



redactioneel

- Dezer dagen is een LHV/NHI-rapport in de openbaarheid gebracht waarmee wordt getracht antwoord te geven op vragen over hoeveel huisartsen uit hun praktijk stapten, waarom ze dat deden en wat ze daarna gingen doen. Aan het eind van 1976 is het NHI door de LHV benaderd om een aantal vragen over het vertrek uit de huisartspraktijk te beantwoorden. De belangrijkste vraag was die naar de redenen voor dat vertrek. Het verzoek van de LHV heeft geresulteerd in een onderzoek, waarvan het in dit nummer van MC samengevatte rapport het resultaat is.
- 'Telkenmale als in Nederland poliomyelitis optreedt in die gebieden van het land waar de immunisatiegraad van de jeugd beneden het algemeen erkende kritische niveau van circa 75% ligt, brandt de al zo'n twintig jaar oude discussie over de pro's en contra's van het door de Rijksoverheid aanbevolen vaccinatieprogramma weer los', aldus de aanhef van een beschouwing van Dr. J. Huisman, hoofd van de afdeling Infectieziekten en Hygiëne van de Rotterdamse GG&GD, over vaccinatie tegen kinderverlamming in Nederland.
- In de artikelenserie ter herdenking van het dubbele jubileum '75 jaar KNMG-rechtspraak' - '50 jaar Medische Tuchtwet' levert de Haagse advocaat en procureur Mr. A. G. Maris een bijdrage die een beschouwing bevat over de wijze waarop tuchtrecht, burgerlijk recht, strafrecht en administratief recht kunnen voorzien in de behoefte aan repressie en preventie van fouten en ongevallen, waarbij in het bijzonder artsen in ziekenhuizen zijn betrokken.
- Zoals bekend wordt dit jaar in Arnhem het dertigste Ledencongres van de KNMG gehouden. Daar zullen op 4, 5 en 6 oktober aanstaande de congresgangers zich buigen over de problematiek met betrekking tot een enigszins afgebakend deelgebied van de jeugdgezondheidszorg: 'De adolescent in de geneeskunde'. Met kennelijke voldoening en – ons inziens terecht – met enige trots presenteert de voorbereidingscommissie in dit nummer van Medisch Contact het complete wetenschappelijke en recreatieve programma van het zesde lustrumcongres, waarvoor thans kan worden ingetekend door middel van het bijgesloten inschrijfformulier.



Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	754
---------------	-----

Inzenders: A. J. van Luijk, J. Hellinghuizen, Jan van Goyenkliniek voor KNO-ziekten, M. A. Oostinga

LHV/NHI-onderzoek. Vertrek uit de huisartspraktijk. Hoeveel huisartsen stapten de laatste jaren uit de praktijk? Waarom en wat gingen ze daarna doen?	757
---	-----

Vaccinatie tegen kinderverlamming in Nederland, door Dr. J. Huisman	762
---	-----

Discussie. Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg? door Paulien Becking (mede namens de werkgroep Klimakterium)	765
---	-----

75 jaar KNMG-rechtspraak – 50 jaar Medisch Tuchtrecht. De verhouding van het tuchtrecht tot het burgerlijk recht, het strafrecht en het administratief recht. Repressie en preventie van fouten en ongevallen op medisch gebied, door Mr. A. G. Maris	766
---	-----

Demonstratie bij Domus Medica in Utrecht	768
--	-----

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam. Terminale patiënte in slaap overleden. Klacht tegen arts die slaapmiddel toediende afgewezen	769
--	-----

CAO-Ziekenhuiswezen. Uitspraak uitvoeringsregeling salariering	770
--	-----

Uit de Ziekenfondsraad	771
------------------------------	-----

OFFICIEEL	773
-----------------	-----

Inhoudsopgave officieel	776
-------------------------------	-----



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

De redactie beslist over de inhoud van het redactionele gedeelte. Het bestuur van Medisch Contact is voor het redactionele beleid verantwoordelijk verschuuldigd aan de Algemene Vergadering van de KNMG. De Algemene Vergadering kiest het bestuur van Medisch Contact, benoemt de hoofdredacteur en de redactiesecretaris.

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

F. A. Bol, arts, hoofdredacteur;
C. C. G. Jansens, redactiesecretaris;
R. A. te Velde, redacteur;
Mw. G. W. Valkenburg-van Straten,
redactrice;
Mw. C. R. van der Goot-van der
Sluijs, secretaresse;
Mw. W. G. Juffermans-Kaltoven,
secretaresse.

De redactie is gevestigd Lomanlaan
103, Utrecht, telefoon 030-885411.

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80, Amstelveen,
telefoon: 020-434346
telex: 15230.
advertentie-acquisitie
telefoon 020-433851.

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG
f 82,70; losse nummers f 2,35, excl.
portokosten (inclusief BTW); bui-
tenland f 87,90.
Opgave van abonnementen uitslui-
tend bij de uitgever.

Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeu-
ring der redactie en kunnen zonder
opgaaf van redenen worden geweig-
erd. Opgaven uitsluitend bij de uit-
geverij.

Adreswijziging

Leden der KNMG uitsluitend aan de
afdeling Ledenregister der Maat-
schappij, Lomanlaan 103, Utrecht.
Niet-leden uitsluitend aan de uitge-
ver.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

BRIEVEN

*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.*

'HET KLEINE TEKORT' (I)

Het artikel van collega P. Lens in (MC nr.
22/1978, blz. 665) geeft mij aanleiding tot
enkele kanttekeningen.

Binnen de PHV-Leiden en Omstreken was
behoefte ontstaan aan een
vestigingsbeleid. Een accountantsrapport
over de relatie tussen consumptief
inkomen en praktijkgrootte van de huisarts
kwam tot dezelfde conclusie als collega
Lens: bij overname volgens het huidige
stelsel is een praktijk van 3.000 zielen
nodig om er redelijk van te kunnen leven.
Het advies van de inmiddels ingestelde
Commissie Vestigingsbeleid voor Leiden is
dan ook niet anders geworden dan een
variant op een bekend lied: 'Komt
huisartsen, sluit de rijen'.

Praktijkverkleining is nodig, niet om het
gemakkelijker te krijgen, maar om de juiste
zorg en kwaliteit te kunnen leveren aan de
patiënten. Het is volstrekt onjuist om via
deze redenering tot de conclusie te komen
dat *dus* het consumptieve inkomen van de
huisarts omlaag kan bij
praktijkverkleining, want de hoeveelheid
te verrichten arbeid wordt niet kleiner.
Collega Lens kan stellen dat een huisarts
een te hoog consumptief inkomen wil
hebben, maar dat is een totaal ander
uitgangspunt.

Het komt mij voor dat de suggesties van
collega Lens om tot verbetering te komen
niet geheel in hun consequenties door hem
zijn overdacht. Wat te denken van het niet
overnemen van een praktijkpand,
bijvoorbeeld op het platteland, of van de
(on)mogelijkheid om in de stad een
praktijkruimte te huren?

De goodwill is een kapitaalsinvestering, het
is niet aannemelijk dat deze zonder
compensatie teniet kan worden gedaan.
Weinig bedrijven zullen hun gebouwen die
voor f 1,— op de balans staan inderdaad
voor die prijs overdragen.

Het is mogelijk dat momenteel huisartsen
opgeleid worden voor de WW, maar in
hoeverre is een beroepsgroep
verantwoordelijk voor de resultaten van
een overheidsbeleid waar zij geen invloed
op heeft?

Leiden, 6 juni 1978

A. van Luijk, huisarts

'HET KLEINE TEKORT' (II)

In een reactie op 'Het kleine tekort' van
Collega Lens (MC nr. 22/1978, blz. 665)
stelt de hoofdredacteur het betalen van
goodwill ter discussie. Hij noemt als
argument de aanzienlijke bijdrage die de
beginnende huisartsen betalen aan de
'back-service' voor rustende artsen.
Ik zou nog een ander argument kunnen
noemen om de goodwill jaarlijks af te
schaffen, dan wel in fasen af te bouwen.
Het is met name de financiering van het
onroerend goed dat de beginnende huisarts
de das om doet en *niet* de aftrekbare
goodwill. Het woon-praktijkpand van de
verkopende arts is de laatste vijf jaar in
waarde verdubbeld. De verkopende arts
kan deze winst, bij de huidige
belastingwetgeving, zonder meer in zijn
zak steken. Hij moet dan wel gaan huren.
Een keer zal er een generatie artsen komen
die goodwill heeft betaald, maar deze niet
meer ontvangen zal. Wij (!) op weg naar
een zinvolle praktijkverkleining met
redelijke honorering!

Amersfoort, 5 juni 1978

J. Hellinghuizen, huisarts

BECONASE, NOG NIET VOOR ZIEKENFONDSVERZEKERDEN?

De brief van collega Dr. J. Stork in MC nr.
19/1978, blz. 569 aangaande het buiten het
ziekenfondspakket houden van
beclomethason-propionaat door de CMPC
voor andere indicaties dan astma
bronchiale hebben wij met instemming
gelezen; de hier uiteengezette
overwegingen waren ons uit het hart
gegrepen.

Ook wij hebben sedert de introductie van
de intranasale
beclomethason-dipropionaat-verstuiver
(beconase) ruim een jaar geleden, gunstige
ervaringen met dit preparaat opgedaan;
niet alleen bij de chronische en allergische
rhinitiden – zoals inmiddels ook door het
onderzoek van Dieges en Heeringa
(NT v G nr. 21 dd. 27-5-'78) is bevestigd,
maar ook bij patiënten met polyposis nasi,
die niet in bovengenoemd onderzoek
waren opgenomen.

Doorlezen naar blz. 756

VERTREK UIT DE HUISARTSPRAKTIJK

‘Waarom verlaten sommige huisartsen vroegtijdig de praktijk?’, zo vroeg het Centraal Bestuur van de Landelijke Huisartsen Vereniging zich indertijd eens af. Het Nederlands Huisartsen Instituut heeft geprobeerd een antwoord op deze vraag te vinden. Al eerder werd op het NHI gewerkt aan een onderzoek naar de omvang van het vertrek uit de praktijk op basis van gegevens uit de huisartsenregistratie die door dit instituut wordt bijgehouden. De LHV wilde vooral weten waarom en in welke mate huisartsen vroegtijdig, dat wil zeggen vóór hun 65ste jaar, als zodanig opstappen. In hoeverre spelen de werkomstandigheden, de financiën en eventueel verminderd plezier in het huisartsenvak, etc. hierbij een rol? Volgens collega C. P. Bruins, directeur van het NHI, belangrijke vragen, niet alleen voor de planning van het aantal huisartsen maar ook voor de opleiding en voor zowel materiële als immateriële randvoorwaarden van het beroep.

Het voortgezette onderzoek richtte zich vooral op de motieven van vertrek. De onderzoekers hebben geprobeerd kenmerken te vinden waarom deze oplossing werd gekozen en niet andere – zoals associatie, samenwerking met andere disciplines, verbetering van de praktijkorganisatie, praktijkverkleining, etc. De groep vertrokken huisartsen werd voorts vergeleken met een controlegroep van collega's die hun praktijk trouw bleven. Het NHI heeft thans een rapport uitgebracht over dit gedegen onderzoek; een uitvoerige samenvatting daarvan is te vinden op blz. 757 e.v.

Al valt het percentage ‘opstappers’ (4,3 waarvan bovendien de kleinste helft door natuurlijk verloop: hoge leeftijd, ziekte, overlijden, emigratie) reuze mee en al liggen de motieven om een andere functie te aanvaarden nogal voor de hand, op grond van de onderzoeksresultaten zou men heel voorzichtig kunnen

concluderen dat onder de 40-55-jarige huisartsen die een grote, minder modern ingerichte praktijk hebben en bovendien nevenfuncties bekleden het vertrek het grootst is. Verder analyserend zou men met dit rapport in de hand eens te meer een pleidooi kunnen houden voor praktijkverkleining. Dat wil zeggen: als men voortijdige praktijkverlating al als een verontrustend verschijnsel beschouwt dat moet worden tegengegaan.

Het verschijnsel heeft tenslotte ook een positieve kant. Het levert immers arbeidsplaatsen op voor afstuderende huisartsen. Zeker, bij lange niet genoeg, maar wie weet wat de toekomst brengt? In dit verband is het aardig in het LHV/NHI-rapport te lezen dat 46% van de huisartsen er wel eens over denkt uit de praktijk te stappen en dat 10% dit vaak doet. Tussen denken en doen ligt dus ook hier vooralsnog een hemelsbreed verschil.

DE ADOLESCENT IN DE GENEESKUNDE



Zoals bekend wordt dit jaar in Arnhem het dertigste Ledencongres van de KNMG gehouden. Daar zullen op 4, 5 en 6 oktober aanstaande de congresgangers zich buigen over de problematiek met betrekking tot een enigszins afgebakend deelgebied van de jeugdgezondheidszorg: ‘De adolescent in de geneeskunde’. Met kennelijke voldoening en – ons inziens terecht – met enige trots presenteert de voorbereidingscommissie in dit nummer van Medisch Contact het complete wetenschappelijke en recreatieve programma van het zesde lustrumcongres.

Ofschoon de commissie meent met het aantrekken van de ruim dertig deskundige inleiders – vertegenwoordigers van een groot aantal

verschillende disciplines – het totale probleemveld niet geheel te kunnen dekken, zullen enkele belangrijke aspecten ongetwijfeld gedegen worden behandeld. Verdeeld over zes secties betreden de congressisten straks via de volgende zij-ingangen dat veld: groei en ontwikkeling; micro- en macro-omgeving; verslaafd gedrag; ongeneeslijke aandoeningen; stofwisseling; psychosociale problematiek. Tevoren zal collega F. Wafelbakker, hoofd van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, in een plenaire zitting de adolescent en diens specifieke problemen introduceren.

Zoals de voorzitter van de Afdeling Arnhem en Omstreken, Dr. C. van Gastel, al eerder stelde, wil men met dit congres méér oogsten dan de afzonderlijke vruchten van de zes min of meer los van elkaar staande secties. Men wil proberen na te gaan of de verschillende aspecten van de adolescent in de geneeskunde al of niet tot een synthese kunnen worden gebracht. Duidelijkheid hieromtrent zal wellicht worden geboden door Dr. A. E. Meinders, wiens taak het zal zijn als voorzitter van de voorbereidingscommissie van het wetenschappelijk programma in een slotzitting het verhandelde te evalueren, waarbij hij antwoord zal proberen te geven op de vraag: is de huidige geneeskunde in staat de adolescent adequaat op te vangen? Het lijkt niet moeilijk te voorspellen dat – zoals in de gehele jeugdgezondheidszorg – ook met betrekking tot de adolescent in de geneeskunde het accent zal worden gelegd op preventie van aandoeningen op somatisch en psychisch gebied en op de rol die milieu-invloeden spelen bij de ontwikkeling van jeugdigen. Daarvoor zijn artsen nodig met specifieke kennis. Eens te meer zal dus worden gepleit voor een adequate opleiding en bijscholing van artsen die zich willen belasten met de gezondheidsbegeleiding van de doelgroep, hier de adolescenten.

B.

Het zou ons dan ook uiterst onrechtvaardig voorkomen indien het ziekenfonds ondanks deze gunstige ervaringen in de keel-neus-oorheelkunde, blijft weigeren beconase in het ziekenfondspakket op te nemen. Hopelijk zal het onderzoek van Dieges en Heeringa, ondersteund door de ervaringen van Stork en ondergetekenden, tot een herziening van de mening van de CMPC in deze kunnen bijdragen.

Amsterdam, 2 juni 1978

Jan van Goyenkliniek voor KNO-ziekten
R. N. Koppen, A. H. Naber, S. S. H.
Kwik, Dr. H. H. Themans, W. Verboom
(KNO-artsen)

DE ROKENDE ZUSTER

Het praktijkperikel in MC nr. 14/1978 blz. 442, heeft ons eerst de wenkbrauwen doen fronsen maar meteen daarna met enig scepsis doen optrekken. Wijs ons het ziekenhuis waar de directie op grond van de aangevoerde argumenten het roken op de afdelingen toestaat. Een vraag die daarop meteen aansluit is: waar roken de (leerling-)verpleegkundigen (en de artsen en andere medewerkers)? Lopen de (leerling-)verpleegkundigen met de sigaret tussen de lippen of tussen de vingers van bed tot bed en box in box uit?

Roken en gezondheid zijn tegenstrijdig aan elkaar, dat zal niemand ontkennen. Roken op de afdeling zou naar algemene maatstaven gemeten dan ook achterwege moeten blijven. Maar . . . het dragen van ringen, horloges – kortom sieraden – verhoogt eveneens het risico van infecties. Leerlingen en verpleegkundigen worden daarop regelmatig gewezen; hoeveel artsen handelen er naar mede het goede voorbeeld te geven?

Moraal van dit verhaal, waarom weer expliciet de (leerling-)verpleegkundigen als boosdoeners aangemerkt? Gedragen artsen en andere para-medische beroepsbeoefenaren zich als 'model' werkers in de gezondheidszorg?!

Haarlem, 2 juni 1978

M. A. Oostinga,
lid directorium Landelijke
Beroepsorganisatie van Werkers in de
Gezondheidszorg.

Kindermishandeling bestaat. Hoe lang nog.

Kindermishandeling, daar praten we liever niet over in Nederland. Dat is jammer. Want met doud-zwijgen help je geen enkel probleem uit de wereld.

Aan het probleem van kindermishandeling kan een hoop gedaan worden. Ook door u. Hoe, dat staat te lezen in een speciale folder.

Die kunt u aanvragen bij de Nederlandse
Vereniging tegen Kindermishandeling,
Koningsplein 27 in Den Haag,
telefoon: 070-631923.

SIRE

Publicatie aangeleverd door het Bureau
samenwerking met de Directie Jeugd Reclame.



De verleiding van het millimeterpapier

Ik heb ontdekt dat grafieken, uitgezet op roze millimeterpapier, het academisch instinct van menig medicus strelen. Het doet er helemaal niet toe wát je uitzet. Ook Frank heeft deze ervaring bij zijn internist. Zo heb ik laatst een grafiek gemaakt van het aantal tabletjes Prednison dat één van onze patiënten krijgt toegediend. Dat gaat dan van vier tabletjes op maandag, dinsdag en woensdag, drie tabletjes op donderdag, vrijdag en zaterdag en dan twee tabletjes op zondag (voor de insiders: uiteraard mag je niet binnen een week zo snel de dosis van Prednison verlagen, zeker niet wanneer het een patiënt(e) betreft die al jaren Prednison slikt; hiervoor moet eerst de ACTH-stimulatietest worden gedaan). Je krijgt dan een 'blokjes'grafiek, die als een trap naar beneden loopt. Kleuterwerk dus, maar medici hebben blijkbaar infantiele instincten, dus die stinken er meteen in. Werkelijk, wanneer Dr. Wouters en Dr. Frederiks een grafiek zien fleurt hun gezicht op en welt in hen de wetenschapsman uit het niets op.

Het is nu zaterdagmiddag. Jan heeft voor mij een dag vrijgemaakt om een fietstocht te maken. Maar ik was zo'n sukkel, dat ik gisteren in de trein naar huis – badend in het zweet en benauwd van de sigarettenrook – een brief aan hem heb geschreven dat ik dit weekend mijn praatje moet voorbereiden over rheumatoïde arthritis. Dat is ook zo. Om dezelfde reden heb ik ook enkele andere mensen opgebeld dat ze niet langs hoefden te komen.

Ik heb vanochtend enkele artikelen doorgenomen over 'nieuwe bepalingen van de reumafactor'. Voor Frank, die binnenkort een praatje moet houden over acute glomerulonefritis, heb ik ook nog een interessant artikel gevonden. En zelfs voor Noud, die gisteren een patiënt met verschrikkelijke obesitas kreeg toegewezen, vond ik iets interessants. Dit soort 'collegiaal gedrag', waaraan ik zo vreselijk de pest heb, blijft nu van al die jaren vriendschap over. Jan schreef mij

trouwens ook al een brief onder de kop 'Amice'. Meesters in de rechten schijnen boven hun brief 'Confrère' te zetten. Aan Olga durf ik niet meer te denken; ze zal mij wel vergeten zijn.

De gang van de studentenflat leeft ook langs mij heen of omgekeerd. Jos kwam net vragen of ik een aantal 'telefontikken' niet was vergeten te melden. Bij mijn telefoonrekening werd tien piek opgeteld voor suiker . . . En dat terwijl ik nooit gebruik, laat staan misbruik maak van de suikerpot in de keuken.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(34)

Ineens moet ik weer denken aan gisteravond, toen één van onze patiënten – een relatief jonge vrouw met een carcinoom – die onlangs was ontslagen in coma was teruggekeerd. Ik zie haar nog staan in haar vale jeans met die geheimzinnige blik in haar ogen. Toen ik haar gisteren zag, was ze grauw en glazig. Ze had iets weg van een marmeren borstbeeld dat is omgevallen.

Ook moet ik vaak denken aan dat gekreun, dat uit de kamer naast onze assistentenkamer komt. Daar ligt een stokoude patiënt, met wie het helaas niet goed gaat. De goede baas – wéér een van die denigrerende termen uit het medische jargon, die ik onbewust heb overgenomen – is nogal verward. Eergisteren vroeg hij mij de 'papieren van de muur te scheuren'. Dat had ik graag voor hem gedaan, ware het niet dat er helemaal geen papieren hangen.

Alexander van Es

Vertrek uit de huisartspraktijk

Hoeveel huisartsen stapten de laatste jaren uit de praktijk?
Waarom en wat gingen ze daarna doen?

Dezer dagen is een LHV/NHI-rapport in de openbaarheid gebracht waarmee wordt getracht antwoord te geven op vragen over hoeveel huisartsen uit hun praktijk stapten, waarom ze dat deden en wat ze daarna gingen doen. Eerder dit jaar publiceerde het Nederlands Huisartsen Instituut onderzoeksgegevens over hoeveel huisartsen van 1972 tot en met 1975 jaarlijks de praktijk verlieten (in verhouding tot het totaal aantal huisartsen), op welke leeftijd men stopte, wat men ging doen en waar de praktijk was gesitueerd (MC nr. 7/1978, blz. 206). Aan het eind van 1976 is het NHI door de Landelijke Huisartsen Vereniging benaderd om een aantal vragen over het vertrek uit de huisartspraktijk te beantwoorden. De belangrijkste vraag was die naar de redenen voor dat vertrek. Het verzoek van de LHV heeft geresulteerd in een onderzoek, waarvan het hieronder samengevatte rapport het resultaat is:

Inleiding

‘Waarom verlaten sommige huisartsen vroegtijdig de praktijk?’ zo luidt de kernvraag die door de Landelijke Huisartsen Vereniging in het kader van dit onderzoek is gesteld. Het Nederlands Huisartsen Instituut heeft op verzoek van de Landelijke Huisartsen Vereniging een antwoord op de vraag trachten te geven. Voordat de Landelijke Huisartsen Vereniging deze en enkele andere vragen voorlegde, werd op het Nederlands Huisartsen Instituut reeds gewerkt aan een onderzoek naar de omvang van het vertrek uit de praktijk op basis van gegevens uit de huisartsenregistratie die op het Nederlands Huisartsen Instituut wordt bijgehouden. Deze studie die betrekking heeft op de huisartsen die tussen 1972 en 1975 de praktijk hebben neergelegd, heeft geresulteerd in het rapport ‘Studies uit de Huisartsenregistratie I: Vertrek uit de praktijk 1972-1975’.

Opzet van het onderzoek

In de opzet van het onderzoek naar de redenen van vertrek uit de praktijk is de werkbelasting als centrale factor gekozen. Om een eventuele invloed van werkbelasting op het vertrek uit de praktijk vast te stellen dient een vergelijking gemaakt te worden tussen huisartsen die de praktijk hebben neergelegd en huisartsen die de praktijk niet hebben neergelegd. Dat betekent voor de opzet van het onderzoek dat er behalve onder praktijkverlaters ook

gegevens zijn verzameld onder een groep praktizerende artsen.

Onderzoekspopulatie vertrokkenen

De groep huisartsen die in de periode van 1972 tot 1975 de praktijk heeft neergelegd (en waarover in het eerder genoemd NHI-rapport al enkele gegevens zijn te vinden), vormt de onderzoekspopulatie praktijkverlaters. Zij hebben in het voorjaar van 1977 een uitgebreide schriftelijke vragenlijst ontvangen. Daarin zijn – naast een aantal vragen met betrekking tot de werkbelasting – vragen gesteld omtrent de overdracht van de praktijk en wat de praktijkverlaters zijn gaan doen na het neerleggen van de praktijk. Van de verzonden vragenlijsten is 78% geretourneerd; 72% was bruikbaar voor verdere verwerking. Naast deze grote groep praktijkverlaters die schriftelijk is benaderd, is er ook een kleine groep huisartsen (35), die in 1976 de praktijk heeft neergelegd, benaderd voor een mondeling interview. Dit had tot doel een nadere verdieping te verkrijgen van (toen nog voorlopige) resultaten van de schriftelijke vragenlijsten. Met 30 van hen is een mondeling interview gehouden.

Onderzoekspopulatie praktizerenden

Zoals in de vorige paragraaf is aangegeven, zijn ook gegevens verzameld van praktizerende huisartsen met het doel een vergelijking te maken op het gebied van de werkbelasting met praktijkverlaters. Een voorwaarde voor het slagen van zo’n

vergelijking is dat de groepen niet te sterk verschillen van samenstelling. Vandaar de volgende ingreep: de vergelijkingsgroep praktijkverlaters is beperkt tot degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen en op het moment van vertrek uit de praktijk niet jonger dan 40 jaar en niet ouder dan 54 jaar waren. De vergelijkingsgroep praktizerende artsen is qua leeftijd op dezelfde manier samengesteld; zij zijn tussen 1918 en 1935 geboren. Artsen die zich na 1970 hebben gevestigd zijn niet opgenomen in de vergelijkingsgroep. De reden hiervan is dat aan de praktizerende artsen een aantal vragen is gesteld over de praktijksituatie zoals die enkele jaren terug was. Dat soort vragen kan alleen zinvolle resultaten opleveren wanneer er sprake is van een gestabiliseerde praktijksituatie. Uit de aldus geselecteerde groep praktizerende artsen is een steekproef getrokken, waarbij ervoor gezorgd is dat de steekproef qua urbanisatiegraad van de gemeente waar de praktijk gevestigd is en landsdeel overeenkomt met de vergelijkingsgroep praktijkverlaters. Het voordeel hiervan is dat de achtergrondsituatie van de vertrokken en de praktizerende artsen overeenkomt. Het nadeel is dat men – per definitie – op deze punten geen verschillen kan vaststellen in aantal vertrokkenen (in eerder genoemd NHI-rapport is het vertrek uit de praktijk al geanalyseerd op het punt van de lokatie van de praktijk). De steekproef praktizerende artsen bestaat uit 337 personen. Ook zij hebben een schriftelijke vragenlijst ontvangen die door 69% werd geretourneerd. Dit leverde 229 bruikbare vragenlijsten op. In de volgende paragrafen worden de belangrijkste resultaten van het onderzoek weergegeven. Zij hebben achtereenvolgens betrekking op: het proces van overdracht van de praktijk, wat de praktijkverlaters zijn gaan doen, de werkbelasting van de vertrokken artsen en de omstandigheden die daarop van invloed zijn, de redenen om de praktijk neer te leggen, een vergelijking van de werkbelasting van enkele groepen praktijkverlaters, een vergelijking van de

werkbelasting van vertrokken en praktiserende huisartsen en tenslotte enkele alternatieven voor vertrek uit de praktijk.

De overdracht van de praktijk

Aan alle praktijkverlaters is een aantal vragen gesteld omtrent de overdracht van de praktijk; ook aan de huisartsen die zijn gaan rusten na het neerleggen van de praktijk en die dus voor de beantwoording van de vraag naar de redenen van vroegtijdig vertrek niet relevant zijn. De vragen over de overdracht van de praktijk zijn gesteld omdat het kunnen vinden van een geschikte opvolger een mogelijkheid schept om de praktijk neer te leggen.

Geen opvolger

Slechts een gering aantal huisartsen heeft geen opvolger (5%). Het percentage praktijken zonder opvolger hangt duidelijk samen met het jaar waarin men de praktijk neergelegd heeft en de lokatie van de praktijk. Onder degenen die in 1972 en 1973 de praktijk verlieten en die in de grote steden praktizeerden heeft 18% geen opvolger, terwijl onder degenen die in 1974 en 1975 de praktijk verlieten en niet in de grote steden praktizeerden slechts 1,4% geen opvolger heeft. Mogelijk worden deze resultaten veroorzaakt door een toegenomen vraag naar huisartspraktijken. Ook hangt het percentage zonder opvolger samen met de grootte van de praktijk: van de praktijken met minder dan 2.000 patiënten is 16% zonder opvolger gebleven, van de grotere praktijken slechts 2%.

Tijd gezocht

Gemiddeld hebben de praktijkverlaters die een opvolger hebben iets minder dan vier en halve maand gezocht naar de opvolger. De duur van de zoekperiode hangt niet samen met de lokatie en de grootte van de praktijk. Wel is het zo dat oudere huisartsen (boven 55 jaar) en degenen die vóór 1974 de praktijk neergelegd hebben, gemiddeld wat langer gezocht hebben.

Contact met de opvolger

De praktijkverlaters zijn relatief het vaakst via informele wegen in contact gekomen met de opvolger. Onder deze categorie vallen persoonlijke contacten met collegae of kennissen, rechtstreekse contact via waarneming en vervanging en gevallen waarin de opvolging al geruime tijd vast lag, zoals bij vader-zoon overname. De artsen in ruste hebben wat vaker via informele contacten hun opvolger gevonden dan de huisartsen die zich gaan specialiseren of die een andere functie zijn gaan uitoefenen. De huisartsen die zich zijn gaan specialiseren of die een andere functie zijn gaan uitoefenen hebben wat vaker via commerciële praktijkbemiddeling of een eigen advertentie hun opvolger gevonden.

Huisartsen die in een gemeenschappelijke praktijk werkten (groepspraktijk, gezondheidscentrum, associatie onder één dak), hebben niet vaak het zoeken naar een opvolger uit handen gegeven. Zij zijn aanmerkelijk vaker via informele wegen of een eigen advertentie in contact gekomen met hun opvolger dan hun solo-werkende collegae.

Percentage goodwill

Het gemiddelde percentage goodwill dat men bij de overdracht van de praktijk ontvangen heeft, ligt rond de 84%. Als de praktijkverlaters worden opgedeeld in subgroepen treden er belangrijke verschillen op in het percentage goodwill. Het geringste percentage goodwill, namelijk 71,1% werd ontvangen door huisartsen die vóór 1975 de praktijk verlieten, zijn gaan rusten en wier praktijk niet op het platteland gesitueerd was. Het hoogste percentage, 95,3%, werd ontvangen door respondenten die in 1975 de praktijk neerlegden, zijn gaan rusten en wier praktijk op het platteland gesitueerd was.

Het percentage goodwill hangt ook samen met de grootte van de praktijk: praktijken met minder dan 2.000 patiënten 78,2%, praktijken tussen 2.000 en 3.000 patiënten 83,0% en praktijken met meer dan 3.000 patiënten 86,3%.

Wat zijn de praktijkverlaters gaan doen?

De nadruk in het onderzoek ligt op de groep huisartsen die na het neerleggen van de praktijk een andere functie is gaan uitoefenen of zich is gaan specialiseren.

Aan de huisartsen die zijn gaan rusten, zijn daarom naast de vragen omtrent de overdracht van de praktijk alleen nog enkele aanvullende vragen gesteld.

Artsen in ruste

De aanvullende vragen hebben betrekking op het al of niet uitvoeren van incidentele werkzaamheden, de soort werkzaamheden die men eventueel nog uitvoert en de opbouw van het inkomen. Daarnaast is nog een vraag gesteld omtrent de reden van vertrek die vooral van belang is voor de huisartsen die voor hun 65e levensjaar gaan rusten.

Incidentele werkzaamheden

Zo'n 60% van de huisartsen in ruste voert of voerde na het neerleggen van de praktijk nog incidentele werkzaamheden uit. Deze bestonden voornamelijk uit het doen van keuringen en controles.

Opbouw van het inkomen

De inkomsten uit deze incidentele werkzaamheden maakten voor de ex-huisartsen van 65 jaar en ouder gemiddeld 10% van het totale inkomen uit. Andere bronnen van inkomsten met een gemiddeld hoge bijdrage aan het totale inkomen zijn AOW (28% van het totale

inkomen), het pensioenfonds voor huisartsen (17%) en belegd kapitaal (21%). Deze cijfers moeten met de nodige voorzichtigheid worden benaderd omdat de vraag naar de inkomensopbouw door een betrekkelijk groot aantal respondenten (21%) niet is ingevuld, omdat er grote afwijkingen van de gemiddelden voorkomen en omdat er niet kan worden gedifferentieerd tussen gehuwde en ongehuwde artsen (hetgeen bijvoorbeeld voor de hoogte van de AOW verschil uitmaakt).

Reden van vertrek

Voor de huisartsen die vóór hun 65e de praktijk neerlegden en zijn gaan rusten – dat waren er 47 – was in meer dan de helft van de gevallen de gezondheidstoestand de reden om de praktijk neer te leggen. Voor de oudere huisartsen was dat wat minder vaak het geval en was – het zal niemand verwonderen – ook de leeftijd vaak een reden om te stoppen.

De artsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen of zich zijn gaan specialiseren

Op deze groep wordt wat uitgebreider ingegaan dan op de artsen in ruste. Behalve de soort functie of specialisme komen o.a. aan de orde de manier waarop men aan zijn functie of opleidingsplaats gekomen is, het inkomen en de werktijden.

Aard van het specialisme

Onder de ex-huisartsen die zich zijn gaan specialiseren is radiologie/röntgenologie het favoriete specialisme (12 van de 48 hebben die richting gekozen), gevolgd door psychiatrie (8 van de 48) en anesthesie en dermatologie (met elk vier van de 48).

Soort functie

De meest voorkomende functies van de ex-huisartsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen, zijn verzekeringsgeneeskundige (20% van degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen) en bedrijfsarts (ook 20%). Andere vaak voorkomende functies zijn adviserend geneesheer van de ziekenfondsen (7%), verpleeghuisarts (8%), medisch-directeur van een verpleeghuis (6%) en GG & GD-arts (6%). Het grootste gedeelte van de praktijkverlaters (namelijk 86%) is op het moment dat de enquête gehouden werd (begin 1977) nog in dezelfde functie werkzaam waarin men na het neerleggen van de praktijk kwam. Van degenen die van functie veranderd zijn, zijn er vier weer huisarts geworden.

Nieuwe functie en nevenfuncties

De aard van de functie die men na het neerleggen van de praktijk gaat vervullen blijkt samen te hangen met de soort nevenfunctie die men naast de huisartspraktijk had. Praktijkverlaters met een nevenfunctie op sociaal-geneeskundig terrein kwamen vaker in een functie op dat terrein terecht dan in een andersoortige

functie; degenen met een nevenfunctie op het gebied van de zorg voor specifieke populaties (verpleeghuisarts, algemeen arts in inrichtingen e.d.) kwamen vaker in een functie op dat gebied dan in een andersoortige functie en tenslotte kwamen degenen met een nevenfunctie in de sfeer van beleid of wetenschappelijk onderwijs vaker in een dergelijke functie terecht dan in een andersoortige.

Manier waarop functie verkregen

De meeste huisartsen die een andere functie zijn gaan uitoefenen na het neerleggen van de praktijk hebben via een advertentie in de vakpers hun functie gevonden. Zij hebben gemiddeld wel wat langer moeten zoeken dan hun collegae die op een andere manier hun functie vonden (gemiddeld hebben zij ongeveer drie maanden gezocht, terwijl het gemiddelde voor de totale groep nog geen twee maanden is). Een kwart van de huisartsen is door een potentiële werkgever benaderd. Deze groep is vooral sterk vertegenwoordigd onder degenen die een hogere beleidsfunctie zijn gaan uitoefenen (directeur GG & GD, ziekenhuis; functie bij het Staatstoezicht op de Volksgezondheid etc.) of wetenschappelijk medewerker geworden zijn. Degenen die benaderd zijn door een werkgever hadden vaker regionale en landelijke bestuursfuncties in LHV, KNMG of NHG dan de overige respondenten. (een verklaring hiervoor kan zijn dat bestuurders in ruimere kring bekend zijn, terwijl ze ook ervaring opdoen die in sommige functies van belang kan zijn). De praktijkverlaters die zich zijn gaan specialiseren hebben in grote meerderheid zelf het initiatief genomen om een opleidingsplaats te vinden. De meesten van hen (65%) hebben niet of minder dan een maand gezocht naar een opleidingsplaats. Slechts in elf gevallen was er een wachttijd voordat men aan de opleiding kon beginnen.

Inhoudelijke en materiële aspecten van functie

Bij veel praktijkverlaters hebben inhoudelijke aspecten van de nieuwe functie een belangrijke rol gespeeld bij de beslissing om de praktijk neer te leggen. De mogelijkheid om een aantrekkelijke functie te krijgen is over het algemeen niet de oorzaak van het vertrek uit de praktijk (zoals blijkt uit de mondelinge interviews), maar veeleer een versneller van het denkproces en een aanleiding om de knoop door te hakken. De beloning in de nieuwe functie speelt slechts in enkele gevallen een belangrijke rol; de pensioenvoorziening in de nieuwe functie speelt wat vaker dan de beloning een belangrijke rol bij de beslissing om de praktijk neer te leggen.

Inkomen

De meeste huisartsen zijn na het neerleggen van de praktijk achteruitgegaan

qua inkomen. Van degenen die een andere functie zijn gaan uitoefenen is bijna 70% achteruitgegaan in inkomen; een kwart is gelijkgebleven en 6% is vooruit gegaan. Van degenen die zich zijn gaan specialiseren is een nog groter percentage achteruit gegaan en voor hen is de achteruitgang ook sterker. Een gedeelte van hen zit nog in de opleiding zodat de teruggang meestal een tijdelijke is. Aan de praktizerende artsen is gevraagd om een vergelijking te maken van hun belastbaar inkomen met dat in een hypothetische sociaal-geneeskundige functie; wij hadden dat in de vraag gesteld op 55.000 à 65.000 gulden. De praktizerende artsen schatten het belastbaar inkomen uit de huisartspraktijk in 87% van de gevallen hoger dan dat uit de hypothetische sociaal-geneeskundige functie. Als het belastbaar inkomen in een sociaal-geneeskundige functie door ons niet te laag geschat is, geeft dat percentage een indruk van de barrière die het inkomen kan zijn.

Werktijden

Het inkomen na het neerleggen van de praktijk mag dan – naar men zegt – over het algemeen lager liggen dan dat uit de huisartspraktijk, het aantal uren dat men werkt en de werktijden zijn gunstiger dan in de situatie als huisarts. Het verschil tussen de situatie als huisarts en de situatie na het neerleggen van de praktijk is uiteraard groter voor degenen die een grote praktijk hadden dan voor degenen met een kleine praktijk.

De werkbelasting van de vertrokken artsen

Bij de beantwoording van de vraag naar de redenen van vertrek uit de praktijk neemt de werkbelasting een centrale plaats in. Wanneer men de veronderstelling zou willen onderzoeken dat een hoge werkbelasting tot vertrek uit de praktijk leidt, dient men rekening te houden met twee belangrijke omstandigheden:

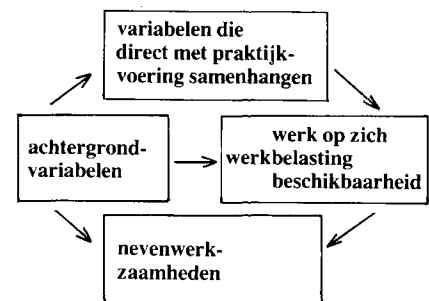
- a) alternatieven om de praktijk op minder belastbare wijze voort te zetten (men denke aan praktijkverkleining, verbetering van avond- en weekenddienst-regeling e.d.) en
- b) mogelijkheden om de praktijk neer te leggen (het kunnen vinden van een geschikte opvolger of van een nieuwe functie).

Een onderzoek dat recht doet aan deze omstandigheden vereist een heel specifieke opzet die hier niet mogelijk was. We beschikken alleen over globale informatie over alternatieven en mogelijkheden. Het is echter wel van belang dat deze omstandigheden in het oog gehouden worden om te voorkomen dat overhaaste conclusies getrokken worden over de gevolgen van een hoge werkbelasting. Aan de werkbelasting onderscheiden we een subjectieve component en een meer feitelijke component. De subjectieve

component verwijst naar de antwoorden op de vraag naar de rol die de werkbelasting gespeeld heeft bij de beslissing om de praktijk neer te leggen. Op de subjectief ervaren werkbelasting zal in de beide volgende paragrafen nader ingegaan worden.

Feitelijke werkbelasting

De feitelijke werkbelasting is ingedeeld in twee aspecten: de werkzaamheden op zich en de beschikbaarheid. Over beide aspecten zijn een aantal vragen gesteld. De feitelijke werkbelasting kan niet los gezien worden van de omstandigheden waaronder de praktijk uitgeoefend wordt. Daarbij zijn een aantal achtergrondkenmerken van belang zoals de grootte van de praktijk, het al of niet apotheekhoudend zijn etc. en een aantal kenmerken die directer betrekking hebben op de praktijkvoering, zoals de organisatiestructuur van de praktijk (hoeveelheid assistentie, afspraakspreekuur e.d.). Daarnaast is nog van belang of men nevenfuncties vervult en hoeveel tijd dat vergt. In onderstaand schema zijn de feitelijke werkbelasting en haar determinanten weergegeven.



Dit schema zal worden geanalyseerd met het doel vergelijkingen mogelijk te maken tussen verschillende groepen, praktijkverlaters en tussen praktijkverlaters en praktizerende artsen. Door de analyse van de feitelijke werkbelasting en de omstandigheden die daarop van invloed zijn kan in deze vergelijkingen rekening gehouden worden met eventuele verschillen in omstandigheden.

Beschikbaarheid

Voor het beschikbaarheidsaspect van de werkbelasting is gekeken naar het aantal avonden dat men dienst heeft (per veertien dagen) en het aantal zaterdagen dat men dienst heeft (per drie maanden). Daarnaast is gekeken naar het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt. Het aantal avonden en zaterdagen dat men dienst heeft hangt samen met de grootte van de waarnemingsgroep waarvan men deel uitmaakt. Hoe groter de waarnemingsgroep is, des te minder avonden en zaterdagen heeft men dienst. Ook hangt het aantal zaterdagen en avonden dat men dienst heeft samen met de urbanisatiegraad van de gemeente waar de praktijk gevestigd is en daarmee met het al of niet apotheekhoudend zijn. Huisartsen op het platteland (en dus veelal apotheekhoudende huisartsen) hebben

over het algemeen meer avonden en zaterdagen dienst.

De grootte van de praktijk hangt niet samen met dit aspect van de beschikbaarheid.

Wel worden huisartsen met een grotere praktijk 's nachts gestoord. Ook hangt het aantal bevallingen dat men verricht samen met het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt. Degenen die veel bevallingen verrichten worden vaker 's nachts gestoord dan degenen die weinig bevallingen doen. Ondanks het feit dat huisartsen met een grotere praktijk meer bevallingen verrichten, blijken zowel de grootte van de praktijk als het aantal bevallingen een eigen invloed te hebben op het aantal malen dat men 's nachts gestoord word. In een grote praktijk is de kans op stoornissen, ongeacht het aantal bevallingen, nu eenmaal groter dan in kleinere praktijken.

Werkzaamheden op zich

Over het aspect van de werkbelasting dat benoemd is als de werkzaamheden op zich, zijn een aantal vragen gesteld die gaan over de tijd die besteed wordt aan verschillende activiteiten zoals de directe verzorging van de patiënten, contacten met specialisten en andere hulpverleners, laboratorium- en apotheekwerk en praktijkorganisatie en -administratie. Ook is een vraag gesteld over het totaal aantal uren dat men per dag werkt.

De tijdsbesteding hangt nauw samen met de omstandigheden waaronder men praktizeert (de achtergrondvariabelen uit het schema), met de organisatie van de praktijk en met de hoeveelheid patiënten die men op een drukke dag ziet. Maar omstandigheden, organisatie van de praktijk en hoeveelheid patiënten hangen ook weer onderling samen. Huisartsen met een grotere praktijk hebben over het algemeen wat meer assistentie en vaker een afspraksprekkuur. Ook zien zij een groter aantal patiënten op een drukke dag op spreekuur en visite. Het aantal visites op een drukke dag hangt samen met de vestigingsplaats van de praktijk; op het platteland heeft men over het algemeen meer visites te doen.

De hoeveelheid tijd die men besteedt aan de directe verzorging van de patiënten wordt voor een belangrijk gedeelte bepaald door de grootte van de praktijk en slechts in geringe mate door het aantal patiënten dat men op een drukke dag op het spreekuur ziet. De samenhang met het aantal patiënten dat men op een drukke dag tijdens visites ziet is sterker dan die met het aantal patiënten op het spreekuur (visite rijden is nu eenmaal een zeer tijdrovende zaak).

De hoeveelheid tijd die men besteedt aan contacten met specialisten hangt vooral samen met de vorm van de praktijkvoering: huisartsen in solo-praktijken besteden daar over het algemeen minder tijd aan. Aangezien er ook samenhangen zijn met leeftijd (oudere

huisartsen besteden minder tijd aan contacten) en de hoeveelheid assistentie (huisartsen met meer assistentie besteden meer tijd aan contacten), zou men hier mogelijk de werking van een modernere instelling kunnen veronderstellen.

De huisartsen op het platteland die uiteraard vaak apotheekhoudend zijn en minder gemakkelijk over de faciliteiten van een centraal huisartsen-laboratorium kunnen beschikken, besteden meer tijd aan laboratorium- en apotheekwerk. Degenen die veel tijd aan deze activiteiten besteden hebben – afgezien van apotheekassistentie – minder assistentie in de praktijk, vaker geen afspraksprekkuur en meer uren hulp van de echtgenote in de praktijk.

De hoeveelheid tijd die men besteedt aan praktijkorganisatie en -administratie hangt nagenoeg niet samen met de organisatiestructuur van de praktijk. Wel besteden de huisartsen op het platteland er over het algemeen iets meer tijd aan.

Het totaal aantal uren dat men per dag werkt – dat is een wat globalere maat dan de hiervoor bekeken stukjes tijdsbesteding – hangt vooral samen met de praktijkgrootte en het aantal patiënten dat men op visites ziet.

Het vervullen van nevenfuncties en de tijd die men daaraan besteedt zijn in zoverre van belang in het kader van de werkbelasting, dat de tijd die men aan nevenfuncties besteedt niet meer aan andere zaken besteed kan worden.

Huisartsen die veel tijd aan nevenfuncties besteden, besteden minder tijd aan de directe verzorging van de patiënten, maar ze hebben over het algemeen ook een kleinere praktijk.

Het geheel overziend blijken er veel en vaak ingewikkelde samenhangen te bestaan tussen de omstandigheden waaronder men praktizeert, de organisatiestructuur van de praktijk, de aantallen patiënten op spreekuur en visites, de nevenwerkzaamheden en de tijd die men aan verschillende activiteiten besteedt. Deze samenhangen zijn van belang bij de vergelijkingen die in de volgende paragrafen gemaakt worden. Daar worden onder andere enkele groepen praktijkverlaters vergeleken op het punt van de werkbelasting. Die groepen

praktijkverlaters worden samengesteld volgens de redenen voor het vertrek uit de praktijk. Daarom zullen we nu eerst een overzicht van de belangrijkste redenen geven.

Redenen om de praktijk neer te leggen

In de vragenlijsten is een aantal factoren genoemd die mogelijkerwijs een reden zijn om de praktijk neer te leggen. De ex-huisartsen konden bij elk daarvan aangeven wat de rol ervan was bij de beslissing om de praktijk neer te leggen.

Vijf belangrijkste redenen

In onderstaand staatje (tabel 1) is voor de vijf belangrijkste redenen aangegeven welk percentage van de praktijkverlaters aan die redenen een doorslaggevende en belangrijke rol toekeende (in de laatste kolom onder het kopje 'aantal' wordt het aantal praktijkverlaters genoemd dat van de betreffende reden aangegeven heeft welke rol die gespeeld heeft; op dat aantal is het percentage gebaseerd).

De werkbelasting blijkt relatief vaak een doorslaggevende rol te spelen bij de beslissing om de praktijk neer te leggen. Ook de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie of het specialisme speelt relatief vaak een doorslaggevende rol en nog vaker een belangrijke rol. Verminderd plezier in het huisartsenwerk speelt met name voor degenen die zich zijn gaan specialiseren vaak een doorslaggevende rol.

Pensioenpremie

De hoogte van de pensioenpremie is de laatste jaren enkele malen in het nieuws gekomen. Bij het opstellen van de vragenlijsten hadden we niet de indruk dat dat een wijdverbreide reden zou zijn om de praktijk neer te leggen. Vandaar dat we gemeend hebben te kunnen volstaan met een vraag naar een discrepantie tussen financiële lasten en inkomsten als reden om de praktijk neer te leggen. Dat is – zoals men ziet – een wat algemenere vraagstelling. Voor 7% van degenen die deze vraag beantwoord hebben, speelde de discrepantie tussen financiële lasten en

Tabel 1. Overzicht vijf belangrijkste redenen

	doorslaggevend	belangrijk	aantal waarop percentage is gebaseerd
de werkbelasting	25%	30%	280
aantrekkelijke inhoud van nieuwe functie/specialisme	23%	38%	269
verminderd plezier in het huisartsenwerk	19%	19%	274
de eigen gezondheid	11%	6%	309
pensioenvoorziening in nieuwe functie/als specialist	7%	18%	259

inkomsten een doorslaggevende rol bij de beslissing om de praktijk neer te leggen en voor 10% een belangrijke rol.

Om iets meer te kunnen zeggen over de pensioenpremie hebben we de opmerkingen geteld die de praktijkverlaters aan het eind van de vragenlijst op een lege pagina gemaakt hebben. Van de mogelijkheid om opmerkingen te maken heeft 66% van de praktijkverlaters gebruik gemaakt. Van hen heeft 13% (ofwel 27 ex-huisartsen) de pensioenpremie genoemd als een van de overwegingen bij de beslissing om de praktijk neer te leggen. Uit de opmerkingen is niet af te leiden in hoeverre voor hen de pensioenpremie een doorslaggevende of een belangrijke rol speelde of slechts zijdelings meespeelde.

Enkele groepen vertrekkers

Zoals al gezegd was de bedoeling van de uitgebreide behandeling van de feitelijke werkbelasting en de factoren die daarop van invloed zijn, een vergelijking mogelijk te maken van groepen praktijkverlaters. We zijn ervan uitgegaan dat de groep praktijkverlaters als geheel erg heterogeen is – hetgeen bijvoorbeeld naar voren komt uit de reden van vertrek – en niet zonder meer vergelijkbaar is met praktiserende artsen.

Subjectieve werkbelasting

Als eerste zullen we de groep die aangegeven heeft dat de werkbelasting van doorslaggevend belang was bij het besluit de praktijk neer te leggen, vergelijken met degenen die aangegeven hebben dat de werkbelasting geen rol speelde. Bij deze vergelijking is gebruik gemaakt van een statistische techniek (discriminant-analyse geheten) die de mogelijkheid schept om de invloed van achtergrondkenmerken en andere omstandigheden op de feitelijke werkbelasting uit te schakelen. Daardoor is een zuiverder vergelijking mogelijk dan wanneer men de groepen rechtstreeks zou gaan vergelijken op bijvoorbeeld het aantal malen dat men 's nachts gestoord wordt. De huisartsen die vermelden dat de werkbelasting voor hen doorslaggevend was, blijken in vergelijking met degenen voor wie de werkbelasting geen rol speelde:

- a) vaker 's nachts te worden gestoord;
 - b) meer bevallingen te verrichten;
 - c) deel uit te maken van een grotere waarnemingsgroep;
 - d) meer tijd te besteden aan de directe verzorging van de patiënten, aan praktijkorganisatie en -administratie en aan nevenfuncties;
 - e) gemiddeld wat ouder te zijn bij het neerleggen van de praktijk.
- Een aantal van deze verschillen hangt samen met een aanzienlijk verschil in praktijkgrootte. De huisartsen die aangeven dat de werkbelasting een doorslaggevende rol speelde hebben

gemiddeld ongeveer 3400 patiënten; dat is zo'n 500 patiënten meer dan degenen voor wie de werkbelasting geen rol speelde.

Gezondheid, aantrekkelijke inhoud van functie en verminderd plezier

Uitgaande van de antwoordpatronen op de vragen naar de invloed van drie redenen om de praktijk neer te leggen zijn de praktijkverlaters nogmaals ingedeeld. De drie redenen die daarbij zijn gebruikt zijn de eigen gezondheid, aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie of het specialisme en verminderd plezier in het huisartsenwerk. Er zijn vijf groepen samengesteld:

een groep huisartsen die om gezondheidsredenen de praktijk verliet en voor wie de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie en verminderd plezier in het werk geen rol speelden;

een groep voor wie aantrekkelijke inhoud en verminderd plezier van belang waren en gezondheidsredenen niet;

een groep die alleen vanwege verminderd plezier in het werk de praktijk verliet;

een groep die alleen vanwege een aantrekkelijke functie de praktijk verliet;

tenslotte een groep voor wie geen van deze drie redenen een belangrijke of doorslaggevende rol speelde.

Deze vijf groepen zijn onderling vergeleken op het gebied van de feitelijke werkbelasting en daarmee samenhangende variabelen. De groep huisartsen die om gezondheidsredenen de praktijk verliet (en voor wie de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie en verminderd plezier in het huisartsenwerk geen rol van betekenis speelden) zullen we op het gebied van de werkbelasting eerst vergelijken met de groep met het precies tegenovergestelde antwoordpatroon: degenen die de praktijk neerlegden vanwege verminderd plezier in het huisartsenwerk en de aantrekkelijke inhoud van de nieuwe functie of het specialisme.

De groep die om gezondheidsredenen de praktijk verliet blijkt in vergelijking met degenen die vanwege een aantrekkelijke functie of specialisme en verminderd plezier de praktijk verliet:

- a) vaker 's nachts te worden gestoord;
- b) ouder te zijn;
- c) vaker apotheekhoudend te zijn (en dus ook vaker een praktijk op het platteland te hebben).

De groep die om gezondheidsredenen de praktijk neerlegde verschilt qua werkbelasting niet van de drie nog resterende groepen. Wel is er verschil gevonden tussen de groep die vanwege een aantrekkelijke functie en verminderd plezier de praktijk verliet en de groep voor wie alleen de aantrekkelijke functie belangrijk was.

Het belangrijkste verschil is dat de groep voor wie alleen de aantrekkelijke functie belangrijk was, meer tijd besteedt aan nevenfuncties. Dit verwijst eerder in de

richting van een andere manier om de tijd te besteden dan van een hogere werkbelasting.

Over het geheel genomen zijn er niet zo veel verschillen qua werkbelasting tussen de groepen praktijkverlaters. De groep praktijkverlaters als geheel is blijkbaar homogener dan tevoren verwacht was.

Vertrokken en praktiserende huisartsen

In deze paragraaf worden de vertrokken en de praktiserende huisartsen vergeleken op het gebied van de werkbelasting. De beide groepen die in de vergelijking zijn opgenomen, zijn in de eerste paragraaf ter hoogte van het kopje 'onderzoekspopulatie praktiserenden' omschreven. Een belangrijk verschil tussen de vertrokken en de praktiserende huisartsen is te vinden in het aantal nevenfuncties en de tijd die daaraan besteed wordt: van de vertrokken huisartsen oefende 64% een of meer nevenfuncties uit, terwijl het overeenkomstige percentage voor de praktiserenden 45% is.

Men zou de veronderstelling kunnen uiten dat het hebben van nevenfuncties de overstap vergemakkelijkt van het huisartsenwerk naar een andere functie door het contact dat men erdoor heeft met andersoortig werk en collega's die ander werk doen. Over de oorzaak van het feit dat de vertrokken artsen vaker nevenfuncties hadden, kunnen we niets zeggen. Het is mogelijk dat men juist een nevenfunctie is gaan uitoefenen uit een gevoel van onvrede met het huisartsenwerk.

Ook op een aantal andere punten zijn er – rekening houdend met onderlinge samenhangen van de variabelen – verschillen aan te wijzen tussen vertrokken en praktiserende artsen.

De vertrokken artsen doen meer bevallingen (maar worden niet vaker 's nachts gestoord), hebben wat vaker een solo-praktijk, hebben minder vaak een afspraksprekruur, (hetgeen op een minder moderne praktijkorganisatie wijst), hebben minder uren hulp van de echtgenote in de praktijk, zien meer patiënten op een drukke dag op het spreekuur en hoewel ze gemiddeld wat langere werkdagen maken, besteden ze minder tijd aan de directe verzorging van de patiënten.

Gezien de laatste twee verschillen – vertrokken artsen hebben een langere werkdag maar besteden minder tijd aan directe verzorging van de patiënten – en het verschil in nevenfuncties, dringt de veronderstelling zich op dat bij de vertrokken artsen nogal wat tijd in nevenfuncties gaat zitten en dat daardoor het aantal werkuren wat hoger uitvalt. Vergelijking van de praktiserende huisartsen met de vijf groepen praktijkverlaters die in de vorige paragraaf onderling vergeleken zijn, levert grosso modo dezelfde verschilpunten op, zij het

dat er hier en daar kleine afwijkingen zijn. De conclusie over verschillen in werkbelasting en factoren die daarop van invloed zijn, is dat de vertrokken en de praktiserende artsen op het beschikbaarheidsaspect niet verschillen (ondanks het feit dat de vertrokkenen meer bevallingen deden). Op het gebied van de werkzaamheden op zich wijst het aantal uren dat men per dag werkt en het groter aantal patiënten dat men op een drukke dag op het spreekuur ziet, in de richting van een hogere belasting van de vertrokken artsen.

Alternatieven voor vertrek uit de praktijk

In de inleiding van de paragraaf waarin de werkbelasting van de vertrokken huisartsen is geanalyseerd, is gesproken over alternatieven voor vertrek uit de praktijk. Er is daar ook gesteld dat er om alternatieven voor vertrek te onderzoeken een veel ingewikkelder onderzoek nodig is. We kunnen hier alleen enkele indicaties

geven omtrent de aanwending van alternatieven door de praktijkverlaters en de praktiserende artsen.

Vermindering van de hoeveelheid werkzaamheden

Aan de praktiserenden zowel als aan de vergelijkingsgroep van vertrokken artsen is gevraagd of de praktijk kleiner geworden is en op welke manier dat dan gebeurd is. De praktijken van de praktiserende artsen zijn wat vaker kleiner geworden dan die van de praktijkverlaters (bij de praktiserenden in 30% van de gevallen en bij de vergelijkbare groep praktijkverlaters in 10% van de gevallen).

Bij de praktijkverlaters is de praktijk vaker via natuurlijk verloop kleiner geworden; bij de praktiserenden vaker via actief ingrijpen van de arts (men denke daarbij aan sluiting van de praktijk, overdracht van een deel van de praktijk en associatie).

Gezamenlijke praktijkvoering

Het opbouwen van een gezamenlijke praktijkvoering kan in sommige situaties

een verandering betekenen van de aard van het werk en daarmee een alternatief zijn voor vertrek uit de praktijk.

Voor de artsen die met succes in de loop van hun huisartsenloopbaan het alternatief van een gezamenlijke praktijkvoering hebben toegepast, lijkt de omvang van de praktijk voor de praktiserende artsen wat vaker bij hun overwegingen meegespeeld te hebben, terwijl voor de praktijkverlaters redenen die betrekking hebben op inhoudelijke aspecten van het werk (zoals de behoefte aan onderlinge consultatie en samenwerking met andere hulpverleners) wat vaker meegespeeld lijken te hebben. De solo-werkende praktiserende artsen hebben wat vaker pogingen gedaan om het alternatief van gezamenlijke praktijkvoering te verwezenlijken dan de praktijkverlaters, maar er zijn geen verschillen tussen beide groepen wat de overwegingen die daarbij een rol spelen aangaat.

* *
*

Vaccinatie tegen kinderverlamming in Nederland

'Men moet voor algemene uitspraken op zijn hoede zijn, want er zijn weinig algemene waarheden'

Pierre Nicole

Telkenmale als in Nederland poliomyelitis optreedt in die gebieden van het land waar de immunisatiegraad van de jeugd beneden het algemeen erkende kritische niveau van circa 75% ligt, brandt de al zo'n twintig jaar oude discussie over de pro's en contra's van het door de Rijksoverheid aanbevolen vaccinatieprogramma weer los. Zo kan men in de nieuwsmedia (min of meer) deskundigen met stelligheid horen

door **Dr. J. Huisman**



De auteur is hoofd van de afdeling Infectieziekten en Hygiëne van de Rotterdamse GG&GD.

beweren dat 'pas nu' – d.w.z. tijdens de huidige 'explosie' op de Veluwe – het 'beste' vaccin wordt gebruikt, te weten het 'suikerklontje' oftewel het orale, verzwakte levende poliomyelitisvaccin (hierna OPV te noemen).

Het is wellicht nuttig enkele belangrijke feiten over zowel het IPV, het geïnactiveerde poliomyelitisvaccin, als het OPV in het geheugen terug te roepen.

IPV: praktisch volledige bescherming

Het IPV bevat de (met formaline) geïnactiveerde poliovirussen van de typen I, II en III, in een verhouding

van respectievelijk 65%, 15% en 20%. Epidemiologisch is type I het belangrijkste (dit type veroorzaakt ook nu de ziektegevallen op de Veluwe), terwijl type II de sterkste antigene werking heeft (Hofman, 1974). Het IPV wordt in Nederland in combinatie met D(ifterie-K(inkhoest)-T(etanus)vaccin aan zuigelingen toegediend; kleuters en incidenteel ouderen worden met DTP-vaccin geïmmuniseerd. Na toediening van IPV ontstaan antilichamen die een praktisch volledige bescherming bieden tegen het optreden van paralytische poliomyelitis: ná 1965 heeft in Nederland niet één met IPV geïmmuniseerd kind kinderverlamming gekregen¹. Het oorspronkelijke als wezenlijk tegen het IPV aangevoerde bezwaar – dat men ook nu nog kan horen – namelijk dat na toepassing ervan geen ‘darm-immuniteit’ zou optreden (een belangrijk feit in verband met de onderbreking van de viruscirculatie en daarmee ook van de bescherming van niet of onvoldoende gevaccineerden) is niet bewaarheid. Hoewel na toepassing van OPV wellicht een solidere darm-immuniteit optreedt, ontstaat deze ook na IPV, mogelijk veroorzaakt door in het darmslijm verschijnende antilichamen van het IGA-type. De circulatie van ‘wilde’ poliomyelitisvirussen is in Nederland dan ook drastisch gedaald. Zo bleken in Rotterdam bij een maandelijks virologisch routine-onderzoek van de faeces van een dertigtal kleuters op een crèche in een sociaal zwak milieu na 1962 geen poliomyelitisvirussen meer te worden aangetroffen, dit in tegenstelling tot (vele) andere enterovirussen. Overigens vindt regelmatig import van ‘wild’ poliomyelitisvirus plaats onder andere door van vakantie in het buitenland terugkerende landgenoten, door (voornamelijk kinderen van) buitenlandse werknemers, door uit de tropen afkomstige adoptiekinderen (in dit laatste geval betreft het vaak ‘vaccinstammen’) en vanuit de ons omringende, minder goed tegen deze ziekte ingeënte buurlanden. Bij het diagnostisch onderzoek van faeces van Nederlandse kinderen in de virologische laboratoria wordt thans zelden of nooit poliovirus meer

geïsoleerd, terwijl uit serologisch onderzoek van personen die om principiële redenen niet werden gevaccineerd blijkt dat er inderdaad slechts een zeer beperkte viruscirculatie moet bestaan. *Niet alleen verschaft het IPV een solide, persoonlijke bescherming ten opzichte van paralytische poliomyelitis, maar – omdat een belangrijke darm-immuniteit optreedt (en daardoor een verminderde viruscirculatie) – zijn ook niet-gevaccineerden in een overigens goed geïmmuniseerde gemeenschap in de afgelopen periode in belangrijke mate tegen het optreden van kinderverlamming beschermd gebleken.*

Een groot voordeel van het IPV is het feit dat het in gecombineerde vorm (DKTP respectievelijk DTP) kan worden toegediend en dat van de poliomyelitiscomponent géén complicaties van betekenis bekend zijn (Nightingale, 1977). Aan toepassing ervan kleeft maar één – in de praktijk zwaarwegend – ‘bezwaar’, namelijk dat het alleen in die landen kan worden gebruikt waar men in staat is ten minste 80% van iedere nieuwe jaarklasse te vaccineren. Met andere woorden: in landen waar men niet beschikt over een goed georganiseerde zuigelingen- en kleuterzorg (zoals o.a. de Verenigde Staten, Engeland en de Duitse Bondsrepubliek) is tot nu toe het gebruik van IPV tot mislukking gedoemd geweest. Zo werden in de USA in 1965 nog 77% van de blanke en 60% van de niet-blanke kinderen met OPV tegen kinderverlamming geënt; in 1974 waren deze percentages gedaald tot slechts respectievelijk 67% en 45% (!).

In Nederland wordt een landelijk inentingspercentage van 90%, de laatste tien jaren zelfs van 95% behaald (Bijkerk, 1973; Ministerie Volksgezondheid en Milieuhygiëne, 1977). Ook faalt het vaccin, zelfs in Nederland en andere Westeuropese landen waar men op IPV vertrouwt, wanneer introductie van ‘wild’ virus in een ‘pocket’ niet-gevaccineerden plaatsvindt (Staphorst, 1971; Rijssen, 1969; Hoeksewaard, 1969; Uddel, Elspeet, 1966; Tholen, Stavenisse, 1963; Kesteren, 1962-1963; en Waardenburg, 1961).

Ondanks de passieve barrière-bescherming die de plaatselijke bevolking aldaar in wezen

geniet door de wal van geïmmuniseerden om zich heen, gedraagt het poliovirus zich in deze gevallen als een echt paard van Troje en slaat (bijna) voorspelbaar en onverbiddelek toe. Is dit voorkóombaar? Is het door routinetoepassing van OPV mogelijk deze steeds terugkerende drama’s te voorkomen? Voorstanders van het OPV menen van wel. Laat ons daarom ook de voor- en nadelen van het OPV eens nader bekijken.

OPV: alleszins aanvaardbaar risico

Het door Sabin ontwikkelde vaccin tegen poliomyelitis bestaat uit ‘verzwakte’ levende, op afwezigheid van neurovirulentie geselecteerde, poliovirusstammen van de typen I, II en III; het vermogen om zich in de darm te vermenigvuldigen hebben deze stammen behouden. Uit talloze onderzoeken is komen vast te staan dat de door dit vaccin opgewekte immuniteit van lange duur is en dat in vele gevallen een solide darm-immuniteit wordt opgebouwd, die van belang is voor het onderbreken van de poliovirus-circulatie in een gemeenschap. Terzijde zij opgemerkt dat het (soms) falen van het OPV – met name in de tropen – kan worden verklaard uit het feit dat een bestaande circulatie van *andere* enterovirussen het tot stand komen van de infectie van de darmwand met het vaccivirus verhindert: uiteraard ontstaat dan geen immuniteit en geen bescherming. Het wordt verder als een ‘voordeel’ beschouwd dat het OPV zich verspreidt naar de (voornamelijk nauwe) contacten van de gevaccineerden, zodat het uiteindelijke percentage immuun groter is dan het aantal uitgereikte doses vaccin. Zoals reeds opgemerkt geldt dit ‘voordeel’ vooral in landen met een gebrekkige zuigelingen- en kleuterzorg: zelfs bij een vaccinatiepercentage van circa 60 zou door deze secundaire verspreiding tóch een aanvaardbaar resultaat kunnen worden behaald. Een bezwaar van de toepassing van OPV is het – zij het zelden – optreden van paralytische poliomyelitis bij de geënten en zelfs onder hun naaste contacten; merkwaaardigerwijs zelfs méér onder deze laatsten (herkrijgen van neurovirulentie door passage in de mens). Gelukkig is dit risico niet

1. Behalve één patiëntje, dat slechts één injectie IPV ontving.

groot: op grond van Amerikaanse gegevens ontstaat in 1 op 11,5 miljoen gevaccineerden paralytische poliomyelitis en in 1 op 3,9 miljoen contacten en 1 op 22,9 miljoen 'verwijderde' contacten. Dit is zeker een gering risico en het is dan ook, eenmaal gekozen hebbende voor de bestrijding van de Veluwe-explosie met Sabinvaccin type I, een onder de huidige omstandigheden alleszins aanvaardbaar vaccinatie-risico.

De neiging tot verspreiding van het OPV in een gemeenschap heeft in het licht van het bovenstaande een zekere consequentie. Men kan zich voorstellen dat deze, oorspronkelijk van vaccinvirus afgeleide stammen een min of meer zelfstandig leven gaan leiden en in de populatie blijven circuleren. Aanwijzingen in die richting bleken uit een onlangs gepubliceerd onderzoek van Yvonne E. Cossart (1977). Op grond van bepaalde virologische kenmerken (o.a. het onvermogen om zich bij temperaturen boven 37 °C te kunnen repliceren) concludeert zij dat de 'wilde' stammen min of meer zijn vervangen door van vaccinvirussen afgeleide stammen; dit geldt zowel voor isolatie bij gezonden als bij personen met neurologische afwijkingen. Zoals het redactionele commentaar (1977) naar aanleiding van dit gegeven opmerkt, 'at least some and perhaps most of the poliovirus strains causing disease in Britain today are vaccina strains that have reverted to some degree of virulence'. (In Groot-Brittannië werden in 1977 in totaal 26 gevallen van poliomyelitis aangegeven.) Bovendien is het neutraliserend vermogen van sera ten opzichte van 'wilde' en 'vaccin'virus ongelijk, en wel in die zin dat de 'wilde' stammen minder goed worden geneutraliseerd.

Vervanging IPV door OPV: in Nederland geen vooruitgang

Het geheel overziend dringt het motto van dit artikel zich weer aan ons op: er is hier geen algemene waarheid te geven. *In een land met een goed georganiseerde gezondheidszorg voor zuigelingen en kleuters verdient het IPV de voorkeur*, te meer daar het immuniserend vermogen van de huidige vaccins bijzonder groot kan worden genoemd. Bovendien is er thans een 'tweede generatie' vaccins

volgens Salk (IPV) ontwikkeld waarbij de hoeveelheid antigeen per mililiter vaccin sterk kan worden opgevoerd, waardoor in de toekomst wellicht een vermindering van het aantal injecties per kind mogelijk zal zijn. *In landen met een matige gezondheidszorg verdient Sabin-vaccin (OPV) de voorkeur*. Gezien het bovenstaande draagt toepassing van OPV wat meer risico's met zich mede. Vervanging van het IPV door het OPV zou in Nederland dus geen vooruitgang betekenen. Tegen het toepassen van OPV in Nederland als *routine* – behalve dan bij het onderdrukken van een explosie – pleit naar mijn mening tenslotte het feit dat er bij toepassing stilzwijgend van wordt uitgegaan dat hierdoor een deel van de kinderen van wie de ouders principiële bezwaren tegen inenting in het algemeen hebben tóch – ten gevolge van de circulatie van vaccinvirus onder contacten en in de rest van de gemeenschap – zullen worden geïmmuniseerd. Medisch-ethisch beschouw ik dit als minder fraai; anderen zouden dit misschien juist een voordeel vinden!

Explosiebestrijding

Een enkel woord nog over de bestrijding van een poliomyelitis-explosie. Een aantal algemene hygiënische maatregelen, zoals het opvoeren van de faecale hygiëne en het vermijden van overmatige lichamelijke inspanning, hebben – hoe nuttig ook – in het verleden nimmer een explosie tot staan gebracht, evenmin als het toedienen van normaal immunoglobuline in de vijftiger jaren. Toepassing van één dosis

hooggeïactiveerde 'plain' poliovaccin (dus zonder D-, (K-) en T-component) kan tot relatief snelle antistofvorming en daarmee tot het voorkómen van paralytische poliomyelitis leiden. Wellicht bieden de Salk-vaccins van de tweede generatie in dit opzicht perspectief (aangenomen dat de bevolkingsgroepen die voor een dergelijke 'nood'vaccinatie in aanmerking komen de 'injectiespuit' zullen aanvaarden). Tenslotte is, naar ervaring in vele delen van de wereld, de beste methode om de circulatie van 'wild' virus te onderbreken het zo spoedig mogelijk in circulatie brengen van het homologe vaccinvirus (in dit geval type I). Om op deze wijze een volledige immuniteit ten opzichte van poliomyelitis te verkrijgen zou in deze gebieden – na het bedwingen van de explosie – aanvullende vaccinatie met DTP noodzakelijk zijn. Het is echter te betwijfelen of de betrokkenen, als de dreiging van de epidemie is verdwenen, zich nogmaals zullen laten immuniseren. In Staphorst was in 1971 de bevolking daartoe wel bereid, waardoor daar thans een bevredigende inentingstoestand bestaat.

Literatuur

- Bijkerk, H. (1973) Symposia Series in Immunological Standardization, 22, 271, S. Karger, Basel.
Cossart, Y. E. (1977) Brit. Med. J. I, 1621.
Editorial (1977) Brit. Med. J. I, 1617.
Hofman, B. (1974) in Immunisatie tegen Infectieziekten, p. 71, Stafleu Wetenschappelijke Uitgeverij, Leiden.
Nightingale, E. O. (1977) New Eng. J. Med. 297, 249.

NIET ROKEN

Het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst spreekt als zijn mening uit dat roken, in het bijzonder van sigaretten, schadelijk is voor de gezondheid. Het hoofdbestuur beveelt de leden der Maatschappij aan niet te roken, zeker niet tijdens de uitoefening van de praktijk. Het hoofdbestuur beveelt tevens dringend aan dat in instellingen van gezondheidszorg (met name ziekenhuizen en poliklinieken) niet wordt gerookt.

Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg?

Afgaande op de titel van het artikel van Prof. Dr. J. C. van Es en Dr. R. A. de Melker: 'Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis- en thuiszorg?', is mijn reactie praktisch: in mijn werken op de polikliniek Klimakterium van het AZU ervaar ik dagelijks hoe belangrijk het is om met de huisarts (en/of andere eerste- en tweedelijns werkers) van een doorverwezen patiënte overleg te plegen. Vanuit die dagelijks ervaring denk ik dan ook dat de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg niet groot hoeft te zijn, klein genoeg om zinvol te kunnen samenwerken. Op de inhoud van het artikel reagerend, denk ik dat de afstand groot is en groter gemaakt wordt.

Het artikel straalt mijns inziens een *politieke belangenstrijd* uit tussen thuiszorg en ziekenhuis, waarbij ik de patiënt als kluif gepresenteerd zie. De conclusies die de schrijvers trekken met name:

- de werkers in het ziekenhuis zijn onvoldoende op de hoogte van de ontwikkelingen in de thuiszorg;
- de werkers in het ziekenhuis stellen nog altijd het ziekenhuis centraal in de gezondheidszorg,

zijn erg persoonlijk. Als deze conclusies uit ons artikel 'Psychosociale problemen en de overgang', MC nr. 9/1978, blz. 281 zijn getrokken, heb ik toch het idee dat onze doelstellingen niet duidelijk zijn overgekomen. Het zijn conclusies die de schrijvers zonder enig overleg met Witteveen en Last, met Wolters en ondergetekende, eigenhandig hebben getrokken. Is dit oorzaak of gevolg van de door hen gesignaleerde afstand tussen eerste en tweede lijn?

In ieder geval vind ik deze wijze van werken een schoolvoorbeeld van hoe het in de gezondheidszorg *niet* moet en bovendien is zij nog eens in flagrante strijd met hetgeen de heren Van Es en De Melker in het artikel belijden.

Situationele besluitvorming

Ik onderschrijf de mening van Querido dat de noodzakelijkheid van psychosociale hulp reeds in de kliniek zal moeten worden onderkend. Op de vraag waar deze hulp het beste gegeven zal kunnen worden, lijkt mij de mening van de patiënt zelf van belang, waarbij het overleg met ziekenhuis en thuiszorg noodzakelijk is. De patiënt zal dan haar voorkeur uitspreken over de vorm en de plaats van de begeleiding. Door deze benadering, waarbij de *patiënt centraal* geplaatst wordt, zal deze niet vervallen in de rol van weerloze consument. Zij zal zich hierdoor bewust worden dat haar beslissing haar situatie in belangrijke mate kan bepalen.

Het signaleren van psychosociale problematiek en het verwijzen naar een geëigende instantie in de eigen woonomgeving van de patiënt zie ik als belangrijke aspecten van mijn functie. Even belangrijk vind ik het om in samenspraak met iedere patiënte een beleid uit te stippelen, waarbij de keuze gedaan wordt omtrent verwijzen of niet verwijzen. In dat overleg worden de meningen van het ziekenhuisteam, cliëntensysteem, de huisarts en anderen alsmede reële verwijsmogelijkheden betrokken. Deze houding, deze situationele besluitvorming, heeft

mijns inziens meer effect dan het automatisch verwijzen van de patiënt naar een vastgelegd systeem.

De werkgroep van de polikliniek Klimakterium is het met de schrijvers eens dat de zorg en aandacht voor juist deze groep patiënten idealiter behoort bij het takenpakket van de thuiszorg, waaronder de huisarts. Wij werden en worden echter geconfronteerd met problemen van een bepaalde groep vrouwen in de overgang, die binnen de eerste lijn niet oplosbaar bleken. Door deze vrouwen en/of door de huisarts wordt de aanvullende begeleiding van de polikliniek Klimakterium gevraagd. Bij belangstelling ben ik bereid om in het kader van deze discussie uiteen te zetten waarom ik de aanwezigheid van de psychosociale hulp in het ziekenhuis essentieel vind.

Utrecht, 29 mei 1978

Mede namens de werkgroep Klimakterium,
Paulien Becking,
maatschappelijk werkster

Verhouding tuchtrecht burgerlijk recht strafrecht en administratief recht

Repressie en preventie van fouten en ongevallen op medisch gebied

Deze bijdrage bevat een beschouwing over de wijze waarop tuchtrecht, burgerlijk recht, strafrecht en administratief recht kunnen voorzien in de behoefte aan repressie en preventie van fouten en ongevallen waarbij in het bijzonder artsen in ziekenhuizen betrokken zijn.

Invloed groepsgenoten

Twee kenmerken van zowel het KNMG-tuchtrecht als van het tuchtrecht volgens de Medische Tuchtwet zijn, dat de normen waaraan getoetst wordt voor een belangrijk deel niet alleen groepsnormen maar ook algemene maatschappelijke normen zijn en voorts dat in de toetsing aan en de uitwerking van deze normen de groepsgenoten een belangrijke rol spelen. De normen hebben gelding en worden aanvaard niet alleen in de kring van de groep – d.w.z. de artsen – maar ook, in het algemeen gesproken, in de kringen van de ‘buitenstaanders’ – d.w.z. het publiek. Bij de toetsing aan de uitwerking van de normen door, in eerste aanleg, districtsraden en medische tuchtcolleges zijn de artsen in belangrijke mate ingeschakeld. De beide genoemde kenmerken zijn van belang voor de burgerlijkrechtelijke en de strafrechtelijke beoordeling van fouten en ongevallen waarbij artsen betrokken zijn. De burgerlijke rechter en de strafrechter laten zich in vele gevallen leiden door de resultaten van de tuchtrechtspraak volgens de KNMG-regeling en de Medische Tuchtwet. Dat betekent niet dat zij deze resultaten zonder meer overnemen; alleen reeds de verschillen in normen van het

door **Mr. A. G. Maris**



De auteur is advocaat en procureur in 's-Gravenhage.

tuchtrecht tegenover die van het burgerlijk recht en het strafrecht staan daaraan in de weg. Wel fungeren de resultaten van de tuchtrechtspraak als hulpmiddelen voor de burgerlijke rechter en de strafrechter voor het inhoud geven aan begrippen als de burgerlijkrechtelijke onrechtmatige daad en de strafrechtelijke dood door schuld. De directe invloed van de artsen als groepsgenoten in de tuchtrechtspraak betekent derhalve een indirecte invloed op de burgerlijke en de strafrechtspraak en op het inhoud geven aan de begrippen en normen die daarin een rol spelen. Niet alleen de burgerlijke rechter en de strafrechter laten zich beïnvloeden door de resultaten van de tuchtrechtspraak. Ook anderen die met de toepassing van in het bijzonder het burgerlijk recht op medisch gebied te maken hebben, bijvoorbeeld verzekeraars van artsen en ziekenhuizen, doen dat. Ook zij zullen zich bij de beoordeling van de vraag of een fout of ongeval op medisch gebied een onrechtmatige daad oplevert, die de arts of het ziekenhuis tot

schadevergoeding verplicht, mede door de resultaten van de tuchtrechtspraak laten leiden. Hieruit volgt dat de groepsgenoten via de tuchtrechtspraak invloed hebben op het ‘repressierecht’ op medisch gebied, d.w.z. naast het tuchtrecht, het burgerlijk recht (vooral de rechtsregels over onrechtmatige daad) en het strafrecht.

Directe preventie

Een recht, als geheel van regels, op het gebied van preventie van medische fouten en ongevallen bestaat er slechts in beperkte mate. Toegegeven zij dat het tuchtrecht mede beoogt fouten en ongevallen te voorkomen en dat de door de strafrechter op te leggen straf veelal tevens een preventieve werking heeft, terwijl ook de burgerrechtelijke sanctie van vergoeding van schade uit preventief oogpunt indirect van betekenis is. Toch hebben uit een oogpunt van directe preventie van fouten en ongevallen de uitspraken van de genoemde rechters als toepassingen van het tuchtrecht, het burgerlijk recht en het strafrecht slechts beperkte betekenis. Dit is een gevolg van de omstandigheid dat deze uitspraken steeds een concreet handelen betreffen van een individuele arts, die door een maatregel, een straf of een veroordeling tot schadevergoeding wordt getroffen. Ter zake van zijn gedraging vindt te zijnen aanzien repressie plaats in de vorm van correctie, vergelding of schadevergoeding. Juist de – directe – preventie van fouten en ongevallen, onafhankelijk van de persoon van de dader en

onafhankelijk van schuld of verwijtbaarheid te zijnen aanzien, staat in toenemende mate in de belangstelling. Regelingen die aan de behoefte aan deze preventie tegemoet komen, kunnen in het algemeen gesproken van burgerlijkrechtelijke of administratiefrechtelijke aard zijn. Het eerste betekent dat artsen of de bij ziekenhuizen betrokkenen daarvoor een regeling treffen met gebruikmaking van burgerlijkrechtelijke rechtsfiguren, zoals overeenkomsten, reglementen, statuten enz., zonder dat de overheid daaraan te pas komt. Daarnaast bestaat de mogelijkheid dat de overheid een uitgewerkte regeling oplegt of aan de betrokkenen voorschrijft dat zij zelf aan de hand van bepaalde richtlijnen of uitgangspunten een zodanige regeling tot stand moeten brengen. In deze laatste gevallen is sprake van administratiefrechtelijke voorschriften.

Past men dit onderscheid tussen burgerlijk recht en administratief recht toe op de beide vormen van tuchtrechtspraak, dan berust de KNMG-tuchtrechtspraak op het gebruikmaken van burgerlijkrechtelijke rechtsfiguren en is de tuchtrechtspraak van de Medische Tuchtcolleges gegrond op administratiefrechtelijke bepalingen.

Raad voor ongevallen

Een van de methoden op preventief gebied, die de laatste jaren grote belangstelling trekt, is de intercollegiale toetsing. In de versie van het rapport 'Intercollegiale toetsing in algemene ziekenhuizen' wordt daarbij voor de institutionalisering gedacht aan het gebruik maken van burgerlijkrechtelijke rechtsfiguren, zoals overeenkomsten en reglementen. Hiervoor zijn twee kenmerken van het medische tuchtrecht in zijn beide vormen vermeld: de normen zijn niet alleen groepsnormen maar ook algemene maatschappelijke normen en bij de toetsing aan en uitwerking van deze normen zijn de groepsgenoten in belangrijke mate ingeschakeld. Beide kenmerken vindt men *mutatis mutandis* terug in de wijze waarop intercollegiale toetsing als instituut op het gebied van preventie van medische fouten en ongevallen

volgens het rapport wordt voorgestaan. Het verdient aanbeveling te overwegen of er naast de intercollegiale toetsing in de geest van het genoemde rapport een door de centrale overheid te organiseren instituut behoort te komen dat in geval van fouten of ongevallen van algemeen medisch belang een onderzoek daarnaar zal kunnen instellen, daarover verslag zal kunnen uitbrengen en aan de hand daarvan aanbevelingen zal kunnen doen op preventief gebied. Aldus zou er naast de intercollegiale toetsing, die gebruik maakt van burgerlijkrechtelijke rechtsfiguren, een administratiefrechtelijk instituut op het gebied van preventie van medische fouten en ongevallen komen. In dit verband zou bij wijze van voorbeeld kunnen worden gedacht aan de Raad voor de Scheepvaart volgens de Schepenwet met betrekking tot scheepsrampen en de Raad voor de Luchtvaart volgens de Luchtvaartrampenwet met betrekking tot luchtvaartongevallen. De eerste raad is voortgekomen uit de behoefte aan preventieve maatregelen, nadat men tot de conclusie was gekomen dat het tuchtrecht alleen, als regeling van maatregelen op het gebied van repressie, naar de toenmalige maatschappelijke maatstaven, niet meer adequaat was te achten. De Raad voor de Luchtvaart heeft onder meer de bevoegdheid de betreffende minister zodanige voorstellen te doen als hij nodig acht ter voorkoming van ongevallen met luchtvaartuigen, indien de bevindingen bij het onderzoek de raad daartoe aanleiding geven. Beide raden hebben mede een taak, indien niet zozeer met het oog op de omvangrijkheid van de gevolgen als wel op grond van de aard van het voorval de waarschijnlijkheid bestaat dat uit een onderzoek lessen kunnen worden geput of de wenselijkheid kan blijken van het stellen van voorschriften welke dienen ter voorkoming van ongevallen. Uiteraard zouden deze regelingen niet zonder meer kunnen worden overgenomen. In het bijzonder de tuchtrechtelijke taken van de beide raden zouden kunnen vervallen, gelet op de twee vormen van tuchtrecht die op medisch gebied reeds bestaan. Een dergelijke raad voor ongevallen op het gebied van de gezondheidszorg in aanvulling op, soms misschien in concurrentie met intercollegiale

toetsingscommissies in de ziekenhuizen, heeft als voordeel dat het tegen intercollegiale toetsing wel aangevoerde bezwaar dat de preventie een onderonsje van de medici zou zijn, wordt weggenomen. Bovendien geeft een dergelijke raad mogelijk een betere garantie, ook in de publiciteit, dat de te ontwikkelen regels naar algemene maatschappelijke maatstaven aanvaardbaar zullen zijn. Aan de andere kant zijn in de Raad voor de Scheepvaart en de Raad voor de Luchtvaart de groepsgenoten in ruime mate vertegenwoordigd, zodat deze voorbeelden voor een raad voor ongevallen op het gebied van de gezondheidszorg in zoverre ook voor de artsen aanvaardbaar zouden kunnen zijn. De omstandigheid dat de beide instituten soms in concurrentie met elkaar zouden kunnen optreden, is geen bezwaar. Integendeel, zulks kan het tot stand komen van een goed 'preventierecht' bevorderen. Het voorbeeld op repressiegebied van de KNMG-tuchtrechtspraak en die van de medische Tuchtcolleges naast elkaar is er om dit te bevestigen: beide vervullen nuttige functies. Aldus zou het tuchtrecht als het geheel van regels op het gebied van repressie van fouten en ongevallen op medisch gebied ten voorbeeld kunnen strekken aan het recht tot voorkoming van dergelijke fouten en ongevallen. Ook hier twee regelingen: één van burgerlijkrechtelijke en één van administratiefrechtelijke aard, in aanvulling op, soms in concurrentie met elkaar. Ook hier twee regelingen, die er toe strekken dat de normen, richtlijnen, uitspraken of aanbevelingen op het gebied van de preventie voor de groepsgenoten maar ook naar maatschappelijke maatstaven aanvaardbaar zullen zijn. Ook hier twee procedures waarin de groepsgenoten in belangrijke mate ingeschakeld zijn. Aldus bezien kunnen het tuchtrecht en de wezenlijke kenmerken die de beide verschijningsvormen daarvan bepalen een richtsnoer vormen voor de bepaling van de inhoud van het recht ter voorkoming van fouten en ongevallen op medisch gebied.

Belang 'preventierecht'

Het 'preventierecht' is van groot belang voor het 'repressierecht'. Immers, het antwoord op de vraag of er plaats is voor een correctie,

schadevergoeding of een straf wordt veelal bepaald door het antwoord op de vraag of de arts de betreffende fout of het betreffende ongeval had behoren te voorkomen. Regels op het gebied van de preventie zijn derhalve ook voor de tuchtrechtspraak, de burgerlijke rechtspraak en de strafrechtspraak van groot belang. Dit is een reden te meer waarom de artsen goed doen ervoor te zorgen bij de formulering en de toepassing van het 'preventierecht' betrokken te zijn en te blijven, en zelf

daartoe het initiatief te nemen. Voor de gesuggereerde raad voor ongevallen op het gebied van de gezondheidszorg is misschien nog van gewicht het historische gegeven dat het bestaan van de KNMG-rechtspraak het tot stand komen van de Medische Tuchtwet niet heeft kunnen voorkomen. Indien men zou menen dat intercollegiale toetsing, als in het genoemde rapport aanbevolen, een andere, door de overheid te bepalen – dus administratiefrechtelijke – regeling op

het gebied van preventie niet zal kunnen voorkomen, dan verdient het aanbeveling dat de artsen met de stroom meegaan en het initiatief nemen tot een dergelijke regeling, opdat deze zoveel mogelijk met hun ideeën zal overeenkomen. Tenslotte moet het niet ondenkbaar geacht worden, dat de instelling van een raad voor ongevallen op het gebied van de gezondheidszorg de bereidheid van de artsen om de intercollegiale toetsing tot een realiteit te maken zal bevorderen.

Demonstratie bij 'Domus Medica' in Utrecht

Twee huisartsen, verbonden aan het Wijk- en Welzijnscentrum in de Afrikaanderwijk te Rotterdam, hebben onlangs bij de 'Domus Medica' in Utrecht een protestactie geleid tegen de in hun ogen te hoge pensioenpremie. Een dertigtal wijkgenoten, diverse spandoeken met zich meedragend, posteerden zich voor het bestuursgebouw, terwijl een delegatie onder leiding van een der huisartsen, de heer F. N. Malais, binnen wachtte op een bestuursvertegenwoordiger van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen. Deze, voorzitter S. van Randen, heeft de delegatie – die daarop geruime tijd met klem en onder druk van de demonstranten op de stoep had aangedrongen – tenslotte te woord gestaan, doch daarbij geen concrete toezeggingen kunnen doen (men leze in dit verband het officieel persbericht van het Stichtingsbestuur op blz. 776).

Volgens de heer Malais kwam het Wijk- en Welzijnscentrum in de Rotterdamse Afrikaanderwijk in 1974 van de grond. Van meet af aan kregen hij en zijn collega, evenals de andere medewerkers, uit de centrumkas het minimumloon uitbetaald. Het centrum, dat financieel voornamelijk drijft op het ziekenfondshonorarium dat de twee huisartsen wordt uitgekeerd, functioneert volgens de delegatieleider op basis van het principe 'gelijke monniken, gelijke kappen'... 'Alle medewerkers, artsen zowel als verpleegkundigen, krijgen hetzelfde salaris. Dit omdat we allemaal hetzelfde produkt leveren. We zien niet in waarom de een dan meer moet verdienen dan de ander. Bovendien hebben we van ons ziekenfondshonorarium afstand gedaan, omdat we vinden dat de artseninkomens veel te hoog zijn. Het kan best wat minder', aldus de heer Malais, die de hoogte van zijn pensioenpremie zou willen relateren aan zijn minimuminkomen in plaats van aan de praktijkomvang van het Wijk- en Welzijnscentrum. Daartoe had hij tevergeefs een beroep op de zogenaamde 'hardheidsclausule' gedaan. Inmiddels is de kwestie aan de kantonrechter voorgelegd. Als deze de Rotterdamse huisartsen in het ongelijk stelt, zal dat volgens de heer Malais het einde betekenen van de huisartsenpraktijk van het Wijk- en Welzijnscentrum in de Rotterdamse Afrikaanderwijk.



Binnen de 'Domus Medica' te Utrecht (foto boven) staat de voorzitter van het bestuur van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen, S. van Randen (rechts) de Rotterdamse delegatie te woord; tweede van links de huisarts F. N. Malais, die de eisen van de Afrikaander buurtbewoners toespitst op: opheldering over de afwijzing van toepassing van de hardheidsclausule en toepassing van deze hardheidsclausule om te komen tot een premieheffing, evenredig aan het werkelijk inkomen van de huisartsen.

Buiten (foto onder) de demonstranten die hun protestactie kracht bijzetten met spandoeken.



Terminale patiënte in slaap overleden

Klacht tegen arts die slaapmiddel toediende afgewezen

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam heeft het navolgende overwogen en beslist naar aanleiding van de op 11 september 1975 ingekomen klacht van klager A tegen verweerder B.

Kennis is genomen van het klaagschrift, het verweerschrift van 21 oktober 1975 en de verdere stukken van de zaak, waaronder de status betreffende na te noemen patiënte. De klacht is in aanwezigheid van partijen behandeld ter terechtzitting van het College van 9 november 1976 en van 8 februari 1977. Ter terechtzitting van 8 februari 1977 zijn als getuigen gehoord C en D, beiden dochters van patiënte uit een eerder huwelijk.

Door het onderzoek is vastgesteld: De echtgenote van klager, mevrouw . . . , geboren op 31 maart 1911 en overleden op 31 juli 1975, – verder te noemen: de patiënte – was sedert 1973 lijdende aan een larynx-carcinoom. In januari 1974 onderging de patiënte een laryng-ectomie, waarna nabestraling werd toegepast. Er was toen al metastasering. In september 1974 heeft een tweede operatie plaats gevonden. In april 1975 ontstond een stuwing van het gelaat. In mei 1975 ontwikkelden zich huidmetastasen op de thoraxwand. De patiënte had in toenemende mate last van benauwdheden en dreigde soms te stikken in verband met veelvuldige verstoppingen van het bij de patiënte bestaande tracheostoma ten gevolge van pusvorming. Vanaf mei 1975 ging de toestand van de patiënte zeer snel achteruit. Vanaf juni verbleef zij thuis. Op die datum werd spoedopname gevraagd omdat verzorging thuis niet langer mogelijk was. Omdat er geen plaats was op de afdeling keel-, neus- en oorziekten

van het Academisch Ziekenhuis der Vrije Universiteit, werd de patiënte opgenomen in . . . , onder de medische verantwoordelijkheid van verweerder. Bij opname beschikte verweerder slechts over summere gegevens betreffende patiënte. Bij onderzoek constateerde hij onder meer een tracheostomie met een doorsnede van circa 5 mm. De huid rond het stoma was abnormaal, namelijk plankhard, rood, met knobbeltjes, korsten en defecten. De patiënte kon niet meer spreken. Communicatie met haar geschiedde langs schriftelijke weg. Ter vermijding van verstikking dienden de korsten vele malen per 24 uur met een pincet te worden verwijderd, hetgeen tot de opname doorgaans door de patiënte zelf werd gedaan. In verband met de korstvorming en de daaruit voortvloeiende benauwdheden kon de patiënte reeds lang niet meer normaal slapen. Zij was bij opname zeer vermoeid.

Verweerder heeft op de dag van de opname en op de dag daarna met de patiënte haar situatie uitvoerig besproken. Daarbij bleek dat zij zeer vermoeid was, inzag dat haar situatie hopeloos was, dat zij nog maar kort te leven had en dat ook accepteerde. Verweerder heeft eerst met de oudste dochter van de patiënte en haar echtgenoot, vervolgens met de patiënte zelf en ook nog met een voorganger van het Wachttoeren-genootschap, waartoe de patiënte behoorde, overlegd over het toedienen van een slaapmiddel. Daarbij is besproken dat de patiënte dan mogelijk niet meer wakker zou worden, omdat zij een optredende benauwdheid niet zou bemerken en zou kunnen overlijden. De patiënte

heeft dit buiten aanwezigheid van verweerder ook met haar oudste dochter besproken. Deze oudste dochter heeft, als getuige gehoord, verklaard dat de patiënte uiteindelijk zelf uitdrukkelijk een slaapmiddel wenste toegediend te krijgen.

Op 31 juli 1975 heeft verweerder vervolgens 20 mg valium en 25 mg Phenergan, beide per intramusculaire injectie, gegeven, gevolgd door 10 mg valium intraveneus. Hierop is de patiënte ingeslapen. Zij is vervolgens in haar slaap overleden.

Uit ter terechtzitting door verweerder en door de oudste dochter van de patiënte overgelegde, van de patiënte ten tijde van haar opname in . . . afkomstige briefjes, blijkt dat de patiënte zich ervan bewust was dat de toediening van een slaapmiddel haar overlijden na korte tijd tot gevolg zou hebben, dat zij dit wilde en als een weldaad beschouwde en dat zij het een voorrecht vond zonder angst heen te gaan.

Klager is, mede op uitdrukkelijk verzoek van de patiënte, niet bij de besluitvorming omtrent het toedienen van een slaapmiddel betrokken. Hij is daarover naderhand door de oudste dochter van de patiënte ingelicht. Hij kon zich met de genomen beslissing niet verenigen. Ongeveer vier weken na het overlijden van de patiënte heeft klager, op zijn initiatief, hierover met verweerder gesproken. Naar verweerder onweersproken heeft gesteld is in dit gesprek geen redelijke communicatie tot stand gekomen in verband met de zeer geëmotioneerde gemoedstoestand van klager.

De klacht behelst dat verweerder op 31 juli 1975 de patiënte ten onrechte een injectie om te slapen heeft

gegeven, waardoor de patiënte is overleden.
Omtrent deze klacht moet gelden: Uit de vastgestelde feiten moet worden afgeleid dat verweerder zich er bij de toediening van de hiervoor vermelde geneesmiddelen rekenschap van heeft gegeven dat de patiënte naar redelijke waarschijnlijkheid in haar slaap zou overlijden. Tevens is komen vast te staan dat verweerder de waarschijnlijke gevolgen van het toedienen van deze middelen tevoren zowel met de – nog goed aanspreekbare – patiënte als met de naaste familie, echter niet met klager, heeft besproken en dat hieromtrent bovendien overleg heeft plaats gevonden met een voorganger van het Wachttorengenootschap, waartoe de patiënte behoorde.
De omstandigheden waarin de patiënte verkeerde, zoals deze zijn komen vast te staan, waren zodanig dat verweerder, door de hiervoor vermelde geneesmiddelen toe te dienen, op uitdrukkelijk verzoek van de patiënte, met wie de waarschijnlijke gevolgen daarvan amper waren besproken, niet onjuist heeft gehandeld.
De klacht als zodanig is derhalve ongegrond.

Klager heeft er ter zitting blijk van gegeven te begrijpen, noch te aanvaarden dat hij bij voormelde besluitvorming niet betrokken is geweest, noch dit besluit juist te vinden.
Verweerder heeft klager echter buiten de besluitvorming gehouden op uitdrukkelijk verzoek van de patiënte, die zelf, evenmin als de andere familieleden, met klager heeft overlegd.
Mede gelet op de houding van klager ter terechtzitting is bovendien aannemelijk dat redelijk overleg met klager over het onderhavige punt niet mogelijk zou zijn geweest. In verband met een en ander kan verweerder niet worden verweten dat hij niet tevoren met klager heeft overlegd.
Het algemeen belang vergt dat deze beslissing in het openbaar wordt uitgesproken en dat de beslissing, op na te melden wijze, wordt gepubliceerd.
In verband met het voorgaande dient als volgt te worden beslist:

Wijst de klacht af

Beveelt dat deze beslissing in het openbaar wordt uitgesproken.
Bepaalt dat deze beslissing, op de

wijze als voorgeschreven bij artikel 13b. van de Medische Tuchtwet, wordt bekend gemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met het verzoek om plaatsing aan de volgende tijdschriften: Tijdschrift voor Gezondheidsrecht; Medisch Contact; Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en Nederlandse Jurisprudentie.

Aldus gewezen op 8 februari 1977 onder voorzitterschap van Mr. M. Knap met Dr. M. J. Heering, F. J. C. Westerweel, J. W. J. de Laive en Dr. A. W. M. Pompen, leden-geneeskundigen en met bijstand van Mr. J. Heeres, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 26 april 1977 onder voorzitterschap van Mr. M. Knap met Dr. M. J. Heering, F. J. C. Westerweel, J. W. J. de Laive en Dr. P. Leguit (plv). leden-geneeskundigen en met bijstand van Mr. J. Heeres, secretaris.
Bevestigd bij beslissing van het Centraal Medisch Tuchtcollege van 30 maart 1978.

* *
*

CAO-Ziekenhuiswezen

Uitspraak uitvoeringsregeling salariering

De Interpretatiecommissie, bedoeld in artikel 39 van de CAO-Ziekenhuiswezen, heeft:

Gelet op de artikelen 4, 5 en 7 van de uitvoeringsregeling salariering.

Gezien de vraag:

Op welke wijze dient de zinsnede: 'Tenzij hierover in de arbeidsovereenkomst anders is bepaald', voorkomende in artikel 4 lid 1 van de uitvoeringsregeling salariering te worden uitgelegd?

Overwegende:

Dat in de toelichting op dit artikel is vermeld, dat in beginsel eenmaal per jaar een periodieke verhoging wordt toegekend; dat dit betekent, dat het mogelijk is

overeen te komen daarvan af te wijken, indien dit gezien het functioneren van de werknemer gewenst wordt geacht.

Beslist als volgt:

De zinsnede: 'Tenzij hierover in de arbeidsovereenkomst anders is bepaald' maakt het mogelijk overeen te komen, dat in enig jaar, gezien het functioneren van de werknemer, geen dan wel meer dan één periodieke verhoging wordt toegekend.

Gezien de vraag:

Hoe dient artikel 4, lid 3 van de uitvoeringsregeling salariering te worden toegepast ten aanzien van part-timers?

Overwegende:

Dat, aangezien een part-timer eveneens

jaarlijks een periodieke verhoging – naar evenredigheid uiteraard – ontvangt, het redelijk is, dat betrokkene na 6 of 8 jaar, nadat hij het maximum van zijn schaal naar evenredigheid heeft bereikt, eveneens één c.q. twee periodieken – naar evenredigheid – ontvangt.

Beslist als volgt:

Aan de part-timer wordt na het bereiken van het maximum van zijn salarisschaal – naar evenredigheid – nog één en vervolgens na twee jaar nog een tweede periodieke verhoging toegekend.

Aldus gegeven te Utrecht, de 9e maart 1978.

UIT DE ZIEKENFONDSRAAD

In de vergadering van de Ziekenfondsraad gehouden op 25 mei 1978 kwamen onder meer de volgende onderwerpen aan de orde:

Algemene Maatregel van Bestuur ingevolge art. 13 Ziekenfondswet

De in 1975 op verzoek van de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid ingestelde commissie-Becht had onder andere tot opdracht: het verrichten van een kritische analyse van de bestaande model-overeenkomsten tussen ziekenfondsorganisaties en organisaties van medewerkers, voorts het evalueren van de toen bestaande controle door de ziekenfondsen op verstrekkingen en declaraties en het doen van voorstellen tot versterking van deze controle. Zowel uit de door de commissie-Becht als uit de door de commissie-Piket in 1976 ter zake uitgebrachte rapporten bleek dat als een ernstig gemis werd vastgesteld, dat tot dusverre geen gevolg was gegeven aan de in artikel 13 van de Ziekenfondswet opgelegde verplichting van de overheid om bij of krachtens Algemene Maatregel van Bestuur (AMvB) aan te geven aan welke eisen door de ziekenfondsen tenminste moet worden voldaan ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn. Ter voorziening in deze leemte werd door de Commissie Financiële Zaken van de raad een ontwerp tekst voor een AMvB ter uitvoering van bovenbedoeld artikel van de Ziekenfondswet met bijbehorende toelichting aan de raad voorgelegd, met het advies een en ander aan de staatssecretaris van Volksgezondheid

aan te bieden. Nadat op verzoek van de medewerkersgroepering (artsen c.s.) in de raad in de aanvankelijke tekst zowel van de AMvB als van de Nota van toelichting enige wijzigingen en toevoegingen waren aangebracht, werd een en ander door de raad goedgekeurd.

Ter verduidelijking van het vorenstaande volgt hieronder de tekst van de eerste twee artikelen van de ontwerp tekst voor de AMvB:

Art. 1

De ziekenfondsen oefenen, met inachtneming van het bepaalde bij of krachtens dit besluit, controle uit op:

- a. de rechtmatigheid van de inschrijving als verzekerde van personen die zich als zodanig aanmelden of zijn aangemeld;
- b. de rechtmatigheid van de aanspraken welke de verzekerden bij hen doen gelden;
- c. een zowel naar prestatie als kosten verantwoorde uitvoering van de overeenkomsten bedoeld in art. 44 van de Ziekenfondswet.

Art. 2

Ter uitvoering van het bepaalde in art. 1 zien de Ziekenfondsen erop toe dat zij kunnen beschikken over de gegevens welke voor een doeltreffende controle nodig zijn, rekening houdend met de eisen uit hoofde van bescherming van de persoonlijke levenssfeer en het handhaven van het medisch beroepsgeheim.

De ziekenfondsen voorzien zich ten behoeve van bedoelde controle van voldoende deskundigheid.

Een en ander zal – voor zover dat nog niet mocht zijn geschied – zich uiteraard dienen te weerspiegelen in de tussen de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ) en de onderscheidene organisaties van medewerkers respectievelijk

instellingen te sluiten overeenkomsten.

Financiële steun gezondheidscentra

Het aantal samenwerkingsverbanden in de zogenaamde eerstelijns gezondheidszorg – d.w.z. de samenwerking tussen huisartsen, wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden 'onder één dak' – is de laatste jaren sterk toegenomen. Dit is voor een belangrijk deel te danken aan initiatieven van het Nederlandse Huisartsen Genootschap (NHG) en de medewerking van ter plaatse werkende ziekenfondsen. Van overheidswege is deze ontwikkeling bovendien bevorderd door een in 1974 door de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid ingestelde *Voorlopige Stimuleringsregeling Wijkgezondheidscentra*. Er functioneren thans 62 wijkgezondheidscentra en 14 andere multidisciplinaire samenwerkingsvormen, terwijl er 16 plannen tot oprichting van een wijkgezondheidscentrum bekend zijn. In 1976 zijn 60 subsidie-aanvragen in het kader van vorengenoemde stimuleringsregeling in behandeling genomen.

Contacten

In 1972 heeft de Ziekenfondsraad op verzoek van de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid advies uitgebracht inzake de ontwikkeling van groepspraktijken en gezondheidscentra. De raad heeft zich daarbij beperkt tot voorstellen inzake maatregelen welke belemmeringen bij het totstandkomen van deze instellingen kunnen wegnemen.

Sedertdien heeft de raad positief gereageerd op verschillende verzoeken tot (extra) financiële steun aan multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg. Zulks als gevolg van het feit, dat de stimulerings-subsidieregeling van de Rijksoverheid – die overigens van tijdelijke duur is (maximaal vijf jaar per gezondheidscentrum) – meestal niet toereikend bleek te zijn voor het in financieel opzicht gezond functioneren van een gezondheidscentrum.

Oorzaken financiële belemmeringen

Als oorzaken van de financiële belemmeringen dienen met name te worden genoemd: samenwerking in gezondheidscentra vergt extra tijdsbeslag (teamoverleg; extra contact met andere hulpverleners, enz.); voorts brengt de gezamenlijke huisvesting meer kosten met zich dan bij 'praktijk aan huis' het geval is, terwijl blijkens de ervaring ook de algemene kosten hoger zijn dan die van de vrijgevestigde beroepsbeoefenaar-solist; deze extra kosten zullen meestal van blijvende aard zijn.

Uniform landelijk financieringssysteem

Gelet op de huidige stand van zaken is de raad van oordeel dat een structurele oplossing dringend noodzakelijk is. Op grond hiervan heeft de raad *voorlopige richtlijnen* vastgesteld waaraan gezondheidscentra moeten voldoen om – boven de bestaande stimuleringsregeling – voor een financiële tegemoetkoming ingevolge de AWBZ in aanmerking te komen. Wel dienen de centra aan een aantal voorwaarden te voldoen, zoals onder meer gezamenlijke huisvesting. De mogelijkheid om voor een extra vergoeding in aanmerking te komen is tweeledig. Enerzijds kan een extra bijdrage verleend worden bij dienstverband van een beroepsbeoefenaar voor de extra tijdsinvestering wegens teamoverleg. Aan deze extra vergoeding is echter wel de voorwaarde verbonden, dat er een globaal plan moet worden ingediend van de extra tijdsbesteding voor evaluatiedoeleinden. Dit geldt zowel voor de betrokken artsen als bijvoorbeeld voor fysiotherapeuten. Voor wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers is dat als

regel niet van toepassing, aangezien zij meestal door de kruisvereniging respectievelijk door de instelling voor maatschappelijk werk worden gesalarieerd. Hiernaast kan voor vergoeding van de zogenaamde praktijkkosten zowel de in dienstverband zijnde als de in een gezondheidscentrum werkzame vrij gevestigde beroepsbeoefenaar in aanmerking komen. Voor de vaststelling van de hoogte van die vergoeding wordt aangesloten bij de thans geldende landelijke normen. Wat het extra tijdsbeslag van een arts in een gezondheidscentrum betreft, is de commissie uit de raad ervan uitgegaan dat de desbetreffende arts gemiddeld 15% van zijn tijd besteedt aan 'teamoverleg' c.q. 'anders werken'. Op grond hiervan heeft de commissie berekend, dat het maximum toe te kennen (extra) subsidiebedrag per arts ruim f 20.000,— per jaar zal kunnen bedragen.

Bij de gedachtenwisseling hierover informeerde het Kroonlid Tuntler, arts, naar de verhouding inzake extra tijdsbesteding aan allerlei contacten tussen gezondheidscentrum-arts en vrij gevestigde huisarts-solist. Daarentoe bleken tot nu toe echter geen gegevens bekend te zijn. Voorts werd op een vraag naar de relatie omtrent de salariering van de artsen in dienstverband enerzijds en de vrij gevestigde huisartsen anderzijds door vertegenwoordigers van de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen geantwoord, dat er bij het afsluiten van overeenkomsten tussen plaatselijke ziekenfondsen en samenwerkingsverbanden voor wordt gewaakt dat de salariering van de arts in dienstverband de trend van de vrij gevestigde huisarts overschrijdt. Het raadslid Van Randen (LHV) achtte het niet juist, het 'dienstverband' van de arts in een gezondheidscentrum als criterium voor de subsidieregeling te laten gelden. Als voorloper en eerste aanzet tot integrale hulpverlening aan de gehele bevolking, derhalve ook door niet in dienstverband werkzame huisartsen, kon hij met het voorliggende advies akkoord gaan. Hierna werd het voorstel met de grootst mogelijke meerderheid goedgekeurd.

Gedragslijn

Welke gedragslijn dient te worden gevolgd?

Een verzoek om financiële tegemoetkoming dient – met inachtneming van de voorlopige richtlijnen – jaarlijks gezamenlijk door het multidisciplinaire samenwerkingsverband en de plaatselijke ziekenfondsen bij de Ziekenfondsraad te worden ingediend. De raad neemt telkenmale een beslissing inzake de financiële tegemoetkoming. De hierbovenbedoelde richtlijnen zullen uitsluitend worden gehanteerd bij de behandeling van verzoeken om financiële tegemoetkoming van (gestructureerde) multidisciplinaire samenwerkingsverbanden in de eerstelijns gezondheidszorg welke beschikken over een gezamenlijke huisvesting. Verzoeken afkomstig van andere vormen van samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg waarbij sprake is van intensief overleg met onder anderen maatschappelijk werkende en wijkverpleegkundige zullen, indien daartoe aanleiding is, via de daartoe geëigende procedure in behandeling worden genomen.

Financiering premiereducties

In verband met de voor 1978 vastgestelde gereduceerde premie voor de bejaardenverzekering besloot de raad uit de Algemene Kas van de verplichte verzekering een bedrag gelijk aan de helft van het tekort op de bejaardenverzekering ter beschikking te stellen. Een gelijke gedragslijn werd gevolgd in verband met de premiereductieregeling vrijwillige ziekenfondsverzekering. De andere helft van de tekorten wordt gedekt uit extra bijdragen van het Rijk.

Meningsverschil aanwijzing lid presidium

Aan het slot van de vergadering bleek, dat het FNV en het CNV geen gemeenschappelijk standpunt hadden over de opvolging, als lid van het presidium van de raad, van de heer L. de Graaf (destijds afkomstig uit het CNV), die eind 1977 tot staatssecretaris van Sociale Zaken werd benoemd. Het FNV (samenwerking NVV en NKV) had als kandidaat Mw. Mr. V. Domela Nieuwenhuis, terwijl het CNV zijn raadslid de heer J. Hogenes had voorgedragen. In verband hiermee werd deze benoeming aangehouden tot een volgende vergadering.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

Lomanlaan 103, Utrecht. Telefoon 030-885411 (twaalf lijnen). Postgironummer 58083; AMRO-banknummer 45 64 48 969.

Dagelijks Bestuur

Ch. J. Maats, voorzitter, H. Hoencamp, ondervoorzitter, Dr. E. J. C. Lubbers, E. Iwema Bakker, N. A. Meursing, leden; J. W. Jacobze (voorzitter LHV), Z. S. Stadt (voorzitter LAD) en Dr. A. Kastelein (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Mr. W. B. van der Mijn, Dr. H. Roelink, Mr. B. Schultz; N. G. Huetink, hoofd van de administratie.

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

De Afdeling Ledenbemiddeling (waaronder Het Bureau voor Waarneming en Vestiging), De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten, De Commissie Geneeskundige Verklaringen.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Mr. N. de Graaff, directeur; Mw. J. de Graaf, informatrice.

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

Mr. H. J. Overbeek, directeur; Mw. G. A. C. Enzerink, secretaresse.

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Mr. W. G. van der Putten, directeur; Mw. J. C. Steenbrink, secretaresse.

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

Dr. D. Wolvius, secretaris; Mw. G. G. A. Brunger, chef de bureau.

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

Mw. Mr. P. Swenker, secretaris; bureautijden van 8.30-12.30 uur, Mw. A. van Zwol.

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

J. I. van der Leeuw, secretaris; Mw. M. J. Zweers-Westenberg, secretaresse.

Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC) College voor Sociale Geneeskunde (CSG) College voor Huisartsgeneeskunde (CHG)

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris.

Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

Drs. S. Duursma, directeur; J. van Elzelingen Skabo-Brun, onderdirecteur; Mw. E. M. Scheltema de Heere, secretaresse.

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

J. M. G. Hoes, directeur; Mw. Mr. H. van Boxtel, directiesecretaris.
Telefoon 030-887021 en 885411.

van het hoofdbestuur**Kort verslag HB-vergadering
dd. 6 juni 1978****Alternatieve geneeswijzen**

Op basis van de discussie die in de vorige vergadering van het hoofdbestuur, en wel op 2 mei, heeft plaatsgevonden worden de toen getrokken conclusies nog eens aan een nadere beschouwing onderworpen. Aangezien het om een zeer complex vraagstuk gaat, dat dan ook een diepgaande behandeling vraagt, wordt tenslotte besloten in de augustusvergadering van het hoofdbestuur het vraagstuk wederom in bespreking te nemen ten einde alsdan tot een afgerond bestuursstandpunt terzake te komen.

Studie-etmaal

Het studie-etmaal dat op 7 en 8 april plaatsvond en dat gewijd was aan het functioneren van het hoofdbestuur, mede in relatie tot de besturen der maatschappelijke verenigingen, heeft tot een vrij groot aantal voorstellen geleid. Het hoofdbestuur besteedt aan elk van deze voorstellen aandacht en stelt vervolgens vast of en zo ja in welke vorm aan elk voorstel uitvoering zal worden gegeven.

Algemene Vergadering

De conceptbeschrijvingsbrief voor de Algemene Vergadering van 22 september a.s. wordt vastgesteld.

Post Academisch Onderwijs Geneeskunde

Ter voorbereiding van de bespreking van het tweede interimrapport PAOG, stelt het hoofdbestuur de te volgen procedure vast, opdat in de vergadering van het hoofdbestuur van 3 oktober a.s. op basis van de adviezen van de maatschappelijke verenigingen en het pre-advies van twee leden van het hoofdbestuur een bespreking zal kunnen plaatsvinden.

Bijsluiter

Het hoofdbestuur neemt kennis van een informatieve notitie van het secretariaat waarin de gang van zaken in de laatste jaren met betrekking tot de bijsluiter vermeld is.

World Medical Association

Naar aanleiding van een mondelinge informatie van de voorzitter besluit het hoofdbestuur in de vergadering van het dagelijks bestuur van 20 juni, mede op basis van nog te ontvangen informatie vanuit Zweden, te beslissen over het al of niet handhaven van het lidmaatschap van de WMA.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal

van de Permanente Commissie Doktersassistenten

In verband met de wijziging van het minimumloon op 1 juli 1978 volgt onderstaand een herhaling van de richtlijnen arbeidsvoorwaarden doktersassistenten zoals deze met ingang van 1 juni 1978 van toepassing zijn echter met dien verstande dat daarin zijn opgenomen de minimumloonbedragen per maand geldend vanaf 1 juli 1978.

Richtlijnen arbeidsvoorwaarden doktersassistenten per 1 juni 1978

1. Onder doktersassistente wordt verstaan het hulppersoneel dat in het bezit is van een door de KNMG erkend diploma voor doktersassistente en werkzaam is in een artsenpraktijk.

2. Op grond van de maximaal door de overheid toegestane loonsverhoging wordt als bruto salaris per maand op basis van een *veertigurige werkweek* (voor een doktersassistente ouder dan 50 jaar op basis van een *37-urige werkweek*) als minimum geadviseerd:

in het eerste dienstjaar	f 1485,—
in het tweede dienstjaar	f 1582,—
in het derde dienstjaar	f 1680,—
in het vierde dienstjaar	f 1785,—
in het vijfde dienstjaar	f 1894,—
in het zesde dienstjaar	f 2024,—
in het zevende dienstjaar	f 2113,—
in het achtste dienstjaar	f 2209,—
in het negende dienstjaar	f 2389,—
in het tiende en volgende dienstjaar	f 2543,—

3. Indien het wettelijk minimumloon hoger ligt dan de door de KNMG geadviseerde salarisbedragen dient het wettelijk minimumloon volgens onderstaande tabel te worden betaald:

Bruto minimumloonbedragen per maand per 1-7-1978

18 jaar	f 1076,60
19 jaar	f 1205,80
20 jaar	f 1334,90
21 jaar	f 1464,10
22 jaar	f 1593,30
23 t/m 64 jaar 64 JAAR	f 1722,50

4. Het salaris wordt evenredig verminderd bij een werkweek van minder dan 40 uur.

5. De arbeidstijd wordt geregeld met inachtneming van de desbetreffende wettelijke voorschriften en van hetgeen in dienstbetrekking gebruikelijk is.

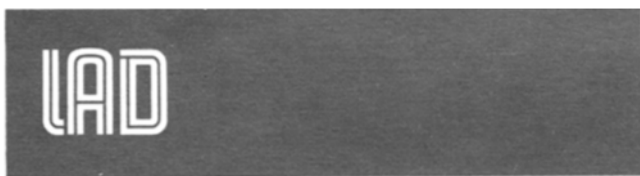
6. De doktersassistente heeft recht op vakantie met behoud van salaris gedurende 20 werkdagen per jaar, gerekend vanaf 1 juli.

7. De doktersassistente heeft voorts per 1-4-1977 recht op een vakantietoeslag van 8% van het salaris genoten in de periode waarover de vakantie geldt.

8. De doktersassistente is verplicht het beroepsgeheim te bewaren in dezelfde omvang als van een medicus wordt geëist.

9. Deze richtlijnen gelden vanaf 1 juli 1978.

NB. De stageverlenende huisartsen dienen een toereikende WA-verzekering te hebben of af te sluiten waarin met het feit dat de stagiaires in de praktijk werkzaam zijn, rekening wordt gehouden.



van het centraal bestuur

Rectificatie salarisrichtlijnen

In de aanpassing salarisrichtlijnen LAD per 1 juni 1978 zoals deze zijn gepubliceerd in Medisch Contact nr. 24/1978 dd. 16 juni, blz. 750 is een drietal fouten gesloten. Ten eerste moet het onder **Categorie 3** vermelde salarisbedrag voor het zesde jaar **f 8774,—** zijn; voorts moet hieronder achter het zevende jaar **f 9088,—** worden ingevuld.

Ten tweede moeten in de tabel onder punt 2.1.1. de toelagen op de bedragen achter het vijfde jaar/opleiding 6 jaar, respectievelijk zesde jaar/opleiding zijn: **f 320,—** en **f 640,—** en de toelage achter het zevende jaar moet vervallen.

Ten derde staat onder punt 4.3 dat de toelage voor huisartsen 2 320,— zou zijn; dit moet zijn: **1×f 320,—**.

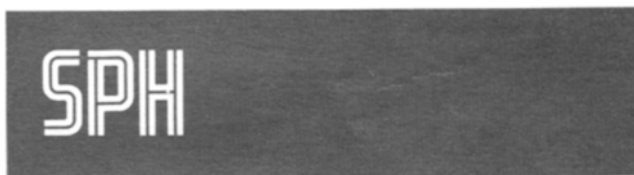


Personalia

Nieuwe leden

R. von Bartheld, Verl. Oosterstraat 8, Groningen.
M. Baumgarten, Flanorpad 7 B, Leiden.
M. D. R. Bexton, Grote Markt 32, Dordrecht.
M. P. J. M. Bisschop, Fr. Erensstraat 44, Tilburg.
B. C. Bockwinkel, v. Eysingalaan 386, Utrecht.
Mw. T. W. L. den Boer-Erdmann, Bachlaan 11, Huizen.
Mw. M. H. J. van Boven-Bijlsma, van Speijkstraat 77 B, Rotterdam.
J. J. Calame, Rembrandtlaan 13, Voorburg.

H. P. den Daas, Hubertusholt 25, Bedum.
J. A. Declercq, Zigzagoven 28, Delfzijl.
Mw. G. A. Donker, Zernickestraat 89, Hengelo.
F. L. v. Duijn, v. T. v. Serooskerkeweg 48 IV, Amsterdam.
J. van Duijvenvoorde, Marnixkade 106 III, Amsterdam.
G. Eising, Padangstraat 55 A, Groningen.
T. Elemans, Kamperfoeliestraat 91, Soest.
D. Floor, Diedenweg 66, Wageningen.
J. L. M. Franssen, St. Martenstraat 2, St. Oedenrode.
Mw. A. J. M. Gehrmann-Bax, Bijland 115, Uden.
Mw. C. W. Gerrits-Drabbe, Michel Angelostraat 17, Amsterdam.
C. Gielis, Schiedamseweg 66, Vlaardingen.
Mw. M. Y. C. Gruyters, Dahliastraat 14, Malden.
Mw. M. F. Hasper, Poelestraat 26, Groningen.
M. van Hengstum, Kerkpad Zuidzijde 97, Soest.
L. de Hoog, G. Flinkstraat 213, Amsterdam.
H. N. P. Houben, Havikstraat 29, Utrecht.
M. J. van der Kuil, Lokhorst 77, Leiderdorp.
D. J. van Kuik, Händellaan 5, Enschede.
D. A. Leighton, Pastoriestraat 26, Oldenzaal.
Mw. A. J. J. Lindner, Kochstraat 2, Brunssum.
F. E. Mac Guinness, Herengracht 354, Amsterdam.
R. G. Metz, De Jagerstraat 7 A, Rotterdam.
Mw. G. A. Mulder, Poorthofsweg 4, Haren.
Mw. A. W. H. Mulders, Saturnus 75, Duivendrecht.
Mw. J. R. M. te Riele-de Korte, Beethovenstraat 8, Haaksbergen.
A. J. H. van Rijen, Delistraat 54, Nijmegen.
H. J. van Schothorst, Voorthuizerstraat 74, Putten.
J. J. P. A. Smijers, Maasplein 44, Zwijndrecht.



Kort verslag 50ste bestuursvergadering

Kort verslag van de vijftigste vergadering van het bestuur van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen, gehouden op donderdag 2 maart 1978 te Utrecht.

In verband met de vrij grote belangstelling van de zijde van de Plaatselijke Huisartsen Verenigingen zal de voorlichting over de pensioenregeling een uitloop hebben tot in de eerste helft van 1979. Een aantal voorlichtingsbijeenkomsten heeft inmiddels plaatsgevonden. Uit reacties blijkt dat mede door de duidelijke opzet deze voorlichting positief bij de deelnemers overkomt.

De door de verzekeringsmaatschappijen vastgestelde winstdeling over het jaar 1977 wordt besproken.

De directeur geeft een uiteenzetting over het gevoerde beleggingsbeleid en het te verwachten beleid voor de komende periode. Vervolgens wordt ingegaan op de oorzaken van de fluctuaties van de dollarkoers. De ontstaansbron van de dollaronrust wordt toegeschreven aan een klein deel van het grote aantal oliedollars, dat zich buiten de Verenigde Staten bevindt. Het beleggingsadvies van de directeur wordt goedgekeurd. Overleg vindt plaats over investering in vastgoed.

Een aantal verzoeken van deelnemers om toepassing van de hardheidsclausule wordt behandeld.

Persbericht

Het bestuur van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen (SPH) deelt mede op 1 juni 1978 een aangetekend schrijven te hebben ontvangen van het Wijk Welzijns Centrum in de Afrikaanderwijk te Rotterdam. Dit schrijven luidde als volgt:

'De Pensioengroep van het Wijk Welzijns Centrum in de Afrikaanderwijk te Rotterdam-Zuid komt donderdag 8 juni 's morgens naar het gebouw van het Pensioenfonds in de Lomanlaan 103 te Utrecht voor een gesprek met uw bestuur over uw weigering van het toepassen van de hardheidsclausule in de pensioenpremiewet voor huisartsen en wel in het geval van de WWC-artsen alhier.'

Het bestuur van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen heeft hierop het volgende geantwoord per aangetekend schrijven dd. 5 juni 1978:

Geacht bestuur,

Uit uw brief dd. 31 mei 1978 hebben wij kunnen constateren dat de Pensioengroep van het Wijk Welzijns Centrum in de Afrikaanderwijk op 8 juni 1978 een gesprek wenst met het Bestuur van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen. De datum voor dit gesprek convenieert het bestuur evenwel niet. Overigens is het bestuur niet van uw kant op de hoogte gesteld wie deel uitmaken van de Pensioengroep. Met ons zult u evenwel van oordeel zijn dat het van belang is voor het bestuur – gelet op de gerechtelijke procedure die door de artsen van het Wijk Welzijns Centrum tegen het pensioenfonds in gang is gezet – wie deel uitmaken van de Pensioengroep.

Uiteraard is het bestuur in beginsel bereid desgewenst een gesprek te hebben met deelnemers in de verplichte pensioenregeling voor huisartsen.

w.g.

S. van Randen, huisarts, voorzitter.

Ondanks deze brief van het bestuur en een telefonische mededeling op 6 juni 1978 van de voorzitter van het Pensioenfonds aan een woordvoerder van de Pensioengroep van het Wijk Welzijns Centrum dat een gesprek op het aangekondigde tijdstip niet mogelijk was is de Pensioengroep op donderdagmorgen 8 juni 1978 te 10.30 uur verschenen ten kantore van het Pensioenfonds. Onder pressie van de Pensioengroep dat de actie niet zou worden beëindigd vóórdat een bestuurslid aanwezig zou zijn heeft de voorzitter van het bestuur zijn praktijk verlaten en is naar Utrecht vertrokken om de zaak niet uit de hand te laten lopen.

Commentaar van het bestuur van de Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen

Op grond van de Wet van 29 juni 1972 betreffende verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling heeft de staatssecretaris van Sociale Zaken op 6 maart 1973 de pensioenregeling voor huisartsen met ingang van 1 januari 1973 verplicht gesteld.

De huisartsen die werkzaam zijn in het Wijk Welzijns Centrum zijn op grond van deze beschikking verplicht deelnemer in de pensioenregeling voor huisartsen. Hierover is uitvoerig in een wederzijdse briefwisseling van gedachten gewisseld.

Een beroep op toepassing van de zogenaamde hardheidsclausule waarbij vrijstelling werd verzocht van deelname in de pensioenregeling heeft het bestuur na ampel beraad niet kunnen toewijzen. Betrokken deelnemers hebben zich evenwel niet neer willen leggen bij dit bestuursbesluit.

Het bestuur heeft dan ook op grond van de Wet betreffende verplichte deelneming in een beroepspensioenregeling over moeten gaan tot de in deze Wet vermelde invorderingsprocedure. Dientengevolge heeft het bestuur een dwangbevel laten betekenen. Hiertegen zijn de beide deelnemers inmiddels in verzet gegaan bij de kantonrechter te Rotterdam.

Tot slot: te gelegener tijd zal de kantonrechter een uitspraak doen.

Het bestuur van de
Stichting Pensioenfonds voor Huisartsen

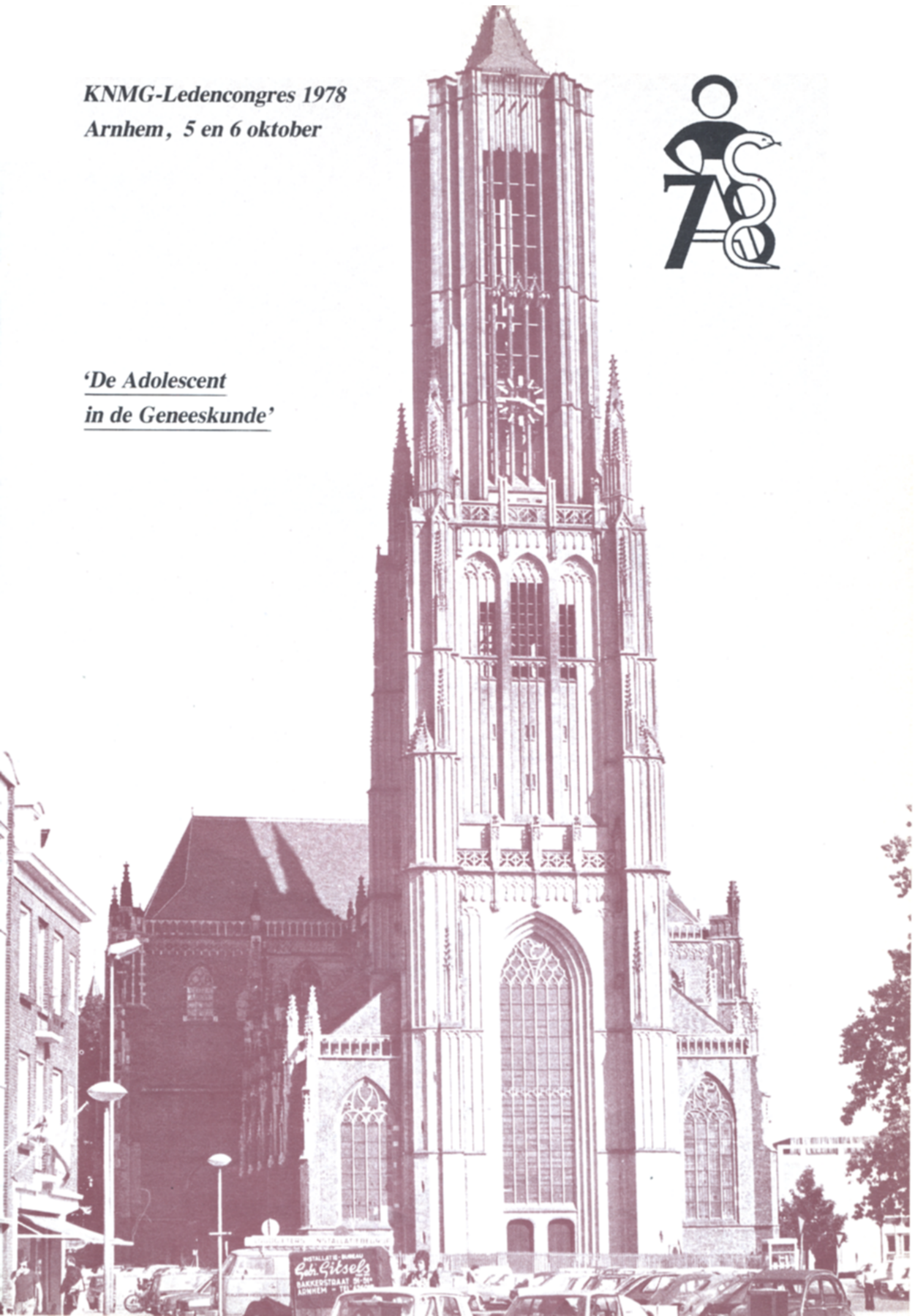
INHOUD

KNMG, van het hoofdbestuur:	
Kort verslag HB-vergadering dd. 6 juni 1978	774
PCD:	
Richtlijnen arbeidsvoorwaarden doktersassistenten per 6 juni 1978	774
LAD:	
Rectificatie salarisrichtlijnen	775
KNMG:	
Personalia	775
SPH:	
Kort verslag 50ste bestuursvergadering	775
Persbericht	776

KNMG-Ledencongres 1978
Arnhem, 5 en 6 oktober



'De Adolescent
in de Geneeskunde



Fotowedstrijd

Reeds eerder (zie MC nr. 12 van 5 mei 1978 blz. 558) hebben wij u gewezen op de fotowedstrijd die wordt gehouden ter gelegenheid van het ledencongres van de KNMG in Arnhem op 4, 5 en 6 oktober 1978. De beste foto's zullen tijdens het congres ten toon worden gesteld. Ze zullen hiervoor door Agfa-Gevaert sterk worden vergroot.

Het lijkt ons goed u nog eens puntsgewijze te informeren over de voorwaarden tot deelneming, etc.

- het onderwerp is de adolescent;
- deelneming staat open voor alle KNMG-leden en hun gezinsleden; er wordt vanuit gegaan dat beroepsfotografen niet deelnemen;
- per deelnemer mag men drie foto's inzenden, waarbij u de negatieven moet meezenden;
- de negatieven zullen aan de deelnemers worden teruggezonden - daarom graag duidelijke vermelding van naam en adres; de organisatie is niet verantwoordelijk voor het zoekraken of beschadigen van foto's/negatieven;
- er kan worden ingezonden in drie categorieën: zwart-wit foto's, kleurenfoto's en kleuren-dia's;
- het maximum formaat mag niet groter zijn dan 18 x 24 cm;
- de inzendingen moeten vóór 1 september 1978 gestuurd worden naar: A. Jongerius, arts, Van Borsselenweg 5, Oosterbeek, tel. 085-334534;
- de jury zal bestaan uit: Wouter van Heusden, vakfotograaf; H. Driessen, conservator Gemeentemuseum Arnhem; H. Holthuis, bedrijfsleider Agfa Gevaert Centrales te Arnhem; en enkele leden van de afdeling Arnhem van de KNMG;
- de prijzen die door Agfa-Gevaert ter beschikking worden gesteld zijn voor elke groep gelijk, te weten:

1e prijs - geluids super 8 smallfilmcamera;

2e prijs - kleinbeeldcamera;

3e prijs - pocketcamera.

U hoeft helemaal geen groot fotograaf te zijn om aan deze wedstrijd mee te kunnen doen. De foto's zullen natuurlijk niet alleen op vaktechnisch gebied worden beoordeeld.

Wij verwachten dan ook vele inzendingen!



Gelderland biedt nog rust en ruimte

Van de Nederlandse provincies is Gelderland niet alleen qua oppervlakte de grootste, maar ze biedt ook binnen haar grenzen de grootste landschappelijke verschillen. Globaal gezien bestaat de provincie uit drie delen: de Veluwe, de Gelderse Achterhoek en het Gelders Rivierengebied.

De Veluwe

Het ononderbroken bosgebied van de Veluwe strekt zich uit van de provinciehoofdstad Arnhem tot aan het Veluwemeer en wordt aan de oostzijde begrensd door de Gelderse IJssel. Het is Gelderlands drukst bezochte vakantiestreek, dat is waar, maar wie de bekende weg eens links durft te laten liggen, die vindt ze: de stille heidevelden waar de schapen grazen, de kronkelige zandweggetjes met links en rechts een paar verdwaalde boerderijen, de dichte, donkere bossen waarin het wild zich terugtrekt, en de karakteristieke oude dorpskernen en -pleinen, waar het goed toeven is op een bankje bij de dorpspomp, in de koele schaduw van een eeuwenoude boom. In het Nationale Park Hoge Veluwe, een uniek natuurreserveaat, kan men onverwacht oog in oog komen te staan met een hert, moeflon of een wild zwijn. Midden in het park ligt een van Nederlands bekendste musea voor moderne kunst: het Rijksmuseum Kröller-Müller, wereldberoemd vanwege de 'Van Goghs' en de fraaie beeldentuin.

De Gelderse Achterhoek

Zo wild en ruig sommige gedeelten van de Veluwe zijn, zo lieflijk en



... het Nationale Park Hoge Veluwe, een uniek natuurreserveaat ...

charmant is het coulissenlandschap van de Gelderse Achterhoek.

Akkerland, afgewisseld met bos en daartussen dromerige plaatsen.

Vriendelijke mensen overal, die een geweldige gastvrijheid ten toon spreiden.

Een belangrijk deel van het Gelderse Molen- en kastelenbezit is geconcentreerd in de Achterhoek; denk alleen maar eens aan de acht kastelen rond Vorden!

Een gebied ook waar geschiedenis en traditie in ere gehouden wordt, getuige de talrijke historische en folkloristische evenementen die hier ieder jaar plaatsvinden. Oude Hanzesteden als Zutphen en Doesburg ademen nog de sfeer van een rijk verleden.

Een heel bijzonder stukje beschermde natuur is gelegen bij Lichtenvoorde/Lieveelde. In dit moerasachtige gebied bloeien exotische wilde orchideeën en vleesetende planten. In de zomermaanden kan men onder leiding van een gids dit gebied gaan verkennen.

Het Gelders rivierengebied

Het vlakke Betuwse land werd vroeger in één adem genoemd met de fruitcultuur. Terecht trekken de bloeiende boomgaarden in het voorjaar nog steeds veel bekijks, maar het Gelders rivierengebied is meer dan het land van 'Flipje van Tiel'. Gelegen

Arnhem is een stad vol beeld en geluid. Vooral bij evenementen als de Internationale Filmweek, die gasten uit binnen- en buitenland trekt. En dat een bij uitstek romantische stad een Internationaal Romantisch Festival organiseert – in navolging van Indianapolis – is eigenlijk vanzelfsprekend. Dat het stadsbestuur aan het culturele pakket veel waarde hecht wordt duidelijk, wanneer men in het moderne stadhuis een orgel aantreft, waarop op zomeravonden concerten worden gegeven.

De cultuur en de romantiek drukken hun stempel op het hele stedelijke gebeuren. Ook de binnenstad, met haar smalle verkeersvrije winkelstraten en haar terrassen ademen een genoeglijke sfeer uit. Het is ook niet voor niets dat de Arnhemse middenstanders hun klanten trekken uit een wijde omgeving. Diezelfde middenstanders en zeker de horeca-ondernemers hebben in de zomermaanden de handen vol aan de honderdduizenden toeristen die hier hun vertier komen zoeken.

Immers, van oudsher is Arnhem ook een toeristisch centrum van de eerste orde. Zeker door de aantrekkelijkheid van stad en omgeving. Daarnaast evenwel is er een aantal toeristische attracties dat een bezoek aan de stad zeer de moeite waard maakt. Het Nederlands Openluchtmuseum is al genoemd. Een pleziertocht over de Rijn kan weer een heel andere belevenis zijn, terwijl men in Burgers' Dieren- en Safari-park vertederd kan worden door de aapjes en kan griezelen om de leeuwen die in hun eigen park koning zijn.

Maar primair blijft natuurlijk de schoonheid van de parken als Sonsbeek, Angerenstein, Zijpendaal en Mariëndaal. Parken die haast ongemerkt overgaan in de vele uitgestrekte natuurgebieden.

Temidden van die weldadige rust kan men zich niet voorstellen slechts op een steenworp afstand te zijn van het bedrijvige centrum van Arnhem waar dienstverlenende en industriële bedrijven hun hoofdzetel hebben. In dat centrum bevinden zich de grote kantoren, waarvan een groot deel overheidsgebouwen als het Huis der Provincie en het Paleis van Justitie. Want sinds de tijd van Karel van Gelre heeft Arnhem zich gehandhaafd als centrum van het bestuur van de provincie Gelderland.

Dat zoveel grote, ook internationale



... griezelen om de leeuwen die in hun eigen park koning zijn ...

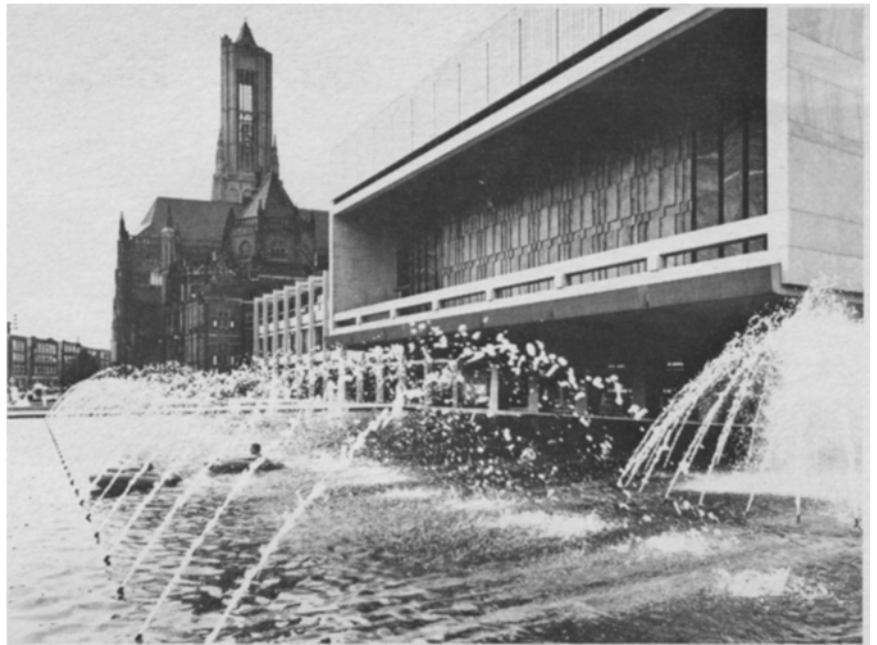
bedrijven zich in Arnhem goed thuisvoelen en dat de Nederlandse ondernemers in het algemeen na Amsterdam Arnhem noemen als meest ideale vestigingsplaats, zal wel iets te maken hebben met de ligging tussen Randstad Holland en Ruhrgebied. Die centrale ligging is natuurlijk mooi

meegenomen, maar zou toch niet voldoende zwaarwegend zijn, wanneer Arnhem Arnhem niet was. Wanneer de stad niet de sfeer en het karakter had die wij in dit korte bestek niet konden beschrijven, maar die u moet ondergaan om ze te leren kennen.



... maar primair blijft natuurlijk de schoonheid van de parken als Sonsbeek ... die haast ongemerkt overgaan in de vele uitgestrekte natuurgebieden ...

Korenmarkt, het komen en gaan van de toeristenschepen aan de Rijn gadeslaat, of het stadhuis bezoekt onder begeleiding van het carillon van de naastgelegen Eusebiuskerk, het is er telkens weer: de romantiek. Dat gevoel wordt nog versterkt bij een bezoek aan het Nederlands Openluchtmuseum, waar de Nederlandse cultuur uit oude tijden herleeft. Of dat typisch stukje Nederland, waar jaarlijks 500.000 bezoekers een kijkje komen nemen, in Arnhem is gevestigd ter compensatie van het onnederlandse uiterlijk van de stad, zal wel een vraag blijven. Overigens, de stad zelf past zich de laatste jaren meer aan aan haar nationaliteit. Wie de Rijn oversteeft via de in de Tweede Wereldoorlog zo berucht geworden Rijnbrug, vindt aan de zuidzijde een geheel nieuwe stad die moet uitgroeien naar 80.000 inwoners, een stad die – zoals overal in Nederland – is gebouwd in een vlak polderlandschap. Maar ook daar tracht het stadsbestuur iets van het karakter van de oude stad over te brengen door de aanleg van parken en waterpartijen. De sfeer van de stad Arnhem is echter – juist door zijn landschappelijke ligging – zo uniek, dat die zuidelijke stad Malburgen wel een typische moderne Nederlandse stad zal blijven, zonder die specifieke, door de historie aangegeven kenmerken van haar noordelijke pendant. Van de oude historie valt in Arnhem nauwelijks meer iets te zien. Alleen de graftombe van Hertog Karel van Gelre in de Eusebiuskerk en het woonhuis van diens roemruchte veldheer Maarten van Rossum (het Duivelshuis) herinneren nog aan de belangrijke positie die Arnhem ook al in vroegere jaren innam als bestuurlijk centrum. Ook van jongste geschiedenis is gelukkig weinig meer te bespeuren. Hoewel nog velen zich de slag om Arnhem in september 1944 als de dag van gisteren zullen herinneren en de kruisen op de Airborne-begraafplaats in Oosterbeek als stille getuigen nog recht overeind staan, is de stad zelf, die toch voor een groot deel was verwoest na de oorlog, in versneld tempo weer opgebouwd. De 130.000 Arnhemmers die nu de stad bevolken kunnen profiteren van de geweldige bouwactiviteiten die men in de na-oorlogse jaren aan de dag heeft gelegd. Maar niet alleen aan de woningbouw



Eusebiuskerk . . .

werd gedacht. Men is er zelfs in geslaagd om de vanouds romantische sfeer op te roepen en de bestaande culturele voorzieningen in de stad te verbeteren en uit te breiden. Tenslotte wordt de sfeer van een stad niet alleen bepaald door zijn ligging en zijn inrichting, maar zeker ook door zijn mogelijkheden op cultureel en recreatief gebied. Wat dat betreft zijn de aspiraties van de Arnhemmers altijd hoog geweest. Men was het goed gewend, men wilde het goed houden, ook na de oorlog.

Ondanks de toenemende financiële zorg waarin – zoals de meeste steden – ook Arnhem kwam te verkeren, is het gelukt. Nog steeds is Arnhem het culturele centrum van Oost-Nederland. Met Musis Sacrum als thuishaven van het Gelders Orkest, de Stadsschouwburg als domicilie voor het eigen toneelgezelschap 'Theater', een Stedelijk Conservatorium, Dansacademie, gemeentelijk museum en een academie voor beeldende kunsten.



. . . met Musis Sacrum als thuishaven van het Gelders Orkest . . .



Arnhem, parkstad

Schrijven over een stad is net zoiets als schrijven over de vrouw van wie je houdt. Net zo moeilijk, net zo subtiel en net zo subjectief. Je kunt niet volstaan met zeggen: kijk zelf maar. Dat is niet genoeg. Immers, het volledige wezen van een vrouw en van een stad wordt niet gevormd door het uiterlijk. Beiden moet je voor langere tijd ondergaan om tot in het karakter te kunnen doordringen. Een poging om in enkele woorden het innerlijk van de stad Arnhem bloot te leggen is dan ook bij voorbaat gedoemd om te mislukken. Hetgeen ons van de plicht ontslaat het te proberen.

Arnhem onderscheidt zich landschappelijk sterk van de rest van Nederland. Immers, de uitgestrekte polders, doorsneden door vaarten en sloten en overkoepeld door eindeloze wolkenluchten, de zo kenmerkende eigenschappen van het Nederlandse land, gaan niet op voor het Arnhemse landschap. De stad is zo'n 750 jaar geleden ontstaan op de uitlopers van het Veluwemassief en wordt nu in het noorden, oosten en westen omsloten door heuvels en uitgestrekte bossen. Doordat in de vorige eeuw uitgestrekte landgoederen als park en bos vlak buiten de toenmalige, nog kleine stad werden aangelegd en deze later – toen de stad zich sterk uitbreidde – grotendeels gespaard werden en in gemeentelijk bezit overgingen, dringen deze prachtige natuurgebieden vandaag nog tussen de stedelijke bebouwing tot aan het stadshart door. Hieraan dankt de stad haar romantisch uiterlijk.

Eigenlijk is die romantische sfeer terug te vinden in de hele stad. Of je nu wandelt langs de singels met z'n spuitende fontein, een broodje eet in een eethuisje, of van een verfrissing geniet op een terrasje aan de



. . . of je nu wandelt langs de singels . . .



. . . of van een verfrissing geniet op een terrasje . . .

Wetenschappelijk programma

donderdag 5 oktober

ochtend

- Opening met officiële genodigden
- De top-twintig voor de adolescent, F. Wafelbakker, arts

middag

sectie 1 – Groei en ontwikkeling

voorzitter Dr. P. M. V. van Wieringen, kinderarts

lezingen:

Te kleine jongens, Prof. Dr. G. B. A. Stoelinga, kinderarts

Te lange meisjes, Prof. Dr. H. K. A. Visser, kinderarts

(Discussie)

Menstruatiestoornissen, Dr. R. Rolland, gynaecoloog

Hartgebreken, Dr. H. J. Busch, kindercardioloog

(Discussie)

sectie 2 – Micro- en macro-omgeving

voorzitter Dr. J. J. Kolk, bedrijfsarts

lezingen:

Gezin, Dr. G. Mik, jeugdpsychiater

Vorming buiten gezinsverband, Drs. G. C. de Haas

(Discussie)

Opvang binnen het bedrijf, Dr. H. W. A. Nijenhuis, kinderarts

Vrije tijd, R. E. de Vringer

(Discussie)

sectie 3 – Verslaafd gedrag

voorzitter Th. M. G. van Berkestijn, arts

lezingen:

Farmacologische aspecten, Drs. J. C. Kutsch Lojenga, apotheker

Somatische gevolgen, Dr. K. H. Brandt, internist

(Discussie)

Opvang en therapie van jeugdige verslaafden, Drs. W. M. de Lange, psycholoog

Drugs en maatschappij, Mr. F. E. Frenkel (Discussie)

vrijdag 6 oktober

ochtend

sectie 4 – Ongeneeslijke aandoeningen

voorzitter Dr. P. M. V. van Wieringen, kinderarts

lezingen:

Maligne lymfomen en leukaemieën, R. Somers, internist, en H. Behrendt, kinderarts

Begeleiding ongeneeslijke ziekten, Drs. F. van Dam, psycholoog, en Drs. B. Last, psycholoog

(Discussie)

Hardhorendheid, J. J. M. van Eindhoven, directeur Doofstommeninstituut

Neuromusculaire ziekten, Dr. G. Schouwink, neuroloog

(Discussie)

sectie 5 – Stofwisseling

voorzitter Dr. A. E. Meinders, internist

lezingen:

De vooruitzichten van de diabetische adolescent, Dr. V. Cejka, internist/endocrinoloog

De adolescent en diabetes mellites, Dr. J. L. Touber, internist/endocrinoloog

(Discussie)

Adipositas, Dr. W. D. Reitsma, internist/endocrinoloog

Anorexia nervosa, Dr. H. M. J. Krans, internist/endocrinoloog

(Discussie)

sectie 6 – Psychosociale problemen

voorzitter W. Boissevain, arts

lezingen:

Relaties en sexualiteit bij jongeren, Dr. Mr. C. J. Straver, socioloog

Sexuologische stoornissen, J. J. Drenth, arts

(Discussie)

Criminaliteit, Mr. D. B. Mensing van Charante en Drs. J. M. T. E. Toebosch, criminoloog

(Discussie)

Samenvatting: Is de huidige geneeskunde in staat de adolescent adequaat op te vangen?, Dr. A. E. Meinders, internist.

middag

vertrek per bus naar:

Instelling

Papendal

Johanna Stichting

Bio

Heldring Stichtingen (Zetten)

Dr. Leo Kannerhuis (Oosterbeek)

Organisator

L. P. Heere, sportarts

A. Klapwijk, revalidatie-arts

F. B. Venema, revalidatiearts

H. O. Th. Finkensieper, jeugdpsychiater

A. H. Hoogveld, orthopaedagoog

Onderwerp

Sportgeneeskunde

Revalidatie

Revalidatie

Jeugdpsychiatrie

Autisme

Programma 30ste Ledencongres

Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst

De adolescent in de geneeskunde

Arnhem, 4, 5 en 6 oktober

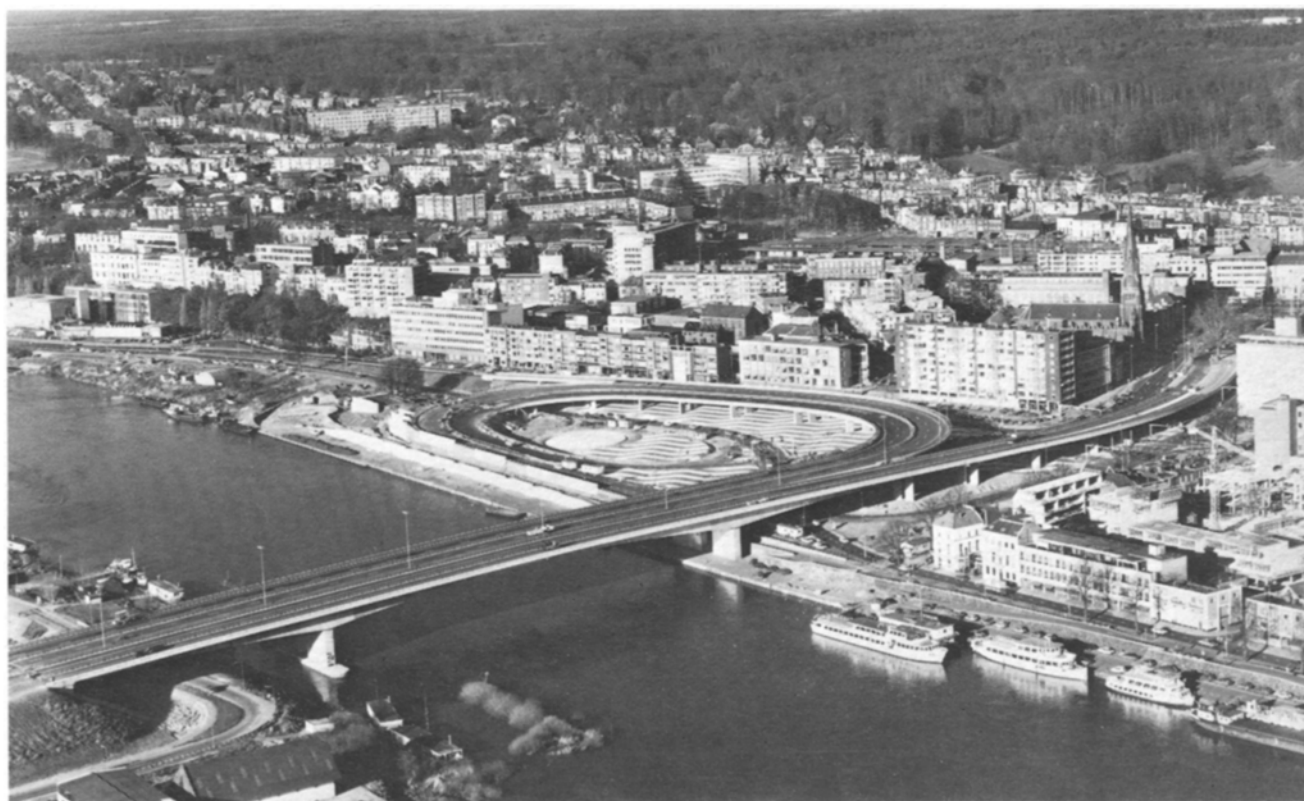
Het is nu zover dat wij u zowel het wetenschappelijke als het recreatieve programma kunnen aanbieden voor het dertigste Ledencongres van de KNMG, dat – zoals u weet – op 4, 5 en 6 oktober aanstaande in Arnhem zal worden gehouden. Het thema van dit congres is (u bent het nog niet vergeten) 'De adolescent in de geneeskunde'. En dat thema wordt grondig behandeld, dat kunt u hernaast lezeh. Het is zelfs – voorzover wij weten althans – in Nederland nog niet voorgekomen dat op één congres vanuit zoveel verschillende invalshoeken tegelijkertijd de aandacht wordt gevestigd op problemen met

betrekking tot de gezondheidszorg rondom de adolescent. Ondanks dat zijn wij ons er duidelijk van bewust zeker niet volledig te zijn.

Toch geloven wij dat dit programma voor velen, van zeer uiteenlopende disciplines, interessant kan zijn; interessant genoeg voor een bezoek aan het congres. Na de opening met plenaire zitting zijn er drie parallel lopende secties. In verband met de organisatie zouden wij het op prijs stellen als u uw voorkeur voor één van de secties wilt opgeven op het inschrijfformulier, dat u verder-

op in dit congreskatern vindt. Ditzelfde geldt ook voor het bezoek aan de 'buitenverblijven' op de vrijdagmiddag. Overigens kunt u tijdens het congres nog wisselen van sectie.

Wij achten het zeer goed mogelijk dat ook uw partner (een deel van) het wetenschappelijk programma wil meemaken. Wilt u dat dan ook kenbaar maken op uw formulier. En wat let u: waarom vult u het, nu uw belangstelling tóch is gewekt, gelijk niet even in – dan heeft u dát tenminste gedaan. En dan zien wij u straks in Arnhem.



. . . en dan zien wij u straks in Arnhem . . .

Ondergetekende neemt deel aan het 30^{ste} Ledencongres van de KNMG op 4, 5 en 6 oktober 1978 te Arnhem en schrijft in voor de volgende programma-onderdelen (*aankruisen, ook voor partner*):

	deelnemer		partner		totale kosten
	1e keuze	2e keuze	1e keuze	2e keuze	
Algemeen inschrijfgeld: f 25,— per persoon					
A. woensdag 4 oktober:					
20.30-22.30 uur – Ontmoetingsbijeenkomst in de Stadsschouwburg Arnhem					—
B. donderdag 5 oktober:					
Wetenschappelijk programma incl. lunch f 30,— per persoon					
medische studenten, huisartsen in opleiding f 15,— per persoon					
<i>I Wetenschappelijk programma, thema: 'De Adolescent in de Geneeskunde'</i>					
10.00-12.30 uur – Officiële opening en voordracht F. Wafelbakker (voor alle congresdeelnemers)					—
12.30-14.00 uur – Lunch in de Stadsschouwburg					—
14.00-16.30 uur – Middagprogramma naar keuze, 3 secties met de volgende onderwerpen:					
1. Groei en ontwikkeling					—
2. Micro- en macro-omgeving					—
3. Verslaafd gedrag					—
17.00-18.00 uur – Receptie B & W					—
<i>II Recreatief programma:</i>					
I. Nationaal Park 'De Hoge Veluwe' en Kröller-Müller museum, incl. lunch f 20,— per persoon					
a. 10.00-16.30 uur – (incl. Bezoekerscentrum, fietsen/wandelen)					
b. 12.00-16.30 uur –					
2. Airbornetocht					
a. 12.30-16.30 uur – incl. lunch f 20,— per persoon					
b. 14.00-16.30 uur – f 9,— per persoon					
3. Schouwburgvoorstelling 'Wie slaapt waar?' van Alan Ayckbourn, aanvang 20.30 uur - f 10,— per persoon					
C. vrijdag 6 oktober					
<i>I Wetenschappelijk programma</i> incl. lunch f 30,— per persoon					
medische studenten, huisartsen in opleiding f 15,— per persoon					
9.00-11.30 uur – Ochtendprogramma naar keuze, 3 secties met de volgende onderwerpen:					
1. Ongeneeslijke aandoeningen					—
2. Stofwisseling					—
3. Psychologische problemen					—
11.45-12.15 uur – 'Is de huidige geneeskunde in staat de adolescent adequaat op te vangen?' (Meinders); voor alle congresdeelnemers					—
12.30-13.45 uur – Lunch in de Stadsschouwburg					—
13.45-16.30 uur – Wetenschappelijk 'buitenprogramma' naar keuze 5 excursiemogelijkheden:					
1. Papendal (sportgeneeskunde)					—
2. Johanna Stichting (revalidatie)					—
3. Bio (revalidatie en vroegbehandeling)					—
4. Helderling Stichtingen (jeugd psychiatrie)					—
5. Dr. Leo Kannerhuis (autisme)					—
Transporteren					

Ondergetekende neemt deel aan het 30^{ste} Ledencongres van de KNMG op 4, 5 en 6 oktober 1978 te Arnhem en schrijft in voor de volgende programma-onderdelen (*aankruisen, ook voor partner*):

	deelnemer		partner		totale kosten
	1e keuze	2e keuze	1e keuze	2e keuze	
Algemeen inschrijfgeld: f 25,— per persoon					
A. woensdag 4 oktober:					
20.30-22.30 uur – Ontmoetingsbijeenkomst in de Stadsschouwburg Arnhem					—
B. donderdag 5 oktober:					
Wetenschappelijk programma incl. lunch f 30,— per persoon					
medische studenten, huisartsen in opleiding f 15,— per persoon					
<i>I Wetenschappelijk programma, thema: 'De Adolescent in de Geneeskunde'</i>					
10.00-12.30 uur – Officiële opening en voordracht F. Wafelbakker (voor alle congresdeelnemers)					—
12.30-14.00 uur – Lunch in de Stadsschouwburg					—
14.00-16.30 uur – Middagprogramma naar keuze, 3 secties met de volgende onderwerpen:					
1. Groei en ontwikkeling					—
2. Micro- en macro-omgeving					—
3. Verslaafd gedrag					—
17.00-18.00 uur – Receptie B & W					—
<i>II Recreatief programma:</i>					
1. Nationaal Park 'De Hoge Veluwe' en Kröller-Müller museum, incl. lunch f 20,— per persoon					
a. 10.00-16.30 uur – (incl. Bezoekerscentrum, fietsen/wandelen)					
b. 12.00-16.30 uur –					
2. Airbornetocht					
a. 12.30-16.30 uur – incl. lunch f 20,— per persoon					
b. 14.00-16.30 uur – f 9,— per persoon					
3. Schouwburgvoorstelling 'Wie slaapt waar?' van Alan Ayckbourn, aanvang 20.30 uur – f 10,— per persoon					
C. vrijdag 6 oktober					
<i>I Wetenschappelijk programma incl. lunch f 30,— per persoon</i>					
medische studenten, huisartsen in opleiding f 15,— per persoon					
9.00-11.30 uur – Ochtendprogramma naar keuze, 3 secties met de volgende onderwerpen:					
1. Ongeneeslijke aandoeningen					—
2. Stofwisseling					—
3. Psychologische problemen					—
11.45-12.15 uur – 'Is de huidige geneeskunde in staat de adolescent adequaat op te vangen?' (Meinders); voor alle congresdeelnemers					—
12.30-13.45 uur – Lunch in de Stadsschouwburg					—
13.45-16.30 uur – Wetenschappelijk 'buitenprogramma' naar keuze 5 excursiemogelijkheden:					
1. Papendal (sportgeneeskunde)					—
2. Johanna Stichting (revalidatie)					—
3. Bio (revalidatie en vroegbehandeling)					—
4. Helderling Stichtingen (jeugd psychiatrie)					—
5. Dr. Leo Kannerhuis (autisme)					—
Transporteren					

Vervolg inschrijfformulier

Transport

II Recreatief programma:

1. 9.00-13.30 uur – Excursie Doesburg incl. lunch f 18,— per persoon
2. 10.30-14.00 uur – Bezoek Gemeente museum incl. lunch in de Schouwburg
f 15,— per persoon
3. Paardrijtocht
 - a. 10.00-17.00 uur – dagtocht incl. lunch f 80,— per persoon
 - b. 10.00-14.00 uur – ochtendtocht incl. lunch f 40,— per persoon
 - c. 12.30-17.00 uur – middagtocht incl. lunch f 40,— per persoon

Maakt gebruik van mogelijkheid om in de Schouwburg te lunchen bij deelname aan onderstaande excursies (4, 5, 6 en 7) (tussen 12.30 en 14.00 uur) ad f 11,— per persoon

4. 14.00-17.00 uur – Bowling f 12,50 per persoon
5. 14.00-17.30 uur – Openluchtmuseum f 10,— per persoon
6. 14.00-17.15 uur – Burgers Zoo/Safaripark f 8,50 per persoon
7. 13.30-17.00 uur – Fietstocht Rheden f 12,50 per persoon
8. 12.30-17.00 uur – Golf incl. lunch in Clubhuis f 35,— per persoon

III Feestprogramma:

21.00-02.00 uur – Avondfeest Schouwburg incl. drankjes, hapjes en grapjes
f 65,— per persoon

[illegible]

Overmaking van de totale kosten dient te geschieden op het moment, dat u het inschrijfformulier inzendt, op postgirorekening 3661978 ten name van Congres KNMG-Arnhem.

Hotelreservering

Maakt wel/niet gebruik van hotelaccommodatie (doorstrepen wat niet van toepassing is).

1. Periode

datum van aankomst (invullen)
datum van vertrek (invullen)

Camping

Gaat kamperen: ja/nee (doorstrepen wat niet van toepassing is)
Nadere informatie bij Congresdienst VVV Arnhem.

2. Kamerverdeling

eenpersoonskamer(s) (invullen)
tweepersoonskamer(s) (invullen)

3. Prijsklasse

A. vanaf f 60,— per persoon per dag logies/ontbijt ☐ (aankruisen)

B. f 40,— tot f 60,— per persoon per dag logies/ontbijt ☐ (aankruisen)

Vervoer

Komt wel/niet met eigen auto (doorstrepen wat niet van toepassing is).

Dit inschrijfformulier dient uiterlijk 31 augustus 1978 opgestuurd te worden (in gesloten enveloppe en gefrankeerd als gewone brief) aan:

**KNMG-Ledencongres 1978,
p/a Congresdienst VVV Arnhem, tel. 085-436678
Stationsplein 45, 6811 KL Arnhem**

P.S. Denkt u ook aan gelijktijdige overmaking der verschuldigde kosten? Giro 3661978 ten name van Congres KNMG-Arnhem

Personalalia

le deelnemer

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Telefoon:

Handtekening: _____

2e deelnemer

Naam:

Adres:

Woonplaats:

Telefoon:

Handtekening: _____

Inschrijfformulier

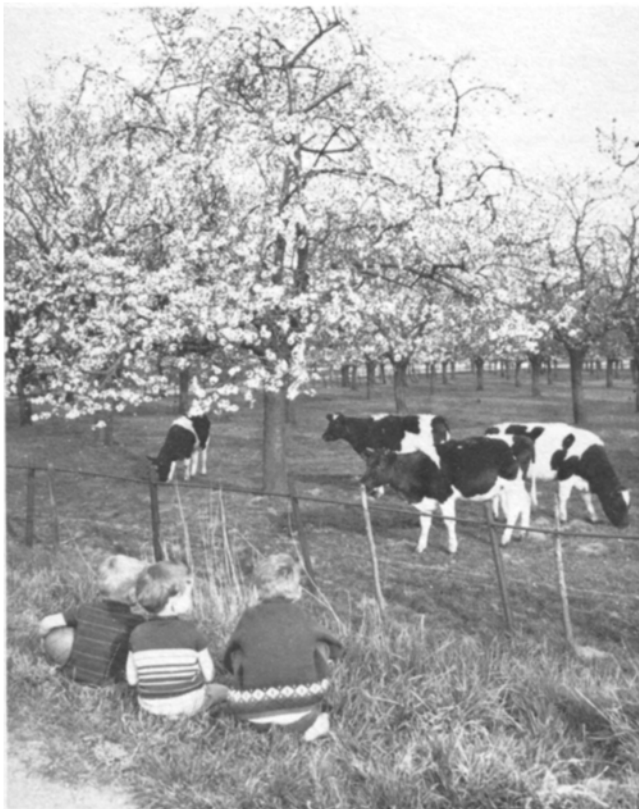
Ondergetekende neemt deel aan het 30^{ste} Ledencongres van de KNMG op 4, 5 en 6 oktober 1978 te Arnhem en schrijft in voor de volgende programma-onderdelen (aankruisen, ook voor partner):

	deelnemer		partner		totale kosten
	1e keuze	2e keuze	1e keuze	2e keuze	
Algemeen inschrijfgeld: f 25,— per persoon					
A. woensdag 4 oktober:					
20.30-22.30 uur – Ontmoetingsbijeenkomst in de Stadsschouwburg Arnhem ..					—
B. donderdag 5 oktober:					
Wetenschappelijk programma incl. lunch f 30,— per persoon					
medische studenten, huisartsen in opleiding f 15,— per persoon					
<i>I Wetenschappelijk programma, thema: 'De Adolescent in de Geneeskunde'</i>					
10.00-12.30 uur – Officiële opening en voordracht F. Wafelbakker (voor alle congresdeelnemers)					—
12.30-14.00 uur – Lunch in de Stadsschouwburg					—
14.00-16.30 uur – Middagprogramma naar keuze, 3 secties met de volgende onderwerpen:					
1. Groei en ontwikkeling					—
2. Micro- en macro-omgeving					—
3. Verslaafd gedrag					—
17.00-18.00 uur – Receptie B & W					—
<i>II Recreatief programma:</i>					
1. Nationaal Park 'De Hoge Veluwe' en Kröller-Müller museum, incl. lunch f 20,— per persoon					
a. 10.00-16.30 uur – (incl. Bezoekerscentrum, fietsen/wandelen)					
b. 12.00-16.30 uur –					
2. Airbornetocht					
a. 12.30-16.30 uur – incl. lunch f 20,— per persoon					
b. 14.00-16.30 uur – f 9,— per persoon					
3. Schouwburgvoorstelling 'Wie slaapt waar?' van Alan Ayckbourn, aanvang 20.30 uur - f 10,— per persoon					
C. vrijdag 6 oktober					
<i>I Wetenschappelijk programma</i> incl. lunch f 30,— per persoon					
medische studenten, huisartsen in opleiding f 15,— per persoon					
9.00-11.30 uur – Ochtendprogramma naar keuze, 3 secties met de volgende onderwerpen:					
1. Ongeneeslijke aandoeningen					—
2. Stofwisseling					—
3. Psychologische problemen					—
11.45-12.15 uur – 'Is de huidige geneeskunde in staat de adolescent adequaat op te vangen?' (Meinders); voor alle congresdeelnemers					—
12.30-13.45 uur – Lunch in de Stadsschouwburg					—
13.45-16.30 uur – Wetenschappelijk 'buitenprogramma' naar keuze 5 excursiemogelijkheden:					
1. Papendal (sportgeneeskunde)					—
2. Johanna Stichting (revalidatie)					—
3. Bio (revalidatie en vroegbehandeling)					—
4. Heldring Stichtingen (jeugd psychiatrie)					—
5. Dr. Leo Kannerhuis (autisme)					—
Transporteren					
Z.O.Z.					





Chimpanseekolonie in het Arnhemse Burgers' Dierenpark



Bloeiende boomgaard in de Betuwe



Kasteel bij Vorden in de Achterhoek

Recreatieve programma

Het recreatieve programma, voor diegenen die niet of alleen maar gedeeltelijk aan het wetenschappelijk programma deelnemen, biedt talloze keuzemogelijkheden. Voor elk wat wils, zo schatten wij.

Om met het begin te beginnen: u arriveert woensdagavond in Arnhem, dan kunt u vanaf 5 uur 's middags al terecht in de Schouwburg, want dan wordt het Congresbureau geopend. Van half negen af is er in diezelfde Schouwburg een ontmoetingsbijeenkomst met leden van de Kring Arnhem en Omstreken, die het op prijs stellen u daar een glas wijn aan te mogen bieden. Daar kunt u oude vriendschappen weer ophalen of nieuwe maken.

Donderdagochtend is er een bezoek aan ons Nationale Park 'De Hoge Veluwe', met daaraan gekoppeld een lunch in 'De Kopen Kop' en een bezoek aan het Kröller-Müller museum. U bent dan weer op tijd terug voor de receptie, die het college van Burgemeester en Wethouders van Arnhem aanbiedt.

U kunt ook – na een vrije ochtend – de lunch gebruiken in de Schouwburg (waar het hele wetenschappelijke programma zich afspeelt) en 's middags deelnemen aan een rondleiding met 'battle guide' Mc. Anelly door het gebied van de uit de Tweede Wereldoorlog zo beruchte Slag om Arnhem. Uiteraard bent u ook dan op tijd terug voor de receptie. Na die ontvangst kunt u uit meer dan dertig restaurants van allerlei 'pluimage' kiezen voor uw diner.

's Avonds moet u dan natuurlijk op tijd terug zijn in de Schouwburg voor de comédie 'Wie slaapt waar' (het antwoord blijft nog even een verrassing, maar stuur vooral het inschrijfformulier snel op, zodat wij dat voor u in ieder geval kunnen regelen) van de veelbesproken auteur Alan Ayckbourn, met Henny Orri en Ton Kuyl. Na afloop is er alle gelegenheid tot napraten onder het genot van een drankje en met een zacht muziekje op de achtergrond.

Vrijdagochtend kunt u naar het mooie oude stadje Doesburg voor achtereenvolgens een rondwandeling, een kopje koffie, een bezoek aan de beroemde mosterdfabriek aldaar en een lunch in de Mosterdhoeve, waar u echt ook wel iets zonder mosterd kunt krijgen...! Of u brengt een bezoek aan het Arnhemse Gemeentemuseum, waar de directeur Pierre Jansen het woord tot u zal richten, waarna u in de Schouwburg kunt lunchen.

Of u maakt een paardrijtocht met drie mogelijkheden: ochtendrit met lunch in Mid-



... of het Openluchtmuseum ...

den-Heuven en terugrit in de middag; ochtendrit met lunch in Midden-Heuven en busrit terug om op tijd te zijn voor de middagmogelijkheden; busrit naar Midden-Heuven, waar u luncht en vervolgens in de middag per paard terug gaat.

Wilt u liever golfen, dan kunt u dat doen op de Rosendaelsche Golfclub, waar u ook luncht. Zoals gezegd, u kunt ook lunchen in de Schouwburg, maar niet wanneer u gaat paardrijden of golfen.

In de middag kunt u, naast het reeds genoemde paardrijden en golfen, bezoeken brengen aan Burgers Dierenpark (met safari!) of het Openluchtmuseum. U kunt ook gaan bowlen of een fietstoer maken door de prachtige omgeving van Arnhem. Keuzemogelijkheden genoeg dus.

O ja, u hoeft echt geen paard of fiets mee te nemen: voor alles wordt gezorgd.

Na het diner, opnieuw in een restaurant van uw eigen keuze, gaat u zich gereed maken voor het grote slotfeest, waarover wij hier niets vertellen, want wij houden graag nog iets achter de hand. Maar dat het een groots feest zal worden en dat het eigen cabaret, dat om kwart over negen begint en dat u niet mag missen, een grandioos succes wordt, hebben wij al gehoord van enige van onze leden die de uitgebreide veiligheidsmaatregelen rond dit cabaret wisten te doorbreken en die enkele woorden konden opvangen...! Het feest zal ongeveer tot twee uur 's nachts duren, maar als u iets vroeger weg wilt, dan rijdt er vanaf middernacht ieder uur een bus naar de verschillende hotels.

Over bussen gesproken, vanzelfsprekend is – waar nodig – het vervoer per bus van en

naar de verschillende onderdelen van het programma helemaal geregeld.

Dit was een heel summiere opsomming van de mogelijkheden die het recreatieve programma u biedt. In verband met de mogelijkheid van overbezetting van bepaalde onderdelen, verzoeken wij u daarvoor in de plaats ook een tweede keuze op te geven. Maar omdat u besloten heeft nu nog even het inschrijfformulier in te vullen en direct op te zenden en omdat de formulieren worden behandeld op volgorde van binnenkomst, is er voor u geen vuiltje aan de lucht!

Dus nogmaals: tot ziens in Arnhem!

Namens de Congrescommissie,

C. J. Hoogendijk, voorzitter

P.S. Nog één tip. Zoals u weet is de natuur in het begin van de herfst op haar mooist. Arnhem – heel Gelderland eigenlijk – bezit vele bossen en parken. U bent er toch in de goede tijd, waarom knoopt u niet een week-einde aan het Congres vast? Vrijdagnacht na het slotfeest gaat u vermoedelijk toch niet direct terug naar huis. Voor de prijs van slechts één nacht – of misschien zelfs minder – kunt u eigenlijk twee dagen ontspannen vakantie houden, zaterdag en zondag. Nogmaals, het is maar een tip. Wij weten echter zeker dat u er geen spijt van zult hebben wanneer u onze raad opvolgt. Vraag liever de mogelijkheden voor speciale weekendtarieven aan bij de VVV in Arnhem, telefoon 085-436678.

tussen Rijn, Waal en Maas leent het zich bij uitstek voor de 'natte' recreatie: zwemmen, vissen en alle denkbare vormen van watersport. De laatste tien jaar is enorm veel gedaan aan de aanleg en verbetering van watersportaccommodaties. Nieuwe wegen en bruggen hebben in korte tijd het voordien enigszins geïsoleerde rivierenland ontsloten. De slingerende dijkjes waar de kleine dijkhuisjes tegenaan geplakt lijken, monumentenstadjes als Buren en Batenburg, de vele kerkjes en torentjes die als het ware uit de weilanden opduiken, de overal van dichtbij of uit de verte zichtbare oernederlandse rivieren (waarbij de romantische Linge niet ongenoemd mag blijven), kortom, dit Gelders rivierenland is gemakkelijk toegankelijk geworden voor alle Nederlanders.

Gelderland bewaarde . . .

Heel veel van het goede wist Gelderland in de loop der tijden niet alleen te verzamelen, maar ook te bewaren. En daar kunnen wij nu volop van profiteren. Tal van musea en oudheidkamers staan vol met voorwerpen die een goed beeld geven van hoe de Gelderman vroeger leefde en werkte. Als boer, als handelsman, als winkelier, als molenaar of . . . als kasteelheer. Wie in dit soort zaken geïnteresseerd is, moet beslist een bezoek brengen aan het Nederlands Openluchtmuseum in Arnhem, waar de originele boerderijen, daglonershuisjes, molens, werkplaatsen e.d. voor iedereen open staan. Tijdens de wandeling door dit prachtige museumpark komt men met 'n beetje geluk ook de stoelenmatter, papierschepper of houtsnijder tegen, die daar z'n oude handwerk uitoefent. Andere openluchtmusea als bijvoorbeeld 'Erve Kots' in Lichtenvoorde zijn meer streekgebonden. Bijzondere vermelding op deze plaats verdienen zeker ook het Rijtuigenmuseum in Apeldoorn – met onder andere de eerste open wagen die door de koninklijke familie werd gebruikt – en het Boerenwagenmuseum in Buren. Oude ambachten worden in het Gelderse nog volop beoefend en echt niet alleen tijdens min of meer toeristische festiviteiten. Ga maar

kijken in Doesburg, bij het mosterdfabriekje of de glasblazerij, bij kaasboerderijen in Bronckhorst of Winterswijk, bij een van de vele bijenhouders, hoefsmeden, kaarsenmakers en mandenvlechters. Ogen tekort!

Dierenrijk Gelderland

Of het nu gaat om typisch Hollands pluimvee, om Siberische walrussen, Gelderse trekpaarden, schapen uit de Schotse hooglanden of Oostafrikaanse neushoorns, ze hebben allemaal in Gelderland hun domicilie. Het voert hier te ver om een volledige opsomming te geven van alle dierenparken, kinderboerderijen en recreatiecentra, vandaar noodgedwongen de volgende, willekeurige keuze. Dolfijnen blijven enorm trekken, vooral als het koud of regenachtig weer is en we ons heil ergens binnen moeten zoeken. Het grootste 'flipper'-stadion staat in Harderwijk, waar bovendien andere zeezoogdieren te zien zijn: robben, zeeleeuwen en sinds kort ook langsnorriges walrussen uit Siberië. Ook Ouwehands Recreatiepark in Rhenen heeft een leuke dolfijnenshow, plus een interessant zee-aquarium, met meterslange sidderalen en onwaarschijnlijk mooi gekleurde tropische vissen, schelpdieren en waterplanten. In Arnhem kan men op Safari, in Burger's Zoo. Een comfortabele, airconditioned trein voert de bezoekers rakelings langs vrij lopende leeuwen, neushoorns, struisvogels, giraffen en zebra's. Een dag op het land, dat is weer eens iets anders; dat biedt Flevohof met zijn

volledig in bedrijf zijnde champignonkwekerij, veiling, varkenshouderij, enz. Gelderland is rijk aan wild. Wie geluk heeft kan op de Veluwe herten, moeflons en wilde zwijnen zien. Maar soms vertonen deze dieren zich hele dagen niet. Om nu nog meer mensen de kans te bieden om wild te zien, organiseren verschillende VVV's (o.a. Apeldoorn, Ede en Otterlo) zogeheten wildspeurtochten. Onder leiding van een deskundige gids worden de deelnemers naar voerder- en drinkplaatsen gebracht, waar het wild zich onbespied waant. De speurtochten vinden plaats op vaste tijden; voor nadere inlichtingen kan men zich wenden tot de betreffende VVV-kantoren. Trouwens voor alle informatie over wat er te doen en te zien is in een bepaald gebied, kan men bij de VVV terecht. Onderstaande opgave van adressen en telefoonnummers kan goed van pas komen.

- Streek VVV Noord- en Midden-Veluwe; Stationsplein 6, Apeldoorn, tel. 055-210421;
- Streek VVV Zuid-West Veluwe, Achterdoelen 1, Ede, tel. 08380-14444;
- Streek VVV Arnhem en de Zuid-Veluwe, Stationsplein 45, Arnhem, tel. 085-452921;
- Streek VVV Rijk van Nijmegen, Keizer Karelplein 34, Nijmegen, tel. 080-225440;
- Streek VVV Gelders Rivierengebied, Stationsstraat 37, Tiel, tel. 03440-6441;
- Streek VVV Achterhoek, Wijnhuis/-Markt, Zutphen, tel. 05750-19355.

Voor algemene informatie over de provincie Gelderland:

Provinciale Gelderse VVV, Stationsplein 45, Arnhem, tel. 085-452921.

