

zich in zichzelf terugtrekt en ook later ieder contact afweert. Met name geldt dit ook voor patiënten, die afatisch zijn geworden. Ook zij moeten op menselijk niveau worden aangesproken, al schijnt het dat zij, van wat wij tegen hen zeggen, niets begrijpen en al kunnen zij zelf niets terugzeggen. Voor meer gegevens omtrent de speciale behandelingswijze, die bij deze categorie patiënten in de loop der jaren in „Zonnestraal” is ontwikkeld, moge worden verwezen naar hetgeen Schreuder hierover onlangs heeft gepubliceerd.

Vergeleken met de situatie, zoals die vijftien jaar geleden nog bestond, is de kans op verbetering of zelfs herstel bij tijdig ingestelde en adequate behandeling van bejaarde patiënten met cerebrovasculaire stoornissen thans aanzienlijk. Er zal echter in ons land nog veel moeten veranderen wil het zover komen dat de therapeutische mogelijk-

heden op aanzienlijk uitgebreider schaal dan nu het geval is, tot realiteiten worden. De ervaring leert, dat de tijd en moeite aan deze patiënten besteed, in de regel ruimschoots worden beloond en dat ook voor hen geldt hetgeen de bejaarde Britse oceaانبedwinger Sir Francis Chichester in zijn dagboek over zichzelf noteerde: „I now have a lot less life to loose, but I assure you that what remains is just as precious as when I seemed to have limitless life ahead”.

Biemond, A. (1950) Diagnostiek van hersenziekten (2e druk) Erven F. Bohn N.V., Haarlem.
Diatlowicki-Tobi, A., (1967) huisarts en wetenschap, 10, 326.
Folkerts, J. F. (1967) Ned. T. Geneesk. 111, 1825.
Proosdij, C. van (1965) huisarts en wetenschap 8, 223.
Schreuder, J. Th. R. (1967) Ned. T. Geneesk. 111, 1828.
Vraag en antwoord (1966) Ned. T. Geneesk. 110, 1320.
Zalm, H. van der (1966) Ned. T. Geneesk. 110, 1864.
Zülch, K. J. (1960) Dtsch. med. Wschr. 85, 1524 en 1585.

De plaats van de geboorteregeling in de medische opleiding*

DOOR PROF. DR. A. SIKKEL TE LEIDEN

Indien zich in de wereld een probleem van grote betekenis voordoet dan zal de universiteit zich in al haar geledingen met dit probleem dienen bezig te houden. De universiteit is immers geen oase van rust waarin filosofen de gang van zaken in de wereld op verschillende wijzen kunnen interpreteren. Haar medewerkers zijn geen bewoners van een ivoren toren, die al dan niet verontrust uitzien over een wereld waarin een groot gedeelte der bevolking wordt bedreigd door armoede en honger. De universiteit is in wezen een dienaar van de publieke zaak. Krachtens haar aard zal zij steeds moeten trachten een bijdrage te leveren tot de oplossing van wezenlijk belangrijke problemen.

Bij het symposium „De mens in dichte pakking” dat in 1966 werd georganiseerd door de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen werd het probleem duidelijk gesteld: het probleem der overbevolking. Het mondiale aspect van dit probleem is fascinerend en benauwend voor wie zich medemens voelt in deze wereld. Een zeer groot aantal van de thans circa 3,3 miljard bewoners van deze aarde lijdt aan ondervoeding. Demografen van de World Health Organization berekenen dat de bevolking van de wereld in de eerstkomende 25 jaar zal toenemen tot 7,4 miljard, indien althans de toeneming van de bevolking zal gelijk blijven. Van deze bevolkingstoename zal 85 procent zich voordoen in gebieden waarin thans bijzonder slechte voedingstoestanden heersen met name in Azië, Afrika en Latijns-Amerika. Het is

welhaast zeker dat de toenemende voedselproductie geen gelijke tred zal kunnen houden met de voor de in de komende 25 jaren te verwachten bevolkingsexplosie, die niet zozeer wordt veroorzaakt door stijging van de geboortecijfers dan wel door daling van de sterftcijfers.

Het is een merkwaardig feit dat de geneeskundigen door hun strijd tegen de bevolkingsziekten die als „killers” bekend staan — zoals malaria, pokken en tuberculose — de oorzaak van deze te verwachten bevolkingsexplosie, die op haar beurt weer aanleiding zal geven tot armoede en honger, zijn. Wil men een catastrofe voorkomen dan zal het noodzakelijk zijn dat effectieve programma's worden opgesteld waarin naast een snelle verbetering van de voedselsituatie en van de sociaal-economische omstandigheden, de regeling der geboorten een belangrijke plaats moet innemen.

Het nationale aspect van de overbevolking is ons allen duidelijk. Het is een onaangename, voor velen benauwende zaak. Van een directe bedreiging der volksgezondheid of van een dreigend voedseltekort kan men in de westerse landen echter allerm minst spreken. Een indirecte bedreiging van de volksgezondheid door vergroting van de luchtverontreiniging, watervervuiling en tekort aan recreatie is echter wel mogelijk. Reeds nu wordt een groot aanpassingsvermogen en een inperking van persoonlijke vrijheden van een ieder geëist.

Ook wat Nederland betreft moet worden gesteld dat de toeneming der bevolking niet zozeer een gevolg is van de stijging der geboortecijfers doch voornamelijk van een daling van de sterftcijfers. Het geboortecijfer dat omstreeks 1900 dertig tot

* Voordracht, gehouden op de Boerhaave-cursus Huisarts en geboorteregeling, mei 1967.

vijfendertig per duizend bedroeg, daalde tot 1937 tot 19,8 per duizend. Daarna steeg het geboortecijfer in de jaren voor en tijdens de oorlog (behalve in 1945) om na de geboortegolf in de naoorlogse jaren weer te dalen op dit ogenblik tot een getal van ruim negentien per duizend. In 1964, toen het geboortecijfer nog 20,7 per duizend bedroeg, meenden demografen dat op dat moment een zekere stabilisatie was ingetreden. Het bleek echter dat in 1965 een vrij scherpe daling tot 19,9 per duizend optrad, terwijl in 1966 voor Nederland het geboortecijfer 19,2 per duizend bedroeg. Het is zeker dat de verandering in de anticonceptionele methodieken in Nederland, in dit geval de toepassing van de orale anticonceptie, bij deze sterke daling in de laatste jaren een zeer belangrijke rol heeft gespeeld. Het is derhalve duidelijk dat de sterke toeneming der bevolking, ondanks een daling van de vruchtbaarheid sinds 1900 met circa 40 procent, moet worden toegeschreven aan een daling van de sterftecijfers.

De huisarts van thans komt het meeste in aanraking met het individuele aspect der geboorteregeling. Het is niet zozeer de verontrusting over de dreigende overbevolking die maakt dat door velen een regeling van de geboorten wordt gewenst. Het verbeterde inzicht van de mens in het proces der voortplanting heeft tot gevolg gehad dat men deze voortplanting wil gaan beheersen. Deze mentaliteit spruit zeker niet alleen voort uit gemakzucht of behoefte aan meer materiële welvaart. Ongetwijfeld is er bij zeer velen sprake van een vermeerdering van het verantwoordelijkheidsgevoel. Dit komt onder meer tot uiting in de wens om de kinderen een opvoeding te geven die in vele gevallen, bijvoorbeeld wat betreft het onderwijs, beter zal zijn dan die welke de ouders zelf hebben genoten. Daarbij komt dat een van de kenmerken van de bewust levende mens is dat hij plannen maakt voor de toekomst. Bij deze „planning” speelt de regeling der geboorten een belangrijke rol.

Artsen komen door deze wat men zou kunnen noemen sociale aspecten regelmatig in contact met de geboorteregeling, maar ook met de strikt medische aspecten van dit probleem worden zij bij herhaling geconfronteerd. Er zijn vele medische redenen, somatische, psychische of psycho-sociale die maken dat het voorkómen van een zwangerschap ofwel tijdelijk ofwel duurzaam is gewenst. Het probleem is duidelijk, belangrijk, actueel en gedeeltelijk zuiver medisch van aard. Als wereldprobleem is het bovendien zeer urgent. Het is zeker geen paniecreactie wanneer *Clark*, directeur van het „Overseas Development Institute” schrijft dat er sprake is van een „race against disaster, control or chaos”. Het probleem is bovendien bijzonder nijpend gezien het feit hoe weinig inzicht er bestaat in de mogelijkheden en in de noodzakelijkheid van de geboorteregeling op strikt medische indicatie. Op grond van het bovenstaande is het mijns inziens noodzakelijk dat het probleem van de

regeling der geboorten een plaats krijgt in het medische onderwijs.

Aan de organisatie van het medische onderwijs wordt de laatste jaren veel aandacht besteed. De inhoud van het curriculum moet worden veranderd, de duur der opleiding moet worden bekort, tijdens het laatste studiejaar moet een zekere differentiatie worden ingevoerd. Moet men nu, terwijl verkorting van de opleiding wordt nagestreefd, ook nog een geheel nieuw onderdeel invoegen? Hetgeen geldt voor elk onderwijs, geldt ook voor het universitaire onderwijs, namelijk dat niet zozeer de hoeveelheid leerstof van belang is doch wel het „wakker maken” van de leerlingen. Inzicht is belangrijker dan feitenkennis. Vaak wordt een onjuist alternatief gesteld namelijk of practici of academici moeten worden opgeleid. Men moet echter trachten academisch gevormde artsen op te leiden die door hun academische vorming de in de praktijk op hen afkomende vragen wetenschappelijk verantwoord en niet-vooringenomen kunnen beantwoorden. De aanstaande arts zal bij het onderwijs onder meer kennis moeten nemen van de basale feiten omtrent ziekten; bovendien dient hij interesse in problemen rondom groei en ontwikkeling te krijgen en tenslotte zal hij moeten leren — en dat is het belangrijkste — wat wezenlijk van waarde is.

Bij zijn opleiding heeft de medische student te maken met drie facetten van de geneeskunde: diagnostiek, therapie en preventie. De ervaring leert dat de student van heden en die van gisteren de accenten toch vooral blijkt te leggen op de eerste twee facetten, terwijl zeker ook bij het vraagstuk der geboorteregeling, kennis van de preventie noodzakelijk is. Indien men overweegt een nieuw onderdeel in de medische opleiding in te voegen zal men dus met prioriteiten moeten gaan werken. Naar mijn mening is de prioriteit, die aan het onderwijs in het bevolkingsprobleem in het algemeen en aan het onderwijs in de geboorteregeling in het bijzonder zal moeten worden gegeven, zeer hoog.

Het onderwijs in de geboorteregeling behelst althans uitsluitend een instructie in anticonceptionele technieken. Een dergelijke aanpak van dit probleem zou veel overeenkomst vertonen met het „instampen” van jaartallen zonder dat oorzaak en achtergrond van het gebeuren worden besproken. Dat echter zelfs deze instructie bij het onderwijs aan de Nederlandse universiteiten tot voor kort ontbrak is een betreuenswaardig feit. Het is van groot belang dat de student reeds vroeg met de boeiende problematiek rondom de voortplanting in aanraking komt.

Mijns inziens moet het onderwijs in de geboorteregeling als een hoofdstuk, casu quo sluitstuk, van het onderricht in de biologie van de menselijke voortplanting worden gezien. Het dient onder andere te omvatten: kennis van spermatogenese, mechanisme van de ovulatie, bevruchting, implantatie van de bevruchte eicel, ontwikkeling van de

vrucht, endocriene controle van zwangerschap en ovulatie en kennis van de genetica. Deze onderwerpen kunnen worden behandeld in de eerste drie jaren van de opleiding.

Wellicht zal men opmerken dat deze onderwerpen inderdaad al worden behandeld. Gedeeltelijk is dit ook zo. Hetgeen echter ontbreekt is de coördinatie tot een geheel zodat er een apart vak binnen het medische curriculum ontstaat. Verder dient naast het doen kennis nemen van de basale feiten, aan de student onderricht te worden gegeven in de sociale en psychologische aspecten van de seksualiteit terwijl bovendien een presentatie moet worden gegeven van sociaal-geneeskundige, demografische, farmacologische, pathologische, sociologische en politieke aspecten van de menselijke voortplanting. Indien de student inzicht in deze aspecten bezit kan het onderwijs in de geboorteregeling uiteindelijk worden ingepast (zie onder andere *Mastroiani*). Een dergelijk onderwijs is dus multidisciplinair van aanpak. De gynaecoloog draagt dus zeker niet alleen de verantwoording ervoor. Aangezien hij echter, meer dan de vertegenwoordigers van vele andere medische disciplines, dagelijks in aanraking komt met de medische en sociale gevolgen van de voortplanting, is het duidelijk dat hij bij dit onderwijs een belangrijke plaats inneemt. Daarbij komt dat de gynaecoloog, als het goed is, het preventieve denken min of meer eigen is geworden. Immers een zeer belangrijk gedeelte van zijn werk op verloskundig terrein, namelijk de prenatale zorg, bestaat uit preventief geneeskundige arbeid.

Het onderwijs in de biologie van de menselijke voortplanting heeft aan verreweg de meeste „medical schools” in de Verenigde Staten van Amerika reeds een vaste plaats in het curriculum verkregen. *Tietze* enquêteerde in 1965 71 „medical schools”. Van 70 scholen kwam een antwoord binnen. Op acht „medical schools” werden slechts colleges in „fertility regulation” gegeven. Acht scholen gaven bovendien demonstraties op dit gebied. Op 54 scholen was bovendien een klinische afdeling aanwezig (polikliniek?). In enkele gevallen werd bovendien een stage gelopen op een polikliniek voor „family planning”. *Mastroiani* enquêteerde elf „medical schools”. Op drie scholen werd het onderwijs als goed gekwalificeerd, op twee was het onderwijs

voldoende, op zes was het slecht. Het bleek dat in die gevallen waarin het onderwijs als goed kon worden gekwalificeerd, door de gynaecologen in samenwerking met anderen, reeds in de preklinische jaren colleges over dit onderwerp werden gegeven.

In Nederland erkennen thans alle hoogleraren in de verloskunde dat onderwijs in de problematiek van de geboorteregeling moet geschieden. Hoe dit onderwijs momenteel is geregeld blijkt uit *tabel 1*. De inzichten en wensen voor de toekomst worden vermeld in *tabel 2*. Uit deze gegevens blijkt dat aan de Nederlandse universiteiten het onderwijs in de biologie van de menselijke voortplanting als apart onderdeel van het curriculum nog niet wordt gegeven. Naar mijn mening moet dit als een tekortkoming worden beschouwd. Een eerste stap vooruit op dit gebied is de benoeming van een lector in dit vak aan de Leidse universiteit.

Wat nu het onderwijs door de gynaecoloog betreft kan het volgende worden gesteld. Als de student in het vierde jaar van zijn opleiding begint met de studie in de verloskunde, zal hij reeds op de hoogte moeten zijn van de biologische en fysiologische aspecten van de voortplanting. Hij zal voor die tijd reeds hebben kennis genomen van de visie van de gynaecoloog en van vele anderen. Tijdens zijn studie voor het doctoraal examen zal hij op de hoogte worden gebracht met de pathologie van de voortplanting en de verschillende mogelijkheden om deze voortplanting te regelen. Op grond van de kennis welke hij dan reeds bezit, zal hij de anticonceptie als een normaal onderdeel van dit vak leren zien, zodat hij dan waarschijnlijk minder emotioneel dan thans het geval is, erover zal leren denken en spreken.

Bij dit onderwijs zal naar voren komen dat anticonceptie niet het middel bij uitnemendheid is om het euvel van de abortus provocatus uit te bannen. Uit onderzoeken van *Van Emde Boas* en *Treffers* is gebleken dat dit, althans bij ongehuwde vrouwen, zeker niet het geval zal zijn. *Van Emde Boas* vermeldt onder meer een onderzoek bij 50 ongehuwde zwangere vrouwen. Van deze vrouwen hadden 32, ondanks het feit dat zij volkomen op de hoogte waren, geen enkele voorzorgsmaatregel

Tabel 1. Huidige stand onderwijs geboorteregeling.

Universiteitsplaats	Leiden	Utrecht	Groningen	Amsterdam Geneesmiddelen Universiteit	Amsterdam Vrije Univer- siteit	Nijmegen
Onderwijs geboorteregeling sinds . . .	1966	1948	1964	1961	1958	1967
Aantal college-uren voor doctoraal examen	8	6	4	4	2*	8
Polikliniek voor geboorteregeling . . .	+	—	—	+	++	—

* plus 3 uren, met demonstratie, voor semi-artsen.

** nog geen afzonderlijke polikliniek.

genomen. Bij deze vrouwen bestond dus geen „preventieve attitude”. Door *Van Emde Boas* werd de volgende formule ontwikkeld betreffende de effectiviteit van de anticonceptie: $E = \frac{P}{sR}$ waarbij P

de preventieve instelling voorstelt en sR de som van de remmende factoren. Op grond van dezelfde onderzoeken moet het echter wel waarschijnlijk worden geacht dat bij een juist doorgevoerde anticonceptie het aantal gevallen van abortus provocatus bij de gehuwden zal verminderen.

De formule van *Van Emde Boas* kan men ook toepassen voor het onderwijs. Want wat voor de individuele anticonceptie geldt is evenzeer van toepassing op het onderwijs in de geboorteregeling. Het is van het grootste belang dat bij dit onderwijs aandacht wordt geschonken aan het zich eigen maken van deze preventieve attitude door de aanstaande artsen. Met het ontbreken van deze instelling bij huisarts en specialist wordt de gynaecoloog frequent geconfronteerd als hij moet beslissen of bij een patiënte om medische redenen de zwangerschap moet worden afgebroken. Het is meer regel dan uitzondering dat de behandelende arts op de hoogte was van de preëxistente aandoening, terwijl hij of zij toch niet diepgaand met de vrouw of met het echtpaar de mogelijkheden tot voorkoming van de zo zeer gevreesde zwangerschap had besproken. Het is mijn overtuiging dat wij, indien wij erin slagen om tijdens de opleiding deze preventieve attitude bij de artsen te ontwikkelen, minder vaak zullen komen te staan voor de uiterst moeilijke en ingrijpende beslissing om een zwangerschap af te breken, al moet men in dit opzicht ook weer niet te optimistisch zijn. In Zweden, waar de voorlichting van leken en het onderricht aan artsen optimaal is geregeld, neemt het aantal aanvragen

voor legale abortus nog steeds toe: 5570 gevallen in de eerste tien maanden van 1965 tegenover 5500 gevallen in het jaar 1964 (*Nilsson*).

Als methode van geboorteregeling in algemene zin komt de abortus provocatus niet in aanmerking. De gynaecoloog zal bij het onderwijs in de biologie van de menselijke voortplanting aan het probleem van de abortus provocatus echter niet voorbij kunnen gaan. In deze tijd waarin de meningen in beweging zijn is bezinning op dit probleem met als doel „levensredding” dringend noodzakelijk. Wil de toekomstige arts hierover later een goed oordeel geven dan moet hij hierover in zijn studietijd leren denken.

Medische indicaties op zuiver somatisch gebied zijn er, indien de zwangere zich aan een optimale behandeling wil onderwerpen, praktisch niet meer. Indien men de mens echter ziet in zijn totaliteit als een socio-psychosomatische eenheid, ligt de zaak veel moeilijker. De stelling dat abortus provocatus als moord, zelfs als moord met voorbedachte rade, moet worden beschouwd is kortzichtig, onjuist en niet houdbaar. Dat het een afsnijden van ontkiemd leven is en dat respect voor het leven iedere arts eigen moet zijn staat buiten discussie. Het gaat niet aan om via verschillende redeneringen, die veelal aan geestelijke acrobatiek doen denken, het afbreken van een zwangerschap als een neveneffect van een andere handeling te beschouwen. Bovendien schuilt er naar mijn mening een grote mate van hypocrisie in het verschil tussen het gemak waarmee men het doden van onschuldige medemensen tijdens een oorlog tolereert en de starheid in de houding ten opzichte van de om strikt medische redenen uitgevoerde abortus. De medische ethiek is, als alle andere ethiek, geen statisch geheel. Zij dient zich aan te passen aan gewijzigde inzichten. Onlangs schreef de rooms-katholieke moraaltheo-

Tabel 2. Wensen ten aanzien van onderwijs geboorteregeling.

Universiteitsplaats	Leiden	Utrecht	Groningen	Amsterdam Gemeentelijke Universiteit	Amsterdam Vrije Universiteit	Nijmegen
Door wie moet onderwijs worden gegeven?	Gynaecoloog Psychiater Sociaal geneeskundige Pastor Anatoom Embryoloog Patholoog Geneticus Farmacoloog Socioloog Fysioloog	Gynaecoloog Psycholoog	Gynaecoloog Psycholoog	Gynaecoloog Psycholoog Pastor	Gynaecoloog Maatschappelijk werker Psycholoog Pastor	Gynaecoloog
Polikliniek anticonceptie gewenst?	Ja	Neen	Neen	Aanwezig	Ja	Neen
Onderwijs reeds voor candidaatsexamen?	Ja	Neen	Neen	Ja	Neen	Neen

loog *Sporken* — zoals hij zelf zegt op gevaar af te worden misverstaan — dat „datgene wat geldt voor een extreme lichamelijke noodtoestand evenzeer geldt voor een extreme psychische toestand. In dat geval is abortus geen moord doch levensredding”.

Het is dus aan de arts om het uiterst moeilijke oordeel uit te spreken of voor een vrouw het leven nog „leefbaar” zal zijn bij het voortbestaan van een ongewenste zwangerschap. Bij het onderwijs zal de aanstaande artsen moeten worden geleerd dat het een gebiedende eis is dat zij, om tot een verantwoord oordeel te komen, hulp inroepen van andere deskundigen op dit gebied. In vele gevallen zal dat de psychiater zijn. Indien de vrouw kerkelijk meelevend is zal overleg met haar geestelijke leidsman niet mogen achterwege blijven. Bij een somatisch lijden is overleg met de haar behandelende specialist eveneens een gebiedende eis. Op grond van de hem verstrekte adviezen zal de arts echter zelf uiteindelijk tot een oordeel moeten komen. Nooit mag men vergeten dat degene, die de zwangerschap afbreekt, de uiteindelijke verantwoordelijkheid draagt. Het is daarom onjuist dat de huisarts, indien hij meent dat er mogelijk een indicatie tot afbreken van de zwangerschap bestaat, reeds vooruit loopt op het oordeel van degene, die deze onderbreking zal moeten verrichten.

Wij zullen bij het onderwijs de aanstaande artsen moeten wijzen op hun juridische positie in deze. Lange tijd heeft over deze positie een ernstig misverstand bestaan. Uit het artikel van *Enschede* blijkt dat er in gevallen van abortus provocatus op een strikt medische indicatie geen sprake is van een wederrechtelijke gedraging; bovendien zou de behandelende arts geen verwijt in juridische zin worden gemaakt. Hij zal dus niet strafbaar zijn al heeft hij een in de wet omschreven delict begaan.

Tenslotte zal bij het onderwijs aan de studenten in de methodiek van de geboorteregeling de nadruk moeten worden gevestigd op de noodzaak van controle van vrouwen die anticonceptie toepassen met behulp van farmacologische middelen of door het gebruik van een intrauterien pessarium. Alleen

op deze wijze kunnen ongunstige bijwerkingen op statistisch verantwoorde wijze worden aangetoond.

Er is geen terug op de weg die een deel van de mensheid thans is ingeslagen om te komen tot geboorteregeling. Aan de medici is echter de taak opgelegd om te maken dat deze weg zo veilig mogelijk is voor het individu. Hij, die de onontkoombaarheid van de geboorteregeling inziet, zal deze controle echter met een andere instelling verrichten dan hij, die deze visie niet deelt.

Naar mijn mening moet het in de toekomst voor een ieder mogelijk zijn geboorteregeling toe te passen. Deze mogelijkheid behoort tot een van de verworven vrijheden van de mens. *Baird* spreekt in dit verband, doelend op de vier vrijheden waarvan Roosevelt sprak in 1941, van de vijfde vrijheid: het bevrijd zijn — en dit geldt in het bijzonder voor onze medemensen in de ontwikkelingslanden — van de tirannie van de excessieve vruchtbaarheid. De vooruitgang in de geschiedenis wordt steeds gevonden in de strijd om de vrijheid. Naar mijn mening zal deze vrijheid op den duur niet tot bandeloosheid aanleiding geven. Snel en vooral onvoorbereid verkregen vrijheid brengt dit gevaar aanvalkelijk echter zeker met zich. Uiteindelijk zal verworven vrijheid echter voor een ieder een grotere verantwoordelijkheid met zich meebrengen. Tot deze verantwoordelijkheid zullen wij onze medemensen en in eerste instantie de aanstaande artsen moeten opvoeden.

Baird, D. (1965) *Brit. med. J.* II, 1141.

Clark, W. (1965) *The Observer*, 5 september.

Emde Boas, C. van (1967) *T. Geneesk. (België)* 4, 169.

Enschede, Ch. J. (1966) *Ned. T. Geneesk.* 110, 1349.

Macy Conference (1966) Teaching the biological and medical aspects of reproduction to medical students. Macy Foundation, New York.

Mastroiani, L. (1966) Report of a Macy Conference. Macy Foundation New York.

Nilsson, Bo. A., (1966) *Gynéc. prat.* XVII 1, 19.

Segal, S. J. (1966) *Gynéc. prat.* XVII 1, 87.

Sporken, C. P. (1967) *Medisch Contact* 17, 385.

Tietze, C. e.a. *J. Amer. med. Ass.* 196, 140.

Treffers, P. E. (1965) *Academisch Proefschrift Amsterdam.*

Afspraakspreekuur

DOOR W. W. OOSTERHUIS, HUISARTS TE HAARLEM

Naar aanleiding van het artikel van *Mulder* en *De Beer* over het afspraakspreekuur — (1967) huisarts en wetenschap 10, 260 — lijkt het, ter bevordering van de introductie van deze werkwijze, nuttig om variaties in organisatiemogelijkheden te vermelden. Sinds februari 1967 werken wij met een volledig afspraakspreekuur, zonder het „aanloopspreekurtje” van *Mulder* en *De Beer*. Het betreft

een praktijk van 3300 zielen. Daar het voor mij tevens het begin betekende van het werken met praktijkassistentie, heb ik een „tijdstudie” aan het afspraakspreekuur vooraf laten gaan. Mijn assistente heeft gedurende drie maanden de aantallen patiënten op het spreekuur geturfd evenals het aantal minuten dat wij nodig hadden om hen te helpen. Gemiddeld bleek dit twaalf minuten per patiënt te