



redactioneel

- Amerikaanse toestanden. De kans dat een instelling van intramurale gezondheidszorg op een dag wordt aangesproken voor schade als gevolg van verkeerde medische ingrepen is tegenwoordig niet meer denkbeeldig. Een aantal Nederlandse verzekeringsmaatschappijen onderkende deze risicoverzwaren en vond er wat op: een Verzekeringsgroep Medisch Aansprakelijkheidsrisico (MAR).
- 'De dood van Iwan Iljitsj' is een novelle van Leo N. Tolstoj. Een doodgewone geschiedenis, die toch zo weinig is beschreven. De Nieuwkoopse huisarts Dr. G. J. Bremer, die het nawoord bij een herdruk van de Nederlandse vertaling verzorgde: 'Ik denk dat het goed is dat mensen die in hun beroep met zieke en stervende mensen te maken hebben dit verhaal van Tolstoj lezen.' In dit nummer de volledige tekst van zijn epiloog.
- Kinderseksualiteit en pedofilie worden per land en per cultuurperiode verschillend benaderd. Dr. F. Bernard maakte een overzicht van de desbetreffende strafrechtelijke bepalingen in het buitenland.
- Van de 22.895 bedden in de 42 grote psychiatrische inrichtingen in ons land zijn er ruim 9.000 naar de huidige maatstaven niet of nauwelijks aangepast en ook niet meer aanpasbaar te maken. Dit meldt de ambtelijke werkgroep 'Huisvesting Psychiatrie'. De werkgroep beveelt aan met betrekking tot 5.630 bedden versneld actie te ondernemen; ver- en nieuwbouwinitiatieven met betrekking tot 2.800 daarvan zouden de opdruk 'Spoed' moeten krijgen.
- De sportmedische serie speelt deze week voor het eerst op internationaal vlak. Dr. A. Dirix behandelt de sportgeneeskunde in België.
- In het officiële gedeelte brengt de secretaris van de LSV verslag uit over de werkzaamheden van de vereniging in het jaar 1977. Daarin, zoals te verwachten viel, wederom veel aandacht voor de gang van zaken rond de wetsontwerpen Gezondheidszorgvoorzieningen en -tarieven.



Het beeld dat deze maal het omslag siert stelt het bijbelgedeelte voor waarin wordt beschreven hoe Jezus Petrus redt op het moment dat hij in de golven zou verdwijnen. Het kunstwerk is geplaatst bij het verpleeg- en reactieverblijf 'Oudtburgh' in Bergen (NH) en is gemaakt door de Bergense beeldhouwer G. van der Leeden.

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	358
<i>Inzenders: T. M. Pal plus naschrift, B. C. Witsenburg, Hoofdwijkverpleegkundigen en wijkverpleegkundigen van de stad Groningen plus naschrift, C. van Ende Boas, K-H. Brandt</i>	
Aansprakelijkheid medische instellingen	363
Een ziektegeval door een leek beschreven. Bij de novelle 'De dood van Iwan Iljitsj' van Leo Tolstoj, door Dr. G. J. Bremer.	365
Kinderseksualiteit, pedofilie en strafrecht. Een vergelijking tussen landen, door Dr. F. Bernard	369
Renovatieplannen psychiatrische inrichtingen. Ambtelijke werkgroep 'Huisvesting Psychiatrie' brengt verslag uit	371
Sportgeneeskunde internationaal (I) – Sportgeneeskunde in België, door Dr. A. Dirix	373
Uitspraak Raad van Beroep: Klaagster wilde zwaardere straf	376
OFFICIEEL	377
Inhoudsopgave officieel	392



MEDISCH CONTACT
verschijnt wekelijks

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

Bestuur Medisch Contact

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

Redactie Medisch Contact

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

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

Uitgeverij

Tijl Media BV
Texelstraat 76-80,
Amstelveen,
telefoon: 020-433851,
telex: 15230.
Afd. facturering 020-470221

Abonnementen

Voor niet-leden van de KNMG
f 82,70; losse nummers f 2,35 (inclusief
BTW); buitenland f 87,90.
Opgave van abonnementen uitsluitend
bij de uitgever.

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

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.*

BEVOLKINGSONDERZOEK CONTRA GEZONDHEID?

In Medisch Contact en het Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde zijn het vorig jaar door een aantal auteurs kritische kanttekeningen gemaakt bij het op grotere schaal ingang doen vinden van bevolkingsonderzoek. De kritiek kan globaal gezien ondergebracht worden in een drietal categorieën:

1. Er bestaat twijfel of middels het bevolkingsonderzoek het beoogde doel, te weten incidentenverlaging van bepaalde aandoeningen, wordt bereikt. Zaken als specificiteit, sensitiviteit van het diagnostisch middel, frequentie van het onderzoek, spelen in de discussie rond dit aspect een belangrijke rol. Ook de discussie of bijvoorbeeld risicofactoren ten aanzien van het optreden van hart- en vaatziekten niet zo zeer risicofactoren als wel prodromen genoemd moeten worden, met andere woorden dat het verband eerder associatief dan causaal zou zijn, hoort in deze categorie thuis. Een antwoord op deze twijfel kan uitsluitend gegeven worden door methodologisch verantwoord opgezette epidemiologische proefonderzoeken, die resultaten van screening en interventie beogen te meten. In Nederland lopen een aantal van dergelijke proefonderzoeken (KRIS, CB, mamma-ca, cervix-ca). Het oordeel over het werkelijke nut van bevolkingsonderzoek dient m.i. met name bepaald te worden door de resultaten van deze studies.

2. Zo men al overtuigd is geraakt van de mogelijkheid middels bevolkingsonderzoek de incidentie van een aantal belangrijke aandoeningen te verlagen, dan komt de twijfel of een en ander in de praktijk wel op grotere schaal realiseerbaar is. Wegen de kosten tegen de baten op? Dient het onderzoek alleen bij zogenaamde risicogroepen plaats te vinden? Dient screening en interventie op bijvoorbeeld hart- en vaatziekten gerekend te worden tot het takenpakket van de huisarts of dienen andere instanties, bijvoorbeeld consultatiebureau's, zich hier in eerste aanleg op toe te leggen? Wat groter opgezette proefonderzoeken in een aantal regio's zullen ook op deze vragen een antwoord moeten geven. Men zal rekenmodellen dienen te ontwikkelen

waarin niet alleen uitgaven en besparingen op het gebied van de gezondheidszorg maar ook op dat van de sociale verzekeringen (Ziektewet, WAO/AAW) moeten worden betrokken. Organisatorisch verschillende opzet van screening en interventie zal onderling moeten worden vergeleken op effectiviteit.

3. De discussie lijkt zich de laatste tijd echter toe te splitsen op de nu te bespreken problematiek van de laatste categorie. Collega Witsenburg (MC nr. 50/1977, blz. 1566) komt de eer toe hierbij de knuppel in het hoenderhok te hebben gegooid. Bevolkingsonderzoek, zo is althans van mijn interpretatie van zijn artikel, betekent een aanslag op de integriteit van het gezondheidsbeleven. Een zich subjectief gezond voelend individu wordt overvallen door de mededeling dat hij of zij toch maar een hypertensie, hypercholesterolaemie, Pap III etc. heeft en zo prompt tot patiënt gebombardeerd. Hij wordt zonder te hebben geklaagd afhankelijk van gezondheidszorgvoorzieningen. Kortom de vermedicalisering van deze maatschappij heeft weer een nieuw slachtoffer gevonden. Collega Witsenburg is nogal stellig in zijn beweringen en heeft dan ook het vraagteken achter de titel boven zijn artikel weggelaten. Hij heeft wellicht evenals de hem bijvallende collega Damsté (MC nr. 3/1978, blz. 66) een aantal illustratieve casuïstische mededelingen verzameld de laatste tijd. Zijn deze mededelingen voor hem echter uitgangspunt voor een te voeren beleid? Realiseert men zich echter wel dat spreekkamers van artsen met name bezocht worden door 'klagers'? 'Niet-klagers' komen niet, omdat het onderzoek bij hen geen afwijkingen liet zien. Ze komen evenmin wanneer screening en interventie niet door de huisarts worden uitgevoerd. Zij komen wel bij gevonden afwijkingen die door de huisarts verder gevolgd worden, maar ervaren dit mogelijk niet als een aanslag op hun gezondheidsbeleven, te meer daar hun huisarts ook dit aspect van zijn taak serieus neemt en middels goede GVO de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de gezondheid laat waar hij is, namelijk bij de patiënt. De 'klagers' weet men zich te

Doorlezen naar blz. 360

MEDISCHE AANSPRAKELIJKHEID

De Verzekeringsgroep Medisch Aansprakelijkheidsrisico (MAR; zie blz. 363) is opgericht om uniformiteit bij de aansprakelijkheidsbeoordeling en schadebehandeling te bereiken, gelijke verzekeringsvoorwaarden te hanteren en een algemeen geldend acceptatiebeleid te bepalen; bovendien verwacht de groep een betere schadepreventie te bereiken. Om dit laatste mogelijk te maken hebben de aangesloten verzekeringsmaatschappijen zich verplicht voor ieder geval van wettelijke aansprakelijkheid aangifte te doen bij een Centraal Medisch Archief.

De MAR beperkt zich tot de verzekering van erkende instellingen van intramurale zorg. De standaardpolis van de MAR bevat ten opzichte van een aantal voor 1 januari 1977 bestaande polissen enige verbeteringen. Momenteel is het overgrote deel van de maatschappijen die zich met medische aansprakelijkheidsrisico's bezighouden aangesloten bij de MAR. Zij beslaan naar schatting 95% van de markt. Inmiddels zijn bij ruim honderd instellingen van intramurale zorg de polissen in overeenstemming met de MAR-voorwaarden gebracht. Dit aantal zegt nog niet zo veel. Bij een aanzienlijk groter aantal instellingen ligt de nieuwe offerte klaar die in werking treedt als de bestaande verzekering afloopt of wordt beëindigd. Veel instellingen houden de boot nog af.

Op zich is het begrijpelijk dat bij een risicoverzekering waarvan te verwachten is dat er in de toekomst meer gebruik van zal worden gemaakt en waarvan bovendien de hoogte van de schadeclaim moeilijk te voorspellen is – de ontwikkeling ten deze in Amerika is niet erg hoopvol – de neiging bij de verzekeraars ontstaat tot 'pooling' over te gaan, zodat een groter draagvlak ten opzichte van de te betalen claims wordt gecreëerd.

Toch mag men de ogen niet sluiten voor het gevaar dat in een dergelijke kartelvorming ligt besloten. Een bezwaar dat zich naar twee zijden kan doen gelden. In de eerste plaats is er de premiehoogte en de ontwikkeling daarvan. Wanneer – en dat is hier het geval – de onderlinge concurrentie wegvalt, is er nauwelijks enige invloed uit te oefenen op de hoogte van de premie: men kan immers niet bij een niet bij de MAR aangesloten maatschappij terecht. Bovendien wordt nu de premie gekoppeld aan de omzet van de instelling, en niet – zoals in het verleden gebruikelijk was – aan de verpleegprijs. De MAR-polis leidt in vele gevallen tot een premieverhoging van 200 à 300%, met een enkele uitschieter tot 600%, en voor zover ons bekend tot een incidentele verlaging.



*Men mag de ogen niet
sluiten voor het gevaar
dat in een dergelijke
kartelvorming
ligt besloten*

Daarnaast is tot 1980 een jaarlijkse premieverhoging vastgesteld van gemiddeld 0,2‰ van de omzet. De verbetering van de polisvoorwaarden speelt zeker een rol, maar het is voorlopig onduidelijk hoe groot die invloed is. Een niet onaanzienlijk aantal polissen gaf reeds een vrijwel gelijkwaardige dekking als de MAR-polis.

Het is zaak het premieverloop nauwlettend te volgen. Men kan zich afvragen of hier niet een taak voor de overheid ligt. Blijkens het antwoord van de vorige staatssecretaris van Volksgezondheid op vragen van de heer De Graaf heeft de verzekeringsgroep ten aanzien van de premievaststelling en -aanpassing volledig opening van zaken toegezegd. Het is daarenboven gewenst dat de

instellingen en met name de Nationale Ziekenhuisraad naar alternatieve mogelijkheden blijven zoeken voor het verzekeren van het medisch aansprakelijkheidsrisico. Een tweede bezwaar van de kartelvorming ligt in het gegeven dat nog maar moet worden afgewacht of de schadelijgenden voldoende aan hun trekken komen. Toen meerdere maatschappijen zich met deze verzekeringsvorm bezighielden was het nog wel eens mogelijk een minder juiste handelwijze van een bepaalde maatschappij aan de kaak te stellen. Hiervan ging een preventieve werking uit. De verzekeringsgroep hecht grote waarde aan schadepreventie, die middels archivering in een Centraal Medisch Archief (CMA) zou kunnen worden gerealiseerd. Men dient niettemin voor ogen te houden dat het CMA primair in het belang van de verzekeringsmaatschappijen is. De acceptatiegroep van de MAR krijgt er een volledig draaiboek door in handen van alle instellingen die wel eens met een schadeclaim te maken hebben gehad – voor een verzekeringsmaatschappij uiteraard een groot goed. De in het ziekenhuis werkende specialisten zullen een eigen WA-verzekering niet kunnen missen, omdat alleen het risico van het werken binnen de instelling is verzekerd. Het is niet absoluut zeker of werkzaamheden binnen de inrichting die met de inrichting zelf niets te maken hebben, bijvoorbeeld keuringen voor derden, eveneens onder de MAR-polis vallen. Tenslotte: welk deel van de premie moet de instelling in rekening brengen aan de niet in dienstverband werkzame specialisten? Er blijven kortom nogal wat vragen te beantwoorden alvorens het initiatief van de betrokken verzekeraars als een duidelijke verbetering ten opzichte van de huidige situatie kan worden aangemerkt.

B.

herinneren, de 'niet-klagers' leven ongemerkt verder. Wanneer het bevolkingsonderzoek inderdaad effectief is, neemt de kans af dat ook de 'niet-klagers' met afwijkingen binnen afzienbare tijd afhankelijk worden van gezondheidszorgvoorzieningen (infarct, CVA → opname-revalidatie) en sociale verzekeringen (Ziektewet, WAO/AAW).

In het artikel van collega Witsenburg wordt een aantal vooronderstellingen reeds omgebogen tot stellingen, ja zelfs tot conclusies die iedere wetenschappelijk gefundeerde grond missen. Ten aanzien van de effecten op gezondheidsbeleving van screening en interventie is nog weinig epidemiologisch onderzoek verricht en bekend. Kritische kanttekeningen rond het op grote schaal opzetten van bevolkingsonderzoeken kunnen en moeten er m.i. in dit stadium terecht worden gemaakt. Laten zij echter vooral een pleidooi zijn voor goed opgezette proefonderzoeken die aan alle drie bovengenoemde aspecten aandacht besteden.

Emmen, 17 februari 1978

T. M. Pal

Naschrift

Als collega Pal onder punt 1 concludeert dat de twijfel aan de cijfermatige resultaten van bevolkingsonderzoek nog moet worden weggenomen, ben ik het geheel met hem eens. Je mag dan echter verwachten, dat de voorstanders respectievelijk uitvoerders van bevolkingsonderzoeken zich op dit moment veel bescheidener zouden opstellen.

De vraag onder punt 2 of screenen betaalbaar is en of de huisartsen dit kunnen doen is voor mij eigenlijk secundair. Eerst moet immers beantwoord worden of screenen zinvol is. Ik meen dus van niet. Onder punt 3 vindt collega Pal dat mijn beweringen te stellig zijn en hier en daar volkomen onwetenschappelijk. Maar we praten over een gebied waar de wetenschap nog vrijwel geen antwoorden heeft en dan is ons gesprek nu eenmaal noodgedwongen voor-wetenschappelijk. Ik heb geprobeerd mijn gedachtengang logisch op te bouwen. Het niet-wetenschappelijke karakter van deze gedachtengang kan alleen dan een bezwaar zijn als deze gedachtengang zodanige hiaten bevat dat de gevolgtrekkingen daardoor ongegrond zijn. Maar waar trachten voorstanders van bevolkingsonderzoek zich te verantwoorden zonder van de nog te bewijzen resultaten gebruik te maken? Is het – nogmaals – onredelijk te verlangen dat in dit stadium dus niets wordt ondernomen buiten een strikt

experimentele opzet om en zonder verwachtingen bij de bevolking te wekken? Zoals het nu gaat worden die verwachtingen wel degelijk gewekt. Nog even en de bevolking wil helemaal niet meer zonder screeningsprogramma's leven, ook al zal wellicht later nog blijken dat het resultaat twijfelachtig is. Zoals met zoveel dingen is het gevoel van zekerheid dat is ontstaan dan belangrijker dan de gronden waarop die zekerheid zou moeten berusten. En dit gevoel van zekerheid zal dan als bewijs gaan dienen. Een weg terug is dan vrijwel onmogelijk.

Tenslotte ben ik geen tegenstander geworden door enkele casuïstische mededelingen, maar omdat ik me heb afgevraagd wat het betekent voor je gezondheidsbeleving als je een ander de integriteit van die gezondheid laat bepalen*. Ik meen, dat hier de weg naar een democratische geneeskunde (samen gedragen verantwoordelijkheid) wordt teruggebogen naar een technische geneeskunde (verantwoordelijkheid bij de deskundige) zonder dat we ons afvragen wat de prijs is die hiervoor betaald wordt. Waarschijnlijk is het antwoord op deze vraag veel belangrijker dan de vraag naar de cijfers.

Haarlem, 6 maart 1978

B. C. Witsenburg

* Zie ook het artikel van H. Th. Cremers in Medisch Contact 13 januari 1978 (MC nr. 2/1978 blz. 45): 'Wat doen wij de mensen aan met preventief geneeskundig onderzoek?'

BEVOLKINGSONDERZOEK ONDERMIJNT GEZONDHEID

In het afdrukken van mijn antwoord aan collega V.d. Feen over het Bevolkingsonderzoek (MC nr 8/1978, blz. 238) is de eerste zin geworden: 'In mijn artikel heb ik de zin: 'Ik ben gezond, als ik mij gezond voel' niet gebruikt'. Dit had moeten zijn: 'In mijn artikel heb ik de zin: Ik ben gezond als ik mij gezond voel' niet als definitie gebruikt, maar als uitgangspunt'. Alleen op deze manier wordt ook de volgende zin duidelijk. Zoals het er staat, lijkt het op een ontkenning van wat gewoon zwart-op-wit staat gedrukt. Iets verderop komt het woord 'verantwoorden' voor. Dit had moeten zijn 'verwoorden'.

Haarlem, 1 maart 1978

B. C. Witsenburg

ZUIGELINGEN- EN KLEUTERZORG IN ONTWIKKELING

De wijkverpleegkundigen van de stad

Groningen hebben in 'Medisch Contact' nr42/ pag. 1318, een open brief gelezen, gepubliceerd door de provinciale- en districtsartsen voor de kinderhygiëne in Groningen, Friesland en Drente. Genoemde artsen brengen in dit schrijven o.a. als probleem naar voren, dat het huidige functioneren van de dienst kinderhygiëne niet meer voldoet aan de eisen van deze tijd. Zij noemen daarbij de vroege diagnostiek van eventueel zich ontwikkelende somatische en psychische afwijkingen en voorts het ontstaan van stoornissen in de emotionele relatie tussen ouders en kinderen.

Als wijkverpleegkundigen houden wij ons reeds jaren bezig met bovengenoemde problematiek op de consultatiebureaus, maar uiteraard nog meer tijdens de huisbezoeken. Door scholing en ervaring hebben wij op dit gebied onze eigen deskundigheid verworven en wel degelijk bewezen. De provinciale en districtartsen kwalificeren de wijkverpleegkundige als 'ongespecialiseerd', zonder dat zij daarvoor ook maar één enkel argument aanvoeren.

Aan het eind van genoemde brief wordt met nadruk betoogd, dat integratie van zuigelingen- en kleuterzorg in de schoolartsdienst vanzelfsprekend zou zijn. Deze integratie is naar onze mening geenszins een vanzelfsprekende zaak, vooral gezien de ongewenste gevolgen van de overheveling van de vier- tot zesjarigen naar de schoolartsdienst. De totale jeugdgezondheidszorg die in deze brief noodzakelijk wordt geacht blijkt, althans voor de hierboven genoemde groep, bepaald ontoereikend te zijn. Naar onze mening is het niet juist om te trachten verbeteringen te realiseren door te veranderen van organisatie. Het aanbrengen van verbeteringen binnen eigen organisatie is waarschijnlijk minder ingrijpend en toch doeltreffender. Tenslotte: het heeft ons pijnlijk getroffen dat genoemde brief in een medisch tijdschrift is gepubliceerd zonder dat door de verantwoordelijke auteurs met de naaste medewerkers over deze brief gesproken is. /

Groningen, februari 1978

De hoofdwijkverpleegkundigen
en wijkverpleegkundigen
van de stad Groningen

Naschrift

Dat wijkverpleegkundigen sinds jaar en dag een belangrijk stuk zuigelingen- en kleuterzorg voor hun rekening nemen, is iets waarvan wij ons goed bewust zijn. De wijkverpleegkundige kreeg en krijgt hiertoe in haar opleiding een zekere scholing, die overigens van zeer verschillende aard en omvang is geweest. Dat neemt niet weg dat zij

'ongespecialiseerd' is, evenals het merendeel van de thans in dit vakgebied werkzame artsen.

De all-round ideologie is tot op dit moment – en zelfs tot in de op de toekomst gerichte landelijke nota 'Alleen, samen' – een van de heiligste koeien van de kruiswereld.

Door de all-round eis niet aan de individuele werkers maar aan de basiseenheid als geheel te verbinden zou men tot een aanzienlijk acceptabeler modus kunnen komen.

De wenselijkheid van specifieke opleiding lijkt ons in het oorspronkelijke artikel en de eerdere reactie voldoende geadstrueerd. Wat betreft de relatie tot de schoolmedische zorg is het misschien goed nog een keer te verduidelijken, dat wij niet stellen dat zuigelingen- en kleuterzorg in de schoolartsendienst geïntegreerd dient te worden maar dat wij de *functionele* gespletenheid van beide stukken zorg verwerpen. Hoe dat organisatorisch wordt opgelost is secundair, als maar een functionele vorm wordt gerealiseerd die de longitudinaliteit als wezenskenmerk van deze zorg erkent en effectueerbaar maakt. Zo stond het ook in het artikel.

Assen, 1 maart 1978

Mede namens de andere ondertekenaars,
H. Bottema

OPROEP

Bibliografie Nederlandse Medische Seksuologie

Mij heeft het verzoek bereikt op korte termijn een bibliografie op te stellen van oorspronkelijke, Nederlandse, wetenschappelijke, medische seksuologische literatuur.

Daarom wilde ik alle collegae die vanaf 1930 op dit gebied gepubliceerd hebben verzoeken mij zo spoedig mogelijk – in chronologische volgorde – een opgave te zenden van hun werk. Met andere woorden:

- artikelen en essays;
- bijdragen in hand- en leerboeken;
- dissertaties en dergelijke.

Tot mijn spijt kunnen gegevens die na 15 april a.s. binnenkomen niet meer worden verwerkt.

C. van Emde Boas,
Stadionweg 80,
1077 SP Amsterdam.

GEEN BLOEDTRANSFUSIE?

Het artikel van Mr. J. H. Peters (MC nr. 51/1977, blz. 1595) en de ingezonden brief van collega H. E. Bouwhuis (MC nr.

9/1978, blz. 272) riepen voor mij weer het beeld op van de patiënt – Jehova's Getuige – die uitvoerig werd beschreven in de Nuttige Notitie no. 46 (Ned. T. v. Geneesk. 111 (1967) 950 e.v. en 1013). In deze notitie werd uitvoerig ingegaan op de problematiek voor de behandelend arts welke voortkomt uit de leer van de Jehova's Getuigen.

Wij hebben deze leer ten aanzien van de bloedtransfusie geëerbiedigd en hebben moeten aanzien hoe een 38-jarige man voor onze ogen in een haematemesis verbleedde. Dat dit gebeuren voor de behandelend arts een zeer grote belasting betekende, zal de lezer duidelijk zijn. Deze kant van de medaille mis ik met name in de ingezonden brief van collega Bouwhuis. Zij mag stellen en moet er op kunnen rekenen dat haar collegae haar en haar geloofsgenoten ter zijde zullen staan, doch zij dient dan te beseffen dat men de behandelende arts – zoals bij de aangehaalde patiënt – in een zeer moeilijke en frustrerende situatie kan brengen. Ik voor mij weet niet of ik bij een herhaling van de eerdere ervaring machteloos zal blijven toezien, met andere woorden of ik mij dan toch niet het recht zal voorbehouden datgene te doen wat naar *mijn* overtuiging juist is!

Arnhem, 7 maart 1978

K-H. Brandt



EEG-informatie – Aan twee boekwerken verschenen bij de uitgeverij Larcier in Brussel, werd eerder in deze kolommen aandacht geschonken. Het betrof hier 'Les professions médicales et paramédicales dans le Marché Commun' (1971) en 'La responsabilité civile médicale' (1974), beide van de hand van de Belgische jurist H. Anrys. Inmiddels is een derde band, getiteld 'Les hopitaux dans le Marché Commun' (1977) door verschillende auteurs samengesteld, met wederom een belangrijke bijdrage van Anrys die o.a. de Nederlandse situatie voor zijn rekening nam, daarbij steunend op documentatie van het NZI. Voor alle landen van de Europese Gemeenschap – de één wat uitvoeriger dan de ander – wordt primair ingegaan op de wetgeving die direct betrekking heeft op ziekenhuizen (bijvoorbeeld in Nederland de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de Wet Ziekenhuistarieven), met daarnaast een uiteenzetting over de structuur van de sociale verzekeringswetgeving en de plaats

van de ziekenhuizen daarin, de bouw, de planning en de diverse bestuursvormen. Ook de positie en het functioneren van de artsen in het ziekenhuis (medische staf) komt aan de orde.

Helpen bij seksuele problemen – De Rutgers Stichting organiseert dit voorjaar opnieuw regionale symposia 'Helpen bij seksuele problemen'. Het is niet de bedoeling tijdens het symposium uitgebreid casuïstiek te bespreken. De aandacht zal vooral gericht zijn op vragen als hoe seksuele problematiek te herkennen en hoe te (be)handelen. Een tweede onderwerp waaraan aandacht wordt geschonken is de gespreksvoering met cliënten die met seksuele problemen komen en de eigen houding van de hulpverlener. Een aantal op de videoband opgenomen gesprekken zullen dat illustreren. Eventueel zal als derde en laatste onderdeel worden ingegaan op de behoefte aan regionale vervolgcactiviteiten op het gebied van de seksualiteits hulpverlening. Deelname staat open voor eerstelijns-werkers als wijkverpleegkundigen, artsen, maatschappelijk werkers, raadslieden etc. De kosten zullen rond f 45,— per deelnemer liggen. Twee symposia worden in de regio Den Bosch georganiseerd op respectievelijk 5 en 19 april in nauwe samenwerking met het secretariaat Nederlandse Huisartsen Genootschap, Noord-Oostbrabant. Schriftelijke aanmelding bij: G. Verschuuren, Hoge Slagen 357, Den Bosch, tel. 073-811660. Voor eerstelijns-werkers in Amsterdam werkzaam vindt op 13 april een symposium plaats in Beverwijk. Aanmelding: Aletta Jacobshuis te Amsterdam, tel. 020-166222/168603. Op 11 mei vindt in Breda nog een symposium plaats in samenwerking met de coördinatiecommissie Preventie Breda en het Consultatiebureau voor Geboortenregeling en Seksualiteitsvragen. Aanmelding: SPD, tel. 076-144450. Nadere inlichtingen: landelijk bureau Rutgers Stichting, tel. 070-631750.

Symposium manuele therapie – De Vereniging van Manueel Therapeuten zal haar tienjarig bestaan gaan vieren met een symposium 'Manuele therapie'. Dat gebeurt op 6 en 7 oktober 1978 in het Jaarbeurs Vergader- en Congrescentrum te Utrecht. Nader nieuws volgt. Wie er alvast meer van wil weten wende zich tot het lid van de organisatiecommissie J. H. de Bie, Steniaweg 6, Zeist.

Clientendossiers – Dossiers met informatie over het hulpverleningsproces zijn het gezamenlijk eigendom van hulpverleners en cliënten in de geestelijke

gezondheidszorg. Informatie uit de dossiers aan derden mag alleen worden verstrekt als de betrokken hulpverlener en cliënt erin toestemmen, tenzij de wet anders bepaalt. Op het recht van inzage voor alle betrokkenen zijn enkele uitzonderingen mogelijk, bijvoorbeeld wanneer van dat recht misbruik wordt gemaakt. Aldus stellingen uit een rapport van de werkgroep Dossiers van de Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG), gepresenteerd tijdens een discussiedag over cliëntendossiers.

Symposium – 'Psychosomatics in Post-Menopause' is de titel van het symposium dat op vrijdag 26 mei a.s. wordt gehouden in het Wilhelmina Kinderziekenhuis te Utrecht. Het maximum aantal deelnemers is tweehonderd. De inschrijvingskosten bedragen f 95,—. Een uitgebreide informatiefolder kan schriftelijk worden aangevraagd bij de secretaresse van Prof. Dr. H. Musaph, afdeling Medische Seksuologie, Academisch Ziekenhuis Utrecht, Catharijnesingel 101, 3511 GV Utrecht.

Praktijkwaarneming – De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne Mw. Mr. E. Veder-Smit studeert op concept-richtlijnen voor de praktijkwaarneming van huisartsen, die de KNMG in Medisch Contact nr 8/1978 van 24 februari jl. heeft gepubliceerd. Dit blijkt uit haar antwoord op vragen van het PvdA-kamerlid Drenth, die wilde weten of de staatssecretaris niet vond dat de praktijkwaarneming op het ogenblik op een niet verantwoorde wijze is geregeld. Mw. Veder-Smit stelde, dat algemeen aanvaardbare maatstaven voor het regelen van de waarneming van een huisartsenpraktijk nog niet zijn ontwikkeld en dat zij er daarom nog geen uitspraak over kon doen.

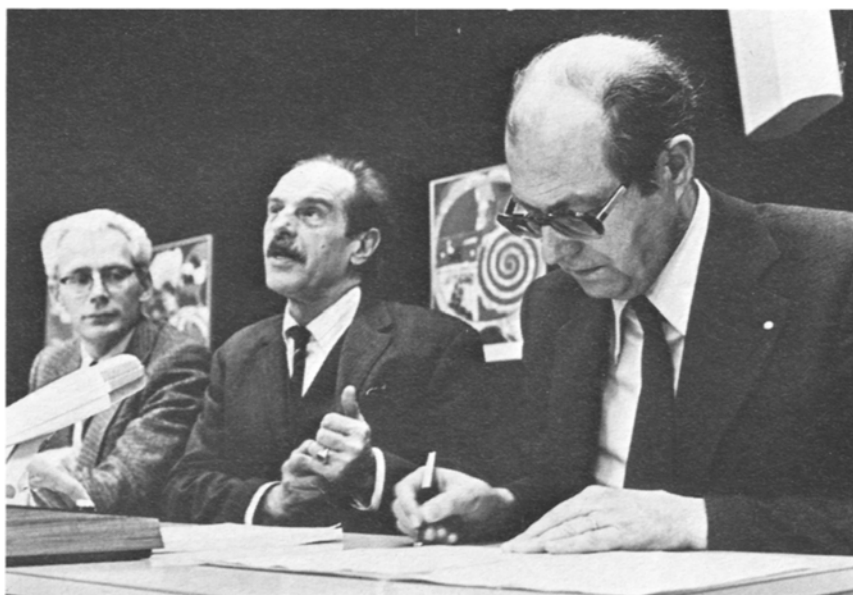
Drinkwaterfluoridering – Zojuist verscheen in de reeks Cahiers Bio-Wetenschappen en Maatschappij het cahier 'Fluoridering, kiezen of trekken'. Eind 1972 dronken bijna 4 miljoen Nederlanders gefluorideerd water, nu niemand meer. In het cahier wordt op een rijtje gezet welke argumenten hebben meegespeeld in de besluitvorming, die tenslotte uitliep op een verbod van drinkwaterfluoridering in maart 1976. Daarnaast levert het cahier ook informatie waaraan in de gevoerde discussies weinig aandacht besteed is. Aan de orde komen wat fluoride precies voor een uitwerking op het gebit heeft; mythen en werkelijkheid ten aanzien van de invloed van fluoride op de rest van het lichaam; verstandelijke en emotionele argumenten vóór en tegen; de grens van de bevoegdheden van de overheid bij

De nieuwe CAO voor het Ziekenhuiswezen is op woensdag 8 maart jl. (toch nog) ondertekend. Toch nog: Economische Zaken had er op dat moment kennelijk nog altijd moeite mee.

Op de foto de ondertekenaars namens de Federatie van verenigingen van Hogere functionarissen in Ziekeninrichtingen (FHZ), van links naar rechts P. C. M. Hoevenaars (KNMP), A. M. Stuijling de Lange (NIP) en K. Visser (LAD).

De nieuwe arbeidsovereenkomst, die met terugwerkende kracht per 1 januari van dit jaar is ingegaan, geldt voor 170.000 werknemers. De Nationale Ziekenhuisraad heeft aangekondigd op basis van deze overeenkomst een verhoging van de verpleegprijzen aan te vragen bij het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven. Of een zodanige verhoging zou worden toegestaan dat de kostenstijging die de nieuwe CAO met zich brengt – verrekend daarin zijn een deel van de meerkosten van de CAO-1977, de trendverhoging-1978 en de lasten van de ziektekosten voor het personeel – er geheel door wordt goedge maakt was op het moment van de ondertekening nog zeer de vraag.

De enige partij die niet tekende was de Katholieke Unie van Verplegenden en Verzorgenden, met 12 à 13.000 leden. Zij vindt de rechtspositie van de leerlingverplegenden en leerlingverzorgenden onbevredigend geregeld (geen arbeidsovereenkomst voor onbepaalde tijd, die het mogelijk zou maken ook na diplomering in de zelfde instelling te blijven werken); ook vindt zij dat verandering moet worden aangebracht in de thans geldende normering voor de verpleegkundige/verzorgende bezetting van de instellingen (momenteel globaal 45 gediplomeerden: 55 leerlingen per 100 arbeidsplaatsen).



maatregelen die altijd 'het algemeen belang' willen dienen; of de overheid mag opkomen voor de belangen van kinderen (bijvoorbeeld leerplicht of een goed gebit) wanneer ouders deze belangen verwaarlozen; acties die vóór en tegen drinkwaterfluoridering zijn gevoerd; als drinkwaterfluoridering geen doorgang vindt, wat kan dan in plaats ervan geschieden en met welk effect? 'Fluoridering – kiezen of trekken', prijs f 7,50, wordt uitgegeven door de Stichting Bio-Wetenschappen en Maatschappij in Leiden en Van Loghum Slaterus, Postbus 23, Deventer, tel. 05700-20522).

TV-TIPS

Maandag 27 maart 1978:
(Ned. II) KRO, 22.05-22.40 uur:
'Heel de mens'

Woensdag 29 maart 1978:
(Ned. II) Socutera, 20.25-20.30 uur:
'Stichting Emmabloem'

Zondag 2 april 1978:
(Ned. II) NOS, 18.10-18.25 uur:
'Kijken naar kinderen'
(Ned. II) NOS, 18.50-19.20 uur:
'Artsenij'

Aansprakelijkheid medische instellingen

De kans dat een ziekenhuis of andere instelling van intramurale gezondheidszorg op een kwade dag wordt aangesproken voor schade als gevolg van verkeerde medische ingrepen is tegenwoordig lang niet denkbeeldig meer. De patiënten aanvaarden niet zonder meer het feit dat zich bij de medische behandeling wel eens complicaties kunnen voordoen, maar zoeken in dat geval eerder dan in het verleden naar wegen om de daardoor ontstane schaden te verhalen. Overigens doet dit verschijnsel zich niet alleen voor in de medische wereld. In alle geledingen merkt men een toenemende gretigheid van slachtoffers om uit te zien naar iemand die aansprakelijk gesteld kan worden. Bovendien is er een ontwikkeling in de rechtspraak gaande, waarbij de neiging eerder aansprakelijkheid aan te nemen dan vroeger het geval was. Niet alleen medische instellingen zullen hiermee rekening moeten houden, ook hun aansprakelijkheidsverzekeraars worden steeds vaker geconfronteerd met claims van patiënten die menen verkeerd behandeld te zijn en daardoor schade te hebben geleden. Te meer daar het daarbij vaak gaat om lichamelijk letsel, kunnen die claims tot aanzienlijke bedragen leiden. Om in verzekeringstermen te spreken: het aansprakelijkheidsrisico van medische instellingen wordt steeds zwaarder.

Verzekeringsgroep

Een aantal op dit gebied toonaangevende Nederlandse verzekeringsmaatschappijen heeft deze risicoverzaking onderkend en is

tot de conclusie gekomen dat spreiding ervan gewenst is om een zo groot mogelijk draagvlak te scheppen, in het belang van de verzekerden en van de schadelijders. Daartoe hebben deze maatschappijen op 1 januari 1977 opgericht de Verzekeringsgroep Medisch Aansprakelijkheidsrisico (MAR). De oprichting had mede tot doel:

- het bereiken van uniformiteit in aansprakelijkheidsbeoordeling en schadebehandeling;
- het hanteren van gelijke verzekeringsvoorwaarden en een algemeen geldend acceptatiebeleid;
- het medewerken aan de bevordering van de schadepreventie.

De MAR beperkt zich tot de verzekering van erkende instellingen van intramurale gezondheidszorg.

De polis die de groep heeft ontworpen houdt uiteraard rekening met de specifieke eisen die door een instelling daaraan gesteld kunnen worden. Hoewel wij in dit kader niet te diep willen ingaan op de dekking, vermelden wij toch enkele belangrijke punten.

Allereerst is van belang dat de aansprakelijkheid van allen die in de instelling werkzaam zijn, al of niet in loondienst, is verzekerd. Met andere woorden, ook specialisten en andere vrije ondernemers die hun werkzaamheden onder meer in een instelling verrichten zijn voor die werkzaamheden op de polis van de instelling verzekerd. Daarmee wordt vermeden dat in gecompliceerde gevallen lange tijd heengaat met het onderzoek naar de schuldvraag.

Slechts is van belang dat tijdens de medische behandeling een verwijtbare fout is gemaakt en niet wie daarvoor in eerste instantie verantwoordelijk is. Uit de polisvoorwaarden kan verder nog worden genoemd dat niet alleen persoonlijk letsel of schade aan goederen is gedekt maar ook zuivere vermogensschade, dat wil zeggen schade die alleen bestaat uit geldelijk nadeel (zonder letsel of zaakschade) dat kan voortvloeien uit bijvoorbeeld een verkeerd medisch attest of een ten onrechte afgegeven KZ-verklaring. Tenslotte zij vermeld dat speciaal voor instellingen die zich bewegen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg alsmede voor ziekenhuizen met psychiatrische afdelingen de dekking kan worden uitgebreid met het aansprakelijkheidsrisico van de patiënten of pupillen zelf, zelfs in de gevallen dat de schadetoebrenger enkel op grond van zijn geestelijke vermogens (het ontbreken van normbesef) niet aansprakelijk geacht kan worden.

De uniformiteit in aansprakelijkheidsbeoordeling en schadebehandeling tracht de MAR te bereiken door de instelling van een centrale *schaderegelingscommissie*. Het is de bedoeling dat deze commissie de deelnemende maatschappijen en hun medische adviseurs richtlijnen geeft omtrent de wijze van schaderegeling, daarbij uiteraard puttend uit de ervaring die bij andere schadegevallen wordt opgedaan. De verzekeringsgroep hoopt daarbij in de toekomst te mogen rekenen op een vruchtbare samenwerking met commissies in vooral de ziekenhuizen, die zich bezighouden met het onderzoek naar

en begeleiding van fouten en near-accidents. Met de uniforme schaderegeling tracht de groep tevens te bereiken dat het aantal zaken dat wordt aanhangig gemaakt bij de medische tuchtcolleges of de burgerlijke rechter met het enkele doel een uitspraak over de schuldvaststelling te krijgen, kan worden verminderd.

Medisch archief

De MAR heeft een centraal medisch archief (CMA) ingesteld, waarin van elke schade – met strikte anonimiteit, dat wil zeggen zonder ook maar één naam te noemen – gegevens worden opgeslagen. Naast statistische informatie hoopt de groep met dit archief een bijdrage te kunnen leveren aan de schadepreventie. Wanneer immers blijkt dat een bepaalde medische behandeling vrij frequent gepaard gaat met dezelfde soort ongemakken (welke frequentie door de afzonderlijke toepasser van die behandeling niet wordt onderkend) dat kan die constatering via de daartoe geëigende instanties worden geventileerd, zodat een ieder daarmee in de toekomst rekening kan houden en zijn voordeel kan doen.

Het bestuur van de Verzekeringsgroep Medische Aansprakelijkheidsrisico stelt een goed contact met de medische organisaties in Nederland bijzonder op prijs. Er zijn reeds enkele besprekingen gevoerd met de Nationale Ziekenhuisraad, waarin de achtergronden en intenties van dit samenwerkingsverband zijn toegelicht en wederzijds informatie werd uitgewisseld.

* *
* *

De administratie van de Verzekeringsgroep Medisch Aansprakelijkheidsrisico is in handen van Nationale-Nederlanden Schadeverzekeringsmaatschappij Den Haag, terwijl het Centraal Medisch Archief wordt beheerd door VVAA Schadeverzekeringen NV te Utrecht.



Overlijden en over het lijden heen helpen

We hebben vandaag een oud mannetje opgenomen met een uitgezaaid carcinoom. Zijn zoon belde twee uur geleden op met de vraag, waarom 'ze het lijden van vader zo nodig moesten rekken'. Nu was er in dit geval helemaal geen sprake van 'het lijden van vader rekken', want 'vader was zó uitgedroogd, dat wij het lijden wat draaglijker hebben gemaakt door hem aan een infuus te leggen'. Want heeft niet ieder mens het recht om zonder lijden te overlijden?

Hé, voor het eerst ontdek ik het woord 'overlijden': het lijden is over . . . het lijden is voorbij. Eigenlijk is een volledig genezen patiënt ook overleden, want ook hij is 'over zijn lijden' heen.

Er zijn enkele specialisten in het ziekenhuis die bij tijd en wijlen graag een sigaartje opsteken. Dat mag natuurlijk, maar het merkwaardige is dat ze net op die plaatsen roken waar het eigenlijk niet is toegestaan. Hoe zou dat nu komen, dacht ik vanochtend tijdens een van de patiëntenbesprekingen. Nu weet ik het. Overal waar je niet mag roken hangt een bordje met een heerlijke sigaret met daar doorheen twee rode strepen. Hoe kan het anders dan dat juist dit soort borden je opwekken om een heerlijke sigaar op te steken?

Vandaag heeft mijn assistent aan mijn patiënte mevrouw N. in bedekte bewoordingen verteld dat ze borstkanker heeft. Volgens hem heeft zij het begrepen. Maar later sprak ik weer met de patiënte en toen merkte ik dat ze het niet door had. De verpleegster vertelde mij dat mevrouw N. zich met opzet heel vroeg waste, zodat niemand van het verplegend personeel haar borsten zag. Vandaag stonden twee verpleegsters bij haar bed, toen mijn assistent en ik nog even naar het gezwel keken. Ik voelde duidelijk de weerstand bij haar, toen ze haar beha afdeed.

Vanmiddag hebben alle co's een spoedcursus 'spoedbehandeling van patiënten met acute hartstilstand' gehad. Bij model Hendrik – hij is nogal stug met zijn kop', zei de instructeur – heb ik tientallen malen een tube ingebracht. Op een geplastificeerd vrouwspersoon, waarvan wij geen naam kregen te horen, mochten wij de hartmassage en de door 'Onze Bladen' zo fel gepropageerde levenskus oefenen.

Ik had het plan opgevat om Noud en Frank voortaan 'collegae' te noemen, omdat zij alleen maar over medische dingen spreken. Uiteindelijk heb ik het toch maar niet gedaan om hen niet te grieven. Uit een soort protest ben ik ook alleen maar over medische zaken gaan spreken, maar dat protest is duidelijk niet overgekomen. Het gesprek werd juist geanimeerder.

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(21)

Tijdens de visite kwamen wij bij een vrouw, die waarschijnlijk een recidief van haar maagcarcinoom heeft. Toen wij met haar spraken, ontdekten wij ineens dat ze haar trouwring van haar vinger had geschoven en aan een elastiekje om haar pols had gehangen. We begrepen er niets van. Wat bleek? Ze had dit gedaan, omdat ze 'binnenkort toch dood zou gaan, hetgeen de definitieve scheiding betekende'. Daar schrok ik nogal van.

Alexander van Es

Een ziektegeval door een leek beschreven

Bij de novelle 'De dood van Iwan Iljitsj' van Leo N. Tolstoj

In juli 1881 overlijdt – 45 jaar oud – Iwan Iljitsj Metsjnikow, jurist, gewezen lid van de rechtbank in Toela, niet ver verwijderd van Jasnaja Poljana, het landgoed van Tolstoj. De dood van deze Iwan Iljitsj heeft Tolstoj geïnspireerd tot het schrijven van zijn verhaal, hoewel het niet duidelijk is of Tolstoj deze man goed gekend heeft.

Iwan Iljitsj Metsjnikow was de oudste broer van Ilja Metsjnikow, een bekend bioloog (1845-1916), die in 1908 de Nobelprijs voor geneeskunde kreeg. Deze Metsjnikow, die veel onderzoek verricht had over de afweer van het menselijk lichaam tegen infecties en de mening verkondigde, dat de dood misschien wel – na veel onderzoek natuurlijk – vermijdbaar zou kunnen zijn, bezocht in 1909 Tolstoj. Dit was de eerste ontmoeting tussen hen, dus van hem kan Tolstoj nooit de nodige gegevens ontvangen hebben.

Hoewel Iwan Iljitsj in 1881 is overleden, besluit Tolstoj pas in 1884 om 'de dood van de rechter' te gaan beschrijven. Hij begint in 1884, schrijft met allerlei onderbrekingen aan het verhaal en beëindigt het op 25 maart 1886. De eerste druk verschijnt in april van dat jaar in het twaalfde deel van de Werken van Graaf L. N. Tolstoj.

De eerste versie verschilde sterk van de definitieve. Het probleem: hoe moet het sterven van een mens beschreven worden en door wie, heeft Tolstoj blijkbaar lang beziggehouden. Nog in augustus 1885 schrijft hij aan zijn vriend Prins Urusov: 'Ik geloof dat ik je de plot verteld heb: de beschrijving van een gewone dood van een gewone man, door hemzelf verteld.' Het probleem loste hij toen

In augustus van dit jaar verschijnt bij Meulenhoff in Amsterdam een herdruk van de Nederlandse vertaling van de novelle 'De dood van Iwan Iljitsj' van Leo N. Tolstoj, voor het eerst in Rusland gepubliceerd in 1886. Dr. G. J. Bremer, huisarts te Nieuwkoop, voorzag deze – ook – voor artsen interessante novelle van een nawoord. Bijgaand zijn tekst.

door **Dr. G. J. Bremer**



op door het verhaal te laten vertellen door een collega van de overledene, die van diens weduwe het dagboek van haar man gekregen had. Het was dus oorspronkelijk een verhaal 'in de eerste persoon enkelvoud'. Tolstoj was echter iemand die nimmer tevreden was over zijn werk en steeds maar bleef corrigeren. In het najaar van 1885 besluit hij het idee van de dagboekcitaten te laten vallen en krijgt het verhaal zijn definitieve vorm. De definitieve versie is geschreven door 'een niet aanwezige verteller'. Hij neemt geen deel aan het verhaal, niemand ziet of hoort hem, niemand kent hem. Toch is hij er steeds. Hij kent Iwan Iljitsj zeer goed, al vanaf diens kinderjaren, hij kent het gezin van Iwan Iljitsj. Hij kent diens diepste gedachten.

De verteller kent Praskowja Fjodorowna – de vrouw van Iwan Iljitsj – niet zo goed. Er wordt verteld wat zij zegt en hoe zij zich gedraagt; minder vaak wat zij misschien wel denkt. De verteller beschrijft de zoon en de dochter nauwelijks en wat zij denken weet niemand. Gerasim, de sympathieke huisknecht en ziekenverzorger, wordt alleen geobserveerd; de verteller zegt niet wat hij denkt, maar dat zal zonder twijfel geheel in overeenstemming zijn met zijn gedrag. De dokters blijven in hun 'opgeblazen gewichtigheid' onbekenden. Wat denken zij? Dat wordt niet vermeld.

Een gewoon mens

Iwan Iljitsj was een gewoon mens met een gewone levensgeschiedenis. Hij 'hield het midden' tussen zijn beide broers – de ene degelijk, de ander een ongeluksvogel – zijn leven verliep gewoon. Hij leest boeken waar iedereen over spreekt. Hij heet Iwan, in het Nederlands: Jan. De lezer krijgt de indruk dat Tolstoj hem zo gewoon mogelijk wil hebben, een soort grootste gemene deler van de mens uit de betere stand. De gedachte dringt zich op dat Tolstoj 'Elckerlyc' heeft beschreven, 'Everyman'. Veel informatie over Iwan Iljitsj heeft echter een *dubbele bodem*: het mag dan allemaal gewoon zijn, comme il

faut, het is eigenlijk ontzettend dat mensen zó leven. Wat ben je voor een man als je échte vreugde gelegen is in het kaartspel, als je zó met je vrouw en kinderen omspringt, als je zó in je werk opgaat dat je je tijdens een vakantie verveelt. Het meest opvallende aan deze gewone man is echter het verbrokkelde, het gebrek aan identiteit, zo men wil. Iwan Iljitsj was een voortreffelijk jurist, maar hij scheidde zijn ambtsplichten van zijn particuliere leven. Hij sloot zijn persoonlijke opvattingen tijdens zijn werk buiten de deur. Als er thuis met zijn vrouw problemen ontstaan, onttrekt hij zich aan de moeilijkheden door hard te gaan werken. Hoe was Iwan Iljitsj nu eigenlijk? Zoals hij op zijn werk was? Men kan zeggen: Iwan Iljitsj is een gewone egoïst, iemand met wie niet valt te leven, een vervelende vent. Maar misschien kón hij niet anders. In dit verband is het interessant dat J. H. van den Berg (1963) erop wijst dat ongeveer in 1890 – volgens de metabletica – het ‘leven in meervoud’ ontstaat. Ongeveer in deze tijd begint de samenleving van de mens te eisen dat hij ‘meervoudig’ wordt, dat hij verschillende rollen naast en door elkaar kan spelen. Is het een wonder dat Iwan Iljitsj hierop afknap? Letterlijk zegt Van den Berg (1969): ‘De enkeling valt uiteen. Wat betekent dit echter in de werkelijkheid van het dagelijks leven? Dat de enkeling de meervoudigheid van zijn bestaan niet handhaaft, voortleeft met slechts enkele ‘social selves’ uit de veelheid die hij bezat; voortleeft misschien met één enkel ‘social self’ en verder niet bestaat.’ Slaait dit niet op Iwan Iljitsj? Zo denkt de lezer over Iwan Iljitsj en hij maakt zich zorgen. Hoe moet dat nu als deze man straks ziek wordt en doodgaat? Aan zijn horlogeketting hangt wel een medaillon met ‘Respice Finem’, maar Iwan Iljitsj let niet op het einde.

Vrijwel zeker is Iwan Iljitsj aan kanker overleden. De symptomen zijn echter weinig specifiek, zodat een nauwkeurige diagnose niet te stellen is. Voor de essentie van het verhaal doet het ook weinig ter zake. Tegenwoordig zou men graag zekerheid willen hebben. De patiënt zou verder onderzocht zijn, opgenomen, geopereerd. Hoewel, ook bij Iwan Iljitsj heeft men blijkbaar overwogen om te opereren. Het begin van de ziekte wordt

Nederlandse vertalingen van Leo N. Tolstoj: ‘De dood van Iwan Iljitsj’

J. Mertens, Die Poorte, Antwerpen 1941.
T. Eekman, Wereldbibliotheek, Amsterdam 1946.
J. Leclée, Het Kompas, Antwerpen 1946; en L. J. Veens Uitgevers Mij., Amsterdam 1947 (in de bundel: ‘Meester en knecht’).
Wils Huisman, Van Oorschot, Amsterdam 1970 (in de Verzamelde Werken, deel 2).
T. Eekman, Meulenhoff, Amsterdam 1978 (te verschijnen in augustus; naar taalgebruik aangepaste herdruk van de eerdere vertaling).

nauwkeurig beschreven: de overgevoeligheid van de patiënt, de prikkelbaarheid, het slechte humeur, de ruzies. Vooral de ruzies vóór het eten. Het is de Duitse psychiater K. Bonhoeffer geweest die in 1912 een eerste beschrijving van dit hyperaesthetisch-emotionele syndroom heeft gegeven. Iedereen kent dit van zichzelf: bij oververmoeidheid, bij een beginnende ziekte, na een griep, na een wat uitgelopen feest. Ook de vrouw van Iwan Iljitsj herkent de reactie van haar man als ziekelijk en zwijgt; tenslotte eist zij dat hij naar een arts gaat. Wanneer Iwan Iljitsj bij de dokter is geweest, is onderzocht, ervaart hij de wereld anders. *Tolstoj maakt hier duidelijk dat een geneeskundig onderzoek de patiënt verandert*, iets wat tegenwoordig vaak te weinig wordt beseft en waar niet veel over is gepubliceerd. Ook pijn wordt na een onderzoek vaak anders beleefd. Uit de beschrijving van het ziekteproces blijkt hoe een mens kan veranderen. De medemens, het werk, het leven, de dingen, de tijd, alles wordt anders wanneer men ziek wordt. De zieke gaat zichzelf anders zien, gaat zijn lichaam anders ervaren en raakt in verwarring, omdat hij geen duidelijk onderscheid meer kan maken tussen eigen projecties en werkelijkheid. Zien de mensen nu iets bijzonders aan mij? Of niet? En de zieke pakt een spiegel.

Gestoorde communicatie

Niemand sprak met Iwan Iljitsj over het doodgaan maar iedereen wist ervan. Er wordt voordurend iets anders gezegd dan er gezegd wordt. Deze gestoorde communicatie – tussen Iwan Iljitsj en zijn vrouw bijvoorbeeld – is een uitdrukking van hun gestoorde relatie, maar beïnvloedt tevens de relatie in negatieve zin. Zij

zijn daardoor ook niet meer in staat te praten over hun onderlinge relatie. ‘Wat de vrouw van Iwan Iljitsj ook doet, zij doet het verkeerd.

De dokters – het zijn er vijf of zes – komen er bij Tolstoj niet best af. Zijn kritiek is niet nieuw: de opgeblazen gewichtigheid, de *blabla*, Tolstoj drukt zijn minachting voor dit geklets uit door het niet eens op te schrijven: ‘dat en dat . . .’, ‘dit en dit . . .’, ‘dat en dat . . .’, daarbij suggererend dat het geen zin heeft om te luisteren – de belangstelling voor het lichaam om de mens niet te hoeven zien, het niet ingaan op de werkelijke problematiek. De dokter in de oude Nederlandse toneelliteratuur treedt op dezelfde wijze op (Van Gils, 1917). Ook in Frankrijk is het tegenwoordig niet zoveel anders. Zo schrijft Simone de Beauvoir (1965) over de dokters van haar moeder: ‘Ik herkende deze onbenullige gewichtigdoenerij: het is die van de magistraten, van de leden der rechtbank, tegenover de beschuldigde, die voor zijn leven vecht.’ De overeenkomst tussen het werk van de arts en de rechter valt Iwan Iljitsj steeds op, wat natuurlijk niet zo’n wonder is. In ‘De Gids’ heeft Frenkel (1973) hier nog eens op gewezen, beiden ontnemen hun klanten een stuk vrijheid, ook de arts behandelt in een aantal gevallen ‘regelovertreding’, beiden doen soms voor ‘de patiënt pijnlijke ingrepen, beiden hebben macht. Ook Iwan Iljitsj is niet vrij van schuld, vindt zijn omgeving. Ziek worden betekent apart komen te staan. Hoe men het ook wendt of keert. In Psalm 38 – Gebed in zware ziekte – staat: ‘Mijn vrienden en bekenden staan afzijdig van mijn plaag, zelfs mijn verwanten staan van verre. ‘Zo is het ook met Iwan Iljitsj: hij raakt steeds verder geïsoleerd, men laat hem alleen slapen, hij wordt letterlijk afstotend en voelt steeds meer agressie tegen iedereen: tegen

zijn vrouw, zijn dochter, de dokters. Opmerkelijk is, dat in de geneeskundige literatuur zo weinig over deze *agressie van de patiënt* wordt gezegd.

De levensgeschiedenis van Iwan Iljitsj vertoont enige overeenkomst met die van Tolstoj zelf. De prettige jeugd, de periode van de losbandige vrijgezel – die Tolstoj later zo scherp van zichzelf veroordeelde – *il faut que jeunesse passe*. Daarna de degelijke huisvader, hardwerkend rijk worden en succes behalen.

In het begin van de vierde periode maakt Tolstoj een 'geestelijke wedergeboorte' door, ongeveer op 52-jarige leeftijd. Iwan Iljitsj komt aan deze vierde periode niet toe, hij overlijdt als hij 45 jaar is. Men kan ook zeggen: Iwan Iljitsj beleeft iets dergelijks. Op zijn sterfbed denkt hij: 'Wat goed en wat eenvoudig'. Er zijn meer autobiografische elementen: het huwelijk van Tolstoj met de ruzies en de 'eilandjes' van vrede, het overlijden van drie kleine kinderen, de verhuizing van de familie Tolstoj naar Moskou in 1881, het inrichten van het nieuwe huis. Of het niets bijzonders is, wordt er melding gemaakt van het overlijden van drie kinderen van Iwan Iljitsj. In die tijd – omstreeks 1880 – stierven in Nederland meer dan twintig van de honderd kinderen vóór hun eerste verjaardag; in Rusland zal de kindersterfte ongetwijfeld hoger geweest zijn. Vier kinderen van Tolstoj, die zelf vader van een zeer groot gezin was, zijn eveneens jong overleden. In verhouding tot het doodgaan van de vader krijgt het sterven van deze kinderen wel erg weinig aandacht. Wat veel voorkomt, wordt blijkbaar gemakkelijk geaccepteerd. Tolstoj schijnt op het overlijden van zijn eigen kinderen ook opvallend weinig geëmotioneerd te hebben gereageerd (Troyat, 1967).

De ziekte in de literatuur

Virginia Woolf merkt – in 1930 – op dat het verbazingwekkend is dat een zo gewoon verschijnsel als ziekte zo weinig in de belletristiek voorkomt. Dit is vooral vreemd omdat ziekte zoveel in en aan een mens verandert: 'When we think of this, as we are so frequently forced to think of it, it becomes strange indeed that illness has not taken its place with love and battle

and jealousy among the prime themes of literature.'

In zijn boekje 'De zieke mens in de romanliteratuur' constateert Vestdijk (1970) dat het verband tussen deze zieke mens en de literatuur voornamelijk een moderne aangelegenheid is: een kwestie van zo'n 150 jaar. Een van de oorzaken hiervan zou zijn: pas het kritisch-wetenschappelijk denken over ziekte – ook ongeveer anderhalve eeuw oud – heeft een beeld van de zieke opgeleverd waarover te praten valt. Afstand nemen schept een situatie waarin beschrijven mogelijk is. Min of meer als bewijs voor zijn stelling noemt Vestdijk daarna ongeveer veertig romans of verhalen waarin zieken een belangrijke rol spelen; twee ervan zijn geschreven vóór 1820, veertien tussen 1820 en 1930 en de rest ná 1930.

Merkwaardig is, dat deze novelle van Tolstoj niet eens zo bekend is. Vestdijk noemt 'De dood van Iwan Iljitsj' niet. Ook De Geus (1970), die toch in zijn dissertatie niet schroomt de belletristiek als bron van informatie te gebruiken, kende dit verhaal niet. Wel noemt hij onder andere Simone de Beauvoir (1956) 'Een zachte dood', Anne Philipe (1969) 'Niet meer dan een ademtocht' en A. Solzjenitsyn (1968) 'Kankerpaviljoen' boeken die eveneens het probleem 'ziek-kanker-dood' behandelen. Een Engelse huisarts, Tomson (1976), eveneens van oordeel dat het lezen van belletristiek voor hem van belang was voor het beter begrijpen van 'my patients' problems and feelings', publiceerde een lijst met vijfenveertig titels van in het Engels geschreven boeken over ziekte en ziekzijn. Ook hij noemt Tolstoj niet. Tomson schrijft: 'Many creative writers seem either to know more of human nature than professionals or have the ability to express thoughts and feelings we find difficult to recognize.'

Het is goed dat deze novelle weer eens herdrukt wordt.

In de eerste plaats omdat het, zoals Virginia Woolf zegt, zo'n doodgewone geschiedenis betreft, die toch zo weinig is beschreven. In Nederland sterven ongeveer 25.000 mensen per jaar aan kanker. Per dag: 68 mensen. Steeds meer mensen gaan bovendien naar een ziekenhuis om te overlijden. Tegenwoordig al meer dan 50%. Mensen worden geconfronteerd

met het sterven van mensen die zij niet kennen. Men spreekt van stervensbegeleiding. We worden doodgegooid met boekjes en artikelen over dit onderwerp. Sterven is een ziekte geworden die men moet behandelen. Elisabeth Kübler-Ross (1969) onderscheidt zelfs vijf stadia die een stervende moet doorlopen. Ik denk, dat het goed is dat mensen die in hun beroep met zieke en stervende mensen te maken hebben dit verhaal van Tolstoj lezen. Het is geen misbruik maken van een kunstwerk wanneer ik als huisarts op de betekenis van dit verhaal wijs. Integendeel. Tolstoj had, zeker na zijn vijftigste jaar, meer behoefte om te stichten dan om kunstwerken te scheppen. Van het Reve (1962) schrijft: 'Hij meende dat zijn boodschap heel wat belangrijker was dan het 'artistieke gedaas' waar de twaalf delen van zijn werken mee vol stonden . . .'

Interpretatie

Reeds na één jaar, in 1887, verschijnt in De Gids een groot artikel van J. H. Hooyer over 'De dood van Iwan Iljitsj', getiteld: 'Mors et vita'. De schrijver – die een Franse vertaling gelezen had – geeft, diep onder de indruk van het verhaal, een uitvoerige inhoudsbeschrijving, hier en daar voorzien van commentaar. Zo wijst hij er bijvoorbeeld op dat Tolstoj met geen woord spreekt over een leven hiernamaals. Over de onsterfelijkheid van de mens wordt niets gezegd. Zou dit de tegenwoordige lezer ook opvallen? Mij niet. Bovendien schrijft Hooyer: 'Er is ontegenzeggelijk iets in Tolstoj's werken dat ons ziekelijk voorkomt. De zwaarmoedige trek, het wereldschuwe, in zichzelf gekeerde, het broeden over de gedachten, eigen aan den Slavischen geest, schrikt westerlingen af.' Ook dat ziekelijke is mij ontgaan en het verhaal heeft mij niet afgeschrikt. Hooyer wijst erop hoe het denken aan de dood in zijn tijd wordt verdronken: 'Men zoekt zoveel mogelijk de gedachte aan den dood te verdrijven; . . .' Misschien spreekt Hooyer daarom van ziekelijk? Tegenwoordig is dat niet zoveel anders. Misschien was dat ook de reden dat de eerste vertaling in Nederland pas in 1946 verscheen – na het grote sterven – zestig jaar na de oorspronkelijke publikatie.

Wie nu de naam Tolstoj in een encyclopedie opzoekt, leest: . . . Russische schrijver, denker en sociaal hervormer. Zijn betekenis als 'sociaal hervormer' was – toen hij nog leefde – groot, wat bijvoorbeeld ook blijkt uit de korte tijd waarbinnen zijn geschriften op dat gebied werden vertaald. Ook in Nederland had Tolstoj veel invloed. Door velen werd hij als een profeet beschouwd. Een goed overzicht van deze periode krijgt men na lezing van 'Tolstoj in Nederland', het proefschrift van R. Jans (1952).

Tot de volgelingen in Nederland behoorde Henriëtte Roland Holst. Zij schreef in 1930 een biografie van Tolstoj, waarin ook de nodige aandacht geschonken wordt aan 'De dood van Iwan Iljitsj'. In dit verhaal '... heeft Tolstoj de levensleugen uitgebeeld, heerschend in een milieu van bureaucratische kleinburgers, mensen, door de verhoudingen waarin zij leven zoo murw gemaakt, innerlijk verarmd en uitgepieterd, dat in hun hart geen greintje waarheid en echte levensmoed overgebleven is.' En verder: 'Iwan Iljitsch wordt ziek en moet sterven: de man beseft niet, dat hij nooit waarlijk geleefd heeft. Hij durft den dood niet in 't gezicht te zien en zijn omgeving durft het evenmin. Zijn vrouw en kinderen wagen het niet, hun ware gevoelens te toonen. Zij verbergen ze angstig, omdat die gevoelens door zelfzucht vergiftigd zijn.'

Voor mij veel begrijpelijker is, wat Van Huet in 1946 in *De Groene Amsterdammer* schrijft: 'De dood van Iwan Iljitsj is een karakteristieke illustratie van zijn (Tolstoj's) levensleer. De mensch is alleen, zoo wordt ons hier voorgehouden, alleen met zijn leven, waarvoor hij in alle eenzaamheid verantwoording schuldig is, voor een rechter, die geheel andere normen aanlegt dan waaraan wij gewoon zijn. Alleen de liefde pleit ons vrij.'

Hooyer schreef negentig jaar geleden over Iwan Iljitsj, Henriëtte Roland Holst zevenenveertig jaar geleden en Van Huet ruim dertig jaar geleden en ieder van hen denkt anders over dit sterven van een onbekende. De tegenwoordige lezer heeft weer andere gedachten. Een kunstenaar als Tolstoj heeft zoveel facetten dat iedereen hem op een eigen wijze kan interpreteren.

Boeken over Tolstoj zouden een hele bibliotheek kunnen vullen, schrijft Lavrin (1963). In dat kader gezien kan mijn korte studie niet meer zijn dan een beschouwing van een huisarts over een 'beschrijving van een ziektegeval door een leek'.

Literatuur

Beauvoir, Simone de (1965): Een zachte dood, C. de Boer, Hilversum.
Berg, J. H. van den (1963): Leven in

meervoud. Callenbach, Nijkerk.
Berg, J. H. van den (1969): Leven in meervoud. in: *De zuilen van het Panthéon*. Callenbach, Nijkerk.
Frenkel, F. E. (1973): Schuld en ziekte. *De Gids* 136, pag. 652.
Geus, C. A. de (1970): Huisarts en kankerpatiënt. *Academisch Proefschrift*, Utrecht. Dekker & van de Vegt, Nijmegen.
Gils, J. B. F. van (1917): *De dokter in de oude Nederlandsche toneelliteratuur*. Bohn, Haarlem.
Hooyer, J. H. (1887): Mors et vita. *De Gids* IV, pag. 297.
Huet, G. H. M. van (1946): Een nieuwe rechtspraak. in: *De Groene Amsterdammer*.
Jans, R. (1952): Tolstoj in Nederland. *Academisch Proefschrift* Nijmegen. Paul Brand, Bussum.
Kübler-Ross, E. (1969): *Lessen voor levenden*. Amboboeken, Bilthoven.
Lavrin, J. (1963): *Leo Tolstoj, leven en werk*. De Haan, Zeist.
Philippe, Anne (1969): Niet meer dan een ademtocht. Bruna, Utrecht.
Reve, K. van het (1962): *Rusland voor beginners*. Van Oorschot, Amsterdam.
Roland Holst-van der Schalk (1930): *Tolstoj, zijn leven en zijn werk*. Brusse, Rotterdam.
Solzjenitsyn, A. (1968): *Kankerpaviljoen*. De Boekerij, Baarn.
Tomson, P. R. V. (1976): Some books for the general practitioner. *J. Coll. Gen. Pract.* 26, 588.
Troyat, H. (1967): Tolstoj. Penguin Books.
Vestdijk, S. (1964): *De zieke mens in de romanliteratuur*. Het wereldvenster, Baarn.
Woolf, Virginia (1947): On being ill (voor het eerst gepubliceerd in 1930). in: *The moment and other essays*. The Hogarth Press, London.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Spurwerk

De huisarts was een dagje uit de praktijk; hij werd nageschoold. Er werd daarbij nogal veel gepraat over het vermedicaliseren van de maatschappij. De dag tevoren bezocht meneer X het spreekuur. Hij had vage klachten, die zowel van het hart als de maag afkomstig zouden kunnen zijn. Een bezoek aan de internist leek aangewezen en kwam tot stand op 's huisartsens nascholingsdag. Er werd een ECG gemaakt en een maagfoto. Daarna mocht meneer X weer vertrekken, de huisarts kreeg wel bericht.

Meneer X ging, omdat hij toch in de stad was, eerst nog wat boodschappen doen. Diezelfde avond rukte er een ambulance uit op zoek naar meneer X. Het laboratorium had een verhoogde enzymenwaarde gevonden en de internist gaf het opsporingsbevel. Hij vergat niet, terwijl de ziekenauto al onderweg was, nog even de waarnemend arts te waarschuwen, opdat meneer X kon worden voorbereid. Helaas echter, waarnemer en ambulance (onafhankelijk van elkaar arriverend) troffen hem niet thuis. Het ambulancepersoneel was het meest voortvarend, ondernam een snelle spuractie en vond de patiënt op verjaarsvisite in een naburig dorp.

Totaal overrompeld ging meneer X mee. Schuddebuikend vertelde hij de huisarts het verhaal, de draden van de monitor gevaarlijk onder spanning brengend. De angstwekkende sfeer op de hartbewakingsafdeling was voor even verbroken.

Korte door artsen geschreven signalementen. Nieuwe perikelen worden gaarne ingewacht door de redactie van Medisch Contact.

Kinderseksualiteit, pedofilie en strafrecht

Een vergelijking tussen landen

De variabiliteit van het strafrecht inzake kinderseksualiteit en pedofilie in de verschillende landen weerspiegelt een grote onzekerheid tegenover dit verschijnsel. De motieven voor strafrechtelijke bepalingen wisselen, van land tot land en van tijd tot tijd, van geen strafbepaling tot doodstraf. In Nederland kan men maximaal twaalf jaar gevangenis krijgen voor een contact met een meisje beneden de 12 jaar (art. 244 WvS) en 6 jaar voor een relatie van seksuele aard met iemand onder de 16 jaar (art. 247 WvS). Ook de houding van de mensen tegenover de pedofilie en de kinderseksualiteit kan sterk uiteenlopen in verschillende landen en cultuurperiodes. Hieruit zou kunnen blijken, dat men ook elders niet goed raad weet met het verschijnsel.

Enkele wetgevingen

Bij het lezen van onderstaand overzicht van wetgevingen in het buitenland dient men zich bewust te zijn van het feit, dat men uit de wetgeving niet zonder meer het recht van een gemeenschap kan kennen. De praktische toepassing kan sterk afwijken van hetgeen in de wetstekst staat.

Ik wil er nog op wijzen, dat ook als geen leeftijdsgrens is overschreden en ook als het delict slechts vervolgbaar is op klacht, de justitie in een aantal landen toch omwegen vindt om tot bestraffing te komen, bijvoorbeeld via openbare schennis van de eerbaarheid, overlast de burens aangaande, aantasting van het karakter van een woonbuurt. Dit maakt het beeld, zonder exacte en recente gegevens uit het land zelf, soms zo weinig zeggend.

door
Dr. F. Bernard



De auteur, als psycholoog te Rotterdam gevestigd, houdt zich onder meer bezig met het behandelen en begeleiden van mensen met seksuele moeilijkheden. Hij is verbonden aan het AVO-dagverblijf voor ernstig lichamelijk gehandicapten en de NVSH, is adviseur van de Regionale Bedrijfsgeneeskundige Dienst voor het havengebied Rotterdam en omgeving en fungeert als plaatsvervangend voorzitter van de Werkgroep Pedofilie van het Nationaal Centrum Geestelijke Volksgezondheid te Utrecht.

West-Duitsland

Sinds 1 januari 1975 luidt artikel 175 van het Duitse Wetboek van Strafrecht: 'Par. 175. Homosexuelle Handlungen. Ein Mann über achtzehn Jahren, der sexuelle Handlungen an einem Mann unter achtzehn Jahren vornimmt oder von einem Mann unter achtzehn Jahren an sich vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.'

Par. 176 heeft rechtstreeks betrekking op kinderseksualiteit en pedofilie en heeft de volgende tekst: 'Sexueller Misbrauch von Kindern. Wer sexuelle Handlungen an einer Person unter vierzehn Jahren (Kind) vornimmt oder

an sich von dem Kind vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren, in minder schweren Fällen mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.'

De aanvullingen op deze artikelen hebben we buiten beschouwing gelaten. De kwintessens is weergegeven. (Er is een 'Absehenklausel' voor de handelingen met 14- tot 18-jarigen.) Het algemeen 'Schutzalter' in Duitsland is veertien jaar (Nederland 16 jaar); bescherming van meisjes is door artikelen 182 uitgebreid tot 16 jaar, mits zij 'unbescholten' zijn.

Par. 182 zegt: 'Verführung. Wer ein Mädchen unter sechzehn Jahren dazu verführt mit ihm den Beischlaf zu vollziehen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft. (Die Tat wird nur auf Antrag verfolgt. Die Verfolgung der Tat ist ausgeschlossen, wenn der Täter die Verführte geheiratet hat.) Opgemerkt zij, dat homoseksuele handelingen tussen vrouwen niet strafbaar zijn. De wet spreekt immers van mannen!

België

België is een van de zeer weinige landen waar de 'age of consent' in de laatste jaren niet is verlaagd maar verhoogd (van 16 naar 18 jaar) indien het homofiele contacten betreft.

Artikel 372 van het Belgische Wetboek van Strafrecht luidt (Staatsblad van 27-29 mei 1912): 'Elke aanranding van de eerbaarheid, zonder geweld of bedreiging gepleegd op de persoon of met behulp van de persoon van een

kind van het mannelijke of vrouwelijke geslacht beneden de volle leeftijd van zestien jaar, wordt gestraft met opsluiting. De aanranding van de eerbaarheid, zonder geweld of bedreiging door een bloedverwant in de opgaande lijn gepleegd op de persoon of met behulp van de persoon van een minderjarige, zelfs indien deze de volle leeftijd van zestien jaar heeft bereikt, maar niet ontvoegd is door het huwelijk, wordt gestraft met dwangarbeid van tien tot vijftien jaar.' In 1965 wordt ingevoegd het artikel 372bis (Staatsblad van 15 april 1965). Daarin staat: 'Onverminderd de toepassing van artikel 372, wordt elke aanranding van de eerbaarheid, zonder geweld of bedreiging gepleegd door een persoon die de volle leeftijd van achttien jaar heeft bereikt, op de persoon of met behulp van de persoon van een minderjarige van het zelfde geslacht beneden de volle leeftijd van achttien jaar, gestraft met gevangenisstraf van zes maanden tot drie jaar en met geldboete van zesentwintig frank tot duizend frank.'

België is zeer strikt in de toepassing van deze artikelen.

Luxemburg

In Luxemburg gold tot voor kort een leeftijdsgrens van 14 jaar. Deze grens is thans – door invloed vanuit België – verhoogd tot 18 jaar voor homofiele contacten. Gelijkgeschakeld met België dus. Dit geschiedde onder protest van de minister van Justitie van Luxemburg, die daar geen heil in zag.

Engeland

De 'age of consent' voor heterofiele contacten is in Engeland 16 jaar. Voor homofiele contacten is dat 21 jaar. Enkele jaren geleden was homofilie voor alle leeftijden strafbaar.

Overwogen wordt, de 'age of consent' drastisch te verlagen. De Engelse 'werkgroep pedofilie' pleit voor afschaffing van de leeftijdsgrenzen in sexualibus. Ik moge hier verwijzen naar het rapport van de Paedophile Information Exchange (PIE), getiteld 'Evidence on the Law relating to and Penalties for certain Sexual Offences involving Children, for the Home Office Criminal Law Revision Committee' (november 1975).

Italië

De leeftijdsgrens is gesteld op 16 jaar, volgens artikel 530 van het Italiaanse Wetboek van Strafrecht. Er wordt geen verschil gemaakt tussen hetero- en homofilie. Iedereen die een onwettelijke daad verricht met of in aanwezigheid van een persoon onder 16 jaar is strafbaar met gevangenisstraf tot een maximum van drie jaar. Vervolging kan alleen plaatsvinden op aanklacht van het slachtoffer, zijn ouders of voogden. Ook moet de minderjarige 'van onbesproken gedrag' zijn. Seksuele handelingen die voortspruiten uit misbruik van positie of gezag worden gestraft met een maximum van vijf jaar, als geen geweld is gebruikt; bij geweld geldt een maximum van tien jaar. Er is dus geen discriminatie tussen hetero- en homofiele contacten en relaties. (Beneden de leeftijd van 12 jaar bestaat echter wel vervolgbaarheid zonder klacht.)

Noorwegen

Ook hier is de algemene leeftijdsgrens 16 jaar. Op ontuchtige handelingen met kinderen onder de 14 jaar staat een maximum gevangenisstraf van vijftien jaar en bij toebrengen van lichamelijk letsel levenslang. Wanneer het een kind betreft tussen 14 en 16, dan is de maximumstraf vijf jaar. De leeftijdslimiet is 16 jaar, maar wanneer de jongere onder het gezag van de ouders staat of onder hun hoede is, wordt de leeftijdsgrens 18 jaar en de maximumstraf als de jongere boven de 16 is wordt dan ten hoogste één jaar. Op schennis der openbare eerbaarheid staat een maximumstraf van drie maanden.

Zweden

De Zweedse commissie-Kjellin (adviescommissie Zedelijkheidswetgeving) stelt voor de beschermende leeftijd voor zowel heteroseksuele als homoseksuele contacten te stellen op 14 jaar (Sexuella övergrepp, blz. 12 en 73-95, Justitiedepartementet, Stockholm 1976).

Verenigde Staten

Over het algemeen is de zedenwet streng in Amerika, maar verschilt ook

sterk van staat tot staat. In de laatste jaren zijn er ingrijpende veranderingen doorgevoerd. Zo is de 'age of consent' in een aantal staten verlaagd; in Utah, Virginia, Hawaii en Maine bijvoorbeeld is de 14-jaargrens ingevoerd.

Japan

Japan kent een 'Schutzalter' van 13 jaar. Er is geen discriminatie tussen homofiele en heterofiele contacten. Als ik goed ben ingelicht, betekent dat in wezen 12 jaar, want de Japanner wordt één jaar bij zijn geboorte. Ofschoon het nieuwe Japanse Wetboek van Strafrecht met behulp van Duitse juristen is opgezet, heeft men de strenge Duitse zedenwet niet overgenomen.

Conclusie

Het is voor de seksuoloog en de psychiater interessant deze gegevens naast elkaar te zetten. Zij zijn leerzaam: wat in een bepaald land of in een bepaalde cultuurperiode als pathologisch en strafbaar wordt gezien, hangt van de houding van de samenleving in dat bepaalde land en in die bepaalde cultuurperiode af. De rechtspraak is daar een (vaak achteraan hinkend) uitvloeisel van. Zowel in de psychiatrie/seksuologie alsook in de rechtspraak wordt in sexualibus een waardeoordeel ingebouwd dat moraliserend van aard is en er in wezen niet thuishoort.

Literatuur

Wetboeken van de verschillende landen.

Dr. V. Servatius, *Wetgeving en seksueel gedrag*. Enclave, Rotterdam 1961.

Dr. F. Bernard, *Wetgeving in het buitenland, in Pedofilie en Samenleving*, rapport van de werkgroep Pedofilie, ingesteld door het Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid (NCGV), Utrecht, december 1976.

Renovatieplannen psychiatrische inrichtingen

Ambtelijke werkgroep 'Huisvesting Psychiatrie' brengt verslag uit

De ambtelijke werkgroep 'Huisvesting Psychiatrie', in februari 1977 ingesteld onder voorzitterschap van de plaatsvervangend directeur-generaal van de Volksgezondheid, heeft verslag uitgebracht van het werk dat zij sedertdien heeft verzet. De werkgroep had tot taak om op zeer korte termijn te rapporteren over de huisvestingssituatie in de psychiatrische inrichtingen en eventueel voorstellen tot verbetering te doen.

De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Mw. Mr. E. Veder-Smit, kan de voorstellen die de werkgroep heeft ingediend in het algemeen onderschrijven. Zij zal de realisering ervan zoveel mogelijk bevorderen. Zij schrijft dit in een brief door middel waarvan zij de werkgroepbevindingen ter kennis van de Tweede Kamer heeft gebracht.

Inventarisatie

De werkgroep begon met de huisvesting per inrichting en per gebouw in kaart te brengen. De enquêteformulieren werden via de regionale Inspecties voor de Geestelijke Volksgezondheid aan alle daarvoor in aanmerking komende huizen aangeboden. De inrichtingen hebben veel medewerking verleend bij het op korte termijn beschikbaar stellen van gegevens. De regionale inspecteurs of een vertegenwoordiger van de inspecteurs verzamelden de ingevulde formulieren, vrijwel steeds gepaard gaande met een visitatie ter plaatse.

Voor een waardeoordeel over de kwaliteit van de huisvesting golden als

voornaamste criteria:

- netto totaal vloeroppervlak per persoon;
- netto vloeroppervlak van de dagverblijfruimten per persoon;
- aantal patiënten per dagverblijfruimte;
- aantal patiënten per slaapruimte;
- mate van privacy;
- toestand van het sanitair;
- staat van onderhoud van de gebouwen.

Met gebruikmaking van de verkregen gegevens was het mogelijk per inrichting aan te geven hoeveel en welke bedden (plaatsen) niet meer voldoen aan de huidige huisvestingsmaatstaven. Daarnaast werd een inzicht verkregen in het aantal plaatsen dat nu nog bruikbaar is maar dat binnen afzienbare termijn wellicht ook zal moeten worden aangepast en in het aantal plaatsen dat aan de huidige maatstaven voldoet (groep II). De eerstgenoemde categorie wordt aangeduid als groep I; deze groep omvat de bedden (plaatsen) die naar de huidige maatstaven niet of nauwelijks aangepast zijn en ook niet meer aanpasbaar te maken zijn, ook niet bij vermindering van het aantal patiënten. De werkgroep beperkte zich bij haar verdere werkzaamheden tot de huisvesting van deze groep I-bedden (-plaatsen). Deze bedden bevinden zich vrijwel uitsluitend in de 42 grote psychiatrische ziekenhuizen die ons land kent; in deze instellingen zijn 22.895 bedden in gebruik. In de resterende 31 kleinere instellingen (exclusief PAAZ'en en psychiatrische universiteitsklinieken) zijn 1.729 bedden aanwezig. Deze 31 inrichtingen, waar de problemen

minder urgent zijn, werden buiten beschouwing gelaten.

Beoordeling

Het grootste deel van de bestaande psychiatrische inrichtingen, aldus de rapporteurs, is gebouwd naar vroegere inzichten: massaal van karakter en veelal ver van de bevolkingscentra gelegen. Ook de spreiding uit oogpunt van herkomst van de patiënten is onbevredigend. Voorts zijn in deze inrichtingen helaas vaak nog een aantal zwakzinnigen en demente bejaarden gehuisvest. Deze categorieën patiënten behoren in principe in daarvoor bestemde specifieke voorzieningen, althans niet meer in psychiatrische ziekenhuizen. Volgens moderne inzichten dient een psychiatrisch ziekenhuis te functioneren als een geïntegreerd onderdeel van een voorzieningenpakket voor de geestelijke volksgezondheid in een bepaald gebied. Enerzijds dient de capaciteit van het ziekenhuis afgestemd te zijn op de behoefte uit het verzorgingsgebied; dit betekent dat het ziekenhuis niet groter zal mogen zijn dan nodig is om in deze behoefte te kunnen voorzien. In de praktijk zal dit neerkomen op reductie van de capaciteit van de huidige grotere psychiatrische ziekenhuizen. Anderzijds is voor het functioneren van een psychiatrisch ziekenhuis een bepaalde capaciteit vereist om voldoende differentiatie in behandelingsmogelijkheden te kunnen bieden. Als direct gevolg van deze visie wordt gesteld, dat er een vloeiende overgang mogelijk moet zijn tussen de diverse voorzieningen onderling, waarbij essentiële

onderdelen – met name de tussenvoorzieningen – niet mogen ontbreken.

Deze zienswijze wordt door de meeste grote psychiatrische ziekenhuizen gedeeld. Deze instituten zijn dan ook veelal in een herstructureringsproces gewikkeld. Daarbij stuit men op de moeilijkheid, dat het grote bestand aan chronische patiënten slechts geleidelijk kan worden verminderd. Rekening houdend met het vorenstaande heeft de werkgroep er naar gestreefd bij de beoordeling van de renovatieplannen per inrichting de gewenste herstructurering niet te doorkruisen. De werkgroep acht het noodzakelijk het huisvestingsprobleem in twee fasen aan te pakken. In een eerste fase zou allereerst moeten worden getracht soelaas te bieden op die plaatsen waar de nood het hoogst is. In een tweede fase zouden problemen met betrekking tot de planning van de voorzieningen mede in ogenschouw moeten worden genomen; met name zou inzicht moeten worden verkregen in de behoefte aan tussenvoorzieningen en in de mogelijkheden om die voorzieningen tot stand te brengen. Bovendien zou men de mogelijkheden van spreiding en schaalverkleining van de inrichtingen en de mogelijkheden tot overplaatsing van zwakzinnigen en demente bejaarden naar adequate voorzieningen dienen na te gaan. Tenslotte kan ook binnen de instituten niet té veel tegelijk worden vernieuwd; hiermee gepaard gaande organisatorische veranderingen moeten immers worden opgevangen.

Beleid

In totaal zijn 9.052 bedden gerubriceerd in groep I. Uitgaande van de beschreven werkwijze en algemene aanpak heeft de werkgroep voor elk van de 42 grotere instellingen het aantal bedden (plaatsen) vastgesteld dat in de *eerste fase* vervangen of vernieuwd dient te worden. Per ultimo september 1977 waren bij het departement bouwinitiatieven in verschillende stadia aanhangig, met een totaal-wooncapaciteit van rond 3.150 plaatsen als onderdeel van groep I. De werkgroep adviseert circa 350 plaatsen hiervan uit planologische redenen niet te realiseren. Een (afgerond) beeld van de

Tabel Werkgroepadvies bouwinitiatieven psychiatrische inrichtingen.

groep I	± 9.050 bedden
te behandelen met advies 'spoedprocedure': 3.150 – 350 bedden =	2.800 bedden
nog in te dienen plannen	<u>2.830 bedden</u>
resteert groep I	<u>5.630 bedden</u>
	3.420 bedden

bouwinitiatieven in de psychiatrische inrichtingen geeft de *tabel*.

In een *tweede fase* zal aandacht moeten worden gegeven aan deze nog resterende 3.420 bedden, waarvoor in dit stadium nog geen oplossing kon worden gevonden.

Procedure

Om de plannen tot renovatie en nieuwbouw zo spoedig mogelijk doorgang te laten vinden, stelt de werkgroep de volgende werkwijze voor:

– de *reeds in behandeling zijnde plannen*, waarbij de werkgroep in enkele gevallen adviseert ze in gewijzigde vorm doorgang te laten vinden, dienen door de adviesinstanties snel te worden behandeld. Hiertoe zal aan de adviesinstanties een rappelschrijven worden gezonden met een totaalopgave van de betreffende plannen;

– voor het aantal te renoveren bedden in fase I, voor zover *nog géén plannen zijn ingediend*, zouden de provinciale besturen en de regionale geneeskundige Inspecteurs voor de Geestelijke Volksgezondheid het indienen van aanvragen kunnen stimuleren. Ook de sectie Psychiatrische Instituten van de Nationale Ziekenhuisraad zal hieraan, naar de werkgroep heeft vernomen, alle medewerking verlenen.

Het verdient volgens de werkgroep aanbeveling bij het indienen van aanvragen de stadia 'medewerking in beginsel' en 'goedkeuring schetsplan' zoveel mogelijk te doen samenvallen. Na de goedkeuring van het schetsplan zal op de gebruikelijke wijze de procedure inzake de beoordeling van

bestekken e.d. alsmede de bouwbegeleiding worden toegepast. Aan de provincies en aan het College voor Ziekenhuisvoorzieningen zal op basis van de voorstellen – reeds nu worden verzocht te adviseren over het aspect van de medewerking in beginsel. Bij de binnenkomst van de bouw aanvragen zal de volgende procedure kunnen worden toegepast:

1. het College voor Ziekenhuisvoorzieningen brengt over de schetsplannen op ambtelijk niveau advies uit;
2. de betrokken regionale inspecteurs brengen over de schetsplannen spoedadviezen uit.

Financiën

Een voorlopige prognose leidde tot de volgende onder voorbehoud geraamde financiële en andere consequenties: Uitgaande van circa circa f 70.000,— per plaats (inclusief een beperkt bedrag voor prijsstijging) en ongeveer 6.000 te vervangen plaatsen in de eerste fase, zou gerekend moeten worden op een totaal-investering van rond f 420,— miljoen. Hieruit vloeit een beslag op het bouwplafond voor een aantal jaren voort van circa f 250,— miljoen. Er moet rekening mee worden gehouden, dat na het bieden van soelaas aan de slechte huisvestingsomstandigheden bij veel inrichtingen ook een modernisering van centrale voorzieningen zal moeten volgen.



Sportgeneeskunde in België

Sportbeoefening heeft in de loop der laatste jaren een enorme vlucht genomen. Niet alleen is het aantal sportbeoefenaars fel toegenomen, zowel in competitie als in recreatie, maar terzelfertijd is de drang naar de prestatie toegenomen. Jongeren beginnen steeds maar jonger en ouderen willen geen leeftijdsgrens meer kennen. Dit alles moet ten goede komen aan de gezondheid, doch zonder medische controle is dit ondenkbaar. Vandaar dat de sportgeneeskunde zich als jonge volwaardige medische specialisatie opdringt en een enorme toekomst heeft. De nood aan universitaire scholing had als gevolg een grondige hervorming van de leerprogramma's in de loop der laatste jaren.

Het onderwerp 'Sportgeneeskunde in België' is belangrijk en uitgebreid en deze korte uiteenzetting zal wel onvolledig en beperkt zijn. De nadruk zal op volgende punten worden gelegd: belang van de sportbeoefening, sportmedisch onderzoek, specialisatie in de sportgeneeskunde en activiteiten van de wetenschappelijke vereniging.

1. Belang van de sport en de sportbeoefenaar

De sportbeoefening wordt onderverdeeld in drie categorieën:

- De beroepssport die weinig full-time beoefenaars telt.
- De liefhebberssport met competitie, hetzij in de topsport, hetzij in de massasport. De liefhebberssport telt 16.573 clubs met 834.201 leden. Het aantal wielrenners aangesloten bij de KBWB (Belgische Wielrijders Bond) is 4.507. Hiervan zijn er slechts 185 beroepsrenners. Het aantal

door **Dr. A. Dirix**



Dr. A. Dirix, internist en hygiënist, heeft een licentiaat in de lichamelijke opvoeding. Hij is lector in de sportgeneeskunde en sporttoxicologie aan de Universiteit te Leuven. Hij bekleedt onder meer de volgende functies: eerste ondervoorzitter FIMS, de Internationale vereniging voor Sportgeneeskunde, secretaris Medische Commissie van het Internationaal Olympisch Comité, voorzitter van de Medische Commissie van de Belgische Wielrijdersbond en van het Belgisch Olympisch Comité.

wedstrijden bedraagt ongeveer 5.000 per jaar, wat met een gemiddeld aantal van 35 deelnemers een totaal van 175.000 prestaties per jaar uitmaakt. Het aantal aangesloten wielertoeristen is 17.389. Het aantal voetballers aangesloten bij de KBVB bedraagt ongeveer 180.000 bij 3.000 clubs.

- De actieve recreatie telt honderdduizenden beoefenaars en volgens zekere ramingen zou 1/3 van de bevolking op een of andere ogenblik aan recreatie doen met actieve lichaamsbeweging. België telt 9.823.302 inwoners.

2. Het sportmedische onderzoek

De sport in het algemeen valt onder de bevoegdheid van de ministeries van de Nederlandse en van de Franse Cultuur en van de beide administraties, respectievelijk BLOSO (Bestuur voor de Lichamelijke Opvoeding, de Sport en het Openluchtlevens) en ADEPS (Administration de l'Education Physique, des Sports et de la Vie en plein air).

2.1. Het ministerie van Volksgezondheid heeft de sportgeneeskunde onder zijn bevoegdheid in de medische sportkeuringsdienst.

a) Het sportmedisch onderzoek
Tot de leeftijd van 14 jaar zal het onderzoek, uitgevoerd in het kader van het medisch schooltoezicht, een geldig onderzoek uitmaken dat toelaat te bevestigen dat er geen tegenaanwijzing bestaat voor het volgen van het programma lichamelijke opvoeding en sport (behalve uitzonderlijke gevallen). Dit geldt ook voor het onderzoek verricht in het kader van de beroepsoriëntatie of van het reglement voor arbeidsbescherming. Beide zijn geldig mits gecombineerd met een eventueel aanvullend onderzoek. Het ministerie zal voor de sportbeoefenaars van 14 jaar en ouder aan de onderzoekende geneesheer slechts de medische sportkeuringen betalen van degenen die zich toeleggen op een discipline waarvoor een zware fysieke inspanning wordt geleverd en dit op voorwaarde dat zij zich voor het eerst bij een club aansluiten of aan wedstrijden deelnemen. Teneinde het ministerie toe te laten de

geneeskundige onderzoeken van de clubleden te honoreren, wordt elke club verzocht de volgende documenten te sturen:

- de lijst van de personen boven de 14 jaar die zich voor het eerst bij deze club aansluiten, om er zich op een sporttak toe te leggen die een zware fysieke inspanning vereist;
- de lijst van de sportbeoefenaars boven de 14 jaar van bedoelde club, die aan wedstrijden deelnemen in een sporttak die zware fysieke inspanningen vereist en regelmatig in training zijn.

Deze lijsten, in viervoud op te maken, zullen naam, voornaam, geboortedatum en adres van de sportbeoefenaar dienen te vermelden. Zij zullen echt en deugdelijk worden verklaard en ondertekend door de verantwoordelijke van de club met zijn volledig adres, zijn eventueel telefoonnummer en juiste benaming van de bond en de club. Deze stukken zullen worden verzonden aan de gewestelijke deskundige geneesheer van de provincie.

De diensten van het ministerie zullen de medische

sportkeuringssteekkaarten naar de clubs verzenden, alleen en uitsluitend voor de personen van wie de namen voorkomen op de lijsten die door de gewestelijke deskundige geneesheren eensluidend werden verklaard met de wettelijke criteria. Op dat ogenblik zullen de diensten van het ministerie namen en adressen van de erkende medische sportkeuringscentra mededelen aan de bond; de club zal een van deze centra kiezen om er de hierboven aangeduide leden te laten onderzoeken op kosten van het ministerie. Er bestaan 277 erkende keuringscentra.

Het aantal door de dienst uitgevoerde onderzoeken evolueerde zich als volgt:

1959 – 1960:	66.295
nadien steeg het aantal regelmatig	
1970 – 1971:	241.490
1972 – 1973:	85.034
1976 – 1977:	20.397

De sterke daling der laatste jaren is gedeeltelijk toe te schrijven aan het feit dat de subsidies aan de sportfederaties niet meer werden gekoppeld aan het aantal medische sportkeuringen.

Het staat de andere sportbeoefenaars dan deze vermeld op de lijsten

natuurlijk vrij zich bij een geneesheer van hun keuze aan te bieden teneinde er een medische sportkeuring te ondergaan; dit onderzoek zal vanzelfsprekend niet door het ministerie worden vergoed. In dit geval valt het onderzoek ten laste van de belanghebbende. De onderzoeken mogen enkel aanleiding geven tot een tussenkomst van de verzekering gezondheidszorg indien zij niet door het Koninklijk Besluit van 15 januari 1973 worden beschouwd als verstrekkingen die forfaitair gedekt zijn door de toelage van het ministerie.

b) Wielrenners

In 1967 verschijnt het Koninklijk Besluit waarbij de minderjarige wielrenners, die niet ten volle 21 jaar oud zijn, worden verplicht zich medisch te laten onderzoeken. Verscheidene malen werden de bepalingen gewijzigd. De wielrenner kiest vrij een geneesheer die door het ministerie erkend is en door wie hij drie maal per jaar moet worden onderzocht.

Dit medisch onderzoek bestaat uit een algemeen klinisch onderzoek, een urine-onderzoek, een inspanningsproef en een RX-onderzoek van de thorax. Bij het eerste onderzoek zijn bloedgroepbepaling en antitetanusvaccinatie verplicht.

Wielrenners van 15 en 16 jaar mogen 2 maal per week wedstrijden betwisten waarvan de afstand ten hoogste 55 km bedraagt en 3 maal mits speciale toelating. Voor wielrenners van 17 en 18 jaar geldt dezelfde bepaling, doch met een maximumafstand van 100 km. Besprekingen zijn de aan gang om een nieuwe categorie wielrenners toe te laten vanaf 12 jaar, doch dit voorstel van de Wielerbond stuit op veel tegenstand vanwege officiële organismen.

Bij de dames van 15 en 16 jaar is de maximum afstand 45 km, éénmaal per week af te leggen, en bij de dames van 17 en 18 jaar is de maximum afstand 65 km.

c) Boksers

In 1962 verschijnt een Koninklijk Besluit waarbij een geneeskundige controlecommissie van de bokssport wordt opgericht en een keuring verplicht wordt. Deze bevat onder meer een klinisch onderzoek, een onderzoek der gezichts- en gehoororganen, biometrie,

BW-reactie, RX-schedel, ECG en EEG. Het onderzoek is verplicht voor het bekomen van een vergunning. Elk jaar is een volledig klinisch onderzoek verplicht en om de twee jaar de andere onderzoeken. Na knock-out of opgave is een nieuw onderzoek verplicht.

d) Anti-doping Commissie

Deze commissie heeft als taak de toepassingsmodaliteiten op te stellen om de anti-doping wet van 1962 toe te passen: lijst der verboden middelen, procedure en aanvaarden der laboratoria. In deze commissie zetelen vertegenwoordigers van de Universiteiten, Sportbonden en Ministeries.

2.2 De sportbonden

Elke sportbond beslist of de aangesloten leden een sportmedisch onderzoek moeten ondergaan en welke eventueel de frequentie ervan is. Frequent is een eenvoudig attest voldoende. De meeste sportbonden hebben een medische commissie, de meeste clubs hebben een clubarts en vele atleten hebben hun persoonlijke dokter. Een degelijk onderzoek zou verplicht moeten zijn.

De Wielrijdersbond (BWB) heeft een Medische Commissie die bestaat uit tien leden. De renners geselecteerd voor internationale wedstrijden worden in het medisch kabinet onderzocht en bij de wedstrijden begeleid.

Anti-doping onderzoek is verplicht. Sinds 1965 werden er 4.723 onderzoeken verricht. Hiervan werden er in 1976 911 verricht met 22 positieve gevallen bij het labo-onderzoek, 1 geval van fraude en 10 carentiegevallen. Bij de 22 positieve gevallen waren er 4 waarbij 2 producten werden gevonden, zodat in totaal 26 producten werden geïdentificeerd (amfetamine-18, methylamfetamine-3, mephentermine-1, fenamfetamine-1, methylfenidaat-1, heptaminol-1, nikethamide-1).

De BWB is de enige sportbond die regelmatige controles uitvoert. De bewakings- en opsporingsbrigade (BOB) van de Rijkswacht verricht regelmatig enkele controles in verscheidene sportdisciplines. Het Belgisch Olympisch Comité (BOC), het orgaan dat ook de meeste sportfederaties groepeerde, heeft vier directiecomités: topsport, massasport, interfederale en

sportwetenschappen. Dit laatste houdt zich bezig met alle sportmedische problemen. De medische begeleiding op de Olympische Spelen te Montreal bestond uit zeven artsen en zes kinesitherapeuten voor een delegatie van een honderdtal atleten. Het BOC preselecteert een groep van 200-300 topatleten waarvan een deel mogelijk zullen worden geselecteerd voor de Olympische Spelen. Een akkoord bestaat met de universiteiten om deze atleten in de Universitaire Centra te laten onderzoeken.

2.3 Recreatie met actieve lichaamsbeweging

Slechts in zeldzame gevallen gaan de sportbeoefenaars, in deze categorie ondergebracht, naar hun huisarts om te weten of zij geschikt zijn. Deze manier van sport te bedrijven moet worden aangemoedigd en moet de gezondheid ten goede komen op voorwaarde dat er een sportmedisch onderzoek wordt verricht. Immers in zekere gevallen wordt door niet gezonde personen de prestatie overdreven met als gevolg schade voor de gezondheid en soms zelfs de dood: hiervan zijn ons verschillende gevallen bekend.

3. Het universitair onderwijs in de sportgeneeskunde

De Belgische Geneeskundige Vereniging voor Lichamelijke Opvoeding en Sport (BGVLOS) richtte een Commissie op voor de hervorming van de studies van sportgeneeskunde. Deze commissie bestond uit professoren van elke universiteit en bracht in 1969 een eindverslag uit, dat als advies naar de rectoren der Belgische universiteiten verstuurd werd met kopij voor de decanen der medische faculteiten. De commissie onderlijnde in haar besluit twee opties:

1. De sportartsen moeten klinisch gevormd zijn teneinde de diverse moderne sportgeneeskundige problematiek te kunnen beheersen (bijvoorbeeld traumatologie, toxicologie, ergometrie).
2. De sportartsen moeten vertrouwd gemaakt worden met het fenomeen moderne sporttraining. Zij vulde dan ook het bestaande programma aan met grondige studie van sportmedische vraagstukken, met klinische en

poliklinische oefeningen en met stages. Zij stelde voor dat het programma in een of twee jaar zou kunnen worden gevolgd met de mogelijkheid een licenciaatsverhandeling in te dienen. Het volgende voorstel werd uitgewerkt:

1. Fysiologie en fysiopathologie van de beweging: 45 u;
2. Biometrie en praktische oefeningen: 30 u;
3. Begrippen van statistiek en praktische oefeningen: 15 u;
4. Biomechanica en bewegingsanalyse: 30 u;
5. Theorie en geschiedenis der lichamelijke opleiding (inbegrepen demonstraties): 45 u;
6. Grondige studie van sportmedische vraagstukken (propedeutische, cardiologische, traumatologische, toxicologische, gynaecologische, diëtische aspecten): 30 u;
7. Sportgeneeskundige kliniek en polikliniek: 30 u;
8. Stage in een centrum voor sportgeneeskunde, in clubs of in een traumatologisch centrum: 80 u;
9. Plichtenleer – wetgeving: 5 u.

De Universiteit Gent heeft de licentie in sportgeneeskunde (1 jaar) met sporthygiëne, training, traumatologie en gehandicaptensport. De Universiteit Luik geeft de wetenschappelijke graad van licentiaat in de sportgeneeskunde (2 jaar) met een eindverhandeling en een cursus van sportpsychologie. De Universiteit Brussel geeft een getuigschrift voor sportgeneeskunde, opgericht naast de medische licentie Lichamelijke Opvoeding. De Universiteit Leuven opteert voor een dubbel diploma: het speciaal getuigschrift in de Lichamelijke Opvoeding en de Sportgeneeskunde (1 jaar) en de speciale licentie met in het tweede jaar een eindverhandeling. In het programma worden o.a. opgenomen: grondige studie van sportmedische vraagstukken: cardiopulmonaire, toxicologische, traumatologische en propedeutische, aanvullende electrocardiografie, trainingsleer, psychologie en sociologie. Het nieuwe programma is bestemd voor een speciale licentie, met andere woorden het is een academisch diploma gebleven, bestemd voor geneesheren met deeltijdse interesse

voor de sport.

Het is immers zo dat de sportgeneeskunde in ons land slechts bij uitzondering full-time beoefend wordt en haast altijd wordt gecombineerd met een huisartspraktijk of een bepaalde medische specialiteit. Onderhandelingen over een erkenning als geneesheer-specialist in het kader van de wetgeving op de verzekering tegen ziekte en invaliditeit hebben dan ook steeds onmiddellijk op deze struikelsteen gestuit. Moest het zo zijn dat men in ons land wel tot voltijdse sportartsen komt, dan kan men zich indenken dat hun opleiding eveneens voltijds zal zijn met gedurende een à twee jaren een klinische assistentie in een universitaire sportmedische dienst. In afwachting hiervan is heel wat weg afgelegd en heel wat achterstand achterhaald. Dat er nog veel meer te doen blijft lijdt geen twijfel.

4. Activiteiten van de wetenschappelijke vereniging

De Belgische Geneeskundige Vereniging voor Lichamelijke Opvoeding en Sport (BGVLOS) is het wetenschappelijk organisme dat de sportartsen groepeerd. In de beheerraad zetelen onder meer vetegenwoordigers der universiteiten. Deze vereniging organiseert vier vergaderingen per jaar, geeft haar medewerking aan andere sportgeneeskundige vergaderingen (zoals de Geneeskundige Dagen van Antwerpen), geeft informatie en bestudeert algemene problemen, zoals de bovenvermelde hervorming van de studies van sportgeneeskunde en de professionele aspecten van het uitoefenen van de specialiteit. Zij steunt verder de initiatieven van de medische sportkeuringsdienst van het ministerie van Volksgezondheid voor het organiseren van gespecialiseerde centra, alsook voor het oprichten van een Hoge Raad voor de Sportgeneeskunde die een coördinerend adviesorgaan zou zijn. De BGVLOS is lid van de FIMS (Internationale Vereniging voor Sportgeneeskunde) die 53 nationale verenigingen voor sportgeneeskunde groepeerd en onderhoudt wetenschappelijke contacten met de British Association of Sport and Medicine. Op 29 januari 1977 werd te Leuven

een gemeenschappelijke vergadering gehouden met vertegenwoordigers van de Verenigingen voor Sportgeneeskunde van Nederland en van de Redactieraad 'Geneeskunde en Sport'. Een overzicht van de problemen werd gegeven en besloten werd dat in de toekomst de beide Verenigingen regelmatig zullen vergaderen en samenwerken. Twee wetenschappelijke tijdschriften worden uitgegeven, een in de Nederlandse en een in de Franse taal met de financiële steun van beide ministeries voor Cultuur en van de besturen voor lichamelijke opvoeding, sport en openluchtlevens. Wij hopen met dit schematisch en onvolledig beeld enkele aspecten te hebben belicht en de evolutie van de sportgeneeskunde in ons land duidelijk te hebben gemaakt. Als besluit willen wij stellen dat de openbare machten nog niet voldoende

hebben begrepen hoe belangrijk de rol van de sportgeneeskunde is in de sociale en maatschappelijke gezondheidszorg, in de preventieve geneeskunde en de revalidatie. Als iedereen tot dit besef zal zijn gekomen, zullen de jonge artsen die zich geroepen voelen om de sportgeneeskunde als volwaardige specialiteit te beoefenen, zich totaal kunnen inzetten voor deze boeiende activiteit.

Literatuur

Belgisch Staatsblad Reglementatie Bokswedstrijden: 1. 12-13 juni 1962 bl. 5082- 5083; 2. 9 juli 1962 nr. 163; 3. 26 mei 1965; 4. 23 december 1972.

Cantillon L. C. S. Cultuurraad voor de Nederlandse Cultuurgemeenschap. Voorstel tot decreet van de heer L. Cantillon C.S. betreffende het organiseren van wielervedstrijden voor jongeren van 12 tot 15 jaar. 23 jan. 1976. 1-5

Dirix A. Communicatie in de Sportgeneeskunde. Geneeskundige Dagen Van Antwerpen – 20 sept. 1974.

Dirix A. Sportgeneeskunde in België Geneeskundig Magazine. Nr. 9.7-9 sept. 1976.

Dirix A. Anti-doping onderzoek verricht in 1976 door de Belgische Wielrijders Bond.

Dirix A. en Ostijn M. Het nieuwe Leuvense Curriculum Sportgeneeskunde. Hermes (Leuven) Vol. XI, 1 en 2 1977 77-81.

Dirix A. en Ostijn M. Training of Sports Medicine Specialists at the Belgian Universities. Pan Pacific Congress in Sports Medicine – Singapore. Okt. 10-14 1977.

K. U. Leuven Faculteit der geneeskunde. College roosters 1976-1977 47-48.

Lafortune Fr. De Medische Sportkeuringsdienst van het Ministerie van Volksgezondheid. Geneeskundig Magazine – Sept. 76-no. 9 bl. 12.

Uitspraak Raad van Beroep

Klaagster wilde zwaardere straf

Klaagster verweet de beklagde huisarts dat hij inadequaat en onvoldoende doortastend had gehandeld toen hij eerst telefonisch en nadien bij een visite werd geconfronteerd met een asthmatische ziekte-toestand van de (80-jarige) moeder van klagster die – na opname in een ziekenhuis – nog diezelfde dag aan een vermoedelijke asthma cardiale is overleden.

De Districtsraad oordeelde de klacht gegrond en legde aan de beklagde huisarts de maatregel op van een waarschuwing, daarbij rekening houdende enerzijds met de ernst van de zaak en anderzijds met de omstandigheid dat de beklagde arts een nog maar betrekkelijk geringe ervaring had.

Het beroepschrift van klagster richtte zich niet tegen de door de Districtsraad aangenomen feiten, maar uitsluitend tegen de op grond daarvan aan de beklagde arts opgelegde maatregel

van een waarschuwing. Naar klagsters oordeel gaf de opgelegde maatregel onvoldoende uitdrukking aan het ook door de Districtsraad aan de beklagde arts verweten gebrek aan inzicht in de ernst van het betrokken geval en aan doortastendheid die dat geval voor een arts op grond van de uiterlijke waarneembare verschijnselen had moeten meebrengen. Klager achtte de opgelegde maatregel ongeschikt om herhaling van de aan de beklagde arts verweten nalatigheid te voorkomen. Ten tijde van de behandeling van het beroep had de beklagde huisarts intussen de praktijk neergelegd. De Raad van Beroep verwierp het beroep en bevestigde de uitspraak van de Districtsraad op grond van de overwegingen:

- dat geen van de in artikel 627 van het Huishoudelijk Reglement genoemde maatregelen een verbod inhoudt tot de uitoefening van de

praktijk en geen van deze maatregelen op zichzelf een grotere waarborg geeft dan de andere, dat bij toepassing daarvan in een concreet geval herhaling van de gewraakte handelwijze zal uitblijven;

- dat de door de Districtsraad opgelegde maatregel van een waarschuwing, gelet op de nog beperkte praktijkervaring van de beklagde arts, onder de gegeven omstandigheden passend moest worden geoordeeld;
- dat klager te dien aanzien miskende dat onder de leden van de KNMG de hier bedoelde maatregel in het algemeen als een ernstige terechthijzing wordt opgevat, zodat zonder bijzondere gronden – waarvan in casu niet was gebleken – de vrees niet gewettigd is dat de aan de beklagde arts opgelegde maatregel ongeschikt zou zijn om hem van zijn tekort in het onderhavige geval te doordringen.



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. C. H. van Erk (ondervoorzitter LSV), adviserende leden.

Secretariaat

J. Diepersloot, secretaris-generaal; secretarissen: Drs. P. Brandes, 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 Commissie Geneeskundige Verklaringen, Het Bureau voor Waarneming en Vestiging, De Afdeling Comptabiliteit, Het Ledenregister, De Afdeling Buitenland, De Permanente Commissie Doktersassistenten.

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

Mw. 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. van Boxtel, directiesecretaris.
Telefoon 030-887021 en 885411.

van het centraal bestuur

Jaarverslag van de secretaris over het jaar 1977

Inleiding

Het afgelopen verenigingsjaar is bepaald geen gemakkelijk jaar geweest. Van het Centraal Bestuur en zijn bureau doch ook van de afgevaardigden is meer dan ooit gevergd. Een tweetal extra-ledenvergaderingen, buiten de reglementair voorziene voor- en najaarsvergadering, bleek immers noodzakelijk. Verheugend was het te kunnen constateren, dat juist ook die extra-vergaderingen zich in de belangstelling konden verheugen van zowel de afgevaardigden als van de wetenschappelijke verenigingen. Hierbij bleek bovendien van een belangrijke mate van eenstemmigheid over de op de vergaderingen aan de orde komende onderwerpen. En het betrof bepaald niet alleen van buiten op de LSV afkomende onderwerpen. Die waren er ook, zeker, doch eens en vooral is ook dit jaar de LSV voortgegaan op de door haar reeds eerder ingeslagen wegen, zoals uit dit verslag zal blijken.

De vereniging leeft én haar bestuur weet zich kennelijk door een niet onbelangrijke meerderheid in zijn opvattingen geschraagd. Moge het zo blijven.

Wetsontwerpen Gezondheidszorgvoorzieningen en Gezondheidszorgtarieven

In mijn vorig verslag mocht ik reeds melding maken van het bij de Tweede Kamer indienen door de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid van dit tweetal wetsontwerpen. Wetsontwerpen die de specialisten niet alleen zelf in hun functioneren raken, maar ook van een visie op de gezondheidszorg in haar algemeenheid getuigen en die daarom – zo leek het toen reeds – vanuit de KNMG niet onbeantwoord konden blijven. In maart 1977 zijn de KNMG, de LHV, de LSV en de LAD dan ook naar Den Haag getogen om aan de Vaste Kamercommissie van Volksgezondheid hun bezwaren tegen beide wetsontwerpen uiteen te zetten. De artsorganisaties bleken toen overigens geenszins alleen te staan in hun vaak vernietigende kritiek. Niet alleen andere medewerkersorganisaties doch ook de ziekenfondsen en anderen waren in hun kritiek niet mals. Binnen de KNMG was het van groot belang dat het Hoofdbestuur en de Centrale Besturen van LHV, LSV en LAD ieder voor zich een oordeel hadden gevormd dat op alle essentiële punten volstrekt parallel liep. Collega Sanders wist zich in zijn hoedanigheid van voorzitter der KNMG daardoor gesterkt dan ook als een 'niet te verslane' woordvoerder te manifesteren.

Moesten wij het oorspronkelijk – wij werden immers met beide wetsontwerpen volstrekt overvallen! – bij een uitsluitend negatief commentaar laten, in de loop der maanden is binnen de KNMG hard gewerkt aan een alternatieve benadering van met name het wetsontwerp Gezondheidszorgvoorzieningen. Dit wetsontwerp bestreek immers een terrein 'planning, structurering en ordening' waarop de KNMG in het verleden reeds constructieve ideeën had ontvouwd. Medio 1977 zag aldus de 'Visie van de KNMG en haar Maatschappelijke Verenigingen omtrent een Structuurwetgeving op het gebied van de Gezondheidszorg' het licht. Een visie die weliswaar uiteraard op bestuursniveau was geconcipieerd doch die door alle ledenverga-

deringen bijna in unanimitie werd onderschreven. Deze unanimitie is wederom niet onopgemerkt gebleven. Dit gold zowel voor de media als ook voor de Vaste Kamercommissie. In het op 3 november 1977 verschenen Voorlopig Verslag van die Kamercommissie is bij de inbreng van de diverse fracties dan ook veel uit die 'Visie' terug te vinden. Hoe daarop door de nieuwe bewindslieden zal worden gereageerd moet op het moment dat ik dit schrijf nog worden afgewacht. Als de voortekenen niet bedriegen zal ons werk echter niet tevergeefs zijn geweest.

Met betrekking tot de Tarievenwet blijft de opstelling binnen de KNMG onveranderd afwijzend. Weliswaar worden ook ten aanzien van de door dit wetsontwerp bestreken onderwerpen alternatieve benaderingen bestudeerd doch deze zullen, willen wij ons zelf als beroepsorganisatie niet verloochenen, zó ver van het huidige wetsontwerp blijven liggen dat zij er op geen enkele wijze via amendementen lijken in te passen. Dat met name CDA en VVD in het Voorlopig Verslag over dit wetsontwerp nogal wat 'twijfels' respectievelijk bezwaren hebben geuit, geeft ook op dit terrein wel enig vertrouwen.

Aangezien over de inhoudelijke kant van de diverse bezwaren met betrekking tot beide wetsontwerpen in de loop van 1977 langs velerlei weg zowel van binnen als van buiten de KNMG informatie is gegeven, moge hier worden volstaan met een verwijzing naar Medisch Contact 1977/8 (memoranda) en 1977/28 (Visie).

Regeling-Klein

Reeds lang – de zogenaamde commissie-Smallenbroek heeft er reeds twee rapporten het licht over doen zien – werd bestudeerd hoe voor de in universitaire centra werkzame specialisten tot een meer doorzichtige honoreringsstructuur kon worden gekomen. Staatssecretaris Klein negeerde deze rapporten vrijwel volledig en legde een eigen plan aan de specialisten in de universitaire centra voor. Dit plan, alras 'de regeling-Klein' gedoopt, stuitte bij zijn introductie meteen op forse bezwaren. Een daarvan betrof de wijze van tot stand komen: wederom was, net als bij de hiervoor behandelde wetsontwerpen, van vooroverleg met betrokkenen geen sprake geweest. Een ander was, dat ogenschijnlijk de rechtspositie van betrokkenen zou verbeteren, doch dat in feite ook daar niet of nauwelijks sprake van kon zijn. Het was dan ook nauwelijks verbazingwekkend, dat deze plannen bij de betrokkenen op zeer grote weerstand stuitten en voor de LAD ook aanleiding waren tot de opstelling van een eigen plan.

De LSV heeft zich in 1977 beperkt tot het formeel bestrijden van de regeling-Klein enerzijds en het anderzijds er bij de betrokkenen op aandringen van het formuleren van hetgeen zij in meerderheid voor zich wenselijk achten. Op dit moment is echter de discussie binnen de universitaire kring nog gaande, zodat de LSV zich ook nog niet over een mogelijk alternatief heeft kunnen uitspreken.

Public relations

Ook dit verslagjaar werd het Centraal Bestuur geadviseerd door de PR-Adviesraad, waarin onder meer vier externe deskundigen zitting hebben, en door de 'eigen' Commissie In- en Externe Communicatie (CIEC) die de p.r.-activiteiten voortdurend kritisch evalueert en in het kader daarvan gevraagd en ongevraagd advies uitbrengt. Wat de CIEC betreft heeft het accent vooral gelegen op het stroomlijnen en intensiveren van de interne communicatie; daartoe is bijvoorbeeld de Specialistenbrief voorzien van een nieuwe vormgeving en uitgebreid met een vragenrubriek.

Coördinatie binnen de Domus Medica

Een belangrijke activiteit was ook de informatie naar de eigen leden inzake de wetsontwerpen Voorzieningen en Tarieven Gezondheidszorg. Hierbij bleek een goede coördinatie mogelijk met KNMG, LAD en LHV, hetgeen onder meer resulteerde in

gezamenlijke ledenzendingen. Hetzelfde geldt voor de contacten met overheid, pers en politici inzake deze wetsontwerpen; voorbeelden daarvan zijn de organisatie en begeleiding van de gezamenlijke persconferentie, begeleiding van (radio-)interviews, het verstrekken van informatie aan de leden van de Vaste Commissie van de Volksgezondheid van de Tweede Kamer en de parlementaire pers. Bovendien werd en wordt binnen de Domus Medica in toenemende mate – ad hoc – een beroep op de LSV gedaan inzake p.r.-aangelegenheden.

Interne communicatie

Eveneens zijn in het kader van de interne communicatie de contacten met diverse districten en plaatselijke afdelingen versterkt middels het bijwonen van vergaderingen en het houden van lezingen door CIEC-leden en door de stafmedewerker public relations. Tevens ontvangen nieuwe leden vrijwel onmiddellijk na aanmelding een LSV-informatiemap.

Tijdens het (jaarlijkse) werkweekend van het Centraal Bestuur in september 1977 zijn de ondernomen p.r.-activiteiten geëvalueerd. Tevens is bij die gelegenheid een beleidslijn uitgestippeld voor de p.r.-activiteiten op korte en middellange termijn, waarbij onder meer is uitgesproken dat onderzoek inzake de interne communicatie met voorrang zal worden uitgevoerd.

De interne communicatie zal – mede op basis van gegevens uit eigen onderzoek onder LSV-leden – worden geoptimaliseerd.

Externe communicatie

Ook de externe public relations kregen ruime aandacht. De contacten met de pers zijn verder uitgediept. Naast het geven van schriftelijke informatie aan de pers zijn diverse interviews gearrangeerd met journalisten, radio- en televisieverslaggevers. Vermeldenswaard is hierbij ook dat enkele wetenschappelijke verenigingen zich tot de LSV wendden voor begeleiding in de contacten met publiciteitsmedia. Eveneens is meer aandacht besteed aan andere externe doelgroepen, zoals de (wetenschappelijke) bureaus van politieke partijen, Kamerleden en organisaties in de gezondheidszorg. Bovendien komt het in toenemende mate voor dat leden van het Centraal Bestuur namens de LSV inleidingen houden of zich middels publikaties tot 'de buitenwereld' wenden.

In de loop van 1978 zullen de contacten met de publiciteitsmedia nog meer geïntensiveerd worden.

Ziekenhuis- en stafaangelegenheden

Wegens drukke werkzaamheden zag collega A. J. Simons zich genooddaakt per 1 oktober van dit jaar zijn functie als hoofd van het departement ziekenhuis- en stafaangelegenheden neer te leggen. Collega Dr. D. J. van Dijk is hem per die datum opgevolgd. Collega A. J. Simons bleef lid van het Centraal Bestuur en blijft als zodanig bemoeienis houden met de intercollegiale toetsing.

Modelcontract en stafreglement

Begin 1977 kwam de gemeenschappelijke Contractencommissie van de LSV en de NZR tot overeenstemming over de definitieve modellen van een contract tussen specialist en ziekenhuis (arts-out contract) en een daarbij behorend stafreglement. In het modelcontract en het stafreglement zijn de rechten en de plichten vastgelegd tussen ziekenhuis, specialist en specialisten onderling. Deze modellen zijn in april 1977 in brochurevorm aan de specialisten ter beschikking gesteld. Met deze modellen is aan de specialisten en de ziekenhuizen een gemeenschappelijk uitgangspunt uitgereikt dat kan worden gehanteerd bij het opstellen van een in beginsel uniform contract en een stafreglement in het ziekenhuis. Het kan uiteraard niet zo zijn dat deze modellen zonder meer in de plaats treden van bestaande contracten en reglementen. In hoeverre deze modellen op plaatselijke situaties toepasbaar zijn, staat primair aan de betrokken specialisten en

hun staf enerzijds en bestuur en directie anderzijds ter beoordeling.

Het Centraal Bestuur heeft tot zijn voldoening geconstateerd dat deze modellen in een duidelijke behoefte voorzien, waarbij dient te worden gesteld dat tot op heden het aantal door het bureau der LSV in overleg met het bureau van de NZR te behandelen interpretatieproblemen zeer gering in aantal zijn. Het verdient overigens aanbeveling alvorens een toelatingscontract met een ziekenhuis te sluiten deze overeenkomst ter visie voor te leggen aan het bureau der LSV.

Rapport Relatie Bestuur, Directie en Medische Staf

De ledenvergadering heeft in april van dit jaar met veel waardering kennis genomen van het rapport Relatie Bestuur, Directie en Medische Staf van de gelijknamige taakgroep, die in 1971 werd ingesteld door het Centraal Bestuur der LSV. Dit rapport verduidelijkt het samenspel tussen directie en medische staf, medische staf en bestuur, en medische staf en andere werkers in de ziekenhuizen, alsmede de bedrijfsmatige en medisch-professionele consequenties ervan.

De taakgroep heeft de verscheidenheid van opvattingen als uitgangspunt genomen en onderzocht hoe de bestaande verschillen van opvattingen verhelderd en onderling vergelijkbaar gemaakt kunnen worden. De probleemstelling werd benaderd via een modellenstudie. De structuur van de leiding van het Nederlandse algemene ziekenhuis toont een mengeling van elementen, die elk afzonderlijk in de diverse modellen in een meer consistente samenhang zijn weergegeven. De taakgroep spreekt zich niet uit voor één bepaald model, maar meent dat de problematiek die zich bij pogingen tot het opstellen van een samenwerkingsstatuut voor bestuur, directie en medische staf zal voordoen doorzichtiger en daardoor gemakkelijk bespreekbaar is geworden. Eventuele wenselijk geachte structurele veranderingen zijn slechts met grote omzichtigheid en meestal alleen via de wegen der geleidelijkheid te verwezenlijken, aldus deze taakgroep.

Modelstatuut Algemeen Ziekenhuis

De taakgroep Relatie Bestuur, Directie en Medische Staf rapporteerde over verschillende modellen van samenwerking. In nauwe relatie met dit rapport staat het onder auspiciën van de LSV door de Haagse Interstafraad geconcipeerde modelstatuut voor een instelling die een algemeen ziekenhuis exploiteert. Dit model is gebaseerd op het zogeheten Raad van Commissarissen-model, volgens welk model door de directie een centrale plaats wordt ingenomen. Wanneer men voor dit ene model kiest, is het mogelijk zulks op een adequate wijze in de statuten van de instelling of vereniging die het ziekenhuis beheert te regelen.

Het Centraal Bestuur is met de Haagse Interstafraad van mening, dat het aanbeveling verdient de positie van de medische staf niet alleen middels een aan het contract ziekenhuis/specialist verbonden stafreglement te regelen, doch ook in de statuten van het ziekenhuis te verankeren. Dit betekent echter niet dat het Centraal Bestuur zich voor een model kan uitspreken dat op alle denkbare situaties toepasbaar is. Voor die keuze kan de rapportage van de hiervoor vermelde taakgroep verhelderend werken. Overigens is het Centraal Bestuur van gevoelen dat voor het maken van een juiste keuze alle mogelijke vormen helder voor ogen dienen te staan. In dit licht zij vermeld dat het Centraal Bestuur thans doende is ook het Raad van Beheer-model uit te werken op een analoge wijze als met het Raad van Commissarissen-model door de Haagse Interstafraad is geschied. Dit ondanks het feit dat het modelstatuut een alleszins aanvaardbaar uitgangspunt wordt geacht voor verdere besprekingen met in het bijzonder de NZR over de juridische complicaties van het Raad van Commissarissen-model.

Zowel het rapport van de taakgroep Relatie Bestuur, Directie en Medische Staf als het Modelstatuut Algemeen Ziekenhuis zijn besproken op de bijeenkomst van het Centraal bestuur met de stafcorrespondenten op 10 september jl. Daarbij bleek dat ook deze rapporten duidelijk in een behoefte voorzien, doch dat bij een aantal medische staven nadere studie nog is vereist.

Beheersing en afremming functie-uitbreiding

In het vorige jaarverslag werd gewag gemaakt van de door staatssecretaris Hendriks in september 1976 getroffen maatregel tot bevrozing van de specialistische functies in algemene ziekenhuizen en van de eind 1976 door de LSV tegen deze maatregel geuite bezwaren.

Op 3 maart 1977 werden er door het departement concept-toetsingscriteria aan de LSV en de andere betrokken organisaties gezonden met het verzoek hierop commentaar te leveren en dit commentaar in een gezamenlijk gesprek in te brengen. De LSV reageerde op deze concept-toetsingscriteria met een discussienota, welke op 18 mei 1977 werd toegezonden. De Sectie Ziekenhuizen van de NZR zond een reactie op 13 juni 1977. Daarna heeft de LSV met de NZR overleg gepleegd, hetgeen heeft geleid tot het gezamenlijk opstellen van een memorandum terzake, dat aan de staatssecretaris ter kennis is gebracht. Hierop is medio september ten departemente een gesprek gevolgd, waarbij zijdens het departement een nieuwe andere nota met toetsingscriteria is toegezegd, welke eind oktober is ontvangen. Eveneens is de toezegging gedaan dat hierover overleg met LSV en NZR zal plaatsvinden. De LSV heeft vervolgens gezien hoe in nauw overleg met van de NZR hierop zou dienen te worden gereageerd. Een en ander heeft ertoe geleid dat de LSV in januari 1978 een aantal in overleg met de NZR opgestelde kanttekeningen aan het departement heeft gezonden.

Stafaangelegenheden

Commissie Ziekenhuisstaven

De commissie Ziekenhuisstaven heeft het afgelopen jaar op verschillende gebieden activiteiten ontplooid. De commissie, onderverdeeld in de zogenaamde Stuurgroep en een aantal taakgroepen die elk een bepaald onderwerp bestuderen, heeft dit jaar een studiedag georganiseerd die nagenoeg volledig gewijd was aan het bovengenoemde Modelstatuut Algemeen Ziekenhuis en het rapport van de taakgroep Relatie Bestuur, Directie en Medische Staf. Het blijkt dat er veel belangstelling voor deze studiedagen is, die doorgaans op een zaterdag worden gehouden. De activiteiten van de taakgroepen zijn begeleid door de Stuurgroep.

Begeleidingscommissie Intercollegiale Toetsing

Als vervolg op het in 1976 door een Gemeenschappelijke Commissie van de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen en de LSV opgestelde rapport Intercollegiale Toetsing in Algemene Ziekenhuizen is de Begeleidingscommissie Intercollegiale Toetsing (BIT) ingesteld. Deze commissie, die ultimo juni 1977 van start is gegaan, is samengesteld uit stafspecialisten, ziekenhuisdirecteuren en andere deskundigen. De bedoeling is dat de BIT het vacuüm opvult zolang het Centraal Begeleidings Orgaan nog niet functioneert. Zij heeft zich middels een schrijven tot de medische staven gewend en haar bereidheid uitgesproken om adviezen te geven met betrekking tot de praktijk en de organisatie van de intercollegiale toetsing. Het is verheugend te constateren dat een groot aantal specialisten uit den lande reeds een beroep heeft gedaan op de deskundigheid van de leden van deze commissie. Hieruit blijkt duidelijk dat de behoefte aan goed gestructureerde permanente centrale begeleiding van de intercollegiale toetsing zich steeds sterker doet gevoelen.

Naast een adviserende taak heeft deze commissie ook een stimulerende taak. In dit kader zij vermeld dat de BIT thans doende is in het voorjaar van 1978 een 'workshop' te organiseren waarvoor onder meer Dr. Thomas H. Ainsworth uit Chicago is uitgenodigd. Met deze 'workshop' wordt beoogd het aantal deskundigen dat geveerd is in de intercollegiale toetsing en met name de praktische toepassing daarvan uit te breiden.

Centraal Begeleidings Orgaan der Intercollegiale Toetsing

Met betrekking tot het Centraal Begeleidings Orgaan (CBO) kunnen de volgende ontwikkelingen worden vermeld:

Een gespreksgroep, waarin vertegenwoordigers van de LSV, de NZR en de Geneeskundige Vereniging zitting hebben, heeft thans in een eerste notitie een nadere uitwerking gegeven van de structuur en de financiering van het CBO, zoals die in het rapport Intercollegiale Toetsing in Algemene Ziekenhuizen uit 1976 is aangegeven. Het Centraal Bestuur hoopt dat, nu de besturen van bovengenoemde instanties zich met deze notitie akkoord hebben verklaard, het CBO in 1978 zal kunnen gaan functioneren. Thans is de gespreksgroep doende informatieve gesprekken over de structuur en de financiering van het CBO te voeren met vertegenwoordigers van de overheid en de financiers. De structuur van het CBO wordt door deze gespreksgroep als volgt gezien:

1. Een Raad van Bestuur, waarin in ieder geval vertegenwoordigd: professie, ziekenhuiswereld, overheid en financiers. Deze raad zal onder meer de volgende taken krijgen: vaststelling begroting en jaarstukken; goedkeuring jaarlijks op te stellen programma; algemeen toezicht op het functioneren van het orgaan; benoeming van de belangrijkste functionarissen.
2. Een Wetenschappelijke Raad, waarin in ieder geval de rompspecialismen vertegenwoordigd zijn, met name de Chirurgie, de Interne Geneeskunde, de Neurologie en Psychiatrie en de Gynaecologie en Obstetrie, terwijl de overige specialismen bij toerbeurt wanneer daartoe aanleiding bestaat in de raad kunnen worden uitgenodigd. Voorgesteld is deze raad te doen voorzitten door een full-time klinicus met een lange ervaring op het terrein van de intramurale geneeskunde, gesteund door twee vice-voorzitters, waarbij het van belang kan zijn de directeur van het bureau een van de vice-voorzitters te doen zijn. De taak van de raad omvat de volgende elementen: het waken voor het wetenschappelijk niveau van de intercollegiale toetsing in overleg en in nauwe samenwerking met het bureau; het richting geven aan de toetsingsactiviteiten; en het tezamen met het bureau operationaliseren van de IT (stimuleren tot en tot stand brengen van criteria die zowel een landelijk als lokaal karakter hebben).
3. Het bureau dat de feitelijke taken van het CBO zal vervullen. Het onderhouden van de dagelijkse contacten met het veld en het van daaruit stimulerend en inspirerend werken ten aanzien van het toetsingsgebeuren zal daarbij zeer belangrijk zijn. Het bureau dient te worden beschouwd als het snijpunt van activiteiten tussen de Wetenschappelijke Raad enerzijds en de periferie anderzijds. De leiding van het bureau dient in handen te zijn van de directeur, zijnde een full-time deskundige op het terrein van de IT.

Commissie Beroepsaansprakelijkheid

Naar aanleiding van de inhoud van het in mei 1974 door de Nederlandse Anaesthesisten Vereniging (NAV) uitgebrachte rapport 'De beroepsverantwoordelijkheid en de aansprakelijkheid van de anaesthesist' is door het Centraal Bestuur der LSV een studietoetsing ingesteld, bestaande uit medici en juristen. Deze commissie Beroepsaansprakelijkheid Specialist, die onder voorzitterschap van collega C. H. van Erk in maart van dit jaar haar werkzaamheden is begonnen, heeft als taak gekregen: een omschrijving te geven van de verantwoordelijkheid van de specialist en de daaruit voortvloeiende juridische aansprakelijkheid, waarbij duidelijk zal moeten worden aangegeven in hoeverre de verantwoordelijkheid van de individuele specialist wordt beïnvloed door het werken in een team van specialisten. De commissie heeft haar taakopdracht in dier voege geïnterpreteerd dat zij tracht aan te geven op welke wijze en op welke voorwaarden de onderscheiden specialisten verantwoord handelen. Onder het begrip 'verantwoord handelen' wordt door de commissie verstaan het scheppen van voorwaarden en omstandigheden waardoor fouten kunnen worden voorkomen en deswege aansprakelijkheid kan worden vermeden. De commissie is thans doende in algemene zin de normen te formuleren aan de hand waarvan verantwoord handelen kan geschieden. Deze normen hebben onder meer betrekking op de besluitvorming (individueel en in teamverband), de apparatuur, de hulpmiddelen en de verslaglegging.

Het is het Centraal Bestuur gebleken dat in den lande aan deze normen veel behoefte bestaat. Het Centraal Bestuur verwacht veel van deze commissie en ziet met enig ongeduld naar haar rapportage uit. Deze rapportage zal uiteraard in een ledenvergadering aan de orde komen.

Taakgroep Interstafraad

Het ligt in het voornemen van de Taakgroep Interstafraad op korte termijn een notitie het licht te doen zien welke betrekking zal hebben op de positie van de specialist bij sluiting van ziekenhuizen. Dit als vervolg op de eveneens door de Taakgroep Interstafraad in het jaar 1976 opgestelde notitie die betrekking heeft op de materiële positie van de specialist bij een fusie van ziekenhuizen (*vide* Medisch Contact 1976/38).

De vele complexe problemen inherent aan een ziekenhuissluiting zijn er de oorzaak van dat de taakgroep eerst binnenkort haar notitie inzake de positie van de vrijgevestigde specialist bij sluiting van ziekenhuizen kan uitbrengen. Het Centraal Bestuur streeft ernaar deze notitie nog dit jaar aan de ledenvergadering aan te bieden. Wanneer echter de LSV eenmaal deze sluitingsnotitie zal hebben uitgebracht, is het van belang dat zij met de Nationale Ziekenhuusraad tracht te komen tot een aantal gedragsregels in de geest van de SER-fusiegedragsregels. Deze zouden dan kunnen worden gehanteerd bij sluiting van een ziekenhuis.

Sluiting van ziekenhuizen

In het kader van de sluiting van ziekenhuizen is het wetsontwerp 13976 tot wijziging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen van belang. Dit thans bij de Eerste Kamer liggende wetsontwerp bevat bevoegdheden voor de minister van Volksgezondheid tot sluiting van ziekenhuizen of delen daarvan.

Gezien de zeer grote belangen welke bij de sluiting van ziekenhuizen aan de orde zijn, is het Centraal Bestuur tezamen met het hoofdbestuur der KNMG van opvatting dat tot deze ingrijpende maatregel niet mag worden overgegaan voordat aan een aantal voorwaarden is voldaan. Een van deze voorwaarden is dat de betrokkenen, dus ook de medische staf, voldoende gelegenheid dienen te krijgen om hun oordeel omtrent een op handen zijnde sluiting kenbaar te maken. Voorts zullen de organisaties van ziekenhuismedewerkers dienen te worden betrokken bij de voorbereiding van een algemene maatregel van bestuur inzake het Saneringsfonds. Het is verheugend te kunnen constateren dat uit de Memorie van Toelichting op de Rijksbegroting 1978 van het Departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne de intentie spreekt dat dit ook inderdaad zal gebeuren. Het Centraal Bestuur ziet met belangstelling deze algemene maatregel van bestuur tegemoet, omdat vooralsnog weinig duidelijk is in hoeverre aan de specialist die ten gevolge van een sluiting schade lijdt welke redelijkerwijs niet of niet geheel te zijnen laste behoort te blijven een naar billijkheid te bepalen schadevergoeding zal worden toegekend.

Toetsing aangewende middelen

De commissie Toetsing Aangewende Middelen (TAM), die tot taak heeft te bestuderen hoe de medische staven in samenwerking met de andere disciplines in het ziekenhuis van de hun ter beschikking staande personele, ruimtelijke en instrumentele ziekenhuismiddelen een zo juist mogelijk en optimaal gebruik maken en op welke wijze dit gebruik dient te worden getoetst ('utilization review'), heeft eind 1976 een zogenaamde 'Eerste Verkenning' aan het Centraal Bestuur uitgebracht.

Het Centraal Bestuur heeft de Commissie verzocht deze 'Eerste Verkenning' als basis te gebruiken voor een rapport, waarin in het bijzonder de verhouding tussen de intercollegiale toetsing en de TAM dient te worden geëxpliciteerd. Het is evident dat de grenzen tussen de IT en de TAM niet goed te trekken zijn. De IT houdt zich bezig met de bestudering van het individuele medisch handelen, het doeltreffend en goed handelen. Dit medisch handelen heeft nog een ander aspect, namelijk het aspect van het doelmatig goed handelen, d.w.z. de bestudering van de toepassing der middelen welke gebruikt zijn om het gestelde doel te

bereiken; dit aspect kan de TAM genoemd worden. De commissie is thans doende de laatste hand te leggen aan het concept van dit rapport.

Relatie huisarts-specialist

Er bestaat een tendens tot versterking van het eerste echelon en verschuiving van klinische naar poliklinische behandeling. De noodzaak tot een goede samenwerking tussen huisarts en specialist wordt daardoor extra onderstreept. Op verschillende plaatsen heeft dit al geleid tot initiatieven van huisartsen en specialisten om tot een intensivering van de samenwerking te komen.

Inhakend op deze ontwikkeling formeerden de centrale besturen der LSV en LHV gezamenlijk een werkgroep Relatie Huisarts-Specialist (eerste en tweede echelon), die medio november met haar werkzaamheden is begonnen. De taak van de werkgroep luidt: te inventariseren wat thans in den lande met betrekking tot het intensiveren van de samenwerking huisarts-specialist geschiedt; na te gaan welke aanbevelingen aan huisartsen en specialisten gedaan kunnen worden ten einde een optimale samenwerking te realiseren, daarbij uitgaande van de wens tot versterking van het eerste echelon en intensivering van de poliklinische behandeling. Het Centraal Bestuur verwacht dat de werkgroep medio 1978 een eerste interim-rapportage zal uitbrengen.

Taakgroep Relatie Specialist-Verpleegkundige

De Taakgroep Relatie Specialist-Verpleegkundige heeft conform haar taakopdracht getracht de in de relatie specialist-verpleegkundige hier en daar voorkomende knelpunten op te sporen en is thans doende om in een rapportage onder meer wegen aan te geven waarlangs deze knelpunten zouden kunnen worden opgelost. De samenwerking specialist-verpleegkundige zou meer gestructureerd moeten verlopen, waarbij een open communicatie over en weer een eerste vereiste is.

Rapport buitenpoliklinieken

Het rapport van de Commissie Buitenpoliklinieken, dat in 1976 aan het Centraal Bestuur werd uitgebracht en in Medisch Contact 1976/48 werd gepubliceerd, heeft in het verslagjaar tot een aantal reacties geleid vanuit de professie en vanuit diverse organisaties in de gezondheidszorg. De commissie kwam in haar rapport onder meer tot de conclusie dat zij geen uitgesproken voorstander is van oprichting van buitenpoliklinieken, doch dat wanneer de noodzaak daartoe aanwezig lijkt een goede samenwerking met een ziekenhuis en de medische staf uit dat ziekenhuis een conditio sine qua non is.

Het Centraal Bestuur is voornemens in 1978 een afgerond advies over de buitenpolikliniekproblematiek op te stellen en aan de ledenvergadering aan te bieden. Overigens is genoemd rapport ook gezonden aan alle wetenschappelijke verenigingen met het verzoek om commentaar.

De relatie met de Sectie Algemene Ziekenhuizen der Geneeskundige Vereniging

De contacten die er in het afgelopen jaar tussen de Landelijke Specialisten Vereniging en de Geneeskundige Vereniging zijn geweest kenmerkten zich door een plezierige en collegiale sfeer. Zij hebben in het teken gestaan van onderwerpen als het modelcontract LSV/NZR, het Modelstatuut Algemeen Ziekenhuis, de relatie bestuur, directie en medische staf.

Aangezien de Geneeskundige Vereniging (GV) is opgegaan in een groter geheel, te weten het Centrum van Ziekenhuisdirecteuren, wordt thans bezien in hoeverre het overleg LSV-GV kan worden geconverteerd in een overleg LSV-Centrum van Ziekenhuisdirecteuren.

Relatie met de Nationale Ziekenhuis Raad

Voorzittersoverleg. De periodieke besprekingen in het zogeheten voorzittersoverleg, waaraan behalve de LSV en de Sectie Ziekenhuizen van de NZR ook de LAD deelneemt, hebben ook dit jaar – eenmaal in de twee maanden – plaatsgevonden. Tijdens dit overleg, dat wordt gekenmerkt door een goede sfeer, zijn

onder meer de volgende onderwerpen veelvuldig en uitvoerig ter discussie geweest: model-arts-outcontract en modelreglement medische staf; follow-up van de intercollegiale toetsing; beheersing en afremming functie-uitbreiding; financiële consequenties CAO met betrekking tot assistent-geneeskundigen; en beheersstructuur van ziekenhuizen. Het Centraal Bestuur is gelukkig met het feit dat in dit overleg voortdurend wordt gepoogd voor de problemen zoveel als mogelijk gemeenschappelijke oplossingen te zoeken.

Deelname aan NZR-werkgroepen. Uit de werkgroepen waarin de LSV op verzoek van de NZR participeerde c.q. participeert kan het volgende worden gemeld:

– werkgroep Relatie Ziekenhuis-Verpleegtehuis. Medio 1977 heeft deze in 1974 geformeerde werkgroep gerapporteerd aan de besturen van de KNMG en de NZR. Afgezien van een aantal ondergeschikte punten zijn de in dit rapport vervatte aanbevelingen ter verbetering van de relatie ziekenhuis-verpleegtehuis volledig door beide organisaties overgenomen. Het is de bedoeling dit rapport op ruime schaal te verspreiden met vermelding van de mogelijke acties ter uitvoering van de aanbevelingen in de praktijk;

– werkgroep Kwaliteit en Doelmatigheid. Deze werkgroep, die de methodes bestudeert waarmee tot een kwaliteits- en doelmatigheidscontrole kan worden gekomen, zal met medewerking van het Nationaal Ziekenhuis Instituut nieuw leven worden ingeblazen. Dit instituut zal gegevens en materiaal leveren met behulp waarvan de werkgroep, die dan zal gaan optreden als een begeleidingscommissie, een inventarisatie kan maken van de voorwaarden en middelen die een kwalitatief optimaal functioneren van diverse activiteiten en schakelprocessen in het ziekenhuis mogelijk moeten maken.

– werkgroep Wachtassistentie. Deze werkgroep, waarin naast de NZR de Geneeskundige Vereniging ter Bevordering van het Ziekenhuiswezen, de LAD en de LSV participeren, zal naar verwacht mag worden binnenkort haar eindrapport aan het bestuur van de Sectie Ziekenhuizen van de NZR aanbieden. Zeker is, dat de in dit rapport gehanteerde methodiek meer recht doet aan de feitelijke behoefte dan de van oudsher niet te onderbouwen huidige norm van 1 assistent per 100 bedden.

Commissie Specialisten in Dienstverband

Op 16 oktober 1976 is door de ledenvergadering een zeer belangrijk besluit genomen inzake een wijziging van het lidmaatschaps-criterium. Dit heeft ertoe geleid dat per 1 januari 1977 binnen de LSV-'nieuwe stijl' al die leden der KNMG verenigd zijn die in het register van erkende specialisten ingeschreven zijn, ongeacht of zij in dienstverband dan wel als vrije beroepsbeoefenaar werkzaam zijn. De specifieke belangenbehartiging direct verband houdend met het dienstverband blijft geschieden door de LAD, terwijl onderwerpen inzake het functioneren door een aparte commissie – de commissie Specialisten in Dienstverband (SID) – worden behandeld.

Het belangrijkste onderwerp dat deze commissie – in april van dit jaar – ter hand heeft genomen is het opstellen van het professioneel statuut voor de specialisten in dienstverband. Daarbij gold als uitgangspunt, dat er geen verschil mag bestaan in het medisch functioneren tussen vrijgevestigde specialisten en collegae in dienstverband. Voor de vrijgevestigde specialist zijn in dit kader normen vastgelegd in het modelcontract en modelstafreglement LSV/NZR. De commissie heeft in oktober een concept-Professioneel Statuut uitgebracht.

Aangezien dit statuut betrekking heeft op het medisch specialistisch functioneren, heeft het Centraal Bestuur een extra-ledenvergadering op 15 december uitgeschreven ten einde het oordeel van de leden te vernemen over dit statuut, dat grotendeels is geënt op onderdelen uit het modelcontract en modelstafreglement waarover de ledenvergadering zich destijds eveneens heeft uitgesproken. De ledenvergadering heeft aan dit statuut een positief advies gehecht. Gesteund door dit advies zullen de LSV en de LAD gezamenlijk in overleg treden met de Sectie Ziekenhuizen van de Nationale Ziekenhuis Raad.

De bedoeling is dat het Professioneel Statuut door de LAD – de LSV is geen contractspartner – bij de onderhandelingen over de CAO voor het ziekenhuiswezen 1978 wordt ingebracht om het aan deze CAO te kunnen hechten. Daardoor krijgt het professioneel statuut een formele status.

Het Centraal Bestuur is ad interim voorzitter collega K. Visser bijzonder erkentelijk voor zijn voortvarende en bezielende leiding van de Commissie SID. Vooral daardoor is het mogelijk geweest dat de Commissie SID in een korte spanne tijds een gedegen concept voor een professioneel statuut kon uitbrengen. Per 1 januari 1978 is collega K. Visser als voorzitter van de Commissie SID opgevolgd door collega B. K. Bootsma, cardioloog.

Tariefzaken

PGGM-regeling assistent-geneeskundigen

Na een enigszins verwarrende historie – in 1970 beslist het Pensioenfonds voor de Gezondheid, Geestelijke en Maatschappelijke Belangen (PGGM) dat arts-assistenten in opleiding niet verplicht onder de PGGM-regeling vallen, in juni 1972 besluit het PGGM dat arts-assistenten in opleiding wel verplicht onder de PGGM-regeling vallen, en in september 1972 schort het PGGM haar in juni genomen besluit op zodat arts-assistenten in opleiding niet verplicht onder de PGGM-regeling vallen – deelt het PGGM in oktober 1977 mee het bovengenoemde opschortingsbesluit in te trekken, zodat arts-assistenten in opleiding nu weer wel verplicht aan de PGGM-regeling dienen deel te nemen. Hoewel gezien de historie een wijziging van dit laatste besluit niet onmogelijk zou lijken, hebben wij in een gesprek dat onlangs heeft plaatsgevonden van het PGGM te horen gekregen dat dit besluit van het PGGM nu definitief zou zijn.

De LAD en de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen (LVAG) als onmiddellijk belanghebbenden, hebben zich na juridisch advies terzake te hebben ingewonnen tot de minister van Sociale Zaken gewend. Ook het Centraal Bestuur der LSV vindt de handelwijze van het PGGM volstrekt onbegrijpelijk. Immers:

de rapportage van de commissie-Rang, die zou worden afgewacht alvorens een wijziging in de verplichtstellingsbeschikking zou plaatsvinden c.q. worden geëffectueerd, heeft nog niet plaatsgevonden; een nader overleg terzake tussen betrokkenen heeft evenmin plaatsgevonden, hoewel dit destijds wel was afgesproken; de lasten die de regeling voor de assistent-geneeskundigen, die veelal minder dan vijf jaar deelnemer zullen zijn, met zich brengt zijn onevenredig zwaar ten opzichte van de mogelijke baten; de premie wordt geïndexeerd geheven, terwijl men bij een deelname van minder dan vijf jaar slechts een nominaal pensioen opbouwt.

Overigens kan er ten deze melding van worden gemaakt dat ook de NZR de ziekenhuizen adviseert de desbetreffende assistenten nog niet bij het PGGM aan te melden, aangezien de financiering niet geregeld is. Mochten er niettemin ziekenhuizen zijn die zich niet aan dit advies conformeren, dan is de LSV van mening dat de lasten in geen geval bij de specialisten in rekening kunnen worden gebracht.

Commissie Praktijkoverdracht

Deze commissie, die naar wegen zocht om conform de preambule van het modelcontract het stelsel van overnamesommen bij praktijkoverdracht te beëindigen, is in het voorjaar van 1977 tot een tweede interimrapportage gekomen. In dit interimrapport worden de volgende aanbevelingen gedaan:

1. de uitkoop van praktijken die daarvoor in aanmerking komen zou moeten plaatsvinden volgens de normen van de KNMG;
2. de gelden die voor de uitkoop benodigd zijn zouden moeten komen uit een fonds waaraan wordt bijgedragen door: a. de specialist, die het iets waard moet zijn wanneer hem de zekerheid wordt geboden dat hij te zijner tijd zijn goodwill kan realiseren; b. het ziekenhuis, dat als voorstander van het afschaffen van de praktijkoverdracht bereid is een bijdrage te

leveren. Tevens wordt aangegeven dat via een gunstige fiscale regeling zou kunnen worden bereikt dat de lasten voor contribuanten op een aanvaardbaar niveau zullen liggen, alsmede dat bij uitkoop – via het bijzondere tarief – de opbrengst niet groten-deels wordt wegbelast.

Zowel de NZR als de LSV, kennis genomen hebbende van deze rapportage, lieten weten in beginsel positief tegenover de in het rapport neergelegde gedachtegang te staan. De commissie werd dan ook gevraagd om een nadere uitwerking te geven aan de in het rapport neergelegde gedachtegang en tevens te sonderen bij de overheid in hoeverre fiscale maatregelen mogelijk zijn.

Contactcentrum Vrije Beroepen

Het Contactcentrum Vrije Beroepen (CVB), waarin de LSV samen met andere organisaties van vrije beroepsbeoefenaren over hen gezamenlijk regarderende belangen en problemen overleg pleegt, heeft zich het afgelopen jaar intensief beziggehouden met de Wet openbaarheid van inkomens en de door de regering gevoerde prijspolitiek. De intensivering van gegevens in dit contactcentrum is voor onze organisatie reeds van belang gebleken.

Kontaktcommissie Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars

De contacten met de particuliere ziektekostenverzekeraars hebben zich in 1977 gecontinueerd. Naast de lopende onderwerpen die in de periodieke ontmoetingen met de Kontaktcommissie Landelijke Organisaties van Ziektekostenverzekeraars (KLOZ) aan de orde komen, zoals de cardiochirurgie in het buitenland, de beide wetsontwerpen Gezondheidszorgvoorzieningen en Gezondheidszorgtarieven en de presentatie van de gegevens van de Stichting KLOZ Informatie Systeem Gezondheidszorg (KISG), was en is de LSV voornemens met de KLOZ tot een inhoudelijk gesprek te komen. Deze intentie van de LSV blijkt onder andere uit het feit dat zij heeft bepleit dat de KLOZ als waarnemer toegang kreeg tot de Permanente Begeleidingscommissie Ziekenhuispoliklinieken en dat zij zich heeft beijverd om het mogelijk te maken dat de KLOZ zich te zijner tijd kan ontwikkelen tot een volwaardig partner binnen de Stichting Informatiecentrum Gezondheidszorg (SIG).

Teleurstellend was het, te moeten ervaren dat het belang van de gezondheidszorg voor de KLOZ niet op de eerste plaats lijkt te komen, hetgeen zou kunnen worden afgeleid uit de positieve opstelling van de KLOZ tegenover het wetsontwerp Gezondheidszorgtarieven en uit het feit dat de KLOZ zich niet kon vinden in de door LSV, VNZ en NZR ontworpen interimregeling voor 1977 ten behoeve van de doorberekening van de meerkosten voortvloeiend uit de inwerkingtreding van de CAO.

Particuliere honoraria

A. Aanpassing per 1 april 1977. De aanpassing per 1 april 1977 was een afrekening van het jaar 1976. De richtlijnen werden opnieuw gewaarmerkt door de minister van Economische Zaken en zullen in de toekomst als basis worden gebruikt voor verdere aanpassingen.

B. Enquête ten behoeve van de aanpassing van de particuliere honoraria ultimo 1977. Voor een verdere aanpassing van de particuliere honoraria in de loop van 1977 verlangde Economische Zaken een aantal gegevens, zoals de kosten en omzetten van specialistenpraktijken. Daartoe moest onder een achttal specialismen (Interne, Pediatrie, Gynaecologie, Orthopaedie, Psychiatrie, Dermatologie, Oogheekunde en Radiologie) een enquête worden gehouden met een totale steekproefgrootte van 200 specialisten. De gevraagde gegevens hadden betrekking op: de bruto omzet; de kosten, uitgesplitst naar salariskosten, bijdrage aan het beroepspensioenfonds, afschrijving op goodwill en overige kosten; en de workload.

Met EZ is een vergevorderde overeenstemming over de te volgen aanpassingsmethodiek van de particuliere honoraria. Als uitgangspunt is het rapport-Raven (het Rapport Werkgroep Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren) genomen. In dit rapport wordt uitgegaan van een ambtelijk salaris, dat wordt aangevuld met

bedragen voor een aantal voorzieningen die ambtenaren kennen alsmede met bedragen voor kosten.

Over een paar punten die deel uitmaken van dit algemene uitgangspunt moet nog een beslissing worden genomen, te weten: het beroepsrisico; de pensioenpremie; de back-service en de workload. Zodra ook duidelijkheid is verkregen over deze punten, kan de aanpassing van de specialistenhonoraria op basis van de vorenvermelde methodiek plaatsvinden.

Als gevolg van het prijsbeleid kon in 1977 geen nadere verhoging plaatsvinden. Inmiddels konden in het kader van het door de nieuwe minister te voeren prijsbeleid per 14 februari 1978 de particuliere honoraria met 2½% worden verhoogd. De resultaten van de verdere besprekingen met EZ over de vergelijkingsfiguur zullen mede bepalend zijn voor een mogelijke verdere aanpassing van de particuliere honoraria in 1978.

COZ-problematiek

Ondanks het feit dat per 1 april 1977 de richtlijnen op de particuliere honoraria opnieuw zijn gewaarmerkt en als zodanig wetskracht hebben gekregen, houdt het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) vast aan andere richtlijnen voor onder meer consulten van specialisten in dienstverband ten behoeve van particuliere patiënten, ondanks het feit dat het COZ zelf stelt zich aan bestaande regelingen te conformeren. Met deze opstelling introduceert het COZ in feite in de gezondheidszorg concurrentie-effecten. Van deze effecten is de gezondheidszorg tot nu toe – en dat was een groot goed – verschoond gebleven. De goede verstandhouding tussen de specialisten onderling wordt door deze handelwijze op de tocht gezet, hetgeen de kwaliteit van de gezondheidszorg zeker niet ten goede komt. Tevens zal onrust over de uiteenlopende declaraties onder de patiënten ontstaan. Om aan deze ongewenste situatie een eind te maken heeft het Centraal Bestuur deze kwestie voorgelegd aan VNZ en NZR, beide bestuursparticipanten in het COZ. Tot nu toe heeft dit initiatief nog geen resultaat gehad. Desgevraagd deelde een woordvoerder van de KLOZ mede dat de bestaande situatie de particuliere ziektekostenverzekeraars – eveneens in het COZ-bestuur vertegenwoordigd – geen zorgen baarde. Concluderend kan worden gesteld dat het COZ medisch-professionele inbreng duidelijk mist.

In het voorgenomen wetsontwerp Gezondheidszorgtarieven is overigens hetzelfde euvel te constateren. Het zal duidelijk zijn dat het Centraal Bestuur aan deze ongewenste situatie nu en in de toekomst zwaar tilt, gezien ook de boven geschetste voor de gezondheidszorg kwalijke en dus onaanvaardbare gevolgen.

Ziekenfondshonoraria

Hoogte tarieven. De onderhandelingen tussen de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen en de Landelijke Specialisten Vereniging resulteerden in de volgende verhogingen per 1 januari 1977: voor de kosten-in tarieven 5,89% en voor de kosten-out tarieven 6,97%. In beide percentages is een bijstelling van het pensioenaandeel verwerkt. Deze percentages zijn lager dan zij geweest zouden zijn indien er een volledige doorberekening van de kosten had plaatsgevonden. De LSV is dan ook slechts voorlopig akkoord gegaan met deze overeenkomst en heeft tevens in de overeenkomst laten opnemen dat, mocht alsnog ontheffing van de prijsmaatregel met betrekking tot de kosten-doorberekening verkregen worden, er bijstelling van de tarieven zal plaatsvinden.

Het niet volledig doorberekenen van de kosten is het gevolg van een schrijven d.d. 9 februari 1977 van staatssecretaris Hendriks, die mede namens de minister van Economische Zaken liet weten dat binnen het kader van het door de regering te voeren beleid bij de vaststelling van de ziekenfondstarieven de prijzenbeschikking goederen en diensten 1976 moest worden toegepast. Dit standpunt van de staatssecretaris druist overigens lijnrecht in tegen zijn standpunt, ingenomen in 1974, toen hij erkende dat de medische specialist geen mogelijkheid had om de opgetreden kostenstijgingen middels productiviteitsstijgingen goed te maken. Nadat dit de staatssecretaris met klem onder de aandacht

was gebracht, heeft de bewindsman toegezegd er bij de minister van Economische Zaken op te zullen aandringen de prijzenmaatregel ongedaan te maken, onder voorwaarde dat door de LSV kan worden aangetoond dat circa 30% van de omzet kosten zijn en dat de omzet aansluit bij de ambtelijke vergelijkingsfiguur (schaal 152-153-154). Onder meer op grond van de in samenwerking met het ministerie van Economische Zaken gehouden enquête, waarvan de resultaten erop wijzen dat inderdaad aan deze voorwaarden wordt voldaan, heeft het Centraal Bestuur dan ook stappen ondernomen bij de huidige staatssecretaris, Mw. Mr. Veder-Smit, om de door haar voorganger gedane belofte gestand te doen en te trachten met haar voorspraak te bewerkstelligen dat de minister van Economische Zaken aan de uitermate gerechtvaardigde verlangens van de LSV tegemoetkomt.

Herstructurering tarieven. In het reeds eerder genoemde schrijven d.d. 9 februari 1977 maakte staatssecretaris Hendriks tevens kenbaar dat ingeval er een structurele tariefsaanpassing in de ziekenfondshonorering ter sprake zou komen er overleg met zijn departement zou dienen plaats te vinden.

Toen in september een voorstel inzake technische wijzigingen en aanvullingen op het ziekenfondstarief aan de Ziekenfondsraad werd voorgelegd, maakte de bewindsman bij schrijven d.d. 14 november 1977 kenbaar dat – ook al was er in dit geval geen sprake van een structurele wijziging – de gevolgde gang van zaken zijns inziens ongewenst was en dat overleg met zijn departement over deze overeenkomst op zijn plaats zou zijn alvorens behandeling in de Commissie Overeenkomsten zou plaatsvinden. Daarop is namens alle medewerkersorganisaties door collega H. F. W. Dubois een verklaring in de Ziekenfondsraad afgelegd, die erop neerkomt dat de door de staatssecretaris voorgestelde werkwijze een ondergraving betekent van de positie van de contracterende partijen alsmede van de Ziekenfondsraad en haar commissies.

De staatssecretaris heeft gelukkig zijn voorschriften weer ingetrokken; inmiddels zijn dan ook technische aanvullingen c.q. wijzigingen door de Ziekenfondsraad goedgekeurd.

Honoraria kinderartsen

In het kader van de herstructurering van de tarieven had de LSV samen met de ziekenfondsen een voorstel tot een structurele verhoging van de kinderartsenhonoraria opgesteld. In de ogen van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van de minister van Economische Zaken was de cijfermatige onderbouwing van dit voorstel echter niet voldoende om de ook volgens de ziekenfondsen gerechtvaardigde verhoging van circa 23% te realiseren. Onder andere met het oog op de toenmalige politieke gesteldheid (er werd voor 1 à 2% loonsverhoging gestaakt) wilde men er niet toe overgaan om deze scheefgroei in de tarieven te corrigeren; slechts een tweemaalige extra aanpassing (5% per 1 januari 1977 en 5% per 1 januari 1978) werd toegestaan, de overige 13% was alleen bespreekbaar met nieuw cijfermateriaal.

Deze houding stak schril af tegen de eerder geuite waardering voor het tot dan toe door de LSV gevoerde tarievenbeleid. De LSV heeft immers niet geschroomd om scheefgroei in de tarieven te corrigeren, zeker ook niet wanneer het ging om bijstelling in neerwaartse zin. Dat de leden zich achter het ten deze door het Centraal Bestuur gevoerde beleid scharen, moge blijken uit het feit dat reeds in 1976 de ledenvergadering het tarievenbeleid onderschreef. Dit tarievenbeleid stoelt op drie pijlers, te weten: een ongeveer gelijke honorering van de verschillende specialismen; een bij de verschillende specialismen bij benadering gelijke relatie tussen inspanning en honorering; en een zodanige relatie tussen inspanning en honorering dat de specialisten inkomens kunnen verwerven die te vergelijken zijn met inkomens van vergelijkbare maatschappelijke groeperingen. Echter, de liefde kan niet altijd van een kant komen en daarom schaarde de ledenvergadering van 15 oktober 1977 zich unaniem achter een motie die dan ook uitdrukkelijk bestemd was als ondersteuning van het tarievenbeleid. Deze motie luidt: 'Leden van de LSV, op 15 oktober 1977 te Utrecht in vergadering bijeen,

teleurgesteld over het beleid van de staatssecretaris Volksgezondheid ten aanzien van de ziekenfondshonorering van de kinderartsen, dragen het Centraal Bestuur der LSV op de onderhandelingen hierover te heropenen ten einde te bereiken dat de oorspronkelijk overeengekomen tariefsaanpassing alsnog wordt doorgevoerd; verzoeken het Centraal Bestuur bij onbevredigend resultaat te overwegen tot geëigende stappen over te gaan.'

Permanente Begeleidingscommissie Ziekenhuispoliklinieken

Nadat de Permanente Begeleidingscommissie Ziekenhuispoliklinieken (PBZ) de moeilijkheden die met name de periode onmiddellijk na het van start gaan van de kosten-out regeling kenmerkten had overwonnen, konden in 1977 de vragen die aan deze commissie werden voorgelegd veelal tot tevredenheid worden beantwoord. Naast deze alledaagse problemen heeft de PBZ door middel van besluiten met algemene strekking het Normenrapport waar nodig aangevuld c.q. aangepast. Eén heet hangijzer is nog niet tot een oplossing gekomen: de lengte van extra tijdsduur van de spreekuurassistentie onmiddellijk voorafgaand aan en onmiddellijk aansluitend op een spreekuur. Om voor dit probleem tot een oplossing te komen is in de loop van 1977 een enquête gehouden; de gegevens hieruit worden op dit ogenblik verwerkt. Grote dank zijn wij verschuldigd aan onze collegae A. M. Leeman, S. Sluis en A. F. P. M. Verhoeven voor hun werkzaamheden in deze commissie, die ook dit jaar weer bijzonder veel tijd en energie hebben gevraagd.

Verdere contacten met de ziekenfondsorganisatie

In een aantal commissies en speciaal in het leven geroepen werkgroepen vinden contacten met de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen plaats, onder andere: de Onderhandelingscommissie Ziekenfondsen-Specialisten, de Permanente Tarievencommissie, de Commissie Ex Artikel 5, de Subcommissie van de Commissie Ex Artikel 5 (de zogenaamde ZKC) en de Commissie van Toezicht op het Centraal Bureau voor de Specialistenhonorering.

Grote dank is het Centraal Bestuur ook verschuldigd aan collega Fokkema, die vanaf de totstandkoming van het ziekenfondstarief tot april 1977 ononderbroken op een uitstekende wijze de taak van voorzitter van de PTC, de Commissie Ex Art. 5 en de ZKC heeft vervuld. Hij heeft veel bijgedragen tot de uitstekende sfeer waarin deze commissies het toch veelal zeer moeilijke werk verrichten. In 1977 hebben VNZ en LSV ons erelid collega Dubois bereid gevonden de zware taak van collega Fokkema over te nemen. Als lid van de Ziekenfondsraad heeft collega Dubois ook in 1977 de medewerkers en de NZR in het presidium van de Ziekenfondsraad en in een aantal commissies van dit orgaan vertegenwoordigd.

Overige werkzaamheden

In de loop van 1977 is een aantal merendeels technische wijzigingen in de ziekenfondshonorering gerealiseerd. Ten deze zij vermeld dat deze betrekking hadden op anesthesie – onder andere het instellen van een verwijs- en herhalingskaart ten behoeve van de pijnbestrijding –, KNO-heelkundige verrichtingen, pathologische anatomie en gynaecologie, alsmede dat het medisch-microbiologisch gedeelte van het laboratoriumartsentariaf wederom trendmatig werd aangepast.

Tevens kwam in 1977 een overeenkomst aangaande de prescriptie tot stand. Deze overeenkomst heeft als kernpunt dat de hoeveelheden voorgeschreven geneesmiddelen beperkt worden tot hoeveelheden voor één tot drie maanden, een enkele uitzondering daargelaten. De regeling is onderworpen aan een proefperiode van een jaar; na afloop van dat jaar zal een evaluatie dienen plaats te vinden, zowel voor wat betreft de repercussies op het medisch functioneren als voor wat betreft het nut van de regeling in kostenbesparende zin. De resultaten van deze evaluatie zullen uitmaken of de regeling wordt gecontinueerd dan wel in een mogelijk aangepaste vorm zal worden gehandhaafd. Onderwerp van bespreking met de ziekenfondsen is een aantal technische problemen met betrekking tot de diverse specialismen. Tevens is aan de ziekenfondsen een regeling voor een degressief

radiodiagnostisch tarief voorgelegd. Deze regeling is door de radiologen uit kwalitatieve overwegingen voorgesteld en zal daarnaast zeker een bijdrage leveren aan de kostenbesparing in de gezondheidszorg. 'En petit comité' worden momenteel ook nog besprekingen gevoerd over het modelcontract en over het geheel kosten-out maken van de verwijskaarten. Voorts zijn van een aantal specialismen tariefwijzigingen in voorbereiding en wel voor de chirurgen, de orthopaeden, de plastisch-chirurgen, de neurologen, de cardiopulmonale chirurgen, de anesthesisten, de gynaecologen, de laboratoriumartsen, de internisten, de maag-darmartsen en de longartsen.

Gestructureerd plaatselijk overleg

Het grote belang dat VNZ, NZR, LAD en LSV toekennen aan plaatselijk overleg tussen de ziekenfondsen, de directies van de ziekenhuizen en de medische staven – dit plaatselijk overleg zal het functioneren van elk der drie groeperingen bevorderen en tevens de gezamenlijke doelstellingen (kwaliteitsbewaking en kostenbewaking) positief beïnvloeden – komt onder meer tot uiting in een Landelijke Begeleidingscommissie, die tot taak heeft te adviseren bij het tot stand brengen c.q. functioneren van een plaatselijk gestructureerd overleg. Deze begeleidingscommissie heeft in het afgelopen jaar inmiddels gegevens verzameld over het functioneren van dit plaatselijk overleg en is momenteel doende op grond van de verzamelde gegevens een aanbeveling op te stellen hoe met name gegevens van het Landelijk Informatie Systeem Ziekenfondsen (LISZ) in het overleg kunnen worden betrokken.

Landelijke Beoordelings Commissie

In ongeveer vijftig gevallen hebben patiënten of medisch adviseurs van particuliere ziektekostenverzekeringsmaatschappijen of medische specialisten tezamen met een medisch adviseur schriftelijk de bemiddeling ingeroepen van de Landelijke Beoordelings Commissie (LBC) in verband met door medische specialisten ten name van hun particuliere patiënten uitgeschreven declaraties. In veel gevallen hebben met name patiënten zich telefonisch voor informatie omtrent een declaratie gewend tot het secretariaat van de LBC.

Van de schriftelijk ingediende zaken kon in vijf gevallen direct worden medegedeeld dat de betreffende declaratie geheel conform de landelijke richtlijnen inzake de particuliere honoraria van de betreffende wetenschappelijke vereniging was opgesteld. In enkele gevallen moest de LBC zich incompetent verklaren, onder meer omdat bleek dat de zaak ook reeds bij een ander college in behandeling was genomen en het in feite niet alleen ging om de hoogte van de betreffende declaratie. Slechts in negen gevallen moest worden vastgesteld dat de declaratie onjuist was samengesteld, welke declaraties alle geheel conform het advies van de LBC zijn gewijzigd. Van een aantal gevallen is de afloop nog niet bekend, omdat deze nog in behandeling zijn. De LBC heeft aan de hand van de gevallen waarvoor de bemiddeling van de LBC is ingeroepen moeten constateren dat de aard van de gevallen ingewikkelder wordt. In een enkel geval bleek de letter van de richtlijnen niet tot een volledige oplossing van de problematiek te kunnen leiden en was de LBC genoodzaakt zich voor een verdere interpretatie te wenden tot het Centraal Bestuur der LSV; mede door de interpretatie van het Centraal Bestuur kon het probleem geheel worden opgelost.

Informatica

NZI-onderzoek

Het NZI-onderzoek, dat in 1975 een aanvang heeft genomen en onder auspiciën van het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialist (CC) en de LSV wordt uitgevoerd, vindt gestaag voortgang. Het onderzoek omvat:

Medische specialisten in Nederland. Met ingang van 1 januari 1977 is een inventarisatie-onderzoek ingesteld als vervolg op het

in 1973 gepubliceerde rapport 'Medische specialisten in Nederland per 1 mei 1972'. Uit dit rapport, dat een overzicht bevat van de ontwikkeling van het aantal specialisten per specialisme sinds 1937 en een vooruitberekening voor de periode tot 1982, blijkt onder meer dat het aantal specialisten in deze periode sterk is toegenomen. Het vervolgonderzoek zal ten opzichte van 1972 vergelijkbare gegevens verschaffen, zodat het trekken van ontwikkelingslijnen mogelijk zal zijn.

Behoeftbepaling medische specialisten. Dit onderzoek wordt uitgevoerd door middel van enkele deelonderzoeken:

a. een onderzoek naar de ontwikkeling in de vraag naar specialistische hulp. Hiermede wordt getracht een inzicht te verkrijgen in factoren die op de ontwikkeling in de vraag naar specialistische hulp van invloed zijn geweest. Ter afsluiting van het onderzoek wordt een prognose opgesteld voor een te verwachten verdere ontwikkeling. De analyse van het verleden is vastgelegd in het rapport 'Ontwikkelingen in de vraag naar specialistische hulp in de periode van 1960 tot heden', dat in mei 1977 is gepubliceerd nadat het rapport in een gezamenlijke bijeenkomst van CC, NZI en LSV uitvoerig was besproken;

b. een onderzoek naar de 'normatieve' praktijkomvang van medische specialisten. Dit onderzoek wordt onder elf specialismen per specialisme uitgevoerd in nauwe samenwerking met de onderzoekers (het NZI), de contactcommissie per specialisme, de Technische en Maatschappelijke Begeleidingscommissie. Door middel van een enquête per specialisme worden gegevens verzameld, aangezien er voor het onderzoek niet in voldoende mate gegevens voor handen zijn. Deze enquête is inmiddels gehouden onder negen specialismen. Voor de orthopaedie en de dermatologie zal de enquête binnenkort worden verzonden. Voor de eerstbedoelde specialismen zijn de gegevens voor een groot deel reeds in bewerking. Het onderzoek betreffende de kindergeneeskunde, dat als eerste zal worden afgerond, bevindt zich in een vergevorderd stadium.

De praktijkomvang per specialisme zal worden gedefinieerd in het aantal verwijzingen per specialist in relatie tot de workload. Op basis van de verkregen gegevens wordt eerst een standaardpraktijkomvang van verschillende praktijktypen herleid. Vervolgens zal de wenselijke praktijkomvang van de verschillende praktijktypen nader worden uitgewerkt aan de hand van uit kwalitatief oogpunt aan te geven wenselijke waarden.

Planning ziekenhuisvoorzieningen op basis van specialistische functies. Naar aanleiding van een in 1974 door de toenmalige staatsecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de LSV gericht verzoek heeft de LSV het NZI gevraagd ook een onderzoek te wijden aan de vraag in hoeverre ten behoeve van een adequate planning van intramurale voorzieningen in plaats van de rekeneenheid 'bed' (het aantal bedden per 1.000 inwoners) het begrip 'specialistenplaats' zou kunnen worden gehanteerd. Gegevens die voor dit onderzoek nodig zijn komen reeds beschikbaar via de andere genoemde onderzoeken.

De planning van ziekenhuisvoorzieningen vergt heden ten dage meer en meer een functionele benadering. Dit blijkt ook uit de onderzoeken die worden verricht door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, waar verderop nader aandacht aan zal worden besteed.

Macro-rekenmodel

In november is als eerste afgeronde resultaat gepubliceerd het commentaar van de Begeleidingscommissie Macro-Rekenmodel Gezondheidszorg op het rapport 'Het Ziekenhuis in de Gezondheidszorg'. Het project Macro-Rekenmodel onder leiding van Prof. Dr. B. M. S. van Praag in Leiden heeft tot doel een econometrisch rekenmodel te construeren dat een redelijke beschrijving geeft van het stelsel van de Nederlandse volksgezondheid.

Het onderzoek geschiedt met wetenschappelijke onafhankelijkheid van de projectgroep, doch is voor het departement vooral van belang om inzicht te verwerven in de eventuele mogelijkheden tot zinvol gebruik van econometrische modellen voor organi-

satie en regulatie van de te onderscheiden echelons in de gezondheidszorg.

Het rapport 'Het Ziekenhuis in de Gezondheidszorg', dat een van de rapporten is die in het kader van dit onderzoek zijn opgesteld en gepubliceerd, werd door staatssecretaris Hendriks als wetenschappelijke onderbouwing van de geruchtmakende 4‰-norm gehanteerd. Na het verschijnen van dit rapport in 1975 heeft onze voorzitter in zijn inleiding voor de ledenvergadering van mei 1975 reeds zijn twijfels hieromtrent uitgesproken, een aantal bezwaren tegen het rapport naar voren gebracht en zich vervolgens afgevraagd of de conclusies van dit rapport niet meer op 'wishfull thinking' dan op wetenschappelijke analyse berusten.

Ook in de door het departement ingestelde begeleidingscommissie, waarin de collegae D. Wolvius en H. P. J. Winters zitting hebben, waren vragen gerezen onder andere over de methodologie van het onderzoek. Deze hebben ertoe geleid dat de Sociaal Wetenschappelijke Raad van de Koninklijke Nederlandse Academie van Wetenschappen van het departement het verzoek heeft ontvangen advies uit te brengen over de gerezen problemen. In dit advies wordt onder meer geconcludeerd dat het rapport er ten onrechte van uitgaat dat aangetoond zou zijn dat bij een grotere huisartsendichtheid het aantal verpleegdagen afneemt. Dit betekent dat de conclusie dat het zonder bezwaar voor de kwaliteit van de medische verzorging mogelijk zou zijn het aantal ziekenhuisbedden te verlagen tot 4 bedden per 1.000 inwoners, mits gepaard gaande met een gelijktijdige qua omvang aangepaste stijging van het aantal huisartsen, door het onderzoek onvoldoende wordt bevestigd. Overigens werd in het advies nadrukkelijk aangetekend dat daarmee niet was gezegd dat de conclusie onjuist geacht wordt, doch dat zonder uitvoerig aanvullend onderzoek de juistheid van die uitspraak niet bewezen kan worden geacht. Terzijde concludeerde de begeleidingscommissie tevens dat op basis van het tot dusver verrichte onderzoek geen conclusies te trekken zijn met betrekking tot de wenselijkheid van een uniform verzekeringsstelsel.

Uit het vorenstaande blijkt dat de begeleidingscommissie ongeveer de zelfde twijfels naar voren heeft gebracht als destijds reeds het Centraal Bestuur.

Onderzoekingen College voor Ziekenhuisvoorzieningen

De onderzoekingen van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen naar regionale ziekenhuissituaties in academische en niet-academische regio's zijn in volle gang. De onderzoekingen in Den Haag, Leiden, Amsterdam, Utrecht, Rotterdam, Nijmegen, Kennemerland en Arnhem zijn inmiddels afgerond; thans zijn onderzoekingen gaande in Zuid-Limburg, Zeeland, Het Gooi, Dordrecht en Amersfoort/Zuid-West Veluwezoom.

Bij de start van de regio-onderzoeken wordt een begeleidingscommissie samengesteld, waarin zitting hebben representanten van de betrokken ziekenhuizen, vertegenwoordigers van de Provinciale Raad van de Volksgezondheid in de betreffende provincie en één à twee vertegenwoordigers van de medische staven in het onderzoeksgebied. De begeleidingscommissie heeft tot taak de in het onderzoek gehanteerde gegevens te verifiëren en de informatie in en de redactie van de onderzoeksrapporten alsook de op basis daarvan opgestelde adviezen te beoordelen.

In het verleden heeft zich het probleem wel eens voorgedaan dat door de KNMG-delegatie (twee leden en twee plaatsvervangende leden) in het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (het college zelf telt vierentwintig leden) medeverantwoordelijkheid moest worden gedragen voor besluitvorming, waar achteraf bleek dat ingeval meer achtergrondinformatie ter beschikking was geweest wellicht nog een bijsturende rol had kunnen worden vervuld. Mede met het oog hierop heeft de KNMG-delegatie zich tot de correspondenten van de medische staven gewend met het verzoek de delegatie in een zo vroeg mogelijk stadium te informeren over plannen die in de regio bestaan betreffende onderzoekingen, verbouw, nieuwbouw, uitbreiding, samenwerkingsverbanden, fusies en dergelijke ten einde er gezamenlijk naar te streven de inbreng van de KNMG-delegatie in het college optimaal te doen zijn.

Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg

Collega G. Boersma heeft in zijn hoedanigheid van voorzitter van het bestuur van de Stichting Informatiecentrum voor de Gezondheidszorg (SIG) in oktober van dit verslagjaar de Handvestcommissie van het SIG officieel geïnstalleerd. Hiermee is wederom een zeer belangrijke stap gezet op het terrein van de informatica. Een terrein waar men zich nog niet zo heel lang geleden ernstig zorgen maakte over 'wildgroei', doch waar hoe langer hoe meer lijn komt in de gegevensverzameling, -verwerking en -verschaffing.

In het verlengde van het 'rapport-Wolvius' heeft het Centraal Bestuur steeds aangedrongen op het creëren van een landelijk informatiecentrum, niet alleen uit kostenoverwegingen doch vooral ook om de bescherming van de privacy van patiënt en berichtgever en de kwaliteit van informatieverzameling, verwerking en -verschaffing, optimaal te doen geschieden. De Handvestcommissie vervult daarbij een zeer belangrijke rol. In de Handvestcommissie, die onder meer tot taak heeft te beslissen over het vrijgeven van gegevens en er daarbij op toe te zien dat de privacy van patiënt en berichtgever wordt geëerbiedigd en de gegevens niet worden misbruikt, hebben namens de LSV zitting de collegae A. F. Casparie en J. Th. Planten.

Bij de vervulling van haar taak beschikt de Handvestcommissie over het Handvestreglement en de Richtlijnen aangenomen door het Comité van Ministers van de Raad van Europa, de zogenaamde Tien Geboden. Het Reglement van de Handvestcommissie is aanvaard door alle participanten in het SIG: ziekenfondsen, ziekenhuizen, medisch directeuren en KNMG en is ook door KLOZ en overheid onderschreven. De participanten achten het goed functioneren van het SIG en daarmee ook van de Handvestcommissie van optimaal belang en willen daarmee duidelijk aantonen dat bepalingen zoals voorzien in de wetsontwerpen Voorzieningen en Tarieven Gezondheidszorg niet alleen niet wenselijk maar ook niet nodig zijn.

De voornaamste taak van het SIG in de actuele situatie is een integratie tot stand te doen brengen van de belangrijkste gegevensverzamelingen, met name van de Stichting Medische Registratie (SMR) en het Landelijk Informatiesysteem Ziekenfondsen (LISZ), waarbij vervolgens ook de Stichting KLOZ Informatiesysteem Gezondheidszorg (KISG) zal worden betrokken. In het kader van deze integratie zullen voortaan nieuwe projecten, waarvoor het SIG-bestuur de Handvestcommissie dient te raadplegen, onder de vlag van het SIG van start gaan, zoals het verpleeghuis-registratieproject en het polikliniek-registratieproject. Het laat zich echter wel aanzien dat de integratie met name op het technische vlak geen eenvoudige zaak is en stellig nog enige tijd in beslag zal nemen.

Beleidsadviescollege Automatisering Gezondheidszorg

In februari heeft de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne mede namens de staatssecretarissen van Binnenlandse Zaken en van Onderwijs en Wetenschappen het Beleidsadviescollege voor de Automatisering in de Gezondheidszorg (BAG) geïnstalleerd. Dit college heeft tot taak voorstellen te doen voor maatregelen op het terrein van de automatisering van de informatievoorziening in de gezondheidszorg. Met name zal aandacht worden besteed aan de beschikbaarheid en inhoud van de in de komende jaren benodigde gegevens voor de beheers- en bestuurbaarheid van de gezondheidszorg op lokaal, regionaal en centraal niveau.

Het Centraal Bestuur heeft tot zijn teleurstelling geconstateerd dat bij de vele organisaties die in het BAG vertegenwoordigd zijn in den beginne de KNMG c.q. de LSV, die op het terrein van de informatica toch baanbrekend werk verrichten, ontbraken. Wel dra kon worden bewerkstelligd dat ook de KNMG in de persoon van collega G. Boersma in het BAG werd vertegenwoordigd.

Onderwijs

CAO voor het Ziekenhuiswezen

De CAO voor het Ziekenhuiswezen is met ingang van 1 januari

1977 in werking getreden voor de duur van één jaar. De CAO – bij de totstandkoming waarvan de LSV niet betrokken is geweest – is ondertekend door de NZR (als vertegenwoordigende organisatie van de werkgevers) en organisaties van werknemers, waaronder de LAD. De inwerkingtreding van de CAO heeft het afgelopen jaar zeer veel problemen opgeleverd, onder meer met betrekking tot de financiering en het opstellen van sluitende werkroosters ten einde de kwaliteit van de opleiding en de continuïteit van de patiëntenzorg te kunnen handhaven. De problemen betreffende de CAO zijn ook bekend in de Tweede Kamer, zoals moge blijken uit aan de staatssecretaris door een lid van de Tweede Kamer gestelde vragen.

Er zijn specialisten-opleiders die het Centraal Bestuur en ook het Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten hebben medegedeeld dat zij door de financiële consequenties voortvloeiend uit de inwerkingtreding van de CAO wellicht genoodzaakt worden het aantal assistenten in opleiding te verminderen. De problematiek voortvloeiend uit en verband houdend met de CAO baart de LSV ernstige zorgen.

De donkere wolken van de CAO leken enigszins over te drijven toen na aandringen van de participanten in het COZ (NZR en VNZ) door het COZ op 1 april 1977 werd besloten de onderhavige meerkosten – zij het alleen voor het jaar 1977 – in de verpleegprijs op te nemen. Dit COZ-besluit heeft staatssecretaris Hendriks echter met zijn veto getroffen; deze heeft toen als het ware LSV en VNZ opgedragen om middels de honoreringsovereenkomst 1977, die op dat moment nog niet tot stand was gekomen – in de huidige tarieven zijn de betreffende meerkosten niet verwerkt –, voor de onderhavige meerkosten een oplossing te vinden. Hoewel de LSV de financiering als haar niet regarderend ter zijde zou hebben kunnen schuiven, heeft zij zich gezien de voornoemde problematiek op dat moment toch bereid verklaard gezamenlijk met NZR en VNZ tot een oplossing te komen. Inmiddels had het Centraal Bestuur de niet-universitaire opleiders geadviseerd de uit de CAO voortvloeiende meerkosten in geen geval te betalen.

Het vinden van een oplossing bleek geen eenvoudige zaak. Bovendien moest ook overleg plaatsvinden met de particuliere ziektekostenverzekeraars, omdat circa 30% van de bevolking daarbij verzekerd is. Teleurstellend was het te moeten vernemen dat toen er gezamenlijk een opzet voor de financiering was uitgewerkt de KLOZ de facto niet bereid was het hem toekomende deel van de kosten voor zijn rekening te nemen. VNZ en LSV hebben toen gezamenlijk de staatssecretaris laten weten dat een oplossing zoals door hem was voorgesteld niet mogelijk was. Op 15 december 1977 heeft het ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne bekend gemaakt dat de staatssecretaris, gezien deze ontwikkeling, 'zich niet meer zal verzetten tegen het besluit van het COZ de meerkosten die in 1977 ten gevolge van de invoering van de CAO zijn opgetreden voor die assistent-geneeskundigen die boven de zogenaamde wacht-assistentennorm in loondienst van het ziekenhuis zijn als kostenfactor voor het verpleegtarief te aanvaarden'.

Hiermee is dus voor de financiële problematiek een oplossing gevonden, zij het alleen voor het jaar 1977, dus nog niet voor 1978. In het najaar van 1977 zijn de onderhandelingen van start gegaan voor een nieuwe CAO, die een looptijd heeft van twee jaar (van 1 januari 1978 tot 1 januari 1980) en waarin slechts enige wijzigingen zijn aangebracht.

Commissie Niet-Universitaire Opleiders

De Commissie Niet-Universitaire Opleiders, waarin per wetenschappelijke vereniging één vertegenwoordiger van de niet-universitaire opleiders zitting heeft, heeft zich uitvoerig beziggehouden met de problematiek van de CAO. In toenemende mate was er onrust ontstaan onder de specialisten-opleiders over de CAO, met name over de uit de CAO voortvloeiende meerkosten en de kwaliteit van de opleiding.

Door middel van een enquête gehouden onder de niet-universitaire opleiders heeft de Commissie NUO getracht de gesignaleerde knelpunten in de CAO hard te maken. Mede aan de hand

hiervan zijn onder meer in een overleg met Centraal College, LVAG en LAD deze knelpunten naar voren gebracht, die de LAD voor zover mogelijk in de zeer kort daarna aangevangen onderhandelingen voor een nieuw af te sluiten CAO.

Als belangrijkste probleem heeft de commissie de financieringsstructuur van de opleiding aangevat.

Buitenland

Vrije uitwisseling van artsen in de EEG

Sedert het begin van dit verslagjaar staan de grenzen van de EEG-landen open voor onderdanen van een van de EEG-landen, die zich conform de Richtlijnen van de Europese Economische Gemeenschap inzake vrije uitwisseling van artsen in een van de EEG-landen kunnen vestigen. Zoals uit gegevens van het departement van Volksgezondheid en Milieuhygiëne is gebleken en uit de Memorie van Toelichting bij de begroting over 1978 is te lezen, kan men – zij het voorzichtig – concluderen dat er voorschijns geen sprake is van een grotere toevloed van buitenlandse artsen dan voorheen. In het eerste halfjaar van 1977 werd aan 53 artsen uit andere lid-staten van de EEG een algemene bevoegdheid verleend (19 Engelse, 20 Belgische, 4 Duitse, 1 Franse, 1 Luxemburgse en 1 Ierse); daarnaast werd aan 56 artsen uit de EEG een beperkte bevoegdheid verleend.

Hoewel de EEG-Richtlijnen het met goed gevolg afleggen van een taaltest niet als vereiste stellen, is het Centraal Bestuur mét het Centraal College en de SRC van mening dat het voor een zelfstandige praktijkuitoefening een eerste vereiste is dat de medisch specialist op een normale wijze met zijn patiënten kan communiceren. De patiënt moet immers een goed contact met de behandelend(e) specialist(en) kunnen hebben. Basis hiervoor is een redelijke mondelinge en schriftelijke uitdrukkingsvaardigheid in de Nederlandse taal. Naar de mening van het Centraal Bestuur rust op de medische staf van een ziekenhuis in deze de plicht er op toe te zien dat de nieuw toe te laten collega op adequate wijze met de patiënten kan communiceren en dat hij/zij op dezelfde voorwaarden als een Nederlandse collega wordt toegelaten en zijn/haar medische werkzaamheden verricht. Tevens dient er op te worden toegezien dat aan alle formaliteiten voor vestiging wordt voldaan.

UEMS

De plenaire vergadering van de Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) heeft in april 1977 plaatsgevonden op Capri in aanwezigheid van de Nederlandse delegatie alsmede van ons erelid collega C. L. C. van Nieuwenhuizen, een van de oprichters van de UEMS, tevens voorzitter, thans vice-voorzitter, van het Raadgevend Comité voor de Medische Opleiding, en van collega L. P. H. J. de Vink. Beiden hadden meegedeeld dat dit de laatste keer zou zijn dat zij op een vergadering van de UEMS aanwezig zouden zijn. Van de collega Van Nieuwenhuizen en De Vink, die beiden zo vele fundamentele discussies hebben gevoerd en harde noten hebben moeten kraken alvorens de EEG-Richtlijnen op papier konden worden gezet en in werking konden treden, werd op gepaste wijze afscheid genomen onder dankzegging voor hun jarenlang ijveren voor de medische specialisten in EEG-verband. Door deze plenaire vergadering is, mede op aandringen van de LSV, besloten in verband met de steeds sterker stijgende kosten voortaan één plenaire vergadering per jaar te houden en éénmaal per jaar een vergadering van het Uitvoerend Comité uitgebreid met een afgevaardigde van die landen die niet al in het Uitvoerend Comité vertegenwoordigd zijn.

Moties van enkele mono-specialistische comités zijn aldaar ook aan de orde geweest. Ten einde een zo goed mogelijk contact te onderhouden met de mono-specialistische comités is besloten hun vertegenwoordigers komend voorjaar uit te nodigen voor een bijzondere vergadering, die in België zal plaatsvinden vanwege het 20-jarig bestaan van de UEMS. Het Centraal Bestuur belegt tweemaal per jaar een bijeenkomst met de Nederlandse

vertegenwoordigers in de mono-specialistische comités. Hoewel de plenaire vergaderingen van de UEMS inmiddels teruggebracht zijn tot eenmaal per jaar, heeft het Centraal Bestuur gemeend deze bijeenkomsten met de Nederlandse vertegenwoordigers in de mono-specialistische comités toch tweemaal per jaar te moeten continueren. De vertegenwoordigers kunnen onderling hun ervaringen uitwisselen; zij worden door de Nederlandse delegatie onder meer geheel op de hoogte gehouden van de werkzaamheden van de UEMS, het Raadgevend Comité en het Comité van de Hooggeplaatste Ambtenaren. Het wordt wenselijk geacht dat de Nederlandse vertegenwoordigers in de mono-specialistische comités de Nederlandse delegatie informeren over hun activiteiten en problemen opdat de Nederlandse delegatie, onder meer gewapend met deze informatie, zich een goed oordeel kan vormen over de op de UEMS-vergadering aan de orde komende problematiek van de mono-specialistische comités (o.a. met betrekking tot moties).

Aan het eind van dit jaar heeft de eerste bijeenkomst-'nieuwe stijl', dus van het Uitvoerend Comité van de UEMS, in Luxemburg plaatsgevonden.

Europese Vereniging van Stafartsen

Op 6 en 7 mei 1977 is de LSV als gastvrouw opgetreden voor de Europese Vereniging van Stafartsen, die in Domus Medica heeft vergaderd. Hieruit moge onder meer blijken dat de LSV de toekomst van deze vereniging weer vol vertrouwen tegemoet ziet, nadat enige jaren geleden de deelname aan deze vereniging uitvoerig onderwerp van discussie is geweest.

Het steentje (dat wil zeggen: een welhaast reuze kei) dat van LSV-zijde aan de vergadering is bijgedragen was de 'medcial audit'. Voorts is uitvoerig van gedachten gewisseld over de planning. Over de planning is door de vergadering een besluit genomen dat er in uitmondt dat het in hoge mate wenselijk wordt geacht, gelet op de diverse gesignaleerde ontwikkelingen, dat het overleg met de Ziekenhuiscommissie van de EEG wordt hervat, waarbij aan het onderwerp planning de hoogste prioriteit wordt toegekend.

Interne KNMG-aangelegenheden

Zoals uit het voorafgaande reeds is gebleken bestaat er een hechte band tussen KNMG, LAD, LHV en LSV. Zo is ook bij de wetsontwerpen Voorzieningen Gezondheidszorg en Tarieven Gezondheidszorg steeds als een eenheid naar buiten getreden en zijn memoranda gezamenlijk in KNMG-verband opgesteld.

KNMG

Zeer veel onderwerpen zijn in KNMG-verband aan de orde geweest. Van een aantal zal ik in vogelvucht melding maken.

Structuur KNMG. Zeer recent is door de Algemene Vergadering der KNMG een Statutenwijziging aangenomen, die enerzijds verband houdt met het feit dat de KNMG in de 'duurverlenging' moest voorzien – de termijn was bijna verstreken – en anderzijds met de inwerkingtreding van Boek II Nieuw Burgerlijk Wetboek. Door de inwerkingtreding hiervan zijn de maatschappelijke verenigingen ineens rechtspersoon geworden, waarmee een eind is gekomen aan een langdurige discussie over het al dan niet aanvragen van rechtspersoonlijkheid van de maatschappelijke verenigingen.

In verband met de hoofdelijke aansprakelijkheid van de bestuursleden heeft het Centraal Bestuur besloten te zullen streven naar het verkrijgen van volledige rechtsbevoegdheid en tot het doen opstellen van Statuten bij notariële acte.

Een belangrijk punt in de Statutenwijziging der KNMG is dat er één artikel zal worden gewijd aan de maatschappelijke verenigingen: merkwaardig genoeg noemden de Statuten der KNMG de maatschappelijke verenigingen niet! In één artikel wordt nu de rol van de maatschappelijke verenigingen (de attributie) weergegeven, namelijk het bevorderen van het goed functioneren van categorieën leden, de behartiging van sociaal-economische be-

langen en van de overige maatschappelijke belangen van die leden. Binnen de KNMG is gekozen voor het behoud van de eenheidsgedachte en het afgeleid lidmaatschap der KNMG. De eenheid der artsen belichaamd in één artsenorganisatie, de KNMG, wordt als fundamenteel noodzakelijk ervaren.

Rapport Functioneren Algemene Vergadering. In het Centraal Bestuur is ook uitvoerig gediscussieerd over het door een HB-werkgroep opgestelde rapport 'Functioneren Algemene Vergadering'. Het Centraal Bestuur betwijfelt of met het realiseren van de in het rapport gedane aanbevelingen een verbetering ten aanzien van de huidige situatie kan worden bereikt. Het vraagt zich af of de voorgestelde constructie (o.a. een categorale opbouw) de spanningen binnen de KNMG niet eerder zal vergroten dan verkleinen. Als praktische bezwaren zijn onder meer genoemd het grote aantal afgevaardigden (maximaal 250), hetgeen stellig repercussies zal hebben voor een goede beleidsvorming en slagvaardigheid, en het jaarlijks houden van verkiezingen.

Inmiddels heeft de Algemene Vergadering de gedachten vervat in het rapport verworpen.

Gedragsregels voor artsen. Het door het Hoofdbestuur toegezonden concept voor 'Gedragsregels voor artsen', een vervanging van het zogenaamde blauwe boekje, 'Medische Ethiek en Gedragsleer', is eveneens in het Centraal Bestuur besproken. Het Centraal Bestuur is van mening dat er op zich behoefte bestaat aan een uitgave van gedragsregels voor artsen. Een dergelijke uitgave dient uiteraard zeer zorgvuldig te worden samengesteld en men zal er op dienen toe te zien dat zoveel mogelijk de verschillende in KNMG-verband verenigde groeperingen van artsen er zichzelf in kunnen herkennen. Inmiddels is een werkgroep ad hoc van het Centraal Bestuur doende over deze in de ogen van het Centraal Bestuur bijzonder gewichtige materie een rapportage op te stellen voor het Centraal Bestuur, ten einde mede aan de hand daarvan het Hoofdbestuur gedetailleerder te kunnen adviseren.

De concept-gedragsregels zijn ook met een verzoek om commentaar toegezonden aan de districtsvoorzitters en de besturen van de wetenschappelijke verenigingen.

Vestigingsbeleid. Het vestigingsbeleid is een onderwerp waar veel aandacht aan is, wordt en zal worden besteed. Ook op het werkweekend heeft het Centraal Bestuur zich hierover uitvoerig beraten, mede aan de hand van een door een studiegcommissie van het Hoofdbestuur, waarin namens de LSV zitting hebben de collegae C. H. van Erk en K. L. J. Hoefnagels, opgestelde interimrapportage.

Het Centraal Bestuur is van mening dat de vrijheid van vestiging als principe gehandhaafd dient te blijven. De voorkeur gaat uit naar het begrip 'vestigingsregulatie'. Het stellen van regels voor een vestigingsregulatie vooronderstelt dat van de noodzaak daartoe duidelijk is gebleken en dat deze noodzaak zijn gronden dient te ontleenen aan een behoefte tot kwaliteitsbewaking c.q. kwaliteitsverbetering dan wel tot een evenwichtiger spreiding en betere beschikbaarheid van medische voorzieningen. Eventuele gereuleerde maatregelen dienen niet alleen negatief gericht te zijn (bevrozing van een bepaalde situatie) doch ook positief (vestigingsfaciliteiten). Een gemeenschappelijke basisstructuur binnen de KNMG lijkt naar de mening van het Centraal Bestuur mogelijk en verdient zelfs duidelijk de voorkeur boven een van meet af aan gescheiden aanpak van een vestigingsregulatie.

Regionalisatie. Het eerste rapport van de HB-werkgroep Regionalisatie, waarin namens de LSV collega K. L. J. Hoefnagels zitting heeft, is eveneens tijdens het werkweekend uitvoerig bediscussieerd. Het eerste rapport behandelt een deelaspect van een ordening van de gezondheidszorg volgens het regionalisatiebeginsel, namelijk het bestuurlijke aspect in relatie tot de structuur der KNMG.

Het Centraal Bestuur stelt zich op het standpunt dat de beschouwingen over de regionalisatie en de voorstellen om in te spelen

op opvattingen vervat in het wetsontwerp Gezondheidszorgvoorzieningen nadere studie en beraad in eigen kring behoeven. Dit beraad is thans gaande, waarbij men zich voornamelijk richt op de functionele aspecten. Dit geschiedt in nauwe samenwerking met de wetenschappelijke verenigingen. De toepassingsmogelijkheid van het regionalisatieprincipe als basis voor een ordening der gezondheidszorg verschilt naar gelang de betreffende functies in de gezondheidszorg. Voorts dient bijzondere aandacht te worden besteed aan de plaats in de regionalisatiestructuur van de districten, plaatselijke specialistenverenigingen, interstafraden en medische staven.

LAD en LHV

Met de andere in Domus Medica zetelende maatschappelijke verenigingen, LAD en LHV, zijn zoals uit het jaarverslag blijkt veel problemen gezamenlijk ter hand genomen.

Met de LAD onder meer de CAO voor het Ziekenhuiswezen, de regeling-Klein, de Commissie Specialisten in Dienstverband, het dubbelcriterium en de PGGM-regeling. Gezien het feit dat zeer veel tijd besteed is aan de wetsontwerpen, kon helaas aan het dubbelcriterium niet optimaal aandacht worden besteed. Besloten is het proefjaar te verlengen met één jaar; aan de Commissie Specialisten in Dienstverband is inmiddels opdracht gegeven het dubbellidmaatschap verder uit te diepen. Dat ondanks dit alles aan de 'nieuwe dubbelleden' wel degelijk aandacht is besteed, moge onder andere blijken uit het opstellen van het Professioneel Statuut.

Met de LHV zijn onder andere de prescriptie, het medisch en economisch verantwoord voorschrijven en de relatie eerste-tweede echelon gezamenlijk ter hand genomen.

Centraal College voor de Erkenning en Registratie van Medische Specialisten en Specialisten Registratie Commissie

Van oudsher bestaan er zeer goede en welhaast bijzondere banden met het CC en de SRC.

Begin van dit jaar heeft collega L. P. H. J. de Vink zijn functie van secretaris van de SRC, die hij sedert maart 1960 heeft vervuld, neergelegd. Hij is opgevolgd door collega D. Wolvius, die door het Centraal Bestuur der LSV in goed overleg met SRC en KNMG als secretaris aan de SRC is toegevoegd. Zodoende keerde collega Wolvius gelukkig weer spoedig in het Centraal Bestuur, waar hij enige tijd tevoren was uitgetreden, terug, zij het thans in de hoedanigheid van adviseur.

Associatiecontracten

Conform een besluit van de Algemene Vergadering der KNMG d.d. 17 september 1976 is artikel 704 van het Huishoudelijk Reglement der KNMG zo gewijzigd dat met ingang van 1 januari 1977 associatiecontracten en andere overeenkomsten van samenwerking tussen medische specialisten ter goedkeuring moeten worden voorgelegd aan het Centraal Bestuur der Landelijke Specialisten Vereniging.

In 1977 zijn 181 associatiecontracten ter goedkeuring overgelegd, waarvan er 13 betrekking hadden op een associatie tussen ongelijksoortige specialismen (d.w.z. moeder-deelspecialisme). Niet in behandeling genomen werden 3 associatiecontracten, omdat de leden geen lid zijn der KNMG. Inmiddels zijn er 84 contracten goedgekeurd, 2 niet goedgekeurd en 92 nog in behandeling.

Personalia

In memoriam

Op 30 maart 1977 is ons erelid Dr. W. E. Furstner, internist,

heengegaan. Collega Furstner was een van de oprichters der LSV en heeft sedert 1946 tot 1959 deel uitgemaakt van het Centraal Bestuur. Jarenlang was hij penningmeester, doch bovenal een stuwende kracht achter anderen, zodat in zijn jaren veel baanbrekend werk is verricht. Zijn lijn is steeds die van de LSV gebleven, waarmede de LSV de herinnering aan haar erelid Furstner levend houdt.

Erelidmaatschap

De tijd gaat voort en soms wordt men met uitersten geconfronteerd. Zo heeft de d.d. 23 april 1977 gehouden ledenvergadering der LSV haar erelid Furstner herdacht en werd door de zelfde ledenvergadering collega L. P. H. J. de Vink, vanaf maart 1960 tot begin van dit jaar secretaris van de Specialisten Registratie Commissie, benoemd tot erelid der LSV. Daarmede werd zijn onvermoeibaar ijveren voor de medische specialisten beloond. Vele specialisten hebben in de loop der jaren profijt gehad van de inzet van collega De Vink. Naast zijn werkzaamheden voor de SRC bekleedde collega De Vink ook vele functies voor de LSV in binnenland (onder andere lid Centraal Bestuur 1955, vice-voorzitter 1960-1963) en buitenland (onder andere lid Nederlandse delegatie UEMS).

Samenstelling Centraal Bestuur

Behoudens de voorziening in de vacature-Wolvius door het toetreden van collega J. van der Linde, zenuwarts, Amersfoort, tot het Centraal Bestuur bleef de samenstelling in 1977 ongewijzigd. Ultimo 1977 luidde deze als volgt:

A. M. Gründeman, chirurg, Amsterdam, voorzitter, lid Presidium;

Dr. C. H. van Erk, anesthesist, Bussum, ondervoorzitter, lid Presidium;

Dr. D. J. van Dijk, chirurg, Oisterwijk, lid Presidium;

J. Heckman, chirurg, Apeldoorn, lid Presidium;

G. Groenewoud, internist, Den Haag, secretaris;

J. Th. Groenewegen, dermatoloog, Heerlen, penningmeester;

Dr. G. Boersma, orthopedisch chirurg, Apeldoorn;

Dr. J. H. Bos, KNO-arts, Den Haag;

Dr. Tj. L. A. de Bruïne, gynaecoloog, Haarlem;

P. Buys, internist, Gouda;

A. M. van der Heyden, orthopedisch chirurg, Nijmegen;

Dr. K. L. J. Hoefnagels, oogarts, Berkel-Enschot;

Dr. A. Kastelein, radioloog, Rhoon;

J. van der Linde, zenuwarts, Amersfoort;

D. J. van Otterloo, internist, Almelo;

F. S. K. Scholl, gynaecoloog, Leidschendam;

A. J. Simons, radioloog, Almelo;

L. E. M. Valk, oogarts, Helmond;

Dr. H. P. J. Winters, plastisch chirurg, Lochem;

vacature voorzitter Commissie Specialisten in Dienstverband.

Ledenbestand

Ultimo 1977 telde de vereniging 5.090 leden. Van hen waren 1.117 leden volledig in dienstverband werkzaam en 729 leden gedeeltelijk in dienstverband; 3.244 leden waren als volledig vrij gevestigd specialist werkzaam.

Bureau

Aan het slot van dit verslag mag een woord van waardering voor het door onze stafmedewerkers verrichte werk niet ontbreken. Zonder hun aller inzet zou het Centraal Bestuur niet tot de vele verslagen activiteiten hebben kunnen komen.

Speciale vermelding verdient Mej. G. A. C. Enzerink, in wier persoon het feit dat een professioneel bureau niet meer uit onze organisatie is weg te denken zo treffend tot uitdrukking komt.

G. Groenewoud, secretaris

van het centraal bestuur

Convocatie ledenvergadering

dd. 22 april 1978

Convocatie voor de eerste gewone ledenvergadering der LSV te houden op *zaterdag 22 april 1978*, des morgens te *10.30 uur* in *Hoog Brabant* (winkelcentrum Hoog Catharijne, nabij Centraal Station) *Utrecht*, tel. 030 - 33 15 25.

Agenda

1. Opening.
2. Inleiding door de voorzitter.
3. Goedkeuring notulen extra ledenvergadering dd. 15 december 1977 (LSV 1978 - 076).
4. Jaarverslag van de secretaris over het jaar 1977.
5. Jaarverslag van de penningmeester over 1977.
6. Accountantsrapport en verslag van de Commissie Geldmiddelen over het beheer der geldmiddelen.
7. Décharge van de penningmeester.
8. Verkiezing bestuursleden*:
 - a. Volgens rooster zijn aan de beurt van aftreden: Dr. G. Boersma, orthopedisch chirurg, Apeldoorn; Dr. A. M. Gründeman, chirurg, Amsterdam; Dr. A. M. van der Heyden, orthopedisch chirurg, Nijmegen; Dr. A. Kastelein, radioloog, Rhoo; en Dr. A. J. Simons, radioloog, Almelo, die zich allen herkiesbaar hebben gesteld. Het Centraal Bestuur stelt voor deze leden te herbenoemen.
 - b. Vervulling van de vacature, ontstaan door het tussentijds aftreden van Dr. C. H. van Erk, anesthesist, Bussum. *
 - c. Verkiezing van een extra bestuurslid. * Het Centraal Bestuur stelt voor hiervoor te benoemen: Dr. B. K. Bootsma, cardioloog, Utrecht, die zich bereid verklaard heeft het voorzitterschap van de Commissie Specialisten in Dienstverband op zich te nemen.
9. Goedkeuring van een tweetal reglementswijzigingen bij het Pensioenfonds Medische Specialist, strekkende tot:
 - a. De jaarlijkse aanpassing van de zogenaamde aanpassingscoëfficiënt van het bedrag aan beroepsinkomsten waar beneden vrijstelling van het deelnemerschap kan worden verkregen (artikel 1 van het Reglement van de Stichting Pensioenfonds Medische Specialist).
 - b. Voortzetting van het deelnemerschap aan de Pensioenregeling voor die specialisten die na het berei-

* Er wordt op gewezen dat ingevolge art. 14 sub 2 van het Huishoudelijk Reglement der LSV kandidaten respectievelijk tegenkandidaten kunnen worden voorgedragen door de districtsvergadering of tenminste 20 leden der Vereniging. De voordrachten voor eventuele kandidaten moeten uiterlijk 8 april 1978 bij het bureau der Vereniging zijn ingediend (art. 14 sub 3 van het Huishoudelijk Reglement der LSV).

ken van de leeftijd van 65, respectievelijk 60 jaar hun praktijk blijven uitoefenen.

10. Besluit tot het indienen van een verzoek bij de minister van Sociale Zaken om de Verplichtstellingsbeschikking van het Pensioenfonds Medische Specialist te doen wijzigen in de zin als onder agendapunt 9.a. bedoeld.
11. Bespreking van een eerste opzet voor Statuten en een nieuw Huishoudelijk Reglement van de LSV.
12. Wijziging van punt 10 van de Algemene Inleiding op de richtlijnen der Wetenschappelijke Verenigingen inzake de honoraria in de particuliere praktijk.
13. Besluitvorming inzake het Rapport Buitenpoliklinieken.
14. Actuele tariefproblematiek.
15. Mededelingen uit de departementen:
 - a. Algemene Zaken (met name over de PR-activiteiten).
 - b. Ziekenhuis- en Stafaangelegenheden (met name over de follow-up van het Rapport Intercollegiale Toetsing in algemene ziekenhuizen).
 - c. Onderwijs, Informatica, Buitenland (en meer speciaal over de Informatica).
 - d. Interne KNMG-aangelegenheden.
 - e. Tariefzaken.
16. Rondvraag.
17. Sluiting.

Namens het Centraal Bestuur der Landelijke Specialist Vereniging

G. Groenewoud, secretaris

NB: Te ca 13.00 uur zal aan de deelnemers een koffiemaaltijd worden aangeboden.

van het hoofdbestuur

Kort verslag van de HB-vergadering

dd. 4 maart 1978

Zelfstandigheid bedrijfsarts

Besproken wordt een brief van een afdelingskadergroep van het NVV/NKV bij de Hoogovens te IJmuiden, waarin met name wordt gevraagd of de positie van de bedrijfsarts in dienst bij een bedrijf wel in overeenstemming is met de artseneed. Het hoofdbestuur besluit tot de opstelling van een concept-antwoord, dat in de DB-vergadering van 14/3 definitief zal worden vastgesteld.

Sportgeneeskunde

In verband met een verzoek van de Vereniging voor Sportgeneeskunde om een KNMG-vertegenwoordiger aan te willen wijzen in de in te stellen Erkeningscommissie Sport Medische Adviescentra, wordt besloten terzake eerst een gesprek met de vereniging te voeren.

Bedrijfskeuringen

Vanuit het bedrijfsleven is de vraag gesteld in hoeverre de bij een bedrijf in dienst zijnde bedrijfsartsen medische gegevens van de werknemers vrijelijk aan elkaar kunnen doen toekomen. Het hoofdbestuur besluit hierover eerst het advies van de NVAB in te winnen.

Vestigingsbeleid

Het rapport van de studietoelatingscommissie-Vestigingsbeleid leidt tot een uitvoerige discussie van het hoofdbestuur. besloten wordt in de (volgende) vergadering van het hoofdbestuur op 2 april a.s. op basis van de alsdan te verwachten adviezen van de maatschappelijke verenigingen een aantal vragen op te stellen, welke ter beantwoording aan de studietoelatingscommissie zullen worden voorgelegd.

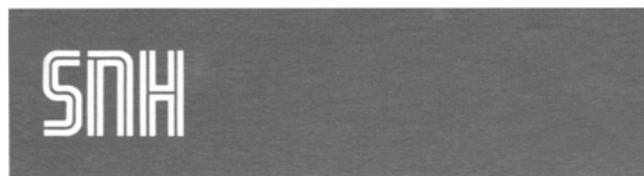
Beleidsvraagstukken 1978

Vastgesteld wordt welke problemen met name in 1978 in behandeling zullen moeten worden genomen. Hiertoe behoren onder meer het ledenbeleid, de relatie hoofdbestuur/maatschappelijke verenigingen, de relatie KNMG/medische faculteiten en de daar werkzame universitaire artsen, de geestelijke gezondheidszorg, de eerstelijns gezondheidszorg, en dergelijke meer.

Patiëntenrecht

Het hoofdbestuur neemt met belangstelling kennis van de mededeling van de vertegenwoordiger van het hoofdbestuur in de Centrale Raad voor de Volksgezondheid over deze materie, die op korte termijn door die Raad in studie zal worden genomen.

J. Diepersloot, arts, secretaris-generaal



Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van april t/m juni 1978

Kopij voor deze rubriek dient drie weken vóór de laatste vrijdag van de maand te worden ingestuurd aan Mw. I. Koers, Stichting Nascholing Huisartsen, Lomanlaan 103, Utrecht. Tel. 030-88 54 11.

4 april: Hypertensie-nascholingsavond, Zierikzee, georganiseerd door het Nederlands Huisartsen Instituut. Aanmelding en inlichtingen bij Marja Verhaar-van der Gouw, NHI, tel. 030-319946.

4, 11, 18 en 25 april: Avondcyclus over 'Elementaire statistiek met behulp van een pocket-calculator', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede, tel. 053-892922.

6 en 7 april: Blok cursus Interne Geneeskunde, Rotterdam. Plaats: Colloquiumzaal C, laagbouw West, Faculteit der Geneeskunde, Wytemaweg. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam, tel. 010-772200.

10 t/m 14 april: Nascholingscursus van het type 'Warffum'. Plaats: Bungalowpark 'Het Kraanven', Loon-op-Zand, Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam, tel. 010-772200.

10 t/m 14 april: Nascholingscursus van het type 'Warffum' in hotel De Breedenburg te Warffum. Inlichtingen bij het secretariaat: Aquamarijnstraat 725, Groningen, of bij C. Middelbeek, tel. 050-710191.

11, 18 en 25 april: Avondcyclus over 'Elementaire statistiek met behulp van de pocket-calculator', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede, tel. 053-892922.

15 april: Microsymposium: 'Praktische relevantie van de medische enzymologie'. Plaats: grote collegezaal Academisch Ziekenhuis Utrecht. Inlichtingen: Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Academisch Ziekenhuis, Catharijnesingel 101, Utrecht, tel. 030-373346 (9.00-13.00 uur).

18 en 25 april: Avondcyclus over 'Elementaire statistiek met behulp van de pocket-calculator', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede, tel. 053-892922.

17 en 18 april: Werktraining (doorlopende groep), georganiseerd door het NHI. Plaats: Huize Thalatta, Bloemendaal. Kosten: f 775,—, inclusief verblijfskosten. Inlichtingen: Marja Verhaar-van der Gouw, NHI, tel. 030-319946.

20 en 21 april: Blok cursus 'Diagnostische methoden' Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam, tel. 010-772200.

20 en 21 april: Sandwichcursus, te houden in de Stadsschouwburg te Sittard. Onderwerpen: conservatieve behandeling van het ulcus pepticum, prostaat lijden, niersteen lijden, lage rugpijn. Inlichtingen: G. A. M. Bak, arts, Wilmenweg 19, Merkelbeek, tel. 04492-1565.

24 t/m 28 april: Nascholingscursus van het type 'Warffum' in hotel De Breedenburg te Warffum. Inlichtingen: bij het secretariaat, Aquamarijnstraat 725, Groningen, of bij C. Middelbeek, tel. 050-710191.

25 april: Laatste avond van de cyclus over 'Elementaire statistiek met behulp van de pocket-calculator', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede, tel. 053-892922.

26 april: Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden, tel. 071-147222, toestel 297.

26 en 27 april: Twee identieke cursusdagen over 'Plastische Chirurgie', Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede, tel. 053-892922.

27 en 28 april: Nascholingscursus Cardiologie voor huisartsen, Leeuwarden. Plaats: De Harmonie, Leeuwarden. Het thema van de cursus zal zijn: 'Wat verwachten huisarts en cardioloog van elkaar?' Inlichtingen: Inter Universitair Cardiologisch Instituut, Amsterdam, tel. 020-129474.

28 april: Urologie voor de algemene praktijk, Rotterdam, Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Mathenesserlaan 333, Rotterdam, tel. 010-772200.

11-12 mei: Behandeling van chronische nierinsufficiëntie, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch

Onderwijs Geneeskunde, Leiden, tel. 071-147222, toestel 2797.

17-18 mei: Basiscursus voor electrocardiografie. Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden, tel. 071-147222, toestel 2797.

18 mei: Nascholingsraad, te houden in het Jaarbeurs Vergaderen Congrescentrum te Utrecht. Inlichtingen bij het Bureau van de SNH.

19 mei: Urologie voor de Algemene Praktijk, Rotterdam. Inlichtingen: Commissie voor de Artsencursus Rotterdam, Matheneserlaan 333, Rotterdam., tel. 010-772200.

22 t/m 26 mei: Training Persoonlijk Functioneren, georganiseerd door het NHI. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen. Kosten: f 1175,—, inclusief verblijfskosten. Inlichtingen: Marja Verhaar-van der Gouw, NHI tel. 030-319946.

24-25 mei: Basiscursus voor Electrocardiografie, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden. Tel. 071-147222 - toestel 2797.

24 en 25 mei: Cursus Patiënt-Arts-Communicatie (PAC). Plaats: Hydepark', Driebergen. Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers, p/a Hoffmann la Roche BV, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht tel. 02979-710191.

24 en 25 mei: Twee identieke cursusdagen over Alcohol/Alcoholisme, Enschede. Inlichtingen: Dr. G. J. van Hoytema Stichting, Postbus 89, Enschede, tel. 053-892922.

25-26 mei: Etmaalsritmen, Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden, tel. 071-147222, toestel 2797.

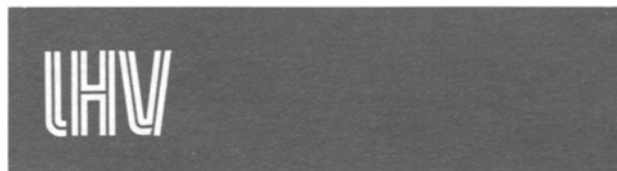
31 mei: Klinische demonstratie voor huisartsen o.l.v. L. Kuenen. Onderwerp nog niet bekend. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden, tel. 071-147222, toestel 2797.

31 mei-1 juni: Basiscursus voor electrocardiografie. Leiden. Inlichtingen: Boerhaave Commissie voor Post Academisch Onderwijs Geneeskunde, Leiden, tel. 071-147222, toestel 2797.

9 en 10 juni: Cursus Patiënt-Arts-Communicatie (PAC). Plaats: Hydepark', Driebergen. Inlichtingen: A. H. M. Schoenmakers,

p/a Hoffmann la Roche BV, Nijverheidsweg 38, Mijdrecht, tel. 02979-710191.

12,13,14 en 15 juni: Werktraining, georganiseerd door het NHI. Plaats: Huize Doornburgh, Maarssen, Kosten: f 950,— inclusief verblijfskosten. Inlichtingen: Marja Verhaar-van der Gouw, NHI, tel. 030-319946.



van het centraal bestuur

Convocatie informatieve ledenvergadering dd. 21 april a.s.

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept een informatieve ledenvergadering bijeen op *vrijdag 21 april 1978*, te houden te Utrecht in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum tel. 030-914914. Aanvang 19.30 uur.

De agenda luidt als volgt:

1. Opening.
2. Mededelingen.
3. Visie-ontwikkeling; Rondgang in de periferie; Reorganisatie.
4. Wat verder der tafel komt.
5. Rondvraag.
6. Sluiting.

Toelichting: deze vergadering zal een informatief karakter dragen.

F.A. van Spanje, arts, secretaris

INHOUD OFFICIEEL

Nr. 12 - 24 maart 1978

LSV: van het centraal bestuur:	
Jaarverslag van de secretaris over het jaar 1977	378
Convocatie ledenvergadering dd. 23 april 1978	390
KNMG, van het hoofdbestuur:	
Kort verslag van de HB-vergadering dd. 4 maart 1978	390
SNH:	
Nascholingsmogelijkheden voor de huisarts van april t/m juni 1978	391
LHV, van het centraal bestuur:	
Convocatie informatieve ledenvergadering dd. 21 april 1978	392