uitgesproken omtrent de deskundigheid.

Men zal mij wellicht tegenwerpen, dat de huisarts gemiddeld 80% van de hem aangeboden ziektegevallen zelfstandig, zonder verwijzing, afhandelt; doch men zal het met mij eens zijn, dat dit kwantitatieve aspect geen conclusie toestaat omtrent het kwalitatieve aspect.

Het werken in een eenmanspraktijk impliceert dat het de huisarts moeilijk wordt gemaakt te onderkennen of de kwaliteit van zijn medische prestaties nog voldoende is. Immers de patiënt is tot het uitoefenen van controle niet in staat — hij kan veelal slechts de houding van de arts te zijnen opzichte beoordelen, dat wil zeggen de verpakking waarin de medische prestatie wordt geleverd. Ook de ziekenhuisspecialist is hiertoe veelal niet in staat, aangezien hij niet nauwkeurig op de hoogte is van de werkwijze en mogelijkheden van de huisarts. Dat wil zeggen in de werkwijze van de huisarts is in onvoldoende mate een toetsingssysteem ingebouwd, waardoor de mogelijkheid ontbreekt om zich voortdurend aan andere, gelijkwaardige partners te spiegelen.

Ad 5. Onvoldoende mogelijkheid tot samenwerking met andere werkers in de medische sector. Reeds velen vóór mij hebben aangetoond dat de huidige lappendeken van de Nederlandse gezondheidszorg een goede samenwerking tussen huisarts en andere werkers in het eerste echelon in de weg staat. Dat dit niet de enige belemmerende factor is hoop ik later te mogen verduidelijken.

Ad 6. Tijdgebrek van de huisarts. Het is ieder bekend dat de huisarts met tijdgebrek heeft te kampen, zelfs zo bekend, dat dit argument door velen wordt gebruikt — en wellicht terecht — om te verdedigen dat een of andere deeltaak beter door een andere deskundige met rechtstreekse toegankelijkheid, buiten de huisarts om, kan worden verricht. Wil men zich nu richten op de toekomst, ook op de nabije toekomst, dan zal men aan de hand van deze punten wellicht kunnen onderkennen, wat het toekomstbeeld van de huisarts zal zijn. Ik hoop te hebben mogen verduidelijken dat, zonder het aanbrengen van veranderingen in de genoemde punten, dat beeld er voor de huisarts ongunstig zal uitzien, ook al wordt door velen het tegendeel al dan niet minder luid met de lippen verkondigd, dat de huisarts zijn centrale plaats in ons gezondheidsbestel dient te behouden. Hoe het beeld er voor de huisarts in de toekomst zal uitzien is echter van minder groot belang, dan hoe onze gezondheidszorg er zal uitzien met of zonder huisarts.

Aangezien de huisarts, naar mijn mening, als specifieke waarde in de gezondheidszorg inbrengt de kennis, het inzicht en de deskundigheid omtrent het belang, dat zowel de somatische als de psychische, alsook de sociale factoren hebben op het ontstaan en het beloop van ziekten, en tevens deze kennis daadwerkelijk in toepassing brengt, zal bij het afwezig zijn van deze functionaris, onze gezondheidszorg een wezenlijk ander karakter verkrijgen. Door de uitval van dit integrale facet zal ook het andere

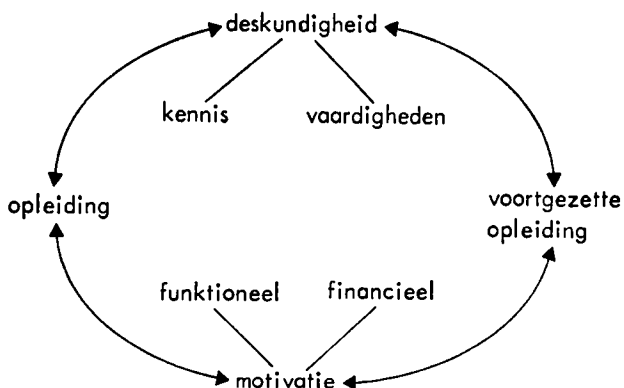
aspect: de persoonlijkheid in belangrijke mate inboeten, aangezien juist de integrale wijze van benadering een persoonlijke wijze van behandeling en begeleiding bevordert.

Welnu, bij het overdenken welke veranderingen in eerste instantie gewenst zijn om dit aspect van de gezondheidszorg te behouden, kan men zich afvragen welke van de door mij genoemde zes punten aanvulling of verandering behoeven. Op de eerste drie genoemde oorzaken is weinig tot geen invloed uit te oefenen. Deze voltrekken zich buiten onze wil of mogelijkheid tot ingrijpen. Het is echter zeer wel mogelijk en ook noodzakelijk de laatste drie oorzaken te beïnvloeden.

Deskundigheid. De deskundigheid, bestaande uit kennis en sociale alsmede technische vaardigheden, zal worden verkregen door een goede opleiding. Als onderdeel van het ontwikkelen van sociale vaardigheden zie ik tevens het ontwikkelen van een goede attitude. Wil men bereid zijn deze opleiding te volgen, dan zal men hiertoe voldoende gemotiveerd moeten zijn. Deze motivatie is zowel functioneel als financieel bepaald. Men gaat bijvoorbeeld medicijnen studeren omdat men verwacht daarmee een goede maatschappelijke positie te kunnen bereiken en om een prettig beroep te zullen kunnen uitoefenen. Wanneer de deskundigheid na het afstuderen onvoldoende dreigt te worden, zal een voortgezette opleiding hiervoor een compensatie moeten bieden. Ook hiertoe moet men gemotiveerd zijn. Deze motivatie is eveneens financieel en functioneel bepaald. Omgekeerd is deze motivatie in financiële als ook in functionele zin te beïnvloeden.

Financieel zal men tot het volgen van dergelijke cursussen worden geprikkeld wanneer men ondervindt dat men minder verdient omdat de deskundigheid onvoldoende is en/of wanneer men een hoger honorarium kan verkrijgen, nadat men voortgezette opleidingen heeft gevolgd. De enige mogelijkheid om in functionele zin te worden gemotiveerd is, wanneer men in zijn dagelijks werk ondervindt, dat men nog wel of niet meer voldoende deskundige arbeid levert. Zoals ik reeds betoogde, kan dit intern toetsingssysteem worden bewerkstelligd, wanneer men met gelijkwaardige partners in een hecht samenwerkingsverband dagelijks werkt.

Figuur 3.



Met het in *figuur 3* getoonde schema hoop ik te verduidelijken, dat een betere honorering en een meer doelgerichte opleiding slechts schakels zijn in een vicieuze cirkel, dat wil zeggen de activiteiten van de Landelijke Huisartsen Vereniging, die hebben geleid tot een betere maatschappelijke positie en de inspanning van de Medische Faculteiten voor een betere opleiding *alleen*, kunnen niet borg staan voor een deskundige huisarts in de toekomst.

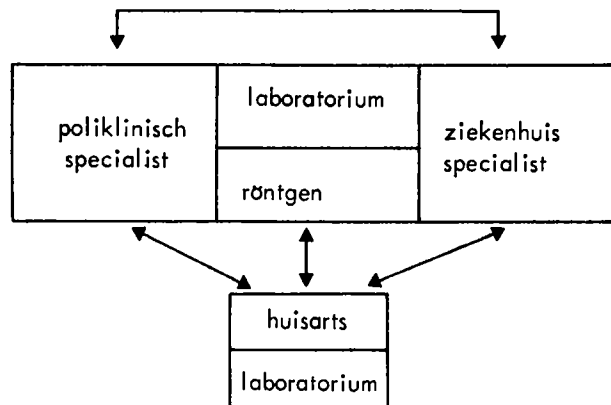
Onvoldoende mogelijkheid tot samenwerking met andere werkers in de medische sector. Een goed en verantwoord gebruik en toepassing van de deskundigheid in het eerste echelon, vereist een goede samenwerking alsmede een goede coördinatie van de werkers in het eerste echelon. Een coördinatie van werkers in verschillende organisatiestructuren moet mijns inziens als irreëel worden bestempeld.

Als voorwaarden voor een goede samenwerking zou ik willen stellen: a. erkenning van andermans deskundigheid; b. reële mogelijkheden tot samenwerking; c. nastreven van gelijkgerichte doelstellingen; d. goede onderlinge afspraken; e. goede onderlinge verstandhouding.

a. **Erkenning van andermans deskundigheid.** Wanneer van specialistische zijde twijfel wordt uitgesproken omtrent de deskundigheid van de huisarts, zal hieraan ernstig aandacht moeten worden besteed opdat de gronden voor deze twijfel, voorzover die terecht zijn, kunnen worden weggenomen. Zonder deze erkenning is geen goede samenwerking mogelijk tussen artsen onderling of tussen artsen en paramedische werkers.

b. **Reële mogelijkheden tot samenwerking.** Als uiting van een onvoldoende mogelijkheid tot samenwerking ziet men steeds meer dat de patiënt, die door de huisarts naar de polikliniek of kliniek is verwezen, door de polikliniek in plaats van door de huisarts, wordt nabehandeld, terwijl bovendien deze patiënt rechtstreeks weer van de polikliniek wordt opgenomen in de kliniek zonder tussenkomst van de huisarts (*figuur 4*).

Figuur 4.



Waarschijnlijk is de verklaring voor dit verschijnsel dat in vele gevallen de huisarts, afgezien van on-

voldoende tijd, onvoldoende laboratorium- en röntgenfaciliteiten tot zijn directe beschikking heeft om de patiënt na opname in een ziekenhuis of na ontslag uit een poliklinische behandeling, zodanig te behandelen, dat de ziekenhuisspecialist zich met deze behandeling kan verenigen. Uitbreiding van genoemde faciliteiten zal mijns inziens een belangrijke voorwaarde zijn om een betere mogelijkheid tot samenwerking met ziekenhuisspecialisten te scheppen.

c. Nastreven van gelijkgerichte doelstellingen. Hoewel op het eerste gezicht huisartsen, ziekenhuisspecialisten en ziekenhuizen zich richten op patiëntenzorg, dat wil zeggen op genezen van patiënten, blijkt hun wijze van honoreren daarmee niet in overeenstemming te zijn. Extreem gesteld is de huisarts door de wijze van honorering gebaat bij zo weinig mogelijk zieke ziekenfondspatiënten, voor wie hij zo weinig mogelijk verrichtingen hoeft te maken. Binnen zekere grenzen is de ziekenhuisspecialist gebaat met meer, in sommige gevallen liefst klinische verrichtingen, terwijl het honoreringssysteem van de ziekenhuizen een zo lang mogelijk ziekenhuisverblijf van de patiënt in de hand werkt. Het lijkt mij onmogelijk om bij dergelijke verschillende honoreringsstructuren een goed samenwerkingsverband te veronderstellen.

d. Goede onderlinge afspraken. Reeds vaak is de gebrekkige samenwerking tussen huisarts en ziekenhuisspecialist onder de loep genomen. Vrijwel altijd resulteerde dit in aanbevelingen om betere afspraken te maken. De correspondentie diende wederzijds te worden verbeterd, terwijl ook bij herhaling werd gepleit voor een snellere berichtgeving van de ziekenhuisspecialist naar de huisarts. Hoewel ik dit belangrijke aangelegenheden vind, moge het voorgaande hebben verduidelijkt dat ik van mening ben, dat het maken van afspraken slechts een ondergeschikte voorwaarde is voor een goede samenwerking.

e. Goede onderlinge verstandhouding. Deze eis staat velen als een schrikbeeld voor ogen. De meeste huisartsen hebben nooit gewerkt in een samenwerkingsverband van artsen en zij vrezen dat de onderlinge verstandhouding zodanig is, dat samenwerking onmogelijk of moeilijk zal zijn. Aangezien andere mensen als juristen, accountants en ook ziekenhuisspecialisten hiertoe in staat blijken te zijn, geloof ik dat deze angst overtrokken is, ook al zal in een aantal gevallen de samenwerking moeten worden verbroken, nadat is gebleken, dat geen goede onderlinge verstandhouding kan worden opgebouwd.

Tijdgebrek van de huisarts. De huisarts zal ernstige pogingen moeten ondernemen om zijn tijd efficiënt te gebruiken en die werkzaamheden te delegeren, welke daarvoor in aanmerking kunnen komen, zoals bloeddrukcontroles, diabetes controles, controle op decompensatio cordis, enz. Dit kan slechts mogelijk zijn als hij, op zijn beurt, op de deskundigheid van zijn paramedisch personeel kan vertrou-



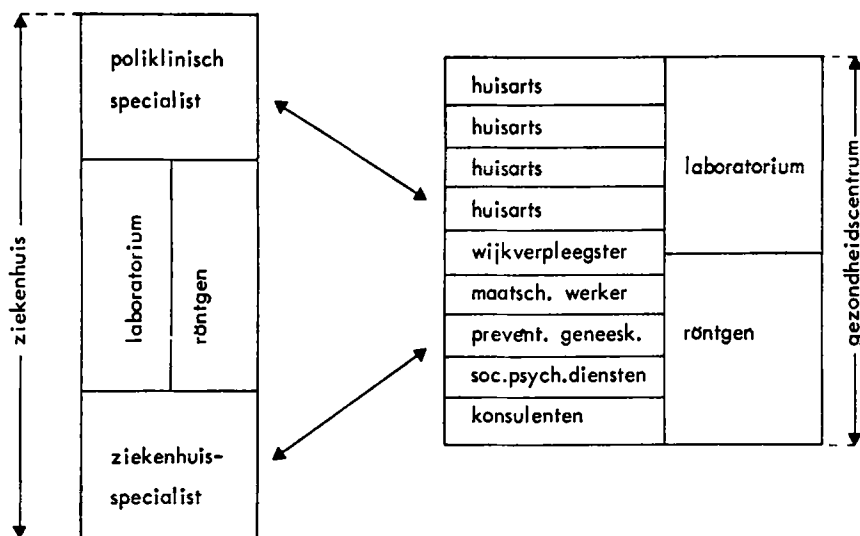
De fractie, waarin alle verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen O.L.M.A. worden uitgedrukt, heeft — berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen per ultimo maart 1971 — voor het tweede kwartaal 1971 een waarde van f 1,252.

wen. Van een dergelijk goed geschoold middenkader is thans nog geen sprake.

De tijd, welke door het delegeren ter beschikking komt zal de huisarts gedeeltelijk moeten gebruiken voor het invoeren van overleg en besprekingen met zijn medewerkers — een logische gevolg van het werken in groepsverband — anderzijds zal hij zich meer vrij kunnen maken om het persoonlijk aspect van de hulpverlening tot zijn recht te laten komen. Van sommige zijden wordt ter opheffing van het tijdgebrek van de huisarts voorgesteld te streven naar praktijkverkleining door het opleiden van meer huisartsen. Het is zeer zeker gewenst te trachten het aantal huisartsen te vergroten om een goede gezondheidszorg te waarborgen. Een te groot aantal huisartsen kan echter bij de huidige werkwijze leiden tot praktijkverkleining. Hierdoor krijgt de huisarts enerzijds minder ervaring in het diagnostiseren en behandelen van ziekten door verminderende frequentie waarmee hij met de verschillende ziektebeelden in contact komt, anderzijds zal hij meer tijd gaan besteden aan handelingen, welke hij zou kunnen delegeren.

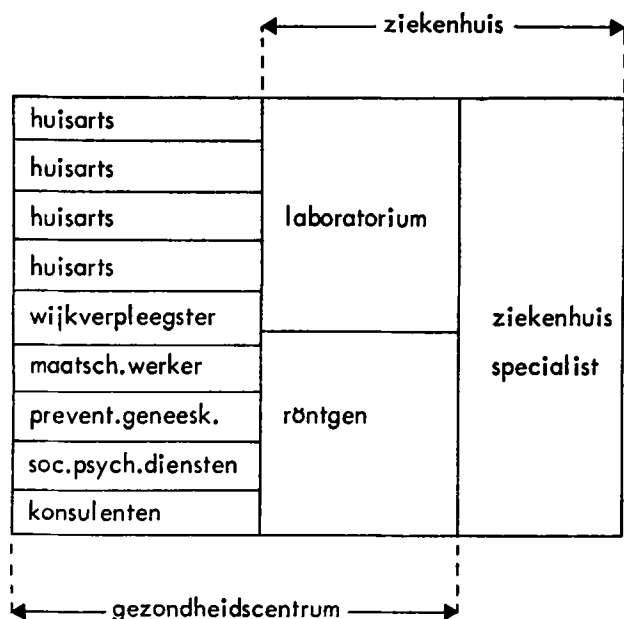
Ik acht dan ook de toekomst van de huisarts gelegen in een samenwerking in een groep, waarin zo veel mogelijk werkers van het eerste echelon zijn verenigd. Hierbij dienen de mogelijkheden tot diagnostiek en behandeling te worden uitgebreid. Al naar gelang van de plaatselijke omstandigheden en mogelijkheden kan een dergelijke samenwerkingsgroep bestaan uit huisartsen, verplegend personeel, maatschappelijk werkers of werksters, specialisten als consultants en eerste echeloninstellingen uit de sector geestelijke en maatschappelijke gezondheidszorg (figuur 5).

Figuur 5.



Als kleinste eenheid van samenwerking zou men hierbij kunnen beschouwen een groep bestaande uit drie huisartsen, een verpleegster alsmede administratief personeel. In dun bevolkte gebieden zal deze organisatievorm waarschijnlijk niet zijn toe te passen, doch met het toenemen van de mobiliteit van de bevolking zal het afstandsbeleg worden gereduceerd, zodat ook uit hoofde hiervan een dergelijke werkwijze van toepassing kan zijn in een aantal van deze gebieden, waarvan men thans nog aanneemt, dat dit grote bezwaren voor de plaatselijke bevolking zal kunnen opleveren. Op sommige plaatsen zal het mogelijk kunnen zijn een gezondheidscentrum aan een ziekenhuis te verbinden, waardoor de laboratoria en röntgenfaciliteiten van een dergelijk ziekenhuis efficiënter kunnen worden benut (figuur 6).

Figuur 6.



In deze mogelijke samenwerkingsvormen dient het werkteerrein van de huisarts duidelijk te zijn afgeperkt ten opzichte van dat van de ziekenhuisspecialist, zodat niet alleen de huisarts op de ziekenhuisspecialist, doch ook omgekeerd de ziekenhuisspecialist tot op zekere hoogte structureel is aangewezen op de huisarts.

De plaats van de huisarts in een dergelijk eerste echelonssamenwerkingsverband zie ik als van degene, die de eind-verantwoordelijkheid draagt in de medische besluitvorming, doch tezamen met zijn teamleden, onder wie ook de paramedici in de groep, de verantwoordelijkheid deelt voor een persoonlijke, continue en integrale medische hulpverlening. Ik voorzie hierbij als een waarschijnlijke ontwikkeling, dat de patiënt een gezondheidscentrum gaat beschouwen als kleinste eenheid van de door de medewerkers geboden persoonlijke zorg. Dat wil zeggen iedere medewerker afzonderlijk zal niet meer noodzakelijkerwijze de enige zijn, tot wie de patiënt zich in eerste instantie zal kunnen richten.

Reeds werd door mij gesteld dat binnen een zelfde samenwerkingsverband een verschillend honoreringssysteem van de teamleden ongewenst is. Over de juiste wijze van honorering zal men zich nog nader moeten beraden. Vooralsnog lijkt het mij het overwegen waard dat de huisarts naast de andere teamleden in dienstverband wordt aangesteld. Een stichtingsbestuur of een regionaal ingestelde raad zou het gezondheidscentrum kunnen beheren. De beherende instantie zou zich hierbij niet behoeven te beperken tot één gezondheidscentrum of groepspraktijk, doch zou zich kunnen richten op een regionaal gebied. Deze opstelling komt tegemoet aan de wens van vele artsen, die thans de vrije praktijk hebben verlaten of overwegen te verlaten, teneinde in dienstverband een grotere financiële geborgenheid voor de toekomst te verkrijgen. Voorts heeft deze organisatievorm tot gevolg dat het honorarium van de huisarts los staat van de gemaakte praktijkkosten.

Doch ook wanneer men een dergelijke organisa-

tie ongewenst vindt, zou ik willen pleiten voor een ontkoppelen van honorarium voor geleverde diensten en tegemoetkoming in de gemaakte kosten voor praktijkvoering. Een principiële wijziging derhalve van het systeem dat thans wordt gehanteerd in de ziekenfondspraktijk. Dit ontkoppelen heeft als belangrijk voordeel dat hierdoor de mogelijkheid kan worden geschapen voor het aantrekken van deskundig personeel. In het huidige „al-in” huisartsenhonorarium zijn bijvoorbeeld ten dele de kosten van een praktijkassistente doorberekend. Het staat de huisarts hierbij vrij al dan niet een assistente aan te stellen. Het aantrekken van meer, of anders geschoold personeel kan bij de huidige abonnementshonorering niet worden doorberekend.

Ik hoop te hebben verduidelijkt dat deze ingrijpende structuurveranderingen dringend gewenst zijn om een goede gezondheidszorg in de toekomst te laten voortbestaan. Voor de nabije toekomst betekent dit onder meer dat de beroepsopleiding tot huisarts langer dient te zijn dan waarin binnenkort wordt voorzien, terwijl met de opleiding van het benodigde middenkader op korte termijn dient te worden gestart.

Wanneer op korte termijn de door mij geschetste veranderde wijze van honorariumopbouw kan worden gerealiseerd, zal hiermee de weg open staan voor een meer functionele praktijkuitoefening, terwijl tevens de mogelijkheid wordt geschapen om in de nabije toekomst aansluiting te zoeken bij de genoemde samenwerkingsvorm. Daarnaast lijkt het mij ongewenst op korte termijn een samenwerkingsverband te zoeken met de kruisorganisaties, opdat groeperingen van huisartsen in staat worden ge-

steld daadwerkelijk samen te werken met verpleegsters en maatschappelijk werkers of werkers, die in dienst zijn van deze verenigingen. Wanneer het mogelijk zal blijken te zijn de bestaande structuren te richten op gemeenschappelijke doelstellingen zal dit tevens de garantie inhouden, dat het toekomstig organisatie-model beantwoordt aan de verwachtingen van de thans nog afzonderlijk werkende groeperingen.

Het overwegen van veranderingen teneinde de positie van de huisarts aangepast te houden aan een zich veranderende gezondheidszorg is geen aangelegenheid die alleen de huisarts aangaat. Ik hoop dat — zoals gold bij de in M.C. verschenen serie artikelen van onderscheidene auteurs over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg — velen bereid zullen zijn constructieve denkbeelden te geven omtrent het toekomstbeeld van de huisarts.

Literatuur

- Acheson, E. D. (1970) Brit. Med. J. 2, 683.
Bellin, S. S. en J. Geiger (1970) J. Amer. Med. Ass. 12, 2147.
Code, Ch. F. (1970) New Eng. J. Med. 13, 679.
Fry, J. (1969) Medicine in three societies. M.T.P. Chiltern House, Aylesbury Bucks.
Garfield, S. R. (1970) Scientific American 222, 15.
Loon, P. C. J. van (1967) Ziekenfondsvragen, maartnummer.
Lüth, P. (1969) Niederlassung und Praxis. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
Primary Medical Care. (1970) Brit. Med. J. 2, 535.
Trommel, M. J. van (1970) De huisarts op slag van twaalfen. Wolters-Noordhoff N.V., Groningen.

Brieven in de bibliotheek van de Maatschappij (XI)

Een brief van Andreas Bonn aan Gerard Greeve

De tekst van een der brieven van A. Bonn aan G. Greeve in onze bibliotheek luidt:

Zeer geleerde en zeer ervaren Heer!

Vereerd met Uwe letteren, van 26 Nov. i.l. dient tot antwoord, dat ik het gebrek van Mevrouw A. onderzocht heb, en op Uw verlangen, daaromtrent in antwoord mijne gedachten gaarne mededeelde, en aan Uwe overwegingen onderwerpe.

De tumor komt mij voor te veel binnenwaarts naar de pudenda af te dalen, om Hernia cruralis te zijn. Te minder, daar ik, mijne vingers agter het gezwel opwaards voerende, mij verbeelde den band van Poupart te bereiken en de Djeslagader duidelijk tegen den rug mijner vingers voelde kloppen.

Het scheen derhalven mij veel eerder toe eene tumor inguinalis te zijn; — voor Epiplocele durf ik het niet houden, om redenen, dat de Lijderesse geene bijzondere gewaarwording daaraan heeft, wanneer Haar Ed. op den rug ligt of de Maag met Spijzen word opgevuld — hetwelk, in de netbreuken, walging en poging tot braken gewoon is te geven, gelijk aan UwEd. door ondervinding moet bekend zijn.

De buikontlastingen vrij geregeld zijnde, zonder dat de vermeerdering of vertraging daarvan verandering aan de tumor geeft, kan men, geloof ik, ook hier aan geene H. intestinalis, nogte zogenaamde Hernia Littrii denken; — ook geene verandering vertonende bij het ophouden of na ontlasting der urine, kan het ook geene H. Vesicae zijn; geene klopping hebbende gelijk een aneurysma — nogte aderspat-

tige ophoping van een varicocele — schiet er, mijns oordeels niet anders over te vermoeden, dan eene hernia ovarii of glandulae lymphaticae — uitstorting van Lympha — of wel een eenvoudige vetgezwel (Lypoma); — edoch, geene vastheid genoeg hebbende voor een ovarium of bubo, en geene veerkracht gelijk een bepaald vochtgezwel, — kan ik hetzelfde niet anders dan voor een goedaartig vetgezwel houden, het welke aan den onderkant los en verschuifbaar, denkelijk met de tijd binnen het labium pudendi zal afzakken en daardoor het bovengedeelte meerder kenbaar worden, of het ook als met eene soort van pedunculus aan het ligamentum rotundum uteri al of niet gehecht zij en langs of met hetzelfde door de annulus zij uitgeschoten.

Ik geloof voor dit laatste des te meerder grond te vinden, in het verhaal der waarschijnlijke eerste oorzaak, bij gelegenheid van het vertillen aan eene baleijmand met linnen, of iets dergelijks, reeds eenige jaaren geleden, zonder herinnering echter of hierbij eenige plaatselijke kneuzing gebeurd zij; — terwijl er ook nog geene pijnlijke strekking naar de Lendenen aanwezig is, of geweest is, hetwelk als eene consensus met dieper gelegene deelen konde aangemerkt worden, en eene operatie bedenkelijker maake.

Het komt mij derhalven, onder verbetering, voor, dat zulk een vetgezwel daar ter plaatse, met voorzichtigheid veilig zoude kunnen weggenomen worden, — wanneer hetzelfde aan de Lijderesse te veel ongemak of zorg baarde, en derhalven zelve op de wegneming aandrong, waar omtrent ik Haar Ed niets gezegd of aangeraden hebbe, — edoch nu, geloof ik, beter zoude slaagen dan wanneer dit Lypoma, tot een steatoma overga en de voedende vaten van het omvattend celledoel vergroot worden, en wellicht gevaarlijker bloeding konde geven.

Als vetgezwel beschouwd is het door deszelfs vliezigen aart, door deszelfs zagtheid en door de reeds door UwEd. aangewende middelen genoeg bewezen, dat het niet vatbaar is voor oplossing, gelijk ik wel eens mede, in soortgelijk gezwollen, doch vruchteloos beproefd heb, — met één drachme Liquor Tartari onder één once OL Amygd. of Emplastr. simplex te vermengen, en als Liniment of plijster op te leggen.

Voor geene Hernia (naar mijn inzien) kunvende gehouden worden, valt hier ook aan geen binnenbrenging of Breukband te denken; — tenzij alleenlijk tot een zachte ondersteuning, eene platte, driehoekige popswijze kussentje van zagt zeemleder, met zwaanendons gevuld, en aan eenen rondgaanden bombazijnen gordel gehecht, en van een zagten bilband voorzien, ten einde het gezwel te beschermen,

— en zo mogelijk door eene zagt broeiende warmte dien veronderstelden vetklomp te doen versmelten en oplossen, zonder tergende prikkeling. Ik hope door deeze vrijmoedige meedeeling mijner gedachten aan Uw door ondervinding verlicht oordeel onderworpen, aan Uw begeerte voldaan te hebben, — zeer verlangende er naderhand nog iets van te verneemen; — terwijl ik met alle hoogachtinge mij noem Zeer Geleerde en Zeer Ervaren Heer

UWEd. dienstw. dienaar A. Bonn

Amsterdam 4 december 1808

Bij het doorlezen van deze brief krijgt men geen hoge dunk van de diagnostiek en vooral van de therapie van de heer Andreas Bonn, Professor in de anatomie en chirurgie aan het Athenaeum Illustre te Amsterdam, naar wien ook in deze stad een straat is genoemd.

Wat de therapie betreft spreekt hij zichzelf ook tegen. Eerst zegt hij dat het vetgezwel niet vatbaar is voor oplossing, later wil hij met een gecompliceerd kussentje „het gezwel beschermen en door eene zagt broeyende warmte dien veronderstelden vetklomp doen versmelten en oplossen”.

Bij het bestuderen van de literatuur krijgt men de indruk dat Bonn ten achter staat bij mannen als Petrus Camper en de zoons van Bernard Albinus. De taal is minder goed dan bijvoorbeeld bij Van Doeveren, Petrus Camper, Van Marum.

Andreas Bonn is in juni 1738 te Amsterdam geboren. Hij studeerde in Amsterdam en Leiden en promoveerde in 1763 op een „Dissertatio de continuatione membranarum”, waaraan veel ontleend moet zijn door Bichat voor zijn „Traité des Membranes”. Vervolgens studeerde Bonn een jaar in Parijs, waarna hij in Amsterdam praktijk deed tot 1771, in welk jaar hij benoemd werd tot Prof. anatomiae et chirurgiae aan het Athenaeum Illustre aldaar. Hij was medeoprichter van het Genootschap tot bevordering der Heelkunde in Amsterdam, hij heeft veel geschreven en had een belangrijk pathol. anat. museum. Andreas Bonn stierf in 1818.

Gerard Greeve leefde en werkte als geneesheer in Utrecht. Hij promoveerde in 1783 in die stad op: „Dissertatio inauguralis sistens observationes medico-chirurgicas miscellaneas”. Verder heeft hij nog veel geschreven.

Dr. J. A. van Dongen

Instelling Landelijke Beoordelingscommissie

De richtlijnen particuliere honoraria, die door de diverse wetenschappelijke verenigingen zijn opgesteld en onder auspiciën der L.S.V. gecoördineerd, kunnen langzamerhand als een verworvenheid worden beschouwd; tenslotte zijn zij reeds op 1 oktober 1969 in werking getreden. Van de zijde der diverse wetenschappelijke verenigingen, alsmede via Medische Contact is bovendien onlangs nog mededeling gedaan van de door het ministerie van Economische Zaken gesanctioneerde 8% verhoging van de richtlijnen. Het Centraal Bestuur wil echter langs deze weg nog een andere recente ontwikkeling onder de aandacht der leden brengen, te weten: de instelling van een *Landelijke Beoordelings Commissie*.

Dit eigen orgaan der L.S.V. is conform een daartoe strekkend besluit van de ledenvergadering der L.S.V. ingesteld teneinde de richtlijnen maatschappelijk optimaal te kunnen laten functioneren. In dit verband wordt niet in de laatste plaats gedacht aan de specifieke aard van het medische werk die weliswaar zo goed mogelijk in de richtlijnen en derzelve algemene inleiding tot uiting is gebracht, maar die niettemin in de praktijk tot bepaalde problemen tussen patiënt en/of de medisch adviseur van diens ziektekostenverzekeraar aanleiding kan geven.

Nu is er wel van „oudsher” de mogelijkheid voor de patiënt en sinds enige jaren ook voor de medisch adviseur van diens ziektekostenverzekeraar om zich met betrekking tot een bepaalde specialistendeclaratie met een *klacht* tot de rechtsprekende organen van de K.N.M.G. te wenden, maar dit kan toch moeilijk anders dan als een ultimatum refugium worden beschouwd. De criteria die voor de districtsraad uiteindelijk bepalend zijn, wanneer deze voor een dergelijke klacht gesteld wordt, wijzen daar ook op. Het Centraal Bestuur en met hem de ledenvergadering alsmede de dit laatste college adviserende wetenschappelijke verenigingen zijn daarom tot de slotsom gekomen, dat er een behoefte was om naast deze klachtenprocedure bij de districtsraden een tweede, *meer informele* weg, open te stellen waarlangs in geval van twijfel opheldering over de gefundeerdheid van een bepaalde declaratie kan worden verkregen. Voor dit doel is de hierboven genoemde Landelijke Beoordelings Commissie gecreeërd, wier voornaamste taak is te trachten om ten aanzien van declaraties waarover bij patiënt of medisch adviseur van een ziektekostenverzekeraar twijfels zijn gerezen, via overleg en informatie in de intercollegiale sfeer tot klaarheid te komen.

De instelling van de commissie kan derhalve geheel en al worden verklaard uit een — overigens aan beide zijden vaak bestaande — behoefte om

tussen patiënten en medisch adviseurs enerzijds en de specialist anderzijds over diens declaratie gerezen problemen in de bemiddelende sfeer tot oplossing te brengen. Daarnaast is uiteraard de mogelijkheid van een klachtprocedure bij districtsraden onverlet gebleven. Over dit punt heeft ook overleg tussen het Centraal Bestuur en de Commissie Herziening Rechtspraak der K.N.M.G. plaats gevonden. Dit overleg heeft er in geresulteerd dat het volgende nadrukkelijk werd vastgelegd:

- de districtsraden zullen op de hoogte worden gesteld van de instelling der L.B.C. en haar doelstelling;
- daaraan zal echter worden toegevoegd, dat dit het recht van de patiënt of van de medisch adviseur om zich rechtstreeks tot de districtsraad te wenden, onverlet laat;
- de L.B.C. heeft geen rechtsprekende, doch een bemiddelende functie;
- de aan de L.B.C. voorgelegde vragen zullen door deze — voorzover vallend binnen haar doelstelling — beantwoord moeten worden, hetgeen vaak een zeker oordeel zal impliceren.

De districtsraden zijn echter in een eventueel later stadium geenszins aan dit oordeel gebonden. De Commissie Herziening Rechtspraak sprak daarbij tevens als haar oordeel uit, dat tegen de hierboven geschetste achtergrond de instelling van deze Landelijke Beoordelings Commissie alleen maar kan worden toegejuicht, omdat zij ook in haar ogen duidelijk aan een behoefte voldeed.

Tot slot enige gegevens over samenstelling en werkwijze van deze Commissie.

a) *Samenstelling*: De commissie bestaat uit een vaste kern van drie leden, te weten de collegae A. C. Regensburg, zenuwarts te Rotterdam (die tevens als voorzitter optreedt); Dr. J. D. Bom, chirurg te 's-Gravenhage en Dr. P. J. A. van Voorts Vader, longarts te Eindhoven. Daarnaast zijn door de onderscheidenlijke wetenschappelijke verenigingen zogenaamde vaste deskundigen aangewezen die in voorkomende gevallen ad hoc van advies zullen dienen. Het secretariaat van de commissie tenslotte berust bij het bureau der L.S.V., Lomanlaan 103 te Utrecht, tel. 030 - 885411.

b) *Werkwijze*: Indien een patiënt casu quo de medisch adviseur van diens verzekeraar twijfels over de gefundeerdheid van een bepaalde declaratie heeft, dient deze zich eerst bij de betreffende

specialist nader te oriënteren. De specialist zal zich in dat geval — en in de algemene inleiding op de richtlijnen is daar ten overvloede nog eens op gewezen — moeite moeten getroosten om zijn declaratie te verduidelijken. Teneinde de medisch adviseur een reële indruk van datgene wat in het doorsneegeval als redelijk en billijk geldt te geven, worden aan hem vanuit de L.S.V. de richtlijnen op aanvraag ter inzage gegeven (dit brengt overigens tevens met zich dat de specialisten onnodige vragen kunnen worden onthouden). Indien het hierboven geschetste primair vereiste contact tussen patiënt casu quo medisch adviseur en behandelend specialist voor de eerste tot een onbevredigend resultaat heeft geleid, dan staat het hem vrij zich voor nadere opheldering tot de L.B.C. te wenden. Krijgt de L.B.C. vervolgens inderdaad een dergelijk verzoek, dan zal zij zich bij monde van een van haar vaste leden tot de betreffende specialist wenden en 1. deze op de hoogte brengen van de aan haar gerichte vraag 2. en vragen, de betreffende declaratie nog eens kritisch te bezien en zo mogelijk nader te motiveren. Aan de hand van de bevindingen van het betreffende vaste lid zal de commissie dan tot een antwoord op de haar voorgelegde vraag trachten te komen, waarbij veelal eerst advies van de middels de betrokken wetenschappelijke verenigingen aangewezen adviseurs zal worden ingewonnen. Ten aanzien van dit antwoord zijn er in beginsel de volgende drie mogelijkheden:

a) De commissie is van oordeel dat overeenkomstig de geest der richtlijnen is gedeclareerd. Zij deelt dit aan degene die een aanvraag tot beoordeling heeft ingediend mede.

b) De commissie is van oordeel dat niet overeenkomstig de geest van de richtlijnen is gedeclareerd en de declarant, met dit oordeel geconfronteerd, verklaart zich bereid de declaratie aan te passen. De commissie deelt aan de aanvrager mede, dat de declaratie alsnog in dier voege zal worden gewijzigd.

c) De commissie is van oordeel, dat niet overeenkomstig de geest van de richtlijnen is gedeclareerd, maar de declarant is niet bereid zijn declaratie

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.

tie te wijzigen. De commissie deelt aan de aanvrager mede, dat zij zich met de declarant heeft verstaan, doch dat dit gesprek helaas op niets is uitgelopen. Zij herinnert aanvrager aan de mogelijkheid tot het indienen van een klacht bij de districtsraden.

Namens het Centraal Bestuur stelt ondergetekende er tenslotte prijs op om zijn bijzondere erkentelijkheid uit te spreken jegens met name de collegae Bom, Regensburg en Van Voorts Vader die hun tijd en energie voor dit werk ter beschikking hebben gesteld. Moge het werk dat zij gaan verrichten een in alle opzichten lichte taak voor hen blijken te zijn.

Dr. R. M. Versteegh
voorzitter L.S.V.

INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

zijn voor leden van de Maatschappij verkrijgbaar op het Bureau der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. De prijs van het Maatschappij-embleem (Internationaal model), vervaardigd van astralon, is f 1,—. Ook is verkrijgbaar een embleem van plak-plastic à f 0,50. Men wordt verzocht bij bestelling de kosten te voldoen door overschrijving op postgiro 58083 der Maatschappij.

MC

**VAN DE STICHTING PENSIOENFONDS
MEDISCHE SPECIALISTEN**

Uitkeringen

De ontwikkeling van de financiële positie van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten is, voor wat betreft de risico-regeling, gunstig geweest. Op grond hiervan heeft het bestuur van de Stichting, gehoord de actuaire, besloten de uitkeringen krachtens de risicoregeling, aan weduwen en wezen van vóór 1 januari 1971 overleden medische specialisten, geheel onverplicht voor het jaar 1971 met 6½% te verhogen.

Utrecht, 26 april 1971

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

„TECHNOPATHIE?“

De brief aan de redactie van collega J. H. van Meurs met als titel „technopathie?“ (zie Medisch Contact nr. 17 van 30 april j.l., bladzijde 486) geeft mij aanleiding tot de volgende, naar ik hoop voor collega Van Meurs geruststellende opmerkingen.

Gedurende zes jaar heb ik het genoegen gehad met ingenieurs samen te werken aan de T.H. te Delft. Het is mij gebleken dat ingenieurs een positieve bijdrage kunnen leveren aan de medische research en dat zij de gaten kunnen opvullen die door onwetendheid van de medici ontstaan. De talrijke elektronische instrumenten zijn niet door medici, maar door technici ontwikkeld. De ontwikkeling van prothesen is zonder technische inbreng onmogelijk. De toepassing van cybernetische principes en computers in de geneeskunde is zonder technische hulp onmogelijk.

De tijd is voorbij dat genees- en heekundigen alleen kunnen werken. Is een ingenieur soms minder in aanzien dan een arts? De leiding van geneeskundige experimenten gaat zeker niet over in technische handen. Wel ontstaat er een samenwerking op basis van universitaire gelijkheid. Indien deze samenwerking kan leiden tot een oplossing van de talloze problemen waar wij nog voortdurend mee worstelen is een dergelijke samenwerking alleen maar toe te juichen. Niet de medicus of de ingenieur is belangrijk, wel de patiënt en zijn problemen.

Oegstgeest, 4 mei 1971

Dr. R. Vos

Geopend is onlangs het Centrum voor hartonderzoek en revalidatie in het Rotterdams Zeehospitium te Katwijk, het eerste centrum in Nederland dat zich richt op de beperkte doelstelling van hartrevalidatie.

Het centrum zal een hoofdzakelijk regionale functie hebben voor een groot deel van Zuid-Holland en een klein deel van Noord-Holland, voor wat

betreft de revalidatie van voornamelijk hartinfarctpatiënten, maar ook van angina pectoris patiënten en cardio-chirurgische patiënten. Het ligt in het voorname jaarlijks 200 patiënten te revalideren. Terzelfder tijd zal wetenschappelijk onderzoek plaatsvinden met betrekking tot het effect van deze revalidatie op het sterfte- en ziektecijfer, en de re-integratie in de maatschappij van de hartpatiënt. Ook zal het onderzoek gericht zijn op het ontwikkelen van meetmethoden, met name op het psycho-sociale vlak, onder meer ten aanzien van het onderkennen van angst en ten aanzien van de motivatie van de patiënt om weer te gaan werken.

Medisch hoofd van het centrum is de cardioloog H. W. H. Weeda, verbonden aan de afdeling cardiologie van het Academisch Ziekenhuis te Leiden.



Op 25 september 1971 zal er in Groningen een internationaal symposium over de opleiding tot medisch specialist worden georganiseerd door de Landelijke Vereniging voor assistent Geneeskundigen. Het doel van dit symposium, is een nadere oriëntatie van alle bij de opleiding tot specialist betrokkenen, omtrent de structurering en programmering van de opleiding ten aanzien van de eisen waaraan volgens recente meningsvorming, de toekomstige specialist zal moeten voldoen.



De Gezondheidsorganisatie TNO brengt onder de aandacht van belanghebbenden, dat subsidie-aanvragen voor in het jaar 1972 te verrichten toegestemd-natuurwetenschappelijk onderzoek op het gebied van de volksgezondheid, waaronder mede wordt verstaan medisch-biologisch onderzoek en onderzoek op psychohygienisch terrein, bij haar kunnen worden ingediend tot uiterlijk 1 september 1971. Bij de beoordeling van de subsidie-aanvragen zal een punt van overweging zijn in welke mate het voorgestelde onderzoek een bijdrage kan leveren tot bevordering van de volksgezondheid. Aanvraagformulieren voor het subsidiejaar 1972 zijn verkrijgbaar bij het secretariaat van de Gezondheidsorganisatie TNO, Postbus 297, 's-Gravenhage.



De Raad van Europa zal — in het kader van het beurzenprogramma — voor 1972 wederom een aantal studie-

beurzen toewijzen, bestemd voor een verblijf in het buitenland voor voortgezette studies op het terrein van de volksgezondheid. Gegadigden voor een dergelijke beurs dienen zich vóór 1 juni 1971 schriftelijk te wenden tot de directeur-generaal voor Internationale Zaken, ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Zeestraat 73, Den Haag.



Het beroepsgeheim van de Franse artsen is blijken persberichten opgeheven voor wat kinderen van vijftien jaar en jonger betreft, die door hun ouders ernstig zijn mishandeld. Het Franse parlement heeft met algemene stemmen een desbetreffend wetsontwerp aangenomen. Jaarlijks werden ongeveer 2500 gevallen van ernstige kindermishandeling door de ouders bekend, waarvan ruim vijfhonderd met dodelijke afloop. In 1969 werden 895 ouders veroordeeld. Zestig procent van hen was zonder vast werk en 75 procent was aan alcohol verslaafd.



Op zaterdag 5 juni 1971 zal er een symposium over „Pijn en Pijnbestrijding“ plaatsvinden onder auspiciën van Winthrop N.V. Inleiders: P. V. Admiraal, anaesthesist te Delft en J. M. Janbroers, medisch adviseur Winthrop N.V. Het symposium zal worden gehouden in de Burgerzaal van het Stadhuis te Gouda. Aanvang 10.00 uur.

Op donderdag 10 juni 1971 zal er wederom een symposium over „Pijn en Pijnbestrijding“ plaatsvinden onder auspiciën van Winthrop N.V. Dan zijn de inleiders: R. H. Booy, arts, geneesmiddelenonderzoek, T.N.O. te Den Haag; J. M. Janbroers, medisch adviseur Winthrop N.V.; H. Knappe, anaesthesist te Leiden. Dit symposium zal worden gehouden in de Abdij te Middelburg. Aanvang 20.00 uur.



De Ziekenfondsraad wil, dat de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (A.W.B.Z.) wordt gewijzigd, als daarin de sociaal-psychiatrische diensten en andere vormen van maatschappelijke hulpverlening worden ondergebracht. Dit, omdat de wet zoals die nu luidt, alleen individueel gerichte hulp kan verlenen, terwijl de sociaal-psychiatrische en andere maatschappelijke vormen van hulpverlening, behalve individueel, ook collectief zijn gericht. De

Ziekenfondsraad schrijft dit in een advies aan de minister en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid. De Ziekenfondsraad is tevens van mening, dat de rijksbijdrage voor het Algemeen Fonds A.W.B.Z. dient te worden verhoogd met een bedrag, dat gelijk is aan de nu verstrekte overheidssubsidies voor de sociaal-psychiatrische diensten.



Onder auspiciën van het „International Seminar for Medical and Dental Hypnosis" wordt op 21, 22 en 23 juni a.s. een cursus praktische hypnose georganiseerd in de Oudemanshuispoort, DOO8, Universiteit van Amsterdam, te Amsterdam. Deze cursus staat onder leiding van Dr. N. Fleischer, Ph. D., voormalig directeur-psycholoog van het „Manhattan Rehabilitation Center" van New York, thans verbonden aan het „Institute for Research in Hypnosis" en de „Morton Prince Clinic for Hypnotherapy" in New York. Deze „introductory course" is speciaal georganiseerd ten behoeve van postkandidaatstudenten in de genees- en tandheelkunde en in de sociale wetenschappen. Behandeld worden praktische technieken voor ontspanning en nieuwe methodes voor directe hypnose, het verdiepen van de hypnose en het creëren van somnambulisme, hypnoanesthesie en hypnotische coma. Toegang tot deze cursus hebben uitsluitend postkandidaatstudenten of afgestudeerden, in een van de studierichtingen op vertoon van college-kaart of bewijs van inschrijving. Kosten van deze cursus, inclusief tekstboek, bedragen: voor studenten: f 85,—; voor afgestudeerden f 250,—. Voor nadere inlichtingen en inschrijving kan men zich wenden tot Drs. E. D. Wassenaar, Instituut voor klinische en industriële psychologie, Trans 4, Utrecht, telefoon 030-332114, toestel 241.



In overleg met de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid en de directeur-generaal van de Wereldgezondheids Organisatie te Genève, is ingaande 1 mei 1971 het Nationaal Influenza Centrum van de W.H.O., tot nu toe gevestigd in het Academisch Ziekenhuis, afdeling klinische respiratoire virologie, te Leiden, verplaatst naar de Medische Faculteit Rotterdam, afdeling virologie, te Rotterdam. Het nieuwe adres is: afdeling virologie, Medische Faculteit Rotterdam, Dr. Molewaterplein 50, Rotterdam, (Postbus 1738), tel. 010-361000.

MEDISCH CONTACT

Versijnt wekelijks

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

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

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

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

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

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

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

Oplage: 16.990 exemplaren.

Druk: Verwelj Mijndrecht.

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:

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

Raad van Beroep:

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

* * *

Bureau voor waarneming en vestiging:

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

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

Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:

Lomanlaan 103, Utrecht
telefoon 030-887021