



redactioneel

- Rijksbegroting 1979 en Bestek '81 passeerden het ontleedmes van KNMG-voorzitter Ch. J. Maats. De (173ste) Algemene Vergadering hoorde zijn bevindingen aan. Gevraagd: een totaal volksgezondheidsbeleid. Ter informatie 'de' adviesaanvraag voor de eigen bijdrage.
- De Visie Commissie van St.-Bavo, bekend van 'De chronische patiënt' (1973), vervaardigde een nieuw rapport. Een studie over de ambulante en kortdurende klinische psychosociale hulpverlening. Over wat eraan voorafging zenuwachtig R. E. Offerhaus in het eerste deel van de serie 'Van probleem tot psychiatrie'.
- De huisarts staat onder druk om diverse facetten van zijn functioneren te veranderen. C. Spreeuwenberg, zelf uit het vak, catalogiseerde de knelpunten en wijst mogelijke wegen naar een evenwichtiger situatie.
- Help, de (aankomende) dokter verzuipt! Dr. R. S. ten Cate over huisartsopleiders, waarnemend huisartsopleiders en specialisten, en hun relatie tot de arts-assistent in de huisartspraktijk.
- De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft advies uitgebracht over het ontwerp van Wet op het bevolkingsonderzoek. Een omstreden zaak. Het verdient aanbeveling, vindt de raad, het begrip 'bevolkingsonderzoek' een meer beperkte inhoud te geven.
- Het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg moet anders: het laat de samenhang in de gezondheidszorg en met andere welzijnsvoorzieningen onvoldoende tot haar recht komen. Overdoen, aldus de Harmonisatieraad, en beter letten op de Kaderwet Specifiek Welzijn.
- Twee artsen heeft de KNMG-kadertraining 1978 in elk geval een eind op weg geholpen om de problemen van de jaren '80 het hoofd te kunnen bieden. Een geestdriftig bericht.



J. J. Fisscher, huisarts te Rotterdam-Ysselmonde, werkt in klei (boetseren, tegeltableaux, pottenbakken), met metalen platen en bronzen lasdraad. Dit tegeltableau 'Zonnebloem' van geglazuurd keramiek meet 27 x 68 cm en was te zien op de tentoonstelling van 'Met pincet en penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar.

Foto: F. Frese, arts te Bergambacht

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	1194
<i>Inzenders: G. J. Oosterhuis, J. A. de Jong</i>	
De 173-ste Algemene Vergadering der KNMG	1197
Eigen bijdragen ziektekostenverzekeringen. Ziekenfondsraad om advies gevraagd	1199
Derde rapport Visie Commissie St.-Bavo (I) - Van probleem tot psychiatrie. Inleiding, door R. E. Offerhaus	1201
Jaarverslag 1977 Gemeenschappelijk Administratiekantoor	1204
De toekomst van de huisartsgeneeskunde, door C. Spreeuwenberg	1205
Arts-assistent in de huisartspraktijk. Zekerheid in vertrouwen, door Dr. R. S. ten Cate	1209
Bevolkingsonderzoek. Advies Centrale Raad voor de Volksgezondheid	1211
Harmonisatieraad Welzijnsbeleid. Pleidooi voor wijziging wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg	1213
Uitspraak CAO-Ziekenhuiswezen: Uitvoeringsregeling verhuiskosten ..	1215
Kadertraining KNMG 1978	1216
Universitaire berichten: promoties	1218
OFFICIEEL	1219
Inhoudsopgave officieel	1224



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. 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-Kaltofen, 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 opgave 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.

BRIEVEN

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

LANGDURIG ZIEKTEVERZUIM

Geen ijskast maar broedmachine

In MC nr. 35/1978 van 1 september wees de hoofdredacteur onder het opschrift 'Langdurig ziekteverzuim' op het belang van het experiment met een ziekenhuis-sociaal geneeskundige (z.s.g.) in het Elisabeth Gasthuis te Haarlem. Graag zijn pleidooi voor een 'follow-up' ondersteunend zou ik bij twee passages uit het artikel een kanttekening willen plaatsen:

1. 'De gelden voor deze proefneming, die duurde van 1974 tot en met 1976, kwamen van de Sociale Verzekeringsraad.' Geld is belangrijk, maar het motief voor het financieren van dit experiment is natuurlijk belangrijker. Op verzoek van de staatssecretaris van Sociale Zaken houdt de Sociale Verzekeringsraad (SVR) zich reeds een aantal jaren bezig met de bestudering van de ontwikkeling van het ziekteverzuim. De raad heeft daartoe een commissie, de CBOZ, ingesteld waarin ook andere bij dit vraagstuk betrokken instanties, zoals de Federatie van Bedrijfsverenigingen en het NIPG, maar ook de KNMG zelf, participeren. In de activiteiten van deze commissie paste volledig de suggestie van Dr. Van Mansvelt voor een experiment met een z.s.g.

2. 'Het zou bijzonder jammer zijn als 'Experiment Haarlem' de ijskast in zou gaan'. Toegegeven zij dat het al weer een aantal maanden geleden is dat het rapport werd afgerond. De vrees voor een ijskastbijzetting lijkt mij echter voorbarig. Op het moment dat het rapport ter kennis van de SVR werd gebracht bevonden zich nog enkele andere door de raad geëntameerde en gefinancierde studies ('Gezondheidszorg en lange ziekteduren', 'Personeelsbeleid en ziekteduur') in het laatste stadium. De SVR heeft het toen raadzaam geacht, eerst na zijn beleidsconclusies over de verschillende rapporten te hebben gecombineerd daarmee naar buiten te treden. De voorbereiding daarvan ligt momenteel in handen van de reeds genoemde commissie. Er is dus eerder sprake van een broedmachine- dan van een ijskastfase.

Zonder zelf reeds een uitspraak over de conclusies te doen heeft de SVR het rapport wel onder de aandacht gebracht van betrokken instanties als het ministerie van Sociale Zaken en de Sociaal Economische Raad. Voor belangstellenden is het rapport 'Experiment Haarlem' verkrijgbaar bij de sectie 'Externe Betrekkingen' van het SVR-secretariaat, Pres. Kennedylaan 21, Den Haag, zodat de opinievorming ook elders op gang zal kunnen komen. Het artikel van Bol lijkt mij in dat kader een waardevolle bijdrage.

Den Haag, 8 september 1978

G. J. Oosterhuis,
algemeen secretaris
Sociale Verzekeringsraad

GEAVANCEERD

Naar aanleiding van het praktijkperikel 'Geavanceerd' (MC nr 37/1978, blz. 1140) valt het volgende op te merken:

Een verzekerde met een termijn van enkele maanden arbeids-geschikt verklaren, is althans bij de uitvoering van de WAO minder vreemd dan het lijkt. Immers, indien een WAO-uitkering geruime tijd heeft geduurd is het oorspronkelijke dienstverband verbroken; de verzekerde krijgt op het ogenblik dat hij weer voor passende arbeid geschikt wordt geacht alsnog een periode om uit te zien naar zodanig werk. Verder is het gebruikelijk een WAO-uitkering steeds te beëindigen bij ingang van een komende betalingsperiode, dit is altijd per de eerste van een volgende maand.

Amsterdam, 16 september 1978

J. A. de Jong

VAN PROBLEEM TOT PSYCHIATRIE

In 1973 schreef R. E. Offerhaus een serie artikelen over de chronische psychiatrische patiënt. Het accent lag daarin op de mogelijke schadelijke invloed van hospitalisatie. Uittuning van de paviljoenbevolking, het scheppen van nieuwe woonsituaties en integratie in de maatschappij waren de beleidsdoelen die de Visie Commissie van St.-Bavo met deze serie beoogde. Thans de serie 'Van probleem tot psychiatrie', uittreksel van een studie van de Visie Commissie over noodzaak en mogelijkheden van ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Een uitvoerige enquête onder de Nederlandse bevolking verschaftte de nodige gegevens over de psychische nood en de hulpbehoefte. In een openingsartikel (blz. 1201) wordt het model beschreven aan de hand waarvan de bevolkingsenquête is ontwikkeld. Mensen hebben conflicten en problemen, dat is geen noodlottig gebeuren. Het zelf oplossen van problemen is een noodzaak in ieders leven. Soms overtreft evenwel de draaglast de draagkracht, en dan is hulp geboden. Maar is die hulp ook voorhanden en te vinden? Zo niet dan zijn stoornissen te verwachten, te meer omdat het niet altijd mogelijk is de problemen te ontlopen. In het bijzonder geldt dit voor sociale problemen. Daar komt bij dat ons onderwijs en onze opvoeding niet op het oplossen van interactionele problemen zijn gericht.

Uit de resultaten van het bevolkingsonderzoek blijkt dat 80% van de mensen meent geen hulp nodig te hebben; 12% wil graag hulp op één gebied, 7% op twee of meer levensgebieden. Klachten bleken vaak met elkaar samen te hangen. Als probleemvelden werden geregistreerd: moe- en futloosheid, partnerproblemen, contactverlies, overspannenheid, 'afknappen' en onzelfstandigheid. Het onderzoek leverde een veelheid van gegevens op; wij hebben ons beperkt tot die gegevens waaruit het doel van de

enquête bleek, namelijk een peiling te doen naar de behoefte aan psychosociale hulp onder de Nederlandse bevolking.

De commissie hield een hulpverlenersenquête in drie Haagse wijken met een verschillende sociale structuur, te weten: het Benoordenhout, een welvarende wijk met een oudere bevolking; Morgenstond, een vijftien jaar oude wijk met een gemengde bevolking; en de Schilderswijk, een oude arbeiderswijk met veel jongeren en veel doorstroming. In het algemeen zagen de onderzochte hulpverleners geen grote verschillen in sociale problematiek tussen deze drie wijken; de aangeboden problematiek hield voornamelijk verband met de sociale verarming in onze maatschappij.

In de maatschappij van zo'n honderd jaar geleden, met zijn dorps- en kleinstedelijk karakter, bestond er zeker een overmacht aan sociale

*Het gaat niet alleen
om bedden,
maar ook om stoelen*

dwang. Daarnaast was er echter een grote sociale geborgenheid. Aldus J. van der Lande, directeur van St.-Bavo, in zijn introductie bij het rapport. De sociale rol van de kerk is nu vrijwel uitgespeeld, het familieverband van meerdere generaties teruggebracht tot de kern: twee ouders met enkele kinderen, en zelfs deze structuur zal in 1980 nog maar voor 35% van de bevolking gelden. Daarnaast zijn er diepe scheidingen ontstaan: de bejaarden in hun tehuis, de gehuwde vrouw alleen thuis, de man vaak ver weg op het werk en de kinderen op school. Verder is de mobiliteit zeer sterk toegenomen. Het gevolg laat zich gemakkelijk raden. Langdurige en diepgaande contacten worden vervangen door meer en oppervlakkige contacten en relaties. De enige continue relatie is die van het huwelijk. Het is de vraag of

deze relatie alleen in staat is te voldoen aan de behoefte aan langdurig en continu contact.

Zich basierend op literatuur- en eigen veldonderzoek heeft de Visie Commissie een model ontwikkeld voor de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn. Daarin krijgen zowel de professionele als de non-professionele hulpverlening een plaats, terwijl voorts onderscheid wordt gemaakt tussen formele en informele hulpverleners.

Men zal zich afvragen wat de reden van een aantal 'tweedelijners' mag zijn om zich diepgaand bezig te houden met de psychosociale problematiek in de eerste lijn. Nog steeds rust op de psychiatrische inrichting het odium van de plaats waar moeilijk of niet te behandelen mensen worden behandeld c.q. opgeborgen. Voor een niet onbelangrijk deel, meent men, berust deze opvatting op de realiteit dat er in het veld onvoldoende deskundige hulp is om adequaat in te springen op de eerste hulpvraag, opname vindt in een te laat stadium plaats, waardoor de behandeling aan effectiviteit inboet. Een vicieuze cirkel. St.-Bavo heeft de opdracht aanvaard om in Rotterdam een nieuwe psychiatrische kliniek te helpen bouwen. De aandacht zal daarbij met name zijn gericht op de opname op positieve indicatie; d.w.z. dat verwijzer én patiënt kiezen voor opname, niet noodgedwongen omdat de patiënt ongewenst is in de samenleving maar om de bestaande, niet in de wijk oplosbare problematiek snel te verhelpen. St.-Bavo zelf wil meer en meer een ambulant karakter krijgen. Poliklinische dagcentra zullen dus tot zijn voorzieningen moeten behoren: het gaat niet alleen om bedden, maar ook om stoelen. Tegelijk dient de ontwikkeling van de eerstelijnszorg te worden gesteund door middel van consultatie en begeleiding en introductie van de positieve indicatie-gedachte. Na het laatste artikel in deze serie hopen wij terug te komen op het hulpverleningsmodel dat St.-Bavo voor de eerste lijn voor ogen staat.

B.



Praten met paren – Het Nederlands Huisartsen Instituut (NHI) heeft een training 'Praten met paren' georganiseerd. De training vindt van 9-12 oktober (+ twee dagdelen) plaats in Huize Doornburgh te Maarssen. Kosten f 950,— (inclusief onderdak en voeding). Verdere inlichtingen en inschrijvingen bij Mw. Marjan Verhaar-van der Gouw, afdeling Nascholing en Training, Nederlands Huisartsen instituut, Mariahoek 4, Utrecht, tel. 030-319946.

Registratie vrijheidsbeperkingen psychiatrie – Staatssecretaris Veder-Smit (Volksgezondheid) wil overgaan tot voorlopige registratie van de toepassing van bepaalde vrijheidsbeperkingen (het gebruik van dwangbuizen, isoleercellen, spanlakens en mogelijk het toedienen van zwaar kalmerende medicijnen) bij psychiatrische patiënten. De ervaringen die met de voorlopige registratie worden opgedaan zullen als richtsnoer dienen bij de voorbereiding van een meer uitgewerkt registratiesysteem. Dit heeft de staatssecretaris geantwoord op schriftelijke vragen van het Tweede Kamerlid Mw. Beckers-De Bruijn (PPR). In de Krankzinnigenwet wordt bepaald dat psychiatrische inrichtingen dagelijks aantekening moeten houden van de toepassing van dwangmiddelen. Veel psychiatrische ziekenhuizen houden het verplichte register niet bij. De staatssecretaris acht dit niet bezwaarlijk, aangezien de omschrijving van het begrip 'dwangmiddel' verouderd is. Toch moet er volgens haar wel worden geregistreerd, de vraag is alleen wat precies: van sommige vrijheidsbeperkingen die psychiatrische patiënten worden opgelegd lijkt nu al duidelijk dat registratie van belang is, van andere beperkingen kan nog niet met zekerheid worden vastgesteld hoe zij in een registratie moeten worden ondergebracht. Aan de voorlopige registratie – recentelijk punt van overleg met de Nationale Ziekenhuisraad – zullen meewerken psychiatrische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen met een psychiatrische afdeling, verpleeghuizen voor geestelijk gestoorde bejaarden en andere bij de zorg voor psychiatrische patiënten betrokken voorzieningen.

Patiënteninformatie: voorbeeldboekje – In samenwerking met de Stichting Gezondheidsvoorlichting Werkgroep 2000 heeft de Nationale Ziekenhuisraad een boekje gemaakt met voorbeelden van

informatie voor patiënten die zijn of worden opgenomen in een algemeen ziekenhuis. Getracht is in de tekst de huidige opvattingen te verwerken over de positie van de patiënt, zijn rechten en plichten, de openheid van het ziekenhuis tegenover mensen die zich aan de zorgen van de ziekenhuismedewerkers toevertrouwen en de wens van het ziekenhuispersoneel in hogere mate tegemoet te kunnen komen aan verwachtingen en verzoeken van de patiënt in samenwerking met collega's en patiënt. Getracht is voorts, suggesties te verwerken ten aanzien van zaken die met medewerking van de betrokkenen wellicht beter te regelen zijn dan nu vaak gebeurt. Voorbeelden daarvan zijn het meer bewust betrekken van de patiënt bij zijn behandeling, het afzien van een betuttelende benadering en het betrachten van openheid over financiële aspecten en behandelingsmogelijkheden. Het voorbeeldboekje is verkrijgbaar bij de Nationale Ziekenhuisraad, Oudlaan 4, Utrecht, tel. 030 – 739911.

Samenwerking eerste lijn — S1, het samenwerkingsproject van het Nederlands Huisartseninstituut (NHI), het Nederlands Centrum voor Kruiswerk (NCVK) en de landelijke organisatie voor maatschappelijke dienstverlening Joint, organiseert eind 1978-begin 1979 op een aantal woensdagavonden bijeenkomsten over samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg. Verschillende niveaus van samenwerking komen aan de orde. Juridische, organisatorische en structurele aspecten zullen worden behandeld, evenals teamopbouw en -ontwikkeling, de feitelijke behandeling, persoonlijke motivatie en mogelijke capaciteiten. Alle avonden – iedere geïnteresseerde is welkom, maar men hoeft ze niet alle te bezoeken – worden gehouden in Hoog Brabant, Hoog Catharijne, Utrecht. De bijeenkomsten duren van 19.30 uur tot ongeveer 21.30 uur. Kosten per avond: f 5,—. Uitvoerig informatiebulletin en inschrijfformulieren: Secretariaat S1-project, Postbus 3200, Utrecht, tel. 030-910380.

Clïent en hulpverlener — Op dinsdag 21 november 1978 organiseert S1, het samenwerkingsproject NHI-NCVK-Joint, een themadag over 'Clïent en hulpverlener in het kader van de samenwerking in de eerste lijn'. Doel van de dag is, hulpverleners in samenwerkingsverbanden te helpen zoeken naar vormen van hulpverlening die zoveel mogelijk aansluiten bij de patiënt/clïent als mens en diens eigen verantwoordelijkheid en mogelijkheden zoveel mogelijk ondersteunen. 's Ochtends zal door middel van een inleiding en een discussie worden ingegaan op de werkopvattingen van hulpverleners met betrekking tot

participatie van de cliënt en de betekenis van samenwerken hierbij. 's Middags bieden sprekers die zelf in een samenwerkingsverband werkzaam zijn voorbeelden uit de praktijk. Hulpverleners in eerstelijns samenwerkingsverbanden die belangstelling hebben voor deze themadag, die van 10.00 uur tot 16.30 uur op Woudschoten, Woudenbergseweg 54, Zeist, wordt gehouden en f 15,— kost, inclusief de lunch, kunnen een inschrijfformulier aanvragen bij het secretariaat van het S1-project, Postbus 3200, Utrecht, tel. 030-910380.

Fulbright-Hays beurzen — Nederlandse hoogleraren, lectoren, wetenschappelijk medewerkers en promotie-assistenten kunnen solliciteren naar Fulbright-Hays beurzen voor onderzoek en onderwijs in de Verenigde Staten in het academisch jaar 1979-1980. De beurzen worden verstrekt op alle vakgebieden voor het verrichten van onderzoek respectievelijk het geven van colleges aan universitaire of daarmee gelijk te stellen wetenschappelijke instellingen in de Verenigde Staten. Periode: 3-12 maanden, vergoeding van retour reiskosten en (afhankelijk van eventuele doorbetaling van salaris of andere fondsen) een aanvullende verblijfsbeurs. Vereist: verbonden zijn aan Nederlandse universiteit of hogeschool, duidelijk plan voor onderzoek of onderwijs, Nederlandse nationaliteit. De voorkeur gaat uit naar hen die de laatste vijf jaar niet in de VS zijn geweest. Sluitingsdatum: 15 december 1978. Inlichtingen: Netherlands America Commission for Educational Exchange (NACEE), Reguliersgracht 25, 1017 LJ Amsterdam, tel. 020-242435.

Alternatief pakket – Alternatieve geneeswijzen horen in het ziekenfondspakket thuis, vond 72% van de 1.200 door Intomart over de behandeling door acupuncturisten, kruidengenezers, homeopaten, paranormale genezers etc. ondervraagde Nederlanders van 15 jaar en ouder. Alternatieve geneeswijzen dienen duidelijk te worden gereguleerd, vond 89%; 52% onderschreef de strafbaarstelling van alternatieve behandelingen die worden verstrekt door een niet-medicus. Van de mensen die hun heil bij alternatieve genezers hadden gezocht had 58% eerst een arts geraadpleegd; 15% ging die weg op aanraden van een arts, 27% ging op eigen initiatief. Wie zelf een alternatieve behandeling had ondergaan of mensen kende bij wie dat het geval was geweest, achtte de alternatieve geneeswijze goedkoper, effectiever, betrouwbaarder en natuurlijker dan wie nooit direct of indirect met die geneeswijze in aanraking was gekomen. Aldus VNZ-documentatie, juli 1978.

De 173ste Algemene Vergadering der KNMG

Ter 173ste Algemene Vergadering, vrijdag 22 september jl. in de Utrechtse Jaarbeurs, hield KNMG-voorzitter Ch. J. Maats de volgende inleiding:

Het sombere Bestek en de Troonrede zijn ons voorgehouden. Het zal U vermoedelijk niet zijn ontgaan dat in de Troonrede slechts bijzonder weinig over de gezondheidszorg wordt gezegd. Een kleine alinea, maar wel een essentiële, vermeldt: 'Aan de wetsontwerpen Voorzieningen Gezondheidszorg en Tarieven Gezondheidszorg zal zodanig vorm worden gegeven, dat het samenspel tussen particulier initiatief en overheid zo goed mogelijk kan verlopen.'

Hoewel wij niet te vérgaande conclusies mogen trekken, wil ik deze volzin toch wel als een *succes voor de KNMG* kenmerken. Al ons werk van de afgelopen jaren rond de beide wetsontwerpen is kennelijk niet voor niets geweest. Wat betreft het wezenlijke kernpunt zijn wij erin geslaagd gehoor te vinden. Dit neemt niet weg dat wij de verdere ontwikkelingen nauwlettend zullen volgen. Met geruststellende zinnen in de Troonrede alleen, zijn wij er natuurlijk niet.

Bestek '81

Het hoofdbestuur heeft zich beraden over de bezuinigingsvoorstellen die de regering in haar nota Bestek '81 ten aanzien van de gezondheidszorgsector heeft gedaan. Het hoofdbestuur is zich bewust van de noodzaak van uiterste efficiency in de gezondheidszorg. Het is derhalve gaarne bereid tot medewerking aan maatregelen die hiertoe kunnen bijdragen. Daarbij dient wel vooropgesteld dat de betreffende maatregelen onderdeel uitmaken van een totaal volksgezondheidsbeleid en dat zij de kwaliteit van de gezondheidszorg niet in nadelige zin beïnvloeden. Zolang er geen duidelijkheid bestaat over het eerste punt noch een redelijke zekerheid ten aanzien van het tweede punt, wijst het



KNMG-voorzitter Ch. J. Maats:
totaal volksgezondheidsbeleid gevraagd

hoofdbestuur de in de nota Bestek '81 gedane voorstellen voor wat betreft de gezondheidszorgsector af.

Eigen bijdrage

Met betrekking tot de voorgestelde eigen bijdrageregeling – te weten een eigen bijdrage van f 10,— per verpleegdag voor bepaalde bevolkingsgroepen bij opname in een inrichting en een eigen bijdrage tot een maximum van f 100,— per jaar per zelfstandige huishouding voor andere verstrekkingen – neemt het hoofdbestuur het hiernavolgende standpunt in:

1. Op dit moment zijn het hoofdbestuur geen gegevens bekend waaruit zou kunnen blijken dat in de Nederlandse situatie een eventueel uitbreiden van bestaande respectievelijk het invoeren van nieuwe eigen bijdrageregelingen een

kostenbesparend effect in de gezondheidszorg teweeg zou brengen zonder aantasting van de kwaliteit daarvan.

2. In verband met het in het vorige punt genoemde en mede gezien buitenlandse ervaringen op dit gebied is het dringend gewenst, vooraleer nieuwe eigen bijdrageregelingen in te voeren, door middel van een onderzoek te trachten een antwoord te krijgen op de vraag naar de oorzaak van bestaande verschillen in consumptiegedrag en op de vraag of deze verschillen door een eigen bijdrageregeling zijn te beïnvloeden.

3. Tenzij uit de resultaten van het in punt 2 genoemde onderzoek anderszins mocht blijken, wijst het hoofdbestuur in elk geval een eigen bijdrageregeling voor huisartshulp af. Een zodanige maatregel past naar de mening van het hoofdbestuur niet in een op versterking van de eerstelijns gezondheidszorg gericht beleid.

4. Het hoofdbestuur vreest dat de voorgestelde eigen bijdrageregeling vooral de minst draagkrachtigen zal treffen.

5. Verwacht kan worden dat de voorgestelde regeringsmaatregelen ogenschijnlijk tot een kostenbesparing zullen leiden, waar in feite een kostenverplaatsing plaatsvindt in de zin van een overheveling naar de aanvullende verzekering.

6. Het heeft geen zin een eigen bijdrageregeling in te voeren noch een onderzoek als bedoeld in punt 2 daarnaar in te stellen of welke andere maatregel ook in te voeren, indien deze geen onderdeel vormen van c.q. ingepast zijn binnen het kader van een totaal volksgezondheidsbeleid.

Regionalisatie

In mijn inleiding voor de vorige Algemene Vergadering heb ik onder meer Uw aandacht gevraagd voor de situatie in de vijf proefregio's. Daarbij heb ik mijn zorgen uitgesproken over de bereikte resultaten. Deze zorgen beperkten zich overigens niet tot de geringe resultaten in

de proefregio's, doch betroffen ook de 'wildgroei' die er op het terrein van de regionalisatie van de gezondheidszorg dreigde te ontstaan. Evenzeer gold het voor het weinig consistente beleid van de Rijksoverheid op dit terrein. Mijn opmerking over de mislukking van het experiment in de proefregio Eindhoven is voor het lid van het dagelijks bestuur van de agglomeratie Eindhoven belast met de gezondheidszorg aanleiding geweest om mij om opheldering hierover te vragen. In een uitvoerig schrijven heb ik nader uiteengezet hoe het hoofdbestuur, en het bestuur van de afdeling Eindhoven, tot dit oordeel zijn gekomen. Deze uiteenzetting is tot op heden onweersproken gebleven! Desalniettemin is de situatie te Eindhoven nog ongewijzigd, zodat mijn uitspraak in de vorige vergadering gedaan – helaas – nog steeds van kracht is. Inmiddels dreigt ook in de tweede proefregio, namelijk Nijmegen, het experiment te mislukken. Het bijzondere van de situatie aldaar is namelijk, dat het een regio betreft die zich in zijn begrenzing niet beperkt tot de provincie Gelderland doch over de provinciegrenzen heenreikt tot in Noord-Limburg en Noord-Oost-Brabant. Een situatie die zich in feite ook elders in Nederland voordoet, zodat het interessant leek via een experiment ervaring op te doen met de voetangels en klemmen die in een dergelijke regio aanwezig blijken te zijn. Het ziet ernaar uit dat deze ervaring niet zal kunnen worden opgedaan nu één van de betrokken Provinciale Raden voor de Volksgezondheid het bestaan van een grensoverschrijdende regio, althans voor de eigen provincie, ontkent. Interessant hierbij is, dat reeds in 1970 de toenmalige staatssecretaris Krusinga in een nota* naar aanleiding van vragen van het Kamerlid Veder-Smit bij de behandeling van de begroting van 1965 de principes van de regionalisatie heeft beschreven. Het uitgangspunt van de vrije artsenuitvoering stelde hij daarbij voorop, en dat gold niet alleen voor de geestelijke gezondheidszorg. Ook dit standpunt ging uit van grenzen die flexibel zijn. De positieve attitude en het enthousiasme ten aanzien van de proefregio-experimenten van de huidige staatssecretaris, zullen bepalend zijn voor het antwoord op de vraag hoe zij denkt de gerezen problemen het hoofd te bieden. Wellicht bieden de gedachten van één van haar voorgangers hierin nog mogelijkheden. In het eerstvolgende periodiek overleg met het departement zal worden getracht een bevredigend antwoord te verkrijgen.

* Nota betreffende de geestelijke volksgezondheid. Verslagen en Mededelingen 1971 No. 3, Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid; overdruk van de Nota d.d. 30 november 1970. Zitting 1970-1971, nr. 11059, p. 37 e.v. De nota behandelt niet alleen regionalisatie in de geestelijke gezondheidszorg.

Eén ding is in deze heel duidelijk: het probleem van het gebied waarin patiënten wonen of instellingen staan, is een secundair probleem. Het gaat bij de planning om de keuzemogelijkheden die bestaan, gegeven het doel de patiënten de meest adequate zorg op tijd te geven. De middelen daartoe: een bed, een gebiedsafbakening, een formatieplaats, zijn secundair. *Het proefregio-experiment zal moeten aantonen of het patiënt-gericht of bed-gericht plannen wordt in Nederland.* Als we in het eerste slagen hebben we meer bereikt dan onze voorbeelden in Engeland en Zweden, waar men zich al jaar en dag buigt over en aangordt voor de strijd om het bed en het gebied. De patiënt blijft daarbij de verliezer; zie de Lancet van 2 september 1978, blz. 511 en 531, waarin in een commentaar en in een ingezonden brief staat te lezen hoe funest het hanteren van criteria als omschreven gebieden bij afwezigheid van duidelijke doeleinden voor de bij de patiëntenzorg betrokkenen kan uitwerken.

Informatica

Eveneens tijdens de vorige Algemene Vergadering toonde ik U de ongerustheid van het hoofdbestuur ten aanzien van de ontwikkeling op het gebied der informatica. In het bijzonder wees ik op de gevaren die dreigen wanneer een registratiesysteem voor meerdere niet-gespecificeerde doeleinden wordt gebruikt. De daarover heersende ongerustheid is nog steeds niet weggenomen. Met name heeft het hoofdbestuur begrip voor het standpunt van het bestuur van de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuisartsen, dat terecht bezwaar maakt tegen het feit dat gegevens van patiënten, ingevoerd in het LISA-registratiesysteem, zouden worden gebruikt voor andere doeleinden dan die waarvoor zij zijn ingebracht. De desbetreffende gegevens worden namelijk alleen verstrekt voor de beoordeling van de indicatie tot opname in een verpleeghuis. 'In dit kader is het ook dringend nodig nader vast te stellen wat het minimum aan gegevens moet zijn die ten behoeve van een bepaald doel moeten worden verstrekt. In dit verband zij opgemerkt dat de specificatie van de doeleinden nogal eens te wensen overlaat. Zo is het doel planning niet meer dan een mooi woord, als men het niet verder uitwerkt. De vraag wat en waarvoor men plant, moet ook beantwoord zijn. Dit betekent het antwoord op de vraag of de planner ervan uit moet gaan dat de patiënt op tijd de meest adequate behandeling krijgt of niet. In het laatste geval is het logische gevolg, dat de prioriteiten worden gesteld in de spreekkamer. Om dat te kunnen doen is de computer een overbodige aanschaf. Zo gaat het al eeuwen. Het aanwezig zijn van een

handvestreglement dat door alle partijen en participanten kan worden onderschreven, kan bij de toepassing van geautomatiseerde informatieverwerking goede diensten bewijzen. Helaas komt het nog te vaak voor, dat men een registratiesysteem start of wil starten, zonder dat een dergelijk reglement aanwezig is. Met name geldt dit voor het eerder genoemde LISA-systeem. Dit moet ontoelaatbaar worden geacht. Wanneer een goede kanalisering en reglementering van het uitdijend heelal der medische informatica niet spoedig tot stand komt, moet gevreesd worden dat op goede gronden de communicatie die noodzakelijk is tussen de diverse velden van de gezondheidszorg, zal worden verstoord. – en dat is een veel ernstiger symptoom – moet niet worden uitgesloten dat de consument van de gezondheidszorg, in de wetenschap dat de arts die zijn vertrouwen geniet te gemakkelijk gegevens over hem of haar of over zijn categorie zal moeten verstrekken, terughoudend wordt in het aanbieden van deze gegevens. Indien dit zou gebeuren zou een der grondregels van de geneeskunst, namelijk dat ieder die zich onder behandeling stelt van een arts erop kan rekenen dat zijn mededelingen, van welke aard ook, geheim zullen blijven, worden ondergraven. Slechts strenge handhaving van deze regel kan voorkomen dat men zich ervan laat weerhouden zijn volledig vertrouwen te geven aan de behandelende arts. Dat men dit zou doen, zou kunnen gebeuren uit vrees dat de gegeven inlichtingen voor andere doeleinden worden gebruikt dan die waarvoor zij zijn verstrekt. Het is te hopen dat met name de overheid bij haar wetgevende arbeid op dit gebied met deze problematiek rekening zal houden. Enige ongerustheid van artsen en consumenten van de gezondheidszorg is wel op zijn plaats, aangezien het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg met name in artikel 5 een ieder verplicht ten behoeve van een goede uitvoering van de wet de verlangde gegevens te verstrekken. Weliswaar wordt die plicht voor de arts beperkt door het beroepsgeheim, al is het de vraag waar de grenzen liggen, maar de informatieplicht geldt wel voor de consument. Overheid, artsen en consumenten van de gezondheidszorg zullen hier gezamenlijk, ieder vanuit hun eigen verantwoordelijkheid, de regels moeten vastleggen; waarbij we niet moeten vergeten dat de consument in vele gevallen patiënt is.

Europa en WMA

De Europese Commissie en in het bijzonder onze landgenoot Vredeling hebben de wens te kennen gegeven zich nauwer met de gezondheidszorg te gaan bemoeien op gebieden anders dan die welke de vrije uitwisseling van artsen en de opleiding van huisartsen en specialisten

betreffen. Dit betekent dat van ons waarschijnlijk een meer intensieve inspanning op dit gebied en op dit niveau zal worden gevraagd. Samenwerking in deze met artsen in de andere staten is dienstig voor het bereiken van voor iedereen tijdig toegankelijke, zo goed mogelijke gezondheidszorg. Ook de initiatieven en meningen in het Europese Parlement verdienen hierbij zeer veel aandacht. Reeds wordt in het Permanente Comité der artsen in de EEG en de daarmee samenhangende verbanden, zoals

de Europese Unie van Specialisten en de Europese Unie van Huisartsen, hard gewerkt. Ook in ander verband, op mondiaal niveau in de WMA, heeft het onderkennen van een gezamenlijk doel: een goed geregelementeerde, zo breed mogelijk samengestelde World Medical Association, tot samenwerking geleid tussen de KNMG en de zusterorganisaties in Scandinavië. Uitwisseling van gedachten en ideeën willen wij ook anderszins in dit verband proberen gestalte te geven. Wij hebben ons

met de Scandinavische landen krachtig opgesteld tegen de voorstellen met betrekking tot de vernieuwing van de statuten en de reglementen van de WMA. De voorstellen die daartoe waren ingediend doen de gelijkheid der artsen geweld aan. Met de Scandinavische landen is besloten, indien terzake voor bepaalde groepen artsen in de nieuwe statuten (waarover in november zal worden besloten) een onaanvaardbare meerderheidspositie wordt geschapen, af te zien van het lidmaatschap van de WMA.

Eigen bijdragen ziektekostenverzekeringen

Ziekenfondsraad om advies gevraagd

De staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Mw. Mr. E. Veder-Smit, en van Sociale Zaken, de heer L. de Graaf, hebben de Ziekenfondsraad om advies gevraagd over uitbreiding van de eigen bijdragen in het kader van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In het kader van haar plan om de groei in de collectieve uitgaven te verminderen heeft de regering besloten om daar waar sprake is van besparingen in de kosten van levensonderhoud, deze ten goede te laten komen van de verzekering. Zij wil verder een verschuiving bewerkstelligen in de financiering, van de premiedruk voor de sociale verzekeringen naar de particuliere bestedingen. In Bestek '81 heeft de regering voorgesteld, een eigen bijdrage te vragen bij opname in een ziekenhuis gedurende het eerste jaar van verpleging van verzekerden die geen van hen afhankelijke kinderen hebben, en deze te stellen op f 10,— per dag. Van dezelfde categorie van

verzekerden die ten laste van de AWBZ in een inrichting wordt verpleegd en tot nu toe geen eigen bijdrage was verschuldigd, zou naar haar mening een zelfde bijdrage kunnen worden gevraagd. Naast deze eigen bijdragen uit overwegingen van besparing stelde de regering voor in het kader van de ziekenfondsverzekeringen eigen bijdragen te vragen voor niet-klinische verstrekkingen, en wel tot een maximum van f 100,— per zelfstandige gezinshuishouding per jaar. In Bestek '81 werd al aangekondigd, dat Mw. Veder-Smit en de heer De Graaf over een en ander nader advies zouden vragen aan de Ziekenfondsraad. In hun aanvraag stellen de staatssecretarissen dat er, aangezien de regering de koopkracht van de mensen die een minimuminkomen genieten garandeert, geen reden is om bepaalde groepen van de eigen bijdrage-regeling uit te zonderen. Daarnaast wijzen zij op het belang van huisartsenhulp als eerste schakel in het medisch

behandelingsproces en vragen hiervoor bijzondere aandacht. Bijgaand hun adviesaanvraag (cursiveringen en tussenkoppen red. MC).

Zoals u bekend zal zijn bevat Bestek '81 in paragraaf 10 onder punt 3.4. het voornemen van het kabinet om onder meer de eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekeringen en de algemene verzekering bijzondere ziektekosten uit te breiden.

Categorieën

1. Uitbreiding van de bestaande eigen bijdrageregeling in de AWBZ

Hierbij wordt gedacht aan het vragen van een bijdrage van:

- ongehuwden, ouder dan 18 jaar, met een eigen inkomen, gedurende het eerste jaar van verblijf in een krachtens de AWBZ erkende inrichting of een tehuis als bedoeld in het Besluit Regeling Vergoeding Bijzondere Ziektekostenverzekering; alsmede van:

– gehuwden die geen van hen afhankelijke kinderen hebben, gedurende de periode van verblijf in een hiervoor genoemde inrichting of een tehuis en van wie thans geen eigen bijdragen op grond van de bestaande regeling worden gevraagd.

De voorgestelde eigen bijdragen moeten worden gezien als een uitbreiding van de bestaande regeling aan welke het besparingsmotief ten grondslag ligt. Ook voor de hiervoor genoemde verzekerden zullen namelijk bij verblijf in een AWBZ-inrichting beparingen in de kosten van levensonderhoud optreden in de eigen huishouding. Voor gezinnen met kinderen voor wie kinderbijslag wordt genoten, dan wel zou worden genoten indien de ouder verzekerd zou zijn krachtens de Kinderbijslagwet voor loontrekkenden, wordt een eigen bijdrage als hier bedoeld niet wenselijk geacht. Een exacte benadering van de besparingen in de kosten van levensonderhoud in geval van opname in een inrichting is niet te geven. Bij de formulering van zijn beleid is het kabinet voorshands uitgegaan van een bedrag van f 10,— per verpleegdag. Wij nemen aan dat u in uw advisering hieraan aandacht zult schenken.

2. Eigen bijdragen bij ziekenhuisverpleging gedurende het eerste jaar van verpleging

Ook bij opname in een ziekenhuis zijn er voor de betreffende personen besparingen aantoonbaar in de kosten van het dagelijks levensonderhoud. Hoewel daar meer andere kosten tegenover kunnen staan dan bij opname in een AWBZ-inrichting het geval kan zijn, is het kabinet van oordeel, dat ook in geval van opname in een ziekenhuis ten laste van een in de Ziekenfondswet geregelde verzekering een eigen bijdrage zoals onder 1. bedoeld van f 10,— per verpleegdag kan worden gevraagd van ongehuwden en gehuwden die geen van hen afhankelijke kinderen hebben.

3. Eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekeringen voor niet-klinische verstrekkingen

De regering stelt verder voor een

uitbreiding van de eigen bijdragen in te voeren voor andere, niet-klinische verstrekkingen. Hierbij wordt gedacht aan een *maximum aan nieuwe eigen bijdragen* per zelfstandige gezinshuishouding van f 100,— per jaar. In beginsel lenen zich voor de toepassing van dit voornemen de verstrekkingen in de vorm van huisartshulp, specialistische hulp, farmaceutische hulp en fysiotherapie, benevens andere vormen van verstrekkingen waarvoor op dit moment geen eigen bijdrage wordt gevraagd.

Daar wij ons ervan bewust zijn dat de huisarts voor velen het eerste contactpunt vormt in het kader van genoemde verstrekkingen, vragen wij uw bijzondere aandacht voor dit aspect.

De regering streeft ernaar, de verschuiving in de financiering die uit de hiervoor genoemde maatregelen zal voortvloeien reeds te laten doorwerken in de premies welke voor 1979 zullen moeten worden vastgesteld voor de ziekenfondsverzekeringen en de AWBZ. In totaal zal in 1979 een bedrag van circa f 450 miljoen moeten worden gevonden, dat zal oplopen tot f 590 miljoen in 1981.

Opbrengst

De regering verwacht, dat de opbrengst van de uitbreiding van de eigen bijdragen met betrekking tot de klinische behandeling in de komende jaren als volgt zal zijn:

1979	f 200 miljoen;
1980	f 220 miljoen;
1981	f 240 miljoen.

Hiervan zal naar raming circa $\frac{2}{5}$ ten goede komen aan het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, terwijl $\frac{1}{5}$ in het kader van de ziekenfondsverzekering zal moeten worden opgebracht.

Voorts zal de uitbreiding van eigen bijdragen voor de *niet-klinische* verstrekkingen in het kader van de Ziekenfondswet de volgende bedragen moeten opleveren:

1979	f 250 miljoen;
1980	f 300 miljoen;
1981	f 350 miljoen.

Daarbij is voor de berekening

uitgegaan van de veronderstelling dat de eigen bijdragen jaarlijks zullen worden aangepast met de loon- en prijsveronderstellingen zoals opgenomen in de sociale meerjarenraming 1978. Deze zal moeten worden aangepast aan de latere prognoses. Met de effecten van bezuinigingen die mogelijk optreden als gevolg van een vermindering van het gebruik van de verstrekkingen is in de berekening geen rekening gehouden.

Kader advies

Wij zouden het op prijs stellen spoedig van uw raad te mogen vernemen op welke wijze binnen de aangegeven mogelijkheden het gestelde doel op een zo eenvoudig mogelijke wijze zal kunnen worden bereikt. Daarbij gelieve u aan te geven voor welke *verstrekkingen* het naar uw oordeel doelmatig is een eigen bijdrage te vragen en tevens *hoe hoog de eigen bijdrage per verstrekking* dient te zijn. Daarbij geldt als uitgangspunt dat de door het kabinet totale voorgenomen bedragen worden bereikt.

De regering gaat er voorts vanuit dat alle verzekerden, ook degenen die een gereduceerde premie betalen, bij de voorgestelde maatregelen zullen worden betrokken. Dit is mogelijk, omdat het immers de doelstelling van de regering is de koopkracht van de sociale minima te garanderen. Daarom is er ook geen reden aanwezig om bepaalde groepen verzekerden uit te zonderen.

In verband met de vaststelling van de premies AWBZ en Ziekenfondswet per 1 januari 1979 alsmede met de voorbereidende werkzaamheden die nodig zullen zijn om de uitbreiding van de eigen bijdragen tijdig te kunnen realiseren, verzoeken wij u uw advies zo spoedig mogelijk uit te brengen. Indien het ontwerpen van een optimale regeling met het oog op deze termijn op moeilijkheden zou stuiten, ware hierin voorlopig provisorisch te voorzien.

w.g.

De Staatssecretaris van
Volksgezondheid en Milieuhygiëne,
E. Veder-Smit
De Staatssecretaris van
Sociale Zaken,
L. de Graaf

Van probleem tot psychiatrie

Inleiding

De Visie Commissie van St.-Bavo heeft een nieuw rapport vervaardigd: 'Van probleem tot psychiatrie'. Een derde ruggesteuntje voor de St.-Bavo-directie, die nu zo'n kleine tien jaar bezig is de traditionele psychiatrische inrichting in Noordwijkerhout geleidelijk aan om te vormen tot een organisatie werkend op het gehele terrein van de geestelijke volksgezondheid. Een haalbare kaart, stelde de commissie in haar eerste, niet gepubliceerde beleidsvoorbereidende studie (1971). De bestaande eenvormigheid zou moeten worden opgegeven, de nieuw te vormen gedifferentieerde en gespecialiseerde werkeenheden geografisch gespreid. Die spreiding zou moeten worden afgestemd op de algemene regionalisatie; er zouden daartoe samenwerkingsverbanden moeten worden gesticht met andere instellingen en organisaties in de regio.

Met die uitgangspunten viel te werken, vond St.-Bavo. De Visie Commissie mocht zich gaan buigen over het deelprobleem van de op een langdurig verblijf in de inrichting aangewezen cliëntèle. Ditmaal werd aan de uitkomsten van haar activiteiten, gebundeld in 'De chronische patiënt' (1973), ruim bekendheid gegeven. Het verblijf in een traditionele inrichting, aldus dit tweede visierapport, schaadt het individu. Belangrijker dan de medische aspecten van zo'n verblijf in een inrichting zijn de sociale aspecten ervan; de cliënten zouden over meer vrijheid en over uitgebreidere keuzemogelijkheden moeten kunnen beschikken. Gestreefd zou moeten worden naar (een betere) integratie in de maatschappij. Democratisering van het personeelsbeleid en van de

door **R. E. Offerhaus**, zenuwarts



betrekkingen tussen personeel en cliënten was hard nodig. Tot slot zou een verregaande, duidelijke schaalverkleining moeten worden doorgevoerd.

Terwijl op geleide van deze conclusies St.-Bavo werd opgedeeld in de sectoren acute psychiatrie, beschut wonen, psychogeriatric en zwakzinnigenzorg (Hafakker), en alles in het werk werd gesteld om een aanvaardbaar verblijfsklimaat te creëren, zette ondertussen de commissie zich alweer aan een nieuw project. In 1974 bereikte haar van directiewege het verzoek studie te maken van de ambulante en kortdurende klinische psychosociale hulpverlening. Zou er, nu intern een bevredigende ontwikkeling op gang leek te zijn gebracht, niet ook iets kunnen worden gedaan voor al diegenen buiten St.-Bavo die in psychische nood verkeren maar nog niet worden geholpen? De vraag was vooral welke vorm van hulp zou kunnen worden verleend vóórdat er van opname sprake is. Over die vraag gaat het derde visierapport, waarvan de belangrijkste aspecten in dit en volgende artikelen wordt samengevat.

In haar rapport geeft de Visie Commissie enerzijds de achtergronden van de *hulpbehoefte*, anderzijds de *hulpmogelijkheden* op psychosociaal terrein in de eerste lijn weer.

De commissie verwerpt de opvatting als zou het beter zijn maar gelijk aan de slag te gaan en geen diepgravende analyses te verrichten. Evenals ten tijde van haar tweede onderzoek laat zij zich leiden door de gedachte dat waar er tekorten optreden in een hulpverleningssysteem deze altijd voor een deel zijn toe te schrijven aan een gebrekkige werkvoorbereiding en -organisatie. Weliswaar kost het veel tijd en arbeid eerst dieper op de zaken in te gaan, maar het blijkt keer op keer te lonen. In weerwil van geluiden als: 'Aan de bestaande inrichtingen is toch niets te veranderen' en 'Inrichtingen kunnen beter gesloten worden' resulteerde het tweede visierapport in een beter en bruikbaar werkmodel voor de opvang van langverblijvende inrichtingscliënten. Evenzo ontwikkelt de Visie Commissie door in haar derde rapport *hulpbehoefte* en *hulpverlening* in kaart te brengen, een beter werk- en organisatie-model voor de ambulante en kortdurende klinische psychosociale hulpverlening.

Definities en methoden

Om te beginnen wilde de commissie de totale psychische nood onder de bevolking afzetten tegen de expliciete hulpvraag op psychosociaal terrein. Daarbij stuitte zij direct op het probleem van de definities. Wie moet worden beschouwd als te lijden aan een psychiatrische ziekte? Ja, zijn er überhaupt 'psychiatrische ziekten'?

Eén antwoord geeft de WHO, de Wereldgezondheidsorganisatie: een psychiatrische casus wordt gekenmerkt door 'een duidelijke verstoring van het geestelijk functioneren, die naar klinisch karakter zo duidelijk conformeert aan een afgebakend standaardpatroon dat zij consistent herkenbaar is (en die) ernstig genoeg (is) om te leiden tot verlies van werk of sociale vaardigheid of van beide tot een niveau dat kan worden gespecificeerd in termen van werkverzuim of het niet ondernemen van legale of andere sociale actie'. Als basis voor epidemiologisch onderzoek komt men echter met zo'n definitie niet ver. Maar er was meer. Zelfs ten aanzien van het meest 'harde' gegeven dat een psychiater in handen kan krijgen, het zelfmoordcijfer, blijken de getallen uitzonderlijk ver uiteen te liggen; een WHO-landenstatistiek noemt een aantal zelfmoorden van 0,9 en 42,7 per 100.000 inwoners als laagste respectievelijk hoogste cijfer. Culturele en geloofsverschillen lijken een grote rol te spelen; een verbod of taboe op zelfmoord werkt vermoedelijk ongunstig door in de (mate van) registratie van het aantal zelfmoorden. Is het ten aanzien van een zo duidelijk gegeven als zelfdoding al onmogelijk de reële getallen te produceren, hoeveel moeilijker zal het dan niet zijn een zuiver beeld te krijgen van het aantal mensen in een bevolking dat zou kunnen worden ondergebracht in schimmiger diagnostische categorieën als 'neurose', 'psychopathie' en 'psychose', om van nog verdergaande verfijningen maar helemaal niet meer te spreken . . . Geen wonder dat vele epidemiologische onderzoekers op het gebied van de psychische problematiek en stoornissen óf alleen aantallen hulpverleningscontacten of opnamen óf alleen vergelijkende cijfers (mannen-vrouwen, jongeren-ouderen, gescheidenen-met partner wonenden) verstrekken. Voor de Visie Commissie zijn dergelijke gegevens te beperkt van waarde. Het duidelijkst geldt dit voor de opnamecijfers. De commissieopdracht luidde immers niét bij een gegeven populatie uit te zoeken hoeveel opnamen worden gerealiseerd, maar de grondlijnen aan te geven van een werkmodel ten behoeve van de ambulante en kortdurende klinische hulpverlening; binnen dit model zou – geheel

overeenkomstig de ideeën van Kaplan – opname door snelle en doelmatige ambulante hulp juist zoveel mogelijk moeten worden voorkómen. Wat de commissie dus vooral interesseerde waren gegevens over de totale psychische problematiek onder de bevolking als geheel en de daaruit voortvloeiende hulpbehoefte, niet de psychische problematiek van dat deel van de bevolking dat om hulp naar een inrichting is verwezen. Nu zijn er wel methoden om de psychische problematiek onder een bepaalde bevolking te herkennen. Blum noemt er acht: het psychiatrisch interview, het gestructureerde interview door een niet-psychiater, het ongestructureerde interview door een niet-psychiater, psychologische tests en schalen, het aangeven van symptomen, het stellen van diagnoses van psychische ziekten, het aanduiden van wie de patiëntenrol heeft aangenomen en het beoordelen van de sociale aanpassing. De moeilijkheid is, dat over nut en gebruik van de diverse methoden geen overeenstemming bestaat en dat enigerlei standaardisatie vooralsnog ontbreekt. Hooguit kan worden gezegd dat enkele onderzoekers – Giel, Manis – erin zijn geslaagd constante gegevens te verkrijgen door systematisch met een kennelijk deugdelijke methode te werken. Legt men echter hun gegevens naast gegevens die langs een andere weg werden verkregen, dan neemt men een enorme spreiding waar. Wie op basis van de voorhanden gegevens probeert te komen tot een planning van de hulpverlening weet dan ook niet waar hij het moet zoeken. De commissie moest dus zelf, met de benadering die haar de beste leek, aan de slag. Maar . . . wilde zij aan haar bevindingen iets kunnen vastknopen dat voor haar en anderen zinvol en bruikbaar zou kunnen zijn, dan zou zij

toch eerst moeten zien te achterhalen waarom cijfers over dezelfde feiten – de wetenschappelijk vastgestelde 'feiten' – zo verschillen, al naar de onderzoeker die ze oplevert. Twee elementen blijken van groot belang te zijn. In de eerste plaats worden, zoals we zagen, gegevens op uiteenlopende manieren vergaard. Minstens even veel gewicht lijkt daarnaast te moeten toegekend aan de in de gekozen methode verpakte keuze van, de uitslag sterk medebepalend, definities en criteria. Met andere woorden: de opsteller van een enquête beïnvloedt de uitkomst ervan; door zijn al dan niet bewuste, al dan niet openlijk geformuleerde denkpatroon geeft hij de te onderzoeken problemen en daarmee het onderzoekresultaat stuur. Dit betekent, dat elke onderzoeker in zijn rapportage verantwoording zou dienen af te leggen over het door hem gehanteerde denkmodel. Pas daardoor wordt een zinvol gebruik van zijn bevindingen mogelijk.

Denkmodel

De Visie Commissie van St.-Bavo gaat uit van een basismodel zoals dat bijvoorbeeld is beschreven in de 'Hoofdsom der psychiatrie' (Kuiper). In dit model wordt de *draagkracht* van een individu of een sociaal systeem gesteld tegenover de *draaglast* die het betrokken individu of systeem ondergaat. Als belangrijk element komt daarbij de *tijdsduur*, de periode gedurende welke een bepaalde draagkracht en een bepaalde draaglast gelijktijdig aanwezig zijn. De *beschikbaarheid van hulp* is een vierde structurerend element. Tenslotte wordt de factor '*betekenis*' ingevoerd: in hoeverre is een bepaalde situatie of een bepaald probleem voor de betrokken persoon van betekenis, en is die betekenis veranderlijk? Binnen dit model is het volgens de

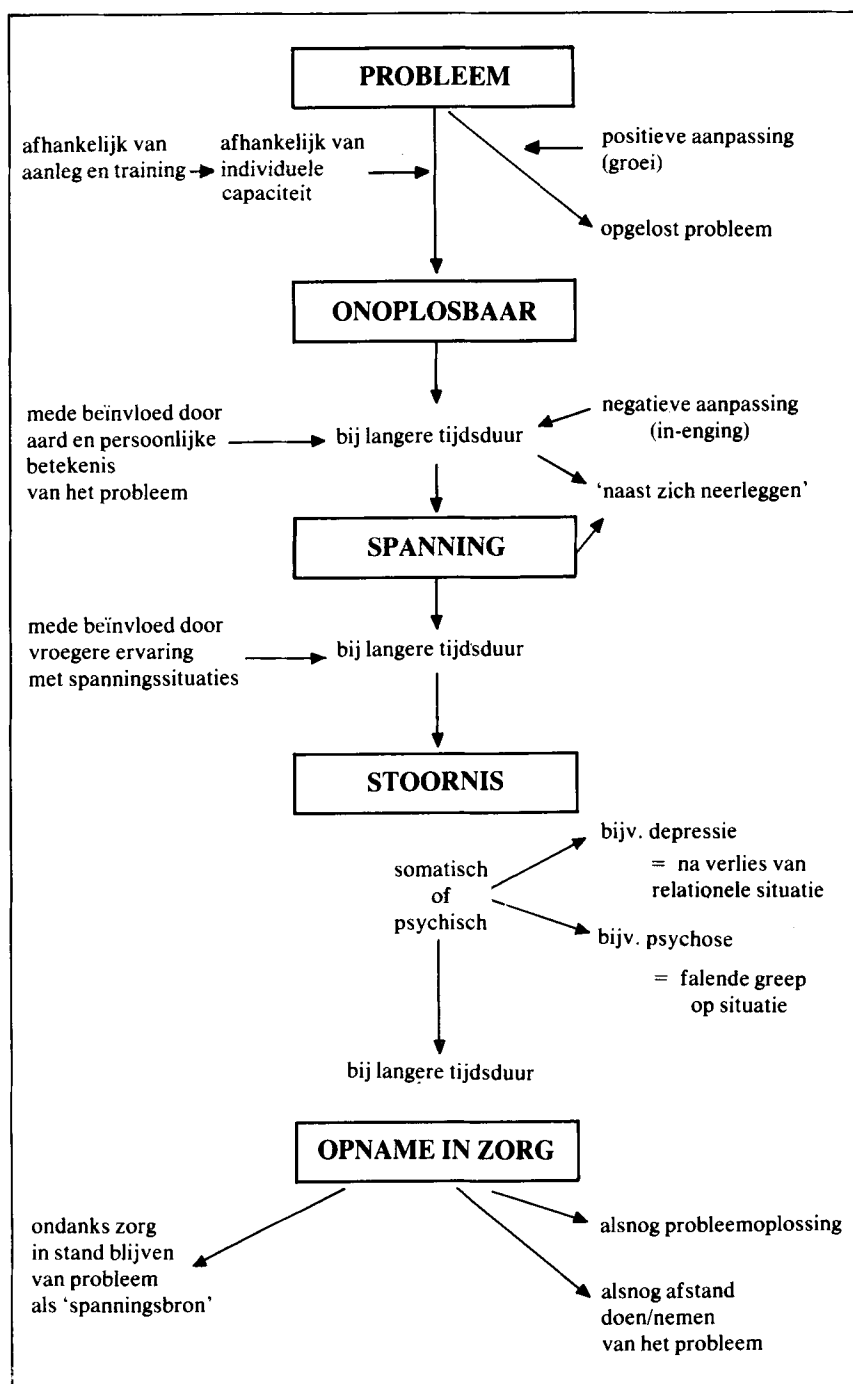
NIET ROKEN

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

commissie mogelijk de ontwikkeling van het individu dat met problemen kampt tot en met de klinische opname te analyseren, te beschrijven en te herkennen.

Begonnen zou moeten (en kunnen) worden met een ontleding en een beschrijving van de draagkracht, de individuele probleemoplossende capaciteit van de betrokken persoon. Vervolgens zou een aantal kenmerken van het probleem dat de betrokkenen heeft ontmoet kunnen worden beschreven: de aard van het probleem, de intensiteit. Wat deze laatste waarde betreft, naast voorvallen als het verliezen van een geliefd persoon of het betrokken raken bij een ongeval – voorvallen die voor ieder van ons problemen opleveren van een aanmerkelijke intensiteit – zijn er voorvallen als het verlies van een postzegel door een verzamelaar, die voor iemand alleen zwaar wegen door zijn eigen (subjectieve) betrokkenheid. Wat iemand niet interesseert zal nooit een probleem voor hem zijn, zal nooit als een draaglast worden ervaren. Het hangt er, anders gezegd, maar vanaf welke betekenis men aan iets hecht of men het ziet als een probleem.

De verhouding individu-betekenis-probleem geeft drie uitkomsten te zien (zie ook *schema*). Een eerste uitkomst is dat de betrokken persoon zijn probleem op een voor hem aanvaardbare manier oplost; de balans slaat uit ten gunste van het individu, met als positief neveneffect een vergroot gevoel van eigenwaarde en toegenomen probleemoplossende capaciteiten, samen te vatten in de termen 'groei' of 'ontwikkeling'. Er is ook een kans dat de betrokken persoon zijn probleem niet weet op te lossen terwijl het voor hem wel van betekenis is; het individu wordt dan voor de keuze gesteld het probleem naast zich neer te leggen óf met spanning te leven. Een derde uitkomst is dat de betrokken persoon zijn probleem met andere ogen gaat bezien door de situatie waarin het zich voordoet een geringere betekenis te verlenen; een vorm van negatieve aanpassing van het individu, die soortgelijke problemen ook later niet te hanteren maakt terwijl de animo om problemen van dien aard te lijf te gaan nu wel helemaal zal zijn verdwenen. Van de middelste uitkomst – het probleem wordt niet tot een oplossing gebracht en de betrokkene is niet in



staat of van zins zich daarbij neer te leggen of de spanning te trotseren – kan de lijn nu worden doorgetrokken naar het vierde element van het basismodel: de hulpverlening. De spanning zal, ook al doordat de tijdsfactor steeds zwaarder gaat wegen, hoe dan ook tot stoornissen leiden zodra ze tot een zeker niveau is gestegen. Die stoornissen kunnen zich uiten op het lichamelijke vlak (rugklachten, hoofdpijn, zich voortdurend moe voelen), op het psychische vlak (geïrriteerd zijn, zich overbelast voelen, nauwelijks kans

zien andere problemen het hoofd te bieden) en op het sociale vlak (man slaat vrouw of ondergeschikte). Op dat moment kan de betrokkene het probleem alsnog naast zich neerleggen, dan wel hulp zoeken, dan wel indien hij geen hulp vindt 'doorsudderen'. In het laatste geval zal als de stoornis een bepaalde grens overschrijdt, ook wanneer geen hulp werd gezocht, toch opname in zorg tot stand komen – vermoedelijk eerst ambulant, later klinisch. Via de zorg kan worden geprobeerd de weg naar een oplossing te ontsluiten of de

betrokkene afstand te laten doen of nemen van zijn probleem. Lukt dit niet, dan zal ondanks alle zorg de probleemveroorzakende situatie als 'spanningsbron' voor de betrokkene aanwezig blijven.

Aldus beschouwd is er geen enkele magie voor nodig om de ontwikkelingsgang van iemand die ernstig in de problemen raakt tot aan het moment waarop hij of zij hulp krijgt te beschrijven. Het gaat om een helder analyseerbaar proces zonder onbekenden.

Die zijn er overigens wel geweest. Op hele gebieden – denk aan de seksualiteit, de sociale machtsverhoudingen – hebben tijden lang zware taboes gelegen; over problemen op die gebieden mocht niet worden gepraat. De Visie Commissie is er in haar studie van uitgegaan dat ook problematiek op deze levensgebieden momenteel bespreekbaar is, al zal dat nog niet voor iedereen opgaan. Aldus afgerond, bevat ons model van de ontwikkelingsgang geen onbekenden meer.

Het zojuist beschreven denkmodel diende als uitgangspunt voor een eigen bevolkingsenquête naar psychische nood en hulpbehoefte. Daarover gaan de beide volgende bijdragen. Naast een bevolkingsenquête werd een hulpverlenersenquête gehouden. Daarna achtte de commissie de tijd rijp voor het opstellen van een model voor de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn. Ook ontwierp zij een model voor de psychosociale hulpverlening in de tweede lijn; dit gedeelte uit haar derde rapport zal elders worden besproken.

Jaarverslag 1977 Gemeenschappelijk Administratiekantoor

Bijgaand enige gegevens ontleend aan het jaarverslag over 1977 van het Gemeenschappelijk Administratiekantoor (GAK). Het GAK voert de administratie van een vijftiental bedrijfsverenigingen, die tezamen ruim 60% van alle werknemers die onder de sociale verzekering vallen omvatten. Het voert daarnaast onder meer de administratie van twintig bedrijfspensioenfondsen en van de Gemeenschappelijke Medische Dienst (GMD).

Ziektewet

Er werden in 1977 ruim 2,35 miljoen *ziektemeldingen* geregistreerd, 2,5% meer dan in 1976 (bedrijven met een 'afdelingskas' en bedrijven die 'eigen risico' dragen buiten beschouwing gelaten). De *ziekteduur* per uitkeringsgeval vertoonde een lichte daling, namelijk van 16,4 dagen in 1977 tegen 16,7 dagen in 1976. Het totaal aantal uitkeringsdagen bleef gelijk: ruim 31,6 miljoen. Het aantal uitkeringsdagen per 100 verzekerde manjaren bedroeg 2.373 (1976: 2.364). Het bedrag aan uitgekeerd *ziekengeld* steeg met 7,9%: ruim f 2,3 miljard in 1977 tegen ruim f 2,1 miljard in 1976, een stijging die vooral werd veroorzaakt door de verhoging van de gemiddelde uitkering per dag, deels door de loonsverhogingen en deels door de verhoging van de maximum daglonen. Het aantal *medische controles* bedroeg ruim 1,56 miljoen. Het aantal niet-medische controles, verricht door 'rapporteurs Ziektewet', liep in de 4,8 miljoen.

WAO en AAW

Het aantal nieuwe WAO- en AAW-uitkeringen bedroeg in 1977: 64.000.

Bijna 34.000 uitkeringen werden beëindigd, ruim de helft (17.500) wegens het bereiken van de 65-jarige leeftijd, 4.600 wegens overlijden en 8.700 wegens herstel. Het aantal *uitkeringsgerechtigden* bedroeg aan het eind van het verslagjaar 358.300. In totaal werd in 1977 aan *uitkeringen* betaald f 6,2 miljard. Dit bedrag had betrekking op 392.000 uitkeringsgevallen van 94,8 uitkeringsdagen.

Gemeenschappelijke Medische Dienst

De omvang van de werkzaamheden van het GAK ten behoeve van de GMD (die voor alle 26 bedrijfsverenigingen werkt) nam in 1977 opnieuw toe. Het aantal *adviezen* voor de WAO en de AAW bedroeg bijna 300.000. Dit aantal kan niet worden vergeleken met dat van 1976, daar de AAW pas op 1 oktober van dat jaar in werking trad.

Bij de bedoelde adviezen gaat het in hoofdzaak om schattingen van de mate van arbeidsongeschiktheid (148.000) en om adviezen inzake voorzieningen voor revalidatie en verbetering van levensomstandigheden (118.000); het aantal adviezen voor voorzieningen steeg met 43%.

Artsenbestand

Nog als gevolg van de inwerkingtreding van de AAW en de in verband daarmee gewijzigde samenwerkingsafspraken tussen de bedrijfsverenigingen en de GMD breidde het artsbestand zich in de loop van 1977 verder uit. De totale bezetting van de medische dienst was op 1 januari 1978: 310 artsen (op 1 januari 1977: 301 artsen; een en ander met inbegrip van de arbeidsongeschikte artsen wier dienstverband met het GAK voortduurde, 11 per 1 januari 1978, 8 per 1 januari 1977).

De *medische dienst* omvatte een medisch adviseur, een plaatsvervangend medisch adviseur, een adviserend chirurg, 22 adviserend geneeskundigen, 19 ongevalsgeneeskundigen en 255 verzekeringsgeneeskundigen. Verder werkten er bij Personeelszaken 3 (was 2) bedrijfsartsen. De effectieve bezetting van het artsencorps was lager, omdat een aantal verzekeringsgeneeskundigen voor het GAK een beperkte dagtaak vervulde. Het aantal '*rapporteurs Ziektewet*' bleef vrijwel constant: 615 per 1 januari 1978 tegen 612 een jaar eerder.

In het verslagjaar volgden 106 *medische studenten* een stage bij het GAK, meestal gecombineerd met een stage bij de Gemeenschappelijke Medische Dienst; dat waren er 31 meer dan in 1976. De bedoeling van deze stages is de aanstaande artsen enigszins vertrouwd te maken met de uitvoering van de sociale verzekeringswetten.

Vereenvoudiging sociale verzekering

Eind 1977 verzocht de SER twee organisatiebureaus een vervolgrapport te maken op het rapport 'Vereenvoudiging sociale verzekering'. Uitgangspunten voor dit voortgezet onderzoek dienden onder meer te zijn de bestuurbaarheid van de totale uitvoeringsorganisatie en de beheersbaarheid van de kosten. Kernbegrippen hierbij zijn 'functionele decentralisatie' en 'regionalisatie van de uitvoering'. Het zijn deze zelfde begrippen, aldus het jaarverslag, die het handelen van het GAK – de administratie voerend van velerlei bedrijfstakgewijs georganiseerde uitvoeringsorganen met behulp van een sterk regionaal gespreid apparaat van 27 districts- en 34 rayonkantoren en 271 vestigingen voor ZW en WW – al 25 jaar bepalen.

De toekomst van de huisartsgeneeskunde

In het rapport *'De komende vijftientig jaar'* van de hand van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) wordt de verwachting geuit dat de huisarts in de komende jaren weer op zijn schreden zal terugkeren door weer duidelijker de rol van geneeskundige op te nemen. Dit kan zich onder meer uiten door de aanwezigheid van de huisarts in het eenvoudige ziekenhotel.

Gill (1978) zegt dat het lijkt alsof zich onderhuids grote en kleine verschuivingen in de aandachtsvelden voltrekken en geeft hiervan een aantal voorbeelden, zoals de veranderingen van 'disease' naar 'illness', van 'cure' naar 'care', van solist naar team, van patiënt naar collectief, van somatische hulpverlening naar opsporing, interventie, advisering en voorlichting. De vraag is nu in hoeverre deze verschuivingen bestendig zijn of een continuüm zullen vormen van de huidige veranderingen. De Graaf (1978) meent dat rond 1990 het aantal sociale hulpverleners dusdanig zal zijn toegenomen en dat de hulpvragers tegen die tijd zodanig inzicht in hun problematiek hebben dat de huisarts veel minder zal worden ingeschakeld bij de diagnostiek of behandeling van hulpvragen met een overwegend psychosociaal karakter. Bruins (1978) pareert dit door de veronderstelde bereidheid van het algemeen maatschappelijk werk om te kiezen voor een functie in de eerstelijns gezondheidszorg in twijfel te trekken, door te wijzen op een sociale wetgeving die het medisch ventiel voor maatschappelijk 'falen' gebruikt, maar vooral door te wijzen op meningen die leven onder de opinieleiders van de huisartsen en de wijzigingen die zich in het onderwijs aan huisartsen voltrekken.

door C. Spreeuwenberg



De auteur is huisarts te Nieuwegein

Door allerlei professionele en maatschappelijke ontwikkelingen staat de huisarts onder druk om verschillende facetten van zijn functioneren te veranderen. De eisen die aan hem worden gesteld zijn soms tegengesteld aan elkaar en kunnen de huisarts een gevoel van beklemming geven. Het herkennen van deze knelpunten en het openen van een discussie over de wegen die naar een evenwichtiger situatie kunnen leiden vormen de doelstelling van deze overweging.

Huidige knelpunten

Een strikte scheiding van de oorzaken van de huidige beklemmende situatie is niet mogelijk. Ze betreffen veranderingen die elkaar voortdurend, zowel in positieve als in negatieve zin, beïnvloeden en verschillende gebieden van het functioneren van de huisarts betreffen. De opgesomde gebieden zijn voorlopig en tentatief verzameld.

De veranderingen betreffen mijns inziens de volgende gebieden:

- het professioneel functioneren;
- het persoonlijk functioneren;

- het functioneren als gezinslid;
- de invloed van het maatschappelijk gebeuren op huisarts en gezondheidszorg.

Professioneel functioneren

Vóór 1950 bestond er een vrij grote mate van overeenstemming over de wijze waarop het beroep van huisarts moest worden uitgeoefend. Er waren wel verschillen in werkwijzen, zoals de toepassing van allopathie of homeopathie, maar grosso modo wist de patiënt wat hij van zijn huisdokter kon verwachten. Door de toenemende specialistische kennis en de voor een groot deel somatische gerichtheid van de huisartsen bestond er een groot gevoel van onvrede. Er was een toenemend besef dat met de tot dan toe gebruikte methoden en opleiding geen adequate hulpverlening aan de meeste patiënten van de huisarts kon worden geboden.

In de vijftiger jaren is hier verandering in gekomen doordat onder een deel van de huisartsen een tijd van vernieuwing en inspiratie aanbrak, waarin het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) werd opgericht, het 'Woudschotenrapport' werd samengesteld en de huisartsgeneeskunde zich – zij het een tiental jaren later – een plaats veroverde binnen het curriculum van de faculteiten. Er wordt gezocht naar de kenmerken van de goede huisarts waarin de kernwoorden 'geleerdheid', 'deskundigheid', 'geduld', 'hulpvaardigheid', 'vertrouwen', 'relatie', 'bereikbaarheid' en 'continuïteit' worden genoemd (zie: Van Aalderen en Van den Hout, 1971, Bremer, 1977). Zowel het NHG (Hoe helpt de dokter?) als de LHV (Blauwdruk, 1975; Commissie

Takenpakket, 1977) als de universitaire instituten (Werkgroep onderwijsdoelstellingen Utrecht, 1975) houden zich bezig met het functioneren van de huisarts. Het is voor de moderne huisarts niet voldoende zich in bovengenoemde elementen te trainen en de op de universiteit aangeleerde kennis bij te houden of aan te vullen met de vakliteratuur. Zijn instelling, zijn zelfbewustzijn moet veranderen, van hem wordt verwacht dat hij zichzelf herkent als een der variërende elementen van de totaliteit, een *interactiecentrum*, dat zijn eigen handelen wijzigt onder invloed van de ontmoeting met de patiënt, diens omgeving, diens symptomen en diens ziek-zijn (*De Melker en Goosmann*, (1976). Als afsluiting van de ontwikkelingen in twintig (!) jaar tijd zien we het opkomen van een humanistische geneeskunde (*Remen*, 1976, *Bakker*, 1976; *Huygen*, 1977; *Dokter*, 1978) als 'een kunst van genezen, die een nieuwe kunst dient te zijn, even verrijnd en doelmatig als de natuurwetenschap die zij ontmoeten en huwen zal'.

Naast deze ontwikkelingen in de instelling van de huisarts op de ontmoeting in het 'hier en nu' met de patiënt is de roep gekomen om te anticiperen op komende ontmoetingen met de patiënt, waarbij onder meer moet worden gelet op ziektebeelden als glaucoma simplex (*Van Rens*, 1976) of hypertensie (bijvoorbeeld *Bruins en Van Veen*, 1977). Het vorenstaande slaat voornamelijk op de individuele ontmoeting tussen patiënt en arts. Maar ook het systeem waarin hij werkt is aan verandering onderhevig. Van individuele gezondheidswerker wordt hij iemand die deel uitmaakt van een zorgsysteem samengesteld uit figuren van diverse pluimage. Intussen dreigt de huisarts het contact te verliezen met het systeem waaruit hij afkomstig is, het geneeskundig systeem.

Wanneer men tracht de *oorzaken* van dit *voortdurend veranderen* op het spoor te komen kan aan verschillende zaken worden gedacht:

- het ontbreken van een voldoende theoretische onderbouwing van het werk van de huisarts. Dit geldt niet voor duidelijke somatische problemen, maar wel voor die problemen die juist het belangrijkste deel van de taak van de huisarts

uitmaken en waarbij zowel lichamelijke als geestelijke als maatschappelijke factoren een rol spelen. Ik meen dat de tijd thans rijp is voor het omschrijven van de specifieke onderzoeksvelden en -methoden voor de huisartsgeneeskunde. Een dergelijke theoretische onderbouwing moet de huisarts in de praktijk helpen bij zijn hulpverlening aan zijn patiënt;

- het ontbreken van voldoende grenzen aan de taak van de huisarts. Iedere huisarts zal kunnen beamen dat bij de hulpverlening zowel lichamelijke als geestelijke als maatschappelijke factoren een rol spelen. Enerzijds kunnen psychische en sociale factoren lichamelijke klachten veroorzaken, anderszijds hebben reële lichamelijke afwijkingen implicaties op de andere gebieden. De huisarts zal al deze factoren moeten betrekken bij zijn oordeelsvorming over het probleem van de patiënt. De huisarts kan een belangrijke rol spelen bij het signaleren van probleemgedrag, het duidelijk maken van de invloed van allerlei spanningen op lichamelijke klachten en het bespreekbaar maken of verhelderen van de problemen van de patiënt. Voor een deel van deze activiteiten is het duidelijk dat wij ons op het grensgebied bevinden waarbij bijvoorbeeld de psycholoog hetzelfde zou kunnen doen. Veelal zal de huisarts door zijn somatische kennis hierbij de patiënt echter beter kunnen geruststellen. Naar mijn gevoel zal het de huisartsgeneeskunde geen kwaad doen als de plaats van de huisartsgeneeskunde binnen het geheel van de geneeskunde meer met woord en daad wordt omschreven.

- de onduidelijkheid over de plaats van de huisarts tussen geneeskunde en gezondheidszorg. *Hogerzeil* (1978) meent dat de discussie over het verschil tussen geneeskunde en gezondheidszorg expliciet dient te worden gevoerd om te voorkomen dat een versluisende identificatie van beide activiteiten optreedt. In de gezondheidszorg kan men gebruik maken van de resultaten van de verschillende wetenschappelijke disciplines zoals de geneeskunde of de sociologie of zelfs van niet op wetenschappelijk onderzoek gefundeerde theorieën of therapieën. Op deze manier ziet men binnen de

gezondheidszorg een toepassing van onder meer 'alternatieve' geneeswijzen naast de op geneeskunde gefundeerde geneeswijzen. De huisartsen zullen duidelijkheid moeten scheppen of ze als geneeskundigen of als gezondheidswerkers in de gezondheidszorg willen opereren (analogie: het verschil tussen de Engelse begrippen 'general medicine' en 'general practice').

- de vorming van enige elites binnen de huisartsgeneeskunde. Wanneer men de jaargangen van Huisarts en Wetenschap doorbladert valt het op dat het aantal scribenten beperkt is en dat men telkens weer dezelfde namen ziet; deze schrijvers vormen volgens mij de elite van het NHG. Daarnaast is er een elite die afkomstig is van de vroegere initiërende kerngroep van het NHG, die zich bezighoudt met de grondslagen van de huisartsgeneeskunde en gegroepeerd is om enkele universitaire huisartsinstituten. Tenslotte is er een elite van de LHV, die wel bereid is enkele veranderingen te ondersteunen maar sterk wordt afgeremd door de beroepsgroep en gedwongen wordt zich in grote mate te oriënteren op de financieel-economische positie van de huisarts. Tussen deze eliten en de achterban van de praktiserende huisartsen bestaat een aanzienlijke kloof in opvatting over de uitoefening van het huisartsberoep en de taxatie van de mogelijkheden voor de veranderingen. Dat de kloof groot is blijkt onder meer uit mijn ervaring dat hetgeen door de 'elite' aan theorie is ontwikkeld nog nauwelijks in operationele termen tot de beroepsgroep is doorgedrongen (denk bijvoorbeeld aan het door Huygen ontwikkelde begrip gezinsgeneeskunde). Noch bij de meeste huisartsen noch bij de specialisten ziet men in het algemeen een toepassing van de ontwikkelde begrippen. Hetgeen doorsijpelt geschiedt een enkele keer via de vakliteratuur maar grotendeels via de basis- en beroepsopleiding.

Door deze *remmende factoren* lijkt het alsof de huisartsen maar voor een beperkt deel in staat zijn vruchten te plukken van de rijke bronnen van inspiraties en ideeën over het functioneren van de huisarts en hierbij bewust keuzen maken over de plaats en de werkwijze van de huisarts

gebaseerd op aangetoonde of door velen aanvoelde noodzakelijkheid van bepaalde veranderingen en de inschatting van de beperktheden van de mensen die als huisarts functioneren.

Persoonlijk functioneren

De bereidheid om de patiënt als persoon tegemoet te treden vormt één van de kernthema's van de gedachten over het functioneren van de huisarts. De wijze waarop de huisarts zijn eigen persoonlijkheid bewust een rol doet spelen in het hulpverleningsproces onderscheidt hem op bepaalde momenten van de röntgenoloog of de chirurg. Dit persoonlijk functioneren betreft niet alleen de arts-patiënt-relatie maar ook de andere subsystemen waarin de huisarts zich bevindt, zoals gezin, de vriendenkring, de plaatselijke gemeenschap en dergelijke. In de huidige tijd staan al deze systemen zelf onder druk en oefenen daarmee invloed uit op het persoonlijk functioneren van de huisarts. Anderzijds kan de huisarts ook op deze andere terreinen van het leven profijt hebben van de lessen die hij uit de persoonlijke ontmoeting met de patiënt leert.

Een optimaal functioneren vereist een bepaalde mate van rust en tijd, afhankelijk van de persoon van de huisarts. Het is de vraag in hoeverre de andere eisen die aan het beroep van huisarts worden gesteld, zoals continue bereikbaarheid, zorg voor een groot aantal mensen en het bijhouden van de benodigde kennis en vaardigheden, hier niet tegengesteld gaan werken.

Functioneren als gezinslid

Iedere huisarts heeft de ervaring dat het beroep van huisarts binnen het gezin spanningen teweeg kan brengen. Deze worden ten dele veroorzaakt door dezelfde factoren die ook in andere gezinnen spelen, zoals verschuivingen in rolgedrag en attitudes, maar ten dele ook door de discongruentie tussen de hoge professionele eisen en de veranderde eisen die aan de huisarts als lid van een gezin worden gesteld. Bovendien is het thans meestal nog noodzakelijk dat de echtgenote van huisartsen tijdens avond- en

weekenddiensten als telefoniste en receptioniste, soms zelfs als assistente, fungeert. Ik voorzie, mede door de toenemende emancipatie van de vrouw, een ontwikkeling waarbij het medewerken van de echtgenote minder vanzelfsprekend wordt en waarbij niet zal worden geaccepteerd dat de vader van het gezin op de 'spitsuren' van het gezinsleven zonder absolute noodzaak afwezig zal zijn. Het kan op deze wijze gebeuren dat de inmiddels voor zijn patiënt warm geworden dokter ervaart dat het thuisfront hem juist als een niet belangstellende ervaart en het niet langer tolereert dat hij de voor het gezin benodigde tijd aan overleg en dergelijke spendeert.

Invloed maatschappelijk gebeuren

De algemene maatschappelijke waardering voor het werk van de huisarts lijkt af te nemen. De patiënt heeft soms de indruk dat de persoonlijke inzet van de huisarts minder is geworden en ervaart dat een andere arts hem in een groot aantal acute situaties evenwaardig kan helpen. Daarnaast zijn de kosten van de gezondheidszorg dusdanig opgelopen dat de overheid genoodzaakt is dwingende besparingen voor te schrijven. Dit zal nog worden versterkt door de jongste bezuinigingsmaatregelen. Eén en ander zal wel eens tot gevolg kunnen hebben dat de noodzakelijke verkleining van de praktijkgrootten door financiële belemmeringen zal worden verhinderd.

Samenvattend stel ik, dat de ontwikkelingen op de diverse gebieden van het functioneren van de huisarts zodanig ingrijpend en tegengesteld zijn dat het begrijpelijk is dat een aantal huisartsen zich klem voelt zitten tussen de verschillende eisen die aan hem worden gesteld.

Suggesties voor een gezondere situatie

Na deze beschouwing over de huidige situatie lijkt het me noodzakelijk eveneens enkele suggesties te geven om de situatie van de huisartsgeneeskunde ook voor de toekomst gezond te houden. Mijns inziens zal hiervoor het volgende noodzakelijk zijn:

– bevordering van de coherentie van de beroepsgroep

De laatste jaren zijn de verschillen tussen de huisartsen voor wat betreft de uitoefening van hun beroep groter geworden. Dit uit zich onder meer in de afstand die bestaat tussen de diverse elites en de 'gewone' huisdokters in het veld. Natuurlijk heeft het bestaan van deze elites betekenis voor de huisartsgeneeskunde: zij geven de impulsen die elk vakgebied nodig heeft om zich te ontwikkelen. Aan de andere kant is het ook de taak van de elites er voor zorg te dragen dat de bestaande kloven worden overbrugd en dat hun bedoelingen duidelijk worden gemaakt. Dit kan alleen als er een gevoel van verantwoordelijkheid voor elkaar bestaat, als er wordt geluisterd naar de achterban, naar hún visie, naar hún problemen. Het zal noodzakelijk zijn dat de maatschappelijke en wetenschappelijke verenigingen de handen ineenslaan en tezamen met de achterban een *totaalplan* ontwikkelen met betrekking tot de verschillende facetten van inhoud en vormgeving van het functioneren van huisarts, dit plan op de juiste wijze presenteren, de benodigde fasering aanbrengen en er zorg voor dragen dat in de verschillende fasen het contact met de achterban blijft bestaan.

– herbezinning op de inhoud van het functioneren van de huisarts

Voortbouwend op de Woudschoten-formule dient een nieuwe bezinning plaats te vinden op het functioneren van de huisarts. Daarbij dienen de volgende elementen aan de orde te komen:

- a. herformuleren van de kernelementen van de huisartsgeneeskunde;
- b. aangeven van grensgebieden met gezamenlijke verantwoordelijkheid en afbakenen van het werkterrein van de huisarts ten opzichte van de werkgebieden van de andere eerstelijns werkers en de tweedelijns werkers uit het geneeskundig systeem;
- c. expliciete bezinning op de plaats van de huisarts binnen de wetenschappelijk georiënteerde geneeskunde en de gezondheidszorg.

– aangeven van de context voor het functioneren van de huisarts

Naast de inhoud zal ook de context voor een optimaal functioneren van de

huisarts aandacht moeten krijgen in:

- a. het goed opzetten van eerstelijns systemen met een aan de plaatselijke situatie aangepaste vorm en gekoppeld aan een goed 'over-all' beleid met landelijke kruisverenigingen en organisaties voor maatschappelijke hulpverlening;
- b. het nemen van maatregelen om de contacten tussen eerste en tweede lijn te bevorderen;
- c. het in het normale takenpakket opnemen van nascholing en training, aangepast aan de behoeften van de huisartsen en omgeven door goede financiële en waarnemingsregelingen;
- d. het opzetten van een systeem van kwaliteitsbewaking.

Het is een *conditio sine qua non* dat er een goed en overzichtelijk eerstelijns gezondheidszorgsysteem komt dat is aangepast aan de regionale en personele situatie, waarin het op gemakkelijke wijze mogelijk kan zijn intensieve maatschappelijke, geestelijke of verpleegkundige hulp aan de patiënt te geven.

De lijnen naar de werkers in de tweede lijn zullen korter en gemakkelijker moeten worden. Mogelijk zou dit kunnen worden ingepast in regionalisatieplannen. Bij de tweede lijn zal meer begrip moeten worden gekweekt voor de filosofie van de huisarts, waarbij een adequate hulpverlening het richtsnoer dient te zijn. De wens tot ontmedicalisering zal moeten worden verstaan. Aan de andere kant zal de ruimere toegankelijkheid van de huisarts tot de diagnostische mogelijkheden van het ziekenhuis hem verplichten tot een zorgvuldig en afgewogen gebruik van deze voorzieningen.

Gezien de implicaties voor het peil van de gezondheidszorg zullen maatregelen voor het handhaven en verbeteren van de kwaliteit van de hulpverlening in het totaalplan moeten worden opgenomen.

– *bevorderen van specifiek huisartsgeneeskundig onderzoek*
Een vakgebied als de huisartsgeneeskunde, dat zich zo intensief en met zoveel implicaties met de mens bezighoudt, is verplicht te zoeken naar een goede theoretische onderbouw van zijn functioneren. De onderzoeksvelden zullen moeten voortkomen uit de kernelementen van de huisartsgeneeskunde en een uiting moeten zijn van de positie van de

huisarts binnen de geneeskunde en de maatschappij. De methoden die voor zulk onderzoek het meest geschikt zijn zullen moeten worden opgespoord. Alleen door voldoende theoretische onderbouwing zal het voor de huisartsgeneeskunde mogelijk zijn zich staande te houden tussen opdringende invloeden van zowel medisch-biologische als gedragswetenschappelijke zijde.

– *scheppen van voldoende ruimte voor het persoonlijk functioneren*

Het kader waarin de huisarts werkt dient zodanig te zijn dat er voldoende ruimte is voor de persoonlijke behoefte tot ontplooiing als mens, als gezinslid en als lid van een of andere maatschappelijke subgroep. Dit kan betekenen dat aan voorheen belangrijk geachte elementen van de huisartsgeneeskunde als continuïteit en bereikbaarheid in het licht van de persoonlijke behoeften en maatschappelijke ontwikkelingen een ander gewicht wordt toegekend.

– *anticiperen op komende structurele veranderingen*

De inkomens van de huisartsen zullen onder druk komen te staan, het aanbod van jonge collegae zal groter worden, structurele veranderingen zullen worden doorgevoerd. In een dergelijke situatie kan gemakkelijk de neiging ontstaan de eigen belangen veilig te stellen.

Het is van groot belang dat de professie bijtijds en energiek naar antwoorden op de komende problemen zoekt. Hierbij mag een stuk *solidariteit* worden gevraagd. Het zou daarom op den duur verstandiger kunnen zijn te kiezen voor een verkleining van de praktijkgrootte gekoppeld aan een overgang naar de status van ambtenaar.

Het is duidelijk dat met deze suggesties geen oplossingen kunnen worden geboden. Evenzeer is duidelijk dat er aan geheel verschillende aspecten van het functioneren van de huisarts samenhangend zal moeten worden gewerkt. Het zal noodzakelijk zijn dat de KNMG, de LHV, het NHG, de huisartsinstituten en de Nederlandse huisartsen een totaalvisie op de verschillende aspecten van het toekomstig functioneren van de huisarts ontwikkelen.

Ik houd het daarbij zeker voor mogelijk dat de visie van de WRR meer realiteitsgehalte heeft dan het op het eerste gezicht lijkt.

Geraadpleegde Literatuur

- Aalderen H. J. van en W. P. van den Hout, De huisarts, zijn persoon en denken in het geneeskundig proces, Groningen, 1971.
- Bakker R. F., Humanistische geneeskunde, een geneeskunde die de gehele mens betreft. Huisarts en Wetenschap (1976), 19, pp. 368-373.
- Blauwdruk beleid LHV. Utrecht, 1975.
- Blauwdruk, reacties. Uitgave LHV, Utrecht, 1975.
- Bremer G. J., Kenmerken van de huisarts; overwegingen bij een rapport. Huisarts en Wetenschap (1977), 20, pp. 63-65.
- Bruins C. P., Toekomst eerstelijns samenwerking gezondheidszorg-welzijnszorg, Medisch Contact (1978), 33, pp. 649-650.
- Bruins C. P. en W. A. van Veen, Wie moet verhoogde bloeddruk opsporen? Medisch Contact (1977), 32, pp. 569-575.
- Commissie Takenpakket LHV, De taken van de huisarts. MC (1977), pp. 765-790.
- Dokter H. J., 'Heel de mens', de mens als middelpunt in de gezondheidszorg. Medisch Contact (1978), 33, pp. 652-654.
- Es J. C. van en R. A. de Melker, Hoe groot is de afstand tussen ziekenhuis en thuiszorg? MC (1978), pp. 693-695.
- Gill K., Regering en huisarts. Huisarts en Wetenschap (1978), 21, pp. 126-128.
- Graaf H. de, De toekomst van de eerstelijns samenwerking gezondheidszorg-welzijnszorg, Medisch Contact (1978), 33, pp. 251-253.
- Hogerzeil H. H. W., Gezondheidsproblemen en gezondheidszorg naar procesfase ingedeeld. MC (1978), pp. 207-211.
- Huygen B. J., Humanistische geneeskunde gezien door een Gestaltbril. Huisarts en Wetenschap (1977), 20, pp. 298-299.
- Illich I., Limits to medicine. Harmondsworth, 1977.
- Kuyvenhoven Marijke, Tien jaar universitaire huisartsgeneeskunde in Utrecht, H en W (1978), pp. 185-189.
- LHV/NHI-onderzoek Vertrek uit de huisartspraktijk. MC (1978), pp. 757-762.
- Melker R. A. en F. C. L. Goosman, De betekenis van de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde. Huisarts en Wetenschap (1976), 19, pp. 349-351.
- Remen Naomi, Humanistische zorg voor patiënten; naar een eigentijdse synthese van geneeskunst en geneeskunde, in S. Miller e.a., De totale mens als middelpunt van de gezondheidszorg, Haarlem, 1976.
- Rens J. W. G. A. van, Glaucoma simplex in de huisartsenpraktijk, Utrecht, 1976.
- Weel C. van, Anticiperende geneeskunde, een bezinning. Huisarts en Wetenschap (1977), 20, pp. 2-6.
- Werkgroep onderwijsdoelstellingen Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Utrecht, Kenmerken van de huisarts. Utrecht, 1975.
- Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, De komende vijftientwintig jaar; een toekomstverkenning van Nederland, 's-Gravenhage, 1977.

Arts-assistent in de huisartspraktijk

Zekerheid in vertrouwen

Als praktiserende artsen hebben we allemaal leren leven met onzekerheden.

De meesten van ons kennen wel de consciëntieuze huisarts, die altijd bang is iets over het hoofd te zien. Hij neemt een nauwkeurige anamnese af, die zich verder uitstrekt dan het terrein waartoe de klacht eigenlijk al een indicatie geeft. Ook het lichamelijk onderzoek gebeurt zo uitgebreid mogelijk om vooral niets over het hoofd te zien. Dat de patiënt op korte termijn wordt terugbesteld is vanzelfsprekend. Vaak wordt meer laboratorium- en röntgenonderzoek aangevraagd dan men eigenlijk zou verwachten ten einde zoveel mogelijk zekerheid te krijgen. De consciëntieuze arts werkt 's avonds lang door om 'alles nog klaar te krijgen', maar toch heeft hij meestal geen grote praktijk. Hij heeft iets van de internist, die ook bij ieder geval dat hem door de huisarts wordt voorgelegd tot een zekere of zo goed als zekere diagnose wil komen.

Huisartsopleider en arts-assistent

In deze sfeer van zekerheid worden onze studenten opgeleid. Hun eerste wat langer durende confrontatie met de huispraktijk, het senior co-assistentenstap in het laatste studiejaar, is wat dit betreft een openbaring. Zij zien de huisarts bezig met vaak razendsnelle probleemoplossingen, die in hun ogen weinig zekerheid bieden. Zou men al deze gevallen analyseren, dan blijkt dat door kennis, ervaring en bekendheid met de patiënt en zijn achtergrond zeker 80 à 90% van de aangeboden problemen op

door **Dr. R. S. ten Cate**



De auteur is als wetenschappelijk hoofdmedewerker verbonden aan de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit te Leiden.

verantwoorde wijze door de huisarts 'in computertempo' kunnen worden opgelost. Alle gegevens liggen immers in de computer opgeslagen! Voor de overblijvende 10 à 20% zal hij het probleemoplossende proces moeten hanteren zoals dit de co-assistent zo goed bekend is uit zijn voorafgaande opleiding. Maar de eerder genoemde 80 à 90% beheersen wel het beeld dat de co-assistent van deze confrontatie bewaart.

Enkele maanden later stapt hij als arts-assistent zelf de huisartspraktijk binnen. Over de bovengenoemde 10 à 20% behoeft hij zich niet ongerust te maken. Daarbij ziet hij zijn huisarts ook herhaaldelijk vastlopen en is consultatie of verwijzing naar de specialist een logisch onderdeel van het behandelingsplan. Voor de andere 80 à 90% heeft hij (hopelijk) wel de kennis in de basisopleiding meegekregen. Wat hij mist is de ervaring en de bekendheid met de patiënt en diens achtergrond, dingen die hij zich in de korte tijd van 6 à 8 maanden zeker niet eigen kan maken.

Dit leidt tot onzekerheid, die wordt gecompenseerd door ook in deze gevallen meer tijd aan het probleemoplossen te geven dan zijn huisartsopleider.

Waarnemend huisartsopleider en arts-assistent

Gelukkig kan de arts-assistent altijd op zijn huisartsopleider terugvallen. Altijd? Ook in de opleidingssituatie is een continue bereikbaarheid van de huisarts een utopie. In de eerste plaats heeft hij zijn regelmatige 'scholing in opleiden' aan het instituut. Daarnaast geeft juist de aanwezigheid van een arts-assistent hem in de laatste maanden van diens opleiding de gelegenheid meer aan nascholing te doen in de vorm van een Warffumcursus, Treekweek, Boerhaave- of Hoytemacursus. De instituten hebben deze afwezigheid voorzien en bij de visitatie van aanstaande huisartsopleiders wordt steeds geïnformeerd naar eventuele waarnemers die ook als waarnemend huisartsopleider kunnen optreden. Het instituut – zo is het tenminste in Leiden geregeld – vraagt de huisartsopleider bij zijn afwezigheid de waarnemende huisartsopleider(s) in te lichten en voor de arts-assistent paraat te zijn. Niet alle waarnemende huisartsopleiders zijn als zodanig erkend of gevisiteerd. Vaak hebben zij zelf een arts-assistent en zijn dus wel gevisiteerd, maar even vaak hebben zij geen enkele ambitie om als huisartsopleider op te treden maar brengt de plaatselijke situatie (de enige naburige arts, lid van dezelfde waarnemingsgroep e.d.) mee dat zij als waarnemend huisartsopleider

worden gevraagd. Het doel van dit artikel is deze waarnemende huisartsopleiders ervan bewust te maken welke belangrijke plaats zij in de opleiding van hun toekomstige collegae innemen.

Een van de belangrijkste aspecten daarbij is wel het zoveel mogelijk wegnemen van de onzekerheid bij de arts-assistent. Die onzekerheid wordt automatisch groter als zijn vertrouwde huisartsopleider afwezig is. Hij moet er dan van op aan kunnen dat hij met zijn problemen altijd bij een ander terecht kan en niet te horen krijgt: 'Zoek dat zelf maar uit; daar word je groot van'. Op die manier zijn de vorige generaties huisartsen 'groot' geworden, maar vraag niet hoeveel leed dat vaak de patiënten heeft berokkend.

Ik krijg wel eens de indruk dat er tussen huisartsopleiders en waarnemend huisartsopleiders niet altijd waterdichte afspraken worden gemaakt betreffende de opleiding. Toch is dit nodig. Ook al neemt men zelf niet aan de opleiding deel, wanneer men door een naburige collega wordt gevraagd om als waarnemend huisartsopleider te fungeren moet met zich wel bewust zijn wat dat betekent. Kan men het niet opbrengen, bijvoorbeeld door eigen praktijkdrukke of omdat men

vindt dat er te veel huisartsen worden opgeleid, dan kan men beter neen zeggen als men wordt gevraagd. Dat is beter dan de arts-assistent op het beslissende moment in de kou te laten staan.

Specialist en arts-assistent

Mutaties mutandis geldt bovenstaande ook enigszins voor de specialist. Voor de huisarts is deze vaak meer consulent dan iemand die de verwezen patiënt in behandeling neemt. In dit opzicht zou men kunnen zeggen dat de nieuwe huisartsenopleiding voor een deel deze consultatieve functie van de specialist heeft overgenomen. Was men vroeger als beginnend huisarts onzeker, dan was er altijd nog de ervaren specialist om bij te rade te gaan. Deze consultatieve functie, waarvoor ongetwijfeld nog heel wat huisartsen hun consulenten dankbaar zijn, is door de huisartsopleiding echter niet verdwenen maar heeft er misschien een nieuwe dimensie bijgekregen, namelijk die van mede-opleider.

Juist als de huisartsopleider niet bereikbaar is, maar soms ook wanneer deze het als leersituatie gewenst vindt, moet de arts-assistent bij de specialist te rade kunnen gaan over diagnose,

behandeling of opname. De meeste consulenten begrijpen de onzekerheden van de arts-assistent (soms hebben zij zelf assistenten in opleiding, soms is de consulent zelf een specialist in opleiding) en zullen graag hun steentje bijdragen aan de huisartsopleiding. Sommige specialisten ervaren het als onaangenaam dat zij niet meer aankunnen op het vertrouwde opnamebeleid van de hun bekende huisartsen maar dat zij nu te maken krijgen met steeds wisselende arts-assistenten, die uiteraard soms onzeker zijn over hun diagnose en wellicht vaker ten onrechte om een opname zullen vragen dan de ervaren huisartsopleider.

Ik geloof, dat wij wat dit betreft een gezamenlijke opdracht hebben en een *gezamenlijke solidariteit* moeten betrachten: huisartsopleiders waarnemend huisartsopleiders en consulenten. Willen wij de toekomstige huisartsen in een kortere tijd de zekerheid geven dan vroegere generaties huisartsen nodig hadden om die te krijgen, dan moeten onze arts-assistenten weten dat zij niet alleen op hun huisartsopleider kunnen terugvallen maar bij diens afwezigheid ook kunnen vertrouwen op de waarnemende huisartsopleiders en op de specialisten.

PATIËNTENPERIKEL

No cure, no pay?

In 1974 verrichtte ik een laparotomie in de rechter onderbuik bij een 19-jarig meisje met de anamnestiche en klinische verschijnselen van een apendicitis acuta. Bij operatie werd echter geen ontstoken appendix waargenomen; de buikverschijnselen leken het gevolg van een heftige ovulatiebloeding, welke met oppervlakkige doorsteking van het rechter ovarium tot staan werd gebracht. Tevens werd een appendectomie verricht.

Vier maanden na deze ingreep werd patiënte elders geopereerd wegens een strengileus. De vader van patiënte weigerde de rekening van de appendectomie te betalen. Doordat ik een overbodige ingreep zou hebben uitgevoerd had ik een wanprestatie geleverd, waarvoor betaling misplaatst zou zijn.

Via een incassobureau en een deurwaarder belandde de zaak bij de kantonrechter, die in 1977 – ruim drie jaar na de ingreep – een tussenvonnis wees, waarin de uitspraak werd aangehouden. Zulks totdat een – inmiddels benoemde – chirurg/getuige-deskundige zich zou hebben uitgesproken over de vraag of de laparotomie terecht had plaatsgevonden en of de operateur terecht had afgezien van intercollegiale raadpleging van een internist, een gynaecoloog en een röntgenoloog. De getuige-deskundige beantwoordde deze vragen in bevestigende zin en hierop werd de patiënte bij vonnis van de kantonrechter in 1978 – bijna vier jaar na de ingreep – tot betaling gedwongen.

Gelukkig maar! Men moet er niet aan denken welk een ondoorzichtige situatie zou ontstaan, wanneer chirurgisch ingrijpen met succes tot wanprestatie zou kunnen worden bestempeld als men over het resultaat van de ingreep ontevreden is.

Een chirurg uit de periferie

Korte door patiënten geschreven signaleringen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht bij de redactie van Medisch Contact, Lomanlaan 103, Utrecht.

Bevolkingsonderzoek

Advies Centrale Raad voor de Volksgezondheid

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft advies uitgebracht over het ontwerp van Wet op het bevolkingsonderzoek.

Wetsontwerp

Volgens het ontwerp is onder 'bevolkingsonderzoek' te verstaan: de uitvoering van een aanbod aan de gehele bevolking of categorieën daarvan, gericht op het opsporen van één of meer afwijkingen, voor zover dit geschiedt door geneeskundig of psycho-sociaal onderzoek. Het ontwerp verbiedt het verrichten van bevolkingsonderzoek, tenzij het een onderzoek betreft dat behoort tot een door de overheid aangewezen categorie én de minister er vergunning voor heeft verleend. Een aanwijzing wordt alleen gegeven indien de veiligheid, de kwaliteit en de doelmatigheid van de onderzoeksmethode kunnen worden gegarandeerd. Behoort het voorgenomen onderzoek tot een aangewezen categorie, dan kan de verder benodigde vergunning alleen worden geweigerd in bij de wet omschreven gevallen, bijvoorbeeld wanneer de organisatorische opzet van het onderzoek te kort schiet. Het ontwerp legt voorts aan de vergunninghouder en aan degene die een bevolkingsonderzoek (heeft) verricht een aantal verplichtingen op, onder meer voor wat betreft het verstrekken van gegevens. Verder voorziet het ontwerp in een *College voor Bevolkingsonderzoek*, dat vooral moet functioneren als adviserende instantie zowel met betrekking tot aanwijzingen als met betrekking tot vergunningen.

Omstreden zaak

In zijn advies stelt de Centrale Raad voor de Volksgezondheid dat bij de discussies binnen de raad over de noodzaak van bevolkingsonderzoek en een eventuele wettelijke regeling terzake duidelijk naar voren is gekomen dat 'bevolkingsonderzoek', zoals zich dat momenteel in diverse vormen in onze samenleving manifesteert, moet worden aangemerkt als een omstreden zaak, waaromtrent voor- en tegenstanders nog in levendige discussies zijn verwickeld.

Men kan zich daarom afvragen of de tijd al rijp is voor een vérstreckende wettelijke regeling op dit gebied, maar – constateert de raad – bevolkingsonderzoek met betrekking tot bepaalde afwijkingen vindt in onze samenleving nu eenmaal plaats, mét de daaraan verbonden risico's en bezwaren.

De Centrale Raad voor de Volksgezondheid meent voorts te kunnen constateren dat ook het publiek zich kritischer gaat opstellen ten aanzien van bevolkingsonderzoek en zich de risico's beter bewust wordt.

Hoewel deze kritische opstelling reeds in zekere mate bijdraagt tot een meer verantwoorde toepassing van bevolkingsonderzoek is de raad, met uitzondering van één lid (de voorzitter van de Gezondheidsraad), van mening dat reeds nu toch de mogelijkheid moet worden geschapen de bevolking in bepaalde situaties ook door middel van wettelijke maatregelen te beschermen tegen bepaalde risico's die uit ongebreideld bevolkingsonderzoek kunnen voortvloeien.

Beperkte regeling

Bij de discussies over de vraag hoever deze maatregelen dienen te gaan, is gebleken dat de raad in meerderheid niet geporteerd is voor een vérstreckende c.q. allesomvattende regeling inzake bevolkingsonderzoek. Ook de noodzaak daartoe wordt niet aanwezig geacht, zolang niet is aangetoond dat met betrekking tot bevolkingsonderzoek in ons land een dermate ongewenste situatie is ontstaan of gaat ontstaan dat er een wettelijke regeling moet komen waarin zulke gedetailleerde voorschriften worden gegeven als waarin het ontwerp voorziet.

Daarnaast meent de raad dat een regeling in de trant van het ontwerp tot verstarring zou kunnen leiden, aangezien in dat geval alles aan banden wordt gelegd en ook goede initiatieven daardoor zouden kunnen worden afgeremd. De raad onderkent de plicht van de overheid de bevolking te beschermen tegen onoordeelkundig opgezette onderzoeken en de daar mogelijk uit voortvloeiende gevaren. Een wettelijke regeling lijkt hem dan ook aangewezen, maar zo'n regeling zou beperkt moeten blijven, zowel wat betreft het terrein waarover haar werking zich zal uitstrekken als wat betreft de aard c.q. het systeem van wetgeving.

Wat betreft de reikwijdte van de te treffen regeling meent de Centrale Raad, dat het aanbeveling verdient aan het begrip 'bevolkingsonderzoek' een meer beperkte inhoud te geven dan in het ontwerp is geschied, en we in die zin dat tot 'bevolkingsonderzoek' alleen wordt gerekend het onderzoek naar lichamelijke ziekten, afwijkingen of risicofactoren die met geneeskundig

onderzoek of
socioiaal-wetenschappelijke
onderzoeksmethoden zijn op te sporen.

Voorwaarden

Met betrekking tot het systeem van de weigering is de raad geporteerd voor een regeling waarbij bevolkingsonderzoek in de zin der wet in beginsel is toegelaten, doch waarbij:

- met betrekking tot bepaalde (nader aan te wijzen) ziekten, afwijkingen of risicofactoren bevolkingsonderzoek slechts is toegestaan indien daarbij wordt voldaan aan nader te stellen voorwaarden;
- bevolkingsonderzoek met betrekking tot bepaalde (nader aan te wijzen) ziekten, afwijkingen of risicofactoren kan worden verboden, bijvoorbeeld omdat (nog) geen zinvolle behandeling mogelijk is;
- bevolkingsonderzoek met betrekking tot andere dan de hierboven bedoelde ziekten, afwijkingen of risicofactoren bij de overheid moet worden aangemeld. De strekking van deze meldingsplicht – de raad denkt in concreto aan een melding aan de Geneeskundige Inspectie van het Staatstoezicht op de Volksgezondheid – dient te zijn de overheid in staat te stellen de ontwikkelingen te volgen en de gelegenheid te geven onderzoeken op bepaalde ziekten aan voorwaarden te binden c.q. te verbieden, indien daartoe aanleiding zou bestaan.

College voor Bevolkingsonderzoek

Wat betreft de instelling van een College voor Bevolkingsonderzoek acht de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, gelet op de specifieke functies die dit college moet gaan vervullen en gelet op de omstandigheid dat het daarbij gaat om zowel wetenschappelijke als organisatorische zaken, de keuze voor een apart college gerechtvaardigd, al dringt hij daarbij aan op de bewaking van een goede coördinatie met andere adviescolleges, waaronder de raad.



Een zéér, zéér interessant probleem

Vanmiddag waren de co's te gast op de longafdeling. We mochten een patiënt 'uitkloppen'. Voor de zoveelste keer zat ik er finaal naast: ik ontdekte een demping die er helemaal niet was. Terwijl ik mij hierover in de artsenkamer van de longafdeling aan het opwinden was, constateerde ik opeens dat de asbak van de longspecialist vol sigarettenpeukjes lag. In het vertrek hing trouwens een flinke walm. Zoiets vreet aan me. Het beangstigt me, maar ik heb mooi praten. Toen ik vanmiddag met een fles Bourgogne in ons paviljoen kwam, keken mijn patiënten mij wel vreemd aan. Hoe kan iemand die een ander van alles verbiedt zelf wel roken en drinken? Tja, dat is de macht van het irrationele, die over de mensen heerst en hen in bedwang houdt.

Vanavond was het refereeravond. Tussen de referenten door kwam een internist met enige trots met een 'medisch-ethisch probleem'. Wanneer zoiets gebeurt vraag ik mij altijd af: waarom doen ze dat? komen ze er zelf niet uit? willen ze graag onze mening? willen ze hun geweten ontlasten? gaan ze op de ego-tour? willen ze stoer doen in de geest van: 'Kijk eens wat ik heb meegemaakt en wat ik durf?' Ik weet het niet.

In dit geval betrof het een man die 'al heel lang' in een 'tehuis voor zéér, zéér zwak begaafden' zat. Een arts – achteraf bleek het de vervangende kinderarts te zijn – werd op een goed moment bij de patiënt geroepen en hoorde wat sputerende ronchi over de longen. De man werd ingestuurd. Op de EHBO bleek echter dat de patiënt in coma was. Nu lijkt dat onbegrijpelijk, maar de desbetreffende man hield zijn ogen altijd gesloten; dat wekt uiteraard verwarring. Het zag er allemaal dus vrij ernstig uit. Daarbij leed de patiënt ook aan 'toevallen'. Aanvankelijk ademde hij zelf, maar al spoedig werd het minder en minder, en tenslotte werd de patiënt aan een beademingsapparaat gelegd. Er werd een neuroloog in consult geroepen, die een verhoogde hersendruk

constateerde. Op een röntgenfoto die van de hersenvaten werd gemaakt was een vaat-arm gebied te zien.

De vraag van de internist was: 'Wat vinden jullie ervan?', maar kreeg in dit geval uiteraard de intentie van: 'Wat zullen wij met hem doen?' De desbetreffende internist vertelde er nog bij, dat hij zonder meer een neurochirurgische ingreep had voorgesteld wanneer het een 'normaal mens' was geweest. Ik heb mijn mond gehouden, want over zo'n probleem moet ik eerst lang nadenken voordat ik er iets over zeg. Een andere internist kwam met het voorstel een stemming te houden onder de aanwezigen.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(48)

Hoe zou een ieder individueel hebben gehandeld? Zou hij de neurochirurg erbij roepen of zou hij 'de kraan dichtdraaien'? Ik behoorde tot de minderheid die voor de eerste mogelijkheid koos. 'Dus', zei de internist, nadat de meerderheid voor het tweede had gekozen, 'moeten wij de kraan dichtdraaien.' Hierop reageerde een andere co fel met de woorden: 'Op deze wijze wilt u via een democratisch genomen besluit uw geweten zuiveren'. Maar nee, mijnheer', zei de desbetreffende internist, die overigens altijd in andere situaties tegen co's 'dokter' zegt: 'Hoe komt u erbij?' Ik kreeg de indruk dat de co gelijk had. Tenslotte werd besloten dat 'ze er nog een nachtje over zouden slapen'.

Alexander van Es

Pleidooi voor wijziging wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg

Het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg is een 'belangrijke bijdrage aan de geleidelijke opbouw van een gezondheidszorgsysteem. Op onderdelen zouden echter aanzienlijke verbeteringen moeten worden aangebracht. De beheersing van de capaciteit en van de kosten van de voorzieningen krijgt overwegende aandacht, ten nadele van de samenhang in de gezondheidszorg. Ook de samenhang met andere welzijnsvoorzieningen komt onvoldoende tot zijn recht. Dat is vooral een gevolg van het feit dat de Kaderwet Specifiek Welzijn en de wet Voorzieningen Gezondheidszorg te veel van elkaar afwijken.'

Dit zijn de belangrijkste conclusies uit een advies dat de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid – op verzoek van de vorige staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne – heeft uitgebracht aan de regering. De Harmonisatieraad adviseert de betrokken bewindslieden opnieuw om de Kaderwet en de wet Voorzieningen Gezondheidszorg op belangrijke onderdelen beter op elkaar af te stemmen.

Aan de hand van door experimenten opgedane ervaringen zou de regering de wet kunnen bijstellen en geleidelijk invoeren. Wanneer dat zoveel mogelijk in samenhang met de Kaderwet gebeurt wordt daarmee het zicht geopend op een grotere harmonisatie binnen het welzijnsterrein.

Overwegingen en aanbevelingen

De regering verdient volgens de Harmonisatieraad waardering omdat ze met de wet Voorzieningen Gezondheidszorg een begin maakt

met politieke besluitvorming over de gezondheidszorg. De ontwikkelingen binnen dat terrein worden beter beheersbaar, onder meer door de invoering van een planmatige beleidsvoering. Ook krijgen de patiënten meer rechten.

De Harmonisatieraad beveelt de regering echter aan om met het voorgestelde systeem van planning ervaring op te doen voordat het integraal wordt ingevoerd. Dat zou het beste kunnen gebeuren door

*Regering biedt
geen visie op
gewenste ont-
wikkelingen op
langere termijn*

experimenten op wettelijke basis. De raad is voorstander van een wettelijke basis voor de experimenten, omdat daardoor zondig buiten bestaande wettelijke kaders kan worden getreden. Bovendien komt dat de rechtszekerheid van de deelnemers aan de experimenten ten goede. Deze experimenten zouden zoveel mogelijk in samenhang met de kaderwetexperimenten moeten worden uitgevoerd: bestaande inhoudelijke verbanden tussen de voorzieningen voor gezondheidszorg en andere welzijnsvoorzieningen kunnen dan van meet af aan bij de planning tot hun recht komen. Aangezien dat betekent dat er bij de experimenten meerdere departementen zullen zijn betrokken, zouden de betrokken bewindslieden gezamenlijk verantwoordelijkheid

voor de experimenten moeten dragen. De wet mikt meer op doelmatigheid dan op samenhang, maar de doelen van het stelsel van voorzieningen worden niet gegeven. Belangrijke ontwikkelingen als de vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van het individu door zelfzorg of gezondheidsopvoeding krijgen minder aandacht dan de kostenontwikkeling bij de ziekenhuizen. Behalve de doelen laat de wet meer essentiële uitgangspunten in het ongewisse. De Harmonisatieraad mist bijvoorbeeld een visie van de regering op de gewenste ontwikkelingen van de gezondheidszorg op wat langere termijn.

Samenhang

De Harmonisatieraad oordeelt positief over de duidelijke intentie van de regering om de voorzieningen beter in samenhang met elkaar te laten functioneren. De regeling die de wet daarvoor bevat zet echter onvoldoende zoden aan de dijk. Dat komt doordat zowel binnen het kader van de wet als daarbuiten aan een aantal structurele voorwaarden voor samenwerking onvoldoende wordt voldaan. Een goede aansluiting komt onder meer in de knel door de aanwezigheid van meerdere financieringsbronnen. Uit het advies blijkt hoe belangrijk de financiering is voor de onderlinge afstemming van de voorzieningen.

Met het oog daarop vindt de raad onderzoek naar de mogelijkheden van harmonisatie van financieringsstelsels dringend gewenst. De raad denkt daarbij vooral aan de financiering uit algemene middelen en aan de financiering door middel van de

sociale verzekering. In dat verband wil de Harmonisatieraad tevens onderzocht zien in hoeverre het mogelijk is om op het terrein van het welzijn de besluitvorming met betrekking tot beleid en financiering te integreren.

In de Kaderwet heeft die integratie vorm gekregen onder het adagium 'Wie beleid bepaalt, betaalt'. Voor de gezondheidszorg beveelt de Harmonisatieraad aan om door middel van een experiment te onderzoeken of regionalisatie van het beleid, zoals in de wet Voorzieningen

Gezondheidszorg uitgewerkt, samen kan gaan met regionalisatie van de financiering. De Centrale Raad voor de Volksgezondheid heeft dat de regering reeds eerder aanbevolen. Ook in het ruimere kader van de wetgeving en het beleid op het terrein van de zorgverlening zijn er onvoldoende voorwaarden voor samenwerking aanwezig. De raad heeft een aantal wetten en wetsvoorstellen op het terrein van de zorg met elkaar vergeleken. Een samenhangende beleidsvisie ontbreekt daarin. Dat komt vooral bij vergelijking van de Kaderwet Specifiek Welzijn en de wet Voorzieningen Gezondheidszorg tot uiting.

De regering zou moeten aangeven wat volgens haar de plaats is van de gezondheidszorg binnen het terrein van het specifieke welzijn. Dat is onder meer van belang voor de verhouding kader- en deelwetgeving en voor de vraag welke voorzieningen onder de werking van welke wet worden gebracht. De Harmonisatieraad vraagt de regering dan ook zich over die twee punten uit te spreken.

In dat verband beveelt de raad de regering tevens aan om de inhoudelijke samenhangen tussen de voorzieningen nader te doen onderzoeken. Aan een goede analyse bestaat grote behoefte. Naarmate die samenhangen immers beter zichtbaar worden kan het beleid er beter op worden afgestemd. De verhoudingen tussen de overheid, het particulier initiatief en de burger zouden zoveel mogelijk vanuit een samenhangende visie moeten worden geregeld.

Uitzonderingen op een algemene regeling zouden moeten worden gemotiveerd.

De invulling van de decentralisatie behoeft bewaking op het punt van samenhang. De Harmonisatieraad

De Harmonisatieraad Welzijnsbeleid herinnert er in zijn advies aan dat er volgens de Structuurnota Gezondheidszorg van de vorige staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne zou moeten komen: één samenhangend gecoördineerd systeem van voorzieningen, trapsgewijs opgebouwd en voorzien van 'stuur- en beheersinstrumenten'. Tegemoet kon worden gezien:

- een ordeningswet voor voorzieningen van de gezondheidszorg;
- wetgeving regelende de tarieven van de voorzieningen;
- een wet regelende de verzekering tegen ziektekosten;
- wellicht een afzonderlijke wet voor de openbare gezondheidszorg;
- wellicht een opgaan van de Wet ambulancevervoer in de nieuwe voorzieningenwet, dan wel aanpassing van laatstgenoemde wet;
- regeling van de kwaliteit van de zelfstandige beroepsbeoefenaren in afzonderlijke wetgeving.

De Harmonisatieraad Welzijnsbeleid wijst in zijn advies op enkele ontwikkelingen sinds het verschijnen van de Structuurnota van de voormalige staatssecretaris Hendriks:

Sedert het verschijnen van de Structuurnota in 1974 zijn veel van de genoemde problemen alleen maar verscherpt. Er zijn zelfs vraagstukken bijgekomen, zowel van inhoudelijke als van financiële aard. Immers, was er in de zomer van dat jaar reeds reden om vragen te stellen bij de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg, inmiddels is de toestand van de beschikbare middelen zo zorgelijk geworden dat een hernieuwde bezinning op de betekenis en op de grenzen van de volksgezondheidszorg van de grond lijkt te komen.

Ook studeren er steeds meer artsen af die niet alleen in staat zijn om niet-medische oorzaken van klachten te onderkennen, maar deze ook bij behandeling van de patiënt wensen te betrekken. Dit betekent een verbreding van het concept van gezondheidszorg in een richting waarbij het gezin, de werksituatie, de schoolsituatie en andere milieufactoren in het gezichtsveld komen, een ontwikkeling die om samenwerking met niet-medische disciplines vraagt.

In het voetspoor van de Knelpuntennota die het specifieke welzijn definieert als het geheel van voorzieningen van zorgende, recreatieve en educatieve aard, doemt achter het gezondheidszorgbeleid de vraag op naar een volledig zorgbeleid. Nog een stap verder laat zich de vraag stellen waar de grens ligt tussen het zorgbeleid en het educatiebeleid.

De Harmonisatieraad Welzijnsbeleid tekent dan aan:

In het verlengde van nieuwe gedachten over de zelfzorg, het vrijwilligersbeleid, de betekenis van preventie en de gezondheidsvoorlichting en -opvoeding dient langzamerhand de vraag te worden gesteld waar zorg in educatie overgaat, met andere woorden wat de begrenzingen van de zorg zijn.

Het financieringssysteem is volgens de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid van groot belang voor een evenwichtige besluitvorming. De raad merkt in dit verband in zijn advies het volgende op:

Hoewel in het algemeen gesteld kan worden dat de inhoud van het beleid bepaald moet worden door de na te streven beleidsdoelstellingen, ziet men maar al te vaak dat de aanwezigheid van een bestuurlijk instrument, waaronder een goed financieringssysteem, bepalend wordt voor wat er in het beleid wordt nagestreefd.

De wet Voorzieningen Gezondheidszorg gaat uit van bestaande financieringssystemen. Waar het gaat om nieuwe voorzieningen zoals een netwerk van diensten voor openbare gezondheidszorg laat de wet in het midden wie voor deze voorzieningen moet betalen. Er laten zich nu twee vragen stellen:

1. Beïnvloedt de aanwezigheid van meerdere financieringsbronnen een samenhangende beleidsvoering op het terrein van de voorzieningen voor gezondheidszorg en de samenhang van gezondheidszorgvoorzieningen en andere voorzieningen van specifiek welzijn?
2. Domineren de financiële beslissingen niet boven de beleidsbeslissingen?

bepleit een versterking van de rol en de toerusting van de bewindslieden van Binnenlandse Zaken daarbij.

Afstemming op Kaderwet

Toegesplitst op de Kaderwet Specifiek Welzijn en de wet Voorzieningen Gezondheidszorg komt de Harmonisatieraad tot de conclusie dat die wetsontwerpen niet alleen op onderdelen maar ook op belangrijke uitgangspunten van elkaar afwijken. Nu beide ontwerpen elk voor een eigen onderdeel van met elkaar verwante voorzieningen een structuur laten zien, zou dat bijzonder ernstige gevolgen hebben. De voorzieningen op het terrein van de zorg zouden in meer, mogelijk zelfs concurrerende, groepen worden opgedeeld. Terwijl het juist de bedoeling is dat er tussen de voorzieningen een hechtere aansluiting tot stand komt! De raad begroet dan ook met instemming de uitspraak in de regeringsverklaring dat de Kaderwet Specifiek Welzijn en de wet Voorzieningen Gezondheidszorg beter op elkaar zullen worden afgestemd, maar is op de uitwerking niet geheel gerust. De Harmonisatieraad adviseert de regering om bij de onderlinge afstemming van beide wetten vooral aandacht te schenken aan de planprocedures op de verschillende bestuurlijke niveaus en aan de taak, samenstelling en bevoegdheden van de adviescommissies en -organen. Ook het toezicht op de kwaliteit en de doelmatigheid en de bevordering van de samenhang in het functioneren kan in betere onderlinge afstemming worden geregeld.

Een nadere bestudering van het wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg voert de Harmonisatieraad Welzijnsbeleid in zijn advies tot de volgende conclusies:

1. Het zorggebied wordt in meerdere beleidssystemen opgesplitst, die zich niet altijd met elkaar lijken te kunnen verstaan. De wet wijkt in hoofdlijnen en op sommige onderdelen af van de Kaderwet Specifiek Welzijn. Bij een vergelijking met de Wet op de bejaarden-oorden, de Wet op het ambulancevervoer en het voorstel tot wijziging van de Algemene Bijstandswet kwamen eveneens verschillen in hoofdlijnen en in onderdelen naar voren.
2. Voor het beleid met betrekking tot de aard van het voorzieningenpatroon bestaat geen planning. Omdat voorts de besluitvorming op dat punt uiteenlopend geregeld is zal het moeilijk worden om daarvoor een evenwichtig beleid te voeren.
3. Een samenhangend beleid met betrekking tot spreiding en met betrekking tot omvang zal worden bemoeilijkt door: uiteenlopende bestuurlijke uitgangspunten; verschillende instrumenten voor de uitvoering; verschillende planprocedures. Voorts is onduidelijk: welke spreidingscriteria zullen gelden; welke voorzieningen onder een gemeenschappelijke beleidsregie zullen worden gebracht en op welk bestuurlijk niveau.
4. De aanwezigheid van meerdere en ongelijksoortige financieringsbronnen voor de gezondheidszorg en voor de Kaderwet Welzijnsvoorzieningen is een ernstige hinderpaal voor een evenwichtig beleid en voor de samenhang tussen de voorzieningen.
5. De centrale financiering op grond van de Ziekenfondswet en de ABWZ staat op gespannen voet met het streven naar regionalisatie van het beleid.
6. Voor de zorgvoorzieningen zijn de kwaliteitseisen uiteenlopend geregeld. Ook zijn er verschillen in toetsing en toezicht.
7. De ruimtelijke samenhang tussen de voorzieningen krijgt in de wetgeving meer aandacht dan de functionele samenhang. De wet Voorzieningen Gezondheidszorg is in dat opzicht een gunstige uitzondering. De factoren die van invloed zijn op het samenhangend functioneren van de voorzieningen lijken echter onvoldoende onderkend te worden. Bovenal echter ontbreekt een gemeenschappelijke visie op de gewenste samenwerkingsvormen op het terrein van de welzijnszorg.
8. Het beginsel van territoriale decentralisatie is in de verschillende besproken wetsontwerpen iedere keer op een geheel eigen wijze uitgewerkt. De raad is onvoldoende duidelijk waarom dit zo is gebeurd.
9. De adviesstructuur op landelijk niveau is voor de gezondheidszorg beter uitgewerkt dan voor de overige zorg. Op provinciaal en gemeentelijk niveau hebben de adviesorganen voor de gezondheidszorg en het kaderwetwelzijn van elkaar afwijkende bevoegdheden. Voor een evenwichtige advisering met betrekking tot het hele zorgterrein is dit schadelijk.
10. De (rechts)positie van de cliënt/patiënt is uiteenlopend geregeld: er is een groot verschil in aanspraken; patiëntenrechten zijn verschillend uitgewerkt.
11. Aan de invoering van de wet Voorzieningen Gezondheidszorg is onvoldoende aandacht besteed. Zij is niet afgestemd op de invoering van de Kaderwet.

Uitspraak CAO-Ziekenhuiswezen

Uitvoeringsregeling verhuiskosten

De Interpretatiecommissie, bedoeld in artikel 44 van de CAO-Ziekenhuiswezen, heeft:

Gelet op artikel 2 van de uitvoeringsregeling verhuiskosten

Gezien de vraag:

Kan de werkgever ingevolge artikel 2 van

de regeling als woongebied het gehele grondgebied van Nederland aanwijzen?

Overwegende:

Dat aanwijzing van het gehele grondgebied van Nederland niet een aanwijzing kan zijn als bedoeld in de uitvoeringsregeling verhuiskosten.

Bestlist als volgt:

De werkgever kan niet het gehele grondgebied van Nederland als woongebied ingevolge artikel 2 van de regeling aanwijzen.

Aldus gegeven te Utrecht, de 13e juli 1978.

Kadertraining KNMG 1978

Samenwerking leren

Tijdens de opleiding tot arts werd tot voor kort weinig of geen aandacht besteed aan zaken als gesprekstechniek, vergadertechniek en het samenwerken in groepsverband. De arts werd opgeleid tot solist in de uitoefening van de geneeskunde. Post of propter resulteerde dit in de veelgehoorde stelling dat artsen individualisten zijn, weinig bereid of in staat tot werken in teamverband. Natuurlijk waren er altijd wel enkele gedrevenen die zich beschikbaar stelden voor bestuursfuncties e.d., waarin dan met vallen en opstaan, vooral op 'het gevoel', bepaalde vaardigheden werden aangeleerd.

Met de sterk toegenomen complexiteit van de gezondheidszorg ontkomt evenwel tegenwoordig geen enkele arts aan enige vorm van samenwerking. Er moet overleg worden gepleegd met collegae, met hulpverlenende instanties en in toenemende mate ook met overheidsinstanties. Dat kost tijd, en tijd is iets dat de meeste artsen toch nog bij voorkeur in de directe patiëntenzorg stoppen. Het lijkt daarom niet onlogisch ernaar te streven de tijd die is benodigd voor besprekingen en vergaderingen zo doelmatig mogelijk te gebruiken.

Bekwaamheid kweken

De KNMG, die het oog enerzijds gericht houdt op de maatschappelijke ontwikkelingen, met name op de geplande veranderingen in bijvoorbeeld de structuur van de gezondheidszorg, en anderzijds op de belangen van haar leden, beseft ten

volle dat, wil de medische stand haar stem laten horen bij de genoemde structuurwijzigingen, er onder de artsen een kader aanwezig dient te zijn om deze taak ten uitvoer te kunnen brengen.

Er moet, ook in de periferie, bereidheid en bekwaamheid worden gekweekt om de visie, zo men wil de belangen, van de medische stand zowel intern te coördineren als naar buiten toe te verdedigen. De KNMG acht het haar taak het tekort aan scholing van haar leden in deze zo goed mogelijk aan te vullen en stelt daartoe jaarlijks een aantal leden in staat de zogenaamde kadercursus te volgen. Het ligt voor de hand dat zij daarbij voorrang geeft aan leden die door een bestuursfunctie binnen KNMG-verband reeds blijk geven van interesse in zowel Maatschappij als maatschappij.

Erg zwaar weegt dit criterium overigens kennelijk niet, met het gevolg dat motivering en doelstelling met betrekking tot de cursus bij de verschillende deelnemers nogal uiteenloopt. Nu heeft dat voordelen ten aanzien van de diversiteit van inbreng door de verschillende deelnemers, maar het geeft problemen waar het programma voor het trainingsgedeelte van de cursus min of meer door de deelnemers zelf wordt bepaald. Met andere woorden, in het begin wordt in een aantal 'doelstellingen' vermeld wat een ieder hoopt te leren in de cursus, en in welke zwakke punten in het contact met anderen hij bij zichzelf verbetering wil aanbrengen; de trainers hebben dan de taak in de training zoveel mogelijk rekening te houden met die toch nogal uiteenlopende doelstellingen.

Scepsis

Daarbij is het natuurlijk onvermijdelijk dat bij de gevolgde methode, zonder enige nadere selectie, de meest uiteenlopende naturen in één trainingsgroep tezamen worden gebracht. Nu is dat een in de dagelijkse praktijk ook veelvuldig voorkomende situatie, zodat men dit als een reëel of zelfs essentieel element in de training kan zien. Dat blijkt al in het begin, bij de wat omzichtige kennismakingsmanoeuvres.

De eerste discussie die in onze groep ontstond betrof de zin of on-zin van het gebruik van vóórnamen, hetwelk een soort schijn-saamhorigheid zou uitdrukken die op niets berust. Dit bleek een van die problemen waarover men het in een discussie nauwelijks eens kan worden, maar die zichzelf gelukkig oplossen.

Hieruit bleek evenwel overduidelijk dat een aantal deelnemers, ondanks alle geruststellende informatie vooraf door de kadercommissie, nog met een flinke dosis scepsis en wantrouwen het conferentieoord was binnengestapt. Het dilemma enerzijds te willen leren hoe in bepaalde overlegsituaties beter uit de voeten te kunnen en anderzijds de weerstand tegen het morrelen aan je eigen individualiteit, was enkelen zelfs op het gezicht te lezen.

Kennelijk wijs geworden door schrikreacties in het verleden, of juist door teleurstelling en onvervulde verwachtingen van vroegere deelnemers, had de commissie kadertraining tevoren met nadruk vermeld dat de training géén 'sensitivitytraining' zou behelzen, en dat 'slechts' het doelmatig doen verlopen van gesprekken,

vergaderingen en samenwerkingsverbanden aan de orde zou zijn. Het persoonlijk functioneren zou alleen daar worden belicht, waar het in de relatie tot anderen bij de genoemde communicatiewijzen van belang zou zijn.

Eerste weekend

De gehele cursus bestond uit drie weekends, waarvan het eerste een informatief karakter had en tevens als kennismakingsweekend diende. Na de ontvangst op vrijdagavond en een inleiding door de voorzitter van de kadercommissie, werd de rest van de avond gevuld met het in het kort vertellen van de eigen levensgeschiedenis door de zeventien cursisten en de commissieleden. Op zaterdagmorgen hielden de voorzitter en de secretaris-generaal der KNMG voordrachten, terwijl in de middaguren de taken en het functioneren der maatschappelijke verenigingen deskundig werden toegelicht door leden van de centrale besturen van LHV, LSV en LAD. Het inzicht in het functioneren van de Maatschappij is bij de cursisten hierdoor duidelijk toegenomen alsook het respect voor de bovengenoemde drukbezette functionarissen, die als vanzelfsprekend ook nog een deel van hun weekend hadden opgeofferd om een aantal beginnelingen in KNMG-verband informatie te verschaffen. De volgende dag werden de schijnwerpers gericht op de problemen die de regionalisatie van de gezondheidszorg zal oproepen; een zeer moeilijke materie, op voortreffelijke wijze toegelicht door collega Meursing. Bovendien was er goede informatie uit twee proefregio's. Het werd een ieder toch wel duidelijk, dat de regionalisatieplannen van de vorige regering zeker niet voorgoed in de ijskast zullen zijn verdwenen en dat van de medische professie een adequate vertegenwoordiging in daarbij te vormen advies- en bestuurscolleges moet kunnen worden verwacht. Vandaar onder meer deze cursus.

Tweede weekend

Het tweede en derde weekend waren gereserveerd voor de werkelijke

training, die werd gehouden in twee groepen van ieder acht deelnemers, beide onder leiding van een ervaren trainer.

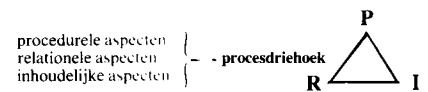
De eerste avond stond in het teken van de nadere kennismaking. Het is boeiend je eigen levensgeschiedenis aan de groep te horen vertellen door iemand aan wie je tevoren in een tweegesprek zoveel mogelijk over jezelf hebt verteld. We meenden dan ook na deze avond een goede uitgangspositie te hebben voor de volgende dagen.

De volgende morgen hebben we op verzoek van de trainers onze wensen ten aanzien van de cursus kenbaar gemaakt: wat wil ik aan het eind van deze cursus beter kunnen; waarmee heb ik problemen met betrekking tot vergaderen, communiceren en samenwerken? Rond het koffieuur was het zaaltje versierd met 'flip-overs' waar onze wensen en verwachtingen op stonden.

Vervolgens werd de video-apparatuur in gereedheid gebracht en werden de eerste interviews en een oefenvergadering opgenomen, waarbij de groepsleden afwisselend deelnemer en kritisch toehoorder waren. Het terugzien en uiteenrafelen van deze gesprekken bleek bijzonder leerzaam: men leert zien wanneer en waarom een communicatie ontspoorde, welke signalen door een gesprekspartner niet worden opgemerkt of verwerkt. Een vergadering over: 'Hoe een lunchbijeenkomst van huisartsen en specialisten te organiseren' verliep gladjes, maar bij het terugdraaien bleek het geluid door een technisch mankement te ontbreken. Reden om wat vroegtijdig af te haken en de teleurstelling weg te spoelen met een glas wijn.

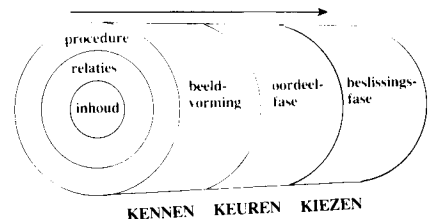
Ook nu weer bleek hoezeer de leden van de kadercommissie zich hadden beijverd om het welslagen van de cursus te bevorderen. Mede door hun permanente aanwezigheid staan de commissieleden borg voor voldoende afleiding en ontspanning, voor een glas en een lach. Het is overigens niet duidelijk geworden of zij er ook voor gezorgd hebben dat er gegierd werd; dat gebeurde dan wel door een buurman-boer, die het belendende perceel land in het eerste trainingsweekend van een dikke laag gier voorzag, als om bij voortduring te benadrukken welk een vruchtbaar weekend dit wel moest worden. Op de derde dag van de training werd

voor het begin van het 'eigenlijke' werk uitvoerig ingegaan op de gebeurtenissen van de vorige dag. Er werd opgemerkt dat de groep nog te tam was; er was nog geen hechte groep, nog geen 'campingsfeer' ontstaan. Voldoende stof voor discussie. De trainer maakte nu een stukje theorie van het vergaderen duidelijk. Het gaat om drie belangrijke aspecten, te weten:



Daarbij dienen in een vergadering verschillende fasen in de juiste volgorde te worden doorlopen. Schematisch werd het gehele vergaderproces ons veel duidelijker aan de hand van de zogenaamde 'boomstam'.

Het vergaderproces



In een vergadering over: 'Verwijzing door de schoolarts', een onderwerp waar de vier heren rond de vergadertafel zich voldoende bij betrokken voelden, werden de verschillende fasen in de goede volgorde doorlopen. Men kwam tot een bevredigende conclusie. Bij het terugzien op de video maakte de trainer duidelijk wanneer er belemmeringen in een der fasen kunnen optreden, bijvoorbeeld: als men er niet voor wil uitkomen dat men iets niet weet; als men geen tijd heeft; het gevoel iets te moeten zeggen. 's Middags tenslotte kwam er een 'zwaar' onderwerp aan de orde: Het vestigingsbeleid. Nu kwam de tweede helft van de groep achter de vergadertafel te zitten. Hoewel men er niet uitkwam werd het, ook voor de toeschouwers, een boeiende vergadering, niet in het minst doordat een der deelnemers door eigen ervaringen nogal emotioneel bij het onderwerp betrokken bleek. In de

nabespreking werd ons voorgehouden, dat 'feelings' ook 'facts' zijn en als zodanig wel degelijk een rol moeten (kunnen) spelen in een vergadering. Met dit ter overweging konden we, na het invullen van het evaluatieformulier, huiswaarts keren.

Derde weekend

Het derde en laatste weekend begon met de bespreking van de resultaten van en meningen over het tweede weekend. Uit deze evaluatie bleek, dat velen meer inzicht hadden gekregen in het functioneren van zichzelf en van anderen en dat voor beter vergaderen de confrontatie met de eigen manier van optreden erg leerzaam werd geacht. Vrijwel iedereen was in de tussenliggende weken wel op een of andere manier met het geleerde bezig geweest. Vergaderingen, bijeenkomsten en zelfs de TV waren kritischer bekeken. Duidelijk was ook dat er nu een

hechte groep was ontstaan, in 'campingsfeer'. Acceptatie en openheid, grondvoorwaarden voor welslagen, waren een feit. Het gedachtenverkeer kon zich vrijelijk ontwikkelen. De volgende dagen werden achtereenvolgens doorgebracht met:

- oefeningen in vergaderen;
- oefeningen in vertegenwoordigen (standpunt achterban, contact met achterban, vertrouwen achterban, openheid ten aanzien van gesprekspartner, kortom het verkeren in een moeilijke positie);
- oefeningen in het luisteren (hoe moeilijk soms! hoe ontstaat een 'blokkade' ?);
- oefeningen in het houden van een inleiding (wat is belemmerend? wat werkt bevorderend?).

Kortom, tal van verbale en non-verbale oefeningen, met als doelstelling het vergroten van de doelmatigheid van besprekingen in kleine zowel als grotere werkgroepen.

Op een beter spoor

Aan het slot was men unaniem van mening door deze twee weekends een eind op de goede weg te zijn geholpen. Wij menen dat de KNMG met deze jaarlijkse trainingen door moet gaan. Er zal dan hopelijk een reservoir van onderhandelaars worden gekweekt, die de problemen van de jaren '80 tegemoet kunnen treden. Wij verwachten dat de middelen die in deze cursus zijn geïnvesteerd, goede vrucht zullen dragen. We hopen de eerste bevestiging daarvan te krijgen in het evaluatieweekend in november, waarnaar we nu al uitkijken. Dank aan de KNMG, dank aan onze onvolprezen gespreksleiders, die ons allen op een beter spoor hebben gezet.

Twee deelnemers

UNIVERSITAIRE BERICHTEN

Gepromoveerd tot doctor in de geneeskunde:

Mw. A. Kuijer, aan de Universiteit van Amsterdam. Proefschrift: 'Epilepsy and exercise. An investigation into some physiological effects of exercise in people with epilepsy: electroencephalographic and biochemical studies'. Promotores: Prof. Dr. L. H. van der Tweel en Prof. Dr. P. Visser.

T. Landheer, aan de Rijksuniversiteit Leiden. Proefschrift: 'Gezondheidszorg in een nieuw gebied'. Promotor: Prof. Dr. F. Doeleman.

P. W. de Leeuw, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Proefschrift: 'Vasoregulation and renal function in essential hypertension'. Promotor: Prof. Dr. W. H. Birkenhäger.

H. H. P. J. Lemkes, aan de Rijksuniversiteit Leiden. Proefschrift: 'APD'-A new diphosphonate'. Promotor: Dr. O. L. M. Bijvoet.

A. C. Monster, aan de Rijksuniversiteit Amsterdam. Proefschrift: 'Kinetics of chlorinated hydrocarbon solvents'. Promotor: Prof. Dr. R. L. Zielhuis.

J. Over, aan de Rijksuniversiteit Utrecht.

Proefschrift: 'Functional heterogeneity of human factor VIII'. Promotor: Prof. Dr. J. J. Sixma.

J. W. Slot, aan de Rijksuniversiteit Utrecht. Proefschrift: 'Intracellulair transport van sekreeteiwitten in exokriene pankreasellen van de kikker, rana esculenta. Promotores: Prof. Dr. M. T. Jansen en Dr. J. J. Geuze.

M. C. Snoep, aan de Rijksuniversiteit Groningen. Proefschrift: 'Delayed puberty and hypogonadotropic hypogonadism differential diagnosis and treatment'. Promotor: Prof. Dr. H. Doorenbos.

R. Stoeckart, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Proefschrift: 'The median eminence. An electron microscopic study with special reference to gonadotropin release in the rat'. Promotor: Prof. Dr. J. Moll.

Drs. J. T. J. Tans, aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Proefschrift: 'Computer tomografie bij intracraniele tumoren en bloedingen'. Promotor: Prof. Dr. J. H. A. van der Drift.

J. te Velde, aan de Rijksuniversiteit

Leiden. Proefschrift: 'Methacrylate embedding in haemato-histopathology; clinicopathological studies in aplastic anaemia, Hodgkin's disease and metabolic bone disease'. Promotores: Prof. Dr. Th. G. van Rijssel en Prof. Dr. E. A. Loeligger.

H. H. Verkerk, aan de Rijksuniversiteit Amsterdam. Proefschrift: 'Plaveisel cel carcinoom van mondbodem en onderkaak; literatuurstudie en eigen onderzoek'. Promotor: Prof. Dr. E. A. van Slooten.

J. Verschuure, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Proefschrift: 'Auditory excitation patterns'. Promotor: Prof. Dr. G. van den Brink.

G. H. A. Visser, aan de Rijksuniversiteit Groningen. Proefschrift: 'Het inleiden van de baring. Een literatuuroverzicht en een exploratieve studie betreffende de simultane amniotomie en ottocine-infusie. Promotor: Prof. Dr. H. J. Huisjes.

P. F. de Vries Robbé, aan de Rijksuniversiteit Groningen. Proefschrift: 'Medische besluitvorming, een aanzet tot formele geneeskunde'. Promotor: Prof. Dr. E. Mandema.



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)

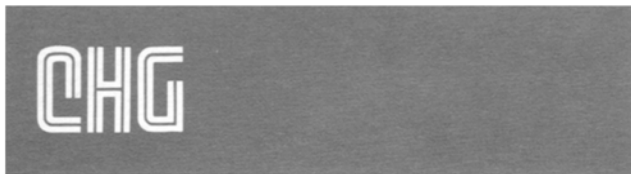
H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfonds 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 College voor Huisartsgeneeskunde

Jaarverslag 1977

In het verslagjaar kwam het College voor Huisartsgeneeskunde (hierna te noemen CHG) 7 maal bijeen. Hieronder volgt een overzicht van de belangrijkste punten, die door het CHG werden behandeld.

De inschrijving van artsen uit de overige lid-staten van de EEG in het register van erkende huisartsen

In het besluit no 1 – 1977 heeft het CHG vastgelegd om althans voor het jaar 1977 ook artsen uit andere lidstaten zonder specifieke opleiding tot huisarts toe te laten tot inschrijving in het register van erkende huisartsen. Dit besluit kwam tot stand uit pragmatische overwegingen. Ten principale neemt het CHG het standpunt in dat registratie slechts mogelijk moet zijn voor die artsen, die een specifieke beroepsopleiding tot huisarts hebben gevolgd. Hoewel het CHG in zijn jaarverslag 1976 nog het vertrouwen uitsprak dat het hier slechts gaat om een eenjarige overgangsmaatregel in de verwachting dat de regering er in zou slagen op 1 januari 1978 de richtlijnen voor de vrije circulatie van artsen zodanig aan te passen – in het bijzonder de artikelen 8 en 9 van richtlijn 75/362/EEG – dat zij ook voor de specifieke huisartsopleiding van kracht zullen zijn, moet het CHG in het jaarverslag 1977 te dezen enig pessimisme uiten. Mede om de overheid niet in een moeilijke positie te brengen heeft het CHG na lange aarzeling tot de overgangsmaatregel besloten. Het CHG beraadt zich zo'n maatregel moet blijven meewerken.

Opleiding artsenijbereidkunst

De opleiding artsenijbereidkunst voor toekomstige apothekhoudende huisartsen baart het CHG grote zorg. Hoewel vele instanties de problematiek onderkennen – waaronder de Geneeskundige Hoofinspectie – kwam er tijdens het verslagjaar nog niets van de grond, aangezien geen dezer instanties de finale verantwoordelijkheid (en financiering) op zich wilde c.q. kon nemen. Inmiddels is voor deze zaak aandacht gevraagd aan de Geneeskundige Hoofinspectie van de Volksgezondheid, aan het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen en aan de Landelijke Huisartsen Vereniging. Het CHG stelde terzake een commissie in.

De kwaliteit van de arts in opleiding tot huisarts

Dit onderwerp is aan de orde gesteld door het LOCO en LO-VAA. Gepleit wordt voor een zodanige inrichting van de opleiding tot arts, dat de co-assistenten meer dan thans zijn afgestemd op de toekomstige functie: het zijn van huisarts. Verder is de indruk van de kant van de assistenten, dat diverse stages in het jaar specifieke beroepsopleiding tot huisarts onvoldoende op de functie van de huisarts zijn afgestemd. Verwacht mag worden dat deze problematiek vooral in de Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen aan de orde zal komen.

Het experimenteerartikel (Besluit no 1 – 1976 van het CHG)

Het CHG volgt de toepassing van het experimenteerartikel met grote aandacht, omdat het niet is uitgesloten dat het CHG op basis van opgedane ervaringen met experimenten t.z.t. zijn voorschriften zal aanpassen. In dit kader besprak het CHG enige evaluatiegegevens van stages van individuele arts-assistenten. Het betrof onder meer stages op het gebied van hulpverlening bij homofilie en op het gebied van psychiatrische geriatrie.

De positie van de arts-assistent in opleiding tot huisarts

Het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft zich uitgesproken dat er bij arts-assistenten in opleiding tot huisarts van een arbeidsovereenkomst naar burgerlijk recht geen sprake is. Voor de sociale verzekering echter zijn de arts-assistenten met werknemers gelijk gesteld.

Met betrekking tot de materiële positie van de arts in opleiding tot huisarts hebben de besprekingen met het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne nog niet tot een goed resultaat geleid. Gezien de contacten hierover met het departement van Volksgezondheid mag worden verwacht dat in 1978 een en ander diepgaander zal kunnen worden besproken.

Overleg KNMG – CHG – CSG – CC

Om tot goede wederzijdse informatie te komen is een periodiek overleg ingesteld tussen delegaties van het hoofdbestuur van de KNMG, van het CHG, van het College voor Sociale Geneeskunde (CSG) en van het Centraal College voor de erkenning en registratie van medische specialisten (CC). In dit overleg is onder meer gesproken over het curriculum van de opleiding tot arts en in het bijzonder over het feit dat, hoewel de opleiding tot arts officieel zes jaar is, men er vrijwel nergens in slaagt de arts ook daadwerkelijk in deze zes jaar op te leiden tot een niveau, dat als ingangsniveau voor de opleiding tot huisarts zinvol wordt geacht. Ook hier lijkt weer een taak te liggen voor de Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen.

Het Postacademisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG)

Naar aanleiding van een brief met gesprekspunten van het Overleg-PAOG had in het CHG uitvoerig discussie plaats over het evalueren van de beroepsopleiding, het al dan niet wenselijk zijn van examens, de programmering en structurering van de beroepsopleiding, de eindkenmerken van de beroepsopleiding zijn de het beginpunt voor de nascholing etc. In de doorlopende lijn – continuüm – van basisopleiding, beroepsopleiding, nascholing komt nog een aantal onduidelijkheden voor, mede veroorzaakt omdat voor geen der drie fasen van deze opleidingslijn begin- en eindkenmerken zijn geformuleerd.

De Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen (AOG)

Het hoofdbestuur bracht het CHG, gezien de nauwe relaties die er bestaan tussen de taakopdracht van de AOG en de taak van de drie Colleges, op de hoogte van het eerste interimrapport. Dit rapport omvatte een verslag van de werkzaamheden sedert begin 1977. Het ligt in de bedoeling van de AOG om, wanneer er punten met betrekking tot aard en omvang van de beroepsopleidingen aan de orde komen, in een tijdig stadium met de Colleges contact op te nemen.

Het rapport 'Kenmerken van de huisarts'

Het rapport 'Kenmerken van de huisarts' is in zeer ruime kring verspreid met het verzoek commentaar te leveren. Er is slechts

zeer marginaal commentaar ontvangen. Aangezien het echter om een bijzonder belangrijk onderwerp gaat, heeft het CHG besloten in beginsel terzake een studieconferentie te organiseren. Een en ander zal binnen een kleine commissie van het College verder worden voorbereid.

Verpleeghuisstage in de opleiding tot huisarts

Het CHG heeft een uitvoerig gesprek gehad met een delegatie van de curriculumcommissie van de sectie verpleeghuizen van de NZR over de waarde van een stage in een verpleeghuis gedurende de opleiding tot huisarts. Het ging daarbij om de vraag welke bijdrage het verpleeghuis kan geven in de vorming van de huisarts en wat het resultaat is van de aangeane experimenten. De huisartsinstituten blijken zeer verschillend gebruik te maken van de mogelijkheid een verpleeghuisstage in te voeren. Van de zijde van de curriculumcommissie wordt benadrukt dat de verpleeghuizen een veld van de geneeskunde bestrijken dat in een goede interactie tot de huisartsgeneeskunde dient te staan. Hieruit zou kunnen voortvloeien dat de patiënt in de periode voorafgaand aan de opname in een verpleeghuis kwalitatief betere hulp wordt geboden dan thans vaak het geval is. Verder komt aan de orde de mogelijkheid dat een stage in een verpleeghuis er toe zou kunnen leiden dat de huisartsen gerekend worden tot degenen, die krachtens de Wet op de Bejaardenoorden in de selectiecommissies zitting kunnen hebben, omdat zij voldoen aan het criterium 'het hebben van geriatrische kennis'. Besloten is tot het instellen van een kleine werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van het CHG, de universitaire huisartsinstituten, de curriculumcommissie van de sectie verpleeghuizen van de NZR en van de HRC. Deze werkgroep zal de opgedane ervaringen inventariseren en analyseren.

Jaarverslagen universitaire huisartsinstituten

In het algemeen hebben de huisartsinstituten gebruik gemaakt van het schema dat door het CHG is geadviseerd voor een jaarverslag. Gezien de verschillen in opvatting in de diverse instituten lopen echter de jaarverslagen nog sterk uiteen. Opvallend is dat alle instituten stellen dat de huisarts-opleider veel meer invloed heeft dan aanvankelijk werd verondersteld. Verder blijkt men in alle situaties nogal wat moeite te hebben met alternatieve stages.

Prioriteitenstelling in het beleid van het CHG

Het CHG besloot dat de hoogste prioriteit ligt bij de bestudering van de inhoud van de specifieke beroepsopleiding.

Registratie van de beroepsofficieren-arts in de krijgsmacht, die een dienstverband langer dan vijf jaar aangaan

Aangezien de Militair Geneeskundige Raad (MGR) behoefte blijft houden te komen tot een regeling van meer generale strekking inzake de inschrijving van hierboven genoemde groep in het huisartsregister, is een pragmatisch voorstel ontwikkeld. De MGR zal de contractarts in de loop van het vijfde dienstjaar een verklaring verstrekken, waarin mededeling wordt gedaan van de activiteiten, waarmee betrokkene zich heeft beziggehouden. Indien men alsnog huisarts wenst te worden, dient men zich tot de HRC te wenden, die dan aangeeft wat betrokkene alsnog aan aanvullende opleiding zou moeten doen. De krijgsmacht zal dan trachten daartoe bepaalde faciliteiten te scheppen, zoals het openen van de mogelijkheid om bepaalde huisartsencursussen te volgen.

Positie huisarts/wetenschappelijk medewerker aan een instituut

voor huisartsgeneeskunde in verband met zijn registratie in het register van erkende huisartsen

Het centrale probleem dat zich hier voordoet is of de afgestudeerde huisarts, die wetenschappelijk werk gaat doen aan een instituut voor huisartsgeneeskunde, zodanig werk verricht dat kan worden gesteld, dat hij regelmatig praktische huisartsgeneeskunde verricht of ontmoet. Dat zou dan in zodanige mate dienen te zijn dat gesproken kan van een gelijkstelling met huisartsgeneeskunde, reden waarom betrokkenen dan in het register ingeschreven kunnen blijven of kunnen worden.

Beoordeling geschiktheid arts in opleiding tot huisarts

Bij gebleken ongeschiktheid van de arts in opleiding tot huisarts gedurende zijn specifieke beroepsopleiding dient zo strikt mogelijk het reglement te worden gevolgd. De HRC kan eventueel bemiddelend optreden.

Samenstelling CHG op 31 december 1977

<i>Gewone leden</i>	<i>Benoemd of aangewezen door</i>
Prof. B. S. Polak, voorzitter	medische faculteiten
G. A. Meijer, ondervoorzitter	KNMG
Dr. G. J. Bremer	medische faculteiten
Dr. S. A. Duursma	medische faculteiten
Prof. Dr. J. C. van Es	medische faculteiten
J. B. Schueler	KNMG
V. C. L. Tielens	KNMG
P. A. J. Witlox	KNMG

<i>Adviserende leden</i>	<i>Benoemd of aangewezen door</i>
J. M. M. van Berkomp	Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen
Prof. Dr. C. F. Brenkman	College Sociale Geneeskunde
C. P. Bruins	Nederlands Huisartsen Instituut
M. J. M. van Nunen	Representatieve vertegenwoordiging van de kring van artsen in opleiding tot huisarts
A. Vrij	Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne
Dr. W. van Zeven	Centraal College

<i>Plaatsvervangende gewone leden</i>	<i>Benoemd of aangewezen door</i>
Prof. Dr. H. J. van Aalderen	medische faculteiten
Prof. Dr. J. Bennebroek Gravenhorst	medische faculteiten
Prof. Dr. H. J. Dokter	medische faculteiten
Dr. C. A. de Geus	KNMG
H. J. C. Leusink	KNMG
W. H. Plomp	KNMG
S. van Randen	KNMG
Dr. H. G. M. v.d. Velden	medische faculteiten

<i>Plaatsvervangende adviserende leden</i>	<i>Benoemd of aangewezen door</i>
Drs. F. J. Hazelzet	Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen
Mr. J. de Vries	Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne

Waarnemer Landelijk Overleg Co-assistenten

Mw. P. van Minnen
B. van Loon, plv.

Secretariaat

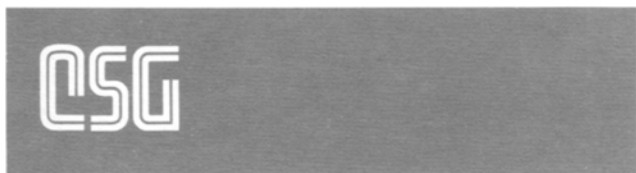
Dr. H. Roelink, secretaris
Mw. L. Beljaars, secretaresse
B. Meier, notulist

Volgens het rooster van aftreden traden per 1 mei 1977 af: A. J. M. Kuyper, namens de KNMG, Prof. Dr. F. J. A. Huygen, namens de medische faculteiten en Prof. Dr. H. J. P. M. Dijkhuis, namens de medische faculteiten.

Hun plaats werd ingenomen door J. B. Schueler (KNMG), Dr. G. J. Bremer (medische faculteiten) en Dr. H. G. M. v.d. Velden, plv. (medische faculteiten).

In verband met het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd werd in augustus 1977 afscheid genomen van Mr. F. L. Rutgers. Ook zijn plaatsvervanger Mr. E. C. M. baron van Tuyll van Serooskerken gaf te kennen zijn functie bij het CHG neer te leggen. Hun plaats werd ingenomen door J. M. M. van Berkom en Drs. F. J. Hazelzet, plv.

In de loop van het verslagjaar werd Mw. Mr. H. A. van Andel benoemd tot secretaris der drie Colleges. Per 1 januari 1978 zal zij de functie van Dr. H. Roelink overnemen.



Experimentele opleidingsvormen

Ingevolge artikel 1058 lid 6 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst vindt hierbij de publikatie plaats van besluit no. 1 – 1978 van het College voor Sociale Geneeskunde.

Met dit besluit beoogt het college ruimte te bieden aan andere vormen van onderwijs in de sociale geneeskunde dan de thans gebruikelijke. Met name is hierbij gedacht aan de mogelijkheid van geïntegreerde cursussen, waarbij voor één tak van de sociale geneeskunde de inhoud van de basisopleiding en die van de vervolgopleiding als het ware met elkaar verweven worden. Het onderwijs zal aldus gericht dan tot nu toe kunnen worden gegeven en efficiënter kunnen plaatsvinden. Het CSG is van mening dat dergelijke experimenten van belang zijn en stelt zich voor op basis van de evaluatie van de opgedane ervaringen tot een nader oordeel te komen. Met het oog daarop is een beperkte geldigheidsduur van 5 jaar in het besluit opgenomen.

Utrecht, 13 september 1978

Besluit no. 1-1978

Het College voor Sociale Geneeskunde in vergadering bijeen op 28 april 1978

overwegende dat de opleiding van sociaal-geneeskundigen plaatsvindt in de vorm van een gemeenschappelijk gedeelte – de basiscursus – gevolgd door specifieke opleidingen voor de afzonderlijke takken van de sociale ge-

neeskunde overeenkomstig de algemene eisen, gesteld in besluit no. 1 – 1974 van het College voor Sociale Geneeskunde,

dat onderwijskundige ontwikkelingen en ervaringen de wenselijkheid van het experimenteren met nieuwe onderwijsvormen op het gebied van de sociale geneeskunde duidelijk maken;

gezien studies die binnen de opleidingsinrichtingen en de landelijke verenigingen van sociaal-geneeskundigen zijn verricht met betrekking tot de realisering van andere opleidingsvormen;

gehoord de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie;

gelet op de artikelen 1057 lid 2a en lid 2b en 1058 van het Huishoudelijk Reglement der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst;

heeft besloten

Artikel 1

Binnen het kader van de opleiding tot sociaal-geneeskundige zijn experimenten toegestaan. Onder experiment wordt in dit besluit verstaan een, van het huidige systeem bij de opleiding sociale geneeskunde afwijkende, nieuwe vorm van onderwijs.

Artikel 2

De inhoud van zodanige experimentele opleidingen dient te worden vastgesteld door een erkende opleidingsinrichting met inachtneming van hetgeen is bepaald met betrekking tot de onderwijsdoelstellingen van het gemeenschappelijk gedeelte en van de specifieke opleiding tot sociaal-geneeskundige, zoals vastgelegd in het Rapport Opleiding van Sociaal-Geneeskundigen 1974 (MC nr. 2/1974, blz. 52). De programma's van de experimenten behoeven de goedkeuring van de Sociaal-Geneeskundige Registratie Commissie.

Artikel 3

De uit te voeren experimenten dienen voorts door de opleidingsinrichting tevoren te worden gemeld aan het College voor Sociale Geneeskunde, onder aanduiding van de doelstelling van het experiment en de wijze waarop de opleidingsinrichting de resultaten ervan zal beoordelen.

Artikel 4

Binnen zes maanden na afloop van elk uitgevoerd experiment zendt de opleidingsinrichting een verslag van de evaluatie ervan aan het College voor Sociale Geneeskunde en aan de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie.

Artikel 5

Een naar vorm en inhoud identiek experiment kan door de betreffende opleidingsinrichting slechts tweemaal worden herhaald, waarbij elk te herhalen experiment opnieuw dient te worden goedgekeurd door de Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie en conform artikel 3 dient te worden aangemeld.

Artikel 6

Dit besluit heeft een geldigheidsduur van vijf jaar.

Utrecht, juni 1978



van het Centraal Bestuur

Convocatie informatieve ledenvergadering dd. 12 oktober 1978

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept een informatieve ledenvergadering bijeen op donderdag 12 oktober 1978 te Utrecht, in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, tel. 030-914914. Aanvang: 16.30 uur.

Agenda

1. Ontheffing artikel 27 lid 1 van het Huishoudelijk Reglement.
2. Opening.
3. Mededelingen.
4. Informatie over voortgang werkzaamheden van het Centraal Bestuur.
5. Informatie over voortgang werkzaamheden van de Stichting Nascholing Huisartsen.
6. Financiën.
 - a. Reserveringsnota 1978.
 - b. Begroting 1979; vaststelling bijdrage voor 1979.
 - c. Reserveringsnota 1978 specifieke apotheekhoudende belangen.
 - d. Begroting specifieke apotheekhoudende belangen 1979; vaststelling apotheekhoudende bijdrage voor 1979.
7. Apotheekzaken.
8. Wat verder ter tafel komt.
9. Rondvraag.
10. Sluiting.

Toelichting

ad. 4, 5, 6. Mede gezien het taakstellende karakter van de begroting heeft de bespreking van deze agendapunten een informatief karakter, zodat de behandeling van de begroting op de ledenvergadering van 3 november 1978 verkort kan worden. De tekst van de begroting wordt in de eerste week van oktober aan het bestuurscorps toegezonden (is dan ook op het bureau van de vereniging verkrijgbaar) en wordt op 13 oktober a.s. in Medisch Contact gepubliceerd.

ad. 7. Zie apotheekhoudende ledenbrieven van 5 juni 1978 (LHV 78/894) en van 4 augustus 1978 (LHV 78/1090).

F. A. van Spanje, arts, secretaris

van het Centraal Bestuur

Kandidaatstelling bestuur SPH

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging deelt mede, dat per 1 januari 1979 de hierna te

noemen bestuursleden van de Stichting Pensioenfonds Huisartsen aan de beurt zijn om als zodanig af te treden: S. van Randen, C. van der Marel, Dr. J. C. Ogterop en het plaatsvervangend bestuurslid G. J. Kemperman. Het bestuurslid Dr. J. C. Ogterop is reglementair niet herkiesbaar. De overige af te treden bestuursleden stellen zich allen herkiesbaar.

Het Centraal Bestuur draagt, gelet op het bepaalde in art. 5 lid 4* der Statuten van de SPH, voor:

Bestuursleden

Voor de vacature Van Randen: 1. S. van Randen te Amsterdam, 2. A. Taminiau te Tilburg.

Voor de vacature Van der Marel: 1. C. van der Marel te Witmarsum; 2. B. J. Kam te Zwolle.

Voor de vacature Ogterop: 1. G. J. Kemperman te 's-Hertogenbosch; 2. G. J. Rosenveldt te Rijswijk (ZH).

Plaatsvervangend bestuurslid

Voor de vacature Kemperman: 1. W. M. van der Valk te Huizen (NH); 2. Th. R. M. O. Enneking te Etten-Leur.

De deelnemersraad van de SPH heeft zijn instemming betuigd met deze voordracht. Deze verkiezing zal plaats kunnen vinden in de eerstvolgende ledenvergadering.

Utrecht, 1 september 1978

F. A. van Spanje, secretaris.

* Artikel 5 lid 4 van de statuten van de Stichting Pensioenfonds Huisartsen luidt aldus:

De verkiezing van bestuursleden en plaatsvervangende bestuursleden door de ledenvergadering van de LHV geschiedt uit een voordracht op te maken door het Centraal Bestuur van de LHV, gehoord de deelnemersraad, welke voor iedere te vervullen plaats twee kandidaten bevat. De voordracht zal op een door het Centraal Bestuur te bepalen wijze worden gepubliceerd ten minste dertig dagen voor de dag der ledenvergadering waarop de verkiezing zal plaatsvinden. Op schriftelijk, door ten minste dertig deelnemers, dan wel door of namens het bestuur van een district van de LHV ondertekend verzoek zullen aan deze voordracht een of meer andere, in dit verzoek vermelde kandidaten worden toegevoegd, mits het bedoelde verzoek ten minste tien dagen voor de dag der ledenvergadering waarop de verkiezing zal plaatsvinden, bij het Centraal Bestuur der LHV is ingediend. Niet verkiesbaar of herkiesbaar is een deelnemer die de leeftijd van 65 jaar heeft bereikt.



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.

van het Centraal Bestuur

Convocatie ledenvergadering dd. 28-10-1978

Convocatie voor de tweede gewone ledenvergadering der LSV, te houden op *zaterdag 28 oktober 1978, in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht, aanvang 10.30 uur.*

Agenda

1. opening.
2. Inleiding door de voorzitter.
3. Goedkeuring notulen extra ledenvergadering dd. 21 september 1978.
4. Verkiezingen*:
 - a. Bekrachtiging van de keuze van de voorzitter voor het jaar 1979;
 - b. Vervulling van de vacature ontstaan door het tussentijds aftreden van Dr. J. H. Bos, KNO-arts te Den Haag. Door het CB is kandidaat gesteld Dr. R. A. F. de Lind van Wijngaarden, anesthesist, Wassenaar;
 - c. Verkiezing van twee bestuursleden en een plaatsvervangend bestuurslid van het Pensioenfonds Medische Specialisten. Zoals statutair is bepaald in artikel 5 lid 4 van de Statuten van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialisten heeft de Deelnemersraad zich beraden over een voordracht in verband met het periodieke aftreden per 1 januari 1979 van Dr. P. J. A. van Voorst Vader, voorzitter; Dr. F. G. C. Buyse, secretaris en plaatsvervangend bestuurslid Mevrouw M. de Vroom, die als volgt luidt:
bestuursleden:
 1. Dr. P. J. A. van Voorst Vader te Eindhoven; 2. C. Kuypers te Haren (Gr.).
 1. Dr. F. G. C. Buyse te Vlaardingen; 2. J. M. van der Minne te Vlaardingen.

plaatsvervangend bestuurslid:

1. A. M. de Vlaam te Aalst/Waalre; 2. Dr. J. J. P. van Gils te Vught.

Het Centraal Bestuur der LSV neemt deze voordracht gaarne over (vide tevens Medisch Contact nr. 38/1978, dd. 22 september 1978).

5. Goedkeuring begroting voor het jaar 1979.
6. Vaststelling contributie voor het jaar 1979.
7. Centraal Begeleidings Orgaan Intercollegiale Toetsing.
8. Statuten en Huishoudelijk Reglement der LSV.
9. Punt 10 van de Algemene Inleiding op de Richtlijnen voor de particuliere honoraria.
10. Mededelingen uit de departementen:
 - Algemene Zaken (voortgang wetsontwerpen Voorzeningen en Tarieven Gezondheidszorg en Public Relations);
 - Tariefzaken;
 - Ziekenhuis- en stafaangelegenheden;
 - Onderwijs, Informatica Buitenland.
11. wat verder ter tafel komt.
12. Rondvraag.
13. Sluiting.

Namens het Centraal Bestuur der
Landelijke Specialisten Vereniging
G. Groenewoud, Secretaris

NB: Lunchpauze circa 13.00 uur.

* Er wordt op gewezen dat ingevolge artikel 14 sub 2 van het Huishoudelijk Reglement der LSV, kandidaten respectievelijk tegenkandidaten kunnen worden voorgedragen door de districtsvergadering of ten minste 20 leden der Vereniging. De voordrachten voor eventuele kandidaten moeten uiterlijk 13 oktober 1978 bij het Bureau der LSV zijn ingediend (artikel 14 sub 3 van het Huishoudelijk Reglement der LSV).

INHOUD OFFICIEEL

CHG:	
Jaarverslag 1977	1220
CSG:	
Experimentele opleidingsvormen; Besluit no. 1- 1978	1222
LHV, van het centraal bestuur:	
Convocatie informatieve ledenvergadering dd. 12 oktober 1978	1223
Kandidaatstelling bestuur SPH	1223
LSV, van het centraal bestuur:	
Convocatie ledenvergadering dd. 28 oktober 1978	1224

Nr. 39-29 september 1978