



## redactioneel

- De plaats van de sociale geneeskunde in de gezondheidszorg is uit en te na besproken in een taakgroep van de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband en de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde. Van haar rapport in dit nummer een uitgebreide samenvatting. In het officiële gedeelte het advies van de Commissie van voorbereiding LVSG; gaat de Algemene Vergadering akkoord, dan heeft de KNMG er binnenkort een maatschappelijke vereniging bij: de Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen.
- Drie jaar lang is in Capelle aan de IJssel geëxperimenteerd met een psycholoog in de eerste lijn. Inschakeling van de psycholoog bij het werk van de huisarts biedt de mogelijkheid op korte termijn adequaat te behandelen, concludeert 'proefkonijn' P. B. M. Rijnders.
- Verwijzen is overdragen geworden, stelde huisarts F. W. J. Puijlaert vast, en het zat hem niet lekker. Zijn idee: niet iedere verwijzing door de huisarts van een patiënt naar het ziekenhuis hoeft automatisch het overdragen van die patiënt aan de intramurale specialist in te houden. Wat kan de huisarts – nòg en wéér – zelf doen?
- Over het verloop van de polio-epidemie, het gevoerde en nog te voeren beleid terzake schreef de staatssecretaris van Volksgezondheid Mw. Mr. E. Veder-Smit, een uitvoerige brief aan de Eerste en Tweede Kamer. In dit nummer de samenvatting en de voorlopige conclusies.



'Afgodsbeeld' is de titel van deze vlakbewerking van de hand van de Sint-Oedenrode huisarts F. J. A. Alkemade. Deze amateur-kunstenaar, die wisselend gebruik maakt van allerlei technieken, zegt: 'ik kan het niet laten, ik ben vaak op zoek naar de eigen taal van het schilderkunstig gebeuren'. Het werkstuk, groot 83 x 73 cm, was te zien op de tentoonstelling van 'Met pincet en penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar.

Foto: H. Freze, arts te Bergambacht

### Inhoud

#### REDACTIONEEL

##### Brieven ..... 1117

*Inzenders: Willem Schuurmans Stekhoven, H. van den Bosch, Dr. Jan Lodder, Drs. Hanna, I. Wijsenbeek*

##### Plaats van de sociale geneeskunde in de gezondheidszorg. Rapport Taakgroep Sociale Geneeskunde LAD/ANVSG ..... 1121

##### Uit de Ziekenfondsraad ..... 1130

##### De psycholoog in de eerste lijn. Opmerkingen naar aanleiding van een driejarig experiment, door P. B. M. Rijnders ..... 1131

##### Versterking van de eerste lijn door raadplegen van de diagnose. I: Verwijzen is overdragen geworden; onderzoekfaciliteiten voor de huisarts, door F. W. J. Puijlaert ..... 1134

##### Brief staatssecretaris over polio-epidemie. Samenvatting en voorlopige conclusies ..... 1139

##### OFFICIEEL ..... 1141

##### Inhoudsopgave officieel ..... 1152



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 verschuldigd 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. W. F. Plomp-Düren, 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); buitenland f 87,90.  
Opgave van abonnementen uitsluitend bij de uitgever.

#### Advertenties

Advertenties behoeven de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgaaf van redenen worden geweigerd. Opgaven uitsluitend bij de uitgeverij.

#### Adreswijziging

Leden der KNMG uitsluitend aan de afdeling Ledenregister der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden uitsluitend aan de uitgever.

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.



*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.*

### TOPKLINISCHE VERRICHTINGEN

De aardige vergelijking van Bottema (MC nr. 34/1978, blz. 1042) van het snijdende 'superspecialistenwerk' met 'horlogemakerswerk' is zeer ad rem. De topchirurgen – ook de Nederlandse – worden in Zwitserland opgeleid en dat is zinrijk, want de technische topprestatie op het terrein van de fabricage van steeds meer verfijnde precisie-urwerken is nog steeds goeddeels in Zwitserse handen. De belangstelling dezerzijds voor elke vorm van topchirurgie heeft helaas geen voor de wel of niet tot de topchirurgen behorende collegae aangename achtergrond: het letselschadepercentage, bezien uit een oogpunt van aansprakelijkheidsverzekerings, zowel medisch als juridisch-deskundig. In die kwaliteit wordt ik regelmatig geconfronteerd met een drietal ervaringsfeiten:

1. Er is een aantal algemene chirurgen, die er topchirurgie (superspecialistenwerk) bij doen. Laat ik om 'lange tenen' te vermijden geen voorbeelden noemen en volstaan met op te merken dat er een omstreten grensgebied is tussen algemene chirurgie en orthopaedische chirurgie, neurochirurgie, gynaecologische chirurgie, kaakchirurgie. Aan hersenchirurgie, long- en hartchirurgie zullen de algemeen-chirurgen zich wel niet meer wagen. Maar de 'grote' buikchirurgie schijnt ook al een min of meer omstreten terrein te worden.
2. Bottema heeft volkomen gelijk, dat topchirurgie bepaalde karaktereigenschappen en een zekere manuele begaafdheid (de Duitsers zouden van 'Fingerfertigkeit' spreken) vereist, die niet door ervaring maar door oefening wordt verkregen en alleen door dagelijks oefening wordt onderhouden. Haspels heeft het voor de TV eens kernachtig gezegd ten aanzien van de grootste gynaecologische operaties (panhysterectomie volgens Wertheim); hij stelde, dat je die bij wijze van spreken dagelijks moet doen wil je 'het in de vingers houden'.
3. Aansprakelijkheidsassuradeuren weten daarvan mee te spreken, gezien het aantal claims wegens eenzijdige of dubbelzijdige ureterdoorsnijdingen. En ik zal nooit vergeten dat een hoogleraar in de urologie

zei: 'Ureterdoorsnijding is geen kunstfout, die zien we regelmatig'. Chicanerende aansprakelijkheidsassuradeuren spreken daarom graag van een 'ingebouwd risico', terwijl het ureterbeschadigingsrisico door vóór de operatie in elke ureter een catheter te schuiven met een aan zekerheid grenzende mate van waarschijnlijkheid kan worden voorkomen; dat vertelde Steijns mij al zestig jaar geleden.

De suggestie van Bottema, op zijn terrein de opleiding van superspecialisten te beperken tot hen die hebben bewezen de daarvoor vereiste hoedanigheden te bezitten, is juist. Voorts stelt hij voor, die ingrepen te beperken tot klinieken die de daarvoor vereiste outillage bezitten. Dat kan de overheid verplicht stellen. Bottema heeft ook volkomen gelijk dat deze problematiek bij andere specialismen nog belangrijker is dan bij de zijne. Bij open hartchirurgie daalt het risico naarmate de operatieduur korter is. Het zal nog jaren vergen alvorens de hartchirurgen in Nederland bypass-operaties leren klaarspelen in Houston-recorctijd. Het risico wordt nu eenmaal voor een niet te onderschatten gedeelte bepaald door de schade die de hart-longmachine aan het bloed toebrengt en dus door de duur van de operatie. Gezondheids- en patiëntenrechtelijk bekeken is deze problematiek voor de landelijke en regionale structurering van de gezondheidszorg nog belangrijker dan verzekeringsgeneeskundig en artsrechtelijk.

Naarden, 26 augustus

Willem Schuurmans Stekhoven

### DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XXI)

#### De toekomst van Alexander van Es

De toekomst van Alexander van Es lijkt, gezien het aantal en de aard der commentaren op zijn 'Dagboek van een co-assistent' op zijn minst dubieus. Van de twintig tot nu toe gepubliceerde reacties zijn er tien negatief, zó negatief,

doorlezen naar blz. 1120

## DE PLAATS VAN DE SOCIALE GENEESKUNDE

Voor vele artsen is de sociale geneeskunde een wat schimmige tak van de geneeskunde, en niet alleen voor hen. Ook in de Structuurnota en in het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg krijgt de sociaal-geneeskundige arbeid relatief weinig aandacht. Er zijn uiteraard wel duidelijk herkenbare sociaal-geneeskundige gebieden: bedrijfs-geneeskunde, verzekerings-geneeskunde, schoolartsendiensten. Toch deed nog niet zo lang geleden een staatssecretaris van Volksgezondheid de suggestie het werk van de schoolarts in handen te geven van de huisarts.

Het is daarom een goede gedachte van de besturen van LAD en ANVSG geweest, aan een taakgroep opdracht te verlenen de plaats van de sociale geneeskunde in de Nederlandse gezondheidszorg aan te geven. Aanvankelijk is overwogen een structuurnota sociale geneeskunde op te stellen. Dit bleek een te ambitieus voornemen te zijn. Wel is het gelukt het hele veld van sociaal-geneeskundige activiteiten in kaart te brengen, en dat was op zich al nuttig. Daarnaast werden knelpunten in de bestaande structuur opgesomd en – wat belangrijker is – suggesties gedaan om deze knelpunten op te lossen.

Zelf hecht de taakgroep groot belang aan de sociale geneeskunde. Zij meent, dat 'bezien vanuit epidemiologisch standpunt op het terrein der sociale geneeskunde met betrekkelijk geringe investeringen en inspanningen een aanzienlijke bijdrage aan gezondheidswinst c.q. levensverlenging kan worden verkregen. In de curatieve sector daarentegen kan worden gesignaleerd dat de wet van de verminderende meeropbrengst geldt. Een bijdrage aan gezondheidswinst kan hier veel minder gemakkelijk worden verkregen. Het lijkt reëel in de eerstkomende tijd in hoofdzaak gezondheidswinst te kunnen verwachten van de preventieve zorg in de ruimste zin des woords. Juist in

de preventieve sector vindt de sociale geneeskunde voor een belangrijk deel haar praktische toepassing'. Hieruit spreekt een duidelijke visie.

Niettemin de kanttekening, dat het niet alleen de sociale geneeskunde is die preventieve zorg kan bewerkstelligen. Beter ware het in dit opzicht te spreken van het belang van de sociale gezondheidszorg, waarvan de sociale geneeskunde een (belangrijk) onderdeel is. Het is eigenlijk jammer dat deze visie in het rapport maar gedeeltelijk is terug te vinden. Uitgaande van zo'n preventieuze opstelling had men mogen verwachten dat alle in het rapport genoemde activiteiten in de eerste plaats aan het daar omschreven belang van de sociale geneeskunde zouden zijn getoetst. Natuurlijk telt de sociale geneeskunde meer activiteiten dan alleen de preven-

*Een gemeenschappelijke opleiding is een voorwaarde om van de sociaal-geneeskundigen een meer consistente groep te maken*

tieve, maar door in haar rapport de positieve gezondheidszorg, de preventieve gezondheidszorg en enkele gebieden van de curatieve gezondheidszorg op één niveau te plaatsen ontleent de taakgroep daaraan een rode draad en werkt zij onbedoeld de gedachte 'sociale geneeskunde is alles wat overblijft na aftrek van de curatieve geneeskunde' in de hand.

Dat neemt niet weg dat er uiterst waardevolle suggesties worden gedaan, met name met betrekking tot het onderwijs. De taakgroep acht een 'School for Public Health' de geëigende vorm voor de sociaal-geneeskundige opleiding; een periodieke verplichte toetsing zou daarop moeten volgen. Het is op het ogenblik maar droevig gesteld met die opleiding. Een te geringe plaatsingsmogelijkheid en versnippering van de opleiding over vele universi-

teiten hebben tot gevolg dat van het aantal als sociaal-geneeskundige werkzame artsen slechts een deel enige specifieke opleiding heeft gevolgd en ook is ingeschreven in het register van de SGRC. Terecht wijst de taakgroep erop dat registratie verplicht zou moeten zijn voor al diegenen die een sociaal-geneeskundige functie bekleden. Een gemeenschappelijke opleiding, uiteraard met diverse afsplitsingen, is een voorwaarde om van de sociaal-geneeskundigen een meer consistente groep te maken. Ook een goed georganiseerde nascholing en een verplichte toetsing kunnen daaraan bijdragen.

In dit verband lijkt het nuttig te wijzen op punt XI van de Algemene Vergadering van 22 september. Tijdens deze vergadering zal worden gesproken over het advies van de Commissie van voorbereiding LVSG (blz. 1142). Het zou, dachten wij, een goede ontwikkeling zijn de KNMG een vierde, sociaal-geneeskundige poot te geven naast de maatschappelijke verenigingen van huisartsen, specialisten en artsen in dienstverband. Voor het welslagen van deze ontwikkeling is het vooral nodig dat de sociaal-geneeskundige zich in die vierde poot herkent. Een goede gemeenschappelijke opleiding zou dat mogelijk maken. Het lijkt ons dat het bezorgen daarvan een van de eerste opgaven van de LVSG, in samenwerking met de ANVSG en gesteund door de hele artsenorganisatie, zou moeten zijn.

Daarnaast zou een Landelijke Vereniging van Sociaal-Genesekundigen (LSVG) een waardevolle verbinding kunnen vormen tussen Maatschappij en maatschappij. Wie zou daarvoor beter kunnen zorgen dan zij die in hun opleiding consequent hebben leren samenwerken met andere functionarissen in de gezondheidszorg: een 'School of Public Health' is immers niet alleen bedoeld voor artsen. Het mede vorm geven aan het beleid van de KNMG (advies Commissie van voorbereiding LVSG) krijgt daarvoor een extra dimensie.

B.

verontwaardigd en gekwetst zelfs dat er ook al een reactie op die reacties is (XVII), namelijk: redactie, stop verdere publikatie ter wille van hen die door dat dagboek in hun diepste opvattingen over mens-en-arts zijn worden gekwetst. Er zijn zes sympathiserende reacties van erkennende en herkende aard en de reeks kan nog aangroeien (drie reacties heb ik niet meer kunnen achterhalen).

Nu denk ik dat Alexander van Es zijn toekomst echt wel zelf zal maken en ook dat het een ieder vrij staat zich al of niet met die toekomst verbonden te voelen, in de zin van: 'Nou, als ik maar nooit met zo'n collega hoeft samen te werken', of 'Nou, zo'n collega kunnen we wel gebruiken'. Waarom die vrijheid dan niet gebruiken en het 'Dagboek van een co-assistent' niet ten nutte aanwenden? Vraag de solliciterende collega ronduit naar zijn mening over dat dagboek en bij een eerlijk antwoord weet u meteen waar u aan toe bent. Het kan diepe teleurstelling voorkomen. Zo kan de auteur van dit dagboek als Alexander van (t)Es(t) een zinvolle toekomst hebben, evenzeer als ik dat de auteur onder eigen naam toewens.

Rolde, 25 augustus 1978

H. van den Bosch, psychiater

#### DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (XXII)

Aangezien de redactie van Medisch Contact vooralsnog niet genegen lijkt het wekelijks 'Dagboek van een co-assistent' te schrappen, zie ik mij genoodzaakt deze rubriek voortaan niet meer te lezen.

Zuid-Beijerland, 29 augustus 1978

Dr. Jan Lodder, arts

#### EEN ERVARING

##### Aan de 'syndromenman'

Laten we eerlijk zijn: de beoefening der geneeskunde is voor een belangrijk deel gebaseerd op ervaring. Over zulk een ervaring wil ik U graag vertellen.

Ik heb twee jaar lang een stevige depressie meegemaakt en ben ter observatie opgenomen in een psychiatrische inrichting. Dit is gebeurd om een recidief te voorkomen. Ik maakte daar onlangs een stevig griepje door. En ja hoor, een hyperesthetisch-emotioneel syndroom er achter aan. Geluid en licht waren deze keer geen bezwaar, aardige lieve mensen des te meer. Als iemand een beetje aardig goedemorgen zei, biggelden de traantjes me al over de wangen.

Van mijn leermeester in de huisartsgeneeskunde heb ik geleerd dat je

dan geen psychofarmaca moet geven, maar de patiënt voor minstens zes weken 'de wei in moet sturen'. Daar, mijn beste, ben ik het *niet* meer mee eens. Na mijn hersenschudding heb ik je advies opgevolgd en heb me teruggetrokken in een hotel op de Veluwe, ver van de grote weg. Daar was het neerleggen van messen en vorken op de borden in de eetzaal al te veel. Ik ben toen uitstekend opgeknapt. Maar nu ik mijn leven opnieuw aan het inrichten ben, na twee jaar uit de maatschappij te zijn geweest, heb ik de nodige levensproblemen, die ik aan het oplossen ben. Nu heb ik groepstherapie en individuele psychotherapie en die gaan voortreffelijk. Ik ben zo open, de emoties liggen zo dicht aan de oppervlakte, dat de therapie enorm aanslaat. Dit wil ik dus zeggen: mensen met een hyperesthetisch-emotioneel syndroom, die levensproblemen hebben, moeten ondersteunende therapie hebben.

Dit verhaal zou ik graag in een medisch tijdschrift willen publiceren. Genoemde leermeester zei altijd dat de vele functionele syndromen door huisartsen én specialisten worden miskend. Tot U, huisartsen tegenwoordig begaan met de psychosociale hulpverlening, zeg ik: denk aan de syndromen! Het hyperesthetisch-emotioneel en het bekkenpijnsyndroom, het syndroom van Tietze, enz. Tot de internisten onder U zeg ik: houdt wat van al Uw proeven en tests thuis, als U van huisartsen patiënten ter geruststelling krijgt doorgestuurd. Moraal: patiënten kunnen dokters ook wat leren!

Amsterdam, 24 augustus 1978

Drs. Hanna I. Wijsenbeek  
wetenschappelijk hoofdmedewerker  
Instituut voor Huisartsgeneeskunde  
van de Universiteit te Utrecht,  
werkzaam als sociaal-psychologe  
en onderwijskundige



**Het recht op euthanasie** – Met een congres over het recht op euthanasie viert de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie haar vijfjarig bestaan. Het congres wordt op vrijdag 27 oktober 1978 in de Utrechtse Jaarbeurs gehouden. Congresvoorzitter is ex-verenigingsvoorzitter Prof. Dr. P. Muntendam. Het recht op euthanasie zal vanuit juridisch-maatschappelijk

gezichtspunt worden belicht door Prof. Dr. H. J. Leenen, vanuit ethisch gezichtspunt door Mw. Dr. H. M. Terborgh-Dupuis en vanuit medisch gezichtspunt door Dr. J. J. Rasker. 's Middags is er een forum. Iedereen is welkom. Men kan zich aanmelden door voor dag plus lunch f 40,— over te maken op giro 2902162 van de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie te Amsterdam; vermelden: naam (namen) aanmelders en het woord 'congres'.

**Voorlichting sociale verzekering** – 'Het Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering werd tien jaar. Geen spectaculair feest, wel voorbereiding van nieuwe projecten: een film (gepland voor najaar 1978), een gewijzigde herdruk van het TV-cursusboek die nog meer is toegespitst op onderwijs en hulpverlening, een leerwerkboekje voor het onderwijs dat is te gebruiken bij de bekende 'Kleine Gids' van de Vereniging van Raden van Arbeid (beide ook in de herfst van 1978 te verwachten) en een speciale ziekmeldingsfolder voor Marokkaanse werknemers (inmiddels in maart 1978 verschenen). Kortom de activiteiten gingen onverminderd – of liever: in versterkte mate – voort. Gewoon omdat er nog veel te doen is, omdat het VSV in een behoefte blijkt te voorzien.' Aldus directeur A. Marseille aan het slot van een overzicht van wat in tien jaar door het Voorlichtingscentrum Sociale Verzekering is gedaan. Het overzicht is opgenomen in het VSV-jaarverslag 1977.

**Symposium Astma Fonds** – Ter gelegenheid van de jaarlijkse wetenschappelijke vergadering van het Nederlands Astma Fonds wordt op vrijdag 15 december 1978 in hotel Sonesta te Amsterdam een symposium georganiseerd met als thema 'De bronchusobstructie en het cholinerge en adrenerge systeem'. De vergadering staat dit jaar in het kader van het officiële afscheid van Prof. Dr. N. G. M. Orie als voorzitter van de Wetenschappelijke Adviesraad van het Nederlands Astma Fonds. Het programma vermeldt: 'De pathofysiologie van de reversibele diffuse bronchusobstructie' door Prof. Dr. G. J. Tammeling; 'Het cyclisch AMP metabolisme bij astma' door Dr. P. L. B. Bruynzeel; 'De therapeutische implicaties van het cyclisch AMP metabolisme bij astma van anticholinergica en bèta-adrenergica' door Prof. Dr. M. van der Straeten; 'De praktische betekenis van de farmacokinetiek voor de verschillende applicatievormen van anti-astmatica' door Prof. Dr. J. M. van Rossum; en 'De farmacokinetiek van anti-cholinergica' door Dr. R. A. de Zeeuw. Na iedere voordracht is er gelegenheid tot discussie. Congresvoorzitter is Dr. K. F. Kerrebijn. Aanmeldingen: Afdeling Voorlichting Nederlands Astma Fonds, Postbus 5, 3830 AA Leusden, tel. 033-41814.

# Plaats van de sociale geneeskunde in de gezondheidszorg

## Rapport Taakgroep Sociale Geneeskunde LAD/ANVSG

Een aanzet tot aanvulling van de Structuurnota Gezondheidszorg 1974 noemt de Taakgroep Sociale Geneeskunde van de Landelijke Vereniging van Artsen in

Dienstverband (LAD) en de Algemene Nederlandse Vereniging voor Sociale Geneeskunde (ANVSG) haar zojuist verschenen rapport 'Plaats van de sociale geneeskunde in de gezondheidszorg'.

In haar rapport toont de taakgroep aan dat de structuurnota uitbreiding behoeft met betrekking tot de sociaal-geneeskundige aspecten van de gezondheidszorg en doet zij suggesties met betrekking tot de wijze waarop door haar gesignaleerde knelpunten in de structuur kunnen worden opgelost.

### Conclusies

Op basis van haar rapportage concludeert de Taakgroep Sociale Geneeskunde:

Waar de sociaal-geneeskundigen voorwaardenscheppend bezig zijn vinden de gesignaleerde knelpunten meestal hun oorzaak in:

- een zeer onvolledig informaticabeleid;
- een onvoldoende opleidingsniveau van de in de sociale geneeskunde werkzame artsen;
- zowel kwalitatief als kwantitatief onvoldoende opleidingsmogelijkheden voor sociaal-geneeskundigen;
- een moeilijk te doorgronden systeem van financiering in de gezondheidszorg en vaak daarmee samenhangende organisatorische barrières.

Waar de sociaal-geneeskundigen een meer direct contact hebben met de patiënt/cliënt vinden de knelpunten meestal hun oorzaak in:

- het feit dat de patiënt/cliënt vaak niet weet tot wie hij zich met zijn problemen moet richten. Duidelijk komt dit naar voren in het zeer sterk verbrokkelde systeem van de ambulante geestelijke gezondheidszorg;
- een nog te weinig uitgewerkt systeem van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding;
- een onvoldoende sociaal-geneeskundige begeleiding van moeilijk te bereiken groepen.

Ten aanzien van de problemen waarmee de sociaal-geneeskundigen worden geconfronteerd die voorwaardenscheppend bezig zijn wordt opgemerkt dat hiervoor via een landelijk beleid naar oplossingen moet worden gezocht. Dit zelfde geldt, hoewel in mindere mate, voor de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, omdat deze activiteiten nog in een ontwikkelingsfase verkeren. Dit landelijke beleid (via richtlijnen) zal het mogelijk moeten maken dat in de regio prioriteiten gesteld kunnen worden. Verder zullen in de regio experimenten mogelijk moeten zijn.

In de regio zelf zal moeten worden bepaald hoe de meer uitvoerende activiteiten het beste aangepakt kunnen worden. In verband hiermee spreekt de regionalisatiegedachte, zoals ontwikkeld in de structuurnota, de taakgroep zeer aan. Immers de zwaarte van de verschillende gezondheidsproblemen wordt sterk bepaald door sociaal culturele,

demografische en geografische factoren. Hieruit volgt dat de prioriteitenstelling bij de aanpak van gezondheidsproblemen steeds per regio dient te worden vastgesteld. De landelijke overheid zal zich hiermee dienen te beperken tot het aangeven van een aantal minimumvoorwaarden, waaraan de zorg in iedere regio dient te voldoen.

De taakgroep acht het in de eerste plaats wenselijk dat er een organisatiewetgeving voor de gezondheidszorg komt. De regeling van de financiering dient een afgeleide te zijn van de wijze waarop men de organisatie van de gezondheidszorg wenst te regelen. Een eventuele vervanging van de huidige ziekenfondswetgeving kan derhalve slechts dan gerealiseerd worden wanneer een wet Voorzieningen Gezondheidszorg door de volksvertegenwoordiging is aanvaard.

### Begripsomschrijving

Om duidelijk te maken vanuit welke zienswijze haar rapport werd geschreven was de taakgroep begonnen met het geven van haar definitie van *sociale geneeskunde*. 'Sociale geneeskunde', aldus de Taakgroep Sociale Geneeskunde, 'kan worden omschreven als de wetenschappelijke en praktische activiteit die zich richt op de wisselwerking tussen gezondheidszorg en samenleving alsook op de verbetering van de mens-milieu relatie op micro-, meso- en macroniveau ten behoeve van het gezond bestaan.'

De *openbare gezondheidszorg*, in de structuurnota ruim besproken en daar benaderd als gezondheidszorg in het

basischelon, te verstrekken door overheidsinstellingen, krijgt in het taakgroepsrapport de volgende karakteristiek: Openbare gezondheidszorg omvat alle vormen van gezondheidszorg in het basischelon, toegankelijk en bestemd voor de gehele bevolking. Zij kan worden verstrekt zowel door overheidsinstellingen, bijvoorbeeld gemeentelijke of districts-geneeskundige diensten, als door instellingen werkend vanuit het particulier initiatief, bijvoorbeeld kruisverenigingen, en heeft de volgende kenmerken:

- overwegend gericht op de collectiviteit, zij het dat een stuk individuele zorg hiervan deel kan uitmaken (bijvoorbeeld bij vaccinaties, ongevallenvervoer, rampenbestrijding enz.);
- overwegend actief zich richtend tot de bevolking en niet uitsluitend reagerend op een verzoek tot hulpverlening (zoals dit laatste zich in de curatieve gezondheidszorg vrijwel steeds voordoet);
- overwegend zich bezighoudende met de gezondheidsbevordering en preventie, zij het dat een stuk curatieve zorg of begeleiding er deel van kan uitmaken (bijvoorbeeld ambulancevervoer, ongevallendienst, ambulante geestelijke gezondheidszorg en bedrijfsgezondheidszorg).

Het ook in de karakteristiek genoemde *basischelon* wordt als volgt nader omschreven: 'In het basischelon zijn die gezondheidsvoorzieningen onder te brengen die gericht zijn op de totale bevolking (collectiviteit), zich actief richten tot de bevolking en overwegend zijn gericht op gezondheidsbevordering en preventie.'

#### Activiteiten

In een globale omschrijving van de binnen de sociale geneeskunde ontwikkelde activiteiten wordt de op de gehele bevolking gerichte sociaal-geneeskundige zorg in twee groepen van activiteiten onderverdeeld:

*groep A.* Hierin vindt een *direct contact* met de cliënt/patiënt plaats. Deze activiteiten spelen zich af in de

microsfeer (wisselwerking milieu-individu) en hebben een uitvoerend karakter; *groep B:* De hier ontwikkelde activiteiten hebben als kenmerk een *indirect contact* met de cliënt/patiënt. Deze activiteiten vinden plaats in de mesosfeer (wisselwerking milieugroep) en de macrosfeer (wisselwerking samenleving als geheel-milieu). Het karakter van deze activiteiten is veelal voorwaardenscheppend, dat wil zeggen: hierdoor wordt het anderen die in de gezondheidszorg werken mogelijk te functioneren.

In groep A, de groep met direct contact met de cliënt, kan de aard van het contact worden onderscheiden in vijf categorieën, genummerd A1 t/m A5. Naarmate men in een hogere categorie komt wordt de persoonlijke relatie tot het individu afstandelijker. Tevens valt dan op dat de activiteiten steeds meer het veld van de sociale geneeskunde in zijn totaliteit omvatten.

*A1. Een niet-systematische hulpverlening* bij het zich meldende individu aan de hand van de door hem of haar gestelde vragen. Als regel heeft deze hulpverlening door de sociaal-geneeskundige een curatief karakter. Een deel van de arbeid van bijvoorbeeld de schoolarts en de bedrijfsarts valt onder deze categorie. Wanneer de arbeid zich uitsluitend tot deze categorie beperkt, kan volgens de taakgroep niet van een sociaal geneeskundige activiteit worden gesproken.

*A2. Een systematische hulpverlening* aan het zich meldende individu. Hier is sprake van wat wel *tertiaire preventie* wordt genoemd, aansluitend op de curatieve hulpverlening. Men tracht hier de patiënt met enigerlei resttoestand van doorstane ziekte of ongeval (restinvaliditeit) weer terug te brengen in het sociale milieu buiten de instelling van curatieve gezondheidszorg; dit dient op een zodanige wijze te geschieden dat opleving van de aandoening wordt vermeden en dat het milieu geen schade berokkent aan de restvaliditeit. In deze categorie kan men de activiteiten van de bedrijfsarts, de verzekeringsgeneeskundige en de revalidatie-arts onderbrengen.

*A3. Een meer systematische op alle individuen der groep gerichte hulpverlening*, die wel *secundaire*

*preventie* wordt genoemd. Dit houdt in het opsporen van die afwijkingen in de gezondheidstoestand en in het functioneren van de cliënt in zijn milieu die voor behandeling of begeleiding in aanmerking komen, alvorens hij of zij zich eigener beweging tot de curatieve sector wendt, met als doel deze afwijkingen in een zeer vroeg stadium te kunnen behandelen. Het betreft hier dus het opsporen van (potentiële) patiënten. De activiteiten in het kader van het bevolkingsonderzoek op tuberculose, evenals het onderzoek bij de fenylketonurie en het periodiek geneeskundig onderzoek door de schoolartsen en op consulatatiebureaus voor zuigelingen en kleuters vallen onder meer binnen deze categorie.

*A4. Het opsporen van individuen of groepen in de populatie die door gedrag of omstandigheden op den duur patiënt kunnen worden.* Het betreft hier het opsporen van dragers van risicofactoren. Het gaat hier om de zogeheten *primaire preventie*: het voorkomen van ziekten. Het is een systematische op alle individuen in groepen gerichte activiteit. Jeugd- en bedrijfsartsen kunnen onder meer in deze categorie een arbeidsveld vinden. Ook het onderzoek op hart- en vaatziekten, zoals dat op experimentele basis in diverse delen van het land plaatsvindt, kan tot deze categorie worden gerekend.

*A5. De positieve gezondheidsbevordering* als systematische activiteit gericht op alle individuen in de groep. Als voorbeeld voor deze categorie kan genoemd worden de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, evenals de sociaal-geneeskundige advisering bij scholenbouw en bij het opstellen van bestemmingsplannen.

De activiteiten in groep B zijn, zoals vermeld, voorwaardenscheppend. In deze groep kan een indeling in twee categorieën worden gemaakt:

*B1. Hieronder valt de sociaal-geneeskundige activiteit ten behoeve van de beleidsvorming en het management in de mesosfeer.* De arbeid van medisch directeurs van grote districts- of gemeentelijke gezondheidsdiensten valt hieronder, evenals werkzaamheden van hoofden van grote schoolartsendiensten en hoofden van medische diensten van bedrijfsverenigingen en werkzaamheden van medisch

adviseurs van ziekenfondsen.

**B2.** Onder deze categorie valt het aangeven van bouwstenen voor sociaal beleid, welzijnsbeleid, beleid voor gezondheidsbewaking, -bewaring, -bevordering en -herstel in de *macrosfeer*. De artsen van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid, de artsen in dienst van de Provinciale Raden van de Volksgezondheid, en de Centrale Raad van de Volksgezondheid vinden onder meer in deze categorie hun arbeidsterrein.

Binnen de *groep A* zijn onder anderen de volgende sociaal-geneeskundigen werkzaam:

1. arts voor zuigelingen- en kleuterzorg;
2. jeugdarts voor schoolgezondheidszorg en adolescentenzorg;
3. studentenarts;
4. sportarts (ook gedeeltelijk curatief werkzaam);
5. bedrijfsarts;
6. revalidatie-arts (ook gedeeltelijk curatief werkzaam);
7. verzekeringsgeneeskundige (bedrijfsvereniging en GMD);
8. arts militair geneeskundige dienst (ook gedeeltelijk curatief werkzaam);
9. arts in dienst van gemeentelijke of districtsgezondheidsdienst;
10. sociaal-psychiater (ook gedeeltelijk curatief werkzaam);
11. sociaal-geriater (soms gedeeltelijk klinisch curatief werkzaam);
12. geneeskundige in dienst van instelling ten behoeve van de preventie van bepaalde ziekten of groepen van ziekten en de organisatie op het gebied van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

De taakgroep is zich ervan bewust dat ook overwegend curatief werkzame geneeskundigen, met name de huisarts, activiteiten in de sociaal-geneeskundige sector ontwikkelen. Behalve binnen hun eigen taakstelling vinden deze activiteiten plaats onder meer in kaders die een zodanige kleine omvang hebben dat een aanstelling van een specifiek sociaal-geneeskundige niet mogelijk is.

In *groep B* zijn onder anderen onder te brengen:

1. artsen werkzaam bij sociaal-medische diensten van de kruisverenigingen;
2. districtsartsen belast met de kinderhygiëne in dienst van de kruisverenigingen en hoofden van schoolartsendiensten;
3. directeuren van gemeentelijke en districtsgezondheidsdiensten;
4. directeuren van bedrijfsgezondheidsdiensten;
5. medisch directeuren van ziekenhuizen, verpleeghuizen en andere instellingen van gezondheidszorg;
6. adviserend geneeskundigen bij ziekenfondsen en andere uitvoeringsorganen van sociale verzekeringen en medisch adviseurs van particuliere verzekeringsmaatschappijen;
7. directeuren en andere artsen in dienst van de Provinciale Raden van de Volksgezondheid;
8. artsen verbonden aan externe advieslichamen van de minister van Volksgezondheid, zoals de Centrale Raad van de Volksgezondheid en de Ziekenfondsraad;
9. artsen van de Arbeidsinspectie;
10. artsen van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid;
11. artsen ten departemente.

De taakgroep tekent bij deze opsomming aan dat deze slechts indicatief is bedoeld; volledigheid is niet nagestreefd. Tevens moet worden opgemerkt dat het arbeidsterrein van diverse functionarissen zodanig is, dat dit zowel gedeeltelijk onder groep A als gedeeltelijk onder groep B kan worden ondergebracht.

Tenslotte dient vermeld te worden dat de bestaande indeling van sociaal geneeskundige kwaliteiten – de vijf takken – gebaseerd is op een historisch gegroeid gegeven. Men kan zich hierbij afvragen of deze indeling ook de meest efficiënte is.

De indeling van sociaal geneeskundige activiteiten en de werkzaamheden van sociaal-geneeskundigen kan men relateren aan leeftijdsgroepen waarop de activiteiten zich toespitsen. Deze leeftijdsgroepen worden op hun beurt weer gerelateerd aan de drie vormen van gezondheidszorg: positieve gezondheidszorg, preventieve gezondheidszorg en curatieve gezondheidszorg. Bij elk van deze drie vormen van gezondheidszorg

wordt weer onderscheid gemaakt tussen management en uitvoering.

### Structuurnota

De structuurnota signaleert in hoofdstuk 2.2.3. dat, naast de curatief en preventief gerichte zorg ten behoeve van individuele personen in de eerste twee echelons, een breed veld bestaat dat niet zozeer op de individuele personen is gericht als wel op de gemeenschap. Terecht wordt volgens de taakgroep in de structuurnota geconstateerd dat deze op de collectiviteit gerichte preventieve voorzieningen eveneens in de herstructurering zullen moeten worden betrokken.

Voor een doelmatige besluitvorming is de inbreng van deskundigen, waaronder medici, noodzakelijk. Naast vertegenwoordigers van de consumenten, de financiële organen en de niet-medische zorgverleners zullen in de adviesorganen vertegenwoordigers uit de wereld der gezondheidszorg zitting moeten hebben. Deze laatsten behoeven niet beslist sociaal-geneeskundigen te zijn. Gedacht kan ook worden aan een huisarts, klinisch specialist, enz. Uit de sociaal-geneeskundige sector zullen zowel functionarissen werkzaam in de uitvoering als functionarissen werkzaam in het management vertegenwoordigd moeten zijn.

Ten einde de besluitvorming voor te bereiden (planning) en genomen besluiten te kunnen uitvoeren dient men de beschikking te hebben over een besluituitvoerend orgaan. Dit orgaan is te vergelijken met het bureau van de gemeentesecretarie of met de griffie van de provincie. Hier zullen enige sociaal-geneeskundigen werkzaam zijn. Men denke hierbij aan de sociaal-geneeskundigen, bijvoorbeeld als directeur van dit bureau, en aan een epidemioloog. Men kan deze uitvoerende organen ook combineren met de uitvoerende diensten in het veld. De functie van het uitvoeringsorgaan wordt dan vergelijkbaar met die van een GGD ofwel een DGD. De bij de laatste diensten werkzame sociaal-geneeskundigen (jeugdartsen, sociaal-geriaters, sociaal-psychiater en eventueel bedrijfsartsen) zal men dan bij het uitvoeringsorgaan terugvinden. De taakgroep geeft de voorkeur aan deze constructie.



## Knelpunten

Ten einde te kunnen vaststellen waar en hoe de structuurnota op het stuk van de sociale geneeskunde dient te worden aangevuld worden in het rapport enige knelpunten in de bestaande situatie aangegeven. De taakgroep meent dat evenals in de curatieve gezondheidszorg ook in de meer preventief gerichte zorg en in de sfeer van de beleidsvorming vele leemten kunnen worden waargenomen. Als oorzaken van deze leemten wijst zij aan:

- een onvolledig informaticabeleid;
- onvoldoende sociaal-geneeskundige begeleiding van moeilijk bereikbare groepen der bevolking;
- onvoldoende opleidingsniveau van in de sociale geneeskunde werkzame artsen;
- zowel kwalitatief als kwantitatief onvoldoende opleidingsmogelijkheden voor sociaal-geneeskundigen;
- een weinig overzichtelijk stelsel van financiering van de gezondheidszorg en, vaak daarmee samenhangende, organisatorische barrières.

De door de taakgroep gesignaleerde problemen en tekortkomingen zijn in het algemeen moeilijk te kwantificeren. Het is de mening van de taakgroep dat de regionalisatiegedachte, zoals in de structuurnota ontwikkeld, meer mogelijkheden biedt om dit soort gezondheidsvraagstukken te kwantificeren dan in de huidige structuur mogelijk is. Vele problemen, zowel kwantitatieve als kwalitatieve, worden immers bepaald door de geografische, demografische en sociaal-culturele situatie, waardoor het nodig kan zijn dat in de verschillende regio's een verschillend beleid wordt gevoerd.

## Informatica

Herhaaldelijk wijst de taakgroep op het belang van een gedegen informaticabeleid voor de gezondheidszorg in het algemeen en voor de sociaal-geneeskundige activiteiten in het bijzonder. Een dergelijk beleid is naar het inzicht van de groep nodig om de gezondheidszorg te kunnen evalueren

op de aanwezigheid (aanbod) en het gebruik (vraag) van de zorg, zowel kwantitatief als kwalitatief.

De informatie dient verzameld, verwerkt en geanalyseerd te worden waar ze het meest nodig is. De taakgroep presenteert het volgende schema van een systeem van informatieverzameling en -verwerking: Aan de basis, op het plaatselijke niveau, worden de patiëntgegevens verzameld. Met deze gegevens kunnen huisarts, specialist en ziekenhuis werken. Op grond van deze gegevens kan ook de 'medical audit' plaatsvinden.

Duidelijk is dat op dit eerste niveau de bewaking van de privacy van de patiënt zeer belangrijk is. Ten einde te bereiken dat de op regionaal en centraal niveau benodigde informatie ook inderdaad wordt verkregen, dient de informatieverwerking volgens een uniform systeem van classificatie en codering op wettelijke basis te geschieden. Zou men dit volgens een niet-uniform systeem doen, dan zullen de gegevens uit de verschillende regio's onvergelykbaar zijn. Voor dit uniforme systeem zijn tenminste landelijke richtlijnen vereist. Deze richtlijnen zullen ook kunnen bepalen welke gegevens tenminste naar het tweede niveau moeten worden doorgegeven en welke uiteindelijk bij de centrale overheid zullen moeten komen.

De taakgroep acht het gewenst dat het informaticabeleid gecodificeerd wordt in een algemene wet op de informatica. Hierin zouden algemene eisen kunnen worden gesteld ten aanzien van punten als privacy, bewaking, enz. Specifieke eisen die slechts op het gebied van de gezondheidszorg gelden kunnen vervolgens worden opgenomen in de wet Voorzieningen Gezondheidszorg en de daarop te baseren algemene maatregelen van bestuur.

## Suggesties

1. De informatieverwerking en -analyse in de regio dient te geschieden volgens een uniform systeem van codering en classificatie aan de hand van tenminste landelijke richtlijnen.
2. Een algemene wet op de informatica dient in ieder geval mede eisen te stellen aan punten als privacy en bewaking van gegevens.
3. Het grote belang van een goed informaticabeleid en de belangrijke

rol die epidemiologen dienen te krijgen bij de analyse van gegevens maken het noodzakelijk dat aan de opleiding tot epidemioloog meer aandacht wordt besteed.

## Opleidingen

Bij alle knelpunten op het gebied van de sociale geneeskunde komt steeds weer het punt van de opleidingen naar voren, reden voor de taakgroep om daaraan apart aandacht te besteden. Het thans toegepaste systeem van onderwijs is vergelijkbaar met hetgeen op universiteiten en middelbare scholen wordt toegepast. Nu het hier om veelal oudere cursisten gaat, mag volgens de taakgroep gesteld worden dat het huidige systeem niet het meest geschikte is. Het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen financiert slechts die opleidingen, die de mensen in staat stellen een eigen plaats in de samenleving te vinden. Indien de professie meent dat een verdere gespecialiseerde opleiding gewenst is, acht het departement dit een zaak van de professie zelf.

De professie dient zelf voor uitvoering en financiering te zorgen, waarbij het ministerie wel bereid is bepaalde exploitatiekosten aan te vullen. De taakgroep signaleert hierin een discrepantie. Indien het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen als eerstverantwoordelijke voor alle gestructureerde opleidingen (zowel nascholing, bijscholing als een opleiding ter verdere specialisatie) zal gaan optreden zullen vele opleidingen meteen minder vrijblijvend worden. Inspraak van de professie blijft ook in deze situatie van groot belang.

## Suggesties

1. De opleiding dient een vaste basis te krijgen alsmede een gereguleerd financieringssysteem. Dit om een structuur, onafhankelijk van de situatie op een bepaald moment (aanbod van cursisten enz.), te verkrijgen.
2. Uit het schema blijkt dat onderzoek, onderwijs en dienstverlening onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Mede gelet op het feit dat de gezondheidsbevordering een multidisciplinaire aangelegenheid is, komt de taakgroep tot de slotsom dat een 'School of Public Health' de



geëigende vorm dient te zijn voor de opleiding.

3. De taakgroep acht een regelmatige toetsing en nascholing van de sociaal-geneeskundige dringend gewenst. Gedacht kan worden aan een systeem waarbij de arts eens in de zoveel jaren een toets zal moeten afleggen. Bij een minder gunstig resultaat zou dan aan de betrokkene kunnen worden geadviseerd zich na te scholen. Niet navolging van dit advies dient te kunnen leiden tot intrekking van de registratie in het register der SGRC.

4. Bij de opleiding dient men zich meer flexibel op te stellen ten aanzien van veranderingen in het functioneren van bepaalde sociaal-geneeskundigen.

5. Tenslotte pleit de taakgroep er voor dat voor al diegenen die een sociaal-geneeskundige functie uitoefenen registratie in het register van de SGRC verplicht dient te worden.

## GVO

De taakgroep is van mening dat op alle terreinen waar sociaal-geneeskundigen werkzaam zijn een hoge prioriteit moet worden toegekend aan de gezondheidsbewaking, de preventie en de gezondheidsbevordering. De gezondheidsvoorlichting en -opvoeding (GVO) dient hierin een belangrijke plaats in te nemen. De taakgroep koos om aan te geven wat met gezondheidsvoorlichting en -opvoeding bedoeld wordt de *definitie* van 'health education', die de Wereldgezondheidsorganisatie in 1969 formuleerde, hoewel ook deze definitie evenals alle andere niet voor de volle 100% recht doet aan het begrip GVO. Deze definitie geeft als doelstelling 'to encourage people to use judiciously and wisely the health services available to them and to make their own decisions, both individually and collectively to improve their health status and environment'. Binnen deze omschrijving van GVO is een drietal hoofdlijnen te onderscheiden:

1. bevordering van gezonde gedragspatronen en een actieve rol van de bevolking aangaande gezondheidsvragen;
2. stimulering van verbeteringen in het gebruik en de bruikbaarheid van gezondheidsvoorzieningen;

3. bewustwording van de personen die het beleid ontwikkelen en bepalen ten aanzien van voor de gezondheid positieve en negatieve aspecten van bepaalde situaties, structuren, gegroeide opvattingen, beleidsmaatregelen, wetten, enz.

Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding is in de laatste jaren zowel landelijk als provinciaal en regionaal meer in de belangstelling gekomen. Toch is het de overtuiging van de taakgroep dat GVO in het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg nog steeds een veel te lage prioriteit geniet.

### *Suggesties*

1. Op het ogenblik, maar ook in het verleden, wordt en werd binnen de sfeer van de gezondheidszorg alsook via onderwijs en welzijnswerk en door buiten deze gebieden werkende organisaties (te denken valt onder meer aan het uiterst belangrijke werk van vrouwenorganisaties in deze), impliciet en expliciet, veel en op nuttige wijze, aan GVO gedaan. Naast een kwalitatieve verbetering is een kwantitatieve uitbreiding van deze activiteiten eveneens gewenst. Hierbij dient primair een verschuiving plaats te vinden van de enkelvoudige voorlichtingsactiviteiten naar een combinatie hiervan met opinievorming en gedragsbeïnvloeding.
2. Maatschappelijke ontwikkelingen en met name ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg hebben de behoefte aan GVO mede doen ontstaan. De curatieve gezondheidszorg maar ook de maatschappelijke zorgverlening kregen steeds grotere mogelijkheden om zich verder te ontwikkelen. De eigen verantwoordelijkheid van de bevolking en het individu voor de eigen gezondheid raakte mede hierdoor steeds meer op de achtergrond. Naast een herstructurering van de zorgverlening is een heroriëntatie op deze zorg dan ook noodzakelijk.
3. Fundamenteel wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de GVO dient met kracht te worden gestimuleerd. Daarnaast dienen experimenten in de praktijk, gecoördineerd op landelijk niveau, meer dan tot nu toe mogelijk is te worden bevorderd.
4. Voorts is het voor een verantwoord GVO-beleid noodzakelijk dat er op

regionaal niveau GVO-consulenten worden aangesteld. Hiertoe moet de bestaande GVO-opleiding uit het experimentele stadium worden gehaald en omgevormd tot een permanente opleiding. Daarnaast zal in het huidige opleidingssysteem voor sociaal-geneeskundigen naar de mening van de taakgroep meer aandacht moeten worden besteed aan GVO.

5. De taakgroep acht het van essentieel belang dat bij de opzet van een GVO-organisatie en bij de uitvoering van GVO-activiteiten wordt gezocht naar aansluiting bij en inpassing in bestaande organisaties, instellingen en voorzieningen op het gebied van gezondheidszorg, welzijnszorg en onderwijs. Slechts op deze wijze kan een optimaal effect worden bereikt.

### *Geestelijke gezondheidszorg*

In de Nederlandse gezondheidszorg is de geestelijke gezondheidszorg, aldus de Taakgroep Sociale Geneeskunde, nog altijd stiefmoederlijk bedeed, al zijn er tekenen die erop wijzen dat de achterstand wordt ingehaald. Over de voornaamste nog aanwezige knelpunten merkt de taakgroep onder meer op:

- De moeilijke positie waarin de geestelijke gezondheidszorg verkeert wordt onder andere veroorzaakt door het feit dat sommigen vooral de extramurale geestelijke gezondheidszorg nog steeds als een luxe beschouwen. Verder werkt hieraan ongetwijfeld ook mee dat de behandeling van een patiënt in het kader van de geestelijke gezondheidszorg nog vaak als stigmatiserend wordt ondervonden.
- De organisatiestructuur van de geestelijke gezondheidszorg is nog zeer ondoorzichtig en daardoor voor velen nauwelijks te begrijpen. Dit is voor een belangrijk deel het gevolg van een sterk verbrokkelde financiering uit vele bronnen.
- Ook de overheid werkte en werkt nog mee aan het gescheiden houden van de geestelijke gezondheidszorg en de 'somatische' gezondheidszorg. Immers, er is een aparte inspectie voor de geestelijke volksgezondheid naast de inspectie voor de volksgezondheid. Tot voor twintig jaar ressorteerde de eerstgenoemde zelfs onder een ander ministerie!

– De structuurnota 1974 werkt met het principe van echelonnering. Dit stuit in de geestelijke gezondheidszorg op problemen. Wanneer men de toegankelijkheid van de zorg als criterium hanteert voor het begrip echelon, dan zijn bijvoorbeeld een SPD (sociaal-psychiatrische dienst) en een MOB (medisch-opvoedkundig bureau) eerstelijns voorzieningen, omdat iedere patiënt/cliënt er op eigen initiatief naar toe kan. Deelt men de echelons echter in op basis van gespecialiseerde deskundigheid, dan behoren de SPD en het MOB tot het tweede echelon, omdat er psychiaters en andere gespecialiseerde werkers te vinden zijn. Daarbij komt nog dat de geestelijke gezondheidszorg eigenlijk moeilijk in een puur medisch model te passen is, omdat daarin van oudsher multidisciplinair wordt gewerkt.

#### *Suggesties*

1. De taakgroep meent dat bij geïntegreerde gezondheidszorg ook de geestelijke gezondheidszorg moet worden betrokken en dat organisatie en financiering daarbij niet remmend mogen werken. Een eerste aanzet daartoe is de nota-Kruisinga. Bij de huidige structuur is de RIAGG (regionaal instituut voor ambulante geestelijke gezondheidszorg) een eerste stap. De taakgroep acht het van groot belang dat daarmee op ruime schaal kan worden geëxperimenteerd als organisatorische bundeling van de krachten in het veld.

2. Daarnaast dient ook de mogelijkheid te worden opengelaten om, indien daartoe aanleiding bestaat, te experimenteren met een RIGG (regionaal instituut voor geestelijke gezondheidszorg), waarbij zowel intramurale als extramurale geestelijke gezondheidszorg zijn betrokken.

Interessant is het te zien dat beide vormen van organisatie heel goed aansluiten bij de regionalisatiegedachte uit de structuurnota en ook goed zijn in te passen in het streven naar versterking van de eerste lijn.

Bij de gedecentraliseerde organisatie van de gezondheidszorg kan dan dat model worden gekozen dat het best past bij die betrokken regio, rekening houdend met functionele en eventueel organisatorische verbindingen zowel met het basisechelon als met de extra- en de intramurale zorg in de somatische geneeskunde.

#### *Financiering*

De arbeid verricht op die gebieden waar sociaal-geneeskundigen werken wordt momenteel uit vele bronnen gefinancierd, een weinig overzichtelijke situatie.

#### *Suggesties*

1. Aan de geschetste bezwaren kan worden tegemoetgekomen door een integraal financieringssysteem voor de gezondheidszorg, bij voorkeur vanuit de sociale verzekeringen. Toch dienen bij deze oplossing direct twee kanttekeningen te worden gemaakt: Is financiering vanuit één sociale verzekering niet het meest wenselijk? Zal door deze integrale financiering niet tegelijk een monopoliepositie van de (enige) financier ontstaan met alle daaraan verbonden risico's? Daarom zou men bovengenoemde oplossing ook kunnen nuanceren door de openbare gezondheidszorg uit een andere bron (bijvoorbeeld de algemene middelen) te financieren.
2. De taakgroep realiseert zich dat het als suggestie 1 beschreven systeem niet direct zal kunnen worden ingevoerd. Voorshands lijkt het al een grote verbetering wanneer bij de financiering aan de volgende voorwaarden wordt voldaan:
  - een gecoördineerd beleid van de verschillende financiers. De uiteindelijke beleidsbeslissing dient uitdrukkelijk bij één departement te liggen;
  - de financiering van een bepaald werkterrein dient waar mogelijk uit slechts één bron te geschieden. Slechts bij experimenten zou men ook op andere bronnen kunnen terugvallen;
  - het financieel orgaan dient zo veel mogelijk los te staan van het bestuursorgaan, dat de beleidsbeslissingen neemt.

#### **Knelpunten naar categorie**

Na de meer algemene knelpunten te hebben besproken tracht de taakgroep voor enkele specifieke sociaal-geneeskundige gebieden binnen het geheel van de gezondheidszorg een overzicht van knelpunten en leemten te geven. Die gebieden zijn: de (pre)natale en moederschapzorg alsmede de zuigelingen- en kleuterzorg, de

schoolgezondheidszorg, de sociaal-geneeskundige activiteiten ten behoeve van adolescenten, de sociaal-geneeskundige activiteiten ten behoeve van de huisvrouwen, de sociaal-geneeskundige activiteiten ten behoeve van personen in de arbeidsproductieve fase, de sociaal-geneeskundige zorg voor personen boven de 65 jaar en de sociaal-geneeskundige zorg voor migranten uit andere cultuurpatronen. Hieronder de paragrafen 'Schoolgaande jeugd' en 'Arbeidsproductieve fase'.

#### *Schoolgaande jeugd*

Als belangrijkste knelpunten wordenesignaleerd:

- onvoldoende kwaliteit en in mindere mate kwantiteit van de als schoolarts werkzame medici. Slechts 43% van de als schoolarts werkzame medici is geregistreerd als jeugdarts (23% opgeleid en 20% volgens overgangsrecht);
- onvoldoende opleidingsmogelijkheden voor schoolartsen en ontbreken ervan voor de schoolverpleegsters of hulpkracht;
- het ontbreken van een researchinstituut en een hoogleraar voor de jeugdgezondheidszorg;
- onvoldoende aansluiting tussen kleuterzorg, schoolgezondheidszorg en bedrijfsgeneeskundige zorg;
- uitwisseling van gegevens van de schoolgezondheidszorg naar de bedrijfsgezondheidszorg vindt moeizaam of helemaal niet plaats. Reden hiervan is dat bij nogal wat schoolartsen, al dan niet terecht, de vrees leeft dat door hen te verstrekken gegevens ten nadele van de leerling kunnen worden gebruikt;
- van de schoolverlaters wordt circa 7% door de bedrijfsartsen niet of minder geschikt bevonden voor de geambieerde functie. Juist uit deze groep trekken vervolgens velen naar bedrijven waar geen bedrijfsgeneeskundige dienst is;
- in de jeugdgezondheidszorg werkende artsen zijn vaak onvoldoende op de hoogte van bedrijfsgeneeskundige problemen;
- het bestaan van veel te kleine schoolartsendiensten met onvoldoende administratieve

- onderbouw;
- het werkterrein van de schoolgezondheidszorg omvat thans het kleuter-, het lager, het grootste deel van het buitengewoon onderwijs en het onderwijs dat daar onmiddellijk op aansluit. Vooral het onderwijs dat een vervolg is op het eerste voortgezet onderwijs wordt niet door de schoolgezondheidszorg bestreken. Verder is het huidige systeem ontoereikend voor hen die vroegtijdig het onderwijs verlaten of helemaal geen onderwijs volgen;
- onvoldoende standaardisatie van onderzoeksmethodiek, criteria, medische registratie en (jaar)verslaglegging;
- onvoldoende garantie dat de jeugd waar ook in Nederland op een gelijkvormig pakket van voorzieningen in de schoolgezondheidszorg kan rekenen.

#### *Suggesties*

1. Ten einde de kwaliteit van de schoolgezondheidszorg te verbeteren wordt voorgesteld schoolartsen zonder opleiding geen vaste aanstelling te geven in die functie. Ook zou – in navolging van het bij wijkverpleegkundigen toegepaste systeem – slechts tijdelijk een arts zonder opleiding in de jeugdgezondheidszorg in dienst mogen worden genomen, indien men kan aantonen dat er geen gekwalificeerde kandidaat te vinden is. Duidelijk is dat indien men de kwaliteit van de schoolartsen wil verhogen de opleidingscapaciteit moet worden vergroot.
2. Voorgesteld wordt kleinere schoolartsendiensten samen te voegen tot een zelfstandig onderdeel van een DGD met een goede administratieve onderbouw en een hoofd van de dienst die geheel of gedeeltelijk van het gewone werk is vrijgesteld.
3. Meer en betere samenwerking met de curatieve sector is noodzakelijk. Ook de samenwerking met de schooladviesdiensten, MOB, JPD en anderen dient meer aandacht te krijgen.
4. Het is noodzakelijk dat alle vormen van buitengewoon onderwijs onder

schoolgeneeskundig toezicht worden gesteld. Verder dient de schoolarts te worden opgenomen in iedere toelatings- en/of begeleidingscommissie, ook indien daarin reeds een klinisch specialist zitting heeft.

5. In de schoolgezondheidszorg dient overal een zelfde basispakket van voorzieningen te worden aangeboden. Voor specifieke categorieën (bijvoorbeeld leerlingen LOM-scholen) zal dit moeten worden aangevuld.

6. Ter bevordering van de continuïteit van de zorg is meer overleg en samenwerking tussen jeugd- en bedrijfsgezondheidszorg dringend gewenst.

7. In ieder geval dienen jeugd- en schoolartsen die in hun werk te maken krijgen met vraagstukken rond de beroepskeuze een applicatiecursus bedrijfsgeneeskunde te volgen.

#### *Arbeidsproductieve fase*

In het *schema* (zie volg. pag.) wordt aangegeven welke sociaal-geneeskundige activiteiten ten behoeve van personen in de arbeidsproductieve fase worden verricht. Tevens kan men er in terugvinden welke sociaal-geneeskundigen bij deze activiteiten zijn betrokken. De arbeidsproductieve fase wordt opgesplitst in twee delen:

- de loonvormende arbeid, onderverdeeld in een groep actief in het arbeidsproces werkzaam en een groep non-actieven;
- de niet-loonvormende arbeid, onderverdeeld in mannen en vrouwen.

Uit het schema valt af te lezen dat het sociaal-geneeskundige systeem (nog) geen gesloten circuit vormt (een systeem dat Oostvogel in de somatische curatieve sfeer introduceerde). De afgekeurden, de werklozen, enz. blijken buiten de sociaal-geneeskundige activiteiten te vallen, terwijl juist deze groepen de zorg het meest nodig zullen hebben. Binnen het systeem krijgt de huisarts hierdoor een soort bezemwagenfunctie toebedeeld. Als voornaamste *knelpunten* kunnen worden signaleerd:

- *kolom A, niveau 1*. Van de werknemers werkzaam in de

industrie, de bouwnijverheid en de installatiebedrijven kan worden gesteld dat circa 39% van hen bedrijfsgeneeskundige verzorging geniet uitgaande van een verplicht gestelde bedrijfsgeneeskundige dienst<sup>1</sup>. Wanneer men in industrie, bouwnijverheid en installatiebedrijven kijkt naar het totaal aantal loontrekkenden dat enige vorm van bedrijfsgeneeskundige verzorging geniet (dus inclusief zorg van vrijwillig ingestelde bedrijfsgeneeskundige diensten), dan blijkt dat op een totaal van circa 1.46 miljoen werknemers circa 778.000 bedrijfsgeneeskundige zorg ontvangt, hetgeen neerkomt op ongeveer 53%. Ten einde een grotere groep dan de huidige 39% te bereiken zou het getalscriterium van 750 werknemers per onderneming uit de Wet op de bedrijfsgeneeskunde moeten verdwijnen c.q. in ieder geval moeten worden verlaagd. In dat geval zouden één uniform financieringssysteem, één bestuurlijke organisatievorm, één opleidingssysteem en één controlesysteem gelden. Tegelijkertijd tekent zich dan een volgend probleem af: het aantal beschikbare en als zodanig opgeleide bedrijfsartsen is daarvoor ten emale onvoldoende. Zolang het aantal opgeleide bedrijfsartsen niet sterk toeneemt is iedere verlaging van de vorm van 750 werknemers zinloos. Thans verrichten veelal niet als bedrijfsarts geschoolde part-timers de bedrijfsgeneeskundige verzorging. Dat dit noodzakelijkerwijs niet altijd zal leiden tot een optimale zorgverlening, behoeft geen betoog. Dit minder gewenste verschijnsel draagt ongetwijfeld nadrukkelijk bij tot het soms dubieuze beeld van de bedrijfsgeneeskundige verzorging. Als regel wordt slechts een onvolledig dienstenpakket geboden, overeenkomstig ad hoc wensen, voortvloeiende uit een beperkt sociaal beleid en/of beperkte financiële middelen van kleine ondernemingen. Bij de overheid hanteert men andere regels ten aanzien van de bedrijfsgeneeskundige zorg en het toezicht daarop dan in het bedrijfsleven. Dit geldt met name ten aanzien van hetgeen de Arbeidsinspectie in de overheidssfeer doet. Tenslotte kan gesignaleerd worden dat de personeelsbezetting van de medische diensten van de Arbeidsinspectie niet optimaal is.

1. Bron: Jaarverslag 1976 College van Bijstand en Advies voor de Bedrijfsgeneeskunde.

# ARBEIDSPRODUKTIEVE FASE

	LOONVORMENDE ARBEID			ACTIVITEITEN BUITEN WERKTIJD	NIET-LOONVORMENDE ARBEID	
	A Actief in arbeidsproces	NONACTIEF IN ARBEIDSPROCES			E mannen	F vrouwen
		B ziekte/gebrek	C werkeloos			
1. voorwaardenscheppende organisatievormen .....	BGD'en Arbeidsinsp. ongeorg. part- time artsen	med. diensten bedrijfsver. BGD'en	Ver. tot bestr. tbc	ongeorg. part- time artsen	Ver. tot bestr. tbc	Ver. tot bestr. tbc
2. positieve gezondheidszorg.....	BGZ			SG		
3. primaire preventie .....	BGZ MDA		CB	CB SG	CB	CB
4. secundaire preventie.....	BGZ MDA		CB	CB SG	CB	CB
5. tertiaire preventie .....	VG MDA	VG	CB	CB SG	CB	CB
<hr/>						
sociaal-geneeskundige curatie .....	BG FA VG	VG	VG		VG	VG
6. curatieve zorg .....	HA	HA	HA	HA	HA	HA

## Toelichting

Onder *sociaal geneeskundige curatie* wordt verstaan een ad hoc hulpverlening, waarbij niet op de oorzaak van de klacht(en) wordt ingegaan.

Onder *fabrieksarts* wordt verstaan een soort medisch adviseur, die ad hoc wordt gevraagd voor de oplossing van bepaalde problemen.

Onder *primaire preventie* wordt verstaan een positieve gezondheidsbevordering als systematische activiteit gericht op alle individuen van de groep; men denke aan gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Met *secundaire preventie* wordt aangeduid een meer systematische op alle individuen der groep gerichte hulpverlening; het gaat hier om het opsporen van (potentiële) patiënten.

Met *tertiaire preventie* wordt bedoeld een systematische hulpverlening aan het zich meldende individu aan de hand van door hem/haar gestelde vragen; dit aansluitend op de curatieve hulpverlening.

BGZ = bedrijfsgezondheidszorg  
MDA = Medische Dienst Arbeidsinspectie  
VG = verzekeringsgeneeskunde  
BG = bedrijfsgeneeskunde  
FA = fabrieksarts  
HA = huisarts  
SG = sportgeneeskunde  
CB = consultatiebureau

Hierdoor kunnen deze diensten niet op de gewenste uitgebreide wijze hun taken verrichten, zeker niet daar waar de bedrijfsgeneeskundige verzorging ontbreekt.

- kolom A, niveau 2, 3 en 4. Twee zaken bepalen sterk de mogelijkheden om tot meer ontwikkelde vormen van gezondheidszorg binnen de onderneming te komen:
  - a. de financiële mogelijkheden van de onderneming. De volledige kosten voor de bedrijfsgezondheidszorg drukken immers in volle omvang op de bedrijfsresultaten;
  - b. het sociaal beleid van de onderneming. Slechts bij een vooruitstrevend sociaal beleid kan er sprake zijn van een goede

voedingsbodem voor de bedrijfsgezondheidszorg. Dienstverlening binnen het kader van de positieve gezondheidszorg zal men slechts zelden aantreffen. Dienstverlening als primaire dan wel secundaire preventie komt frequenter voor.

- kolom A, niveau 5. Gesignaleerd wordt dat er nog een gebrek aan mankracht is in de verzekeringsgeneeskundige sector. Opgemerkt kan worden dat er onvoldoende afstemming is tussen de activiteiten die worden ontwikkeld op het door de Ziektewet bestreken terrein op die welke ontwikkeld worden op de terreinen van respectievelijk

arbeidsongeschiktheidsverzekering (WAO) en de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW). Aan meer coördinatie bestaat behoefte. Nog steeds speelt de problematiek voortvloeiende uit de regel dat behandeling en controle gescheiden zijn. De verzekeringsgeneeskunde is organisatorisch georiënteerd op het woon/ziekte-adres. De plaats waar de arbeid wordt verricht ligt echter elders. Indien het in bepaalde gevallen noodzakelijk is dat de verzekeringsgeneeskundige zich op de hoogte stelt van de functie/werkomstandigheden, kan dit problemen opleveren.

- kolom B, niveau 2, 3 en 4. Hoewel

het hier voor een groot deel om activiteiten gaat die vallen buiten de sfeer van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, kan toch de volgende kanttekening worden geplaatst: Wanneer een werknemer wegens ziekte tijdelijk niet meer aan het arbeidsproces deelneemt, wordt de bemoeienis vanuit deze verzorgingsniveaus meestal gestaakt. De aandacht blijft nu geheel gericht op deze ziekte die tot uitval bij het arbeidsproces leidde. Indien het om een ziekte van korte duur gaat, zal dit tot weinig problemen aanleiding geven. Zo gauw echter de uitspraak 'einde arbeidsleven' wordt gegeven, is de betrokkene voorgoed verstoken van zorg op deze niveaus.

– *kolom C.* Voor deze groep bestaan nauwelijks voorzieningen. Slechts de consultatiebureaus bieden voorzieningen voor de organen in de thorax en hun mogelijke afwijkingen.

– *kolom D.* Begeleiding bij recreatieve activiteiten ontbreekt op alle niveaus bijna geheel.

– *kolom E.* Het aantal mannen dat in deze rubriek wordt geregistreerd is zeer klein. Hierdoor zijn zij niet te benaderen voor de bedrijfsgeneeskundige begeleiding.

– *kolom F.* De problematiek rond de alleenstaande en niet-alleenstaande vrouw: Opgemerkt wordt dat het overgrote deel van de alleenstaande vrouwen loonvormende arbeid zal verrichten. Tevens wordt opgemerkt dat de gehuwde vrouw in het kader van de AAW slechts in aanmerking komt voor voorzieningen en niet voor uitkeringen.

Als algemene opmerking bij het schema kan tenslotte worden vermeld dat de verzekeringsgeneeskundige zijn werk verricht in het veld van de sociaal-geneeskundige curatie en de tertiaire preventie.

#### Suggesties

1. Het verdient de voorkeur de bedrijfsgeneeskundige zorg uit de bedrijven te halen en onder te brengen bij stichtingen. In aanmerking nemende dat de kosten van de bedrijfsgeneeskundige zorg geheel ten laste van het bedrijf komen, mag worden verwacht dat bij teruglopende

bedrijfsresultaten minder geld beschikbaar zal komen voor de eigen bedrijfsgeneeskundige dienst.

Hierdoor wordt in ieder geval uitbreiding van het takenpakket minder waarschijnlijk, terwijl zelfs mag worden gevreesd dat het bestaande peil van dienstverlening niet gehandhaafd kan blijven indien er werkelijk fors gaat worden bezuinigd. In de stichtingen zouden werkgevers en werknemers, als direct belanghebbenden, paritair kunnen zijn vertegenwoordigd. Voor wat betreft de problemen rond de financiering van deze stichtingen kan worden verwezen naar het systeem van collectieve financiering zoals dat in de bouwnijverheid wordt toegepast: financiering vindt hier door de gehele bedrijfstak plaats in één organisatie, waarin werkgevers en werknemers gelijkelijk zijn vertegenwoordigd.

2. Het verdient aanbeveling voor de bedrijfsgeneeskundige diensten bij de overheid dezelfde maatstaven aan te leggen en dezelfde erkenningsmogelijkheden te hanteren als voor de bedrijfsgeneeskundige diensten in het particuliere bedrijfsleven.

3. Het is wenselijk na te gaan in hoeverre het mogelijk is de consultatiebureaus voor longziekten (kolom C) nieuwe werkterreinen te bieden, opdat ook andere orgaansystemen in de preventie

kunnen worden betrokken. Met belangstelling wordt dan ook uitgezien naar de resultaten van proeven op dit terrein bij bepaalde consultatiebureaus.

Overigens mag niet worden verwacht dat op korte termijn een sluitend systeem van voorzieningen vanuit deze bureaus zal kunnen worden gerealiseerd.

De gedachte aan uitbreiding van het werkterrein werd mede ingegeven door het feit dat indien de situatie zich niet wijzigt de tbc-surveillance binnen tien jaar zal zijn beëindigd, daar de bureaus niet meer kunnen worden bemand. Het is zeer te betreuren indien een dergelijk stelsel van bureaus uit de gezondheidszorg zou verdwijnen.

4. Een goede opleiding tot sportarts is noodzakelijk om te bereiken dat in de toekomst de sportgeneeskundige begeleiding professioneler van aard zal worden. Gelukkig wordt dit uitgangspunt in sociaal-geneeskundige kring onderschreven en wordt er intensief aan oplossingen gewerkt. Terzijde wordt opgemerkt dat sportgeneeskundige begeleiding van topsporters nimmer mag leiden tot aantasting van de gezondheidstoestand van de sportbeoefenaar. Zolang men zich niet kan onttrekken aan de grote financiële belangen die soms gemoeid zijn met de hoogst mogelijke prestatie van topsporters, zal dit echter nog wel een vrome wens blijven.

### MAATSCHAPPIJ-AGENDA 1978

22 september (vrijdag)	– Algemene Ledenvergadering KNMG
21 oktober (zaterdag)	– Ledenvergadering LAD
28 oktober (zaterdag)	– Ledenvergadering LSV
3 november (vrijdag)	– Ledenvergadering LHV
4 november (zaterdag)	– 23ste NHG-Congres

---

## **UIT DE ZIEKENFONDSRAAD**

---

In de op 24 augustus 1978 gehouden vergadering van de Ziekenfondsraad kwamen de volgende onderwerpen aan de orde:

### **Inhaalprogramma polio vaccinatie**

Op verzoek van de staatssecretaris van Volksgezondheid besloot de Ziekenfondsraad de kosten van een eenmalig inhaalprogramma voor vaccinatie tegen poliomyelitis met DTP (difterie, tetanus, poliomyelitis) ten laste te brengen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Zulks gelet op het bijzondere belang van de volksgezondheid dat met het huidige inhaalprogramma van deze vaccinatie is gemoeid. De kosten van het programma, dat spoedshalve reeds gaande is, bedroegen tot nu toe f 2,5 miljoen.

### **Erkenning verpleeginrichtingen**

Reeds in 1976 had de Ziekenfondsraad aan de staatssecretaris van Volksgezondheid advies uitgebracht inzake de vaststelling van normen en voorwaarden voor de erkenning van verpleeginrichtingen. Een op dit advies gebaseerd concept-be-luit met bijbehorende toelichting is door de Commissie Erkenningen van de raad besproken met onder anderen deskundigen van verschillende disciplines op het gebied van verpleeginrichtingen. Daarbij is in het bijzonder ook aandacht besteed aan de zogeheten dagbehandeling. Dit overleg heeft geleid tot de opstelling van een aangepast concept-advies, dat aan de staatssecretaris ter vaststelling zal

worden aangeboden. Het is de bedoeling dat de daarin vervatte normen en voorwaarden zullen gelden voor de gehele sector van de verpleeginrichtingen zoals die tot dusver bestaan, d.w.z. zowel voor inrichtingen die somatische patiënten opnemen, voor inrichtingen die geestelijk gestoorde bejaarden opnemen als voor inrichtingen waar beide groepen patiënten in afzonderlijke afdelingen worden verpleegd. Incidenteel zijn bepalingen ingevoegd die uitsluitend van toepassing zijn op de verpleeginrichtingen voor geestelijk gestoorde bejaarden. Voorts zijn in de nu ontworpen normen speciale voorwaarden opgenomen waarvan de inrichting moet voldoen om voor het verlenen van dagbehandeling in aanmerking te komen.

### **Jaarrekening 1977**

#### **College voor Ziekenhuisvoorzieningen**

Uit de jaarrekening 1977 van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen blijkt, dat een saldo van f 3.264.097,— dient te worden gedekt. Overeenkomstig de Wet Ziekenhuisvoorzieningen komt dit bedrag ten laste van de AWBZ. De raad besloot aan de staatssecretaris van Volksgezondheid te berichten dat deze jaarrekening zijnerzijds geen aanleiding tot opmerkingen geeft.

### **Toelating fysiotherapeuten**

Naar verwachting zal de Ziekenfondsraad binnen afzienbare tijd moeten beslissen over enige toelatingsgeschillen tussen ziekenfondsen en fysiotherapeuten.

Aangezien de bestaande Commissie toelating heilgymnasten/masseurs niet bevoegd is daaromtrent advies uit te brengen, dient hierin te worden voorzien. Nu toch een nieuwe commissie dient te worden ingesteld, zal deze de bevoegdheid worden gegeven te oordelen over toelatingsgeschillen zowel van de heilgymnasten/masseurs, de fysiotherapeuten, de oefentherapeuten Mensendieck en Cesar en de verleners van foniatrische en logopedische hulp. Een hiertoe strekkend besluit werd door de raad goedgekeurd.

### **Bekrachtiging overeenkomsten**

Overeenkomstig de adviezen van de Commissie Overeenkomsten bekrachtigde de raad de volgende overeenkomsten:

- a. Honorering huisartsen voor verleende geneeskundige hulp in 1978. Het abonnementshonorarium (samengesteld uit netto-honorarium, pensioenpremie en praktijkkosten) per op naam van de huisarts ingeschreven ziekenfondsverzekerde bedraagt: tot 1.800 zielen: f 84,11; van 1.800 tot 2.000 zielen: f 58,55; daarboven: f 50,57.
  - b. Model-overeenkomst uitvoeringsorganen AWBZ/gezinsvervangend tehuis voor gehandicapten.
  - c. Overeenstemming met 'Orthobanda' inzake de prijzen van kunst- en hulpmiddelen voor de jaren 1976 en 1977.
-

# De psycholoog in de eerste lijn

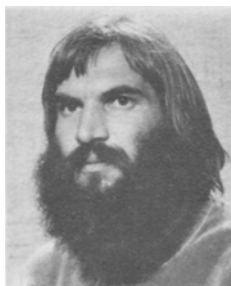
Opmerkingen naar aanleiding van een driejarig experiment

## Inleiding

De Stichting Capelse Huisartsen, bestaande uit de twaalf te Capelle aan de IJssel samenwerkende huisartsen (allen voeren solopraktijken), is voor een periode van drie jaar (medio '75 tot en met medio '78) een samenwerkingsverband aangegaan met een psycholoog. Het geheel werd geëvalueerd door het NHI en financieel mogelijk gemaakt door een experimentensubsidie van het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Het betrof hier geen 'zuivere' eerstelijns functie, in de zin dat de psycholoog direct bereikbaar was voor de patiënt (geen open spreekuur), maar uitsluitend via verwijzing van de huisarts. Een psycholoog voor, of ten dienste van de eerste lijn kan verschillende taken vervullen: diagnostiek, consultatie, directe hulpverlening (in de zin van therapie) en preventieve activiteiten. In ons geval hebben zowel de behoefte van de huisartsen (snelle verwijsmogelijkheid van hun patiënten) als de eigen belangstelling en nascholing van de psycholoog er toe geleid dat het hoofdbestanddeel van de werkzaamheden van de psycholoog bestond uit directe hulpverlening in de zin van therapie. Aangezien in brede kring de mening bestaat dat de belangrijkste bijdrage van een psycholoog ten dienste van de eerste lijn het consultatie geven aan de huisarts en de andere eerstelijns werkers zou zijn, willen we hier langer bij blijven stilstaan. Consulteren houdt in dit verband in dat een huisarts, die tijdens het behandelen van psycho-sociale klachten vastloopt, een psycholoog raadpleegt. Samenspraak levert de huisarts dan

**Samenvatting** – In dit artikel wordt een beeld geschetst van de samenwerking tussen huisartsen en een psycholoog te Capelle aan de IJssel. Ingegaan wordt op de keuze tussen consultatie en daadwerkelijke hulpverlening door de psycholoog. Daarnaast wordt geschetst hoe de hulpverlening zich naar vorm en inhoud gedurende drie jaar heeft ontwikkeld en welke consequenties de keus voor daadwerkelijke hulpverlening had, zowel naar behandeling, indicatiestelling, als naar resultaat.

door **P. B. M. Rijnders, psycholoog**



nieuwe gezichtspunten op waarmee hij de behandeling van de patiënt zelf kan voortzetten. De eerste vraag die zich voordoet is: brengt de huisarts de tijd en/of de interesse op en heeft hij mogelijkheden om dit te doen? Onze ervaring leert dat het antwoord hierop in de praktijk vaak neen is. Zeker als het gaat om op het dagelijks spreekuur in te gaan op alle psycho-sociale klachten die eigenlijk behandeling behoeven.

Een ander argument ontleen we aan De Boer (1973) waar hij concludeert in een onderzoek naar de attitudewijziging van artsen onder invloed van een Balintgroep, dat het volgen van zo'n groep in het algemeen wel een attitudewijziging ten opzichte van psycho-sociale klachten bij de

arts tot gevolg heeft, maar dat zijn wel of niet optreden toch sterk probleemgebonden blijft (dat wil zeggen de interesse van de arts moet hebben).

Dit houdt niet in dat we consultatie afdoen als niet terzake. In incidentele gevallen gebeurde dit wel degelijk en resulteerde dit ook in voortzetting van de behandeling door de huisarts zelf. In de meeste gevallen volgde echter uiteindelijk alsnog verwijzing. Meer dan aan consultatie bleek bij de huisarts behoefte te bestaan aan kennis over het werkteerrein van de psycholoog, het leren kennen en onderkennen van psycho-sociale klachten, of psycho-sociale componenten in de somatisch gebrachte klacht van de patiënt. Kortom, als grootste behoefte bij de huisarts bleek te bestaan die aan kennis over de mogelijkheden en de grenzen van de psychologie. De vorm van samenwerken zoals die zich in de Capelse situatie heeft ontwikkeld met het intensieve contact tussen huisarts en psycholoog bleek hiertoe uitstekende mogelijkheden te bieden, zoals onder meer bleek uit de zich steeds verbeterende verwijzingsindicaties. Alvorens te vervolgen is het zinnig eerst in te gaan op deze verwijzingsindicaties binnen de eerste



lijn, teneinde de soort en vorm van hulpverlening te kunnen afbakenen ten opzichte van de hulp die wordt geboden in de tweede lijn of hoger. In tegenstelling tot de tweedelijns hulp bleken patiënten behandelbaar voor de eerstelijns psychologische hulp als aan de volgende criteria werd voldaan:

1. symptoomgericht;
2. eenduidig, dat wil zeggen snel te omschrijven en/of af te grenzen problematiek;
3. tijdelijk aspect, dat wil zeggen vastgelopen situatie op *dit* moment, dus 'recent' ontstaan;
4. te relateren aan situationele gegevens;
5. behandelbaar in de conflictsituatie;
6. behandelbaar in zes tot tien consulten.

Deze zes criteria zijn geheel uit de praktijk van dit samenwerkingsverband ontstaan en hebben niet de pretentie volledig, noch het enig werkbaar model te vormen.

### De hulpverlening

In totaal zijn 480 patiënten verwezen en behandeld. Doel was in eerste instantie het creëren van een directe hulpverlening. Om risico's van wachttijden te vermijden werd 'gemikt' op een behandeling van maximaal 10 consulten. De eerste vraag werd dus welke problematiek zich daarvoor leende. Omdat dat binnen de groep niet zeker te omschrijven was, werd aanvankelijk afgesproken dat elke huisarts alleen een patiënt zou verwijzen als hij de indruk had dat behandeling binnen de termijn haalbaar was. De procedure die hierbij werd gehanteerd was als volgt: huisarts en psycholoog overleggen (meestal telefonisch) over een potentiële patiënt. Indien ook de psycholoog behandeling binnen de termijn mogelijk achtte, kon de patiënt die de mogelijkheid tot hulp van de psycholoog was aangeboden, met hem een afspraak maken. Ondanks deze 'voorzorg' dreigde er al na zes maanden een wachttijd te ontstaan. Iets dat gezien de getalsverhouding van twaalf huisartsen/één psycholoog eigenlijk onvermijdelijk was. Om het experiment niet te doen vastlopen moest een kwantitatieve beperking worden ingevoerd. Deze werd bepaald op maximaal zeven patiënten per

huisarts per half jaar. Dit systeem bleek te voldoen.

Naast deze kwantitatieve ontwikkeling begon zich ook een kwalitatieve begrenzing af te tekenen, namelijk welke problematiek met welke techniek bij deze psycholoog, binnen het gestelde tijdsbestek, met redelijk succes behandelbaar was. Allereerst wat betreft de techniek bleken de communicatietheorie en de gedragstherapie de meeste mogelijkheden te bieden in therapeutisch opzicht. In beide richtingen is bijgeschoold door de psycholoog. Deze keuze betekende ten aanzien van de behandeling dat in plaats van streven naar diepgaande persoonlijkheidsveranderingen na het eerste half jaar, werd geopteerd voor een vorm van 'psychologische eerstehulpverlening', waarbij wordt getracht een patiënt vanuit een vastgelopen situatie mogelijkheden te laten vinden om op eigen kracht toch verder te gaan.

Weakland e.a. (1974) constateren dat evenals de verwachtingen en veronderstellingen van een experimentator invloed hebben op zijn onderwerp, het geloof en de theorieën van de therapeut invloed hebben op zijn techniek, de duur en het resultaat van zijn behandeling. Uiteraard gaat dit ook hier op. Uitgaan van een 'eerstehulp psychologie' betekende in dit geval dat een symptoomgerichte behandeling op de voorgrond staat. Primair wordt aangesloten op de klacht van de patiënt. Dit heeft zowel pragmatische als gesprekstechnische gevolgen. Het symptoom wordt serieus genomen, de patiënt met zijn visie op dat symptoom wordt eveneens serieus genomen. Dit betekent echter niet dat de patiënt enkel de gelegenheid tot uithuilen krijgt. In de eerste gesprekken wordt gezocht naar een bredere context. Gepoogd wordt de klachten van de patiënt te plaatsen binnen een situationeel, intermenselijk kader; gezocht wordt naar vicieuze cirkels van actie en tegenactie, naar probleembestendigend gedrag en naar perceptiewijzen die deze cirkels bestendigen.

Voor de hulpverlening heeft dit tot gevolg dat wordt uitgegaan van die theorieën die in hun pragmatische uitwerking aansluiten bij deze kijk. In casu de communicatietheorie en de leertheorie.

Hoe werkt dit in de praktijk?

Uitgegaan wordt van het intakeschema van P. van Oost:

1. wanneer iemand een klacht heeft, dan heeft hij uit een hoeveelheid gebeurtenissen een selectie gemaakt. Hij brengt er iets van naar voren; dit is de klacht, dat wil zeggen hetgeen dat volgens de patiënt verkeerd gaat;
2. over de klacht geeft hij voorbeelden (situaties waarin de klacht in hoge intensiteit voorkomt);
3. hij geeft een bepaald oorzakelijk verband aan (het komt omdat . . .');
4. hij plaatst de klacht al dan niet in een interpersoonlijk kader.

Het eerste doel is om ten aanzien van de klacht een perceptiewijziging teweeg te brengen.

ad. 1: naast de klacht zaken gaan bekijken die wel gaan;

ad. 2: nagaan welk hanteringsgedrag de patiënt heeft ten opzichte van de klacht;

ad. 3: in plaats van de genoemde, een andere of een meervoudige oorzaak zoeken;

ad. 4: de eventuele betrokkenheid van andere personen nagaan.

Hiermede hopen we te bereiken dat:

1. de patiënt een gerelativeerde kijk op zijn klachten krijgt;
2. de patiënt mogelijkheden tot verandering gaat zien (waardoor de motivatie toeneemt);
3. de patiënt genuanceerder naar oorzaken gaat kijken;
4. de persoonlijke beladenheid afneemt.

Tegelijkertijd wordt het voor de psycholoog duidelijk welke therapeutische technieken bij deze patiënt moeten worden gekozen. Van de motivatie, de mogelijkheden en de intensiteit van de klacht van de patiënt zal afhangen of de therapie ook werkelijk zal slagen. De volgende klachten blijken volgens deze methode behandelbaar binnen de gestelde limiet: psychosomatiek; angst voor ernstige ziekten en fobische klachten; klachten met depressieve inslag; seksuele problematiek; assertiviteitsproblematiek; relatieproblemen.

Aangezien steeds wordt vastgehouden aan een beperkt aantal consulten wordt op deze praktische basis al een selectie duidelijk uit de vrij omvangrijke bovengenoemde klachtencategorieën. De tijdslimiet wordt de patiënt tevoren meegedeeld.

In het algemeen blijkt dit de motivatie om actief te participeren in de behandeling te verhogen. Eveneens heeft deze strategie invloed op onze kijk op het resultaat. Een pragmatisch resultaat prevaleert: in welke mate zijn belemmeringen tot 'normaal' functioneren weggevallen, in welke mate ervaart de patiënt zijn klachten als verdwenen of als 'leefbaarder'?

### Voordelen

Naar onze ervaring bevordert deze vorm van samenwerken een natuurlijke groei van belangstelling en kennis van de huisarts voor het terrein van de psychologie en haar therapeutische mogelijkheden. Inschakelen van de psycholoog in de eerste lijn biedt bovendien mogelijkheden om het somatisch-fixatiefenomeen vroegtijdig te doorbreken. Immers, al is de arts nog zo overtuigd van de niet-somatische oorzaak van een bepaalde klacht, wanneer adequate c.q. psychologische hulp ontbreekt blijft de arts vaak weinig anders over dan een keus tussen medicamenteuze behandeling of verwijzing naar de 'orgaan'specialist, die dan hopelijk zal 'bewijzen' dat het allemaal niet ernstig is. De ervaring leert (Scheff, 1966) dat iedere vorm van somatisch behandelen de patiënt sterkt in de mening dat hem op dat vlak iets mankeert. Inschakelen van de psycholoog biedt de mogelijkheid op korte termijn adequaat te behandelen. Psychologische hulpverlening in de eerste lijn levert nog een heel ander voordeel. In die situaties waar verwijzing naar de psychiatrie het enige alternatief is krijgt de patiënt gemakkelijk het stigma 'niet normaal', 'gek', 'onherstelbaar ziek'. In dit licht is verwijzing naar de psycholoog voor 'wat gesprekken' van een totaal andere orde.

### Literatuur

- De Boer, R. A. Nascholing van huisartsen, resultaten van het werk in studiegroepen medische psychologie, Boom, Meppel, 1973.  
Van Oost, P. Probleemanalyse, interne publikatie Interaktie Akademie, Hove, 1977.  
Scheff, T. J. Being mentally ill, A sociological theory, Aldine Publishing Company, Chicago, 1966.  
Weakland, J. H. Brief therapy: Focused Problem Resolution, Family Proces: 13: 141 - 168, 1974.



### Suikerspin in mijn geweten

Mijn oudste broer is gisteravond langs geweest. Ik had nachtdienst, dus hij moest op het ziekenhuis komen. Nu had ik erop gegokt dat het niet zo druk zou zijn, maar dat viel behoorlijk tegen.

Een half uur nadat mijn broer was gekomen werd ik al opgepiept. Bij de EHBO had zich een patiënte gemeld die onder het erytheem zat. Ik heb ervan genoten. Nu zijn huidverschijnselen toch al een lust voor het oog, maar ditmaal was het fraaiste van alles dat ze van top tot teen bedekt was met puistjes in allerlei stadia. We hebben haar overigens niets gegeven. Moeder Natuur zou zich wel over deze patiënte ontfemen. Tijdens het lichamelijk onderzoek, dat verder niets opleverde, zat de patiënte zich ongegeneerd te krabben; hierdoor hoorde ik door mijn stethoscoop de merkwaardigste geruizen over de longen.

Even later meldde zich een man met prikkelingen in het linkerbeen en de linkerarm. Dat kan natuurlijk van alles zijn. Hij had ook nog pijn op de borst, maar bij nader onderzoek gingen onze gedachten eerder uit naar de neurologische kant. In alle rust heb ik de reflexen kunnen doornemen, ditmaal ook de armreflexen.

Na nog een 'borstpijnpatiënt' ben ik mijn bed ingedoken. Vanochtend om zes uur werd ik eruit gepiept. Nu hoor ik die pieper wel, maar ik raak altijd hopeloos in de war van zo'n ding. Voor ik in de gaten heb waar dat gepiep vandaan komt, is er al weer een minuut verstreken. Dan duurt het zeker nog een minuut voordat ik weet welk nummer ik moet draaien (eerst draai je natuurlijk driemaal mis). Kortom, ik ben van mening dat de co-assistent een belangrijke bijdrage levert aan het 'patients delay'. Toen ik uiteindelijk het juiste nummer te pakken had, hadden ze aan de andere kant opgehangen. Prompt daarop ging de telefoon. Er was op de EHBO een jongen van zeventien jaar in een keto-acidotisch coma binnengebracht. Nu weet ik niets van diabetes en aanverwante zaken, laat staan dat ik ooit oog in oog met een suikerzieke heb gestaan, dus

het leek mij wel de moeite waard mij aan te kleden. Het was echter allemaal lang niet zo imposant als ik gedacht had. De patiënt leek net een astma-aanval te hebben, maar dan zonder fluitconcert. Er zat dus weinig muziek in en van dat suffige gekerm werd ik ook niet zoveel wijzer. We hebben hem goed onderzocht. Hij gaf pijn aan in de rechter onderbuik, dus mijn assistent dacht onmiddellijk aan een appendix. Volgens mij hebben alle Spanjaarden, Italianen en Turken dan ook een appendicitis, want zuiderlingen geven altijd wel drukpijn in de buik aan. Ze hebben waarschijnlijk de rug nog niet ontdekt als klachtenbron.

### DAGBOEK VAN EEN CO-ASSISTENT (46)

Terwijl ik naar de patiënt keek, welke er ineens iets in mij op. Een ethisch reveil, waarvan ik de aanwezigheid niet meer bewust was. Waarom spuiten wij niet onmiddellijk insuline in? 'Dat wil Dr. Hartog niet hebben', zei mijn assistent: 'eerst moeten wij hem een liter hypo-osmolaire vloeistof geven en dan pas een lage dosis insuline. Dat is beter voor het kaliumgehalte.' Dr. Hartog zal het wel weten, maar de goede jongen werd steeds zieker. Hij raakte geestelijk helemaal in de knoop met die suikerdraden in zijn hoofd. Hij werd zowel angstiger als agressiever. Pas na een uur werd hij naar de Intensive Care gebracht, waar hij een infuus met insuline kreeg.

Dr. Hartog vertelde mij achteraf, dat je meteen insuline had kunnen - ja zelfs had moeten - geven, maar dan wel in een vrij lage dosis. Dr. Wouters was het niet met hem eens: 'Geef dat joch toch een stootdosis van 30E en leg hem daarna aan een infuus met insuline.' Daar was ik ook een voorstander van. Want de wijze waarop die jongen vanochtend werd 'behandeld' knaagde wel aan mijn geweten.

Alexander van Es

---

# Versterking van de eerste lijn door raadplegen van de diagnost

## I: Verwijzen is overdragen geworden; onderzoekfaciliteiten voor de huisarts

*Wat doet de huisarts eigenlijk zelf nog?*

In 1952 bedroeg het verwijzingspercentage van de huisarts 22%. In 1962 beliep het ruim 32%, reden voor Bremer om zich de zoëven genoemde vraag te stellen. In 1970, zo blijkt uit een studie van Van Es en Pijlman, verwees de huisarts in de periferie 35% van de patiënten die zijn hulp inriepen terwijl het verwijzingspercentage van zijn stedelijke collega toen al tot 53% was opgelopen. In 1976 tenslotte bleken er landelijk 486 verwijskaarten per 1.000 ziekenfondsverzekerden te zijn getekend.

Pel breidt de 'administratieve' verwijzingen (herhalingsconsulten, verwijskaarten voor de oogarts) uit met de verwijzingen voor chirurgische eerste hulp, die in de grote steden wordt geleverd zonder verwijzing van de huisarts vooraf; deze 'pseudoverwijzingen volgens Pel' kunnen oplopen tot 40% van het totaal: in 1976 zo berekend 195 op 486. *De huisarts verwijst naar het ziekenhuis.* De tijd dat de specialist bij de patiënt thuis 'in consult' werd geroepen ligt reeds lang achter ons.

Om tot een zo goed mogelijke en doelmatige diagnostiek te komen moest de patiënt naar het ziekenhuis; dáár vinden we de onderzoekfaciliteiten.

Weliswaar blijft volgens de omschrijving die het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) heeft gegeven van 'verwijzen' ('ad hoc en tijdelijk delegeren naar medische en andere deskundigen, waarbij de verantwoordelijkheid van de huisarts blijft bestaan') de huisarts medeverantwoordelijk, maar die medeverantwoordelijkheid van de huisarts – als taakwaarnemer van de integrale gezondheidszorg – wordt door de specialist niet erkend noch

---

door F. W. J. Puijlaert



De auteur is huisarts te Sas van Gent.

---

door de huisartsen zelf waargemaakt (De Melker).

*Integratie van de huisarts in het ziekenhuis is een utopie.* Beter dan de NHG-definitie lijkt ons daarom de omschrijving die Fry gaf van 'verwijzing': 'elk geval waarbij de verantwoordelijkheid voor de patiënt wordt overgedragen aan een specialist'.

### Overdragen of raadplegen?

*De verwijzing plaatst de huisarts voor een voldongen feit.* Het Nederlands Huisartsen Genootschap mag de functie van de huisarts dan zien als het aanvaarden van continue integrale en persoonlijke zorg voor de gezondheid, wie zijn patiënt naar het ziekenhuis stuurt draagt de verantwoordelijkheid voor diagnose en behandeling zoals de zaken er thans voorstaan over aan de specialist.

*Ons uitgangspunt ligt in de stelling, dat niet iedere verwijzing door de huisarts van een patiënt naar het ziekenhuis automatisch het overdragen*

*van die patiënt aan de intramurale specialist hoeft in te houden.* De wezenlijke keuze zou moeten zijn: overdragen óf raadplegen. Gezien het belang dat moet worden gehecht aan het waarom van de verwijzing – gaat de verwijzing door, dan komt zij immers neer op een overdracht van (de verantwoordelijkheid voor) de patiënt aan de specialist – is er behoefte aan een mogelijkheid tot raadplegen van diagnosten die geen binding met de patiënt aangaan. De patiënt wordt niet overgedragen, maar de huisarts raadpleegt een diagnost. Deze kan hem eveneens helpen de in het ziekenhuis aanwezige diagnostische faciliteiten zinvol te gebruiken, vooral echter kan hij de huisarts bijstaan in het vinden van de juiste diagnose (Hopkins, Fry, Peterson). Het is in dit verband niet meer dan logisch, de intramurale specialisten te onderscheiden in ziekenhuisartsen en diagnosten.

*'Verwijzen' wordt zo 'raadplegen' (van een diagnost) óf 'overdragen' (aan een ziekenhuisarts).* De huisarts heeft de keus: overdragen of zelf behandelen. Van die keus hangt af tot welke intramurale specialist hij zich zal wenden, tot de ziekenhuisarts of tot de diagnost.

Door de huisarts gebruik te laten maken van de diagnostische faciliteiten binnen het ziekenhuis kan de grens tussen huisarts en intramurale specialist worden verschoven. De eerste houdt dan de diagnostiek zoveel als mogelijk in eigen hand. De ziekenhuisarts van zijn kant kan zo voor ongerichte verwijzingen worden gespaard: hij kan bij overdracht beter voorgeselecteerde patiënten verwachten.

## Geen nieuwe gedachte

Dat de huisarts zou moeten worden toegelaten tot het ziekenhuis om daar een diagnost te raadplegen – het idee dus van een *eerstelijns activiteit met gebruikmaking van in het tweede echelon aanwezige voorzieningen* – is geen nieuwe gedachte.

Al in het midden van de zestiger jaren drong De Haan erop aan ziekenhuisfaciliteiten beschikbaar te stellen voor de huisarts. Bij diezelfde gelegenheid vestigde hij er de aandacht op dat van die faciliteiten maar een gering en dan nog wisselend gebruik werd gemaakt.

In 1972 stelde Van Mansvelt zich de vraag: 'Zou de huisarts niet meer moeten worden ingeschakeld bij ontwikkelingen die in de geneeskunde in het ziekenhuis plaatsvinden?' Zijn aanbeveling: 'Intensief contact van de medische staf [lees: de diagnosten] met de huisarts moet ertoe leiden hem het eenvoudig specialistisch onderzoek te leren, zodat aan de hand van de resultaten de huisarts de te volgen gedragslijn met betreffend specialist kan bespreken.' Deze opvattingen zullen geen huisarts (meer) kwetsen, al leest men in het zelfde bestek 'dat men voor een goed onderzoek toch bij een specialist moet zijn', mits dit een specialist-in-het-onderzoek is, een diagnost dus!

In 1974 stelt Schipper, verbetering van het diagnostisch vermogen van de huisarts te zien als een van de wegen waarlangs de eerste lijn kan worden versterkt. De huisarts zal ervoor dienen te zorgen van de geboden mogelijkheden doeltreffend gebruik te maken. De samenstellers van scholings- en herscholingsprogramma's wordt aanbevolen in de naaste toekomst aandacht te schenken aan de toegenomen onderzoeksmogelijkheden op het gebied van de klinische chemie en de röntgenologie.

Het lijkt waarschijnlijk, dat de huisartsen de indicatie tot verwijzing naar een specialist beter zullen kunnen stellen indien zij meer diagnostische mogelijkheden hebben, meent tenslotte de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. In dat geval zou de grens tussen eerste en tweede echelon zeer wel in de richting van het eerste echelon kunnen verschuiven. In zijn advies spreekt de raad zich vervolgens unaniem uit voor beschikbaarstelling van diagnostische

faciliteiten aan de huisarts.

Overigens moet – mét Groffen – met nadruk worden gewezen op het gevaar, dat de van overheidswege aangehangen echelonneringsgedachte ook weer kan bijdragen tot misverstanden.

Deze betreffen de beschikbaarheid van inrichting en voorzieningen op diagnostisch terrein voor de huisarts. Het doel van echelonnering is een verdeling van werkzaamheden, niet van voorzieningen. Men begaat derhalve een vergissing, indien men de intramurale diagnostische voorzieningen op grond van hun ligging en kosten uitsluitend indeelt bij het tweede echelon.

### De rol van de diagnost

Men kent de reden waarom aanvragen voor een nader röntgen- of laboratoriumonderzoek tot overdragen leiden:

- de eigen onderzoeksmogelijkheden van de huisarts thuis zijn beperkt gebleven;
- de onderzoeksmogelijkheden in de ziekenhuizen zijn sterk toegenomen;
- contacten van huisartsen met diagnosten zijn er nauwelijks, de laatsten zijn vooral klinisch georiënteerd, van 'interne' oorsprong als ze zijn;
- de huisarts raakt steeds verder achter in kennis van het diagnostisch onderzoek, dat van steeds gevorderder methodieken gebruik maakt.

Ons inziens zou het ziekenhuis zijn deskundigheid en zijn technische faciliteiten meer ter beschikking van de huisarts moeten stellen. Zoals de ziekenhuisarts de diagnost raadpleegt, zo zou ook de huisarts die diagnost meer om raad moeten vragen – ter bevestiging of uitsluiting van zijn voorlopige diagnose, zodat hij in staat is zijn patiënt zelf verder te behandelen dan wel hem meer gericht te verwijzen, dat is: over te dragen. Het werk van de diagnosten krijgt aldus een nieuw gezicht. Ook wordt de ingrijpende rol die zij spelen bij het vinden van een diagnose onderstreept. Als raadslieden op diagnostisch gebied helpen zij de ziekenhuisarts én de huisarts, overigens de verantwoordelijkheid voor de patiënt

en de uiteindelijke diagnose latend waar zij horen: bij de behandelend geneesheer. Ietwat chargerend kan men zeggen, dat de diagnost op die manier wordt losgeweekt uit de intramurale sfeer; zijn werkzaamheid krijgt meer een transmurale karakter (v.d. Drift). Anders gezegd: het wordt tijd dat wij onderscheid gaan maken tussen ziekenhuisarts en diagnost.

### Onderzoeksfaciliteiten voor de huisarts – literatuuroverzicht\*

Vóór 1970 was er nog geen sprake van een algemeen gebruik door de huisarts van röntgenfaciliteiten. Het chemisch laboratorium in het ziekenhuis, onder leiding van een 'klinisch' chemicus, was louter voor intern gebruik gereserveerd. De huisarts restten: een eigen labje, het huisartsenlaboratorium (HAL) en het Rijksstreeklaboratorium voor bacteriologie.

#### Het eigen lab

In 1968 gaf de Commissie laboratorium van het Nederlands Huisartsen Genootschap een overzicht van de onderzoeken die een huisarts zelf kan doen. Andere publikaties vergroten ons inzicht in deze materie alleen op deelgebieden – de diagnostiek van urineweginfecties (Luger, Van Trommel), haemoglobinebepalingen (Noordhoff e.a.). De mogelijkheid elders microscopisch onderzoek te laten verrichten, al was het alleen maar om tijd te winnen, wordt in geen van die publikaties genoemd. Daar, zoals Noordhoff c.s. aantoonde, het 'Hb-onderzoek door de huisarts als onbetrouwbaar is aan te merken, blijven voor de huisarts alleen de stix en de bezinking over (en voor de microscopisten de leuco-diff en het urinesediment).

In ons land wordt het laboratoriumwerk van de huisarts niet apart gehonoreerd. Het ligt ook niet in de lijn der verwachtingen dat dit binnen afzienbare tijd zal gebeuren; zo'n ontwikkeling is niet logisch. Gunstiger lijkt de ontwikkeling in de richting van zelfstandige ziekenhuis-

\* Een uitvoerige literatuurlijst is bij de auteur verkrijgbaar.

of huisartsenlaboratoria. Wat dat betreft zijn de HAL's hun tijd vóór vooruit.

### *Huisartsenlaboratorium*

Na het artikel van Groen in 1969 is er voor zover bekend in eigen land geen publikatie meer verschenen over de taak en werkwijze van de huisartsenlaboratoria. Op (te) bescheiden wijze attendeert Groen op de mogelijkheden die de huisarts hier worden geboden. Jammer genoeg besteedt hij geen aandacht aan het soms moeizame begin. Aanleiding tot het stichten van huisartsenlaboratoria was indertijd het niet vergoeden door de ziekenfondsen van eigen laboratoriumwerk.

Het advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake diagnostische centra (1974, 1975) leert ons dat Nederland dertien huisartslaboratoria telt: Alphen a/d Rijn, Amstelveen, Apeldoorn, Groningen, Haarlem, Hellendoorn, Hengelo, Leeuwarden, Leiden, Purmerend, Rotterdam, Rijswijk en Zaandam. Verder is er een Centraal Artsenlaboratorium (CAL) in Utrecht. Veel van die huisartsenlaboratoria werden in samenwerking met de ziekenfondsen door huisartsen opgericht.

Een huisartsenlaboratorium doet chemische bepalingen voor huisartsen, waartoe een overeenkomst met de ziekenfondsen is gesloten (het CAL is geen ziekenfondslab). De leiding van het onderzoek berust in zeven gevallen bij een klinisch chemicus, in één geval bij een laboratoriumarts en twee apothekers, in één geval bij twee apothekers en in vijf gevallen bij een klinisch-chemisch analist. De externe controle wisselt sterk. De grote laboratoria onderwerpen zich aan het toezicht van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Chemie of leggen onderzoekmateriaal over aan grote ziekenhuislaboratoria. Weerstand tegen controle op landelijke schaal is er niet. De HAL's bedienen ruim 1.500 huisartsen met ongeveer vijf miljoen patiënten; ongeveer duizend huisartsen maken geregeld gebruik van de diensten van een huisartsenlaboratorium. Ongeveer drieduizend huisartsen doen het wat dit aangaat zonder; zij zijn aangewezen op de

ziekenhuislaboratoria. Een wezenlijk verschil tussen het huisartsenlaboratorium en het ziekenhuislaboratorium blijft de prikdienst, die bloed afneemt bij de patiënt thuis, in de huisartspraktijk of in een wijkgebouw.

Daar de Centrale Raad in zijn vervolgadvis van 1976 duidelijk heeft gemaakt het belangrijk te vinden dat huisartsen steeds meer bij de ziekenhuislaboratoria worden betrokken, moet op het stichten van nieuwe HAL's niet worden gerekend.

### *Huisarts en streeklaboratorium*

Over het functioneren van de Rijksstreeklaboratoria voor bacteriologie als hulpverlenende instantie bij de diagnostiek van de huisarts bestaan bij ons weten geen publikaties. De wet verplicht de huisarts ontlasting na te zien op Salmonella; verder verricht men tijdens een bloedgroeponderzoek voor een zwangere automatisch de Wassermanntest.

Een compendium van onderzoeken mogelijk door de streeklaboratoria vindt men in het in 1977 verschenen 'Diagnostisch onderzoek', een uitgave van het RIV.

### *Huisarts en klinisch chemicus*

In 1962 publiceerde Twiss een lange lijst van bloedchemische bepalingen en haematologische, bacteriologische en serologische onderzoeken. Hij deed zijn lijst vergezeld gaan van de volgende kanttekening: 'Zo kan het laboratorium de huisarts behulpzaam zijn bij het onderscheiden van organisch en functioneel, ernstig en niet ernstig'. Wie zelf deze bepalingen wil doen moet wel over een lab beschikken; 'het hangt bovendien in grote mate af van de belangstelling en de mogelijkheden, of de huisarts zelf met behulp van dat laboratorium tot een diagnose wil komen (of zelf een ingestelde therapie wil volgen) of dat hij dit overlaat aan zijn collegae specialisten' (!) Dat laatste zal het meest zijn voorgekomen: vele klinisch-chemische laboratoria van Nederlandse ziekenhuizen stonden niet open voor bloedchemisch onderzoek voor de huisarts. Bremer e.a. stellen in 1964, dat het bloedonderzoek net als het lichamelijk onderzoek geruiststellend voor de

patiënt én zeer informatief voor de (huis)arts kan zijn. Zij vonden dat ruim 8% van de arts-patiëntontmoetingen uitloopt op een laboratoriumonderzoek, bij volwassenen zelfs 11%. Intussen omschrijven dezelfde auteurs het werk van de huisarts als voor een belangrijk deel bestaande uit vroegtijdige herkenning. Bij dat al zou de 'zeefunctie' – welke patiënt naar welke specialist, welke niet? – uit medisch zowel als uit sociaal-economisch oogpunt uitermate belangrijk zijn. Dit lezend kan men zich afvragen wat het de huisarts eigenlijk waard is op te komen voor een uitbreiding van zijn diagnostisch arsenaal.

### *Huisarts en radiodiagnost*

Bremer en Westrenen (1964) zien het aanvragen van een radiologisch onderzoek (nog) als verwijzen en behandelen het niet apart. Ook zij ontkomen niet aan de verwarring die ontstaat als men geen duidelijk onderscheid maakt tussen 'raadplegen' en 'overdragen'. Niettemin zien zij het belang van onderzoek in eigen beheer scherp in. Over het directe contact huisarts-radiodiagnost vonden wij tot de jaren '70 geen Nederlandse literatuur. Weliswaar maakt De Haan in zijn verhaal over een mogelijke samenwerking tussen ziekenhuis en huisarts onder meer melding van de radiologie, maar het is duidelijk dat hij daarbij eerder doelt op een verlaging van de drempel naar de inrichting dan op de beschikbaarstelling van de voorziening. Röntgenfaciliteiten noemt De Haan een waardevol hulpmiddel voor de huisarts. Huisarts en röntgenoloog moeten goed met elkaar afspreken welke inlichtingen de huisarts op het aanvraagformulier verstrekt. Van zijn kant moet de huisarts snel bericht terug krijgen, eventueel via een eigen brievenbus in het ziekenhuis. Regelmatig zou men de gemaakte foto's samen moeten bekijken. Bovendien zou de röntgenoloog advies kunnen geven over al dan niet uitbreiden of herhalen van het onderzoek. Periodiek overleg (!) tussen hoofd, laboratorium en huisartsen verdient overweging. Tot zover De Haan, die vermeldt dat van 29 huisartsen er 9 nog geen vijftien foto's in een jaar hadden aangevraagd. Hij noemt voorts Rupp,

die vond dat slechts 37% van een groep ondervraagde huisartsen in Zuid-Limburg min of meer regelmatig (vijf of meer malen per maand) radiodiagnostisch onderzoek liet doen. In Haarlem zou dit percentage wat hoger hebben gelegen. Een zelfde tendens valt te bespeuren in Engeland, waar de mogelijkheid om een radiodiagnost in te schakelen gedurende lange tijd was geblokkeerd wegens ruimte- en personeelsgebrek: van 60 huisartsen vroegen er slechts 23 frequent aan, 11 zelden, 26 nooit (Steiner); in het eerste jaar was het aandeel van het radiodiagnostisch werk op verzoek van de huisarts in het totaal 4%, in het tweede jaar 10%. Enkele interessante aspecten worden belicht door Lodge. Dat 5 à 10% van de radiodiagnostiek na de openstelling werd verricht op verzoek van de huisarts, houdt niet automatisch in dat er ook zoveel werk méér is gekomen. Immers, zo zegt Lodge, het aantal poliklinische patiënten vermindert en doorverwijzingen vinden plaats mét foto. Tot slot van deze rubriek van Engels allerlei is nog vermeldenswaard, dat Macally zich verontwaardigd heeft getoond over het feit dat de universiteiten in zijn land de radiodiagnostische service niet bieden en zo een verkeerde indruk geven van het werk van de huisarts.

In 1971 belicht belicht Prof. Dr. A. E. van Voorthuizen op een symposium te Sittard het directe contact huisarts-diagnost. Volgens hem moet het mogelijk zijn in de behoefte van de huisarts aan hulp op diagnostisch gebied te voorzien. De belangrijkste onderzoeken waarvan de huisarts op radiodiagnostisch terrein gebruik kan maken – maar te interpreteren door de radioloog! – zijn volgens hem: skeletopnames (verstuingen, artrobische afwijkingen) thoraxonderzoek (pneumonie, slecht herstellende longaandoeningen), maag (reflux door de hiatus hernia, maagkanker) en galblaas (stenen), colon, nieren (IVP: stenen, congenitale afwijkingen). In 1975 brengt Prof. Dr. C. B. A. J. Puijlaert het belang van uitbreiding van het radiologisch consult voor de huisarts ter sprake in de Geneeskundige Gids. Hij noemt: het tohoraxonderzoek, het maag-galblaasonderzoek (maagfoto doorslaggevend voor diagnose ulcus), het röntgenonderzoek van de

neusbijholte, het colononderzoek (artrosis, osteochondrose, Bechterew, metastase, ontkalking), de kleine traumatologie, het IVP (steen/gestuwde nier); zie ook Het Medisch Jaar 1976.

In een artikelenreeks in Patient Care (1974) noemt Borgaert de radioloog de 'diagnostic consultant' bij uitstek van de huisarts. Om het raadplegen van de radiodiagnost zinvol te maken moet de huisarts aangeven welk orgaan hij onderzocht wil hebben, welke klachten de patiënt heeft en wat hij zoekt of wil uitsluiten. In zijn ideale onderzoekpakket voor de huisarts zitten: longonderzoek (eventueel planigrafie), maagonderzoek (GI series), galblaasonderzoek, coloninloop (barium enema), schedelonderzoek. Ook pleit Borgaert voor een knie-artrogram bij meniscusletsels, mammografie, druppelinfuus pnelogram in plaats van IVP als routine, en tenslotte (later?) zelfs coronair-arteriografie.

#### *Huisarts en elektrocardiografie*

Vindt de huisarts een elektrocardiogram van de patiënt nodig, dan zal hij hem – ziek of niet – overdragen aan internist of cardioloog, tenzij hij zelf over een elektrocardiograaf kan beschikken (maar ook dan zijn de problemen niet weg).

De behoefte aan elektrocardiografie schrijft De Beus in 1969 toe aan 'de verantwoordelijkheid die de huisarts op zich neemt wanneer de patiënt zich vol vertrouwen tot de huisarts wendt. Wil hij dit vertrouwen waard zijn, dan zal de huisarts aan zijn diagnostiek de hoogste eisen moeten stellen . . . Deze verantwoordelijkheid van de huisarts wordt groter bij het toenemen van de diagnostische mogelijkheden . . . Het bestaan alleen van de elektrocardiograaf dwingt de huisarts ertoe deze te gaan gebruiken' (in a nutshell dit hele verhaal!). En Prof. Dr. J. P. Roos poneert in 1971: 'Te lang is de elektrocardiograaf het instrument van de specialist geweest, maar de elektrocardiograaf moet naar de frontlinie, de huisarts . . .' Ook De Bakker, die de ervaringen van vijf huisartsen met de elektrocardiografie noteerde, houdt een pleidooi voor het gebruik van de elektrocardiograaf in de huisartspraktijk, en wel omdat verwijzingen naar de cardioloog voor – steeds meer voorkomende – vage

hartklachten op grote problemen stuiten. De cardioloog raakt overbelast, er ontstaan lange wachttijden, de huisarts zelf gelooft nauwelijks in het bestaan van een medische indicatie.

De mogelijkheid tot nader elektrocardiografisch onderzoek heeft de vraag overtrokken. De patiënt heeft merkbaar meer behoefte aan een cardiologisch consult dan de huisarts aan het overdragen van de patiënt. Dat de gelegenheid voor een dergelijk consult gezien de lange wachtlijsten veelal ontbreekt, is een situatie waarmee de huisarts die zich tijd en moeite heeft getroost om een behoorlijk oriënterend onderzoek te doen geen vrede kan hebben (Hofmans & Birkenhager). Wat zijn de mogelijkheden om als huisarts aan de recent gerezen behoefte aan elektrocardiografisch onderzoek bij vage hartklachten tegemoet te komen? Of hij maakt en leest het ECG zelf, óf hij vindt iemand die het ECG wil interpreteren. De Beus, De Bakker zowel als Roos willen overbelasting voor het tweede echelon – lees: overdracht – voorkomen; zij lijken aanhangers van het eerste alternatief: zelfwerkzaamheid van de huisarts (al waarschuwt de eerste ervoor te denken dat men zo maar een ECG kan beoordelen); Prof. Meijler (1975) spreekt zelfs van 'beunhazerij'. Ook in Engeland, waar de strijd over de diagnostische faciliteiten en de toegang daartoe voor de huisarts nu schijnt te zijn beslecht, moet een uitzondering worden gemaakt voor het ECG (Knox). Zo lijkt zich op het terrein van de elektrocardiografie voor de huisarts een zelfde situatie voor te doen als met betrekking tot het laboratorium aan eigen huis: het komt voor, maar niet overtuigend, maar het weerspiegelt wel een duidelijke behoefte.

In ons land functioneren slechts enkele elektrocardiografische diensten, onder meer in Rotterdam. Op een bestand van 21.700 zielen verwezen Hofmans c.s., die daarover rapporteerden in 1973, in 27 maanden 198 patiënten rechtstreeks naar de internist of de cardioloog op verdenking van een hartinfarct. Van de andere patiënten met 'hart'klachten werden er 548 naar de ECG-leesdienst 'verwezen' (d.w.z. met behoud van de eigen verantwoordelijkheid van de

huisarts); van hen moesten slechts 39 door naar de cardioloog of naar het ziekenhuis. In totaal dus een overdracht van 237 hartpatiënten. Anders gezegd: gemiddeld werden 17,5 patiënten per jaar per huisarts (er deden in Rotterdam zes artsen mee) aan de internist of de cardioloog overgedragen, terwijl elke arts per jaar gemiddeld 44 elektrocardiogrammen bij de ECG-dienst aanvroeg (=44 raadplegingen).

Het is duidelijk, dat het bestaan van de dienst een toename van het aantal ECG-aanvragen in de hand heeft gewerkt. Aan de andere kant bleven vijfhonderd patiënten die anders zouden zijn overgedragen nu onder de hoede van de huisarts. In verwij percentages: 0,48% van de patiënten van de zes huisartsen werd meteen overgedragen en 1,25% ging ter raadpleging naar de ECG-dienst; van de andere Rotterdamse huisartsen ging 1,47% van de patiënten direct naar de internist/cardioloog. Bij algemene toepassing van de

elektrocardiografie door de huisarts blijkt het verwij percentage dus met haast 1% te dalen.

#### *Huisarts en patholoog-anatoom*

De diagnose ná obductie verschilt in 40% van de gevallen van de diagnose vermeld bij overlijden (Westhoff). In ons land sterft 57% van de mensen thuis, zelden wordt in die gevallen obductie verricht. Het aandeel van de huisarts in het (niet door de ziekenfondsen vergoede) post mortem-onderzoek of het daarom vragen c.q. het daarop aandringen, is te verwaarlozen. De Commissie wetenschappelijk onderzoek van het Nederlands Huisartsen Genootschap, waarvoor Westhoff rapporteerde, heeft toen maar de suggestie gedaan overledenen te bespreken met . . . de internist(!).

Voor histologisch onderzoek kan de patholoog-anatoom worden geraadpleegd, hetzij rechtstreeks (hetgeen in zelfzame gevallen

gebeurt), hetzij via de chirurg. Voor het doen van 'pap-smears' is de patholoog-anatoom sinds kort eveneens weer diagnost voor de huisarts geworden. De eerste publikaties over huisarts en cervixuitstrijk doken in 1968 op. Ketting gaf in 1973 aan, hoe te handelen bij verdachte of positieve cytologie; Van Heel (1975) ziet in het 'pap-smear'-onderzoek een mogelijkheid tot anticiperen.



Diagnosten zijn in vele opzichten onmisbaar voor de huisarts. Niettemin wordt het belang van hun werk wat dit betreft – juist door de huisarts! – onderschat. Feiten daarover kwamen aan het licht gedurende een onderzoek dat wij in 1974 verrichtten onder de radiologen, klinisch chemici en bacteriologen in ons land. Daarover in tweede artikel.

## Kinder- mishandeling bestáát. Hoe lang nog.

Kindermishandeling, daar praten we liever niet over in Nederland. Dat is jammer. Want met doodzwijgen 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 aangeboden door  
dit blad in samenwerking met  
de Stichting Ideeële Reclame



## NHI-Oriëntatiecursus op 27 en 28 oktober

De in juli aangekondigde 26ste oriëntatiecursus ten behoeve van aanstaande huisartsen zal 27 en 28 oktober worden gehouden op de dépendance van het Nederlands Huisartsen Instituut, Springweg 7, Utrecht. Hieronder volgen de programma-gegevens:

#### **Programma**

##### *Vrijdag 27 oktober*

9.00- 9.30 uur: ontvangst en koffie  
9.30-12.00 uur: sociale verzekeringsge-  
neeskunde, Dhr. B. S. Polak  
12.00-13.00 uur: lunchpauze  
13.00-14.30 uur: praktijkvoering, Dhr. J.  
Koopman  
14.30-15.30 uur: de organisatie van de  
praktijk, Dhr. K. Doyle  
15.30-17.30 uur: arts en justitie, Dhr. A.  
Vrij  
17.30-19.00 uur: pauze  
19.00-20.00 uur: de eerste lijn, dhr. P. Buijs

20.00-21.30 uur: ontwikkelingen in de  
eerstelijns gezondheidszorg, Dhr. C. P.  
Bruins

##### *zaterdag 28 oktober*

9.00- 9.30 uur: koffie  
9.30-11.00 uur: bouw-verbouw en inrich-  
ting van de praktijk, Mevr. M. Oswald-  
Gerritsen  
11.00-13.00 uur: huisarts en ziekenfonds,  
vertegenwoordiger LHV, Dhr. J. B.  
Schueller, vertegenwoordiger Ziekenfonds  
13.00-14.15 uur: lunchpauze  
14.15-16.15 uur: vestigingsperikelen, Dhr.  
J. v.d. Zee en Dhr. A. Bartelds  
16.15 uur: afscheidsborrel

U kunt zich voor deze cursus nog opgeven  
bij Mevrouw M. C. Verhaar-Van der  
Gouw, NHI, Mariahoek 4, Postbus 2570,  
3500 GN Utrecht, telefoon 030-31 99 46.  
De kosten van deelneming bedragen maxi-  
maal f 150,—; hierin zijn kosten voor twee  
broodmaaltijden begrepen.



---

# Brief staatssecretaris over polio-epidemie

## Samenvatting en voorlopige conclusies

*De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Mw. Mr. E. Veder-Smit, heeft een uitvoerige brief geschreven over de recente polio-epidemie.*

*Bijgaand de samenvatting en de voorlopige conclusies uit dit aan de voorzitters van de Eerste en Tweede Kamer gerichte schrijven.*

### Hoofdpijnen beleid

De hoofdpijnen van het beleid, dat de Geneeskundige Hoofdingspectie tezamen met de hierbij betrokken regionale geneeskundige inspecteurs van de Volksgezondheid en bepaalde onderdelen van het departement onder mijn verantwoordelijkheid heeft gevoerd, zijn de volgende.

Terzake gold als uitgangspunt het normale vaccinatieprogramma, waarbij de keuze van het poliovaccin is bepaald door overwegingen van medische, epidemiologische en psychologische aard.

1. Er is gestreefd naar de snelst mogelijke opsporing en melding in optimale samenwerking met alle betrokken instanties.
2. Door het op gang brengen van inhaalcampagnes op grote schaal is het inentingspercentage op basis van vrijwilligheid, dat reeds tot de hoogste ter wereld behoort, nog verder opgevoerd.
3. Sterke nadruk is gelegd op preventieve maatregelen; de curatieve mogelijkheden voor de patiënten mogen voldoende worden geacht.
4. In de voorlichting is zoveel

mogelijk snelheid en openheid betracht.

5. Vele pogingen zijn, zowel van de zijde van de lokale als van de zijde van de Rijksoverheid in het werk gesteld om de groep van bezwaarden door overreding enerzijds en het vermijden van polarisatie anderzijds te bewegen tot inenting over te gaan.

### Ontwikkeling epidemie

Wat de ontwikkeling van de epidemie betreft, in april/mei van dit jaar werden de eerste gevallen gemeld. Tot 20 augustus jl. zijn 101 patiënten geconstateerd in een gebied, dat zich als een brede band uitstrekt van het zuidwesten in Zeeland naar het noordoosten in Overijssel. Sinds 1961 hebben alle explosies zich eveneens in dat gebied voorgedaan. Van een landelijke epidemie kan dan ook niet worden gesproken, eerder van een groepsepidemie. De ziekteverschijnselen deden zich namelijk de afgelopen maanden voor onder hoofdzakelijk jeugdige leden van bepaalde protestantse gemeenschappen waarvan een belangrijk aantal der aangeslotenen uit geloofsovertuiging vaccinatie afwijst. In het omschreven gebied bevinden zich concentraties van leden van deze gemeenschappen. De patiënten waren allen niet gevaccineerd volgens het normale inentingsprogramma. Bij 74 patiënten werden verlamingsverschijnselen geconstateerd. Eén patiëntje is overleden. Alle tijdens de epidemie geïsoleerde poliostammen behoren tot het zogenaamde type 1. Kort na de eerste meldingen is in de desbetreffende gemeenten een

inentingscampagne gevoerd met het snelwerkende 'levende' vaccin, dat louter tegen type 1 gericht is, het zogenaamde klontje. Voorts werd ook buiten deze gemeenten een landelijk inhaalprogramma georganiseerd met o.a. het tegen drie typen van polio-virus gerichte vaccin (de 'prik') dat gebezigd wordt in het normale Rijksvaccinatieprogramma. De opkomst uit de bovenbedoelde protestantse gemeenschappen is voor zover kon worden nagegaan relatief gering geweest.

Het contact tussen de leden van deze gemeenschappen blijkt frequent en intensief te zijn, de onderlinge besmettingskansen zijn daardoor aanzienlijk. Een en ander kan tevens de in Canada geconstateerde explosie onder enkele dezer groeperingen aldaar verklaren.

Een verheugende conclusie is, dat de normale vaccinatie volgens het Rijksprogramma een goede bescherming biedt. Nergens in den lande heeft zich tot dusver onder de aldus gevaccineerden een poliogeval voorgedaan.

In de lijn van het bovengeschetste beleid heb ik mij in een open brief d.d. 28 juni jl. tot de ouders en jongeren gericht met een dringend beroep op allen om tot vaccinatie over te gaan beneden de leeftijd van 27 jaar.

Bovendien heb ik in aansluiting op het speciale karakter van de epidemie op 30 juni jl. een brief aan verscheidene in aanmerking komende kerkeraden gericht, waarin ik een uiteenzetting gaf van feiten en bestrijdingsmogelijkheden en een beroep deed op degenen die tot dusverre principieel afwijzend staan om de bezwaren tegen vaccinatie nog eens opnieuw te overwegen. Voorts hebben mijn medewerkers en ik via

pers, radio en televisie informatie en voorlichting gegeven.

### Nieuwe maatregelen

Voor wat de toekomst betreft heb ik mij beraden over de vraag, door middel van welke voorzieningen of maatregelen van medisch-organisatorische en andere aard, met inachtneming van de daaraan verbonden ethische en juridische aspecten, de bescherming van alle bevolkingsgroepen nog verder zou kunnen worden opgevoerd. Behalve poliomyelitis zullen bij deze vraag ook andere infectieziekten waartegen volgens het normale vaccinatieprogramma inenting mogelijk is, ernstige aandacht vragen. Als uitkomst van dit beraad moge ik het volgende mededelen:

1. Allereerst heb ik de Gezondheidsraad verzocht te bezien of zijn opvattingen – neergelegd in verscheidene adviezen – omtrent het uit te voeren vaccinatiebeleid wijziging behoeven op grond van gegevens betreffende de huidige polio-epidemie. Tevens heb ik in deze adviesaanvraag de maatregelen met

betrekking tot de surveillance (actieve bewaking en opsporing) en de bestrijding van polio in ons land genoemd en gevraagd deze aan een nadere studie te onderwerpen.

2. Na mijn vermelde brief aan verscheidene kerkeraden heb ik mij nader bezonnen, of verdere initiatieven mijnerzijds in de geest van die brief wenselijk zouden zijn of zelfs van mij zouden worden verwacht. Ik meen dat dit niet het geval is. Wel ben ik voor wat de theologisch-ethische benadering van het vraagstuk van de vaccinatie betreft in overleg getreden met de heren Dr. J. Douma en Dr. W. H. Velema, hoogleraren in de ethiek te Kampen respectievelijk Apeldoorn. In dit overleg zijn de verschillende aspecten aan de orde gesteld. Beide heren hebben voorgesteld, vanuit hun verantwoordelijkheid als gereformeerde ethici, te doen wat in hun vermogen is om van hun kant in gesprek te komen met hen die om godsdienstige redenen vaccinatie afwijzen.

3. De indiening van wetsontwerpen tot verlaging van de leeftijd van meerderjarigheid van 21 naar 18 jaar

zal, naar de minister van Justitie heeft medegedeeld, spoedig kunnen geschieden. Wat de rechtsverhouding van jongeren beneden 18 jaar en hun ouders betreft, wordt thans bij het ministerie van Justitie bezien, welke voorstellen tot wijziging kunnen worden gedaan, zulks mede naar aanleiding van de voorstellen van de commissie-Wiarda, van de Gemengde Interdepartementale Werkgroep Jeugdwelzijnsbeleid en van het rapport van het Instituut voor Toegepaste Sociologie te Nijmegen betreffende de opvattingen in de samenleving over eventuele veranderingen in de rechtspositie van minderjarigen.

Overigens omvat de adviesaanvraag van 1977 aan de Centrale Raad voor de Volksgezondheid inzake rechten van de patiënt ook de hierbedoelde problematiek.

Het overzicht van de brief over de polio-epidemie besluit met een woord van bijzondere waardering voor de inzet van alle betrokkenen, waarin met name het voortdurend stimulerend optreden van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid door de bewindsvrouw wordt gereleveerd.

## PRAKTIJKPERIKELEN

### Meer

*Sinds een jaar is in mijn praktijk Mw. A, 68 jaar en particulier patiënte. Zij had bij binnenkomst in de praktijk, blijkens gegevens van haar vroegere huisarts, geen lichamelijke stoornissen en zij gebruikte als medicijn slechts (?) estandron prolongatum, eenmaal per maand één injectie i.m. Deze injecties kreeg ze al sinds 1966, nadat haar uterus door een gynaecoloog in 1964 (supravaginaal) verwijderd was met achterlating van de ovaria.*

*Bij haar eerste bezoek klaagde patiënte over overgangsverschijnselen. De estandron prolong. inj. was 3½ week geleden door haar vorige huisarts gegeven. De verdere anamnese gaf geen duidelijke lichamelijke, maar wel de psyche nogal zwaar belastende klachten.*

*Na overleg met de endocrinoloog, de gynaecoloog en de internist werd, met medeweten en toestemming van patiënte, besloten tot uitsluipen van de injecties estandron prolong., hetgeen in vier maanden werd gedaan. Oestrogenen 'sec', haar als overgangsmaatregel door de gynaecoloog voorgeschreven, nam ze niet in. Ik zag patiënte gemiddeld tweemaal per maand, zowel op haar initiatief als gevolg van overgangsklachten als ook op mijn initiatief ter begeleiding.*

*Na twee maanden niet meer bij mij te zijn geweest, kwam zij plotseling op het spreekuur. Ze voelde zich weer prima. Ze had de injecties weer gekregen en wel van haar vroegere(?) huisarts. En als ik meer wilde weten moest ik hem maar opbellen!*

### Geavanceerd

*De bedrijfsvereniging stuurde een mijner patiënten een arbeidsgeschiktheidsverklaring, gedateerd 3-5-'78. Met ingang van 1-8-'78 diende het werk te worden hervat. Het feit dat een werknemer reeds drie maanden van tevoren weer arbeidsgeschikt kan worden verklaard komt mij erg vreemd voor.*

*Is onze geneeskunde momenteel zo geavanceerd dat dit inderdaad mogelijk is?*



## 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. Schultsz; 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.

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

#### 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. J. M. van Boxtel, directiesecretaris; Ellen van der Woude, secretaresse. Telefoon 030-887021 en 885411.

## van het hoofdbestuur

### Aanvulling beschrijvingsbrief 173ste Algemene Vergadering

(Zie MC nr. 30/1978, blz. 942 e.v.)

## Toelichting

### Ad V. Verkiezingen

*Punt 2.b. 1.* Van een lid van de Raad van Beroep. Op 31 december 1978 treedt af G. H. Gispen, Rotterdam, die *herkiesbaar* is. Het hoofdbestuur draagt, na overleg met de Raad van Beroep, voor herkiezing voor: G. H. Gispen, Rotterdam.

*Punt 2.b. 2.* Van een plaatsvervangend lid van de Raad van Beroep. In deze vacature wordt door het hoofdbestuur, na overleg met de Raad van Beroep, als kandidaat voorgedragen: K. F. E. Voegesang, Doetinchem (huisarts, geb. 1925). De gekozene treedt op 1 januari 1979 in functie.

*Punt 2.f.* Van een lid van de Commissie voor Waarneming en Vestiging. Op 31 december 1978 treedt af W. Vegelin, Tzummarum, die *niet herkiesbaar* is. Het hoofdbestuur stelt, na overleg met de commissie en met inachtneming van art. 575.4 HR, voor, W. Vegelin nog éénmaal te herkiezen.

### Ad XI. Mededelingen van het hoofdbestuur o.a. inzake LVSG

Zie met betrekking tot dit agendapunt het hierna gepubliceerde advies van de Commissie van voorbereiding LVSG en het pre-advies van het hoofdbestuur.

## Advies Commissie van voorbereiding LVSG

### I. Inleiding

Sedert 1976 vinden oriënterende besprekingen plaats tussen het dagelijks bestuur van de Maatschappij en dat van de ANVSG over de positie van de sociaal-geneeskundigen binnen de Maatschappij, mede gelet op de relatie met de ANVSG. In maart 1977 organiseerde de ANVSG een symposium 'ANVSG: waarheen?', waarin aandacht werd besteed aan de toekomstige organisatie en structuur van de ANVSG. Tijdens dit symposium is onder meer de eventuele oprichting van een LVSG (Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen) aan de orde ge-

weest. Daarbij bleek dat de meerderheid van de aanwezigen voor de oprichting van een zodanige vereniging was geporteerd. Bij contacten van de KNMG met de voorzitters en bestuursleden van de NVAB, de NVJG en de NVVG bleek dat ook de beroepsspecifieke verenigingen van sociaal-geneeskundigen het totstandkomen van een LVSG in KNMG-verband zouden toejuichen.

Aangezien de oprichting van een dergelijke vereniging met name voor de LAD belangrijke consequenties zou hebben, heeft ook het CB van de LAD enkele vergaderingen aan deze problematiek gewijd. Uiteindelijk kon door het HB van de KNMG worden geconstateerd, dat alle betrokkenen het wenselijk en nuttig achtten dat nader zou worden onderzocht hoe een LVSG tot stand zou kunnen komen, hoe een dergelijke vereniging in de structuur van de KNMG zou kunnen worden ingepast en welke taken deze maatschappelijke vereniging zou dienen te hebben, mede in relatie met die van de wetenschappelijke verenigingen van sociaal-geneeskundigen.

Al deze activiteiten leidden er tenslotte toe dat het DB in zijn vergadering van 15 november 1977 besloot tot de instelling van een Commissie van voorbereiding LVSG.

## II. Taak, samenstelling en werkwijze van de commissie

### Taakopdracht

1. Het in goed overleg met alle betrokken organisaties en groeperingen ontwikkelen van initiatieven, ontplooiën van activiteiten en verrichten van werkzaamheden die er toe kunnen leiden te komen tot een definitief en concreet uitgewerkt voorstel tot oprichting van een Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen, als maatschappelijke vereniging van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

2. Het Hoofdbestuur regelmatig – door middel van deelnota's – te informeren en te adviseren.

3. Er naar te streven dat in de eerste Algemene Vergadering van 1978 een discussie over hoofdzaken kan plaatsvinden op basis van een globaal plan en dat aan een der volgende Algemene Vergaderingen de organisatiestructuur met statuten en reglement kan worden voorgelegd.

### Samenstelling

Dr. H. W. A. Sanders, voorzitter – KNMG  
A. L. Bouma – NVJG  
J. Diepersloot – KNMG  
J. W. H. Garvelink – LAD  
Prof. Dr. H. H. W. Hogerzeil – ANVSG  
H. T. Kijlstra – ANVSG (tevens tak Algemene Gezondheidszorg)  
Dr. A. E. Leuftink – NVAB  
N. A. Meursing – KNMG  
Mr. B. Schultsz – KNMG  
E. L. Smits – NVVG

Het door het HB van de ANVSG aangewezen lid Prof. Dr. H. H. W. Hogerzeil trok zich na een aantal vergaderingen terug, terwijl in zijn plaats door genoemd hoofdbestuur werd aangewezen A. J. Eerdmans.

De voorbereidingscommissie heeft in totaal zeven maal vergaderd en wel op december 1977, 4 januari 1978, 18 januari 1978, 21 maart 1978, 5 april 1978, 15 mei 1978, 7 augustus 1978. Het notulaat werd verzorgd door de werkstudent M. J. Kerver.

Gevolg gevend aan het gestelde in het eerste deel van punt 3 van de taakopdracht werd een globaal plan voor een landelijke vereniging van sociaal-geneeskundigen opgesteld en 10 januari 1978 aan het DB van de KNMG voorgelegd. Het DB kon zich met de gekozen opzet verenigen; de notitie werd voor commentaar toegezonden aan de besturen van de LAD, de ANVSG, de NVAB, de NVJG en de NVVG; voorts werd op 17 maart 1978 de Algemene Vergadering over dit plan geïnformeerd. Tijdens een gemeenschappelijke vergadering van de commissie met vertegenwoordigers van de besturen van de ANVSG, de NVAB, de NVJG en de NVVG op 5 april 1978 werd het globale plan nader toegelicht; over de consequenties van een verdere uitwerking ervan vond een fundamentele discussie plaats.

### III. Globaal plan voor een LVSG

#### a. Uitgangspunt

De commissie is ervan uitgegaan dat een LVSG een maatschappelijke vereniging van de KNMG moet zijn zoals omschreven in art. 24 van de Statuten, qua positie gelijkwaardig aan de andere maatschappelijke verenigingen en wat de onderlinge verhoudingen betreft zoveel mogelijk conform de bestaande regelingen.

#### b. Taken

Mede gelet op de doelstellingen en taken van de ANVSG en LAD stelt de commissie voor de volgende taken aan een LVSG toe te kennen:

1. Het bevorderen van het optimaal functioneren van sociaal-geneeskundigen.

Hiertoe rekent de commissie onder meer de kwaliteitsbevordering en -bewaking, de bevordering van het onderwijs (basisopleiding, beroepsopleiding en nascholing) en het opstellen van richtlijnen en spelregels met betrekking tot de beroepsuitoefening in ruime zin.

De commissie tekent hierbij aan dat het bijdragen aan en het bevorderen van de sociaal-geneeskundige wetenschap en kennis niet de primaire taak is van de LVSG, maar blijft berusten bij de ANVSG en beroepsspecifieke verenigingen (NVAB, NVVG, NVJG).

2. Het behartigen van de maatschappelijke belangen van sociaal-geneeskundigen.

De commissie rekent hiertoe het helpen creëren van voor een optimale beroepsuitoefening en praktijkvoering noodzakelijke c.q. gunstige voorwaarden.

Het behartigen van sociaal-economische belangen en de verzorging van rechtspositionele aspecten blijft de primaire taak van de LAD.

3. Het mede vorm geven aan het beleid van de KNMG

tezamen met het behulpzaam zijn bij het vervullen van de taken van de KNMG.

#### c. Lidmaatschaps criterium

De commissie stelt voor als lidmaatschaps criterium te laten gelden het geregistreerd zijn als sociaal-geneeskundige en/of als hoofdfunctie een werkzaamheid vervullen op sociaal-geneeskundig terrein waarvoor een specifieke beroepsopleiding met erkenning en registratie bestaat.

De commissie beveelt aan, na een overgangsperiode van een nader te bepalen duur alleen geregistreerden en zij die in opleiding zijn dan wel op een wachtlijst voor deze opleiding staan als lid toe te laten. De vaststelling van de duur van deze overgangsperiode ware over te laten aan het LVSG-bestuur.

Evenals thans voor de overige maatschappelijke verenigingen het geval is geldt ook voor de LVSG een automatische koppeling van KNMG- en LVSG-lidmaatschap. Bovendien zal, gelet op het feit dat vrijwel alle sociaal-geneeskundigen in dienstverband werkzaam zijn, een dubbelcriterium moeten worden ingesteld waardoor sociaal-geneeskundigen zowel lid van de LAD als lid van de LVSG worden. Over de wijze van uitvoeren van dit dubbelcriterium zal nader overleg tussen de besturen van LVSG en LAD noodzakelijk zijn.

#### d. Organisatiestructuur

De commissie is voorstander van een – bestuurlijk en commissoriaal gezien – sectorsgewijze opbouw van de LVSG; zij is tegen een federatieve opbouw.

Ingevolge deze sectorsgewijze opbouw zullen evenveel sectiecommissies van de LVSG worden gecreëerd als er takken van sociale geneeskunde zijn. Deze sectiecommissies dient men te zien als permanente commissies van de LVSG. De commissie is voorshands uitgegaan van 4 takken van de sociale geneeskunde, te weten de verzekeringsgeneeskunde, de arbeids- en bedrijfsgeneeskunde, de jeugdgezondheidszorg en de algemene gezondheidszorg, daar de vijfde tak veel minder leden telt. De commissie stelt de volgende organisatie voor:

1. *Centraal Bestuur.* Gedacht wordt aan een centraal bestuur van 9 leden, waarvan 4 leden aangewezen worden door de LVSG-secties in overleg met de besturen van de betreffende beroepsspecifieke verenigingen; 4 leden worden gekozen door de ledenvergadering op voordracht van of een LVSG-sectie of 4 afgevaardigden\* of 25 leden.

Aangezien het hier een globaal plan betreft heeft de commissie zich onthouden van een nadere detaillering van de wijze van vacaturestelling, de indiening van kandidaten, de verkiezingen en dergelijke meer.

Tenslotte stelt de commissie voor de voorzitter van de LVSG te laten kiezen door de ledenvergadering op voor-

---

\* Zie voor de term 'afgevaardigde' art. 39 van Boek 2 Burgerlijk Wetboek, alsmede de artt. 17 en 20 van de Statuten en art. 400 e.v. van het Huishoudelijk Reglement der KNMG.

dracht van of het centraal bestuur of 4 afgevaardigden of 25 leden.

2. *LVSG-sectiecommissies.* De LVSG-sectiecommissies voor de vier functionele sectoren zouden kunnen bestaan uit de aangewezen en gekozen CB-leden van de betreffende groepering en bijvoorbeeld drie door hen – na overleg met het bestuur van de betreffende beroepsspecifieke vereniging – voor te dragen en door het CB van de LVSG te benoemen leden. Alleen leden van de KNMG kunnen deel uitmaken van LVSG-sectiecommissies.

3. *Ledenvergadering.* De commissie heeft gedacht aan een ledenvergadering van bijvoorbeeld 60 afgevaardigden verspreid over de vier sectoren, gerelateerd aan het aantal KNMG/LVSG-leden dat tot die tak behoort. De nadere uitwerking van aantal, wijze van kandidaatstelling, verkiezingen, bevoegdheden, etc. ware weer over te laten aan het bestuur van de LVSG. Gelet op de ervaringen van de LAD met een regionale afvaardiging, adviseert de commissie de ledenvergadering uitsluitend uit categorale vertegenwoordigers te laten samenstellen.

#### e. *LVSG-sectiecommissies*

De commissie ziet de LVSG-sectiecommissies als een duidelijke 'trait d'union' tussen het CB van de LVSG enerzijds en de besturen van de beroepsspecifieke verenigingen anderzijds. De sectiecommissies dienen beleidsvoorbereidend, -adviserend en -uitvoerend op te treden ten behoeve van het CB van de LVSG voor wat betreft voor de betreffende groepering van belang zijnde onderdelen van de LVSG-taken. Daartoe zullen de LVSG-sectiecommissies delen van het huidige takenpakket van de beroepsspecifieke verenigingen moeten overnemen. De commissie pleit ervoor dit geleidelijk te doen plaatsvinden, ervan uitgaande dat alle betrokkenen het eens zijn met het onder b. genoemde takenpakket van de LVSG.

#### f. *Relatie met ANVSG en beroepsspecifieke verenigingen*

Ervan uitgaande dat de samenstelling van het centraal bestuur en van de LVSG-sectiecommissies de hechte relatie met de beroepsspecifieke verenigingen representeert, dient alleen het contact met de ANVSG door middel van een wederzijdse bestuursvertegenwoordiging met adviserende stem te worden gewaarborgd.

Over de overheveling van taken en verantwoordelijkheden, ook die in verband met vertegenwoordigingen in adviesorganen, colleges en dergelijke meer is reeds in het vorige punt gesproken.

#### g. *Relatie met HB/KNMG en CB's van de andere maatschappelijke verenigingen*

Zoals reeds in punt a. vermeld, is het de bedoeling dat de LVSG precies dezelfde positie krijgt als de bestaande maatschappelijke verenigingen. Ook de bijzondere relatie met de LAD in het kader van het dubbelcriterium is reeds eerder (in punt c.) vermeld.

## IV. Advies

Gezien de positieve commentaren op het globale plan en de constructieve bespreking met de vertegenwoordigers van de besturen van de relevante verenigingen, kan worden geconcludeerd dat alle betrokken groeperingen in beginsel akkoord gaan met de voorgestelde opzet voor een LVSG.

Uitvoerig is gesproken over de overdracht van taken van de beroepsspecifieke verenigingen naar de LVSG. De commissie is van oordeel dat een maatschappelijke vereniging van sociaal-geneeskundigen in KNMG-verband alleen dan reden van bestaan heeft, indien de drie in het globale plan genoemde taken tot haar werkterrein behoren. Ten aanzien van dit punt is de formele instemming van de beroepsspecifieke verenigingen noodzakelijk. Wel heeft de commissie er begrip voor dat de LVSG bepaalde tot haar taak te rekenen activiteiten, voor zover thans door de/een beroepsspecifieke vereniging(en) verricht, in fasen overneemt. Naarmate de LVSG als functie- en ledengerichte organisatie meer gezicht krijgt en meer initiatieven ontplooit, zullen de ANVSG en de beroepsspecifieke verenigingen van sociaal-geneeskundigen meer als probleemgerichte algemene gezondheidszorgvereniging respectievelijk als vakgerichte wetenschappelijke verenigingen gaan fungeren.

De commissie is van mening dat de verdere uitwerking en detaillering van het globale plan het best door de betrokkenen zelf – en geplaatst in een positie waarin ze geleidelijk meer ervaring kunnen opdoen – kan gebeuren. De commissie adviseert het hoofdbestuur het volgende voorstel te willen goedkeuren en aan de Algemene Vergadering voor te leggen.

### 1. *Voorlopig bestuur*

Door het hoofdbestuur ware een voorlopig bestuur van een LVSG-in oprichting te benoemen, bestaande uit 8 leden en 1 voorzitter. Conform de intenties van het globale plan zouden 4 van de 8 leden door de besturen van de beroepsspecifieke verenigingen en (wat de tak algemene gezondheidszorg betreft) het hoofdbestuur van de ANVSG dienen te worden voorgedragen; de aanwijzing van de overige 4 leden zou kunnen geschieden in overleg met het centraal bestuur van de LAD. De voorzitter wordt benoemd door het HB, gehoord de voorzitters van de hiervoor genoemde besturen.

### 2. *Positie*

Tot de definitieve oprichting van de LVSG ware dit voorlopig bestuur formeel te beschouwen als een tijdelijke commissie van het hoofdbestuur. Intern echter ware het wenselijk dat het voorlopig bestuur zich zo spoedig mogelijk presenteert en door de andere maatschappelijke verenigingen wordt geaccepteerd als het centraal bestuur van de vereniging van sociaal-geneeskundigen i.o. binnen de KNMG. Hiertoe zou het gewenst zijn, indien over en weer op zo kort mogelijke termijn vertegenwoordigers in de besturen (HB/DB en MV'en) zouden worden aangewezen, met dien verstande dat de vertegenwoordigers van het voorlopig bestuur voornamelijk als waarnemers worden beschouwd.

### 3. Taakopdracht

Op basis van het globale plan dient het voorlopig bestuur van de LVSG in oprichting de definitieve oprichting van de LVSG voor te bereiden en uiterlijk 1 juli 1979 een advies terzake aan het hoofdbestuur uit te brengen. Dit advies zal in elk geval het volgende moeten behelzen:

- a. concept-statuten en een concept-Huishoudelijk Reglement (in overleg met de commissie van de reglementen van de KNMG opgesteld);
- b. concrete afspraken met ANVSG, NVAB, NVJG, NVVG en LAD inzake taken en verantwoordelijkheden, samenwerking, aanwijzing van vertegenwoordigers in adviesorganen en -colleges, etc.;
- c. opzet voor een bureau, (ruimten, personeel, materieel);
- d. financiële consequenties.

### 4. Middelen

Tot de definitieve totstandkoming van de LVSG worden de vergaderkosten (inclusief de reis- en verblijfkosten van de leden van het voorlopig bestuur en de in verband met hun functie te maken kosten) gedragen door de KNMG (cf. art. 325). De secretariële werkzaamheden zouden bij voorkeur tot het moment dat deze door het bureau van de LVSG kunnen worden overgenomen verzorgd moeten worden door het secretariaat van de KNMG.

Tenslotte wil de commissie opmerken dat te zijner tijd ook de definitieve opzet voor een LVSG ter goedkeuring aan de Algemene Vergadering zal moeten worden voorgelegd. In verband hiermede lijkt het gewenst de afgevaardigden voortdurend van de ontwikkelingen terzake op de hoogte te houden.

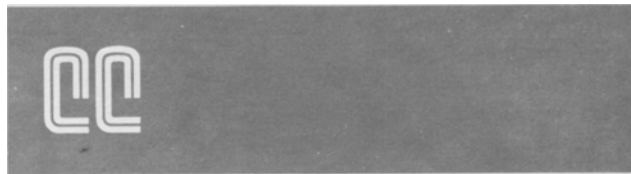
Met het uitbrengen van dit advies en het zonodig nader toelichten ervan, meent de commissie zich van haar taak te hebben gekweten. De leden van de commissie verklaren zich gaarne bereid desgewenst bij de verdere uitwerking van de door haar ontwikkelde ideeën behulpzaam te zijn.

### Pre-advies hoofdbestuur bij advies Commissie van voorbereiding LVSG

Het hoofdbestuur heeft zich in zijn vergadering van 29 augustus 1978 kunnen verenigen met het advies van de Commissie van voorbereiding LVSG. Het hoofdbestuur verzoekt de Algemene Vergadering in te stemmen met het principe-besluit tot oprichting van een vierde maatschappelijke vereniging, de Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen (LVSG).

Het hoofdbestuur verzoekt de machtiging van de Algemene Vergadering voor het benoemen van een voorlopig bestuur van een LVSG in oprichting conform het advies van de commissie van voorbereiding. Dit voorlopige bestuur zal op basis van het globaal plan de definitieve oprichting van een LVSG voorbereiden (zie taakopdracht bij punt IV.3. van het advies van de Commissie van voorbereiding LVSG).

De voorstellen voor de definitieve opzet van een LVSG zullen te zijner tijd eveneens ter goedkeuring aan de Algemene Vergadering worden voorgelegd.



### van het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten

#### Opleiding medische microbiologie

Ingevolge artikel 1008, lid 4, van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst wordt hieronder gepubliceerd het besluit no. 2 - 1978 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, inzake de opleidingseisen voor het specialisme medische microbiologie.

Het besluit treedt in werking op 18 september 1978.

Voor degenen die op deze datum reeds voor het specialisme in opleiding zijn, is van toepassing artikel 4 van het besluit no. 1 - 1966, houdende algemene bepalingen, dat is gepubliceerd in Medisch Contact nr. 9/1967, blz. 199. Dit artikel luidt:

‘Een besluit terzake van de eisen te stellen aan de opleiding van specialisten, met name aan de duur en eventuele programmering, is slechts verbindend voor degenen die de opleiding zijn begonnen na het tijdstip waarop het in werking treedt, tenzij zij de voorkeur geven aan de bij het desbetreffende besluit vastgestelde eisen, een en ander voor zover in het besluit niet uitdrukkelijk anders is bepaald’.

De in het besluit no. 2 - 1978 genoemde besluiten no. 2 - 1966 en no. 2 - 1967, inzake de algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), zijn gepubliceerd in Medisch Contact nr. 9/1967, blz. 200 respectievelijk nr. 33/1967, blz. 754. Het besluit no. 1 - 1975 inzake detachering is opgenomen in Medisch Contact nr. 9/1976, blz. 282.

Alle besluiten van het Centraal College zijn of worden opgenomen in de handleiding voor de erkenning en registratie van medische specialisten, welke tegen betaling van f 25,— (assistent-geneeskundigen f 10,—) verkrijgbaar is bij het bureau van de Specialisten Registratie Commissie, Lomanlaan 103, Utrecht.

Utrecht, 28 augustus 1978.

#### Besluit no. 2 – 1978; medische microbiologie

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 22 mei 1978;

gezien het gezamenlijke voorstel van het bestuur van de Nederlandse vereniging van laboratoriumartsen en van het bestuur van de medische sectie van de Nederlandse vereniging voor microbiologie tot



- wijziging van de benaming van het specialisme laboratoriumonderzoek hoofdvak bacteriologie in die van medische microbiologie;
- tot verlenging van de huidige duur der opleiding van drie jaar met een jaar tot vier jaar;
- tot vaststelling van de opleidingseisen voor het specialisme medische microbiologie;

*gelet* op de met een vertegenwoordiger van beide verenigingen gehouden bespreking benevens de gevoerde correspondentie en gewisselde stukken;

*overwegende*

dat in 1955 de opleidingsduur voor het specialisme laboratoriumonderzoek hoofdvak bacteriologie is vastgesteld op drie jaar,

dat nadien het werkterrein en de onderzoekingsmethoden van de bacteriologie, mede ten gevolge van de snelle ontwikkeling der geneeskunde, zowel in de breedte als in de diepte zijn uitgebreid, waarbij o.m. kan worden gewezen op het beschikbaar komen van vele antibiotica, benevens de symptomatologie, epidemiologie, diagnostiek en therapie van alle infectieziekten met zowel virale als niet-virale oorzaken,

dat deze uitbreiding haar weerslag vindt in de verandering van de naam van het specialisme in medische microbiologie, waarbij onderscheidenlijk het accent ligt op de bacteriologie, de virologie en in de toekomst de klinische immunologie.

mede dat in de EG-richtlijnen die minimum opleidingsduur op 4 jaar is gesteld, zodat het met het oog op de vrije circulatie in EG-verband het gewenst is de opleidingsduur in Nederland eveneens op 4 jaar te stellen.

*gehoord* de Specialisten Registratie Commissie

*in aanmerking nemende* dat de ledenvergadering van de Nederlandse vereniging van laboratoriumartsen op 15 februari 1977 en de medische sectie van de Nederlandse vereniging voor microbiologie op 17 mei 1977 hun instemming hebben betuigd met de voorstellen;

*gelet* op artikel 1007, lid 2, en artikel 1008 van het Huiselijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst,

*heeft besloten*

## Artikel 1

- a. de benaming van het specialisme laboratoriumarts hoofdvak bacteriologie wordt gewijzigd in die van medische microbiologie;
- b. de duur van de opleiding voor het specialisme medische microbiologie bedraagt vier jaar, waarvan het vierde jaar een jaar ter keuze is.

## Artikel 2

Voor de opleiding van vier jaar gelden de bij besluit no. 2 – 1966, zoals gewijzigd bij besluit no. 2 – 1967, vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen. De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en nadere voorschriften is weergegeven.

## Bijzondere eisen

### A. Te stellen aan de opleiding

Aan de algemene eis van A.1 wordt het volgende toegevoegd:

De opleiding kan met inachtneming van hetgeen in het opleidingsschema is bepaald, worden gevolgd in een erkende opleidingsinrichting te weten: een algemeen ziekenhuis met een afdeling bacteriologie: een medisch-microbiologisch laboratorium, dat (mede) ten behoeve van de opleiding een formele band is aangegaan met een algemeen ziekenhuis.

Aan de algemene eis van A.13 wordt toegevoegd:

f. er zorg voor dragen dat de assistent-geneeskundige tijdens diens opleiding tenminste eenmaal over een wetenschappelijk onderwerp een voordracht houdt of een artikel publiceert.

### B. Te stellen aan de opleiders

De opleider stelt een opleidingscommissie in met inachtneming van hetgeen dienomtrent door het Centraal College en de Specialisten Registratie Commissie is bepaald n.a.v. het rapport van de Studiecommissie opleidingscommissies, dat is gepubliceerd in Medisch Contact nr. 47/1973, blz. 1328. De samenstelling van deze opleidingscommissies wordt door de opleider aan de Specialisten Registratie Commissie medegedeeld\*.

### C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

In de algemene eis C.1 sub a wordt het specialisme radiologie vervangen door het specialisme radiodiagnostiek c.q. radiologie.

Ingevolge C.2 van de algemene eisen is het volgende vereist:

1. In een algemeen ziekenhuis zoals bedoeld in de bijzondere eis A.1 moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen dermatologie (mede met het oog op de venerologie), kindergeneeskunde, longziekten en tuberculose, neurologie, neurochirurgie en urologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.
2. In het ziekenhuis moeten werkzaam zijn specialisten die voor de specialismen heelkunde, inwendige geneeskunde en waar mogelijk kindergeneeskunde als opleider zijn erkend.
3. Aan het ziekenhuis en aan het medisch-microbiologisch laboratorium moeten naast de opleider tenminste twee stafleden verbonden zijn, die bijzondere ervaring bezitten op één (doch niet dezelfde) van de volgende gebieden: klinische bacteriologie, algemene microbiologie, virologie, serologie, immunologie, parasitologie, mycologie of biochemie.
4. In de afdeling bacteriologie van een algemeen ziekenhuis en in het medisch-microbiologisch laboratorium moeten voldoende mogelijkheden en outillage zijn voor het verrichten van wetenschappelijk werk. Mede met het oog hierop dienen de volgende met name genoemde ruimten aanwezig te zijn:
  - a. Goed geoutilleerde laboratoria voor de uitvoering van routine diagnostiek, gespecialiseerde technieken, wetenschappelijk microbiologisch onderzoek.

\* Zie voor de opleidingscommissies de Handleiding 1977 'erkenning en registratie van medische specialisten', blz. 81.

- b. Ruimten geschikt voor de bereiding en sterilisatie van voedingsbodems en voor glasverzorging.
- c. Laboratoria voor experimenten met dieren. Mits goed bereikbaar mogen zij ruimtelijk gescheiden zijn van de overige laboratoria.
- d. Ruimten voor het geven van praktisch onderwijs in de microbiologie aan studenten, aanstaande analisten en/of verpleegkundigen.

De bepalingen van *C. 12 sub b* van de algemene eisen worden als volgt aangevuld:

1. In de bibliotheek van de afdeling bacteriologie van een algemeen ziekenhuis en van een medisch-microbiologisch laboratorium moeten een aantal standaardwerken, waarin onder meer de voornaamste basisonderwerpen aan de orde worden gesteld, benevens een zestal tijdschriften op medisch-microbiologisch gebied beschikbaar zijn, onverminderd voorzieningen in de centrale bibliotheek.

2. Het instrumentarium moet voldoende zijn voor een goede opleiding in het specialisme, zulks ter beoordeling van de visitatiecommissie.

In overeenstemming met *C. 13* van de algemene eisen is het gewenst dat een afdeling bacteriologie van een algemeen ziekenhuis en een medisch-microbiologisch laboratorium een onderwijstaak vervullen ten opzichte van medische studenten en eventueel (leerling) analisten.

### Opleidingsschema

De opleiding van vier jaar bestaat uit een gemeenschappelijk programma van drie jaar, gevolgd door een jaar ter keuze.

I. Het gemeenschappelijk programma gedurende de eerste drie jaar bestaat uit:

- a. ten minste 15 maanden experimentele en klinische bacteriologie. In deze periode moet de assistent-geneeskundige zich de vaardigheden van de bacteriologische diagnostiek eigen maken en kennisnemen van de theorie en de praktische benadering van de klinische bacteriologie, de antibiotica's, de ziekenhuis-hygiëne en de epidemiologie van microbiële ziekten;
- b. ten minste 3 maanden serologie c.q. immunologie, waarbij zowel aan de techniek als aan de interpretatie van de uitkomsten aandacht moet worden besteed;
- c. ten minste 6 maanden onderzoek van één van de aspecten van de medische microbiologie, waarin de ontwikkeling en toepassing van nieuwe methoden is ingebouwd;
- d. ten minste 6 maanden virologie (waaronder virologische diagnostiek);
- e. een cursus mycologie, een cursus parasitologie en een cursus statistiek, elk gedurende 4-6 weken en in de vorm van een blok cursus.

II. Het vierde jaar van de opleiding, het jaar ter keuze. Dit jaar wordt, in overleg tussen de opleider en de assistent-geneeskundige, besteed aan de bacteriologie of de virologie of in de toekomst de klinische immunologie. De bevoegdheid van de medische microbioloog is gelijk, ongeacht welke richting is gevolgd.

1. De assistent-geneeskundigen die voor het vierde jaar de bacteriologische richting kiezen, verrichten in dat jaar consultatief werk in de ziekenhuis-epidemiologie, in de

epidemiologie van infectieziekten in ruimere zin en in de diagnostiek en antimicrobiële therapie van infecties. Gedurende de helft van het jaar zal in overleg met de opleider de gelegenheid bestaan om zich verder te bekwamen in de immunologie, de parasitologie of de mycologie.

2. De assistent-geneeskundigen die voor het vierde jaar de virologische richting kiezen, houden zich in dat jaar bezig met virologische diagnostiek (uitbreiding van punt I sub d van het opleidingsschema), met consultatief werk t.a.v. infecties, met elektronenmicroscopie (mogelijkheden en beperkingen van het instrument, samenwerking met elektronenmicroscopist), met immunologie en bekwamen zich (b.v. in de vorm van een cursus of stage) in de biochemische aspecten van de virologie.

3. De assistent-geneeskundigen die mettertijd, wanneer dit mogelijk is geworden, voor het vierde jaar de klinisch-immunologische richting kiezen, houden zich in dat jaar bezig met de diagnostiek en adviezen bij de behandeling van de pathologische afwijkingen van de immunologische afweermechanismen en daaruit voortvloeiende ziekten, met consultatief werk ten aanzien van behandeling van patiënten lijdende aan stoornissen van het afweermechanisme en met het adviseren van maatregelen ter voorkoming van infecties bij patiënten met een stoornis in de immunologische afweermechanismen. Voorts verdient het aanbeveling kennis en ervaring te verkrijgen op het gebied van het bloedbankwezen en de immunohematologie.

III. Onder toepassing van het besluit no. 1 – 1975 van het Centraal College inzake detachering, kunnen assistent-geneeskundigen een of meer van bovenstaande onderdelen volgen in een niet-erkende opleidingsinrichting onder verantwoordelijkheid van zijn opleider.

### Nadere voorschriften

De opleider stelt in overleg met de assistent-geneeskundige bij de aanvang van de opleiding een globaal overzicht op van de wijze waarop de opleidingstijd zal worden ingedeeld. Dit overzicht en eventuele wijzigingen daarin worden door de assistent-geneeskundige ter kennis van de Specialisten Registratie Commissie gebracht.

Van de medische microbioloog wordt verwacht dat hij regelmatig nieuwe methoden zoals beschreven in de literatuur, binnen zijn laboratorium tot ontwikkeling brengt. Om hem hiertoe in staat te stellen wordt aanbevolen dat hij gedurende zijn opleidingstijd kennis neemt van theoretische en praktische aspecten van:

- cellulaire en humorale immuniteit,
- belangrijke thema's op het gebied van de fysiologie en de genetica van bacteriën,
- geavanceerde morfologische detectie methoden,
- fysisch-chemische scheidingsmethoden,
- meetmethoden met behulp van radio-actief gemerkte materialen.

Utrecht, 29 mei 1978

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten



## van het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten

### **Opleiding longziekten en tuberculose**

Ingevolge artikel 1008, lid 4, van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst wordt hieronder gepubliceerd het besluit no. 3 – 1978 van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten, inzake de opleidingseisen voor het specialisme longziekten en tuberculose.

Het besluit treedt in werking op 18 september 1978.

Voor degene die op deze datum reeds voor het specialisme in opleiding zijn, is van toepassing artikel 4 van het besluit no. 1 – 1966, houdende algemene bepalingen, dat is gepubliceerd in Medisch Contact nr. 9/1967, blz. 199. Dit artikel luidt:

‘Een besluit terzake van de eisen te stellen aan de opleiding van specialisten, met name aan de duur en eventuele programmering, is slechts verbindend voor degenen die de opleiding zijn begonnen na het tijdstip waarop het in werking treedt, tenzij zij de voorkeur geven aan de bij het desbetreffende besluit vastgestelde eisen, een en ander voor zover in het besluit niet uitdrukkelijk anders is bepaald’.

De in het besluit no. 3 – 1978 genoemde besluiten no. 2 – 1966 en no. 2 – 1967, inzake de algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), zijn gepubliceerd in Medisch Contact nr. 9/1967, blz. 200, respectievelijk nr. 33/1967, blz. 754. Het besluit no. 1 – 1975 inzake detachering is opgenomen in Medisch Contact nr. 9/1976, blz. 282.

Alle besluiten van het Centraal College zijn of worden opgenomen in de handleiding voor de erkenning en registratie van medische specialisten, welke tegen betaling van f 25,— (assistent-geneeskundigen f 10,—) verkrijgbaar is bij het bureau van de Specialisten Registratie Commissie, Lomanlaan 103, Utrecht.

Utrecht, 28 augustus 1978.

### **Besluit no. 3 – 1978: longziekten en tuberculose**

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten in vergadering bijeen op 22 mei 1978;

gezien het voorstel van het bestuur van de Nederlandse vereniging van artsen voor longziekten en tuberculose tot vaststelling van nieuwe opleidingseisen voor het specialisme longziekten en tuberculose, ter vervanging van de

bij besluit no. 2 – 1970 van het Centraal College vastgestelde eisen;

gelet op de met een vertegenwoordiger van de Vereniging gehouden voorbesprekingen en de met het bestuur van de Vereniging gevoerde correspondentie en gewisselde stukken;

overwegende

dat het noodzakelijk is gebleken de eisen inzake de twee jaar opleiding in de algemene inwendige geneeskunde te omschrijven,

dat de eisen inzake de opleiding in de drie jaar geneeskunde van longziekten en tuberculose moeten worden herzien, in het bijzonder wat betreft de inrichtingen waarin deze opleiding plaats zal vinden;

gehoord de Specialisten Registratie Commissie

in aanmerking nemende dat de ledenvergadering van de Nederlandse vereniging van artsen voor longziekten en tuberculose op 5 juli 1977 haar instemming heeft betuigd met de voorgestelde opleidingseisen;

gelet op artikel 1007 lid 2, en artikel 1008 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

heeft besloten

#### **Artikel 1**

Het besluit no. 2 – 1970 inzake de opleidingseisen voor het specialisme longziekten en tuberculose wordt vervangen door het besluit no. 3 – 1978.

#### **Artikel 2**

De duur van de opleiding van specialisten voor het specialisme longziekten en tuberculose bedraagt 5 jaar. Voor deze opleiding gelden de bij besluit no. 2 – 1966, zoals gewijzigd bij besluit no. 2 – 1967, vastgestelde algemene eisen te stellen aan de opleiding (A), de opleiders (B) en de opleidingsinrichtingen (C), in samenhang met de hieronder opgenomen bijzondere eisen. De opleiding zal geschieden met inachtneming van hetgeen in onderstaand opleidingsschema en nadere voorschriften is weergegeven.

#### Bijzondere eisen

##### *A. Te stellen aan de opleiding*

Aan de algemene eis van A. 1 wordt het volgende toegevoegd:

De 5 jaar opleiding bestaat, met inachtneming van hetgeen in het opleidingsschema is bepaald, uit:

- twee jaar te besteden aan inwendige geneeskunde met eventueel stages ter keuze,
- drie jaar opleiding in de geneeskunde van longziekten en tuberculose.

De opleiding in de inwendige geneeskunde moet worden gevolgd in een van de voor dat specialisme erkende opleidingsinrichtingen -A of -B.

De opleiding in de longziekten en tuberculose moet worden gevolgd in de inrichtingen genoemd in de bijzondere

eis C. 1 en volgens één van de mogelijkheden nader omschreven in het opleidingsschema.

De Specialisten Registratie Commissie kan, gehoord de opleider voor het specialisme longziekten en tuberculose:

- a. iemand die gedurende ten minste vier jaar, c.q. gedurende ten minste drie jaar, de opleiding voor het specialisme inwendige geneeskunde heeft gevolgd en in aansluiting daaraan de opleiding voor het specialisme longziekten en tuberculose wenst te volgen, op diens verzoek toestemming verlenen dat zijn drie jaar opleiding in de geneeskunde van longziekten en tuberculose met ten hoogste een jaar, c.q. een half jaar, wordt bekort, mits hij tijdens de opleiding inwendige geneeskunde gedurende ten minste een half jaar een stage longziekten en tuberculose heeft gevolgd;
- b. iemand die voor het specialisme inwendige geneeskunde in het register van erkende specialisten is ingeschreven en de opleiding voor het specialisme longziekten en tuberculose wenst te volgen, op diens verzoek toestemming verlenen dat zijn drie jaar opleiding in de geneeskunde van longziekten en tuberculose met ten hoogste een jaar wordt bekort, mits hij voldoende ervaring heeft op het gebied van de longziekten en tuberculose.

Aan de algemene eisen van A. 13 wordt toegevoegd:

- f. er op toezien dat de assistent-geneeskundige in de periode waarin hij klinisch werkzaam is, de zorg heeft voor het aantal patiënten genoemd in de bijzondere eis C. 11;
- g. er zorg voor dragen dat de assistent-geneeskundige regelmatig tezamen met de radioloog, c.q. radiodiagnost, besprekingen bijwoont;
- h. erop toezien dat de assistent-geneeskundige tijdens diens opleiding in de geneeskunde van longziekten en tuberculose, in de gelegenheid wordt gesteld regelmatig de besprekingen van een oncologische werkgroep, indien aanwezig, bij te wonen;
- i. er zorg voor dragen dat een assistent-geneeskundige tijdens diens opleiding tot arts voor longziekten en tuberculose ten minste éénmaal op een wetenschappelijke vergadering een voordracht houdt of ten minste éénmaal een wetenschappelijk artikel publiceert.

De algemene eis A.14 wordt vervangen door:

Gedurende de opleiding moet de opleider erop toezien, dat de assistent-geneeskundige voldoende kennis verkrijgt van de gevaren verbonden aan het gebruik van ioniserende straling uitzendende toestellen en de wijze waarop bescherming tegen die gevaren kan worden verkregen, zulks met het oog op de eisen van het Toestellenbesluit Kernenergiewet en op andere door de wetgever in de toekomst nog te stellen eisen. Voorts moet de opleider er op toezien, dat de assistent-geneeskundige in kennis wordt gesteld van de gevaren verbonden aan het gebruik van ioniserende straling uitzendende stoffen.

Ingevolge A.22 van de algemene eisen geeft zowel de opleider in de inwendige geneeskunde als die in de longziekten en tuberculose, voor zover mogelijk in gezamenlijk overleg, de noodzakelijke beoordelingen af.

#### B. Te stellen aan de opleiders

Ingevolge B.12 is het volgende vereist:

1. In een kliniek voor longziekten moet:

- a) het aantal opnamen per jaar ten minste 250 zijn;

b) per jaar ten minste 25 patiënten lijdende aan tuberculose in behandeling worden genomen. Is dit niet het geval dan treedt de bijzondere eis C.1 sub 2 in werking;

c) een polikliniek ter beschikking van de opleider staan en het aantal nieuw ingeschreven patiënten per jaar ten minste 250 zijn. Onder nieuw ingeschreven patiënten zijn ook begrepen alle oudpatiënten die gedurende drie jaar of langer niet meer onder controle hebben gestaan.

2. In een sanatorium voor tuberculose moet het aantal opnamen per jaar ten minste 25 zijn.

3. Een consultatiebureau voor tuberculosebestrijding moet een gebied van ten minste 250.000 inwoners bestrijken.

#### C. Te stellen aan de opleidingsinrichtingen

De algemene eis C.1 begint met de volgende bepalingen:

1. De opleiding in de geneeskunde van longziekten en tuberculose kan, met inachtneming van hetgeen in punt II van het opleidingsschema is bepaald, worden gevolgd in een erkende kliniek voor longziekten, in een erkend sanatorium voor tuberculose en op een erkend consultatiebureau voor tuberculosebestrijding.

a. Onder een kliniek voor longziekten wordt verstaan een zelfstandige afdeling van een algemeen ziekenhuis, dan wel een zelfstandige kliniek voor longziekten samenwerkende met een algemeen ziekenhuis.

b. Onder een sanatorium voor tuberculose wordt verstaan een inrichting, dan wel een deel van een inrichting, bestemd voor onderzoek, behandeling en verpleging van patiënten lijdende aan tuberculose.

c. Onder een consultatiebureau voor tuberculosebestrijding wordt verstaan een consultatiebureau dat voldoet aan de voorwaarden ter verkrijging van subsidie ingevolge Rijksregeling.

2. Een kliniek voor longziekten waarin per jaar niet ten minste 25 patiënten lijdende aan tuberculose in behandeling worden genomen, kan als opleidingsinrichting worden erkend, indien de opleider er zorg voor draagt dat de assistent-geneeskundige:

of de in punt II sub 1.b van het opleidingsschema genoemde stage van ten hoogste een half jaar in een erkend sanatorium voor tuberculose, c.q. de stage van ten hoogste drie maanden op een erkend consultatiebureau voor tuberculosebestrijding, volgt.

of de door de Nederlandse vereniging van artsen voor longziekten en tuberculose vastgestelde en in de bijlage opgenomen cursus inzake tuberculosebestrijding volgt.

Een en ander ter beoordeling van een controle door de Specialisten Registratie Commissie, mede aan de hand van een verklaring, waaruit moet blijken dat bedoelde cursus is gevolgd.

In de algemene eis C.1 sub a wordt het specialisme radiologie vervangen door het specialisme radiodiagnostiek c.q. radiologie.

Aan de algemene eis C.2 wordt het volgende toegevoegd:

Voor het algemene ziekenhuis waarvan een kliniek voor longziekten deel uitmaakt, is bovendien vereist:

- a. dat in het ziekenhuis werkzaam zijn specialisten, die voor de specialismen anesthesie, cardiologie en keel-neus-oorheeskunde in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven;

- b. dat regelmatig als consulent kunnen worden geraadpleegd specialisten, die voor de specialismen dermatologie, kindergeneeskunde, medische microbiologie, neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten hoofdvak neurologie, oogheelkunde, pathologische anatomie, psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten hoofdvak psychiatrie en urologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven;
- c. dat in het ziekenhuis werkzaam zijn specialisten, die als opleider voor de specialismen heelkunde en inwendige geneeskunde zijn erkend;
- d. dat in het ziekenhuis een laboratorium voor longfunctie-onderzoek aanwezig is;
- e. dat in het ziekenhuis longoperaties kunnen plaatsvinden.

Ingevolge C.3 van de algemene eisen is het volgende vereist.

I. Wat betreft een zelfstandige kliniek voor longziekten samenwerkende met een algemeen ziekenhuis:

1. In de kliniek moeten regelmatig als consulent kunnen worden geraadpleegd specialisten, die voor de specialismen anesthesie, cardiologie, dermatologie, heelkunde, inwendige geneeskunde, keel- neus- oorheelkunde, kindergeneeskunde, medische microbiologie, neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten hoofdvak neurologie, pathologische anatomie, psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten hoofdvak psychiatrie, radiodiagnostiek c.q. radiologie, urologie en verloskunde en gynaecologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.
2. Aan de kliniek moeten een pathologisch-anatomisch laboratorium, een klinisch-chemisch laboratorium en een bacteriologisch-serologisch laboratorium ter beschikking staan.
3. In de kliniek moet een laboratorium voor longfunctie-onderzoek aanwezig zijn.
4. Aan de kliniek moet een operatieafdeling voor het verrichten van longoperaties ter beschikking staan.

II. Wat betreft een sanatorium voor tuberculose.

1. In het sanatorium moeten regelmatig als consulent kunnen worden geraadpleegd specialisten die voor de specialismen anesthesie, cardiologie, dermatologie, heelkunde, inwendige geneeskunde, keel-neus- oorheelkunde, kindergeneeskunde, medische microbiologie, neurologie c.q. zenuw- en zielsziekten hoofdvak neurologie, pathologische anatomie, psychiatrie c.q. zenuw- en zielsziekten hoofdvak psychiatrie, radiodiagnostiek c.q. radiologie, urologie en verloskunde en gynaecologie in het register van erkende specialisten zijn ingeschreven.
2. Aan het sanatorium moeten een pathologisch-anatomisch laboratorium, een klinisch-chemisch laboratorium en een bacteriologisch-serologisch laboratorium ter beschikking staan.
3. In het sanatorium moet een laboratorium voor longfunctie-onderzoek aanwezig zijn.
4. Aan het sanatorium moet een operatieafdeling voor het verrichten van longoperaties ter beschikking staan.

Ingevolge C.II van de algemene eisen is het volgende vereist:

1. Wat betreft een kliniek voor longziekten:
  - a. de kliniek moet beschikken over ten minste 30 bedden voor patiënten lijdende aan niet-tuberculeuze longziekten.

- b. De assistent-geneeskundige moet in de periode waarin hij klinisch werkzaam is, de zorg hebben voor ten minste 10 en ten hoogste 25 klinische patiënten.
- c. In een kliniek moet naast de erkende opleider ten minste één specialist die voor het specialisme longziekten en tuberculose in het register van erkende specialisten is ingeschreven, werkzaam zijn en bij de opleiding zijn betrokken.

Is het aantal beschikbare bedden groter dan 40 dan zullen dit twee specialisten moeten zijn, groter dan 80 drie specialisten etc.

2. Wat betreft een sanatorium voor tuberculose:

- a. Het sanatorium moet beschikken over ten minste 15 bedden.
- b. De assistent-geneeskundige moet in de periode waarin hij klinisch werkzaam is de zorg hebben voor ten minste 10 en niet meer dan 30 patiënten.
- c. In het sanatorium moet naast de erkende opleider ten minste één specialist die voor het specialisme longziekten en tuberculose in het register van erkende specialisten is ingeschreven, werkzaam zijn en bij de opleiding zijn betrokken.

3. Wat betreft een consultatiebureau voor tuberculosebestrijding.

Op het consultatiebureau moet naast de leider van het bureau ten minste één specialist die voor het specialisme longziekten en tuberculose in het register van erkende specialisten is ingeschreven of een arts die voor de tak bijzondere vormen van sociale geneeskunde onderdeel tuberculosebestrijding, in het register van erkende sociaal-geneeskundigen is ingeschreven, werkzaam zijn en bij de opleiding zijn betrokken.

De bepalingen van C.12 sub b van de algemene eisen worden als volgt aangevuld:

1. In de kliniek voor longziekten en in het sanatorium voor tuberculose moet aanwezig zijn een instrumentarium dat de mogelijkheid biedt tot het verkrijgen van kennis van ingrepen en onderzoeken, zoals genoemd in de nadere voorschriften.
2. Het algemene ziekenhuis en het sanatorium moeten een bibliotheek bezitten, waarin recente handboeken en ten minste 8 tijdschriften op longspecialistisch gebied, allergie en pathofysiologie van de respiratie aanwezig zijn. In de onderzoekruimte van de kliniek en polikliniek voor longziekten en in die van een sanatorium voor tuberculose moet voldoende gelegenheid zijn om röntgenoscopisch onderzoek te kunnen verrichten.

### Opleidingsschema

#### *I Inwendige geneeskunde*

Deze opleiding bestaat uit een jaar algemene inwendige geneeskunde benevens een jaar ter keuze.

1. Het jaar algemene inwendige geneeskunde wordt gevolgd bij en onder verantwoordelijkheid van een voor het specialisme inwendige geneeskunde erkende opleider.
2. Het programma voor het jaar ter keuze wordt vastgesteld in overleg tussen de opleider voor het specialisme inwendige geneeskunde, de opleider voor het specialisme longziekten en tuberculose en de betrokken assistent-geneeskundige.

Het keuzejaar kan worden besteed:

- a. aan de algemene inwendige geneeskunde;
- b. gedurende een half jaar aan de tot de inwendige geneeskunde behorende deelspecialismen, met uitzondering van het deelspecialisme longziekten en tuberculose, of aan de algemene inwendige geneeskunde, benevens gedurende een half jaar aan één of meer stages, elk voor zich niet korter dan drie maanden, ter keuze uit: biochemie, intensive care, röntgendiagnostiek of -therapie, dan wel op een isotopenafdeling of een laboratorium voor pathologische anatomie. In overleg met de Specialisten Registratie Commissie kunnen ook andere stages worden gevolgd.

## II. Longziekten en tuberculose

1. Voor de drie jaar opleiding in de longziekten en tuberculose bestaan de volgende mogelijkheden:

- a. Drie jaar in een erkende kliniek voor longziekten, zoals aangegeven in de bijzondere eis C.1 sub 1a.
  - b. Een stage van ten hoogste een half jaar in een erkend sanatorium voor tuberculose, zoals aangegeven in de bijzondere eis C.1 sub 1b, c.q. een stage van ten hoogste drie maanden op een erkend consultatiebureau voor tuberculosebestrijding, zoals aangegeven in de bijzondere eis C.1 sub 1c, en de resterende tijd in een erkende kliniek voor longziekten.
  - c. Twee en een half jaar in een erkende kliniek voor longziekten en een half jaar naar keuze in overleg met de opleider. Het halve jaar naar keuze kan dienen bijvoorbeeld ter verrijking van de kennis van asthma en allergie of ter verdere verdieping in onder meer longfysiologie of pathologische anatomie. Het kan geheel of gedeeltelijk een aanvulling vormen van de opleiding in de kliniek voor longziekten, maar mag als zodanig niet aan de algemene inwendige geneeskunde worden besteed.
2. Van de in punt II sub 1a genoemde drie jaar opleiding kan de assistent-geneeskundige, met inachtneming van het bepaalde in het besluit no. 1 - 1975 van het Centraal College inzake detachering van assistent-geneeskundigen, gedurende een half jaar werkzaam zijn in een niet-erkende opleidingsinrichting onder verantwoordelijkheid van zijn opleider.
3. De assistent-geneeskundige moet tijdens zijn opleiding in de kliniek voor longziekten ten minste een jaar op de polikliniek werkzaam zijn.
4. De assistent-geneeskundige moet tijdens zijn opleiding ervaring verkrijgen in de postoperatieve zorg.
5. De assistent-geneeskundige moet tijdens zijn opleiding het cursorische gedeelte van de in de bijlage genoemde cursus inzake tuberculosebestrijding volgen.

### Nadere voorschriften

1. Tijdens de opleiding in de longziekten en tuberculose moet de assistent-geneeskundige:

—\* voldoende kennis verkrijgen betreffende diagnostiek,

behandeling en epidemiologie van tuberculose. Wanneer hiertoe de mogelijkheden in een kliniek voor longziekten waar patiënten lijdende aan tuberculose in behandeling worden genomen, dan wel door een stagering in een sanatorium voor tuberculose of op een consultatiebureau voor tuberculosebestrijding niet in aanmerking komen, is een landelijke cursus voor dat doel samengesteld, verplicht gesteld. Deze cursus heeft als inhoud: een literatuurdeel, een cursorisch deel en een praktisch deel (zie ook de bijlage aan het eind van dit artikel):

—\* kennis verkrijgen van de theoretische grondslagen der röntgenologie en ervaring bij het maken van röntgenfoto's:

—\* kennis verkrijgen van de röntgenologie bij normale en pathologische longbeelden en van die röntgenbeelden welke worden waargenomen bij tuberculeuze veranderingen in andere organen;

— kennis en handvaardigheid verkrijgen van de lokale anesthesie bij alle intrabronchiale ingrepen;

—\* kennis verkrijgen van intubatie, kunstmatige beademing en de specifieke zorg op een Intensive Care afdeling, met name postoperatieve zorg en kunstmatige beademing;

— kennis en handvaardigheid verkrijgen van gangbare bronchologische onderzoeksmethoden zoals bronchografisch- en bronchoscopisch onderzoek, métrasspoelingen en transbronchiale naaldbiopsieën;

— kennis en handvaardigheid verkrijgen van gangbare perthoracale ingrepen zoals pleurapuncties, naaldbiopsieën van de pleura, aanleggen van een zuigdrainage, aanleggen van een diagnostische pneumothorax;

—\* kennis verkrijgen van tumorpuncties, thoracoscopieën en aanleggen van een pneumoperitoneum;

— kennis en handvaardigheid verkrijgen van het spirometrisch onderzoek met en zonder gebruik van farmaca, het verrichten van arteriepuncties en zo mogelijk elasticiteits (compliance) bepalingen en andere gangbare onderzoeksmethoden;

— kennis en handvaardigheid verkrijgen van allergologische diagnostiek inclusief provocatietest, voor zover van belang voor aandoeningen van de luchtwegen;

—\* kennis verkrijgen van de indicaties tot het beoordelen van andere gangbare functie bepalingen van ventilatie en circulatie, zoals bijvoorbeeld hartkatheterisatie, pneumangiogrammen bij patiënten met longafwijkingen en het isotopenonderzoek;

—\* kennis verkrijgen van het beoordelen van electrocardiogrammen;

—\* kennis verkrijgen van bloedgasanalyses;

—\* kennis verkrijgen van de cytologie;

—\* kennis verkrijgen van de serologie en immunologie, voor zover van belang voor aandoeningen van de luchtwegen;

—\* kennis verkrijgen van en deelnemen aan voorbereiding en nabehandeling van patiënten, die aan de longen een operatieve behandeling ondergaan, of bij patiënten die aan een ander orgaan worden geopereerd maar tevens pulmonale afwijkingen vertonen;

— regelmatig bijwonen van klinische besprekingen en bijeenkomsten, bij voorkeur met specialisten uit andere specialismen;

— waar mogelijk besprekingen bijwonen over medisch-sociale problemen met andere op het gebied van longziekten en tuberculose werkzame disciplines zoals districts- en wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werk-

\* Onder kennis krijgen wordt verstaan: het zich op de hoogte stellen van bestaande diagnostische en therapeutische mogelijkheden, hun indicatie en contra-indicatie, het leren interpreteren van de uitkomsten.

(st)ers, psychologen, pedagogen, GMD, en eventueel anderen;

- referaten houden over speciale onderdelen uit het gebied der longziekten en tuberculose;
- medewerken aan patiëntenregistratie en codering;
- duidelijk leren verwoorden de overweging voor diagnostiek en behandeling in de ziektegeschiedenissen;
- zich bekwamen in het schrijven van ontslagbrieven, waarin voldoende anamnese, onderzoek en overwegingen ten aanzien van diagnostiek en therapie zijn verwerkt;

2. De opleider stelt in overleg met de assistent-geneeskundige zo mogelijk bij de aanvang van de opleiding een overzicht op van de wijze waarop de opleidingstijd zal worden ingedeeld, ook wat betreft de periode waarin de opleiding in de inwendige geneeskunde zal worden gevolgd.

Dit overzicht en eventuele wijzigingen daarin worden door de assistent-geneeskundige ter kennis van de Specialisten Registratie Commissie gebracht.

Utrecht, 29 mei 1978

Het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten

## BIJLAGE

### Cursus inzake tuberculosebestrijding

#### Algemeen

De in de bijzondere eis C.1 sub b genoemde cursus inzake tuberculosebestrijding is verplicht voor die assistent-geneeskundigen, die in een kliniek voor longziekten dan wel gedurende een stage in een sanatorium voor tuberculose of op een consultatiebureau voor tuberculosebestrijding, geen voldoende kennis kunnen verkrijgen betreffende diagnostiek, behandeling en epidemiologie van tuberculose.

De cursus bestaat uit een literatuurstudie, een cursorisch gedeelte en een praktisch gedeelte. Het cursorische gedeelte is, conform punt II.5 van het opleidingsschema, verplicht voor alle assistent-geneeskundigen.

#### Inhoud van de cursus

a. De literatuurstudie omvat: een leerboek der tuberculosebestrijding, informatie over tuberculostatica, een syllabus skelettuberculose.

b. Het cursorische gedeelte houdt in een bespreking van onderdelen der stof welke moeilijk vanuit de literatuur zijn te bestuderen (bijvoorbeeld röntgenfoto's). Het accent zal hierbij liggen op demonstraties en discussies. Aandacht zal worden besteed aan epidemiologie, organisatie en praktijk van de tuberculosebestrijding, het consultatiebureau, tuberculineonderzoek, toepassing van BCG, bacteriologie, kliniek van de tuberculose met inbegrip van de extrapulmonale tuberculose, therapie. De duur van het cursorische gedeelte is in totaal 3 dagen, gedurende 1 dag per week binnen een tijdsbestek van 3 maanden.

c. Het praktische gedeelte houdt in gedurende zes maanden wekelijks, c.q. gedurende twaalf maanden tweewekelijks, een halve dag werkzaam zijn en besprekingen bijwonen in een sanatorium voor tuberculose of op een consultatiebureau voor tuberculosebestrijding. Hierbij dient ook aandacht te worden besteed aan follow-up van de patiënten lijdende aan tuberculose. Ter beoordeling door de opleider kan het praktische gedeelte worden afgesloten met een scriptie.



#### Fractiewaarde

De fractie, waarin de verzekerde bedragen bij de Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen, OLMA, worden uitgedrukt, heeft — berekend volgens de artikelen 25 en 26 van de Statuten en op basis van de beurskoersen ultimo 2e kwartaal 1978 — voor het derde kwartaal 1978 een waarde van f 1,300.

#### INHOUD OFFICIEEL

KNMG, van het hoofdbestuur:	
Aanvulling beschrijvingsbrief 173ste Algemene Vergadering .....	1142
Advies Commissie van voorbereiding LVSG .....	1142
Pre-advies hoofdbestuur bij advies Commissie van voorbereiding LVSG .....	1145
CC, van het Centraal College voor de erkenning en Registratie van Medische Specialist:	
Besluit no. 2 – 1978: Opleiding medische microbiologie .....	1145
Besluit no. 3 – 1978: Opleiding longziekten en tuberculose .....	1148
OLMA:	
Fractiewaarde .....	1152

Nr. 37-15 september 1978