

Medisch Contact

Redactioneel

MEDISCH CONTACT

verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
Trudy Valkenburg, redactrice;
Mieke van de Beld, secretaresse.
De redactie is gevestigd Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgever

B.V. Uitgeversmaatschappij Reflex,
Mathenesserlaan 310, Rotterdam-3003.
Telefoon: 010-765122*, Telex 25165.

Abonnementen

Voor niet-leden van de K.N.M.G. f 55,- plus f 2,20 BTW; buitenland f 60,-; losse nummers f 1,72 (inclusief BTW). Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

Advertenties

In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend aan de uitgever.

Advertentie-acquisitie

R.E.P.O.N. Internationaal B.V.,
Texelstraat 76-78, Postbus 384, Amstelveen. Tel.: 020-433851 (16 lijnen).
Telex 15230.

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

Adreswijziging

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

Oplage: 18.400 exemplaren

Druk: Tijl, Zwolle.

INHOUD

Nr. 2 — 10 januari 1975

REDACTIONEEL

Brieven aan de redactie 34

Inzenders: Dr. L. H. Th. Kortbeek, Dr. A. C. Appelman, C. C. Sluiter, E. Polak, M. M. J. E. Russel, Dr. H. Roelink, M. Wiersma.

Vier jaar abortus in Nederland, door Drs. R. Veenhoven 37

Nederlands Hervormde Kerk en abortus 43

Bestrijding kanker bij jeugdigen, door Dr. G. J. Bos 45

Memorandum Basisfilosofie Kankeronderzoek 46

Algemene aspecten van de Planning van het medisch wetenschappelijk onderwijs 47

Herverdeling van huisartspraktijken. Een sociologisch onderzoek naar meningen en keuzegedrag van patiënten, door H. C. Mulder, Tj. Tijmstra en W. E. Wallinga 53

Ziekenhuizen: dalende bedbezetting 60

Verpleegtariëven ziekenhuizen Haarlem 60

OFFICIEEL 61

Inhoudsopgave officieel 64

Brieven aan de redactie

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

COMMUNICATIE (I)

Op 22 oktober 1970 heb ik mij namens enige collegae gewend tot de voorzitter van één der Raden van Beroep met het voorstel de tekst van het kaartje, dat door de vaste deskundige wordt gezonden aan collegae, als volgt vast te stellen:

Geachte Collega, Datum:..... Aan mij is als vaste deskundige, bedoeld in artikel 131 der Beroepswet, verbonden aan de Raad van Beroep te door de voorzitter van die Raad opgedragen advies uit te brengen terzake van de geschiktheid tot werken van:

Naam: wonende te: op de datum:

Op genoemde datum is aan betrokkene uitkering van ziekengeld geweigerd. Ik zou het zeer op prijs stellen, in het belang van een juiste oordeelsvorming, van u de gegevens te mogen vernemen, die van belang kunnen zijn, zo mogelijk met uw oordeel over de geschiktheid tot werken op genoemde datum. Ook vroegere gegevens, eventueel in de vorm van afschriften van correspondentie, ontvang ik gaarne. Voor een vlotte afwerking zou ik gaarne binnen een week antwoord ontvangen. U kunt desgewenst ommezijde dezes benutten. Mijn adres en telefoonnummer vindt u hieronder.

U dankend voor de te nemen moeite, Met collegiale hoogachting, Naam van de vaste deskundige: Tel. nr. Adres:

Ik vernam dat de 'formulierencommissie' en het ministerie van Justitie in deze competent waren en dat wijzigingen zouden worden voorgesteld. De termijn van drie dagen in het momenteel gebruikte formulier stamt uit artikel 74 van het Beroepsreglement. Inderdaad is er een wijziging aangebracht: vroeger stond er géén aanspreektitel boven de tekst, nu staat er 'geachte collega'. Niet veranderd werd de formulering 'in de gelegenheid stellen van uw oordeel te doen blijken'. Naar mijn opvatting moet men onderscheiden tussen verstrekken van feitelijke informatie enerzijds en blijik geven van het eigen oordeel anderzijds. De vaste deskundige behoeft vooral feitelijke infor-

matie en dient daarna zijn oordeel te vormen. Het kan voor hem een steun zijn wanneer zijn informanten aan hun feitelijke gegevens ook nog hun oordeel toevoegen: sommigen hebben tegen het geven van een oordeel bezwaar.

In de regio waar ik werk is blijkbaar de tolerantie van de medici jegens de justitie en het begrip voor wat moeilijke juridische formuleringen om een toch wel goede bedoeling over te brengen voldoende; meestal komt er wel antwoord op het kaartje, behalve van de huisartsen. Dit laatste is begrijpelijk, aangezien betrokkenen de inhoud der processtukken kunnen vernemen. De vaste deskundige beoordeelt echter in ieder geval in hoeverre de aan hem verstrekte informatie wordt opgenomen in het dossier en houdt uiteraard rekening met het beroepsgeheim van zijn informanten.

Met de schrijver van het 'praktijkperikel' in Medisch Contact van 29 november 1974 (M.C. nr. 48 (1974) 29, blz. 1563) ben ik van mening dat de tekst van de kaartjes wijziging behoeft.

Eindhoven, 1 december 1974

Dr. L. H. Th. S. Kortbeek

COMMUNICATIE (II)

Reagerende op 'Praktijkperikelen' in M.C. nr. 48 (1974) 29, blz. 1563 deel ik u mede al vele jaren vaste deskundige voor longziekten bij een Raad van Beroep te zijn. Wat de briefformuliertjes betreft: de aangeschreven controlerende artsen antwoorden altijd, maar hun antwoord wéét ik al (uit het dossier). De collegae huisartsen antwoorden zelden en daaruit leid ik af, dat naar hun mening de betrokken patiënt arbeidsgeschikt is, als zij geen antwoord sturen. De betrokken specialisten antwoorden vaak. Samenvattend meen ik, dat althans voor de longziekten de briefjes afgeschafte kunnen worden en dat de gehele verantwoordelijkheid van de beslissing bij de vaste deskundige blijft: zo nodig kan hij immers een betrokkene collega opbellen. Bijna altijd krijgt hij antwoord en een gesprek is veel meer in het belang van betrokkene dan een (niet) beantwoord briefje.

Ik maak van de gelegenheid gebruik mede te delen, dat ik de Raad van Beroep verzocht heb mij geen vragen te stellen over de toestand van een betrokkene jaren geleden. Het lichamelijke onderzoek is zinloos uiteraard. Hoogstens kan men uit het dossier tot een zeer voorzichtige mening komen. Ik kreeg de indruk, dat de juristen wel begrip voor mijn mening hadden. Tenslotte speelt m.i. de termijn van drie dagen geen rol; er is nooit haast.

Heerlen, 1 december 1974

Dr. A. C. Appelman, longspecialist

COMMUNICATIE (III)

Naar aanleiding van het praktijkperikel 'Communicatie' in M.C. nr. 48 (1974) 29, blz. 1563 de volgende ontboezeming: Een paar jaar geleden werd ik als huisarts opgebeld door een collega, internist in de naburige provinciehoofdstad, met de volgende vraag: Kun jij mij vertellen of patiënt X op 2 december van het vorig jaar (het was inmiddels ruim drie maanden later) terecht wegens ziekte een dag verzuimd heeft? Hij moest dit weten als lid van de Raad van Beroep. Daar hij zelf wel het vreemde van zijn verzoek inzag zei hij er direct bij: 'Het is natuurlijk onzin, maar het moet nu eenmaal'. Uit mijn papieren bleek, dat patiënt die dag inderdaad op mijn spreekuur was geweest, met zodanige maagklachten, dat ik direct telefonisch een afspraak maakte voor X-foto's op de volgende dag. Bij dit onderzoek werd geen ulcus aangetoond. Patiënt heeft een paar weken antacida gebruikt en had toen geen klachten meer. Hij heeft overigens zijn ziekengeld niet gekregen.

Mijn verwondering geldt twee zaken: 1°. Is het huren van een specialist niet veel duurder dan een dag ziekengeld aan een ongeschoolde arbeider van 18 jaar? 2°. Wie haalt het in zijn hoofd om een internist een volkomen onmogelijke opdracht te geven? Het is namelijk volstrekt onmogelijk om drie maanden na dato uit te maken of iemand toen arbeidsgeschikt was of niet. Men kan zich dan tenslotte nog verwonderen over de internist, die dergelijke opdrachten accepteert. Eén van de redenen waarom ik al vele jaren geen controles, keuringen en dergelijke verricht zit hem juist in dit probleem: het onmogelijke van de opdracht. Er wordt namelijk eigenlijk niet gevraagd om een medisch advies, maar om een medisch geautoriseerd etiket op een administratieve beslissing. En ik geloof, dat wij niet mee moeten werken aan deze commercialisering van het artsdiploma. Daarvoor moeten we ons niet laten huren. Misschien heeft de collega, die het briefje heeft geschreven, gepubliceerd als het aangehaalde 'Praktijkperikel' er net zo over gedacht.

Delft, 1 december 1974

C. C. Sluiter,
medewerker St. Joris-Gasthuis Delft

COMMUNICATIE (IV)

Naar aanleiding van het in de rubriek 'Praktijkperikelen' onder bovenstaand hoofd in Medisch Contact van deze week verschenen stukje (M.C. nr. 48 (1974) 29, blz. 1563) zou ik het volgende willen opmerken: Ik antwoord steeds op een dergelijk

verzoek van de vaste deskundige, uit collegialiteit en uit beleefdheid, evenwel steeds met enige tegenzin. Voor beantwoording is immers steeds een onderduik in je archief nodig, waarmee dikwijls twintig minuten of langer gemoeid is. Nu gaat het niet in de eerste plaats om financiële redenen, maar wel om de principiële reden, dat wij dit werk zonder enige vergoeding moeten doen. Vandaar waarschijnlijk is dit wel de reden dat veel collega's in het geheel niet antwoorden. Ik heb deze kwestie besproken met enkele vaste deskundigen, die mij volkomen gelijk gaven maar daaraan uiteraard niets konden doen. Welke instantie van onze Maatschappij kan en wil aan deze zaak iets doen en overleg plegen met het ministerie van Justitie?

Den Haag, 1 december 1974

E. Polak

COMMUNICATIE (V)

De reactie van de 'collega-chirurg' op het bekende kaartje van de Raad van Beroep, waarin deze hem 'in de gelegenheid stelt van zijn oordeel te doen blijken', vind ik zeer begrijpelijk. Als vaste deskundige van de Raad van Beroep te Roermond ben ook ik genoodzaakt regelmatig dergelijke kaartjes te laten versturen. Herhaaldelijk heb ik de voorzitter van deze raad medegedeeld, dat ik de tekst uitermate irritant acht voor de ontvanger. Veelal krijg ik dan ook geen antwoord hierop. Men behoort de geadresseerde mijns inziens niet in een gelegenheid te stellen om 'binnen drie dagen van zijn oordeel te doen blijken', doch hem vriendelijk te verzoeken – zo mogelijk op korte termijn – zijn mening te geven. Misschien kan dit praktijkperikel aanleiding zijn voor de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst te bestemder plaatse stappen te ondernemen om de tekst op het kaartje te doen wijzigen.

Roermond, 11 december 1974

M. M. J. E. Russel, internist

Naschrift namens de Commissie Geneeskundige Verklaringen:

Het ingezonden praktijkperikel in Medisch Contact nr. 48/1974 is, getuige de bovenvermelde reacties, kennelijk goed gelezen en heeft bij diverse collegae prikkelend gewerkt. Het 'groene boekje' vermeldt in dezen (blz. 64):

'Ten aanzien van het beroepsrecht geldt, dat de b.g. voor de Raad van Beroep (Sociale Verzekering) een mondelinge of

KANKERBESTRIJDING



Oudejaarsavond-televisie bracht ons bij veel omzien in verwondering ook hoogtepunten uit de marathonnitzending 'Geven voor Leven'. Het liet ons weer zien op welke wijze het mogelijk is gebleken een bedrag van 70 miljoen gulden, bestemd voor een doel in de gezondheidszorg, aan giften en toezeggingen bijeen te krijgen. Het is alsof de mensen hebben willen onderstrepen dat je voor je gezondheid nauwelijks genoeg over kunt hebben, maar ook dat je gezondheid kunt kopen. De wijze waarop de actie is verlopen heeft bij velen ambivalente gevoelens opgeroepen. Het was een mengeling van sentimentaliteit, goede informatie en commercie. Ronduit verwerpelijk was het speculeren op schuldgevoelens middels slogans zoals: buiten speelt een kind dat morgen dood is, maar u hebt uw geld gehouden. Maar het eindbedrag heeft alles blijkbaar goed gemaakt. Ernstiger evenwel is, dat de keuze van het doel: bestrijding van kanker bij jeugdigen, wellicht noodzakelijk voor het slagen van de actie, een symptoom is voor de verbrokkende wijze waarop in Nederland de kankerresearch plaats vindt. Wetenschappelijk onderzoek naar oorzaak, verloop en behandeling van wat in de volksmond jeugdkanker heet, is een contradictio explicita. Wat wel noodzakelijk is, is een nationaal en internationaal beleid bij alle vormen van kankerresearch.

Nederland telt enkele internationaal hoog aangeschreven oncologische centra. Door de oprichting van het Koningin Wilhelmina Fonds (K.W.F.) is een begin gemaakt met een landelijk beleid op het gebied van de kankerbestrijding. Niet alleen door het stimuleren van het wetenschappelijk onderzoek naar de aetiologie van kanker, maar ook door een groot aantal andere activiteiten als de vroege opsporing van kanker, registratie van en voorlichting aan kankerpatiënten. Het K.W.F. laat zich bij zijn subsidiëring van researchprojecten adviseren door de Wetenschappelijke Raad voor de kankerbestrijding, een college van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen. Voor al deze activiteiten kan het K.W.F. rekenen op collecties en donaties tot een bedrag van ongeveer 7 miljoen gulden per jaar en een overheids-subsidie van circa 45 miljoen gulden. Een financiële injectie van 70 miljoen aan het K.W.F., en niet alleen medezeggenschap daarover, zou een belangrijke bijdrage kunnen zijn voor een efficiënt nationaal en internationaal beleid, noodzakelijk om werkelijk successen te bereiken op het gebied van de kankerbestrijding – aannemend dat het K.W.F. zo'n beleid kan effectueren (zie blz. 46). Men kan zich tenslotte afvragen of de georganiseerde kankerbestrijding in Nederland uitsluitend afhankelijk moet zijn van vrijwillige bijdragen, van overheidssubsidies, die nooit zekerheid bieden voor de noodzakelijke continuïteit, en van een toevallig jubilerende omroepvereniging.

B.

schriftelijke verklaring mag afleggen, mits hij daarbij uiteraard rekening houdt met zijn beroepsgeheim. Op grond van de bepalingen der Beroepswet is het de b.g. toegestaan inlichtingen te verstrekken ('van zijn oordeel te doen blijken') aan de vaste deskundige van de Raad van Beroep, voordat deze de patiënt aan het voorgeschreven onderzoek heeft onderworpen'.

De Commissie Geneeskundige Verklaringen heeft bovenstaand standpunt op pragmatische gronden ingenomen. Dit om de beroepsrechtelijke procedure zo min mogelijk belemmeringen in de weg te leggen.

Terecht wijst collega Kortbeek er op dat de vaste deskundige vooral behoefte heeft aan feitelijke gegevens. Aan de deskundige is het om ten behoeve van de Raad van Beroep een oordeel te geven. Dat huisartsen weinig geneigd zijn van het hem gevraagde oordeel blijk te geven heeft allerlei oorzaken, met name incompetentiebesef op grond van het kennen van de grenzen van hun deskundigheid en onzekerheid omtrent de wijze waarop hun inlichtingen in de stukken worden weergegeven.

Het artikel van collega Appelman roept verwondering op. Het moet onverantwoord worden geacht, dat tot arbeidsgeschiktheid wordt geconcludeerd omdat de huisarts niet heeft geantwoord. Terecht stelt collega Appelman dat, geheel conform de algemeen geldende regels, het resultaat van gevraagde gerichte inlichtingen ná onderzoek van de betrokkene, veel zinvoller is. Dat geldt dan uiteraard voor een actuele situatie. Oordeelsvorming over een toestand van jaren geleden, zeker in enigermate exacte zin, moet – indien gevraagd – praktisch als bijna niet te beoordelen en dus zinloos worden beschouwd. Dit laatste geldt ook voor de periode van drie dagen, genoemd in de algemene bepaling.

Het door collega Sluyter aangehaald geval betreffende één dag ziekteverzuim is uiteraard wat absurd, maar in dezen kan men formeel nu eenmaal geen grens trekken. Wel komt hier weer de vraag van het oneigenlijk gebruik van artsen en het gebruik van hun vermeende deskundigheid aan de orde. Terecht stelt collega Sluyter dan ook, dat wij niet moeten meewerken aan een dergelijk misbruik van vermeende deskundigheid.

Met collega Polak ben ik het niet eens dat men primair op de op het kaartje gestelde vraag moet antwoorden uit collegialiteit en beleefdheid. Men doet dit in eerste instantie vanuit de vraag wat de zin van de beantwoording, binnen het kader van het beroepsgeheim, voor zijn patiënt betekent. Redelijke onkostenvergoeding moet mogelijk worden gemaakt.

Al met al bestaan er redenen voldoende om

T.V.-TIPS

Maandag 13 januari 1975:

(Ned. I) AVRO: 22.05-22.45 uur:
'Als je leven je lief is', (informatief programma over borst- en baarmoederkanker).

Zaterdag 18 januari 1975:

(Ned. I) NCRV: 21.40-22.05 uur:
Mensenleven, (genezing en revalidatie van lepra-patiënten in Kenya).

de huidige procedure nog eens grondig nader te bezien.

Collega Polak en collega Russel vragen welke instantie binnen de Maatschappij iets aan deze zaak wil doen. Ik kan hen geruststellen. Daarvoor heeft de K.N.M.G. de Commissie Geneeskundige Verklaringen. Zij zal ter zake actie ondernemen. Men dient er dan wel rekening mee te houden dat ambtelijke en juridische molens niet snel malen. Wij zullen echter ons best doen.

Namens de Commissie
Geneeskundige Verklaringen,

Dr. H. Roelink

BLOEDPROEF

Ik ben een sterk voorstander van een forse aanpak van alle verkeersdelicten, maar ik weiger medewerking aan de zogenaamde bloedproef om de volgende redenen. Ten eerste vind ik het medisch-ethisch nog altijd een dubieuze zaak dat artsen, te weten de curatief werkzamen onder hen, zich er toe lenen verlengstuk van de justitie te zijn bij de opsporing van misdadigers. In de tweede plaats is het mijns inziens zwaar belachelijk, dat de bloedproefvenapunctie door een arts moet worden gedaan. Tot mijn verwondering kwam ik tot nu toe in de discussie dit argument nimmer tegen. De eerste de beste laborante in ieder ziekenhuis neemt dagelijks bloed af. Het is een kleine moeite om bij ieder politiekorps hiervoor iemand op te leiden, evenals dat gebeurt met manschappen van de geneeskundige troepen en stuurlied op de grote vaart. Mocht dit niet in overeenstemming zijn met de een of andere wet, dan moet die wet snel worden gewijzigd of vervangen. Dat is iets dat de huidige regering wel is toevertouwd!

Tenslotte: zelf heb ik enkele jaren geleden mijn praktijk 'gesaneerd' in die zin dat ik geen bevallingen, keuringen of controles meer doe, een maatregel die ik alle collegae van middelbare leeftijd in hun eigen belang en in dat van hun patiënten kan aanbevelen.

Het komt uw gezondheid en uw eigenlijke curatieve werk ten goede. Is het dan niet al te dwaas, dat hardwerkende artsen van hun nachtrust worden beroofd voor een niet-medische verrichting? Het kleine 'keurinkje' dat bij de bloedproef nog wordt gevraagd is zo eenvoudig dat iedere politiemans met goede ogen, oren en neus het óók kan doen.

Naaldwijk, 10 december 1974

M. Wiersma

Varia

Roomskatholieken en abortus – Van de roomskatholieke bevolking in ons land vindt 16% abortus aanvaardbaar bij elke onbedoelde zwangerschap, 53% onder bepaalde omstandigheden en 25% in geval van levensgevaar; 4% vindt abortus nooit aanvaardbaar, 2% heeft geen mening. Dat de bisschoppen abortus onaanvaardbaar hebben genoemd is bij slechts 19% van de gelovigen bekend; 23% kende het bisschoppelijk standpunt niet, 21% meende dat het episcopaat abortus aanvaardbaar acht, 37% alleen aanvaardbaar bij levensgevaar, zo bleek uit een onderzoek van het bureau Veldkamp. De bereidheid abortus toe te staan is groter naarmate men losser van de kerk staat: van de kerkelijk meelevenenden vindt 47% abortus aanvaardbaar bij elke onbedoelde zwangerschap of onder bepaalde omstandigheden, van de mensen die niet zo sterk bij de kerk betrokken zijn 87%. In gradaties is 84% voor liberalisering van de abortuswetgeving; abortusklinieken zijn voor 81% van de roomskatholieken aanvaardbaar. Voorbehoedmiddelen worden door 93% als vanzelfsprekend geaccepteerd. Opdrachtsgeefster voor het onderzoek was de redactie van de K.R.O.-televisierubriek 'Rooilijn'.

Advisering abortusaanvragen – Adviezen ten dienste van vrouwen die een abortus willen, moeten alleen op vrijwillige basis worden gegeven en niet, zoals men in de meeste landen van plan is of al doet, als verplichting. Aldus een aantal hulpverleners uit Nederland, België, West-Duitsland, Engeland, Denemarken, Noorwegen, Frankrijk, Joegoslavië en Polen. Samen vormen zij een werkgroep van de International Planned Parenthood Federation (I.P.P.F.). De werkgroep pleit wel voor de aanwezigheid van de mogelijkheid van goede hulpverlening, vooral met betrekking tot de nazorg.

De kernproblemen van liberalisering zijn in stilte opgelost

Vier jaar abortus in Nederland

door Drs. R. Veenhoven, socioloog

Het is alweer vier jaar geleden dat de eerste abortuskliniek in Nederland werd geopend. Het abortusverbod werd daarmee definitief ontkracht. Voor een goede hulpverlening bleek echter meer nodig dan ontkrachten van verbodsbepalingen alleen. Er diende zich spoedig een aantal praktische problemen aan, die zich ook al in andere liberaliserende landen hadden doen gelden, zoals gebrek aan behandelingsfaciliteiten, dreigende commercialisering, gevaar voor hoge mortaliteitscijfers en kans op slepende politieke moeilijkheden. De problemen rond de kwaliteit van de praktische hulpverlening zijn in Nederland in stilte opgelost. Dank zij een gunstige Ausgangssituatie en een wijs beleid. Op het politieke vlak was tot voor kort een even geruisloze overgang in zicht. Recentelijk heeft zich hier echter een snelle escalatie van moeilijkheden afgetekend.

Om al deze ontwikkelingen op hun waarde te schatten, is het goed eens op de afgelopen jaren terug te zien en een vergelijking te maken met ontwikkelingen in andere liberaliserende landen.

Ontwikkeling van hulpverlening

Tot in de zestiger jaren gold abortus als verboden in Nederland. Dit betekende niet dat niemand werd geholpen, maar wel dat de hulpverleningsmogelijkheden uiterst beperkt waren en uitsluitend toegankelijk voor een select publiek. Omstreeks 1968 begon zich een verandering af te tekenen. In een aantal academische ziekenhuizen werden abortusteams geïntroduceerd, de discussie laaide op en de artsen die al lang abortus deden werden daar alomtegenwoordig minder geheimzinnig mee. Dit mondde spoedig uit in een stroomversnelling.

Een drietal factoren speelde daarbij een rol. De eerste en meest belangrijke daarvan is ongetwijfeld de gestage

verruiming van de opvattingen over seksualiteit en anticonceptie. Hierdoor werd een klimaat geschapen waarin een discussie over abortus op gang kon komen. Een tweede factor was de legalisering van abortus in Engeland. Enkele duizenden Nederlandse vrouwen lieten zich daar behandelen. Dit maakte de omvang van het probleem in eigen land beter zichtbaar en doorbrak het idee dat legale abortus niet denkbaar is in een beschaafd land. Ten derde kwam men tot de ontdekking dat het abortusverbod in Nederland minder strikt is dan men altijd gedacht had. Enschede (1966) wees erop dat abortus volgens de letter der wet verboden is, maar dat een arts die abortus noodzakelijk acht voor de algehele gezondheid van zijn patiënt voor de verrichting van de ingreep toch niet kan worden gestraft.

Dit alles leidde tot een groeiend aantal verzoeken om zwangerschapsonderbreking. Ongewenst zwangere vrouwen bleken steeds minder bereid om in het onvermijdelijke te berusten en ontmoetten daarvoor steeds meer begrip, bij met name hun huisartsen. Praktische behandelingsmogelijkheden bleven echter schaars omdat men daarvoor was aangewezen op de medewerking van vrouwenartsen, die gemiddeld genomen een aanmerkelijk restrictiever houding tegenover abortus aannamen dan de huisartsen (Veenhoven, 1972). Omdat vrouwenartsen in de praktijk de toegang tot de gynaecologische afdelingen van ziekenhuizen beheersten, werd slechts in een beperkt aantal ziekenhuizen zwangerschapsonderbreking verricht. Bestuur en directie vormden ook vaak een belemmering.

Uit deze situatie zijn de speciale abortusklinieken ontstaan. Op verschillende plaatsen in het land werd namelijk door huisartsen, die veelal ook werkzaam waren op het gebied van anticonceptie, actief gezocht naar voorzieningen voor behandeling van hun onge-

wenst zwangere patiënten. Toen ook na herhaald overleg binnen de bestaande instellingen voor gezondheidszorg geen ruimere mogelijkheden werden geopend, ontstond de gedachte om dan maar zelf voorzieningen te treffen. In het buitenland hebben zich vergelijkbare ontwikkelingen voorgedaan. In Rotterdam werd in 1968 de stichting STIMEZO opgericht, welke geld ging inzamelen voor een abortuskliniek. Deze actie oogstte onverwacht grote bijval. In februari 1971 opende de eerste polikliniek in Arnhem, spoedig gevolgd door poliklinieken in Rotterdam, Amsterdam en Den Haag. De hulpverlening vanuit abortusklinieken is sindsdien sterk gegroeid. Er zijn nu 14 poliklinieken (zie *overzicht*).

De hulpverlening vanuit de ziekenhuizen is vrij constant gebleven. Het aantal behandelingen is daar nog steeds zeer beperkt en geconcentreerd op enkele ziekenhuizen. De ontwikkeling van het aantal behandelingen in Nederlandse ziekenhuizen en poliklinieken gedurende de laatste vijf jaar kan worden afgelezen uit *tabel 1*.

Aanpak problemen van liberalisering

In vrijwel alle landen waar het abortusbeleid is geliberaliseerd werd men geconfronteerd met een aantal overgangsproblemen: opvang van een overstelpend groot aantal aanvragen om abortus, gebrek aan kennis, ervaringen en voorzieningen, morele bezwaren bij het verplegend personeel, commercialisering, opvang van buitenlanders, politieke schermutselingen enz. (zie onder meer Sondermeyer en Veenhoven, 1972, hoofdstuk 7). Dit alles bij elkaar kan de kwaliteit van de hulpverlening zeer nadelig beïnvloeden. We zien dit op dramatische wijze weerspiegeld in het aantal complicaties bij patiënten. Het aantal dodelijke complicaties is in de meeste landen het eerste jaar na liberalisering naar ver-

houding zeer hoog, terwijl het in de daarop volgende jaren sterk daalt. De wijze waarop deze problemen worden opgelost blijkt van groot belang voor de ontwikkeling van de hulpverleningspraktijk en het verder verloop van het liberaliseringsproces. Reden genoeg om eens te kijken hoe deze problemen in Nederland zijn aangepakt.

Het capaciteitsprobleem

Liberalisering begint in de meeste landen met een wetwijziging. De dag dat de nieuwe wet van kracht wordt dienen zich duizenden ongewenst zwangere vrouwen aan, voor wie er nog nauwelijks behandelingsfaciliteiten zijn. Gedurende de eerste jaren pleegt dit aantal bovendien nog sterk te groeien. De wetwijziging heeft tot gevolg dat men zich de ongewenstheid van een zwangerschap eerder bewust wordt en er komt vaak een grote toeloop vanuit het buitenland. De opbouw van een hulpverleningsapparaat komt daarentegen meestal maar moeizaam op gang. Er zijn vrijwel geen mensen met ervaring en omdat abortus toch nog enige tijd controversieel blijft kunnen die mensen ook niet makkelijk worden gerecruteerd. Organisatiekaders ontbreken veelal en mede daardoor is het vaak moeilijk om aan geld te komen.

Dit alles leidt in de eerste jaren tot een voortdurende overbelasting van de beschikbare voorzieningen. De weinige artsen die zich voor de hulpverlening inzetten, staan voortdurend voor het dilemma vrouwen af te wijzen of te haastig te werken. Er gebeuren veel ongelukken en een belangrijk aantal vrouwen blijft verstoken van behandeling. Gesprekken en nacontrole schieten er vaak bij in, evenals een goede voorlichting over het gebruik van voorbehoedsmiddelen, zodat de recidive hoog blijft en de toeloop groter wordt. In enkele landen heeft dit tot gevolg gehad, dat ondanks legalisering de oude onbevoegde illegale abortuspraktijk lange tijd bleef voortbestaan.

Hoe is dat in Nederland gegaan? Vrij soepel. Door de goede anticonceptiezorg in ons land is het aantal ongewenste zwangerschappen naar verhouding vrij laag (zie tabel 2). Omdat de liberalisering zich niet via een wetwijziging heeft voltrokken, werd pas zeer geleidelijk bij het grote publiek bekend dat abortus in Nederland mogelijk was.

Overzicht abortus poliklinieken in Nederland

Klinieken aangesloten bij Stimezo-Nederland

Stimezo Arnhem
Stichting Bloemenhove, Heemstede (lidmaatschap in aanvraag)
Stimezo Eindhoven
Stimezo Groningen
Stimezo Maastricht
Stichting Preterm, Den Haag
Stizo, Heemstede (lidmaatschap in aanvraag)
Stimezo Utrecht
Stimezo Zeeuws-Vlaanderen, Groede

Andere klinieken

Stichting Directe Hulpverlening N.V.S.H., Den Haag/Zwolle
M.R. '70, Amsterdam
Stichting Oosterpark, Amsterdam
Stimezo Rotterdam

Verder zijn er grote privépraktijken onder meer in Den Haag, Bergen op Zoom en Amsterdam

Tabel 1. Geschat aantal zwangerschapsonderbrekingen in Nederland sinds 1970

jaar	nationaliteit		plaats van behandeling			totaal
	Nederlanders	buitenlanders	alg. ziekenhuizen	particuliere praktijk	abortus-poliklinieken	
1970	10.000 ¹			10.000 ¹		10.000
1971	14.000 ²	6.000	5.000 ³	3.000 ⁴	12.000 ⁵	20.000
1972	22.000 ²	20.000	5.000 ³	2.000 ⁴	35.000 ⁵	42.000
1973	21.000 ²	45.000 ⁴	5.000 ³	1.000 ⁴	60.000	66.000
1974	<19.500 ⁶	<45.000 ⁴	5.000 ³	1.000 ⁴	<58.000	<64.500

Bronnen

- 1) Veenhoven, R. Frequentie van abortus. Medisch Contact 1972, blz. 227-232.
- 2) Schnabel, P. Abortus in 1973. Documentatie-bulletin Stimezo-Nederland nr. 3.
- 3) Ongepubliceerde enquêtes van de Geneeskundige Hoofdingspectie onder Nederlandse ziekenhuizen in 1971 en 1973; verondersteld is, dat dit aantal in 1972 en 1974 ongeveer gelijk is gebleven.
- 4) Schattingen op basis van expert-impressies; bureau Stimezo-Nederland.
- 5) Jaarverslag 1972; Stimezo-Nederland.
- 6) Permanente Registratie Abortushulpverlening Nederland 1974.

Ook de komst van buitenlanders werd hierdoor geruime tijd uitgesteld. Bij uitbouw van het hulpverleningsapparaat heeft men de groei van het aantal patiënten daardoor vrij goed kunnen bijhouden. Het feit dat het merendeel van de ziekenhuizen de deur voor de ongewenst zwangere vrouw gesloten hield, heeft deze soepele groei van de capaciteit merkwaardigerwijs bevorderd.

Er ontstonden verschillende plaatselijke abortusorganisaties, die veel sneller konden werken dan de bureaucratische ziekenhuisorganisaties en bovendien niet werden gehinderd door interne achterhoedegevechten over de prin-

ciële toelaatbaarheid van abortus. Zij stichtten een landelijke organisatie, Stimezo-Nederland, van waaruit de opzet van nieuwe poliklinieken werd gefinancierd en begeleid. Er werd gestreefd naar een grote spreiding van klinieken over het land, onder meer om het beperkte aantal gemotiveerde artsen in het land zoveel mogelijk bij de hulpverlening te betrekken. De afzijdigheid van de ziekenhuizen heeft ook een modernisering van de methode voor zwangerschapsonderbreking bevorderd. Stimezo-artsen gingen naar het buitenland om de techniek te leren en introduceerden nieuwe methoden in Nederland, waardoor de behandeling

aanmerkelijk veiliger en eenvoudiger werd en meer mensen konden worden geholpen.

Zodoende heeft men de explosieve groei van het aantal verzoeken om behandeling goed kunnen opvangen. Wachtlijsten zijn in Nederland nauwelijks nodig geweest. Verwijstdiensten en abortusmakelaars evenmin. Momenteel neemt het aantal behandelingen in Nederland niet meer toe. Er begint zich een geleidelijke daling af te tekenen. Bij Nederlandse zowel als bij buitenlandse patiënten en in absolute zowel als in relatieve zin (zie *tabel 1* en *tabel 3*). Als in Duitsland de hulpverlening eenmaal tot ontwikkeling is gekomen, mag zelfs een aanzienlijke afname worden verwacht. Een aanzienlijk deel van de Franse vrouwen die nu naar Nederland komen zal zich daar waarschijnlijk laten behandelen, als niet inmiddels al de abortus in Frankrijk zelf gelegaliseerd is. De capaciteit van de hulpverlening in Nederland kan dan weer worden ingekrompen.

Stimezo-Nederland wil die inkrumping dan laten beginnen bij de grote poliklinieken in de Randstad, waar voornamelijk buitenlanders worden behandeld. Op langer termijn moet er in Nederland dan een aantal regionaal gespreide poliklinieken overblijven. Omwille van onder meer het contact met verwijzers, de nazorg en de sfeer waarin de behandeling plaatsvindt, heeft men uiteindelijk liever een tiental kleine kliniekjes dan een paar grote inrichtingen. Voorlopig is dat echter toekomstmuziek. We zitten nu nog op de top van de golf.

Problemen rond buitenlanders

In bijna alle landen waar de abortusbepalingen werden verruimd kreeg men te maken met een massale toeloop van buitenlanders. Behalve de bovengenoemde capaciteitsproblemen gaf dat veelal ook politieke problemen. In het binnenland, maar ook in het buitenland. De buurlanden zijn meestal weinig gelukkig met dit abortustoerisme, omdat dit hun eigen abortusbeleid onder druk zet. Binnenlands leidt de behandeling van grote aantallen buitenlanders vaak tot een opflakking van de abortusdiscussie. De respectabiliteit van het land is daarin een nieuw argument. De voorstanders van libera-

Tabel 2. Recente cijfers met betrekking tot aantallen abortus in enige geliberaliseerde landen

land	jaar	aantal abortus per 1.000 vrouwen 15-45 jaar	aantal abortus per 1.000 levendgeborenen
Canada	1970	2,6	30
	1971	6,6	83
	1972	8,2	113
Engeland en Wales	1970	8,1	96
	1971	10,1	126
	1972	11,5	154
Hongarije	1970	83,5	1.297
	1971	81,3	1.228
	1972	77,5	1.168
Japan	1970	28,0	375
	1971	28,2	366
Nederland	1970	3,5	41
	1971	5,1	61
	1972	8,1	103
	1973	7,7	113
	1974*	7,2	108
U.S.A.	1970	4,5	52
	1971	11,2	143
	1972	13,2	184

* Schatting op basis cijfers eerste halfjaar.

Bronnen

Campbell (1974)

Tabel 3. Recente cijfers met betrekking tot complicaties bij abortus en bevalling in enige geliberaliseerde landen

land	tijd	sterfte als gevolg van abortus per 100.000 ingrepen	moederlijke sterfte per 100.000 bevallingen in 1969
Canada	1970-1972	7	
Engeland en Wales	1970	13*	
	1971	13	15
	1972	9	
Hongarije	1968-1971	1	41
Japan	1970-1971	2	56
Nederland	1970-1974	0,5**	30
U.S.A.	1970-1971	10	
	1972	3	19

* Buitenlanders niet meegerekend.

** Buitenlanders wel meegerekend; alleen abortus-poliklinieken.

Bronnen

Tietze, C. & Dawson, D. (1973)
Statistisch Zakboek 1972

lisering staan in die strijd wat zwakker. Zij hebben belang bij het behoud van wat zij hebben veroverd en de buitenlandse vrouwen zelf kunnen geen politiek gewicht in de schaal leggen. Het draait dan ook vaak uit op een compromis, waarbij de behandeling van buitenlandse vrouwen aan beperkingen wordt gebonden. Die beperkingen worden in de praktijk veelal genegeerd maar plaatsen de hulpverlening toch in een context van illegaliteit, wat allerlei nadelige effecten heeft op prijsvorming, kwaliteit en beleving van de behandeling. Ook in Nederland zijn van het begin af aan veel buitenlanders behandeld. Door de lage prijzen en de kleinere afstand hebben de Nederlandse klinieken de taak van Engeland goeddeels overgenomen. Momenteel worden in Nederland meer dan tweemaal zoveel buitenlanders als Nederlanders behandeld. Hoewel Nederland zodoende tot het abortuscentrum van West-Europa werd, heeft dit niet tot noemenswaardige problemen geleid. Waarschijnlijk is dat te danken aan het tolerante klimaat in Nederland, de verstandige laissez-faire politiek die de regering tot voor kort heeft gevoerd en de duidelijke principiële stellingname van de abortusklinieken, die steeds geweigerd hebben enig onderscheid te maken naar nationaliteit van hulpvragende vrouwen.

Het probleem van commercialisering

Als gevolg van praktische capaciteitsproblemen konden in verschillende landen ondanks liberalisering toch niet alle ongewenst zwangere vrouwen worden behandeld. Dit leidde tot stijging van de prijzen in de landen met een op commerciële basis georganiseerde gezondheidszorg en tot het ontstaan van aparte abortuspraktijken, legaal of illegaal, in landen met een nationale gezondheidszorg. In Engeland bijvoorbeeld bleken de ziekenhuizen van de staatsgezondheidsdienst niet in staat en vaak niet bereid om alle vrouwen uit eigen land te behandelen, laat staan de buitenlanders. Hierdoor ontstonden, vooral in Londen, commerciële klinieken waar hoge bedragen werden gerekend en die onderling een hevige strijd om patiënten voerden, compleet met premies voor taxichauffeurs, relatiegeschenken voor verwijzende artsen en reclamemissies naar het buitenland. De prijzen van behan-

deling werden in deze concurrentiestrijd echter nagenoeg ongemoeid gelaten. De Engelse voorvechters van liberalisering werden hierdoor in een moeilijk parket geplaast.

Uitbuiten van ongewenst zwangere vrouwen was wel het laatste wat zij hadden gewild, maar praktisch konden de commerciële klinieken toch niet worden gemist. Er werd toen een aantal klinieken op non-profit basis opgericht, maar door het overstelpende aantal patiënten konden deze de prijzen van de commerciële klinieken toch niet drukken. Een werkelijke prijsdaling werd pas afgedwongen door de Nederlandse klinieken.

Om verschillende redenen kon de behandelingsprijs in Nederland aanmerkelijk lager zijn. De Nederlandse klinieken werden niet gehinderd door een vergunningstelsel en vroegtijdig verouderde voorschriften. Hierdoor konden efficiënter en veiliger methoden worden geïntroduceerd. Bovendien werden de eerste klinieken beheerd door non-profit organisaties die de toen geldende kostprijs van f 400,— rekenden. Daarmee werd voor de komende jaren een bovengrens gesteld, die de aantrekkelijkheid van commerciële abortus aanzienlijk beperkte.

Ondanks inflatie is deze prijs de laatste jaren door de in Stimezo-Nederland verenigde non-profit klinieken regelmatig verlaagd. De prijzen in deze klinieken variëren van f 200,— tot f 350,—, afhankelijk van de aard van de behandeling en de lasten van de kliniek.

Ook voor het buitenland is dit beleid uitermate belangrijk geweest. Er zijn nu grenzen gesteld aan de prijs die men ongewenst zwangere vrouwen kan laten betalen, niet alleen voor de commerciële abortusklinieken in Engeland maar ook voor talrijke illegale aborteurs in Duitsland, Frankrijk en België, waar aan vrouwen in nood tot voor kort ongehoorde bedragen afhandig werden gemaakt. Deze stille sanering van de Europese abortusmarkt is een van de grootste verdiensten van de georganiseerde abortushulpverlening in Nederland. Keerzijde van deze ontwikkeling is echter wel dat de abortushulpverlening van West-Europa sterk op Nederland geconcentreerd is geraakt en dat de lage prijzen niet bevorderlijk zijn voor het ontstaan van voorzieningen elders.

Een apart chapter wordt gevormd

door het inkomen van de behandelend arts. Velen meten de zuiverheid van de motieven van de arts af aan het geld dat hij met de behandeling verdient. Er bestaat dan ook grote publieke belangstelling voor dit bestanddeel van de prijs voor een abortus, meer zelfs dan voor de hoogte van die prijs als zodanig. Een eenduidig oordeel hierover is echter moeilijk te geven. Er zijn grote verschillen in honorering per kliniek en er is geen duidelijk criterium om te bepalen welke betaling redelijk is. De prijs van medische verrichtingen wordt in ons land helaas niet aan de hand van expliciete criteria bepaald, maar komt eerder tot stand in een onduidelijke en monopolioïde marktsituatie. Daarom hebben de eerste klinieken aansluiting gezocht bij het bestaande gebruik en hebben die de vergoeding welke ziekenfondsen geven voor curettage in een ziekenhuis als uitgangspunt genomen. Dat was honderd gulden per behandeling. Men heeft bewust niet gekozen voor een lager tarief, omdat werd voorzien dat een goede honorering noodzakelijk zou zijn voor de opvang van de grote stroom. Men verkoos de kans op hoge inkomens boven overbelasting van idealisten en afwijzing van hulpvragende vrouwen.

Inmiddels is het honorarium van de arts in de meeste klinieken teruggebracht tot f 50,— voor de somatische ingreep sec. Vooronderzoek, nacontrole en gesprek worden meestal apart gehonoreerd. Voor de gemiddelde arts in een Stimezo-kliniek, die part-time in de abortushulpverlening werkzaam is, komt dat neer op een honorering van plusminus f 110,— per uur. Dit komt overeen met de betaling van andere medisch-specialistische verrichtingen. Een aantal artsen verdient meer, full-time artsen en artsen die door hun bekwaamheid en organisatie in de kliniek meer patiënten behandelen dan gemiddeld. Ook een aantal van de artsen die in hun privé-praktijk abortus verrichten ontvangt een hoger inkomen. Van een klein aantal van deze artsen kan gezegd worden dat zij door dit werk allengs rijk zijn geworden.

Het kwaliteitsprobleem

De eerste jaren na liberalisering zien we in de meeste landen een relatief groot aantal complicaties, onder meer

in Zweden en Denemarken. Het aantal behandelingen met dodelijke afloop is in het eerste jaar vaak vele malen hoger dan in de daarop volgende jaren. Verschillende factoren spelen hierbij een rol. Allereerst een gebrek aan theoretische kennis en praktische ervaring, gecombineerd met overbelasting van de beschikbare voorzieningen en soms rücksichtslos winstbejag. Ten tweede speelt de ambivalente houding van veel artsen en verplegenden vaak een rol. Omdat zij iets doen waar zij niet helemaal achter staan maken zij meer fouten (Wolff e.d., 1971). Tenslotte zijn de patiënten in de beginperiode vaak problematischer. Zij melden zich later en hebben psychisch meer moeite met de ingreep, hetgeen zich ook op het somatische vlak manifesteert.

Hoe dan ook, in de beginperiode is de mortaliteit en morbiditeit van abortus hoog en dat vraagt extra aandacht voor verbetering van de kwaliteit van het medisch handelen. Die extra aandacht is er ook vrijwel steeds, bij de hulpverleners zelf zowel als bij het publiek. In liberaliserende landen ziet men een stroom van medisch-technische publikaties ontstaan, elkaar vaak sterk overlappend, hetgeen er op duidt dat veel mensen tegelijkertijd met hetzelfde probleem bezig zijn. Vrijwel overal blijkt een grote publieke belangstelling voor de medische kwaliteit van de abortushulpverlening. Dodelijke ongevallen worden breed uitgemeten en leiden veelal tot een onsmakelijke opleving van de abortusdiscussie. Dit heeft tot gevolg dat bij abortus in de praktijk veel zwaardere kwaliteitseisen worden gesteld dan bij vergelijkbare medische ingrepen, niet alleen door de buitenwacht maar ook door de hulpverleners zelf. Een en ander heeft er toe geleid dat in een aantal landen door de overheid regels zijn gesteld met betrekking tot uitvoering van de ingreep. Niet altijd met evenveel succes overigens, want voorschriften over details van behandeling zijn niet goed te formuleren en nog minder te controleren; bovendien werken ze vaak verstarrend. Een ander bezwaar is dat deze voorschriften vaak uit een zuiver medisch-technisch oogpunt worden geformuleerd en strijdig blijken met medisch-psychologische vereisten.

In Nederland hebben zich op het vlak van de medische kwaliteit vrijwel geen

problemen voorgedaan. Hoge complicatiecijfers zijn Nederland gelukkig bespaard gebleven, omdat de groei van de hulpverlening geleidelijk is verlopen en van het begin af aan gewerkt is volgens de methode van de zuigcuretage, waarbij de kans op complicaties gering is. Het Nederlandse mortaliteitscijfer is het laagste ter wereld (zie tabel 3). Niettemin deed de behoefte aan verdere perfectionering zich duidelijk voelen. We kunnen dit verschijnsel begrijpen uit de sociaal-legitimerende functie van het foutloos medisch handelen.

Er is ook steeds grote aandacht aan de kwaliteit besteed. De naam STIMEZO (Stichting voor medisch verantwoorde zwangerschapsonderbreking) getuigt daarvan. Deze aandacht heeft niet geleid tot een reglementering van overheidswege, maar wel tot een opmerkelijk systeem van onderlinge kwaliteitsbevordering door de abortusklinieken zelf. In het kader van Stimezo-Nederland vindt een regelmatige uitwisseling van ervaring plaats in de vorm van visitaties, werkbezoeken, overleg van medisch leiders en studiemiddagen etc., waarop specifieke problemen worden doorgepraat. Daarnaast wordt op gezamenlijke kosten wetenschappelijk onderzoek verricht, waarbij grote aandacht uitgaat naar het ontwikkelen van indicatoren die het effect van verschillen in behandelingswijze meetbaar maken. Onderzocht wordt momenteel bijvoorbeeld de beleving van de behandeling door de patiënte en het effect van het anticonceptie-advies op langere termijn.

De achterliggende gedachte bij dit beleid is dat het zichtbaar maken van verschillen in methoden van behandeling en effecten daarvan effectiever is dan het stellen van papieren regels en ook meer uitzicht biedt op een continue verbetering van de methodiek. Ook in andere sectoren van de gezondheidszorg zou een dergelijke aanpak zinvol zijn.

Aanpassing aan veranderde inzichten

De opvattingen over abortus maken een langzaam veranderingsproces door, dat sterk verbonden lijkt te zijn met ontwikkelingen in het denken over seksualiteit. Dat veranderingsproces houdt niet op met een nieuwe abortuswet. Wetswijzigingen markeren hoogstens een stadium in het proces waarin

de absolute tegenstanders in de minderheid zijn geraakt. Dit heeft tot gevolg dat abortuswetten spoedig verouderd zijn. Het compromis van vandaag is morgen al niet meer nodig omdat de steun voor liberalisering verder is gegroeid, terwijl bovendien als gevolg van feitelijke ervaring in de hulpverlening nieuwe opvattingen vorm krijgen. In verschillende landen heeft dit geleid tot massale wetsovertredingen met alle problemen en onzekerheden van dien, terwijl bovendien de abortusstrijd in de politieke arena herhaaldelijk werd geprolongeed.

In Nederland leek ons dit soort problemen bespaard te blijven. Zoals reeds vermeld was er een juridische nooduitgang op het vigerend abortusverbod die voldoende ruimte bood en in dit klimaat konden zich geruisloos een aantal veranderingen voltrekken met verstrekkende betekenis voor de toekomst.

Allereerst betreft dat de wijze van *indicatiestelling*. Nog geen tien jaar geleden achtte men indicatiestelling alleen verantwoord als er een multidisciplinair abortusteam aan te pas kwam. Men ontdekte echter spoedig, dat dit soort procedures een werkelijk open contact met de ongewenst zwangere vrouw onmogelijk maakte. Ondanks alle deskundigheid kreeg men vaak niet te horen waar het de vrouw echt om ging en een advies bleek in deze context vaak niet overtuigend door te komen. Bovendien werkten deze teams vertragend en selecteerden zij ongewild op intelligente en milieu. Spoedig is men zich dan ook gaan beperken tot extra consultatie van een psychiater en vervolgens introduceerde de K.N.M.G. de gedachte dat met de handtekening van twee artsen kon worden volstaan. Ook deze formule zal geen eeuwigheidswaarde hebben, want momenteel blijkt steeds duidelijker dat het alleen dan zinvol is om een tweede arts in te schakelen als deze ook werkelijk een inbreng kan hebben in het hulpverleningsproces. Dit is het geval als die tweede arts als verwijzer optreedt, een deel van de nazorg voor zijn rekening neemt of te hulp komt als de besluitvorming voor de vrouw zelf problematisch blijkt. Is de vrouw zeker van haar besluit en strekt haar contact met een tweede arts niet verder dan een handtekening, dan wordt deze extra consultatie een overbodige en

storende procedure. Dit doet zich vooral gelden bij buitenlandse vrouwen die zonder verwijzing van hun huisarts naar ons land komen (plusminus 40%); de Nederlandse vrouwen komen voor 70% via hun huisarts en voor 22% via Rutgershuizen (Permanente Registratie, 1974).

Behalve qua vorm is de indicatiestelling ook qua inhoud sterk veranderd. In de afgelopen jaren is men van het 'nee, tenzij'-standpunt gegroeid naar het 'ja, tenzij'-standpunt. Men gaat er nu van uit dat de wens van de vrouw in principe moet worden gehonoreerd, tenzij goede twijfel bestaat over de echtheid van die wens of er andere contra-indicaties zijn.

Over het nut van verplichte lange intake-gesprekken ter motivering van het verzoek om abortus is twijfel ontstaan. Veel vrouwen zijn al zeker van hun besluit en ervaren zo'n gesprek als een afwijzende bejegening, terwijl anderen die wel behoefte hebben aan een gesprek dat vaak liever pas achteraf voeren. De kunst bij een intake-gesprek is vooral probleemgevallen op het spoor te komen, waarbij wel lange gesprekken of zelfs specialistische hulp nodig zijn. Speciale motiveringen worden niet vereist. De inhoud van de aangevoerde motieven blijkt in de praktijk weinig te zeggen over de hoogte van de individuele nood. De doordachtheid en zekerheid van de wens wordt essentiëler geacht en hierop is het intake-gesprek dan ook vooral gericht.

Er zijn ook duidelijke veranderingen waarneembaar in het denken over de *preventieve nazorg*. Nog maar een paar jaar geleden zag men het abortusverzoek als een uiting van psycho-sociale problematiek, die na de ingreep aparte behandeling behoeft om herhaling te voorkomen. Inmiddels is men huiverig geworden voor het opdringen van ongevraagde hulp, niet alleen omdat de effectiviteit daarvan twijfelachtig of zelfs negatief is, maar ook omdat het aantal herhalingen veel geringer blijkt dan men aanvankelijk had gedacht: het recidive-percentage is nog geen 8 (Permanente Registratie, 1974).

Tenslotte zijn de opvattingen over de *zwangerschapsduur* manifester geworden. Ten tijde van de oprichting van de abortusklinieken gold een zwangerschapsduur van 12 tot 14 weken als

grens voor poliklinische behandeling. Oudere zwangerschappen werden in Nederlandse ziekenhuizen of in Engeland behandeld. Deze grens was een technische en geen principiële, al werd hij door de buitenwacht vaak wel als zodanig begrepen. De opening van een speciale kliniek voor oudere zwangerschappen, met steun van alle andere abortusklinieken, verduidelijkte deze situatie. Naar aanleiding van de recente politieke crisis rond deze kliniek, verklaarde Stimezo-Nederland principieel geen termijnregeling te zullen erkennen en de hulpverlening bij oudere zwangerschappen desnoods in andere klinieken voort te zetten.

De moeilijkheden rond deze kwestie markeren waarschijnlijk het eind van een verstandige ijskastpolitiek. De zaak is nu definitief in politiek vaarwater gebracht en lijkt aan te lopen op een versnelde politieke besluitvorming. Het gevaar is niet denkbeeldig, dat dit zal resulteren in een regeling voor de toekomst die gebaseerd is op de praktijkproblemen en de opvattingen uit het verleden.

Evaluatie

De ontwikkeling van de abortushulpverlening in Nederland heeft zich bepaald niet geruisloos voltrokken. Regelmatig waren er abortuskwesties in het nieuws – moeilijkheden rond vestiging van klinieken in het Zuiden des lands, de politieke storm rond de kliniek voor oudere zwangerschappen in Heemstede, onverkwikkelijke touwtrekkerij over het bestuur van een drietal abortusklinieken van de N.V.S.H. en voorts vele Kamervragen over allerlei aspecten van de hulpverlening, en niet te vergeten uitspraken van kerkelijke autoriteiten. Dit duidt niet op het rustig klimaat dat men zich wensen zou voor een evenwichtige uitbouw van de hulpverlening. Toch is dat vrij goed gelukt. De meest essentiële problemen zijn in stilte opgelost. De grote stroom hulpzoekende

vrouwen werd geruisloos opgevangen. Commerciële excessen werden voorkomen. Van het begin af aan heeft de medisch-technische hulpverlening op een hoog peil gestaan en mede door een goede nazorg kon reeds binnen enkele jaren een daling van het aantal verzoeken om zwangerschapsonderbreking worden bewerkstelligd en het recidive-percentage laag worden gehouden.

Alleen op het politieke vlak zijn onverwacht toch problemen gerezen, nu is gebroken met de verstandige ijskastpolitiek van de laatste jaren.

Literatuur

Campell, Moare, Cavar, E. International Inventory of Information on Induced Abortion. Columbia University, New York, 1974.

Enschede, Ch. J. (1966) Abortus op Medische Indicatie en strafrecht. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, vol. 110, blz. 1349.

Permanente Registratie (1974). Interim-rapport permanente Registratie Poliklinische abortus in Nederland: Landelijk overleg organisaties voor abortushulpverlening en geboorteregeling, door P. Schnabel, onderzoekscoördinator Stimezo-Nederland. Den Haag, september 1974.

Sondermeyer, B. & Veenhoven, R. (1972). Abortus: effecten van liberalisering. N.I.S.S.O., Zeist.

Tietze, C. & Dawson, D. A. 'Induced Abortion', a factbook. Population Council Reports nr. 14, december 1973.

Veenhoven, R. (1972). Houdingen van huisartsen en gynaecologen ten aanzien van abortus en abortuswet. Medisch Contact, Vol. 27, blz. 307-317.

Wolff, J. R., Nielson, P. E. & Schiller, P. J. (1971). Therapeutic abortion: attitudes of medical personnel leading to complications in patient cure. American Journal of Obstetrics and Gynaecology, Vol. 116, p. 730-733.

Synode spreekt zich uit voor 'neen, tenzij'

Nederlands Hervormde Kerk en abortus

'Leven en helpen leven' – samenvatting en conclusie

Het afsluitend hoofdstuk van het rapport dat de commissie ad hoc inzake het vraagstuk der abortus provocatus aan de generale synode der Nederlands Hervormde Kerk heeft aangeboden, luidt als volgt:

Wie zich verdiept in de problematiek van de abortus provocatus constateert al spoedig, dat wij in onze dagen een breuk in een zeer oude traditie meemaken: van randverschijnsel aan de zelfkant van de maatschappij wordt de abortus de laatste jaren tot een min of meer normale ingreep, die in speciaal daarvoor gestichte klinieken openlijk wordt verricht.

Nu heeft de kerk zich in het verleden maar al te vaak behoudend opgesteld ten aanzien van technische en maatschappelijke ontwikkelingen op grond van argumenten die achteraf niet steekhoudend bleken te zijn. Ook tegenwoordig komt men een dergelijke houding onder christenen tegen, hetgeen tot gevolg had en heeft dat de kerk wordt beschouwd als een instituut dat de vooruitgang in de weg staat. Al spoedig valt het woord 'conservatief', dat geassocieerd wordt met 'starheid' en 'onplooibaarheid', in tegenstelling tot de soepelheid en dynamiek van de progressief ingestelde 'moderne mens', die op zijn beurt de neiging heeft om, terwille van wat 'in' is, minder kritisch te staan tegenover nieuwe ontwikkelingen.

De commissie heeft in alle oprechtheid geprobeerd het probleem van de abortus provocatus boven deze vaak emotioneel geladen tegenstelling van 'progressief' en 'conservatief' uit te tillen, omdat een zakelijke discussie erdoor bemoeilijkt wordt. Wij zijn geen cultuurpessimisten maar beschouwen veel van wat in onze samenleving is gegroeid als een zegen, al realiseren wij ons dat met de grotere mogelijkheden die door deze ontwikkelingen voor de mens zijn ontstaan ook zijn verantwoordelijkheden groter zijn geworden.

Abortus provocatus is het afbreken van een uniek mensenleven-in-opbouw, zij het in een vroeg stadium. Hierin ligt het fundamentele verschil met allerlei andere ontwikkelingen en vernieuwingen in de samenleving. Er is sprake van een breuk. Wat tot voor kort onaantastbaar was: het leven in de moederschoot, wordt nu in steeds grotere aantallen vernietigd. Het is tegen deze ontwikkeling, dat de commissie unaniem stelling neemt. In het licht van de bijbelse gegevens en in overeenstemming met wat de kerk door de eeuwen heen heeft verkondigd zijn wij de overtuiging toegedaan, dat abortus provocatus een kwaad is en als zodanig principieel moet worden afgewezen als een uitweg bij een ongewenste zwangerschap.

Toch erkennen wij dat op deze regel uitzonderingen mogelijk zijn, ja dat er zich omstandigheden kunnen voordoen waarin het laten voortbestaan van een zwangerschap een groter kwaad is dan het afbreken ervan. De meerderheid van de commissie acht een abortus provocatus *slechts* toelaatbaar, als de zwangerschap een directe bedreiging vormt voor het leven of de gezondheid van de vrouw, met andere woorden wanneer er sprake is van een situatie, waarin 'leven tegenover leven' staat. Over de interpretatie van het begrip 'leven' liepen de meningen echter uiteen. Zo was in de commissie ook de oprecht bewogen stem vertegenwoordigd van hen die van mening zijn dat een ongewenste zwangerschap voor de betrokkenen dermate rampzalig kan zijn, dat, hoewel in fysieke zin van een levensbedreigende situatie geen sprake is, een abortus toch gerechtvaardigd zou kunnen zijn, omdat de vrouw geen enkele andere oplossing (met behoud van het nieuwe leven) meer ziet en de psycho-sociale moeilijkheden onoverkomelijk lijken, zodat zij psychisch en maatschappelijk gezien geen 'leven' zou hebben. Door het wegnemen van de actuele noodsituatie verdwijnt de achtergrondproblematiek

Na een tweede bespreking heeft de generale synode der Nederlands Hervormde Kerk het rapport van haar commissie ad hoc inzake het vraagstuk der abortus provocatus aanvaard. Bij eerste bespreking, juni 1974, kwam de synode niet tot een eindoordeel (zie M.C. nr. 26 (1974) 29, blz. 840). Uit het commissierapport, getiteld: 'Leven en helpen leven', hiernaast de samenvatting en conclusie.

De commissie ad hoc werd medio 1972 samengesteld, met als leden: Ds. J. A. van Boven; Mevr. Dr. E. T. Diemer-Lindeboom; Dr. L. van der Drift, longarts (die zich al spoedig om gezondheidsredenen terugtrok); Dr. J. Kremer, vrouwenarts; Drs. A. W. Mante, vrouwenarts; Mevr. Dr. M. M. Plomp-van Harmelen, chirurg; Dr. E. Schroten. Zij kreeg het verzoek, 'een rapport samen te stellen betreffende de zedelijke aspecten van de toepassing van abortus provocatus, verstaan vanuit de evangelische, bijbelse gegevens'. Daarbij zou de commissie er onder meer van moeten uitgaan, 'dat de toepassing van abortus provocatus het beëindigen van menselijk leven is'.

Abortus provocatus wordt door de commissie omschreven als: 'het beëindigen van een uniek mensenleven in opbouw door het opzettelijk afbreken van een intacte binnenbaarmoederlijke zwangerschap tot aan de 16e zwangerschapsweek'. In haar rapport concludeert de commissie, 'dat abortus provocatus een kwaad is en als zodanig principieel moet worden afgewezen als een uitweg bij een ongewenste zwangerschap'. Wel erkent zij, dat uitzonderingen op deze regel mogelijk zijn.

evenwel niet. Reeds daarom alleen al zal zeker in dergelijke gevallen een pastorale en/of psycho-therapeutische begeleiding onontbeerlijk zijn.

Kortom, er kan gesteld worden dat de commissie als geheel het als 'neen, tenzij' aangeduide standpunt huldigt, met dien verstande dat er verschil van mening bestaat over de inhoud en omvang van het 'tenzij'. Om misverstanden te voorkomen zij er hier overigens op gewezen, dat wij unaniem de mening zijn toegedaan dat de verantwoordelijkheid voor een beslissing inzake het beëindigen of accepteren van een ongewenste zwangerschap uiteindelijk ligt bij de erbij betrokken vrouw en – zo mogelijk – haar man (of partner). Wij schrijven dit rapport niet om aan anderen ons standpunt op te dringen, maar om een aantal overwegingen en argumenten aan te dragen, die – zeker in de gemeente van Jezus Christus – gehoord moeten worden. Wij willen geen beslissingen uit handen nemen, maar bouwstenen aandragen voor het op verantwoorde wijze nemen van een beslissing.

Vandaar ook dat in de 'Pastorale notities' het woord 'ruimte' centraal staat. Het is de ruimte die nodig is om te komen tot een verantwoorde beslissing om een zwangerschap al dan niet te laten doorgaan. En voor een christen betekent dit dat, al dan niet met behulp van een pastor, gezocht zal worden naar een antwoord op de vraag wat de wil van God in deze concrete noodsituatie is.

Wat hier gezegd wordt over verantwoordelijkheid geldt mutatis mutandis eveneens voor de medicus aan wie gevraagd wordt een zwangerschap af te breken. Naar het inzicht van de commissie kan een arts zich niet verschuilen achter het besluit van een vrouw (en man) en zich slechts de technische uitvoerder van hun beslissing achten. Ook hij is verantwoordelijk voor zijn handelen.

Met het bovenstaande is in grote lijnen de mening van de commissie weergegeven. De doelstelling van ons rapport is te trachten een christelijke visie met betrekking tot de abortusproblematiek te formuleren. Daarbij gaat het ons, zoals gezegd, vooral om de argumentatie.

Er is echter nog iets. In het verlengde van onze stellingname zouden wij een vurig pleidooi willen voeren voor een

andere mentaliteit: laten wij in Gods Naam het verschijnsel abortus provocatus niet normaal gaan vinden. 'Menselijk leven en menselijke integriteit behoren tot de gewichtigste goederen, die als zodanig in onze rechtsorde erkenning hebben gekregen', zo schreef de commissie-Kloosterman destijds. Wanneer wij aan de beschermwaardigheid van het leven (ook in zijn vroegste ontwikkelingsfase) gaan tornen, ondermijnen wij een van de pijlers, waarop de rechtsstaat is gevestigd. Abortus provocatus is niet een specifiek christelijk maar een algemeen menselijk probleem. De humaniteit is in het geding en dan wordt het een zaak van ieder mens! Daarom is abortus provocatus niet alleen maar een zuiver persoonlijke problematiek van de betrokken vrouw (en man), maar mede een zaak van de samenleving in breder verband, ja van de rechtsorde.

De oproep tot mentaliteitsverandering plaatst ons voor een aantal consequenties. Wij noemen er twee. In de eerste plaats kan men niet protesteren tegen abortus provocatus als ongeoorloofde vernietiging van menselijk leven, terwijl men andere vormen van een dergelijke vernietiging – bijvoorbeeld in het oorlogsgeweld of in het verkeer – onverschillig aan zich voorbij laat gaan. En in de tweede plaats impliceert het afkeuren van abortus provocatus de bereidheid en de inzet om te zoeken naar middelen om een dergelijke ingreep te voorkomen (integrale opvoeding, adequate voorlichting, verantwoorde anticonceptie) en tevens naar meer humane oplossingen voor het probleem der ongewenste zwangerschap. Niet alleen als deze afgebroken wordt maar zeer zeker ook wanneer deze uitgedragen wordt, is intensieve hulp nodig. Wel hebben vele organisaties zich al tientallen jaren ingezet om de ongehuwde moeders en hun kinderen terzijde te staan. Maar er is meer nodig: het maatschappelijk isolement, waarin zovelen uit deze categorie verkeren, moet opgeheven worden. Een niet strafbare mogelijkheid tot te-vondeling-leggen zou een bijdrage kunnen vormen. Wanneer dat bovendien gepaard zou gaan met een verder versoepeling van het adoptiebeleid, zouden meer kinderloze echtparen, die nu op lange wachtlijsten genoteerd staan, gelukkig gemaakt kunnen worden.

Wie 'a' zegt moet ook 'b' durven zeggen. Dat schrijven wij niet vanuit de arrogantie van de betweter, maar in het besef dat wij allen mede schuldig zijn aan een maatschappij waarin de toepassing van abortus kon inburgeren en waar in zovele opzichten mensenlevens worden vernietigd. Kerk en samenleving zijn bovendien tekortgeschoten – ook voordat de vruchtafdrijving zo algemeen werd – in de hulpverlening aan en het begrip voor mensen die in sociale en existentiële nood verkeren, met name voor de ongehuwde moeder en haar kind.

De oproep tot mentaliteitsverandering betreft daarom zeer zeker en in pregnante zin ook de gemeente van Jezus Christus. Deze belijdt immers, dat zij niet wil uitgaan van de autonome mens, die zijn eigen normen en waarden vaststelt, maar van de mens als 'beeld Gods', die in de lijn van Jezus Christus zijn leven wil leiden. Wil deze belijdenis niet tot een stichtelijke doodoener worden, dan zal haar betekenis afgelezen moeten kunnen worden aan gemeenschapszin, opofferingsgezindheid en creativiteit in het vinden van 'exodussen' in schijnbaar hopeloze situaties. Gehoorzaamheid en verantwoordelijkheid zijn in de bijbel twee kanten van één medaille en de vrijheid die de christen van Godswege geschonken krijgt is tegelijk een oproep om te 'wandelen' in de geest van God (vgl. Galaten 5).

Daarom willen wij dit rapport besluiten met het klassieke gebed 'Kom Schep-per, Heilige Geest!' Want dan worden alle dingen nieuw, dan wordt ook de Gemeente, het 'lichaam van Christus', tot nieuw leven geïnspireerd en als dat gebeurt zijn er wonderen te verwachten.

'Leven en helpen leven. Een poging tot het formuleren van een christelijke visie ten aanzien van de abortus-provocatus' wordt over enige tijd uitgegeven door de synode van de Nederlands Hervormde Kerk, secretariaat: Carnegie-laan 9, Den Haag, tel. 070 - 653915.

Bestrijding kanker bij jeugdigen

door Dr. G. J. Bos

Helaas bestaat (nog) niet de gewoonte, alvorens een groots opgezet nationaal wetenschappelijk plan in de gezondheidszorg uit te voeren, een hoorzitting in te lassen. Naar aanleiding van de actie 'geven voor leven' zou ik graag voor dit forum een aanvullend programma voor bestrijding van jeugd-kanker in discussie willen brengen. Men kan het met de voorzitter van de Europese Organisatie voor Kankerresearch eens zijn, dat het merkwaardig is, dat een omroepvereniging met de actie in hoge mate het beleid van de kankerresearch beïnvloedt. Als het geld moet worden bestemd voor de jeugdkankerbestrijding het volgende:

Suggestie voor een aanvullend plan

Bij het hier te ontwikkelen aanvullend programma zullen de 5 punten van het actie-comité als skelet worden gebruikt.

1. *Intramurale voorzieningen.* In de bestaande plannen is onzes inziens een te zwaar accent komen te liggen op de medisch-technische voorzieningen. Teneinde het evenwicht te bewaren, zou minstens de helft van de opbrengst van de actie ten goede moeten komen aan de maatschappelijke gezondheidskundige zorg ter bestrijding van de jeugdkanker. De argumenten worden ontleend aan de volgende doelstelling:

2. *Uitbreiding van fundamenteel kankeronderzoek.* Een onbekend probleem dient voor alles uitvoerig beschreven te worden met de descriptieve epidemiologische methode. Bij de bestaande opzet is deze methode niet voldoende gewaardeerd. Bij het verzamelen van een volledig materiaal van jeugdkanker (onder de 15 jaar) in Nederland gedurende 5 jaar wordt geraamd, dat 1500 nieuwe gevallen gerapporteerd kunnen worden. Het volgende spectrum, afgaande op de 119 gevallen, waarvan De Kraker en Voûte (1973) melding maakten en die in het Emma-kinderziekenhuis te Amsterdam be-

Klinische entiteit

Leukemie
Rabdomyosarcoom
Maligne tumoren R.E.S.
Neuroblastoom
Maligne neopl. bot
Wilms-tumor
Maligne tumoren in
de overige trakti

Totaal

Observatie

33 gevallen
23 „
22 „
13 „
11 „
10 „
7 „

119 gevallen

Verwachting, 5 jaar, Nederland

416 gevallen
290 „
277 „
164 „
139 „
126 „
88 „

1500 gevallen

handeld werden gedurende 1970/71, zou er ongeveer uitzien als hierboven. Een inventariserend onderzoek op populatiebasis is heel wel mogelijk. Een voorbeeld daarvan is de uitstekende Zeeuwse survey van de perinatale sterfte, waarin alle vroedvrouwen, huisartsen, gynaecologen en kinderartsen deelnamen, gesecondeerd door vertegenwoordigers van de basiswetenschappen van de geneeskunde. Per week zouden dan 5,8 jeugdkankergevallen ter kennis komen. Deze zouden dan uitvoerig beschreven moeten worden met behulp van gegevens van alle hulpverleners die bij de ziekte betrokken zijn. Speciaal zou aandacht geschonken kunnen worden aan de hoopgevende indicaties voor de primaire preventie.

3. *Leukemie.* De oorzaak van de acute lymfatische leukemie is onbekend, maar niet aan twijfel onderhevig is:
a. de virale etiologie die gevonden wordt bij dieren (kip, muis, rat, kat, paard, rund, aap en slang). Bij de dierenartsen behoort de vaccinatie tegen leucose al tot de dagelijkse praktijk. Er zijn bij de mens duidelijke voorbeelden van direct-contact-op-eenhopeningen van gevallen met acute lymfatische leukemie. Een populatie-onderzoek gedurende 5 jaar in Ne-

derland zou de detectie mogelijk maken van 'nesten' (eventueel) van leukemie bij een te verwachten aantal van ± 400 gevallen;
b. de ioniserende stralingsinductie voor het kind, maar ook van de moeder bij het optreden van leukemie. Hierbij kan een onderzoek op populatiebasis samengesteld uit een groep van getroffen gevallen en een controlegroep, de ernst van de inducerende kracht bepalen.

4. *Centrale registratie en verdere bestudering van solide tumoren.* Aan deze doelstelling kan wellicht het best de onvolkomenheid van de eenzijdige hantering van het medisch model tegenover die van het sociaal-medisch-model worden aangetoond. Een centrale registratie van alle tumoren bij jeugdigen is niet alleen van belang voor de pathologisch-anatomisch geïnteresseerde medici, maar ook voor de sociale geneeskunde, wanneer in de registratie behalve strikt medische gegevens ook de epidemiologische gegevens worden vastgelegd die berusten op het andere paradigma van de geneeskunde als daar zijn: geografische kenmerken, sociale laag, de leeftijd en de pariteit van de moeder enz. Ver-moedelijk kan door een onderzoek als hier wordt bepleit, op een zeer krachtig-

ge inductie gestoten worden voor het optreden van jeugdkanker, namelijk de leeftijd van de moeder (c.q. de vader). Deze factor is te weinig bekend. In verband met het vraagstuk van de transplacentaire carcinogenese, is de aandacht komen te vallen op de associatieve relatie tussen het reproductie-cijfer van een bevolking en het optreden van jeugdkanker. Het volgende overzicht is illustratief (zie tabel hiernaast).

De kankergenese kan niet los gemaakt worden van het algehele morbiditeits- en mortaliteitspatroon in een bevolking. In dezelfde periode als hierboven genomen werd is de kindersterfte (0-14 jaar) tengevolge van alle doodsoorzaken in Nederland in 1968 afgenomen met 24% als deze in 1956 op 100% wordt gesteld. Gedurende deze periode is het reproductiecijfer per 1000 vrouwen van 15-44 jaar in Nederland gedaald van 103.1 (1956) tot 86.0 (1968). De leeftijdsspecifieke reproductiecijfers geven aan dat de dalende huwelijksvruchtbaarheid gepaard is gegaan met een verlaagde draaglast voor de reproductie van vrouwen boven de 30-34 jaar in Nederland als wel in de Ver. St. Als in Nederland de reproductiecijfers in 1956 op 100% worden gesteld, dan waren:

30% meer vrouwen van 15-24 jaar belast met de reproductie in 1968;

21% minder vrouwen van 25-34 jaar belast met de reproductie in 1968;

Jaar	Leeftijdsspecifieke kanker-incidenties in de Ver. Staten voor kinderen onder de 5 jaar.	Leeftijdsspecifieke reproductie-cijfers in de Ver. Staten van vrouwen van 15-44 jaar.
1956	10.4 per 10.000 kinderen = 100%	121.2 per 1000 vrouwen = 100%
1957	10.2 „ „ „	122.9 „ „ „
1958	10.0 „ „ „	120.2 „ „ „
1959	9.8 „ „ „	118.8 „ „ „
1960	10.2 „ „ „	118.0 „ „ „
1961	9.7 „ „ „	117.2 „ „ „
1962	9.0 „ „ „	112.2 „ „ „
1963	9.3 „ „ „	108.5 „ „ „
1964	8.5 „ „ „	105.0 „ „ „
1965	8.1 „ „ „	96.6 „ „ „
1966	7.8 „ „ „	91.3 „ „ „
1967	7.7 „ „ „	86.6 „ „ „
1968	7.2 „ „ „ = 69.3%	85.7 „ „ „ = 70.7%

Bron: Lyster 1973

50% minder vrouwen van 35-49 jaar belast met de reproductie in 1968.

Indien het vermoeden wordt bevestigd dat oudere moeders een duidelijke risico-groep vormen voor het optreden van kinderkanker, dan zou de G.V.O. in het geweer kunnen komen. In ieder geval is het duidelijk, dat een centrale registratie van jeugdkanker *niet* zonder aanvulling van demografische gegevens kan geschieden.

5. *Begeleiding ouders.* Vorengenoemde agogiek is gebaat bij een juiste verhouding tussen cliënt en dokter. Iedereen wordt in staat gesteld zijn bijdrage te leveren in de bestrijding van jeugdkanker. Het gesuggereerde

onderzoek voor de jeugd kanker motiveert alle geneeskundigen van het basis- tot aan het derde echelon tot verdieping in de problematiek. Daarnaast kan er studie gemaakt worden van eisen voor deskundigheid voor de begeleiding van ouders in curatieve situaties en in preventieve situaties.

Leiden, 29 november 1974

Literatuur

Kraker, J. de, en P. A. Voûte. Humane aspecten van kanker bij kinderen, Ned. Tijdschr. van Geneeskunde 117 (1973) 945.

Lyster, W. R. Fecundity and infantile cancer. The Lancet II (1973) 267.

Memorandum Basisfilosofie Kankeronderzoek

Om nationaal snel te kunnen profiteren van de overal op de wereld ondernomen kankerresearch-inspanning is ook in ons land een zo breed mogelijke opstelling nodig. Aldus de Adviesgroep kankeronderzoekprogramma van de Raad voor Gezondheidsresearch T.N.O. in een 'Memorandum Basisfilosofie Kankeronderzoek', dat zij zojuist heeft uitgebracht.

Naar de mening van de adviesgroep, die in 1972 in het leven werd geroepen en onder voorzitterschap staat van Prof. Dr. H. O. Nieweg, is de huidige stand van zaken voor wat betreft de researchinspanning onbevredigend.

Weliswaar heeft Nederland de beschikking over een klein aantal deskundigen op vele onderdelen van het kankeronderzoek, maar deze staan op hun gebied dikwijls geïsoleerd.

Om hierin verbetering te brengen stelt de Adviesgroep kankeronderzoekprogramma voor, te komen tot een aantal 'integrale' kankercentra, een aantal specifieke kankercentra, enkele grote en enkele kleinere zwaartepuntprogramma's en de bevordering van Nederlandse deelname aan internationale samenwerkingverbanden.

Het ligt in de bedoeling dat de Adviesgroep kankeronderzoekprogramma

nog een tweede deel aan haar memorandum toevoegt, waarin sommige van de gedachten die in het eerste deel zijn neergelegd moeten worden uitgewerkt. Beide delen worden dan overgedragen aan de Commissie voor Kankerresearch van de Raad voor Gezondheidsresearch T.N.O. (eveneens onder voorzitterschap van Prof. Nieweg) wier taak het is een meer uitgewerkt concreet nationaal kankeronderzoekprogramma op te stellen.

Algemene aspecten van de Planning van het medisch wetenschappelijk onderwijs

Inleiding:

Tegen de achtergrond van allerlei recente ontwikkelingen heeft de werkgroep 'Planning Medisch Wetenschappelijk Onderwijs' het nodig geoordeeld een overzicht op te stellen waarin de knelpunten voor de planning van onderwijs aan toekomstige werkers in de gezondheidszorg kunnen worden gelokaliseerd. Voorbeelden van nieuwe ontwikkelingen zijn: het in april jl. verschenen rapport van de commissie onder leiding van Dr. Groot over kostenplitsing in academische ziekenhuizen; de in augustus verschenen Structuurnota Gezondheidszorg; de door persberichten bekend geworden voornemens van Staatssecretaris Klein met betrekking tot de planning voor het wetenschappelijk onderwijs, enz.

In toenemende mate wordt, ook internationaal in O.E.C.D.-verband, onderkend dat een nauwe samenhang moet bestaan tussen enerzijds de zeer omvangrijke activiteiten der gezondheidszorg (in Nederland bedroegen in 1973 de kosten 12,4 miljard gulden), en een kwantitatieve en kwalitatieve planning van de werkers voor deze enorme dienstensector. Naar schatting is 5% der werkende bevolking hierbij ingeschakeld, waarvan een groot aantal uit de sector postsecundair onderwijs wordt gerecruteerd. De noodzaak vooruit te zien wordt nog versterkt door het traagheids-element dat aanpassen van opleidingen karakteriseert. Wijzigingen in opleidingen, of nieuwe opleidingen die beter afgestemd zijn op functies en taken, vereisen veelal andere opleidingsmogelijkheden in de gezondheidszorg. Het effectief worden in de gezondheidszorg van dit soort aanpassingen vergt in het algemeen 5 - 10 jaar.

Een viertal problemen wordt in deze nota besproken. Tot op zekere hoogte worden instrumenten verschaft om een eerste aanzet te geven voor de oplossing. Achtereenvolgens behandelen we de volgende vragen:

I. Wat zijn de hoofdcomponenten van een planning voor het medisch onderwijs, en wat zijn de primaire relaties daartussen?

II. Hoe kan degelijk overleg tussen de gezondheidssector en de onderwijssector worden bevorderd?

III. Hoe kan het behoeftenvraagstuk in het licht van de antwoorden op de vorige vraag worden bestudeerd?

IV. Wat zijn de consequenties op bestuurlijk niveau van de antwoorden op de vorige vragen?

1. Uitgangspunt

Waar gaat het om bij een planning voor het medisch (wetenschappelijk) onderwijs?**) Ter wille van de duidelijkheid stellen we de volgende beperkte taakomschrijving voor: Medische onderwijsplanning dient in eerste instantie een verband te leggen tussen enerzijds wetenschappelijke ontwikkeling en de toekomstige behoeften van de gezondheidszorg en anderzijds de mogelijkheden en beperkingen van de huidige opleidingen, met inbegrip van de praktijkscholing in de gezondheidszorg.

Uitgangspunt voor de medisch onderwijsplanning is dus in feite de noodzaak van een evenwichtige interactie tussen opleidingen en gezondheidszorg. Een deel der huidige problemen in het medisch onderwijs kan worden gezien in het licht van onderling niet gecorreleerde groei in de twee stelsels. Wellicht heeft hiertoe bijgedragen, dat vroeger de academische ziekenhuizen een wezenlijk andere opzet hadden dan de huidige. Daarnaast zijn de veranderingen in de extramurale gezondheidszorg in combinatie met de trage aanpassingsmechanismen in de opleidingsinstellingen aanleiding geweest tot vervreemding tussen opleiding en praktijk. Vandaar, dat bezin-

ning nodig is op planning in boven bedoelde zin.

2. Vier vragen met het oog op de planning voor het medisch onderwijs

Hoewel de noodzaak tot betere planning voor het medisch onderwijs alom wordt ingezien, en o.a. in de Structuurnota Gezondheidszorg wordt bepleit, is er geen overeenstemming over de wijze waarop deze planning tot stand moet komen. De Werkgroep Planning Medisch Onderwijs heeft de afgelopen jaren gewerkt aan een aantal projecten en visies. Zowel binnen de medische faculteiten als op landelijk niveau heeft dit werk bijgedragen tot een discussie over doelstellingen en inrichting van medische opleidingen en van academische ziekenhuizen. Deze discussie heeft echter voornamelijk plaatsgevonden zonder dat de verantwoordelijke overheidsinstanties hieraan deelnamen; vandaar het gesignaleerde gebrek aan overeenstemming. Als eerste aanzet voor het hoogst noodzakelijke overleg tussen de medische en opleidingswereld enerzijds,

*) De werkgroep werd in 1971 van overheidsweg ingesteld naar aanleiding van het in 1970 verschenen Memorandum I van de hand van A. Querido (Leiden). In juli 1971 verscheen haar eerste rapport (Memorandum II) en eind 1973 Memorandum III (deze memoranda zijn verschenen bij de Staatsuitgeverij te Den Haag). De werkgroep bestaat sinds augustus 1973 uit: L. M. J. Groot te Roermond, A. Querido te Leiden (voorzitter), P. J. Thung te Leiden en H. Tiddens te Maastricht.

**) Deze nota concentreert zich op de opleiding van medisch-wetenschappelijke beroepsbeoefenaars. Wij wijzen er echter op dat de planning hiervan dient te geschieden in het kader van een breder opgezette planning waarin de vorming van alle medisch, verpleegkundig en paramedisch personeel is opgenomen alsmede hun continue nascholing.

en de overheid anderzijds, heeft de werkgroep een aantal vragen geformuleerd die naar haar inzicht fundamenteel zijn voor een planning voor het medisch onderwijs. Zowel door de vragen als door de gesuggereerde aanpak, wordt gehoopt een kader te scheppen voor de toekomstige discussie tussen de gezondheidssector, de onderwijssector en de overheid.

De vragen gaan uit van de gedachte dat medisch onderwijs een zaak is die de twee beleidssferen van Onderwijs en Wetenschappen en van Volksgezondheid en Milieuhygiëne beide regardeert. Als zodanig kunnen de vragen ook niet uitsluitend worden behandeld vanuit een 'Onderwijs'- of wel vanuit een 'Volksgezondheid'-visie. Een planning voor het medisch onderwijs zal zich zowel op het gebied van de één, als op het gebied van de ander moeten kunnen bewegen. Dit houdt niet in dat bij een dergelijke planning noodzakelijkerwijs ideeën worden ontwikkeld over de structuur van de gezondheidszorg. Het betekent wel, dat bij de in volksgezondheidskringen gevoerde discussies over structuurveranderingen op dit terrein zorgvuldig wordt nagegaan hoe dergelijke veranderingen zich verhouden tot de ontwikkeling van het medisch onderwijs.

Vraag I

Wat zijn de hoofdcomponenten waarmee moet worden gerekend bij het planningsproces voor het medisch onderwijs en welke primaire relaties bestaan er tussen die componenten?

In de opleiding kunnen twee hoofdfasen worden onderscheiden, namelijk de basisopleiding en de professionele vorming. De basisopleiding verschaft de algemene wetenschappelijke vorming en de aansluitingsmogelijkheden voor de professionele opleidingen. Zij is bij uitstek de taak van de medische faculteiten, en het is dan ook van belang dat deze faculteiten zich thans bezig houden met de herformulering van de doelstellingen voor deze basisopleiding. Deze doelstellingen worden beïnvloed vanuit twee velden: de ontwikkeling van de wetenschap en die van de gezondheidszorg. De invloed van het laatstgenoemde veld werkt echter via de post-universitaire profes-

sionele opleidingen, welke immers in dit veld wortelen en hun doelstellingen rechtstreeks hieraan ontlelen (zie hiervoor ook Memorandum III van de Werkgroep Planning M.W.O., hoofdstuk III). De relaties tussen de praktische eisen van de gezondheidszorg en de basisopleiding zijn dus de volgende:

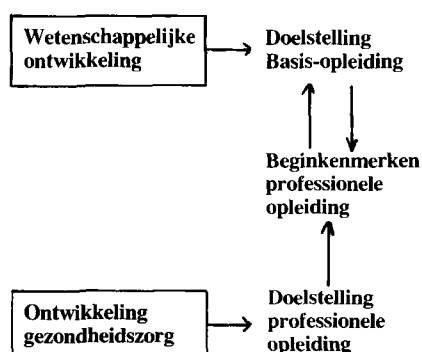


Fig. 1. Relatering der componenten, eerste stap.

de basisopleiding levert een arts die de beginkenmerken bezit waarop wordt voortgebouwd door de professionele opleiding, welke laatste haar einddoelstellingen rechtstreeks aan de gezondheidszorg ontleent.

Deze relaties zijn als eerste stap weergegeven in *figuur 1*. De complexiteit der relaties steekt onder meer in het feit dat de beginkenmerken ten behoeve van de professionele opleidingen enerzijds voortkomen uit de basisopleiding, doch anderzijds ook op de einddoelstellingen van de professionele opleiding moeten zijn afgesteld. Hierdoor is het ook noodzakelijk dat de doelstellingen van de basisopleiding zich mede door de professionele opleidingen laten beïnvloeden. Deze dubbelzijdige beïnvloeding demonstreert hoezeer het nodig is om het totaal der medische opleidingen als een continuüm te bezien en te plannen.

Een volgende stap is het completeren van het beeld met de concrete inrichting van de opleidingen. Deze inrich-

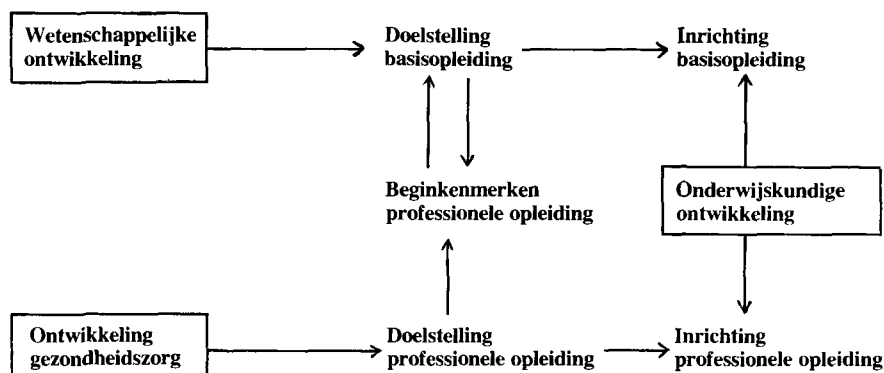


Fig. 2. Relatering der componenten, tweede stap.

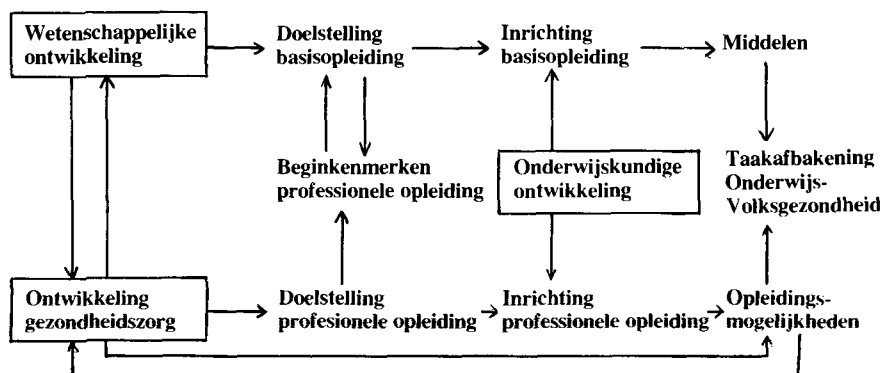


Fig. 3. Relatering der componenten, derde stap.

ting dient duidelijk afhankelijk te zijn van de betreffende doelstellingen, terwijl hier voorts een derde veld meespeelt, namelijk de ontwikkelingen op het gebied der onderwijskunde. Deze stap leidt tot *figuur 2*. Tevens wordt in deze figuur aangegeven dat uiteraard de velden van wetenschap en gezondheidszorg elkaar over en weer beïnvloeden.

Wat kunnen we nu met een dergelijk schema doen? Dit blijkt wanneer wij als derde stap dit schema completeren met de voor de inrichting der opleiding vereiste middelen die aan de faculteiten ter beschikking staan voor het onderwijs en anderzijds de mogelijkheden tot praktijkvorming die de gezondheidszorg biedt. In de academische ziekenhuizen zien we deze twee componenten tegelijk aanwezig, wat op zich een van de problemen van het medisch onderwijs is zoals in de Memoranda van de Werkgroep Planning M.W.O. herhaaldelijk is besproken. Er zijn ook andere praktijkvoorzieningen voor het onderwijs nodig.

Uit het thans gecompleteerde schema van *figuur 3* komen automatisch ook andere problemen naar voren: zijn de mechanismen aanwezig om de midde-lenbehoefte te kwantificeren? En om deze middelen en mogelijkheden doelmatig op elkaar af te stemmen? Zijn de verantwoordelijkheden voor een en ander duidelijk gealloceerd? Is de taakafbakening geregeld tussen de overheidsinstanties op het gebied van onderwijs en van gezondheidszorg?

Ook komt uit het schema de cruciële betekenis van het contact tussen gezondheidszorg en onderwijs naar voren. Daarbij zal ook moeten worden gedacht aan de betekenis van externe, niet in het schema opgenomen, invloeden. Zo is de laatste jaren, als gevolg van de snelle groei van het aantal studenten sinds 1963, een sterke druk ontstaan op de opleidingen in de gezondheidszorg. Het huidige streven naar vergroting der uitvoeren zal ongetwijfeld invloed uitoefenen op de ontwikkeling der gezondheidszorg, bijvoorbeeld via vervanging van specialistenplaatsen door opleidingsplaatsen!

Vraag II

Hoe kan doeltreffend overleg tussen de

gezondheidszorgsector en de onderwijssector worden bevorderd?

Hoewel er velerlei overleg bestaat, zoals door contacten tussen bewindslieden in interdepartementaal overleg, alsook overleg met het veld, zoals in verband met affiliatiecontracten, levert toch juist de interactie onderwijs-gezondheidszorg de grootste problemen op. Een oorzaak is veelal dat wordt nagelaten (of vermeden) duidelijk vast te stellen welke instantie voor welke activiteiten verantwoordelijk is. Neem bijvoorbeeld de nieuwe huisartsenopleiding: de verantwoordelijkheid voor de financiering hiervan is jarenlang in het vage gelaten, wat tot velerlei problemen heeft geleid. Hoewel thans is vastgesteld dat de honorering der artsen in opleiding geen zaak is voor het departement van Onderwijs en door Volksgezondheid moet worden opgelost, is er nog steeds onduidelijkheid inzake de verantwoordelijkheid, met name op langere termijn, voor de overige 'middelen en mogelijkheden'. Planning op dit gebied is mede hierdoor momenteel niet mogelijk.

Een ander probleem is, dat ook de doelstellingen van de professionele opleidingen aan herformulering en dan in operationele vorm, toe zijn. Men dient hierbij uit te gaan van de activiteiten die in het kader van een bepaalde positie in de gezondheidszorg plaatsvinden. Deze activiteiten kunnen beschouwd worden als een 'grondstof' waarmee de opleidingen worden opgebouwd en leveren tevens de normen waaraan zij moeten voldoen. Dit is niets nieuws: in de beroepsopleiding voor verloskundigen bijvoorbeeld worden dergelijke normen al gesteld. Het is echter niet eenvoudig om ook voor de wetenschappelijke beroepsbeoefenaars de daartoe nodige analyse op gang te brengen en een consensus te ontwikkelen over aard en waarde van de normen. Daartoe is tevens weer noodzakelijk dat wordt vastgesteld wie verantwoordelijk dient te zijn voor de tijdens deze processen te nemen beslissingen. Zolang niet op een dergelijke werkwijze wordt aangestuurd, wordt ook het samenwerkingsprobleem tussen onderwijs- en gezondheidszorginstanties ontweken!

Indien echter de werkwijze en verantwoordelijkheden zijn vastgesteld, kan stapsgewijs het volgende geschieden (het voorbeeld betreft een professione-

le postuniversitaire opleiding, doch een en ander kan mutatis mutandis voor elke opleiding geschieden):

1. Op grond van een algemene visie op het betreffende specialisme worden een aantal vereisten ontwikkeld voor toekomstige beroepsbeoefenaars.
2. Deze vereisten worden vertaald in concrete activiteiten die dergelijke beroepsbeoefenaars zullen moeten kunnen verrichten.
3. Deze activiteiten worden vertaald tot onderwijsdoelstellingen, welke uitgangspunt zijn voor de constructie van het onderwijspakket.
4. Tegelijkertijd wordt bepaald of de gezondheidszorg de nodige faciliteiten beschikbaar heeft waarin ervaring kan worden opgedaan.
5. Tenslotte worden besluiten genomen ten aanzien van enerzijds de inrichting van de opleiding en de toetsing van het resultaat, en anderzijds de beschikbaarstelling respectievelijk financiering der faciliteiten.

Nogmaals: niets nieuws. De discussie rond de affiliatieproblematiek is echter een voorbeeld van het ineffectief blijven van het overleg zolang geen duidelijke en relevante standaarden voorhanden zijn. Een arbitraire standaard, bijvoorbeeld dat een ziekenhuis tenminste twintig co-assistenten moet kunnen plaatsen in de verschillende afdelingen, kon tot nog toe het overleg bemoeilijken. De moeilijkheid was en is, dat men niet is toegekomen aan een formulering van affiliatie-normen op grond van een explicitering van doelstellingen voor de co-assistentenschappen. Een logische oplossing lijkt daarom de bovengenoemde explicitering van doelstellingen respectievelijk van noodzakelijke activiteiten en de relatie daarvan aan de beschikbare c.q. te creëren praktijkmogelijkheden.

In concreto heeft dit natuurlijk nogal wat consequenties. Ziekenhuizen moeten bijvoorbeeld een overzicht kunnen geven van de desbetreffende activiteiten. Onderwijsprogramma's moeten in meer details, dan tot nog toe worden ontworpen. Maar het is de enig rationele aanpak ten behoeve van het onderwijs, en ook de ziekenhuizen hebben hierbij belang aangezien ook voor hun eigen ontwikkeling dan een betere planning kan plaatsvinden. Met

name kunnen, aan de hand van verwachte ontwikkelingen in ziekte- en verzorgingspatronen, vertaald in daarvoor benodigde activiteiten, personeelsbehoeften beter worden berekend. De ziekenfondsen hebben op hun beurt belang bij deze gegevens omdat dit een inzicht geeft in kostenfactoren. De academische ziekenhuizen hebben al belangstelling voor een dergelijke aanpak uitgesproken in gesprekken met de staf van de Werkgroep Planning M.W.O. Hunnerzijds kan hierdoor een deugdelijker onderscheid worden gemaakt tussen verschillende typen zorg en tussen activiteiten in het kader van onderwijs en onderzoek enerzijds en patiëntenzorg anderzijds. Aanzetten in deze richting vinden wij momenteel bijvoorbeeld in de activiteitenklassificatie, die bestaat zowel bij Stichting Medische Registratie als bij de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars.

In de bedrijfseconomische hoek werkt men in Angelsaksische landen met het begrip 'Hospital Activity Matrix'*).

Met een dergelijke matrix kunnen, mits inzicht bestaat in de basisprocessen, berekeningen worden gemaakt in het kader van middellange en lange termijnplanning voor ziekenhuizen. Vanuit het onderwijs kan, naar de voorstellen van de Werkgroep Planning M.W.O., worden gewerkt aan een patiëntenklassificatie waarin de frequentie van bepaalde leer-ervaringen kan worden vastgesteld, waarop het praktisch klinisch onderwijs kan worden afgestemd (zie Memorandum III, hfdstuk V).

Vraag III

Hoe kan de 'behoefte' aan gezondheidswerkers worden benaderd?

In discussies over de behoefte aan bepaalde soorten gezondheidswerkers wordt nogal eens uitgegaan van ratio's, zoals het aantal artsen per duizend inwoners of het aantal inwoners per arts. Deze getallen geven vaak een schijn duidelijkheid, die vermeden zou moeten worden in discussies over de behoefte**) aan gezondheidswerkers.

Neem bijvoorbeeld de discussie over de aantallen afstuderende artsen (het zogenaamde 'aanbod') in de periode tot 1980 en de invloed daarvan op het totale artsenbestand. In sommige kring

gen wordt de indruk gewekt als zouden de in Memorandum III (hfdstuk VI) geproduceerde gegevens een aanknopingspunt geven voor uitspraken over de behoefte aan medici. Niets is minder waar. Met opzet zijn in Memorandum III geen uitspraken over artsenbehoefte gedaan. Een reden ervoor is de reeds genoemde onmogelijkheid om, los van principiële beleidskeuzen, definitieve uitspraken op dit gebied te doen. Voorspellingen omtrent het voldoende zijn, in de toekomst, van een bepaalde artsendichtheid gaan dan ook uit van impliciete premissen ten aanzien van de wijze van tewerkstelling van deze artsen, de werkverdeling met andere professionele krachten, het honoreringssysteem en -niveau etc.

Een beter inzicht in deze problematiek kan worden verkregen door voor de gezondheidszorg als geheel en voor iedere categorie gezondheidszorgwerkers te vragen welke activiteiten uitgevoerd werden, worden en in de toekomst kunnen worden. Dit is een kwalitatieve benadering, die pas kan worden verricht nadat een beeld is verkregen over de huidige toestand en de gewenste situatie op kortere of langere termijn. Dit betekent bijvoorbeeld een uitwerking van de uiterst belangrijke doch globale nota over de structuur van de gezondheidszorg. Tegelijkertijd betekent het de uitwerking van visies op bepaalde categorieën gezondheidszorgwerkers en het vaststellen van voorkeur bij bepaalde alternatieve ontwikkelingsmogelijkheden. Een voorbeeld hiervan is de discussie binnen de kindergeneeskunde over de rol en de plaats van de kinderarts in de toekomst. De globale benadering, zoals in de genoemde structuurnota voor de gezondheidszorg, geeft een indicatie van de kaders waarmee de deelstudies (in dit geval de toekomstige behoefte aan kinderartsen) rekening kunnen houden. Omgekeerd zullen de deelstudies de globale benadering kunnen corrigeren of aanvullen. Zonder een dergelijk samenspel kan een situatie ontstaan waarin zinloze behoefte-ramingen worden opgesteld door de twee partijen afzonderlijk.

Schematisch kan het voorgaande als volgt worden voorgesteld:

1. formulering van alternatieven, op landelijk niveau, voor gezondheidszorgstructuren mede aan de hand van buitenlandse ervaringen;
2. bespreking van de consequenties

van deze alternatieven voor de betreffende (bestaande en eventueel te ontwikkelen) categorieën gezondheidszorgwerkers en ontwikkeling van lange termijnvisies op deze groepen;

3. bepaling van typen activiteiten die bij iedere categorie horen, t.b.v. de formulering van onderwijsdoelstellingen zowel als de planning van gezondheidszorgvoorzieningen, met name de mankrachtbehoeften;

4. formulering van een gezondheidszorg- en opleidingsbeleid op grond van een keuze uit de alternatieven.

In het geval van de kindergeneeskunde is men enkele jaren terug begonnen met het bespreekbaar maken van de behoefte aan kinderartsen. Al snel bleek dat zonder een duidelijke visie op de ontwikkeling van de gezondheidszorg in het algemeen en dit beroep in het bijzonder, weinig gezegd kon worden over behoefte. Uitgaande van bevolkingsprognoses, van morbiditeitspatroon bij kinderen van tendensen in binnen- en buitenland kwam men tot enkele kaders. Hieruit bleek dat de ramingen zouden moeten plaatsvinden voor de hele groep gezondheidszorgwerkers die zich met de kindergeneeskunde bezighouden. De mogelijkheid van taakverschuiving (tussen kinderarts, huisarts, consultatiebureau medewerkers enz.) werd geconstateerd. Daarnaast blijkt dat de kinderarts in de toekomst met een ander activiteitenpatroon in een andere organisatorische omgeving kan werken. Routine-activiteiten worden wellicht overgenomen door paramedisch personeel, waardoor de kinderarts zich meer gaat richten op moeilijker geval-

*) G. M. Luck, e.a.: 'Patients, Hospitals and Operational Research', Tavistock, London, 1974.

**) N.B.: Het begrip behoefte dient hier gezien te worden tegen de achtergrond van een aantal situationele beleidsfactoren zoals: het morbiditeitspatroon van de bevolking, doch ook haar verwachtingspatroon ten aanzien van gezondheid en gezondheidsdiensten; de 'gevoeligheid' van ziekteverzuim, ziektekosten e.d. in het kader der nationale economie, doch ook de van overheidswege in dit verband gestelde prioriteiten, enz. Het is onmogelijk om los van dit soort vragen van een 'artsenbehoefte' in algemene zin te spreken.

len in de grote ziekenhuizen. Het activiteitenpatroon dat hierbij hoort verschilt nogal van de huidige situatie, doch ook ten aanzien van de kwantitatieve behoefte heeft dit implicaties. Wat dit laatste betreft, de demografische en morbiditeitsprognoses moeten ook worden benut voor een relatering van de toekomstige medische werk mogelijkheden aan de mogelijkheden, voor de beroepsbeoefenaren, tot het handhaven van vaardigheden en kennis en het vernieuwen daarvan. 'Maintenance of skill' houdt in, dat een beroepsbeoefenaar frequent genoeg met een bepaald type geval of situatie wordt geconfronteerd om zijn 'kunde' niet te verleren.

Vraag IV

Wat zijn de consequenties op bestuurlijk niveau van de antwoorden op de vorige vragen?

Uitgangspunt van deze nota was de stelling dat de planning ten behoeve van het medisch wetenschappelijk onderwijs een verband dient te leggen tussen de huidige en de toekomstige situatie bij deze opleidingen, zulks in relatie tot de gezondheidszorg. De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor deze twee gebieden ligt bij verschillende instanties en is niet in alle gevallen even duidelijk opgebouwd. Voor de ontwikkeling van het medisch wetenschappelijk onderwijs zijn in principe de faculteiten, c.q. de faculteitsraden, verantwoordelijk. Deze verantwoordelijkheid wordt omschreven in de desbetreffende wetsartikelen en is in vergelijking met de gezondheidszorg vrij duidelijk geregeld.

Op landelijk niveau beperkt het ministerie van onderwijs en wetenschappen zich tot de verdeling van middelen en mankracht aan de universiteiten. Op dit niveau is er in principe géén bevoegdheid ten aanzien van de allocering hiervan aan medische of andere faculteiten, al komt dit in de praktijk soms wel voor. Als regel beweegt de besluitvorming in dezen zich echter op lokaal universiteitsniveau, wat uiteraard de planning van het medisch onderwijs als geheel niet ten goede komt.

De bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de gezondheidszorg in Nederland is wellicht nog complexer. In principe

wordt zij gedeeld door instanties als ziekenhuisbesturen en de individuele gezondheidszorgwerkers (zoals huisartsen en specialisten). Binnen bepaalde instellingen waar gezondheidszorg bedreven wordt vinden tevens onderwijs- en onderzoekactiviteiten plaats, hetgeen de totale verdeling van verantwoordelijkheden nog compliceert. Om tot een grotere bestuurbaarheid te komen van de processen die samenhangen met het medisch onderwijs, lijkt het daarom goed eerst na te gaan welke belangrijke beslissingen door wie moeten worden genomen.

In het verleden heeft de Werkgroep Planning M.W.O. gewezen op de noodzaak van markering van verantwoordelijkheden, vooral in het geval van de academische ziekenhuizen (A.Z.). Dit type ziekenhuis integreert immers het duidelijkst activiteiten op het gebied van de gezondheidszorg, het onderzoek en het onderwijs. De verantwoordelijkheid voor deze, verschillend geaarde, activiteiten lag in het verleden echter verdeeld over een aantal instanties, waardoor de totale bestuurbaarheid van de A.Z. zeer beperkt bleef. Hierin kan verandering worden gebracht door op landelijk respectievelijk regionaal niveau tot overeenstemming te komen over aard en aantal van de activiteiten die in deze ziekenhuizen plaats vinden. Hiermee komen we terug op het gestelde onder vraag II. Op grond van degelijke informatie over de gezondheidszorg kunnen afspraken worden gemaakt op bestuurlijk niveau (bijvoorbeeld over aantallen studenten die praktisch klinisch onderwijs volgen in academische en andere ziekenhuizen), terwijl op analoge wijze afspraken kunnen worden gemaakt over de rol van A.Z. in de gezondheidszorg van een bepaalde regio. Daarbij zou de kloof tussen academische en andere ziekenhuizen in de regio kunnen worden verkleind door een vergaande integratie op het gebied van de opleidingen. De ziekenhuizen vormen dan een ziekenhuisgroep, die gezamenlijk verantwoordelijk is voor het scheppen van mogelijkheden ten behoeve van de opleidingen. In deze ziekenhuisgroep kunnen academische functies op wisselende wijze worden ondergebracht. Ten einde dit te realiseren zijn bestuurlijke kaders noodzakelijk, die in Nederland nog moeten worden ontwikkeld. Op landelijk ni-

veau kan worden gedacht aan een verschuiving van verantwoordelijkheden waardoor:

- de planning van gezondheidszorgfuncties der A.Z. gaat plaatsvinden in het kader van de algemene volksgezondheidsplanning, met zekerstelling van die taken en functies der A.Z. die noodzakelijk zijn voor verantwoord onderwijs en onderzoek;
- terwijl anderszins de planning van ook niet-wetenschappelijke opleidingen voor de gezondheidszorg mede de verantwoordelijkheid wordt van Onderwijs en Wetenschappen. Dit heeft met name implicaties voor diverse beroepsopleidingen.

Hiermee is echter vraag IV slechts ten dele beantwoord. Naast de genoemde veranderingen kan worden gedacht aan specifieke lichamen die zich bezighouden met de planning van het medisch onderwijs. In paragraaf 3 wordt hier dieper op ingegaan.

3. Voortgang en verandering

Bij een toekomstige planning van het medisch onderwijs zullen onvermijdelijk prioriteiten moeten worden gesteld. Zowel vorm als inhoud daarvan zullen worden afgestemd op de veranderende behoeften uit het onderwijs, onderzoek en de gezondheidszorg. Een aantal aspecten zal echter waarschijnlijk minder veranderen, omdat ze een kern betreffen van het medisch onderwijs die noch in de tijd noch tussen bepaalde landen veel verschilt. In dit verband wordt vaak het Goodenough Report aangehaald, dat in 1944 werd opgesteld door het Britse Inter-departmental Committee on Medical Schools. Het blijft inderdaad verrassend daar te lezen: 'Properly planned and carefully conducted medical education is the essential foundation of a comprehensive health service. If such a service is to have continuing vitality it must be founded on highly developed and vigorous systems of general and professional education for members of the medical and allied professions, and it must evoke the enthusiastic and intelligent cooperation of the general public'.*) Daar ging het toen om in Engeland, daar gaat het nog om in Nederland, zoals reeds in zijn eerste memorandum

(maart 1970) door Querido werd voorgesteld.

Ook M. Prywes ging in een recent congres over de samenhangen tussen medisch onderwijs en de gezondheidszorg, uit van het Goodenough Report als beginpunt voor een internationale vergelijking van medische onderwijsstelsels^{**}). In zijn betoog stelt Prywes vast, dat de kernproblemen bij het medisch onderwijs in de bestudeerde landen grote overeenkomsten vertonen. Hij ziet het geheel van de opleidingen als een 'driepoot' van onderwijs, onderzoek en gezondheidszorg ('service'). De groei in de 'poten' dient gelijkmatig te verlopen, om het geheel niet uit evenwicht te laten raken. De huidige problemen bij het medisch wetenschappelijk onderwijs ontstaan volgens Prywes juist door een dergelijke ongelijkmatige groei.

Het is duidelijk dat de problemen bij het Nederlands medisch wetenschappelijk onderwijs niet uniek zijn. Uit recente afleveringen van het *Journal of Medical Education*^{***}) blijkt bijvoorbeeld dat men in de V.S. en in andere landen op analoge wijze met bijvoorbeeld het kostenprobleem van de opleidingen wordt geconfronteerd als in Nederland. De analyses en de beleidsvoorstellen en beslissingen uit deze landen mogen daarom niet onbestudeerd blijven.

We kunnen echter ook iets anders uit de ervaringen in andere landen leren wat betreft de vorm die werd gekozen voor de bestudering van de problemen bij het medisch onderwijs. In Engeland koos men in 1944 voor een ad hoc-'interdepartmental committee' van des-

kundigen. Een nog zwaardere vorm werd gekozen voor het zogenaamde Todd Report, dat in de zestiger jaren door een 'Royal Commission on Medical Education' werd opgesteld. In de V.S. werden diverse studies uitgevoerd door federale zowel als door andere landelijke instellingen.

Dit zijn indicaties dat de problematiek van het medisch onderwijs niet kan worden opgelost vanuit de bestaande organisaties alleen. Integendeel: een speciale groep van deskundigen, bijgestaan door een goed ingewerkte staf, werd in de genoemde gevallen nodig geacht.

De Werkgroep Planning M.W.O. heeft zich de afgelopen jaren slechts met enkele van de taken beziggehouden die tot het werkterrein van een dergelijke werkgroep worden gerekend. Middelen en staf waren zeer wisselvallig ter beschikking, waardoor een integrale aanpak werd bemoeilijkt. In de toekomst is het wellicht aan te bevelen om een breder samengestelde commissie van deskundigen te vormen, met een ruime opdracht en permanente staf.

Van fundamenteel belang is echter dat een overlegstructuur wordt ontwikkeld waarin:

- een dialoog tussen deskundigen kan plaatsvinden,
- kan worden geprofiteerd van reeds gedaan werk, en
- binnen duidelijke kaders wordt gewerkt.

De werkgroep benadrukt de noodzaak van duidelijke kaders voor de planning van het medisch onderwijs. De werkgroep zag deze kaders sinds 1972 voortkomen uit de toenmalige voorstellen betreffende de planning voor het post-secundair onderwijs. Nodig is:

- integratie van de planning van W.O. en beroepsopleidingen,
- verzekeren van Volksgezondheids-inbreng,
- uitgaan van de samenhang tussen de gezondheidszorg, onderwijs en onderzoek,
- planning, op nationaal niveau, voor het geheel der opleidingen voor de gezondheidszorg.

Naaldbanden Medisch Contact

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

Stempelbanden Medisch Contact

Uiteraard blijft de vaste band (stempelband), waarin jaargangen M.C. kunnen worden ingebonden, gehandhaafd. Ook hiervoor benodigt men 1 band per jaargang, indien het advertentiegedeelte uit de losse nummers genomen wordt. Men kan na afloop van een jaargang de in een naaldband gebrachte nummers daaruit onbeschadigd terugnemen om ze definitief in de vaste band te laten inbinden. De naaldband komt dan weer voor de nieuwe jaargang beschikbaar.

Naaldbanden en stempelbanden kunnen uitsluitend worden besteld door overschrijving van respectievelijk f 15,- en f 12,50 per band op postgiro 5 80 83 van de K.N.M.G., Lomanlaan 103, Utrecht.

^{*)} Report of the Interdepartmental Committee on Medical Schools, London, 1944: p. 9

^{***)} Zie M. Prywes bijdrage, afgedrukt in het *Journal of Medical Education* van december 1973. Ook van zijn hand verscheen, 'The Balance of Research, Teaching and Service in Medical Education'. *Minerva* (1971) 9, 4: pp. 451 e.v.

^{****)} *Journal of Medical Education*, December 1973, & January 1974 (zie vooral het supplement in dit laatste nummer getiteld: Undergraduate Medical Education: Elements, Objectives, Costs).

Herverdeling van huisartspraktijken

Een sociologisch onderzoek naar meningen en keuzegedrag van patiënten*

door *H. C. Mulder, Tj. Tijmstra, en W. E. Wallinga*

van de Afdeling Medische Sociologie der Rijksuniversiteit te Groningen

Inleiding en aanleiding

In de gemeenten Kampen en IJsselmuiden en een aantal omliggende dorpen heeft zich het vorig jaar een voor Nederland uniek gebeuren afgespeeld: op 1 april 1973 is hier een vergaande herverdeling van de huisartspraktijken doorgevoerd, waarbij ongeveer 9.000 patiënten waren betrokken. De gemeente Kampen ligt, met uitzondering van het Kamper eiland, ten westen van de rivier de IJssel; deze rivier scheidt Kampen van de gemeente IJsselmuiden. Kampen heeft ongeveer 29.500 inwoners, IJsselmuiden ongeveer 9.500. Aan het begin van 1973 waren in Kampen 12 huisartsen gevestigd en in IJsselmuiden 2. De Kamper artsen hadden, naast de patiënten in Kampen nog de zorg voor ongeveer 4.500 patiënten aan de andere kant van de IJssel; ook de IJsselmuiden artsen hadden nog een – klein – deel van hun praktijk aan de andere kant van de rivier. Daarnaast hadden inwoners van naburige dorpen vaak nog een arts die aan de andere kant van de rivier woonde. Kampen en IJsselmuiden worden verbonden door een smalle brug over de IJssel. Met de toenemende drukte van het verkeer veroorzaakte deze verbinding veel opstoppen en tijdverlies bij het rijden van visites. Vooral bij spoedgevallen gaf dit wel eens problemen. Ook de patiënten werden regelmatig met deze verkeersproblemen geconfronteerd.

IJsselmuiden is een relatief sterk groeiende gemeente, waardoor de verhouding bevolkingsaantal – huisartsenaantal in de toekomst nog schever zou worden. Een verschuiving in het huisartsenaantal ten gunste van IJsselmuiden leek zeer wenselijk. Met name in vakantieperiodes kreeg de enig overblijvende arts in IJsselmuiden een zware waarnemingslast te dragen. Een verandering van de situatie leek om deze reden en om redenen van algemene efficiëntie erg wenselijk, maar zou moeilijk te realiseren zijn: er zou een

herverdeling van de praktijken moeten ontstaan die onvermijdelijk voor vele artsen een praktijkverkleining met zich mee zou brengen.

Waren de ideeën over een herverdeling steeds weinig concreet geweest, in 1971 veranderde dit. Eén van de grootste Kamper huisartspraktijken, gevoerd door een artsenechtpaar en in wezen een dubbelpraktijk, bleek, toen daarvoor een opvolger werd gezocht, moeilijk overdraagbaar te zijn; zowel de omvang als de geografische spreiding van de praktijk speelde hierbij een rol. Kandidaat-opvolgers bleken vaak alleen maar geïnteresseerd in het Kamper gedeelte van de praktijk. Al gauw bleek dat in de over te dragen dubbelpraktijk een mogelijkheid lag om in Kampen en IJsselmuiden een herverdeling van de huisartspraktijken tot stand te brengen, waarbij de IJssel als natuurlijke grens gehanteerd kon worden.

De volgende plannen werden gemaakt: – Wanneer de dubbelpraktijk niet werd overgedragen, maar zou worden opgeheven, zouden de Kamper artsen uit het Kamper deel van deze praktijk een compensatie kunnen krijgen voor het praktijkverlies dat zou ontstaan. De Kamper huisartspraktijken zouden dan grosso modo in hun oorspronkelijke staat teruggebracht kunnen worden. – IJsselmuiden zou nu te groot worden voor de twee aldaar wonende artsen; er zou nu een derde arts gevonden moeten worden die zich er wilde vestigen.

Aan het eind van 1972 werd door de huisartsen van Kampen en IJsselmuiden besloten dat de herverdeling doorgevoerd zou worden; na geruime tijd van overleg konden alle artsen akkoord gaan met de herziening van hun praktijk. Het zou te ver voeren om de organisatie van de herverdeling tot in bijzonderheden te beschrijven; vermeld zij dat in totaal 9.000 mensen van huisarts zouden moeten veranderen. Iedereen zou een arts krijgen aan 'zijn' zijde van de IJssel. Naast deze 9.000

mensen – welke groep hier beschreven wordt – kreeg nog een aantal mensen een nieuwe huisarts; twee huisartsen lieten, toen het besluit eenmaal gevallen was, de herverdeling samenvallen met een overdracht van hun praktijk.

De procedure

Na het unanieme besluit om tot herverdeling over te gaan werd contact gelegd met de L.H.V., de K.N.M.G., het plaatselijk ziekenfonds en de inspecteur voor de volksgezondheid. Nadat dezen van positieve reactie blijk hadden gegeven kon de P.H.V. definitief overgaan tot uitvoering van het besluit. Er werd spoedig een arts gevonden die zich in IJsselmuiden wilde vestigen. In de fase hierna – half februari 1973 – werden de betrokken patiënten, de gemeentebesturen en de pers ingelicht. Omdat de herverdeling per 1 april zou ingaan werden de patiënten verzocht binnen veertien dagen – vóór 1 maart – door middel van een keuzekaartje kenbaar te maken welke huisarts zij bij voorkeur wilden hebben. Op het kaartje kon een eerste, tweede en derde keus vermeld worden, alsmede de na(a)m(en) van arts(en) die men persé niet wilde. In de begeleidende brief was o.a. vermeld dat de keuze zoveel mogelijk gehonoreerd zou worden, maar dat men bij een andere arts ingedeeld zou kunnen worden wanneer bepaalde praktijken 'vol' zouden raken (d.i. meer patiënten zouden krijgen dan bij de herverdeling verloren waren gegaan). Teneinde verloop te voorkomen en stabiliteit van de praktijken te waarborgen namen de artsen het besluit dat gedurende een periode

* Het onderzoek kwam tot stand met medewerking en financiële steun van het N.H.G.-centrum Zwolle en de L.H.V. der K.N.M.G. te Utrecht

van één jaar geen nieuwe verandering van huisarts – bijzondere gevallen uitgezonderd – mogelijk zou zijn. Zoals reeds eerder vermeld, waren bij de herverdeling 9.000 mensen betrokken. Velen hiervan behoorden uiteraard tot gezinnen. Aan iedereen werd gevraagd zoveel mogelijk één arts per gezin te kiezen. Er kwamen ongeveer 3.500 kaartjes terug van gezinnen en alleenstaanden. Slechts zeer weinig patiënten (ongeveer 5%) maakten geen keuze.

Het onderzoek

De gehele herverdeling was al achter de rug toen wij op de hoogte werden gesteld van de gebeurtenis*. Het was op dat moment al te laat om de spontane reacties van de betrokken patiënten te meten; toch leek de herverdeling ons van zoveel belang dat wij onmiddellijk zijn begonnen met de voorbereiding van een onderzoek naar het gebeuren in Kampen en IJsselmuiden. Na overleg met de P.H.V.** werd besloten om via een schriftelijke enquête materiaal te gaan verzamelen over de reacties op de herverdeling en het keuzegedrag van de mensen. Er werd hiertoe een steekproef getrokken uit de teruggekomen keuzekaartjes. Elk vijfde kaartje werd getrokken, waardoor wij een steekproef kregen van 695 kaartjes. Een probleem hierbij was wie de vragenlijst moest invullen. Hiervoor vonden wij de volgende oplossing: op de eerste pagina van de vragenlijst werd verzocht de vragen te doen beantwoorden door 'diegene die de beslissing over de nieuwe huisarts vooral heeft genomen, of in het algemeen dit soort zaken regelt/beslist'. Eind augustus (vijf maanden na de herverdeling) werden de vragenlijsten

verzonden. Na een aantal herinneringen en een perscommuniqué werd uiteindelijk een response verkregen van 82,3% (572 respondenten). Deze response is erg hoog en garandeert een goed beeld van de meningen van de betrokken respondenten. De vragenlijst bevatte de volgende punten:

- A. de basisvariabelen; variabelen over de huisarts en medisch-consumptief gedrag,
- B. de reactie op de herverdeling,
- C. het keuzegedrag en de keuzemotieven van de respondenten.

De belangrijkste bevindingen zullen in dit artikel naar voren worden gebracht.

A. De basisvariabelen; meningen over de oude huisarts; raadpleegcijfers.

Naast gegevens over de herverdeling en het keuzeproces is het zinvol om enkele andere bevindingen naar voren te brengen. Als basisvariabelen zijn in het onderzoek meegenomen: leeftijd, geslacht, burgerlijke staat, aantal thuiswonende kinderen, opleiding, beroep en vorm van ziektekostenverzekering. Waar zinvol zijn de andere gegevens uit het onderzoek tegen deze variabelen afgezet. De onderverdeling naar geslacht biedt op zich interessante informatie. In de toelichting van de enquête was gevraagd de vragenlijst te doen beantwoorden door 'dat gezinslid dat de beslissing over de nieuwe huisarts vooral heeft genomen, of in het algemeen dit soort zaken regelt/beslist'. Opvallend was dat tweederde van de ontvangen vragenlijsten ingevuld bleek te zijn door mannen. Omdat vrouwen meer contacten hebben met hun huisarts (zij hebben zelf een hoger raadpleegcijfer en bezoeken de huisarts ook vaker voor ziekten van hun kinderen), hadden wij verwacht dat vrouwen de keuze van de nieuwe huisarts meer zouden bepalen, en dus de vragenlijsten meer zouden invullen. Aan de respondenten werden enkele vragen voorgelegd welke betrekking hadden op de huisarts. Wat betreft de tevredenheid over deze huisarts: 97% van de respondenten was zeer tevreden of tevreden over de oude huisarts. Evenals uit ander onderzoek (1) blijkt ook uit dit onderzoek dat patiënten hun huisarts meestal (erg) waarderen. Er is ook gevraagd of men erg aan de

oude huisarts gehecht was. De antwoordpercentages waren als volgt verdeeld:

- 55% was erg aan hem gehecht
- 35% was tamelijk aan hem gehecht
- 10% was niet zo of helemaal niet aan hem gehecht.

Belangrijk leek ons verder het oordeel van de respondenten over de bereikbaarheid van de oude huisarts. De verdeling over de antwoordcategorieën bedroeg hier:

- gemakkelijk te bereiken 51%
- ging wel 40%
- niet zo gemakkelijk te bereiken 9%

Verderop zal blijken dat de bereikbaarheid van de huisarts een belangrijk motief was bij het kiezen van een nieuwe huisarts. Met betrekking tot de frequentie van het raadplegen van de oude huisarts werd het volgende gevonden:

Tabel 1: Raadpleegfrequentie van 1 april 1972 tot 1 april 1973.

		abs.	%
0	keer	83	14,5
1-3	keer	176	30,8
4-6	keer	143	25,0
7-10	keer	65	11,4
11-15	keer	32	5,6
16 en meer	keer	37	6,5
geen antwoord		36	6,3
		572	100%

De raadpleegfrequentie is aanzienlijk hoger dan gevonden is in een ander onderzoek (2). Het kan zijn dat de leeftijd van de respondenten een deel van deze verschillen verklaart (de leeftijd van de respondentengroep is wat hoger dan in de andere onderzoeken). Een andere oorzaak zal echter liggen in het feit dat veel respondenten na het bekend worden van de herverdeling contact hebben opgenomen met hun huisarts, waarbij niet altijd medische zaken aan de orde geweest (zullen) zijn. Dit blijkt ook uit het hoge percentage (70%) respondenten dat in de periode van drie maanden voorafgaand aan de herverdeling de huisarts nog geconsulteerd heeft. (Verderop zal nog blijken dat 6% van de respondenten aangeeft o.a. met hun huisarts overleg

* Wij werden op de herverdeling attent gemaakt door de werkgroep Medische Psychologie te Zwolle, in het bijzonder door de arts Th. A. Cost Budde en de zenuwarts Dr. H. Blijham. Deze werkgroep houdt zich momenteel bezig met onderzoek naar stoornissen in de patiënt-arts relatie, en zag deze aspecten graag onderzocht in een evaluatie van de herverdeling.

** Wij zijn de leden van de P.H.V. veel dank verschuldigd voor hun actieve medewerking aan het onderzoek.

te hebben gepleegd over de keuze van een nieuwe huisarts).

B. De reactie op de herverdeling.

In de vragenlijst was een aantal vragen opgenomen waarin werd nagegaan of men de gedwongen verandering van huisarts onplezierig vond en of na verloop van tijd de mening hierover was veranderd, of men begrip had voor het feit dat de artsen tot de herverdeling besloten en of men de wijze waarop de herverdeling was voltrokken kon waarderen.

De mening over de gedwongen verandering van huisarts.

Wat de respondenten vinden van de verandering van huisarts is gemeten met de volgende vraag: 'Wat vindt u achteraf, op dit moment, van het feit dat u van huisarts moest veranderen?' De antwoorden staan in tabel 2.

Tabel 2: Mening over de verandering van huisarts.

	abs.	%
erg onplezierig	139	24.3
onplezierig	150	26.2
maakt me niets uit	184	32.2
plezierig	66	11.5
erg plezierig	20	3.5
geen antwoord	13	2.3
	572	100%

De helft van de repondenten vindt het dus na een aantal maanden onplezierig dat ze van huisarts moesten veranderen, 15% vindt het achteraf wel plezierig en een derde maakt het niets uit. Nagegaan is of de waardering van het moeten veranderen van huisarts samenhangt met andere variabelen. De categorieën onplezierig/erg onplezierig zijn bij elkaar gevoegd, evenals de categorieën plezierig/erg plezierig. Wanneer we de mening over de verandering van huisarts bekijken voor mannen en vrouwen krijgen we het volgende beeld:

Tabel 3: Mening over de verandering van huisarts naar geslacht.

	vrouwen	mannen	n
(erg) onplezierig	45,7	54,6	287
maakt me niets uit	31,0	34,1	184
(erg) plezierig	23,4	11,3	85
	100%	100%	556

$\chi^2 = 14,02$ $P < 001$ $n = 184$ $n = 372$

Uit tabel 3 blijkt dat er een samenhang is met geslacht: mannen vinden de verandering onplezieriger dan vrouwen. Dit is in tegenstelling met onze verwachtingen: wij veronderstelden dat mannen minder moeite zouden hebben met de gedwongen verandering van huisarts. Een onderverdeling naar leeftijdsgroepen levert de volgende informatie op (zie tabel 4).

Zoals verwacht mocht worden is er een duidelijk verband tussen de leeftijd van de respondenten en de mening over de verandering van huisarts: ou-

deren vinden de verandering veel vaker onplezierig dan jongeren. Het feit dat ouderen veel langer patiënt waren bij hun huisarts zal hierbij ongetwijfeld een rol spelen. Een licht verband werd gevonden tussen de mening over de verandering en de vorm van verzekering: ziekenfondsverzekerden vonden de verandering iets vaker onplezieriger dan particulier verzekerden. Erg sterke verschillen werden, zoals verwacht mocht worden, gevonden wanneer het oordeel van de respondenten over de bereikbaarheid van de huisarts vergeleken werd. Tabel 5 toont dat duidelijk aan.

Bij de motivering van de herverdeling speelde de bereikbaarheid een belangrijke rol. Een deel der respondenten zag echter geen problemen in de bereikbaarheid van de oude huisarts, waardoor het bereikbaarheid-motief hen minder aansprak. Wellicht vinden zij daardoor de verandering van huisarts meer onplezierig.

Vier aspecten van de arts-patiënt relatie zijn onderzocht op eventuele samenhang met het oordeel over de

Tabel 4: Mening over de verandering van huisarts naar leeftijd.

	30 jr	31-45 jr	46-60 jr	60 jr	n
(erg) onplezierig	35,1	48,9	57,3	60,5	287
maakt me niets uit	42,3	31,3	31,9	27,9	183
(erg) plezierig	22,5	19,8	10,8	11,6	86
	100%	100%	100%	100%	556

$\chi^2 = 22,31$ $001 < P < 01$ $n = 111$ $n = 131$ $n = 185$ $n = 129$

Tabel 5: Mening over de verandering van huisarts en perceptie van de bereikbaarheid van de huisarts.

	gemakkelijk te bereiken	ging wel	niet zo gemakkelijk te bereiken	n
(erg) onplezierig	56,9	46,9	40,8	285
maakt me niets uit	33,5	33,5	28,6	183
(erg) plezierig	9,6	19,6	30,6	86
	100%	100%	100%	554

$\chi^2 = 19,93$ $P < 001$ $n = 281$ $n = 224$ $n = 49$

verandering: het aantal contacten, de gehechtheid aan en de tevredenheid over de oude huisarts en de duur van de arts-patiënt relatie. Alle vier aspecten blijken samen te hangen met de mening over de verandering; samengevat blijkt de verandering van huisarts onplezieriger gevonden te worden door:

- respondenten die hun huisarts erg lang (> 10 jaar) of erg kort (< 5 jaar) hadden;
- respondenten die de laatste twaalf maanden veel contacten met hun huisarts hadden gehad;
- respondenten die erg tevreden over hun huisarts waren of erg aan hem gehecht waren.

De verandering van de mening

Aan de respondenten is gevraagd wat men op het moment van de enquête vond van het feit dat men van huisarts moest veranderen. Daarnaast is ook gevraagd of men daar anders over dacht op het moment dat men voor het eerst hoorde dat men van huisarts moest veranderen. Dit leverde de volgende percentages op:

Tabel 6: De verandering van mening.

vindt de verandering:	abs.	%
– even plezierig of onplezierig	322	56,3
– toen onplezieriger	230	40,2
– toen plezieriger	8	1,4
– geen antwoord	12	2,1
	572	100%

Naast de categorie respondenten die niet van mening zijn veranderd blijkt een groot deel na een aantal maanden wel anders te staan tegenover de verandering. Degenen die van mening zijn veranderd blijken de verandering vrijwel allemaal minder onplezierig te vinden (40,2%). Slechts 8 respondenten vinden de verandering onplezieriger dan voorheen. Opvallend is dat vrouwen significant vaker van mening zijn veranderd dan mannen. Naast dit verband vonden wij nog de volgende samenhangen:

- respondenten die minder aan hun oude huisarts gehecht waren bleken minder vaak van oordeel te zijn veranderd;

- respondenten die hun huisarts erg lang of erg kort hadden bleken minder vaak van oordeel veranderd te zijn.

Heeft men begrip voor de herverdeling?

Het leek ons van belang om te vragen of de respondenten begrip konden opbrengen voor het feit dat de artsen de herverdeling gingen doorvoeren. Het is immers zeer goed mogelijk dat men het moeten veranderen van huisarts wel onplezierig vindt, maar het niet redelijk vindt dat het gebeurt. Onderstaande tabel geeft de antwoorden die de respondenten op deze vraag gaven:

Tabel 7: Heeft men begrip voor de herverdeling?

	abs.	%
veel begrip	443	77,4
een beetje begrip	88	15,4
geen begrip	24	4,2
geen antwoord	17	3,0
	572	100%

Meer dan driekwart van de respondenten blijkt veel begrip te hebben voor de herverdeling; het komt erg weinig voor dat respondenten er geen begrip voor op kunnen brengen. Er waren geen belangrijke verbanden met andere variabelen.

Oordeel over de wijze van herverdeling

Zoals in het begin van dit artikel al werd vermeld informeerden de artsen hun patiënten pas over de herverdeling op het moment dat alles al rond was en alle plannen ter uitvoering klaar lagen. De betrokken patiënten kregen, zonder dat zij iets van de plannen wisten, een brief waarin de herverdeling verklaard en verduidelijkt werd; tevens werd hen verzocht een nieuwe huisarts te kiezen. Om een beeld te krijgen van wat de mensen vonden van deze procedure werd de volgende vraag aan de respondenten voorgelegd:

‘Er zijn verschillende manieren om aan een herverdeling van huisartspraktijken uitvoering te geven. Bijvoorbeeld:

- de oude huisarts bezoekt u niet meer en kiest zelf een opvolger voor u,

- de patiënten kiezen zelf hun nieuwe huisarts,
- met de patiënten wordt overlegd hoe de hergroepering het best kan gebeuren.

Wat vindt u van de manier waarop de herverdeling in Kampen en IJsselmuiden is verwezenlijkt? Wilt u dit in een paar regels vermelden?’

Uit de beantwoording van de vraag is gebleken dat niet iedereen deze vraag goed begrepen heeft. Sommige respondenten hebben geen beoordeling gegeven van de wijze waarop de herverdeling doorgevoerd is, maar gaven hun mening over het feit dat de herverdeling doorgevoerd was (bijvoorbeeld ‘ik vind het juist want de brug was een knelpunt’). Bij de beoordeling van de wijze van herverdelen werden zowel in positieve als in negatieve zin opmerkingen gemaakt. Het feit dat men zelf een nieuwe huisarts kon kiezen en er niet een kreeg toegewezen werd vaak als positieve waardering naar voren gebracht. Respondenten die kritiek hadden op de wijze van herverdelen wezen vaak op de overrompelende manier waarop een en ander gebeurd was, of hadden bezwaar tegen het ontbreken van overleg met en inspraak van de betrokken patiënten.

C. Het keuzegedrag en de keuzemotieven

Zoals in de inleiding reeds werd vermeld is bij het kiezen van een nieuwe huisarts gebruik gemaakt van keuzekaartjes, waarop men een eerste, tweede en derde keus van een huisarts kon invullen. Daarnaast werd een regel opengehouden waarop men de naam (of de namen) kon invullen van (een) huisarts(en) die men beslist niet toegewezen wilde krijgen.

De keuzekaartjes

De 572 respondenten hadden op de volgende manier het kaartje ingevuld:

- 22,2% van hen had de naam van slechts één arts ingevuld,
- 28,1% had de naam van twee artsen ingevuld,
- 44,2% had drie keuzen gemaakt,
- onbekend: 5,4%.

Hoewel men in de gelegenheid werd gesteld om drie keuzen te maken blijkt

dus een groot deel der respondenten dit niet gedaan te hebben. Aan de respondenten is ook gevraagd of zij gebruik gemaakt hebben van de mogelijkheid om een huisarts(en) te noemen die zij beslist niet wilden. 32,7% geeft aan dit inderdaad gedaan te hebben. Van deze groep respondenten heeft ruim de helft slechts één negatieve keuze gemaakt, een kwart heeft twee artsen niet willen hebben en een klein aantal respondenten heeft de namen van drie of meer artsen als negatieve keuze opgegeven. Interessant is het aantal keren dat een huisarts werd vermeld door degenen die de kaartjes hadden ingevuld. De berekening hiervan hebben wij vastgesteld aan de hand van de gehele steekproef van ruim 695 kaartjes; op de volgende manier hebben wij punten toegekend aan de artsen:

- een eerste keuze: 3 punten,
- een tweede keuze: 2 punten,
- een derde keuze: 1 punt,
- een negatieve keuze: –1 punt.

De voorkeurs-score leverde de volgende ranglijst op (daar de woonplaats van invloed was op het aantal keuzemogelijkheden zijn Kampen en IJsselmuiden gescheiden gehouden) – zie hiernaast, rechtsboven.

De Kamper patiënten konden een keuze maken uit 9 artsen, de patiënten uit IJsselmuiden uit 3. De score toont aan dat er aanzienlijke verschillen zijn opgetreden in het aantal keren dat een arts gekozen is. Bij de Kamper artsen valt op dat de arts die het meest frequent als eerste gekozen is ook relatief vaak als negatieve keuze wordt genoemd.

Bij de score van IJsselmuiden valt op dat één arts – de arts die zich hier nieuw ging vestigen – erg vaak door de patiënten gekozen is. Het feit dat men in deze nieuwe praktijk veel gemakkelijker geplaatst zou kunnen worden dan in de twee bestaande praktijken zal zeker van invloed zijn geweest op het ontstaan van dit keuzepatroon.

Door de aanzienlijke verschillen in de voorkeurs-score waren sommige praktijken snel opgevuld met nieuwe patiënten, terwijl andere moeilijker op het oude patiëntenbestand konden komen. In een gering aantal gevallen werden patiënten aan een arts toegewezen, die ze niet als keuze hadden vermeld. Patiënten konden tegen die beslissing in beroep gaan: in een enkel geval is dit inderdaad gebeurd.

	aantal eerste keuzen	aantal tweede keuzen	aantal derde keuzen	aantal neg. keuzen
<i>IJsselmuiden artsen:</i>				
arts A+846 punten	252	44	5	3
arts B+427 punten	61	122	36	36
arts C+153 punten	21	55	65	85
<i>Kamper artsen:</i>				
arts A+294 punten	63	47	34	23
arts B+293 punten	54	50	41	10
arts C+267 punten	49	43	40	6
arts D+252 punten	47	38	44	9
arts E+212 punten	40	32	35	7
arts F+189 punten	38	32	28	17
arts G+178 punten	28	35	31	7
arts H+ 2 punten	8	6	16	50
arts I– 32 punten	6	7	4	68

Bijna 80% van de respondenten zegt dat hun eerste keuze gehonoreerd werd. Aan degenen wier eerste keuze niet kon worden gehonoreerd is gevraagd of men dit jammer vond: 16% vond het erg jammer; 34% vond het jammer; 50% maakte het niets uit.

De respondenten wier eerste keuze niet werd gehonoreerd vonden de verandering van huisarts ook vaker onplezierig dan de respondenten waarvan de keuze wel werd gehonoreerd.

Het keuzegedrag

Aan de respondenten is gevraagd of men over de keuze van de nieuwe huisarts overlegd heeft met anderen. 60% van de respondenten zegt alleen met gezinsleden te hebben overlegd, daarnaast heeft ruim 12% overlegd met zowel gezinsleden als anderen (gezinsleden en oude huisarts 5,2%; gezinsleden en vrienden/kennissen 3,7%; gezinsleden en familieleden 3,5%). Zes respondenten (1%) hebben uitsluitend overleg gepleegd met de oude huisarts, zodat in totaal 6,2% van de respondenten deze arts bij de keuze betrokken heeft.

In een gering aantal gevallen heeft het overleg zich beperkt tot familieleden, vrienden/kennissen of burens; bijna 13% van de respondenten geeft aan dat ze met niemand over de keuze van een nieuwe huisarts overleg hebben gepleegd.

Aan degenen die overlegd hebben met gezinsleden is bovendien gevraagd of

men het helemaal eens was over de keuze van de nieuwe huisarts. In bijna alle gevallen blijkt men het eens te zijn geweest; slechts 3,5% van de respondenten geeft aan dat men het niet over de keuze eens was.

Vond men de keuze van de nieuwe huisarts een moeilijke beslissing, waar men lang over na moest denken? Ruim 80% van de respondenten geeft aan dat men het geen moeilijke beslissing vond; bijna 20% had echter wel moeite met de keuze. Respondenten die meer tevreden waren over hun oude huisarts of meer aan hem gehecht waren vonden de beslissing vaker moeilijk; zij die het een moeilijke beslissing vonden bleken het moeten veranderen van huisarts ook vaker onplezierig te vinden.

De keuzemotieven

Wij vroegen de respondenten op grond van welke factoren zij een bepaalde arts als eerste keuze hadden vermeld. Hiervoor werden vijftien antwoordmogelijkheden voorgestructureerd; aan het eind van deze reeks werd ruimte opgehouden voor het invullen van een andere, niet reeds genoemde, antwoordmogelijkheid. Tabel 8 geeft het antwoordpatroon op deze vraag weer.

De bereikbaarheid van de nieuwe huisarts blijkt bij bijna de helft van de respondenten een rol te hebben gespeeld bij de keuze van de nieuwe huisarts. Het is natuurlijk zeer goed

mogelijk dat deze factor in dit onderzoek zo vaak genoemd is omdat het moeilijk bereikbaar zijn van de huisartsen er vooral de reden van was dat de herverdeling is doorgevoerd; de betrokkenen zijn er op deze manier wellicht meer attent op gemaakt.

Naast de bereikbaarheid wordt de leeftijd vooral als keuzemotief naar voren gebracht: ruim een derde van de respondenten heeft de arts (mede) gekozen omdat hij jong is. Het hebben van een lange praktijkervaring – wat hier bijna tegenover staat – wordt in veel mindere mate naar voren gebracht. Opvallend is dat zowel het hebben van een afspraksprekkuur als een open spreekuur door de respondenten is aangekruist, zij het dat het eerste veel vaker gekozen is.

Bij de verdere analyse van het materiaal viel op dat ouderen vaker het motief 'bereikbaarheid' noemen en dat jongeren vaker de jonge leeftijd van de arts belangrijk vinden.

Op de vraag naar de keuze-motieven konden meerdere motieven aangegeven worden. Daarom is bovendien nog gevraagd om aan te geven wat men het belangrijkste keuze-motief vond. Dit leverde het volgende resultaat op (zie tabel 9).

Belangrijke verschuivingen in de volgorde van de motieven doen zich niet voor. De bereikbaarheid blijft als een erg belangrijk keuze-motief bovenaan staan, en ook de (jonge) leeftijd van de huisarts wordt weer vaak genoemd. Wel valt op dat het 'vriendelijk en aardig vinden' van de huisarts wel vaak als één der motieven werd genoemd, maar erg weinig als belangrijkste motief is aangegeven.

Tot slot geven wij een beeld van de negatieve keuze-motieven van de respondenten. 187 respondenten zeggen van de mogelijkheid gebruik gemaakt te hebben om één of meer artsen aan te geven, die zij beslist niet wilden hebben. In een open vraag werd naar de reden(en) van deze negatieve keuze geïnformeerd; tabel 10 geeft de uitkomsten weer.

Het meest wil men een bepaalde huisarts niet omdat men hem als persoonlijk ongeschikt of onsympathiek beschouwt. Eigen of andermans (slechte) ervaringen worden, evenals een 'slechte naam van de huisarts' tamelijk frequent als negatief keuze-motief genoemd. De motieven 'te oud' en 'houdt binnenkort met zijn praktijk op' duiden

Tabel 8: Motieven bij de keuze van de nieuwe huisarts.

<i>'Ik heb deze arts gekozen omdat:</i>	<i>perc. resp. dat dit motief noemt</i>
hij gemakkelijk te bereiken is (dichtbij parkeerruimte)	44,9
hij jong is	36,5
hij vriendelijk en aardig is	17,1
ik hem vroeger wel eens als arts had (bv. vervanging)	17,0
hij deskundig is	16,3
hij een afspraksprekkuur heeft	16,3
hij een goede naam heeft	14,7
hij aanbevolen is door familie/kennissen	14,0
hij nieuw is	10,5
hij aanbevolen is door de oude huisarts	10,0
hij zijn praktijk op de begane grond heeft	6,1
hij een open spreekuur heeft	5,6
hij een lange praktijkervaring heeft	5,1
hij ook bij mijn kerk aangesloten is	3,8
hij reeds huisarts was van één der gezinsleden	3,0
hij een goede assistente heeft	1,7
andere redenen	3,5

Tabel 9: Het belangrijkste keuze-motief.

	<i>perc. resp. dat dit motief noemt</i>
bereikbaarheid	18,0
jong	14,0
vroegere ervaringen	9,6
deskundig	7,3
aanbevolen door familie/kennissen	7,0
nieuwe huisarts	6,3
aanbevolen door oude huisarts	3,5
vriendelijk en aardig	3,5

Tabel 10: Negatieve keuze-motieven.

	<i>percentage (van de 187 resp.) dat dit motief noemde</i>
niet sympathiek, als persoon ongeschikt	35,8
persoonlijk slechte ervaringen	14,4
te oud	8,0
slechte ervaringen van anderen	5,9
slechte naam	3,7
houdt binnenkort op met zijn praktijk	3,2
woont te ver weg	3,2
eerste keuze is de beste, willen geen andere (zonder verdere motivatie)	2,1
andere meningen	6,4
geen antwoord	17,3

den erop dat men niet op korte termijn weer met een nieuwe huisarts geconfronteerd wil worden.

Opvallend is dat de bereikbaarheid – 'woont te ver weg' – hier ook weer naar voren komt. Daarnaast bleek dat vrouwen en jongeren vaker de categorie 'niet sympathiek, als persoon ongeschikt' noemen en dat mannen vaker aangeven dat ze 'persoonlijk slechte

ervaringen' hadden met de huisarts(en) die men niet wilde.

Samenvatting

Het onderzoek naar de herverdeling leverde samenvattend de volgende bevindingen op:

Op het moment van het onderzoek, bijna een half jaar na de herverdeling, blijkt de helft van de respondenten de

gedwongen verandering van huisarts (erg) onplezierig te vinden. Een derde van de respondenten maakt het niets uit en 15% vindt de verandering achteraf wel plezierig. Onplezierig wordt de verandering vooral gevonden door: ouderen, mannen, degenen die de oude huisarts gemakkelijk te bereiken vonden, degenen die de oude huisarts langer dan 10 jaar of korter dan 5 jaar hadden, degenen die erg tevreden waren over de oude huisarts of erg aan hem gehecht waren.

Een belangrijk motief voor de herverdeling was de bereikbaarheid. Het is te begrijpen dat degenen die hun huisarts goed te bereiken vonden, de verandering onplezierig vinden. Ook de andere verbanden liggen in de lijn der verwachting, behalve het feit dat mannen de verandering onplezieriger vinden dan vrouwen.

Van de respondenten vindt 56% de verandering even onplezierig of onplezieriger als enkele maanden voorheen, ruim 40% vond de verandering destijds onplezieriger. Na verloop van tijd gaat men dus wel wat anders tegen de verandering aankijken.

Het is niet aannemelijk dat het onplezierig blijven vinden van de verandering komt doordat de nieuwe huisarts niet bevalt: van de mensen die ten tijde van het onderzoek al contact gehad hadden met hun nieuwe huisarts (80%) vond 93% dat contact plezierig. Verder is gebleken dat slechts weinig mensen na een jaar (tot 1 april 1974 werd geen verandering van huisarts toegelaten) om een andere huisarts verzochten: slechts in een paar gevallen gebeurde dit.

De motivering van de herverdeling heeft de patiënten wel aangesproken: maar weinig respondenten (4,2%) konden geen begrip opbrengen voor de herverdeling, 15,4% had er een beetje begrip voor en 77,4% had er veel begrip voor.

Kritiek werd geleverd op het feit dat de herverdeling werd voorbereid zonder overleg met de patiënten. De patiënten werden voor een voldongen feit gesteld; dit heeft er ook toe geleid dat na het bekend worden van de herverdeling een actiegroep protest aantekende, wat echter onvoldoende weerklank vond bij het publiek.

Van de mogelijkheid een nieuwe huisarts te kiezen werd door praktisch alle patiënten gebruik gemaakt; een derde maakte bovendien gebruik van de gele-

genheid om één of meer artsen te noemen die men niet wilde. De belangrijkste motieven bij de keuze van een nieuwe huisarts waren 'bereikbaarheid' en 'voorkeur voor een jonge arts'. De belangrijkste redenen om een arts niet te willen waren 'niet sympathiek, als persoon ongeschikt' en het hebben van slecht ervaringen, persoonlijk of van anderen.

Discussie

Door de sterk stijgende kosten van de gezondheidszorg wordt de efficiëntie ervan een belangrijke zaak. Door herverdeling van huisartspraktijken kan de geografische spreiding ervan verminderd worden, waardoor het patiënt en arts minder tijd kost elkaar te bereiken. De arts hoeft dan minder tijd te besteden aan autorijden en kan die tijd besteden aan praktijkuitoefening. In noodgevallen kunnen arts en patiënt elkaar ook sneller bereiken.

Herverdeling speelt ook een rol in de discussie over wijkgezondheidszorg, waarbij naast efficiëntie vooral de kwaliteit van de zorg en de samenwerking tussen verschillende disciplines de motieven vormen. Bij een herverdeling komen twee aspecten naar voren: Het eerste is het principe van de vrije artsen-keuze: men wil de patiënt – zoveel mogelijk – zelf laten beslissen over de keuze van een huisarts. In de praktijk is er vaak slechts in beperkte mate sprake van een vrije artsen-keuze. Het aantal huisartsen waaruit een patiënt kan kiezen is niet groter dan het aantal huisartsen dat gevestigd is in zijn woonplaats of directe omgeving; bovendien zullen in grotere plaatsen artsen niet altijd bereid zijn patiënten uit alle delen van de stad te accepteren. Tenslotte zal de keuze van de patiënt beperkt kunnen worden door het feit dat sommige praktijken vol zijn.

Herverdeling impliceert niet dat het principe van vrije artsen-keuze overboord gezet wordt. Wel zal het gewoonlijk impliceren dat die keuze beperkter is dan de patiënten gewend zijn. Uit het onderzoek kan afgeleid worden dat patiënten het belangrijk vinden om een arts te kunnen kiezen. Bij de vraag wat men vond van de manier van herverdelen, werd het feit dat men zelf kon kiezen en niet een huisarts toegewezen kreeg vaak als positief punt naar voren gebracht.

Praktisch alle betrokken patiënten hebben van de mogelijkheid om een keuze te maken gebruik gemaakt, en een derde heeft gebruik gemaakt van de mogelijkheid om één of meer artsen te noemen die men niet wilde.

Het tweede aspect is de verbreking van de arts-patiënt relatie. Hoewel dit zich ook voordoet bij verhuizing van de patiënt en bij praktijkoverdracht, is een herverdeling een bijzondere aanleiding tot het verbreken van de arts-patiënt relatie.

De huisartsen in Kampen en IJsselmuiden hebben de herverdeling grondig doorgesproken en goed voorbereid. Velen van hen hadden grote problemen met het verbreken van het contact met patiënten die ze vaak al jarenlang kenden; na veel overleg werd toch besloten de herverdeling uit te voeren. Voor de patiënten kwam de herverdeling echter geheel onverwacht: zij waren gedwongen binnen enkele weken een nieuwe huisarts te kiezen. Erg veel patiënten blijken de verandering van huisartsen onplezierig te vinden, een derde zegt dat het hen niets uitmaakt. Het is denkbaar dat het onplezierig vinden van de verandering versterkt is door het feit dat men zo plotseling voor een voldongen feit werd gesteld.

Het is mogelijk dat de patiënten, wanneer zij van te voren bij de herverdeling waren betrokken, de verandering van huisarts minder onplezierig hadden gevonden. Waarschijnlijk had dit echter weer andere problemen met zich mee gebracht.

Tenslotte: dit artikel geeft informatie over de reactie van mensen op een gedwongen verandering van huisarts. Het is van belang om inzicht te krijgen in de houding en het gedrag van mensen die bij een herverdeling van huisartsenpraktijken zijn betrokken. Men kan er conclusies uit trekken voor een toekomstig beleid in de gezondheidszorg. In hoeverre de meningen van mensen echter bepalend moeten en kunnen zijn voor regelingen die men gaat treffen is een ander en moeilijker probleem, waar wij hier verder niet op in zullen gaan.

Literatuur:

1. E. Th. Cassee: Naar de dokter, Meppel 1973.
2. A. P. Oliemans: Morbiditeit in de huisartspraktijk, Leiden 1969.
Tj. Tijmstra: Implicaties van betalings-systemen in de gezondheidszorg, Intermediair nr. 18, 1974.

Ziekenhuizen: dalende bedbezetting

Het bedbezettingspercentage en de gemiddelde verpleegduur in de algemene en categorale ziekenhuizen blijven dalen. Dit blijkt uit een vergelijking die het Nationaal Ziekenhuisinstituut (N.Z.I.) heeft gemaakt tussen de betreffende gegevens over de eerste negen maanden van 1974 en de eerste negen maanden van 1973.

In de eerste drie kwartalen van 1974 was het aantal beschikbare bedden 0,4% hoger dan in de overeenkomstige periode van 1973. Er waren 2,4% méér opnames en 0,8% minder verpleegdagen. Het bedbezettingspercentage over het eerste tot en met het derde kwartaal 1974 daalde ten opzichte van dezelfde periode in 1973 met 1% van 87,1% tot 86,1%. De gemiddelde verpleegduur daalde met een halve dag van 15,9 dagen tot 15,4 dagen. Het aantal opnames per beschikbaar bed nam toe met 2%.

De daling in de bedbezettingspercentages werd in de loop van 1974 kleiner ten opzichte van 1973; in het eerste kwartaal 1974 bedroeg zij 2,2%, in het derde nog 0,3%. De daling in de gemiddelde verpleegduur werd groter: in het eerste kwartaal 1974 was de gemiddelde verpleegduur 0,4 dag lager dan in het eerste kwartaal 1973, in het derde kwartaal 1974 werd een daling met 0,7 dag waargenomen in vergelijking met het derde kwartaal 1973. Het aantal opnames per bed nam in de loop van 1974 toe ten opzichte van 1973; in het eerste kwartaal was het aantal opnames in beide jaren even hoog, in het derde kwartaal van 1974 lag het 0,2% hoger dan in het derde kwartaal van 1973.

De tabel rechtsboven geeft de ontwikkeling vanaf 1969 weer.

Voor wat betreft de verpleeghuizen bericht het N.Z.I., dat het bezettingspercentage over de eerste drie kwartalen van 1974 ten opzichte van de eerste drie kwartalen van 1973 bij de verpleeghuizen voor somatisch zieken en gecombineerde huizen steeg van 97,4% naar 98,0%. Bij de verpleeghuizen voor psychisch gestoorde bejaarden is het percentage gelijk gebleven op 97,8%. In het aantal opnames per beschikbaar bed trad in geen der beide groepen huizen een noemenswaardige daling op.

Bedbezettingspercentage, gemiddelde verpleegduur en aantal opnames per beschikbaar bed in de algemene en categorale ziekenhuizen, 1969-1974 (eerste drie kwartalen)

	Bedbezettingspercentage		Gemiddelde verpleegduur		Aantal opnames per beschikbaar bed	
	benaderd totaal van alle algemene en academische ziekenhuizen	daling in vergelijking met voorafgaande periode	benaderd totaal van alle algemene en academische ziekenhuizen	daling in vergelijking met voorafgaande periode	benaderd totaal van alle algemene en academische ziekenhuizen	stijging in vergelijking met voorafgaande periode
1969	91,8		17,6		19,0	
1970	90,9	0,9	17,3	0,3	19,2	0,2
1971	90,0	0,9	16,9	0,4	19,5	0,3
1972	89,0	1,0	16,6	0,3	19,6	0,1
1973	87,0	2,0	16,0	0,6	19,8	0,2
1973*	87,1		15,9		15,0	
1974*	86,1	1,0	15,4	0,5	15,3	0,3

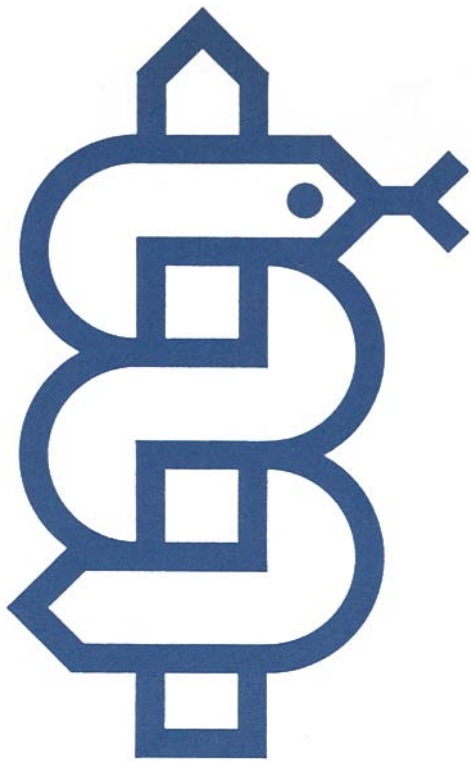
* januari t/m september

Verpleegtarieven ziekenhuizen Haarlem

Op vragen van het Eerste Kamerlid, de heer Van Wijk (P.S.P.) inzake de geldende verpleegtarieven bij de grote

ziekenhuizen in Haarlem en omgeving, heeft staatssecretaris Hendriks onder meer de volgende gegevens verstrekt:

	Voorlaatste tarief per 1 maart 1974	Laatste tarief per 1 juli 1974
<i>a. Diaconessenhuis, Heemstede</i>		
I	f 296,25	f 329,25
IIa	268,40	229,40
IIb	223,45	249,—
III part./Zfds.	178,45	198,50
Kraamtarief niet-med.		
indicatie	158,65	178,70
gez. zuig.	76,75	86,80
<i>b. St. Elisabeth's of Groot Gasthuis, Haarlem</i>		
I	f 345,10	f 367,85
II	278,90	296,45
III Part./Zfds.	212,65	227,—
Psych. afd.	218,90	230,75
gez. zuig.	92,30	92,30
<i>c. St. Johannes de Deo, Haarlem</i>		
I	f 212,65	f 230,35
IIa	203,75	221,45
IIb	168,45	183,30
III p + z	141,35	157,—
Kraamtarief niet-med.		
indicatie	129,—	140,95
gez. zuig.	63,05	69,05
<i>d. Mariastichting, Haarlem</i>		
I	f 283,80	f 348,20
IIa	279,10	343,50
IIb	223,80	273,20
III part.	164,20	192,65
III zfds.	176,70	217,50
kraamtarief niet-med.		
indicatie	158,35	198,50
gez. zuig.	77,70	94,90



Medisch Contact

Officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur – Dr. A. E. Leuftink, voorzitter, Dr. J. L. A. Boelen, ondervoorzitter, W. van Bork, Dr. J. A. Dallmeijer, Dr. H. W. A. Sanders, leden; S. van Randen (voorzitter L.H.V.), J. J. R. Buirma (voorzitter L.A.D.) en Dr. C. H. van Erk (ondervoorzitter L.S.V.).

Secretariaat – J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, Mr. W. B. van der Mij, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultsz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.

Bureau voor waarneming en vestiging – Van 08.00 tot 16.30 uur: mevr. M. A. Bosman-Fontijn en mej. J. A. M. de Graaf, tel. 030-885411.

Afdeling comptabiliteit – J. A. Alst; Postgiro nummer der K.N.M.G.: 58083; AMRO-bank nummer: 45 64 48 969.

Ledenregister – N. W. G. Pastoor (ook voor alle mutaties).

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

Stichting Ondersteuningsfonds (O.F.) – H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (L.H.V.) – Mr. N. de Graaff, directeur; mevr. M. J. Blok, chef de bureau.

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

Centraal college voor de erkenning en registratie van medische specialisten (C.C.) – W. J. de Jager, secretaris; mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.

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

College voor Sociale Geneeskunde (C.S.G.) – Mr. B. Schultsz, secretaris; mej. J. Th. M. Bruggink, secretaresse.

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (S.G.R.C.) – Mr. W. G. van der Putten, secretaris; mevr. H. van der Horst-Huussen, secretaresse.

College voor Huisartsgeneeskunde (C.H.G.) – Dr. H. Roelink, secretaris; mej. L. Beljaars, secretaresse.

Huisarts Registratie Commissie (H.R.C.) – J. I. van der Leeuw, secretaris; mevr. M. M. van Hilten-Severijn, secretaresse.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.) – Drs. S. Duursma, directeur; J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur, Keizersgracht 259, Amsterdam, telefoon 020-229225; mevr. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse; stafmedewerkers: R. Th. van der Garden, telefoon 030-885411; E. J. M. Ghering, Leyparkweg 41, Tilburg, telefoon 013-432354.

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



VAN DE STICHTING
NASCHOLING HUISARTSEN

Nascholingsfunctionaris Stichting Nascholing Huisartsen

Per 1 december 1974 heeft mevrouw M. Warmenhoven-Haasbroek op eigen verzoek haar dienstverband als nascholingsfunctionaris beëindigd. Op 1 januari 1975 treedt de heer L. J. M. Palmen als nascholingsfunctionaris in dienst. Hij zal telefonisch bereikbaar zijn op tel. 030 - 88 54 11, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, Utrecht.

Verslag van een nascholingsdag

Op 5 oktober j.l. werd door de Stichting Nascholing Huisartsen een nascholingsdag georganiseerd voor vertegenwoordigers van regionale nascholingswerkgroepen en andere functionarissen of instanties, die hierbij betrokken waren. Plaats van samenkomst: Het centrum Kontakt der Kontinenten te Soesterberg, een wat steriele, tamelijk ongezellig omgeving, met echter voldoende outillage.

Onderwerpen en hun inleiders: 'Hoe maak ik een nascholingscursus' – F. A. Earl en S. E. M. Everwijn; 'Gesprekstechnieken' – Mevr. Drs. M. Zeeuwen en Drs. D. Brand; 'Man-vrouw anticonceptie' – Dr. J. P. C. Moors.

Alvorens iets over de dag zelf te vertellen, lijkt het de moeite waard nog eens te vermelden dat de Stichting Nascholing Huisartsen de activiteiten van L.H.V. en N.H.G. op dit gebied bundelt, een bijzonder gelukkige ontwikkeling. Kostbare energie en mankracht worden zo niet versnipperd.

Het onderwerp 'Hoe maak ik een nascholingscursus' was nuttig, zeker voor degenen die het Warffumprincipe met de 'papieren patiënt' niet kenden, doch ook voor de kenners van dit type nascholing gaven de inleiders een nuttige uitbreiding van de kennistoetsing der deelnemers. De voorbereiding van een dergelijk professioneel opgezet cursus is nauwelijks door enthousiaste artsen in hun vrije tijd te verwezenlijken. Toch zullen we ongetwijfeld deze professionele kant op moeten. Wanneer nascholing dermate vakkundig wordt opgezet zal het vanaf de bron vermenigvuldigd kunnen worden en gedistribueerd over vele regionale nascholingscentra, die ongetwijfeld volgaarne deze 'panklare' nascholing zullen accepteren. In ons enthousiasme zullen we niet moeten vergeten dat op deze dag slechts *principes* werden gebracht door onderwijsdeskundigen, doch dat de *inhoud* die aan deze principes moet worden gegeven – het maken van een op dat ene onderwerp afgestemd draaiboek – door ervaren huisartsen en specialisten moet worden aangedragen.

Het tweede onderwerp 'de gesprekst raining' leverde het vertrouwde beeld op van het rollenspel 'patiënt-arts-gesprek', waarbij het gesprek – opgenomen op de band – werd nagelopen en het gespreksgedrag van de huisarts, zijn houding en techniek van deskundig commentaar werd

voorzien. Het mag langzamerhand als genoegzaam bekend worden verondersteld, dat de bedoeling van de gesprekst raining is de signalen die de patiënt in versluierde vorm uitzendt, beter op te vangen en te vertalen in de erachter liggende bedoeling. Opvallend vonden we het antwoord van de instructrice op onze vraag naar het rendement van dergelijke signaalverwerking, namelijk dat het heel vaak niet mogelijk is de omstandigheden van de patiënt te veranderen, doch dat we er op deze manier in zouden kunnen slagen de patiënt wat weerbaarder te maken. Het 'U moet er mee leren leven' in een gemodificeerde en verbeterde versie.

Bij het derde onderwerp 'Man-vrouw-anticonceptie' werden inhoud, mogelijkheden en uitvoering van dit project besproken, waarna er een deel van de videotape over de relationele aspecten in het gesprek tussen arts en patiënt betreffende geboortenregeling werd gedraaid. Het man-vrouw-anticonceptie-program komt zeer professioneel op ons over. Het is een voorbeeld van een goed voorbereid, uitgekiend programma, dat in zijn uitwerking bijzonder arbeidsintensief moet zijn geweest. Vele audiovisuele- en public relations-technieken zijn hierbij gebruikt. Een goed voorbeeld hoe het zou kunnen. Als kritische noot moet ons van het hart dat alle arbeid misschien beter aan een iets minder uitgekauwd onderwerp zou zijn besteed.

Het geheel overziende lijkt deze constructie als nascholingsdag voor de vertegenwoordigers van regionale nascholingswerkgroepen nuttig. Zij hebben belang bij informatie over wat en hoe nascholing gebracht kan of moet worden. Het zou o.i. daarom nuttig zijn, als een volgende keer alle tijd werd benut voor het geven van deze informatie en er geen tijd besteed zou worden aan het nascholen van deze vertegenwoordigers zelf zoals nu gebeurde aan het einde van de besproken onderwerpen.

Wij hopen dat de contacten van centrum met de periferie verder uitgebouwd zullen worden en een aanzet zullen vormen tot een systeem van continue nascholing voor alle huisartsen.

C. Middelbeek,
Dr. M. Saan,
huisartsen te Groningen

Nawoord van de Stichting Nascholing Huisartsen

De bedoeling van de S.N.H. met de nascholingsdag komt in bovenstaand verslag niet helemaal duidelijk naar voren. Daarom lijkt het goed, deze nog eens te formuleren. Bij de opzet van de dag is uitgegaan van het feit, dat men als werkgroeplid beter in staat zal zijn collega-huisartsen te motiveren tot het deelnemen aan nascholingsactiviteiten, wanneer men de activiteit zelf als deelnemer heeft ervaren. Het zelf in workshops met nascholing bezig zijn is dus een essentieel onderdeel van het programma geweest. Gezien de huidige situatie van de nascholing voor huisartsen is gekozen voor een opzet, waarbij het programma niet afgestemd werd op de behoeften van de individuele nascholingsorganisator, maar op een mogelijke behoefte van nascholingswerkgroepen in Nederland.

M. Warmenhoven-Haasbroek



VAN HET HOOFDBESTUUR

Kort verslag van de H.B.-vergadering d.d. 2 november 1974

Rapport commissie-eerste echelon. Het omvangrijke rapport van de commissie-eerste echelon, dat als discussienota werd aangeboden, wordt in bijzijn van de commissie besproken. Tenslotte wordt besloten nog niet tot publikatie over te gaan, doch eerst de adviezen van de maatschappelijke verenigingen in te winnen.

Ontheffing draagplicht helmen. Naar aanleiding van een verzoek om advies van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne spreekt het hoofdbestuur uit, dat geen medische uitzonderingen mogen leiden tot ontheffing van de draagplicht van valhelmen. Indien er medische indicaties zijn op grond waarvan iemand geen valhelm zou kunnen dragen, dan dient deze ook niet per bromfiets aan het verkeer deel te nemen.

Taak, plaats en functie academische ziekenhuizen. De bespreking van een nota hierover van de hand van de secretaris-arts Dr. H. Roelink wordt voortgezet, mede op basis van de inmiddels binnengekomen adviezen van de drie maatschappelijke verenigingen. Besloten wordt de nota aan alle betrokken organen aan te bieden.

Abortusvraagstuk. Na een uitvoerige discussie besluit het hoofdbestuur de destijds opgestelde richtlijnen in principe te handhaven. Nader zal worden bestudeerd of en in hoeverre een verantwoordingsplicht in de richtlijnen kan worden opgenomen. Een dergelijke verantwoordingsplicht zou dienen te gelden voor de gehele procedure, omvattend zowel de uitvoering van de abortus als de nazorg.

J. Diepersloot, arts,
secretaris-generaal

Publikatie op grond van artikel 607 H.R.

Na gehouden verkiezingen is de samenstelling van de districtsraad voor het district IX (Breda en O.) als volgt:

H. J. Kars, Breda, *voorzitter*
P. J. Bruijnzeel, Bergen op Zoom, *vice-voorzitter*
J. M. Hagemeyer, Oirschot, *vice-voorzitter*
D. van de Wetering, Parkstraat 16, Breda, *secretaris*
Dr. J. J. Bol, Breda, *lid*
Th. G. M. van Delft, Moergestel, *lid*
A. H. H. van Liebergen, St. Willebrord, *lid*
Dr. F. W. Mreijen, Tilburg, *lid*
Dr. F. Vaas, Bergen op Zoom, *lid*
Mr. A. J. W. M. Jurgens, Eindhoven, *adjunct-secretaris*

Utrecht, 13 november 1974

Rectificatie

In het jaarverslag 1973 (M.C. 1974/30, blz. 977) komt een passage voor, luidende: 'Aangezien de cineast Bert Haanstra zich om onduidelijke redenen had teruggetrokken, werd het filmfragment uit 'Bij de beesten af' door Prof. Baerends – op meesterlijke wijze – bij zijn inleiding betrokken'. Inmiddels is gebleken, dat deze passage de werkelijkheid onjuist heeft weergegeven. De heer Haanstra heeft zich om geheel buiten zijn schuld liggende redenen moeten terugtrekken en heeft er bovendien zelf zorg voor gedragen dat zowel het filmfragment uit 'Bij de beesten af' vertoond zou kunnen worden alsmede dat Prof. Baerends de bijdrage van de heer Haanstra in zijn inleiding zou opnemen.

J. Diepersloot, arts,

secretaris-generaal



VAN DE COMMISSIE GENEESKUNDIGE VERKLARINGEN.

Voorrang bij telefoonaansluiting

Van de zijde der P.T.T. werden wij er op geattendeerd dat er nog onvoldoende algemene bekendheid bestaat met de regeling die tussen P.T.T. en K.N.M.G. in 1972 tot stand is gekomen ten aanzien van het afgeven van urgentieverklaringen voor telefoonaansluitingen. Daarom volgt ter informatie nogmaals de bestaande regeling.

De getroffen regeling is in overeenstemming met punt B 8 van het 'groene boekje'. Aangezien de P.T.T. beslist niet in staat is zelf voor medische controle zorg te dragen, zullen de afdelingsvertrouwensartsen deze taak op zich nemen (zoals dat op diverse plaatsen reeds enkele jaren het geval is).

Zodra iemand aan het telefoondistrict mededeelt, dat naar zijn mening zijn aanvraag op medische of medisch-sociale gronden voor voorrang in aanmerking komt, stuurt de P.T.T. hem een brief, waarmee hij eerst naar zijn huisarts moet gaan. Indien de huisarts meent dat hiervoor voldoende aanleiding bestaat, zal hij de aanvrager – met een briefje met inlichtingen – naar de A.V.A. verwijzen. Deze geeft zijn beoordeling rechtstreeks aan het telefoondistrict door. Zowel de aanvrager als de A.V.A. en de huisarts ontvangen van de P.T.T. bericht omtrent het uiteindelijke resultaat. Andere verklaringen dan van de A.V.A.'s zullen door de P.T.T. niet meer worden geaccepteerd.

Met nadruk moet er op worden gewezen, dat het resultaat mede afhankelijk is van de beschikbare capaciteit in het betreffende telefoonnet. Het kan dus gebeuren, dat een patiënt met een hoge urgentiegraad geruime tijd op een aansluiting moet wachten, terwijl op een andere plaats een minder urgent geval snel kan worden geholpen. De A.V.A.'s hebben indertijd via het Bureau der Maat-

schappij een eerste voorraad formulieren en dienstenvellen ontvangen. Indien de voorraad formulieren dient te worden aangevuld kunt u contact opnemen met de directeur van het telefoondistrict.

Wij doen gaarne nogmaals een beroep op de huisartsen zowel als op de A.V.A.'s om deze procedure, welke met ingang van 1 februari 1972 van kracht is geworden, zo goed mogelijk te laten verlopen.

Utrecht, 2 januari 1975

Namens de Commissie
Geneeskundige Verklaringen,

Dr. H. Roelink



Extra ledenvergaderingen

In verband met de gerezen problematiek rond wetsontwerp 13004 wordt u verzocht de avonden 24 januari en 31 januari te reserveren voor extra ledenvergaderingen.

S. van Randen, arts, voorzitter
F. A. van Spanje, arts, secretaris

INHOUD — OFFICIEEL

Nr. 2-10 januari 1975

Van de Stichting Nascholing Huisartsen:

Nascholingsfunctionaris	62
Verslag van een nascholingsdag	62

Van het Hoofdbestuur:

Kort verslag van de H.B.-vergadering d.d. 2 november 1974	63
Publikatie op grond van artikel 607 H.R.	63
Rectificatie	63

Van de Commissie Geneeskundige Verklaringen:

Voorrang bij telefoonaansluitingen	63
--	----

Van het Centraal Bestuur L.H.V.:

Extra ledenvergaderingen	64
--------------------------------	----

Van het Centraal Bestuur L.S.V.:

Buitengewone ledenvergadering	64
-------------------------------------	----

Van het Centraal Bestuur L.A.D.:

Verklaring	64
------------------	----



VAN HET
CENTRAAL BESTUUR L.S.V.

Buitengewone ledenvergadering

Op 25 januari 1975 zal in verband met de door het wetsontwerp 13004 voor de pensioenvoorziening voor medische specialisten gerezen problemen wederom een buitengewone ledenvergadering plaatsvinden.

De vergadering zal plaatsvinden in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht. De agenda en het exacte tijdstip van aanvang zullen nog nader worden geconvoceerd.

G. Groenewoud, secretaris



VAN HET
CENTRAAL BESTUUR L.A.D.

Verklaring

Het centraal bestuur der Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband heeft met grote ongerustheid kennis genomen van een ontwerp van wet, volgens welk de fiscale benadering van zekere pensioenreserveringen ingrijpend zou worden gewijzigd, het ontwerp nr. 13004.

Het centraal bestuur acht zich betrokken bij de pensioenvoorzieningen, zoals deze op grond van het reglement van het Pensioenfonds voor Huisartsen en van het reglement van het Pensioenfonds voor Medische Specialisten worden geboden, voor zover het betreft huisartsen respectievelijk specialisten, die geheel dan wel voor een belangrijk deel in dienstverband functioneren. Deze huisartsen en specialisten hebben juist op grond van dat dienstverband reeds een uit het dienstverband voortkomende pensioenvoorziening, waardoor de basisvoorzieningen, geboden door beide genoemde pensioenfonds, als zodanig reeds minder gemakkelijk plaatsbaar zijn.

Indien door een wijziging van het fiscale regiem de verhouding tussen pensioenrecht en premieplicht bij de voorzieningen, zoals deze op grond van de regelingen van het Pensioenfonds voor Huisartsen en het Pensioenfonds voor Medische Specialisten worden geboden, nog nadelijker zou komen te liggen ten opzichte van diezelfde verhouding bij de op grond van het dienstverband vigerende pensioenregeling, zal het centraal bestuur zijn beleid ter zake opnieuw vaststellen. Dit zal ten opzichte van de voorzieningen van het Pensioenfonds voor Medische Specialisten inhouden, dat de destijds door het centraal bestuur op verzoek van de S.E.R. aan de S.E.R. afgegeven verklaring van geen bezwaar nader zal worden bezien; ten opzichte van de voorzieningen van het Pensioenfonds voor Huisartsen zal dit inhouden, dat het niet verstrekt zijn van een dergelijke verklaring op formele consequenties zal worden onderzocht.

Utrecht, december 1974