



redactioneel

- Regionalisatie van de gezondheidszorg op het niveau van de wijk draagt niet bij aan de bereikbaarheid en de continuïteit van de zorg, indien niet tevens een keuze wordt gemaakt tussen wijkgebonden en praktijkgebonden werken. Aldus de conclusie van Prof. Dr. H. J. Dokter en E. P. Arentz, beiden verbonden aan het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, alsmede van Drs. R. Naaborg, verbonden aan het Academisch Ziekenhuis en de Erasmus Universiteit te Rotterdam, naar aanleiding van een onderzoek van de studenten Evelien Hermse en Bas van der Hek naar de voorzieningen in de eerstelijns gezondheidszorg in en binnen de gemeente Rotterdam gelegen wijk Schiebroek.
- In een discussiebijdrage over de relatie arts-gevangene stelt de Rotterdamse politie-arts H. Th. P. Cremers onder meer: 'In de praktijk van het dagelijks leven komen vele mensen niet toe aan het realiseren van het recht op een vrije artskeuze'. De vijf vertrouwensartsen van het drietal onlangs aan de Westduitse justitie uitgeleverde RAF-gevangenen repliceren daarop: 'Dit is waarschijnlijk waar. Het is alleen geen argument om gedetineerden het recht op vrije artskeuze te ontfemen.'
- De slotconclusie van de Visie Commissie St. Bavo naar aanleiding van haar hulpverlenersenquête luidt, dat de bevolking – naast een uitbreiding van het hulpverlenersbestand – met name zit te springen om een duidelijke taakafbakening en organisatie binnen de bestaande hulpverlening. Onder meer op grond van die bevinding maakte de commissie een ontwerp voor de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn. Met een beschrijving daarvan vervolgt de zenuwarts R. E. Offerhaus zijn artikelenserie 'Van probleem tot psychiatrie'.



Sinds 1970 hanteert P. F. M. Houben, neuroloog te Mierlo, vooral de olieverftechniek om op het doek neer te zetten wat deze amateur kunstenaar ondervindt bij 'het maken van een wandeling door het 'halfbewuste', d.w.z. via beweging een ontmoeting hebben met bewustzijnsinhouden die wij maar half kennen, o.a. archetypen'. Zo ook ontstond 'Vergezichten van een kruis', 100x70 cm, een olieverfdoek dat was te bezichtigen op de tentoonstelling van 'Met pincet en penseel' in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar.
Foto: H. Frese, arts te Bergambacht

Inhoud

REDACTIONEEL

Brieven	1342
---------------	------

Inzenders: E. Sanders, A. P. J. Höppener, M. van Eudt Meyling c.s.

In de wijk gekeken. Draagt regionalisatie bij aan de bereikbaarheid en de continuïteit van de eerstelijns gezondheidszorg?, door Prof. Dr. H. J. Dokter, E. P. Arentz en Drs. R. Naaborg	1347
--	------

Discussie – Arts en gevangene, door H. Th. P. Cremers	1351
---	------

Discussie – De verzekeringsgeneeskundige als zondebok, door Dr. H. Doeleman	1355
---	------

Derde rapport Visie Commissie St.-Bavo (V). Van probleem tot psychiatrie. Een ontwerp voor psychosociale hulpverlening in de eerste lijn – 1, door R. E. Offerhaus	1357
--	------

Uit de Ziekenfondsraad	1360
------------------------------	------

Uitspraken CAO-Ziekenhuiswezen	1362
--------------------------------------	------

Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam – Onvoldoende diagnostiek	1363
--	------

OFFICIEEL	1365
-----------------	------

Inhoudsopgave officieel	1366
-------------------------------	------



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: 020-434346
telex: 15230.
advertentie-acquisitie
telefoon 020-433851.

Abonnementen

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

Advertenties

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

Adreswijziging

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

Oplage: 21.000 exemplaren.

Druk: Tijl, Zwolle.

BRIEVEN

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

PRAKTIJK ZOEKEN

Het vestigen van jonge huisartsen is de laatste jaren een groot probleem geworden. Hoewel er onlangs in dit tijdschrift werd gesuggereerd dat er over zo'n tien jaar een tekort aan huisartsen zal bestaan, wordt het er voor de nu zoekende huisarts niet gemakkelijker op. Als het plan van de LHV om tot praktijkverkleining over te gaan, zoals in de Blauwdruk staat vermeld, niet in de ijskast was beland, zou het voor de nu in groten getale afstuderende huisartsen eenvoudiger zijn geworden aan een praktijk te komen.

Zoals altijd het geval is bij een tekort, ziet men ook hier dat beunhazen de kop opsteken. Adviesbureaus voor huisartsen, financieringskantoren of wat voor naam er aan wordt gegeven, schieten als paddestoelen uit de grond. Dit soort instanties wil wel bemiddelen bij het zoeken en financieren van een huisartspraktijk. Met de regelmatig terugkerende advertenties in de vakbladen zal de afgestudeerde huisarts wel denken dat alleen nog via die weg aan een praktijk te komen is. Het zoeken moe en ten einde raad zal hij met een dergelijk bureau in zee gaan.

Er wordt verondersteld dat een (huis)arts weinig verstand heeft van materiële zaken, zoals financieren en verzekeren. Door interessant lijkende gesprekken, door gewapper met financiële computerverslagen, is een (huis)arts al gauw geneigd te geloven dat men het beste met hem voorheeft. Wanneer zo'n bureau toevallig een praktijk aan te bieden heeft, begint de narigheid pas goed. Aan allerlei voorwaarden moet worden voldaan om voor die praktijk in aanmerking te kunnen komen. Het blijkt dat het bureau de arts verplicht tot een bepaalde vorm van financiering, verzekering en boekhouding. Dat zij er op uit zijn juist voor henzelf de meest voordelige transacties af te sluiten, wordt natuurlijk niet vermeld.

Al jaren heeft de KNMG onder andere als haar taak gezien het bemiddelen bij het vestigen van huisartsen. Dat deze bemiddeling geheel gratis is en zeer vertrouwelijk geschiedt, is, gezien het aanbod van praktijken, aan slechts weinig vertrekkende huisartsen bekend. De KNMG stelt aan de vertrekkende huisarts

alleen de eis dat hij zich aan de KNMG-normen houdt. Aan de zoekende huisartsen zullen nooit voorwaarden worden gesteld. Na een eenmaal gemaakt contact via het KNMG-bemiddelingsbureau, slaan de partners ieder hun eigen weg in, desgewenst met begeleiding van de KNMG.

De bedoeling van dit stukje is, bij de huisartsen die van plan zijn in de toekomst hun praktijk neer te leggen de aandacht te vestigen op deze problematiek. Bij het bureau Waarneming en Vestiging van de KNMG zijn ongeveer 250 zoekende huisartsen ingeschreven, die veel beter hun weg kunnen vinden via hun eigen artsenorganisatie dan via beunhazerij.

Amsterdam, 30 september 1978

E. Sanders, arts

STAGEPLAATSEN NEUROLOGIE

Langs deze weg wil het bestuur van de Subvereniging Assistenten Psychiatrie van haar grote verontrusting blijk geven. De laatste maanden hebben ons van de assistenten psychiatrie in toenemende mate berichten bereikt over moeilijkheden bij het vinden van een plaats voor hun stage neurologie. Bij verschillende gelegenheden en instanties hebben onze leden of hun vertegenwoordigers aan de bel getrokken zonder dat dit tot nu toe tot concrete resultaten heeft geleid.

Er is op dit moment geen systematisch onderzoek bekend naar de werkelijke omvang van de behoefte aan neurologieplaatsen onder de assistenten psychiatrie. Uit incidentele berichten weten we dat minstens een 25-tal assistenten ernstige moeilijkheden ondervinden bij het zoeken van een plaats. Verschillenden van hen hebben al vele malen tevergeefs gesolliciteerd, sommigen zijn van de opheffing van een aantal C-opleidingen de dupe geworden. Deze situatie heeft nu reeds een aantal gevolgen gehad:

– het zoeken naar een plaats neurologie

doorlezen naar blz. 1344

GEDETINEERDEN

Folkerts, Wackernagel en Schneider bevinden zich niet meer in Nederlandse gevangenissen. Dat betekent niet, dat daardoor de medische en juridische conflicten die zich rondom deze gedetineerden hebben afgespeeld kunnen blijven liggen. Integendeel, het is dringend nodig dat de balans wordt opge maakt. Daarbij kan het een voordeel zijn, dat de bedreiging die van de aanwezigheid van deze drie gedetineerden uitging en die kennelijk vooral 'Justitie' beïnvloedde, maar die ook artsen en advocaten niet onberoerd liet, nu is opgeheven. Is die bedreiging – met name het ontstaan en het gebruik ervan – een onderwerp dat zeker nadere bestudering rechtvaardigt, dat onderwerp is hier evenwel niet aan de orde; wél de gevolgen ervan voor de behandelende artsen van de desbetreffende gedetineerden.

Prof. Dr. H. J. van Aalderen schetste op een symposium de mechanismen die een rol spelen indien men als behandelend arts voor zulke gedetineerden meent te moeten opkomen. De eerste reactie is altijd dat je je voor het karretje van de gevangenen hebt laten spannen, of simpeler nog – bijvoorbeeld door je met 'RAF-arts' te betitelen – dat je rechtstreeks achter het door deze gevangenen bedreven terrorisme staat. Daar komt dan bij, dat deze terroristen zo ongehoord slim zijn dat je dat als eenvoudig psychiater of huisarts natuurlijk niet in de gaten hebt. Uit dergelijke denkpatronen voortkomende uitspraken werken wel in de hand, dat deze gedetineerden in de ogen van derden al maar gevaarlijker worden. Doordat alles in een extreem daglicht wordt gesteld ontstaat er langzamerhand een situatie waarin iedere maatregel – zelfs de meest verre gaande – geoorloofd lijkt.

Het is in deze, door krante-artikelen al dan niet opzettelijk aangewakkerde sfeer dat de behandelende arts moet werken. Dat hij dit niet alleen moet doen, maar al

tijd in een team van artsen, lijkt alleen daarom al een juiste beslissing omdat daardoor de invloed van genoemde mechanismen beter kan worden onderkend en tot een minimum gereduceerd.

Het optreden van het team van vertrouwensartsen heeft in tweeërlei opzicht aanleiding gegeven tot conflicten. Conflicten die speelden op het terrein van de vrije artsenukeuze en op het terrein van de behandelingsvrijheid.

Politie-arts H. Th. P. Cremers voert ten onrechte aan (blz. 1351), dat er in de alledaagse praktijk ook voor vele andere mensen nauwelijks sprake is van een vrije artsenukeuze – dus waarom dan wel voor enkele misdadigers? Het gaat er niet om of in de praktijk door (volgens Cremers) enige honderdduizenden van dit recht geen of nauwelijks gebruik wordt gemaakt. Zij

*. . . eerder sprake
van een
soort angstneurose . . .*

allen hebben de mogelijkheid zich tot de arts van hun keuze te wenden, zo zij dit beslist willen en de arts bereid is hen te helpen: want ook de arts heeft een vrije patiëntenkeuze, tenzij – dus wel een restrictie – het gaat om periculum in mora of dat er geen andere hulp mogelijk is. Zelfs collega Cremers zal nauwelijks geloven dat ook maar één van die honderdduizenden slechts door middel van een hongerstaking hulp van de arts van zijn of haar keuze zou kunnen verwerven, al zal het soms wel extra inspanning kosten. Het is een teken aan de wand, dat het voor de verdachten wel de enige mogelijkheid bleek te zijn. Eigenlijk is het jammer dat het door het compromis tussen vertrouwensartsen, instellingsartsen, Justitie en verdedigers niet tot een gerechtelijke uitspraak is gekomen over het recht van gede-

tineerden op een vrije artsenukeuze. Nu er geen rechterlijke uitspraak is, zijn wij met Romme c.s. van mening dat het op de weg ligt van de KNMG hierover een uitspraak te doen. Wij verwijzen naar regel 8 van de recentelijk vastgestelde gedragsregels voor artsen, die luidt: 'Waar mogelijk zal de arts de vrije artsenukeuze bevorderen'.

Veel belangrijker is evenwel dat de behandelingsvrijheid van de betrokken artsen nadrukkelijk door de overheid, in casu Justitie, werd ingeperkt. En wel in een zodanige mate, dat deze artsen zich medeplichtig gingen voelen aan een door hen als gevaarlijk beoordeelde isolering van de gedetineerden. Isolatie van gedetineerden is geen onbekend verschijnsel. In vele gevangenissen wordt isolatie toegepast, hetzij als straf, hetzij in het directe belang van de gedetineerde, hetzij ter bescherming van de directe omgeving. Maar nooit werd een isolatie – bovendien voor onbepaalde tijd – zo lang volgehouden. De betrokken artsen en advocaten spraken zelfs van 'executie op lange termijn'. Dit mag er in de praktijk misschien wel van komen, het woord 'executie' veronderstelt evenwel opzet. Maar die is nauwelijks aan te nemen: er lijkt eerder sprake van een soort angstneurose ten gevolge van het reeds eerder aangeduide mechanisme. Mede door het werk van de artsengroep binnen Amnesty International komen er steeds meer gegevens los over de gevolgen van isolatie en over alle mogelijke vormen van isolatie. Dat Justitie kennelijk geneigd is daaraan niet zo zwaar te tillen, berust mogelijk eerder op een beroepsdeformatie dan op kennis.

Van belang is tenslotte de vraag, of de behandelingsmethodiek die door de vertrouwensartsen werd gevolgd – een methodiek die een verschuiving te zien geeft van een conflict-oplossende benadering naar sociale actie – de juiste is geweest. Die vraag komt aan de orde in het volgende nummer van MC.

B.

werkt verstorend op de concentratie in de psychiatrische opleiding, zodat deze geschaad wordt;

- de wachttijd voor een plaats neurologie is dikwijls tot meerdere jaren opgelopen;
- vele assistenten zijn daardoor in onzekerheid komen te verkeren over hun nabije toekomst;
- sommigen overwegen daarom met hun specialisatie te stoppen;
- opleidingsplaatsen voor psychiaters worden om de wachttijd te overbruggen langer bezet dan noodzakelijk is;
- er is een vertraging ontstaan in het afstuderen van psychiaters;
- een enkele assistent moet al van een werkeloosheidsuitkering leven.

Middels deze open brief willen wij bereiken dat alle betrokkenen doordrongen raken van de ernst van de situatie en iedereen intensief blijft nadenken over mogelijke oplossingen. Aan de assistenten die op dit moment de genoemde problemen ondervinden vragen wij zich te melden bij de Subvereniging Assistenten Psychiatrie en de SRC, zodat wij eindelijk een betrouwbaar inzicht krijgen in de werkelijke omvang van de behoefte. Aan de Specialisten Registratie Commissie en het Centraal College vragen wij spoedig specifieke maatregelen te treffen die bijdragen tot een oplossing van dit probleem. Hierbij valt met name te denken aan:

- een spoedige beslissing over een nieuwe opleiding psychiatrie;
- het tijdelijk creëren van extra opleidingsplaatsen neurologie, hetzij binnen de bestaande klinieken, hetzij door het aantal C-opleidingsplaatsen te vergroten;
- het verlenen van ontheffing van de eis dat de opleiding niet langer dan drie maanden mag worden onderbroken.

Wij zijn gaarne tot nadere toelichting bereid.

Leiden, 8 oktober 1978

A. P. J. Höppener
voorzitter van het bestuur van de
Subvereniging Assistenten Psychiatrie

RAPPORT TAAKGROEP SOCIALE GENEESKUNDE

In Medisch Contact van 15 september jl. (MC nr. 37/1978, blz. 1121 e.v.) lezen we een samenvatting van het Rapport Taakgroep Sociale Geneeskunde van het LAD/ANVSG. Helaas ontbrak in dit overzicht de paragraaf zuigelingen- en kleuterzorg, die in het oorspronkelijk stuk terecht wel de aandacht krijgt. Dit stelde ons teleur omdat juist nu de LAD op de hoogte is van de knelpunten in deze sector van de sociale geneeskunde. De kinderhygiëne dreigt in een moeilijke

situatie te komen door het ontbreken van enige rechtspositie van de consultatiebureau-arts. Bovendien heeft het invoeren van de verzekeringsplicht zonder dat daar een dienstverband tegenover staat, voor vele van ons onaangename gevolgen. Wij hebben ons dan ook als CB-artsen moeilijk kunnen herkennen in uw versie van de 'vierde poot' waarover in het voorwoord sprake was.

Velp, 9 oktober 1978

M. van Endt Meyling, Velp
Th. Flohil-Verschuur, Warnsveld
M. de Haas-Michgelsen, Asch
M. Vader-Hofsteenge, De Steeg
C. E. Maris-Begeman, Arnhem
A. van der Meer-Boink, Overasselt
M. G. de Wit-Wortel, Arnhem.



Sportgeneeskunde – Het Stipendium (studiefonds) voor Sportgeneeskunde 1978 is toegekend aan Mw. Eveline de Weger (28), arts, in Amsterdam. Aan het Stipendium is een bedrag van f. 10.000,— verbonden. Het Stipendium wordt toegekend aan een onderzoeker of student voor zijn (of haar) verdere praktische en/of theoretische ontwikkeling in de sportgezondheidszorg; het kan gebruikt worden voor praktische stages in binnen- of buitenland of ter ondersteuning van wetenschappelijk onderzoek (Nadere inlichtingen bij het secretariaat van de Prijs voor de sportgeneeskunde, postbus 350, Amstelveen, telefoon 020-472026). Het Stipendium 1978 is Mw. De Weger uitgereikt door de voorzitter van de jury, Prof. Dr. P. A. Biersteker, tijdens een wetenschappelijke bijeenkomst over sportgeneeskunde in Schouburg 'Gooiland' in Hilversum. Bij de uitreiking lichtte Prof. Biersteker het jurybesluit toe: 'Geheel op eigen initiatief heeft zij volgens de richtlijnen van het concilium van de Stichting Opleiding Sportartsen voor zichzelf een gericht programma van specialisaties opgesteld. Door haar daadwerkelijke belangstelling voor de sportgeneeskunde heeft zij de aandacht getrokken van specialisten, die op het terrein van de sportgezondheidszorg werkzaam zijn. Deze zijn haar tegemoet gekomen door haar een tijdelijke aanstelling als arts-assistent te geven. Voor de verplichte basis cursus Sociale Geneeskunde is zo'n oplossing niet

mogelijk. Derhalve heeft zij daartoe een aanvraag voor het Stipendium ingediend. Het feit, dat zij een belangrijk deel van haar opleiding op eigen initiatief heeft gerealiseerd, heeft de jury doen besluiten het stipendium aan haar toe te kennen, teneinde haar in staat te stellen de basis cursus Sociale Geneeskunde te volgen.'

Kwalijke pillen uit China – Het is, aldus de Inspectie van de Volksgezondheid voor de geneesmiddelen, bekend dat in Nederland Chuifong Toukuwan-pillen worden ingevoerd. Deze Chinese pillen zijn in Nederland niet geregistreerd en de invoer is verboden. Maatregelen om de invoer tegen te gaan zijn genomen. De pillen zouden zijn samengesteld uit plantaardige bestanddelen en zijn afkomstig van de Nan-lien Pharmaceutical Company te Hong Kong. Ze worden aanbevolen om te gebruiken bij chronische reuma en bij verschillende soorten pijn. Uit een onderzoek, verricht door het Rijksinstituut voor Geneesmiddelenonderzoek te Leiden, is gebleken dat deze pillen indometacine en dexamethason bevatten. De aanwezigheid van deze twee geneesmiddelen is niet op de verpakking vermeld. Beide geneesmiddelen zijn sterkwerkend en in Nederland uitsluitend op recept verkrijgbaar. Indometacine is een middel dat onder meer voor de behandeling van reuma wordt voorgeschreven. Dexamethason is een krachtig ontstekingsremmend middel, verwant aan de hormonen van de bijnier en kan bij inneming bepaalde ziekteverschijnselen, zoals pijn, doen verminderen. Beide geneesmiddelen kunnen bij gebruik ook bijwerkingen geven, die soms zeer ernstig zijn. Aangeraden wordt deze Chinese pillen niet te gebruiken. Aan patiënten die deze pillen hebben gebruikt wordt de raad gegeven zich met de behandelend arts in verbinding te stellen.

Ioniserende straling. Volgens het 'Veiligheidsbesluit Ioniserende Stralen' moet het verrichten van radiologische werkzaamheden geschieden onder toezicht van een bevoegde deskundige die op de hoogte is van de gevaren, welke deze werkzaamheden met zich kunnen brengen. De eisen, die aan de deskundige worden gesteld, hangen af van de aard van het bedrijf en van de werkzaamheden en van de gebruikte stralingsbronnen. Voor het behalen van de vereiste deskundigheidsgraden B en C worden onder auspiciën van de 'Industriële Vereniging tot Bevordering van de Stralingsveiligheid' cursussen gegeven. De B-cursus die in oktober is begonnen is volgeboekt. In de maanden januari, februari en maart 1979 wordt deze cursus herhaald. In februari 1979 vangt de

C-cursus aan. Inlichtingen bij: Ir. W. G. Janssen, Directeur HTS, G. J. de Jonghweg 6, 3015 GG Rotterdam. Tel.no. 010-36 62 44.

Anticonceptie in de huisartspraktijk – Op donderdag 16 november (in de Utrecht-Wassenaarzaal van Holiday Inn te Leiden) en woensdag 22 november (in de Bon Binizaal van het Nederlands Congresgebouw te Den Haag) zal een symposium worden gehouden met als titel 'Anticonceptie in de huisartspraktijk'. Op beide symposia spreken de volgende inleiders: Mw. Drs. Angenies Brandenburg over 'Ik wens mijn eigen conceptie te bepalen', J. Huls over 'Hormonale anticonceptie anno 1978' en Dr. N. D. Bessem over 'Niet-hormonale vormen van anticonceptie'. Er is gelegenheid tot discussie. Het discussiepanel zal bestaan uit de inleiders en Mw. M. Dersjant-Roorda. Verdere inlichtingen: Organon Nederland BV, Oss, tel. 04120-24373, toestel 43.

Reumasymposium – Op vrijdag 26 januari 1979 wordt in het Jaarbeurs Congrescentrum te Utrecht een symposium voor huisartsen gehouden over het thema 'Reumatiek en pijnbestrijding'. In dit symposium zal het probleem van het zogenaamde weke-delen-reuma van verschillende – doch vooral praktische – kanten worden benaderd. Vragen die daarbij zullen worden besproken zijn onder andere: Wat is reumatische pijn? In hoeverre moet nadere diagnostiek worden bedreven? Welke therapeutische mogelijkheden staan de huisarts ten dienste? Wanneer is inschakeling van een specialist aangewezen? 'Minor injuries' vormen, althans in therapeutisch opzicht, een nauw verwacht onderwerp. De behandeling hiervan zal eveneens aan de orde komen in dit symposium, waarvoor een zestal inleiders is uitgenodigd. Tevens zal ruimschoots de gelegenheid bestaan met een heterogeen samengesteld forum van gedachten te wisselen over verschillende aspecten van het onderwerp. Nadere inlichtingen: Ciba-Geigy BV, Raapopseweg 1, Arnhem, tel. 085-629104.

Diaserie hart- en vaatziekten – De Nederlandse Hartstichting, de Nederlandse Vereniging van Diëtisten en het Voorlichtingsbureau voor de Voeding hebben een diaserie laten maken, getiteld: 'Hart- en vaatziekten, wat doen we eraan?'. De serie werd vervaardigd om artsen, diëtisten en voedingsdeskundigen te helpen bij de voorlichting over voeding onder meer in relatie tot de mogelijke preventie van hart- en vaatziekten. Het geheel omvat 38 dia's plus kaarten, op die kaarten vindt men begeleidende tekst, achtergrondinformatie en

literatuurverwijzingen. Onderwerpen zijn de veranderingen van eet- en leefgewoonten in de westerse maatschappij, de functie van hart en bloedsomloop en de complicaties die ten gevolge van atherosclerose kunnen optreden, de risicofactoren van hart- en vaatziekten en de mogelijkheden om de kans op deze ziekten te verminderen, waaronder een verantwoorde voeding. De diaserie kan worden besteld door f 75,— + f 5,— (verzendkosten) over te maken op giro 2252990, penningmeester Bijscholing voor Diëtisten, Treubstraat 176, Nijmegen, onder vermelding van 'Diaserie hart- en vaatziekten'.

Kosten ziekenhuizen – Het gemiddelde verpleegtarief van de ziekenhuizen over 1977 bedroeg 10,84 % méér dan dat over 1976, namelijk f 215,01 (was f 193,98) per dag. Voor 1978 wordt een stijging met 11,8% verwacht. Andere cijfers (uit het COZ-jaarverslag over 1977): in de verpleeghuizen steeg het gemiddeld verpleegtarief van 1976 op 1977 met 7,15% tot f 138,47 (prognose voor 1978: f 153,83 oftewel 10,63% meer), in de psychiatrische ziekenhuizen met 12,58% tot f 145,42 (prognose 1978: f 161,84=plus 11,24%) en in de zwakzinnigeninrichtingen met 10,34% tot f 125,47 (prognose 1978: f 140,90= plus 12,42%). De gemiddelde tarieven blijken niet meer zo hard te stijgen als in voorgaande jaren, toen die stijging zo rond de 20% lag; voor 1977-1978 verwacht het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven echter wel weer een hogere stijging dan voor 1976-1977.

In de cijfers over 1977 en 1978 is rekening gehouden met de verwerking in de verpleegtarieven van de kosten die de invoering van de ziekenhuis-CAO met zich brengt.

CARA-colloquium – Op vrijdag 3 november a.s. zal in het Amphitheater van het Algemeen Burgerlijk Pensioenfonds, Oude Lindestraat 70 te Heerlen (tel. 045-799111) een regionaal huisartsencolloquium worden gehouden, waarbij CARA centraal zal staan. Het programma vermeldt lezingen van Dr. Höppener, huisarts te Heerlen over 'CARA bij kinderen en de vroege diagnostiek daarvan'; Dr. F. Maesen, longarts te Heerlen, over 'CARA en huisdieren'; Dr. R. Pauwels, longarts te Gent, over 'Moderne diagnostiek en therapie' en Mw. R. Leferink-Wams van het Nederlands Astma Fonds over 'Sociale problematiek'. Aan de lezingen wordt een forumdiscussie gekoppeld.

Centrum '45 in MGv – Het septembernummer van het Maandblad Geestelijke Volksgezondheid (MGv nr. 9/78 d.d. 28 september 1978) is grotendeels gevuld met artikelen over Centrum '45, dat

functioneert als bijzondere opvang voor oorlogsslachtoffers. Na een plaatsbepaling binnen de geestelijke gezondheidszorg volgen een weergave van een behandeling, bijdragen over de algemene bijeenkomst, sociotherapie, groepstherapie, bewegingstherapie, expressietherapie en individuele psychotherapie en wordt het verhaal gedaan van 'Kees Gast'. Besproken worden verder problemen rond de categorale opzet en enkele ervaringen met psychotherapie met ouderen. Ook meningen van oud-patiënten over behandeling in Centrum '45 worden vermeld. MGv is te bestellen door f 5,95 over te maken op giro 1482492 van Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, Utrecht.

'Patient counseling' II – Van 1-4 mei 1979 organiseert Excerpta Medica voor de tweede maal een internationaal congres over 'Patient counseling and education'. De organisatoren hopen op belangstelling van de zijde van artsen en andere gezondheidswerkers, vertegenwoordigers van patiënten- en consumentenorganisaties alsmede van de zijde van ieder die de begeleiding van patiënten ter harte gaat. Plaats van handeling is het Haagse Congresgebouw.

Het programma omvat de onderwerpen 'Patient education' (GVO-technieken, GVO en specifieke ziekten, GVO inzake algemene onderwerpen, GVO en zelfzorg); 'Patient counseling' en Aspecten van 'patient education' en 'patient counseling' die met de toepassing te maken hebben (juridische en politieke aspecten, GVO binnen een gezondheidszorgsysteem).

Inlichtingen: Excerpta Medica, Postbus 175, Boskoop, tel. 01727-2282.

Rectificatie – In Medisch Contact nr. 28/1978, blz. 842 staat als eerste onder de rubriek 'Brieven' een ingezonden stuk van R. Ran. Door een zelffout in de laatste zin van deze brief is publikatie ervan een 'sof' geworden; er staat namelijk 'Sof voor de uitspraak van het medisch tuchtcollege'. Hier had moeten staan 'Lof . . . '.

Doelmatigheid medisch handelen – In mei 1979, van de 14e tot de 19e, vindt in Bordeaux een congres plaats over 'Evaluation of efficacy of medical action'. Initiatiefnemers zijn het Technical Committee for Medicine and Health van de International Federation for Information Processing (IFIP) en de Association pour les Applications de l'Informatique en Médecine. Hun toelichting: 'The conference will deal with the methodological suggestions for evaluation of efficacy of medical action and with experiments which support such

proposals. As regards content, it is agreed to limit consideration to the experience in the following situations: individual clinical contact, defined populations, medical action in the context of specific health care units, measuring physicians's competence for clinical action. The domain of public health care and the evaluation of health systems are agreed to be beyond the scope of the conference.' Inlichtingen: SAZZOG Foundation, G. A. van Nispenstraat 37, Arnhem.

Schooltandverzorging – Het aantal leerlingen dat aan de schooltandverzorging deelneemt is de afgelopen jaren fors gedaald, al liet het schooljaar 1976-1977 een iets geringer teruggang zien. In dat jaar namen circa 0,6 miljoen (van de 1,2 miljoen) lagere schoolleerlingen van 8.934 scholen via 90 diensten voor schooltandverzorging aan die verzorging deel. Voor alle schoolkinderen gemiddeld bedroegen de kosten per kind f 103,72; voor 1977-1978 zijn de kosten begroot op f 118,90 per kind. Van de totale kosten namen de ziekenfondsen bijna 60% voor hun rekening, de particulier verzekerden ruim 10% en de gemeenten een 30%. Van de 842 gemeenten in ons land nemen er 75 (=9%) niet deel aan de schooltandverzorging. Aldus het jaarverslag 1977 van de Nederlandse Vereniging voor Sociale Tandheelkunde. Speciale zorg voor kinderen met een zeer slecht gebit en een georganiseerde tandheelkundige verzorging voor de jeugd van 0-6 jaar zou de vereniging blijkens dit verslag bijzonder welkom zijn.

Glaucoma symposium – Onder de titel 'Diagnosis and Therapy' zal een glaucoma-symposium 21 en 22 september 1979 plaatsvinden in het Hilton Hotel te Amsterdam. Het secretariaat is in handen van: Dr. E. L. Greve, Mw. E. Mutsaerts en Dhr. W. Miller, afd. Glaucoomdiagnostiek, Wilhelmina Gasthuis, Eerste Helmersstraat 104, 1054 EG Amsterdam; tel. 020-5782600.

'Leren van het leven' – Over de betekenis van troost gaat 'Leren van het leven', een brochure van 'De Zonnebloem', katholieke nationale vereniging tot bevordering van het welzijn der zieken van alle gezindten. De brochure wordt uitgebracht ter gelegenheid van de Nationale Ziekendag, in 1974 tijdens de viering van het 25-jarig verenigingsjubileum uitgeroepen, te weten de tweede zondag in september. 'Leren van het leven' kan worden verkregen via het nationaal bureau van 'De Zonnebloem', Ginnekenweg 114, 4818 JJ Breda, tel. 076-143350.



Een maligne gezelschap

De tafels staan bij de tumorbespreking al lang niet meer in een 'T', maar in een 'O'; de 'O' van 'ondergang', maar ook de 'O' van 'optimistisch'. Helaas is daar weinig reden toe.

Het meest links zit Joop, één van de assistenten. Wat hij daar aan de andere kant van de tafel zoekt, is mij onduidelijk. Daar horen de heren deskundigen te zitten en niet zo maar een assistent. Joop leest een of andere brief, tikt onderwijl storend op de tafel en schrikt op wanneer iemand plotseling wat harder spreekt.

Naast hem zit Dr. Casperman, een wat oudere, in elkaar gedrongen, overtijdse gynaecoloog. In zijn donkerblauwe coltrui, die hij eeuwig onder zijn witte jas schijnt te dragen, is hij net een van boord gezette matroos, die door het toeval het medische bedrijf is binnengerold. De meeste tijd wrijft de goede man door zijn stugge haar. Wanneer hij zijn haar eens met rust laat zit hij te friemelen aan zijn veel te grote bril, waardoor hij trouwens zelden kijkt. Met zijn andere hand ondersteunt hij zijn loodzware hoofd. Af en toe werpt hij zo over de rand van zijn bril een verongelijkte blik naar onze kant van de tafel. Wanneer hij merkt dat er naar hem wordt gekeken, welt er in hem plotseling een ontembaar verlangen op om wat te zeggen, ongeacht wat. Meestal ontgaat hem de essentie en gooit hij er zo maar tussendoor: 'Zeg, wat doen jullie met de doden in jullie archief?' Die vraag is al eerder uitvoerig besproken door de patholoog-anatoom en de radio-therapeut, maar de rest voelt zich toch verplicht om er weer eens op in te gaan. Doen ze dat niet, dan wordt het baasje nijdig; bij de volgende casus broedt hij dan op allerlei stekelige opmerkingen, zo van: 'Da's weer een slachtoffer van onze interne vrienden.'

Naast Dr. Casperman zit Dr. Eluard, een uit Frankrijk afkomstige arts, die ondanks zijn gebrekkige Nederlands met veel elan de discussies leidt. Deze sympathieke diplomaat van het gezelschap boekt als ganghouder van het gesprek veel succes. Wanneer we letterlijk en figuurlijk op dood spoor zijn beland, weet hij er weer nieuw leven in

te pompen; niet in de patiënt natuurlijk, maar in de discussie.

En dan krijgen wij onze assistent-oncoloog, Dr. van Vels. Hij is hét stereotype van een 'maagdelijke' wetenschapper, die boven alle geneugten van dit leven staat. Aan grappes heeft hij lak en driekwart van de bespreking staart hij in trance schuin omhoog naar een onzichtbare plek op het plafond, alsof hij in rechtstreeks contact met 'daarboven' staat. Eigenlijk is dat ergens ook wel zo, want voordat de mensen zich bij Petrus melden komen ze eerst bij Van Vels. Met

DAGBOEK
VAN EEN
CO-ASSISTENT
(52)

zijn arsenaal aan medische wapens kan hij een en ander nog wat uitstellen. Hij is ook de man van de literatuur; hij heeft nog geen uitspraak gedaan of er volgt een literatuurlijst. Dat maakt hem tot een boeiend object. Hij is ergens het middelpunt, omdat zowel artsen als patiënten op hem hun laatste hoop gevestigd houden.

Ik geloof, dat het in feite niet veel uitmaakt of deze heren het over kankerpatiënten hebben dan wel over nieuw verschenen postzegels in Zuid-Amerika of over nieuwe kleurencombinaties van toiletmatjes. Het gesprek zou dank zij Dr. Eluard even geanimeerd zijn geweest; Joop was zijn brief rustig door blijven lezen, terwijl Van Vels een of ander artikel uit het maandelijkse periodiek voor de plattelandsvrouwen uit Noord-Oost Groningen zou zijn gaan citeren. En onze vriend Dr. Casperman zou even stug doorgaan met het masseren van zijn grijzende lokken, iedere vijf minuten zou hij zijn blik weer pijnigen aan onze aanwezigheid, om bij de nodige belangstelling onzerzijds weer een vraag te stellen, die als een tang op een varken zou slaan.

De 'O' van 'Onzin', denk ik dan maar.

Alexander van Es

In de wijk gekeken

Draagt regionalisatie bij aan de bereikbaarheid en de continuïteit van de eerstelijns gezondheidszorg?

De *Structuurnota Gezondheidszorg* (1974) stelt, dat 'een planmatige structurering van de gezondheidszorg geboden is'. Dit op grond van het feit dat 'het stelsel van voorzieningen onvoldoende samenhang toont'. Als ordeningsprincipes is gekozen voor regionalisatie en echelonnering. Deze principes 'vormen de structurele middelen om tot een geïntegreerd systeem van voorzieningen te komen'. Verwacht wordt dat 'door regionalisatie de bereikbaarheid en de continuïteit van de gezondheidszorg wordt bevorderd'.

Voor de huisarts en de wijkverpleegkundige werkzaam in de eerste lijn van de gezondheidszorg is al spoedig na het verschijnen van de structuurnota opgemerkt dat er sprake moet zijn van subregio's. Dat zijn kleinere gebieden binnen een regio waarin huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werkende, eventueel in samenwerking met nog anderen, hun hulp aanbieden.

Het wetsontwerp *Voorzieningen Gezondheidszorg* (1976) geeft een nadere uitwerking van de gedachten zoals deze in de structuurnota zijn verwoord. In dit ontwerp wordt nader ingegaan op de behoefte aan en de spreiding van de beroepsuitoefening.

Een aantal beleidsvoornemens, waarvan sommige nader zijn/worden uitgewerkt in wetsvoorstellen, is nu bekend. Niet bekend is de wijze waarop de beleidsvoornemens in concreto moeten worden ingevuld.

* Onder de eerste lijn verstaan wij die voorzieningen in de gezondheidszorg die direct zonder tussenkomst van derden bereikbaar zijn.

In het kader van een keuzepracticum aan de Erasmus Universiteit te Rotterdam onderzochten de derdejaars studenten Evelien Hermse en Bas van der Hek de voorzieningen in de eerstelijns gezondheidszorg in de binnen de gemeente Rotterdam gelegen wijk Schiebroek. De door hen verkregen informatie werd verwerkt in het bijgaande artikel.

De schrijvers concluderen dat regionalisatie van de gezondheidszorg op het niveau van de wijk niet bijdraagt aan de bereikbaarheid en de continuïteit van de zorg, indien niet tevens een keuze wordt gemaakt tussen wijkgebonden en praktijkgebonden werken.

door **Prof. Dr. H. J. Dokter,**
E. P. Arentz
en **Drs. R. Naaborg**

De eerste twee auteurs zijn medewerkers van het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut van de Erasmus Universiteit.

De derde auteur is medewerker van het Academisch Ziekenhuis en de Erasmus Universiteit te Rotterdam

Steeds sterker wordt dit gebrek aan operationalisering gevoeld als een belangrijke tekortkoming. Dat de beleidsvoerders ook in het ongewisse verkeren, komt duidelijk tot uitdrukking in het geëxperimenteer met onder meer een aantal regio's. De wens om een bijdrage te leveren aan dit operationaliseringsproces heeft geleid tot een veldstudie op het verzorgingsniveau van een wijk. Ons is namelijk opgevallen dat in ieder geval over de eerste lijn* betrekkelijk weinig bekend is op het niveau van de sub-regio c.q. de wijk. Het in gang zetten van veranderingsprocessen vereist enerzijds formulering van de finale doelstelling, anderzijds inzicht in de bestaande situatie. Wij beperken ons in dit stadium

van het onderzoek tot het trio huisarts, wijkverpleegkundige en maatschappelijk werker.

Vraagstelling

Ons onderzoek is gericht op het zoeken naar een antwoord op een drietal vragen en beperkt zich tot de wijk Schiebroek in de gemeente Rotterdam. De vragen, waarvan de volgorde tevens de fasering van het onderzoek aangeeft, luiden aldus:

1. Welke voorzieningen zijn in de wijk aanwezig?
2. Wat is de relatie tussen de door middel van de inventarisatie gevonden voorzieningen enerzijds en de regionalisatie van de gezondheidszorg anderzijds in termen van:
 - a. de bereikbaarheid van de hulpverleners;
 - b. de continuïteit van de zorgverlening;
 - c. de samenhang tussen de verschillende voorzieningen?
3. Beslaan de bestaande voorzieningen de gehele wijk?

Het is vooral de tweede vraag die de nodige creativiteit en inspiratie vergt.

Immers, het is niet alleen het regelen van avond- en weekenddienst dat aan het begrip 'continuïteit' inhoud geeft. Het is ook het registreren van ziektegeschiedenissen, het samenwerken tussen verschillende hulpverleners binnen één echelon en tussen verschillende echelons, en de verdergaande specialisatie, om maar enkele aspecten te noemen. Het begrip 'bereikbaarheid' bevat meer dan alleen een geografisch en een tijdsaspect, elementen die voornamelijk in dit artikel aan de orde komen. Bereikbaarheid heeft ook betrekking op financiële sociale en medische bereikbaarheid, etc. Het begrip 'samenhang' kan worden geformuleerd als 'het op elkaar steunen', 'het op elkaar rekenen' en 'de omstandigheid dat of de wijze waarop verschillende zaken met elkaar in verband staan'. Samenhangend is dan 'tot een geheel verbonden zijn' respectievelijk 'in verband met elkaar staan' (Van Dale). Als samenhangend is: 'een geheel van elementen', dan kunnen de elementen in de gezondheidszorg worden gevormd door de dienstverleners en/of de dienstverlenende organisaties. De relaties tussen deze elementen geven dan aan de wijze waarop het geheel met elkaar in verband staat. Het is het relatiepatroon, de inhoud van de relaties en het complementaire karakter, waaraan een samenhangend stelsel van gezondheidsvoorzieningen is te herkennen. Afhankelijk van de vraag naar de soort dienstverlening kunnen per gebied de elementen naar kwaliteit en kwantiteit verschillen, terwijl niettemin sprake kan zijn van een samenhangend stelsel van voorzieningen. In een volgende fase van het onderzoek hopen wij een nadere operationalisering van het gestelde te realiseren.

Werkwijze

De gemeente Rotterdam heeft ons informatie verschaft over de geografische gebiedsafbakening en de bevolkingsopbouw van de wijk Schiebroek. De vijf in Schiebroek gevestigde huisartsen hebben ons de mogelijkheid geboden hun kaartstelsel door te werken, zodat inzicht is verkregen in de geografische spreiding van de patiënten. De Rotterdamse ziekenfondsen AZR en

ARV hebben, met goedkeuring van de betrokken huisartsen, de door ons gevraagde informatie verstrekt. Tenslotte is informatie verkregen over het aanbod van wijkverpleging en maatschappelijk werk via één van de gevestigde verpleegkundigen en via de instelling voor algemeen maatschappelijk werk.

Resultaten

Demografie

Schiebroek telde per 1 januari 1977: 19.578 inwoners. De leeftijdsopbouw van de bevolking is opgenomen in tabel 1.

Tabel 1. Leeftijdsopbouw (%) van de Schiebroekse bevolking.

leeftijdsgroepen	%
0 t/m 19 jaar	23,5
20 t/m 39 jaar	20,9
40 t/m 59 jaar	27,9
60 jaar en ouder	27,7
	100

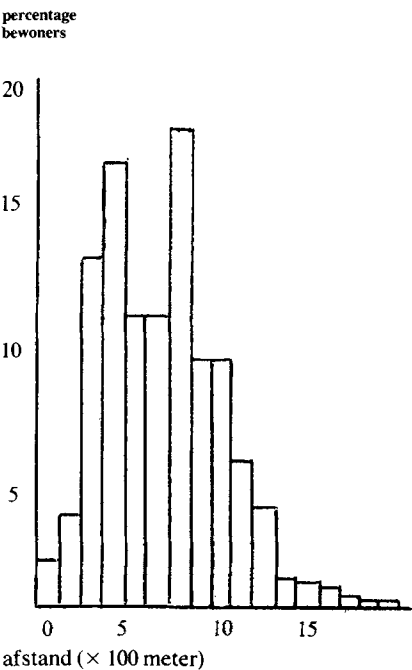
Er is in Schiebroek duidelijk sprake van een vergrijzing van de bevolking, die boven het landelijk gemiddelde uitgaat (zie tabel 2). De bevolking is tussen 1 januari 1971 en 1 januari 1977 gedaald met 2.744 personen, een daling van gemiddeld 2,16% per jaar. Verder blijkt uit de beschikbare demografische gegevens dat het aantal gezinnen zonder kinderen toeneemt, dat het aantal gezinnen bestaande uit drie personen ongeveer gelijk blijft en dat het aantal gezinnen bestaande uit vier of meer personen afneemt; daarbij is de afname relatief groter naarmate het aantal gezinsleden toeneemt. Brenkman (1963) toonde aan, dat een afname van de gezinsgrootte samenhangt met een toename van de vraag naar de dienstverlening van de huisarts. Veranderingen in de samenstelling en de opbouw van de bevolking induceren derhalve

veranderingen in de kwaliteit en de kwantiteit van de dienstverlening.

Voorzieningen

Schiebroek telt vijf huisartsen, vijf wijkverpleegkundigen en twee maatschappelijk werkers die 'part-time' werken. De vijf 'Schiebroekse' huisartsen verzorgen tezamen 13.209 bewoners in Schiebroek, hetgeen neerkomt op een gemiddelde praktijkgrootte van 2.642 personen. Daarnaast verzorgen zij nog eens 1.414 personen die in een andere wijk woonachtig zijn. Dit brengt hun gemiddelde praktijkgrootte op 2.925 personen. De afstand in meters van de Schiebroekse bewoners ten opzichte van hun Schiebroekse huisarts varieert van enkele meters tot 1.700 meter. De procentuele verdeling is weergegeven in onderstaande figuur.

Procentuele verdeling van de bewoners naar afstanden ten opzichte van de betrokken huisartspraktijk



Tabel 2. Enkele Schiebroekse leeftijdsgroepen (%) in vergelijking met de overeenkomstige Rotterdamse en Nederlandse leeftijdsgroepen.

omschrijving	Schiebroek		Rotterdam		Nederland	
	1968	1977	1968	1977	1968	1977
0-19 jaar	35	23,5	30,5	26,1	36,6	33,7
65 jaar en ouder	12,2	20,8	13,5	16,2	9,9	14,7

De overige Schiebroekse bewoners, circa 6.300, zijn ingeschreven bij tenminste 122 huisartsen die buiten Schiebroek zijn gevestigd. Uit het onderzochte materiaal bleek dat 66% van deze 'niet-Schiebroekse' huisartsen op een afstand van twee tot vijf kilometer van het centrum van Schiebroek is gevestigd. De afstand van genoemde 122 huisartsen ten opzichte van hun Schiebroekse patiënten varieert tot acht kilometer; tabel 3 geeft de verdeling aan.

Tabel 3. Verdeling van niet-Schiebroekse huisartsen naar afstand.

afstand	aantal huisartsen
tot 2 km	15
2 tot 3 km	24
3 tot 4 km	12
4 tot 5 km	42
5 tot 6 km	7
6 tot 7 km	17
7 tot 8 km	5

Het is gebleken dat, gaande van het centrum van Schiebroek naar de rand, het percentage door Schiebroekse huisartsen verzorgde personen daalt, terwijl het percentage personen dat door niet-Schiebroekse huisartsen wordt verzorgd stijgt.

Het hanteren van het criterium 'afstand' is duidelijk onvoldoende, wanneer geen rekening wordt gehouden met de infrastructuur van het verzorgingsgebied.

Voor de Rotterdamse situatie geldt dit eens te meer met de ligging van gebieden ten noorden en ten zuiden van de Maas en verbonden door tunnels en bruggen die tijdens de spitsuren overbelast zijn. Ditzelfde geldt voor oost-westverbindingen, waar bruggen vaak de 'bottle-neck' vormen. Ter illustratie zij vermeld dat circa 12% van de 122 huisartsen ten zuiden van de Maas woont.

In Schiebroek zijn vijf *wijkverpleegkundigen* 'straatgebonden' curatief en preventief werkzaam. Zij verrichten zuigelingen- en kleuterconsultatie, bejaardenhulp, hulp aan reumapatiënten, etc. De wijkverpleegkundigen hebben een gemiddelde praktijkgrootte van 4.000 personen.

De praktijkgrootte van de twee *maatschappelijk werksters*, die ieder

part-time werken, is, gerekend naar één dagtaak, gelijk aan het aantal Schiebroekse bewoners, maar daarnaast zijn zij nog werkzaam in drie andere wijken.

Bereikbaarheid, continuïteit en samenhang

De bereikbaarheid is hierboven al aan de orde geweest in termen van afstand tussen hulpvrager en hulpverlener. De bereikbaarheid willen wij nu bekijken met betrekking tot het tijdsaspect.

De *bereikbaarheid* van de in Schiebroek gevestigde huisartsen is als volgt georganiseerd. Tijdens de 'kantooruren' zijn zij telefonisch bereikbaar via een doktersassistente of de echtgenote van de arts. Tijdens de avond wordt bij toerbeurt waargenomen door één van de genoemde huisartsen. Gedurende de nacht neemt ieder zijn eigen praktijk waar. Met betrekking tot de weekenddienst bestaat er bovendien een samenwerkingsrelatie met een aantal elders gevestigde huisartsen. De bereikbaarheid lijkt op deze wijze redelijk gewaarborgd. Aangetekend wordt, dat de bereikbaarheid wordt beïnvloed door de zeeffunctie die wordt vervuld door de echtgeno(o)t(e) van de arts of de doktersassistente. Het gebruik van telefonische antwoordapparaten beïnvloedt naar onze mening eveneens de bereikbaarheid.

De bereikbaarheid van de wijkverpleging is gedurende de werkdagen van 08.00-18.00 uur georganiseerd. Wel is het zo dat de wijkverpleging in principe bereikbaar is na verwijzing door de huisarts, ofschoon een enkele maal van dit principe wordt afgeweken. Tijdens avond, nacht en weekeinde is deze dienstverlening alleen in zeer dringende gevallen bereikbaar. De maatschappelijk werksters hebben dagelijks van 9.00 tot 11.00 uur spreekuur, terwijl zij bovendien de gehele maandag aanwezig zijn, tenzij huisbezoeken worden afgelegd. De bereikbaarheid is dan nihil, evenzo gedurende de middag, de avond en het weekeinde.

Ten aanzien van de *continuïteit* geldt, dat deze slechts mogelijk is indien de bereikbaarheid als eerste voorwaarde is gewaarborgd. Als verdere voorwaarden gelden onder meer: registratie, informatie en informatieoverdracht, kwantiteit en kwaliteit van de communicatiekanalen

en samenwerking tussen de zorgverleners. Uit het onderzoek is gebleken dat de informatieoverdracht wordt bevorderd door een communicatie-instrument als het periodiek overleg. De huisartsen in Schiebroek komen eenmaal per maand bij elkaar. De 'grote' waarnemingsgroep huisartsen (18 in getal) komt eenmaal per twee maanden bij elkaar. Telefonisch overleg vindt plaats met alle categorieën hulpverleners en hulpvragers. Tenslotte is er in Schiebroek maandelijks een zogenaamde 'sociale borrel'. Naar de inhoud van de informatieoverdracht is geen onderzoek gedaan. De informatieoverdracht tussen wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkers vindt onder meer plaats via het Samenwerkingsoverleg Schiebroek, waarin ook gezins- en bejaardenzorg zijn vertegenwoordigd. De huisarts neemt hieraan geen deel.

Ten aanzien van de bewoners van Schiebroek die een huisarts in Schiebroek hebben lijkt het communicatienetwerk zowel voor de hulpvragers als voor de hulpverleners in Schiebroek redelijk te overzien. Voor de bewoners van Schiebroek die een huisarts buiten de wijk hebben is het communicatienetwerk veel minder overzichtelijk, hetgeen de continuïteit negatief beïnvloedt.

Zoals eerder is opgemerkt is de *samenhang* tussen de verschillende voorzieningen door ons niet onderzocht. Wij kunnen dus nog geen antwoord geven op vraag 2c.

Dekken de voorzieningen de wijk?

Het antwoord op deze vraag is moeilijk te geven, tenzij men zonder meer uitgaat van bepaalde normen, zoals de gemiddelde praktijkgrootte van de onderscheiden hulpverleners. Uitgaande van een normpraktijk van 2.600 personen ten aanzien van de *huisarts*, blijkt deze voorziening de wijk onvoldoende te dekken. Immers de gemiddelde praktijkgrootte van de 'Schiebroekse' huisartsen

- bedraagt voor geheel Schiebroek: $20.000/5 = 4.000$ personen;
- bedraagt voor de op hun naam ingeschreven personen in Schiebroek 2.642 personen;
- bedraagt voor alle op hun naam geregistreerden: 2.925 personen.

Indien de normpraktijk wordt verlaagd tot 2.200, dan ontstaat een duidelijk tekort aan huisartsen. Andere aspecten dienen dan ook expliciet in de beschouwing te worden betrokken. Te denken is aan de reeds genoemde infrastructuur van het gebied en de aangrenzende gebieden, de werkbelasting van de dienstverleners, de kwaliteit van de dienstverlening, enz. Het zou juist zijn, wanneer deze aspecten in de discussie over de normering worden verwerkt. Een zelfde redenering geldt voor de *wijkverpleging* en het *maatschappelijk werk*. Voor de wijkverpleging geldt een norm van 3.450 personen, terwijl in samenwerkingsverbanden een norm van 3.000 personen voor de wijkverpleging wordt gehanteerd. Daarom kan in Schiebroek worden gesproken van een tekort.

Samenvatting en conclusie

Om de vraag: 'Draagt de regionalisatie bij aan de bereikbaarheid en de continuïteit van de eerstelijns gezondheidszorg?' te kunnen beantwoorden, hebben wij een inventariserend onderzoek verricht in de wijk Schiebroek te Rotterdam. Daarbij is ons opgevallen dat de samenstelling van de bevolking van 1968 t/m 1977 ingrijpend is gewijzigd, waarbij de bevolking bovendien afnam met gemiddeld 2,2% per jaar. Het te voeren beleid in de

gezondheidszorg dient ook op wijkniveau hiermee rekening te houden. Vragen als: 'Hoe is het verloop van de bevolking? Zal het vertrek uit de wijk zich de komende jaren voortzetten?' enz. hebben consequenties voor kwantiteit en kwaliteit van de dienstverlening. Voor de ruim 13.000 inwoners van Schiebroek die een huisarts in Schiebroek hebben lijkt de bereikbaarheid en de continuïteit van de zorg naar enkele criteria gemeten voldoende. Wat de samenwerking betreft lijkt de wijkverpleegkundige hulp in relatie tot de huisartsen, naar de mening van wijkverpleegkundigen én huisartsen, voldoende gewaarborgd. Daarnaast valt het schrijnend tekort aan maatschappelijk werkenden op. Er is op gewezen dat de infrastructuur van de regio van belang is, omdat 6.300 inwoners van Schiebroek een huisarts buiten de wijk hebben.

De vraag kan nu worden gesteld in hoeverre het mogelijk is voor de huisartsen, praktijkgebonden werkend, te communiceren met wijkverpleegkundigen en maatschappelijk werkenden, die wijkgebonden werken. Immers, het communicatienetwerk en continuïteitsaspect worden minder overzichtelijk naarmate het aantal personen dat met elkaar moet communiceren groter wordt. Hetzelfde geldt voor de afstand tussen de hulpverleners: naarmate de afstand

toeneemt, neemt de overzichtelijkheid af.

Het beleid met betrekking tot de eerstelijns gezondheidszorg staat voor de keuze tussen wijkgebonden werken, dat centraal staat bij de wijkverpleging, versus praktijkgebonden werken, dat centraal staat bij de huisarts en dat in zijn huidige vorm de grenzen van de wijk overschrijdt. Beide organisatievormen bevorderen de bereikbaarheid, de continuïteit en de samenhang van de voorzieningen, mits wordt gekozen voor dezelfde vorm waarbij een centripetale organisatie kenmerk moet zijn. Onze conclusie is dan ook dat de regionalisatie van de gezondheidszorg op het niveau van de wijk niet bijdraagt aan de bereikbaarheid en de continuïteit van de zorg, indien niet tevens een keuze wordt gemaakt tussen wijkgebonden en praktijkgebonden werken. Tevens zou bij het streven naar kleinere praktijken de afstand tussen hulpvrager en hulpverlener alsmede de infrastructuur van de wijk mede in beschouwing moeten worden betrokken.

Literatuur

Brenkman, C. F. De huisarts en het gezin van zijn patiënt. Van Gorcum, Assen 1963.

Structuurnota Gezondheidszorg. Staatsuitgeverij, 's-Gravenhage 1974.

PRAKTIJKPERIKELLEN

Onbillijk

Sinds enkele jaren is het beleid van het ziekenfonds veranderd. Kort nadat iemand voorgoed naar een verpleeghuis is vertrokken, wordt hij bij zijn oude huisarts uit het ziekenfonds afgeschreven. Ik voel dit telkens als iets wat niet helemaal billijk is. Niet alleen heb ik in de voorgaande jaren meestal zeer intensieve zorg gegeven, doch ook is de zorg nog niet afgelopen. De patiënt bezoek ik nog zo af en toe in het verpleeghuis of wanneer hij nog eens een halve dag bij zijn familie in het dorp terugkomt. De begeleiding van zijn vrouw en familie – juist bij ernstige chronische kwalen van de partner belangrijk – gaat door en wordt soms zelfs intensiever. Kortom, rondom en voor deze zieke moet ik nog werk genoeg doen.

Wanneer het inderdaad de bedoeling is dat de huisarts zich ook met deze opvang rondom de opgenomen zieke blijft bemoeien (zie Takenpakket-coördinatie) moet hiervoor toch een honorering blijven bestaan.

Wakker

Na ongeveer dertig uur continu bezig te zijn geweest (verloskunde is een mooi, maar nachtrustroevend vak . . .) wachtte mij de infertilitet polikliniek op Gynaecologie. Aldaar géén koffie. Niet bevorderlijk voor mijn adequaat functioneren. Zou er dan toch een correlatie zijn tussen koffiegebruik en voor de leek begrijpelijke taal? Op mijn vraag: 'Hebt u regelmatig cohabitatie?' werd door patiënte na enige tijd zichtbaar onbegrip en intensief nadenken geantwoord: 'Nee, maar dat deelt de wijkzuster toch altijd rond?' Ik was op slag wakker.

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

Arts en gevangene

Al enige tijd voel ik me aangesproken door publikaties over de 'onmenselijke' behandeling in Nederlandse gevangenissen. Emmy van Overveem in de NRC, Peter van der Eijk in 'De Tijd' en laatstelijk de vertrouwensartsen in Medisch Contact. Emmy met de haar passende oogklepjes op, lekker fel en daarom lees ik haar graag. P. van der Eijk kan toch aan het einde de problematiek wat evenwichtiger zien. De vertrouwensartsen echter schoppen de laatste rem van mijn pen, want zij gaan ook nog een onderscheid maken tussen behandelend arts. Ik ken hen niet persoonlijk en ga daarom puur op hun zakelijk verslag af.

De vrije artsenkeuze

Wie durft even een optelling te maken van de mensen die in Nederland praktisch geen vrije artsenkeuze hebben? Mijn schatting is meerdere honderdduizenden: alle mensen in inrichtingen, gestichten, tehuizen en niet te vergeten alle mensen die in kleine dorpen wonen. Dan voor zeer veel mensen elke avond van 17 uur tot 's morgens 08.00 uur en alle weekenden en minstens zes weken per jaar wegens vakanties en nascholing. In al deze omstandigheden zijn mensen aangewezen op de enige arts in het dorp of gesticht of op de dienstdoende arts tijdens afwezigheid van de te verkiezen arts. Dit geldt zeker met betrekking tot het eerste medisch contact, maar ook veelvuldig (zeker in de periferie en in noodsituaties) voor het tweede contact (specialistische hulp). Met zijn omstandigheden (sociaal en situatief) die in het

door **H. Th. P. Cremers**



De auteur is sinds twaalf jaar politie-arts in Rotterdam.

algemeen weinig of niets te kiezen overlaten.

Welnu, ofschoon mensen naar een grote stad kunnen verhuizen voor méér keuze, mag toch niet worden gezegd dat iemand die trouw blijft aan zijn geboortegrond kiest voor de plaatselijke arts. Daarentegen kiezen delinquenten door hun misdrijven welbewust voor het risico te worden gepakt en zodoende ergens terecht te komen waar alleen een hun onbekende arts te consulteren is. Er zit meer eigen keuze en eigen wilsbeschikking in hun misdaad dan in de ongelukkigen (geestelijk of lichamelijk gebrekkigen) die voor 'verzorging' ergens naar toe worden gebracht.

Ik zie niet in dat er wel voor vrije artsenkeuze moet worden gezorgd voor de verhoudingsgewijs enkele misdadigers of wetsovertreders, die door hun daad om die isolatie 'gevraagd' hebben, en niet voor de vele duizenden hulpelozen in tehuizen en de plattelandsbewoners, die evenmin wat te kiezen hebben. Hier worden redelijkheid en

betrekkelijkheid uit het oog verloren. Iedereen schreeuwt tegenwoordig over 'recht hebben', maar een maatschappij kan niet functioneren als die 'rechten' niet worden getoetst op omstandigheden maar ook op praktische mogelijkheden, kortom op redelijkheid.

De arts zelf

Ik heb me er in hoge mate over verbaasd dat betreffende behandelend arts in Maastricht niet onmiddellijk zijn ontslag heeft aangeboden en een zaak aanhangig heeft gemaakt bij de Afdelingsraad of het Tuchtcollege. Je zult daar even publiekelijk worden gewantrouwd. Hij heeft zelfs zeer waarschijnlijk een eigen huisartspraktijk.

We gaan er toch nog steeds van uit, dat iemand die met goed gevolg zijn medische studie voltooid heeft, datgene kan wat van hem mag worden verwacht en dat ook volgens de moderne 'artseneed' zal waar maken? Als dat niet het geval blijkt, zijn het niet alleen de patiënten maar vooral ook collegae (huisartsen zowel als specialisten) die dat waarnemen en actie nemen. Om puur organisatorische redenen vragen talloze sociale instituten (ziekenhuizen, bedrijven, inrichtingen, tehuizen en ook gevangenissen) één bepaalde arts om de behandelende taak op zich te nemen. Daarmee vervalt de vrije keuze voor al degenen die sociaal gebonden zijn aan dit instituut. Vrije artsenkeuze is dan om puur organisatorische en economische redenen niet haalbaar. Het enige wat vrij blijft is klagen als de arts tekort

schiet, en dat kan ook in de gevangenis. *Dat is het enige redelijk verlangbare* in alle opgenoemde sociale 'dwang'situaties van dorp tot gevangenis: *de klaagmogelijkheid over het functioneren van de arts*. Niet het bij voorbaat niet vertrouwen, dat is onaanvaardbaar voor elke zich zelf respecterende geneesheer. Welnu, de gevangenis in Nederland zijn niet zo gesloten dat die mogelijkheid afwezig is. Denk alleen maar aan het maatschappelijk werk (reclassering), geestelijke verzorgers, advocaten, de ontslagen arrestanten en niet het laatst de bewaarders zelf. Dat zijn geen SS-kampbewaarders, maar gewone Nederlandse mensen met gewoon gevoel voor verhoudingen. Er zijn genoeg wegen om een gevangenisarts aan te klagen, mocht hij falen. Zelfs collegae, want hij zal ook waarnemers hebben en wel eens specialisten moeten consulteren.

Dan persoonlijk. Wat ik al eens eerder geuit heb in een bijeenkomst over preventie: het lijkt wel alsof we verworden tot veeteelt-deskundigen, die de opdracht krijgen te berekenen hoe op de meest economische manier een varkentje aan 100 kg gewicht komt. In het relaas van de vertrouwensartsen mis ik ook weer elk menselijk gevoel. Ze hebben alles precies waargenomen en mooi geschematiseerd en precies gemeten, maar nergens lees ik dat ze eens gewoon vertrouwelijk van man tot man, gevoelsmatig als medemens gepoogd hebben contact te krijgen. Als dat met vijf man elk afzonderlijk is geprobeerd en niet gelukt, dan betekent dit dat ook zij het vertrouwen niet hebben gekregen. Als ze het niet hebben geprobeerd, dan zijn de vertrouwensartsen het vertrouwen ook niet waard geweest. Het eerste wat een arts te doen staat in psycho-reactieve situaties is gewoon menselijk verstandelijk en gevoelsmatig contact proberen te krijgen, om op eenzelfde golflengte te komen, om elkaar te kunnen begrijpen. Mislukt dit, dan is persoonlijk adviseren bij voorbaat uitgesloten. Blijkt dit mislukken niet persoonsgebonden maar ook bij anderen (geestelijke verzorger, maatschappelijk werker, etc.), dan hebben we mijns inziens met een psychisch gestoorde of met een koppige figuur te doen. Kiest iemand bewust voor een negatieve afwijzende

houding, dan houdt álles op. Dat is dan zijn keus of we dat kunnen begrijpen of niet, zijn keus is bepalend. Het is dan volkomen absurd naar de pijpen van een koppige gedachtenwereld te dansen en ach en wee te klagen en allen gedwee en wel de regels te laten volgen. In de vrije maatschappij is het toch precies zo. Enkele weken geleden nog kwam een man op mijn spreekuur na een ongeval. Ik zag aan de vormgeving van zijn broek een geweldige breuk. Bovendien zat het gips voor zijn onderarmfractuur te strak. Ik heb wel een half uur geprobeerd die voor mij onbekende man naar het ziekenhuis terug te krijgen, hetgeen niet lukte. Bij informatie bleek dat hij, ondanks dringende adviezen van de EHBO, opname had geweigerd voor de niet goed te reponeren onderarmbreuk. De liesbreuk was niet opgevallen bij de EHBO. Ook hier dus vrijheid van keuze tegen betere adviezen in.

Beveiliging

Een woord over de beveiliging. Met geen woord wordt gerept over de bewaker, over de agent van politie en over de mensen die verantwoordelijkheid dragen, niet alleen voor de veiligheid van die bewaker maar ook voor menige 'door den volke gekozen' regeringsfunctionaris en andere burgers. Als we het menselijk pokerspel durven te noemen, doe dan eens mee en ga niet 48 uur alleen zitten in een cel. Klein kunstje, dat heb ik vroeger wel langer volgehouden op retraite. Neen, niet alleen, maar neem met de hele groep van vijf de bewaking over. Alle veiligheidsvoorzieningen weg en als lectuur alle krant artikelen over hun middelen om hun doel te bereiken. Binnen de kortste tijd is het beven als een rietje. Het leven van een arts betekent voor hun ook niets. Het is gemakkelijk praten en adviseren als buitenstaander. Iemand die al of niet door toeval een taak heeft aanvaard binnen het justitiële gebeuren hoeft nog lang niet te worden vereenzelvigd met dat gebeuren. Dat vaak 'meegespeeld' (waarom zo'n beladen werkwoord?) moet worden hangt niet zozeer af van richtlijnen als wel van de gevangen persoon, die door zijn persoonlijkheid

en zijn daden en houding om die richtlijnen vraagt. Nederland is ook binnen het politiegebeuren een redelijk land. Hier werken gewone mensen om hun brood en niet om een ideologie en niet om een dictatuur te vleien. Ik vind het jammer dat lezen van de andere artikelen in ditzelfde Medisch Contact over 'Arts en geweld' de indruk kan wekken alsof wij hier ook dictatoriale gebruiken toepassen of daarnaar toe groeien zoals gesuggereerd in andere tijdschriften. Dat is journalistieke sensatiezoekerij. Justitie en politie doen gewoon wat de volksvertegenwoordiging van hen vraagt, eerder minder maar niet meer.

De taak van de arts

Een arts kan op drie wijzen functioneren, te weten als:

- a) behandelend geneesheer;
- b) deskundige;
- c) wetenschappelijk medewerker (specialist).

Wat is een begeleidende arts, een mengsel van a, b en c? Wat is een 'instellingsarts', moet die wat instellen? Ik begrijp het goed, maar waarom bijzondere benamingen zonder te vertellen welke lading wordt gedekt?

Terug naar het onderwerp. In beginsel kan een arts niet drievoudig functioneren. Natuurlijk, voor kleine dingen wel, een politiearts kan bijvoorbeeld een verwonding behandelen, een deskundig rapport erover schrijven en wetenschappelijk verwerken. Het criterium is of een vertrouwensrelatie tussen arts en patiënt reeds aanwezig is of te verwachten is. Een vertrouwensrelatie maakt drievoudig functioneren onmogelijk. Welnu, als een arts wordt gevraagd voor a, dan zal hij moeten weigeren voor b en c. Omgekeerd geldt precies hetzelfde. In de forensische geneeskunde wordt de arts dagelijks met die problematiek geconfronteerd. Ethisch denken is een van de belangrijkste componenten van het werken van een forensisch arts. De *huisarts van de gevangenis* hoeft zich in de gevangenis niet anders te gedragen dan in zijn eigen praktijk. Hij diagnostiseert, adviseert en behandelt de patiënt. Hij heeft in beginsel niets te maken met leiding of

Justitie. Mochten zijn adviezen strijdig zijn met de regels van het huis of de regels voor de gevangene, dan kan de arts zijn adviezen aan de mogelijkheden aanpassen (dat heeft niets te maken met 'meespelen') of de directie laten weten dat hij precieze opvolging van het advies noodzakelijk vindt. Daarmede is de taak van de huisarts af.

De directie kan, zo er wordt getwijfeld aan de noodzaak van een moeilijk uit te voeren medisch advies, een andere arts aanzoeken om als een *onpartijdige deskundige* advies te geven. Deze neutrale arts zal na onderzoek van de patiënt eerst zijn oordeel vormen, doch alvorens dat

door te geven contact opnemen met de behandelend geneesheer om eventuele hem onbekende gegevens te vernemen die van belang kunnen zijn voor de uiteindelijke oordeelsvorming. *Zo nodig* kan dan de wetenschappelijk medewerker van de directie, die zich wel dient te vereenzelvigen met de doelstellingen van de directie, de verantwoordelijkheid dragen voor het advies aan de directie (Justitie). Deze functionaris zou wel 'begeleider' kunnen worden genoemd, begeleider van ondeskundigen bij beleidsvorming.

Zeker bij forensische aangelegenheden zal de scheiding van

functioneren streng moeten zijn. Dan kan iedereen vrij (onbeïnvloed) de belangen van de eigen relatie dienen: de huisarts die van de patiënt, de deskundige zijn eigen goeddunken en de specialistische medewerker die van de maatschappij. Ten overvloede eigenlijk, bij het 75-jarig bestaan, mag ik op de tuchtspraak wijzen, mocht een van die functionarissen zich echt onmenselijk gedragen.

Conclusies

– Vrije artsenkeuze moet als ideaal blijven gelden, maar is nu eenmaal voor zeer grote groepen van de

BIJLAGE

Inzake recht gedetineerde op privacy bij consultering van zelf gekozen arts, buiten tegenwoordigheid derde(n)

Dezerzijds wordt ter zake van eens gedetineerden onschendbaar recht op privacy de arts gelijk gesteld met rechtskundige raadsman en geestelijke.

1. Raadpleging van een arts behoort tot zijn privéleven, in de zin van artikel 8 van het Verdrag van Rome tot bescherming van de rechten van de mens en de fundamentele vrijheden.

Gezien het 2e lid van genoemd artikel 8 is voor zover mij bekend bij de wet ter zake geen 'inmenging van enig openbaar gezag' voorzien. Daargelaten dat ter zake alleen de minister van Justitie als 'openbaar gezag' zou kunnen gelden, terwijl dezerzijds de voorgestelde beperking (aanwezigheid van een gevangenisarts of andere aan het departement van Justitie verbonden medische functionaris) door de in genoemd 2e lid opgesomde belangen redelijkerwijs niet nodig geacht zal kunnen worden.

2. Dat de gevangenisarts ook de hoedanigheid van arts bezit is irrelevant, omdat tussen een medische en niet-medische 'bijzitter' geen verschil bestaat: geen van beiden komt in een medische relatie tot de gedetineerde te staan. Zou die medische 'bijzitter' wel in een medische relatie tot de gedetineerde komen te staan, dan zou zijn medisch beroepsgeheim hem beletten aan de justitie iets te openbaren van wat hij waargenomen, gezien en gehoord heeft. Als 'bijzitter' oefent de gevangenisarts geen geneeskunst uit, maar valt hij volgens

de jurisprudentie van het Centraal Medisch Tuchtcollege wel als medisch ambtenaar onder de Medische Tuchtwet (van 2 juli 1928, Stbl. 202 (zie Schuurman & Jordens-editie nr. 25). Mocht een gevangenisarts die als 'bijzitter' fungeerde een bevoegd ambtelijk bevel kunnen krijgen (om zijn beroepsgeheim te schenden) dan is hij niet strafbaar voor die schending, maar raakt hij toch in een gewetensconflict. Hierover bestaat jurisprudentie van het Hoog Militair Gerechtshof.

Dezerzijds zou aan een justitie-arts die het bijzitterschap werd opgedragen, geadviseerd worden dat te weigeren, althans te weigeren zijn beroepsgeheim te schenden. Dezerzijds wordt aangenomen, dat de behandelende gevangenisarts een medisch beroepsgeheim heeft. Als zijn instructie behalve een ambtsgeheim een daarmee strijdige 'openbaringsplicht' bevat, heeft hij de keus een van beide te schenden, zie jurisprudentie HMG.

3. Ten aanzien van de gedetineerden geldt als en voor zover zij geneeskundige hulp behoeven het recht op privacy van het 'algemene patiëntenrecht'. Ingesloten 3 exemplaren van een dezerzijds geschreven artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde 121, nr. 2, 1977. Daarin vindt U de authentieke Engelse tekst van de 'Statement on a patient's bill of rights', affirmed by the Board of Trustees of the American Hospital Association. Als U daarin right nr. 5 leest, ziet U dat daarin sprake is van 'every consideration'.

4. Dezerzijds wordt – in verband met de onderhavige problematiek van Uw cliënt(en) – nog speciaal geattendeerd op het 'behandelingsweigeringsrecht' van right nr. 4. Volgens Nederlands recht is – voor zover dezerzijds bekend – dat behandelingweigeringsrecht onbeperkt. Dr. W. F. Tordoir heeft een boekje in de serie 'Medisch Recht' (nr. 2, 1969) geschreven, getiteld: 'Het verplicht dulden van medische behandelingen', het kenmerkt zich door 'niet door voldoende juridische kennis vertroebelde medische zelfverzekerdheid'.

5. Dezerzijds wordt elke 'dwangbehandeling' – dus zonder 'informed consent' in de zin van right 3 – onrechtmatig geacht, zeker bij 'suicidale' patiënten, die uitdrukkelijk en ernstig verlangen dit aardse tranendal te verlaten. De arts mag ze daarbij niet helpen (zie de artt. 293 en 294 WvS). Maar hij heeft niet het recht hun dat tegen hun zin te beletten. Uw cliënten hebben het recht door zelf gekozen artsen 'to be informed of the medical consequences of (their) action' (zie einde right 4 clausule). Dezerzijds wordt Justitie het recht ontzegd bij een dergelijk gesprek de aanwezigheid van een al of niet medische bijzitter te eisen. Dezerzijds wordt dat dus in strijd met de mensenrechten geacht.

w.g.

Dr. Mr. Dr. W. Schuurmans Stekhoven

bevolking in de praktijk niet te verwezenlijken. Dat op te eisen voor enkele misdadigers is onredelijkheid ten top.

– Een arts moet in principe betrouwbaar zijn tot het tegendeel blijkt.

– Klaagmogelijkheid moet voor iedereen, ook in gevangenissen mogelijk zijn en is het ook.

– Te doen alsof Nederland verontmenselijkt, omdat enkele superfanaten, die met extreem misdadige middelen hun doel proberen te bereiken, extreem worden bewaakt, is ook weer de onredelijkheid ten top.

– De oplossing ligt precies als in het sociaal medisch werk en is mogelijk nog meer noodzakelijk: strenge scheiding tussen behandelend, deskundig en eventueel superdeskundig forensisch medisch functioneren, met zonodig de tuchtrechtspraak als toetssteen.

Reactie

Cremers stelt: 'In de praktijk van het dagelijks leven komen vele mensen niet toe aan het realiseren van het recht op een vrije artsenkeuze'. Dit is waarschijnlijk waar. Het is alleen geen argument om gedetineerden het recht op vrije artsenkeuze te ontfangen. Het is voor ons juist een argument om de blokkades weg te nemen die de realisering van het recht op vrije artsenkeuze in de weg staan.

Collega Cremers gaat in zijn kritiek, geschreven met 'ontremde pen', eenzijdig uit van het belang (?) van de arts wanneer hij stelt: 'het bij voorbaat niet vertrouwen, is onaanvaardbaar voor elke zichzelf respecterend geneesheer'. Wij hebben in ons stuk duidelijk trachten te maken, dat het in de gegeven situatie ging om het belang van de gedetineerden.

Voor verdere informatie over de rechten van de gedetineerden, o.a. wat betreft de vrije artsenkeuze, mogen wij verwijzen naar het uitstekende advies dat Schuurmans Stekhoven schreef voor de verdediger, Mr. A. Willems, toen door deze in een kort geding tegen de Staat

Tentoonstelling 'Pincet en Penseel'

'Collectie-Van der Meulen' in Domus Medica

Binnenkort zal gedurende een zestal weken een 'Pincet en Penseel'-tentoonstelling worden gehouden in Domus Medica te Utrecht. Daar wordt dan de 'collectie-Van der Meulen' geëxposeerd. De tentoonstelling, ingericht tot medio december 1978, zal worden geopend op dinsdag 31 oktober aanstaande te 16.30 door KNMG-voorzitter Ch. J. Maats. Belangstellenden – in het bijzonder de leden van 'Pincet en Penseel' – zijn bij deze opening uiteraard van harte welkom.

der Nederlanden de vrije artsenkeuze werd bepleit. Het betoog van collega Schuurmans Stekhoven was voor ons meer overtuigend dan de argumenten van collega Cremers. We hopen dat de redactie dit stuk van collega Schuurmans Stekhoven als informatief stuk zal willen opnemen ten behoeve van de lopende discussie (zie de bijlage, afgedrukt op voorgaande bladzijde – *Red. MC*).

Verder formuleert collega Cremers als volgt zijn kritiek: 'In het relaas van de vertrouwensartsen mis ik ook weer elk menselijk gevoel'. Hierover kunnen we collega Cremers eenvoudig informeren:

Gedurende de begeleiding tijdens de hongerstaking hebben wij frequent contact gehad met de gedetineerden en wel degelijk hun vertrouwen genoten. (Collega Cremers zal het ons – gezien de medische traditie en het recht op privacy van de gedetineerden – moeilijk kwalijk kunnen nemen dat wij de inhoud van deze gesprekken niet in de publiciteit brachten.) Zijn veronderstelling dat het contact mislukt is, is dan ook onjuist.

Persoonlijk adviseren was heel wel mogelijk. Wij vermoeden alleen uit de tekst van collega Cremers, dat adviseren voor hem betekent: 'iemand vertellen zich aan te passen aan wat autoriteiten aan gedrag voorschrijven'.

'Wanneer iemand' – zo stelt Cremers – 'bewust kiest voor een negatief afwijzende houding, dan houdt alles op'. Dit betekent voor hem het einde van de hulpmogelijkheden voor de arts. Dit klinkt ons erg moralistisch, beperkend en simplistisch in de oren. Cremers gaat dan voorbij aan de mogelijkheid, dat iemand (patiënt, cliënt, gedetineerde) terecht negatief afwijzend kan staan tegenover een bepaalde voor hem onaanvaardbare situatie.

Dit nu was het geval en wel een negatieve houding ten aanzien van de hechtenisomstandigheden waarin de gedetineerden zich bevonden.

Omstandigheden die ook door de artsen als schadelijk voor de geestelijke en lichamelijke toestand van de gedetineerden werden beoordeeld. Dit is dan ook de reden dat de artsen zich ook nog op de dag van vandaag inspannen om deze hechtenisomstandigheden veranderd te krijgen.

Maastricht, september 1978

M. A. J. Romme
F. v. Ree
J. Sacksioni
P. v.d. Hout
H. J. van Aalderen

‘De verzekeringsgeneeskundige als zondebok’

Heeft het zin in te gaan op het stuk van Dr. Aling onder bovengenoemde titel in MC van september 1978¹? Eigenlijk niet, want in de periode dat ik medisch adviseur van het GAK was werd duidelijk waarom snelle medische controle in het kader van de Ziektewet zinloos was. In het jaar 1967 werd dan ook een ander beoordelingssysteem ingevoerd², dat geleidelijk aan werd geperfectioneerd³. Wij hebben dit uitvoerig naar buiten gebracht door middel van publikaties, waarvan een deel opgenomen werd in de literatuurlijst aan het eind van dit artikel.

Ik zal nu niet in herhalingen treden maar wijs vooral op mijn bijdrage in het liber amicorum ‘Volksgezondheid in Ontwikkeling’⁴ ter gelegenheid van de 70ste verjaardag van Prof. Muntendam. In het voorjaar van 1972 verzorgde ik met Prof. Philipsen een voordracht voor de studiedagen georganiseerd door de Stichting Studiecencentrum voor Ziekenhuiswetenschappen. Mijn voordracht, getiteld: ‘Stijgend ziekteverzuim; oorzaak, gevolg en remedie’, en die van Prof. Philipsen, getiteld: ‘Ziekteverzuim en ziekenhuis’ werden gepubliceerd in *Kliniek en Maatschappij*⁵.

Aannemende dat Dr. Aling kennis heeft genomen van hetgeen destijds over arbeidsverzuim werd gepubliceerd, had zijn bijdrage in MC van 8 september rustig achterwege kunnen blijven, deze niets nieuws brengende. Wat echter veel erger is, is dat de mythe dat alleen ‘intensieve controle het aantal profiteurs kan beperken’ (blz. 1104, middenkolom c) in stand wordt gehouden.

door **Dr. H. Doeleman**

Een andere misvatting wordt weergegeven op blz. 1104 midden en rechter kolom onder c: ‘Het zijn mijns inziens de uitvoeringsorganen van de ZW, WAO en AAW die verantwoordelijk zijn voor het arbeidsverzuim. Hieronder vallen dus ook de verzekeringsartsen.’ In de eerste plaats kan men zich afvragen in hoeverre de uitvoeringsorganen, die slechts wetten uitvoeren, verantwoordelijk kunnen zijn voor het arbeidsverzuim. Daarop volgt een eveneens kortsluitende misvatting: ‘Hieronder vallen dus ook de verzekeringsartsen. De medische dienst van het GAK behoort inderdaad met andere diensten, bijvoorbeeld de juridische en de wetstechnische diensten, tot de adviesorganen van de aangesloten bedrijfsverenigingen. Deze vorm van integratie is de enig juiste wijze van werken, want een medische dienst die zogenaamd zelfstandig zou zijn en los van het uitvoeringsorgaan zou staan kan nooit optimaal functioneren. Maar het is onzinnig te stellen dat de verzekeringsgeneeskundigen de boosdoeners zijn omdat zij in dienst van de uitvoeringsorganen zijn, of zoals Dr. Aling stelt: ‘Hieronder vallen dus ook de verzekeringsartsen.’

Prof. Muntendam heeft mijns inziens wel onjuistheden gezegd in Noordwolde. Zowel Dr. Grond als de VVVG hebben daarop adequaat en niet emotioneel gereageerd. Kan men het Prof. Muntendam kwalijk nemen dat hij zich zo uitliet? Ja en neen.

1. Ja, omdat Muntendam als oud-voorzitter van de SVR-commissie ‘Bestudering Ontwikkeling Ziekteverzuim’ geconfronteerd werd met de onderhavige problematiek.

2. Neen, omdat Muntendam in 1930 ‘medisch ZW-controleur’ werd en later als MA van Centraal Beheer deze wijze van controleren als de in die tijd juiste handhaafde.

3. Ja, omdat Muntendam hoogleraar in de sociale geneeskunde was van 1953-1968 en toen q.q. alles wist op het gebied van de verzekeringsgeneeskunde.

4. Neen, omdat Prof. Muntendam sinds tien jaren de sociale geneeskunde niet meer actief beoefent en men het hem niet kwalijk kan nemen dat hij niet meer geheel ‘au fait’ is.

Dr. Aling haalt de gewraakte zin op blz. 1103 in zijn geheel cursief gedrukt aan. Wat de eerste alinea betreft, zou behalve hetgeen door deskundigen reeds werd gezegd op te merken zijn dat niemand weet hoe hoog het verzuim zou zijn wanneer niet een ‘leger verzekeringsartsen’ zou zijn aangesteld. Het tweede deel is evenmin juist, want er zijn geheel andere factoren van invloed op het arbeidsverzuim, zoals reeds meer dan tien jaren geleden werd verkondigd. Eigenlijk zou het dan ook niet de moeite waard zijn op het obsoleet aandoende artikel van Dr. Aling in te gaan; alleen vind ik het wel bedroevend nu weer te lezen dat de huisarts alleen tot werkhervatting moet adviseren ‘indien hem dit gevraagd wordt’, terwijl toch algemeen wordt aanvaard dat zowel

het advies tot staken van het werk in verband met de gezondheidstoestand als het advies tot hervatten van het werk onderdelen van de behandeling zijn^{6,7,8}.

Het hervatten van het werk is in de meeste gevallen heilzaam voor de patiënt, hetgeen de behandelende arts duidelijk moet doen uitkomen. Dr. Aling spreekt over een eventuele ongunstige verhouding arts-patiënt, omdat de laatste het wel eens niet eens zou kunnen zijn met het advies. *De huisarts moet zoveel karakter hebben dat hij daar boven staat.*

Evenmin ben ik het eens met de opvatting dat de verzekeringsgeneeskundige van de behandeling af moet blijven; de verzekeringsgeneeskundige behandelt mede, niet in de strikt curatieve zin maar in het zojuist genoemde onderdeel van de therapie^{8,9}. Bovendien zullen in vele gevallen de in te stellen therapie en de zwaarte van het werk op elkaar moeten worden afgestemd.

Enfin, dit alles werd uitvoerig beschreven in diverse publikaties. Vandaar dat ik het artikel van Dr. Aling volkomen ten onrechte geplaatst acht, omdat het de klok terugzet en nodeloos tot misverstanden aanleiding zal geven.

Blonay (Zwitserland), september 1978

Literatuur

1. MC 33 (1978) 1103.
2. MC 22 (1967) 535.
3. MC 29 (1974) 415.
4. Volksgezondheid in Ontwikkeling. Assen, 1971.
5. Kliniek en Maatschappij. Lochem, 1973.
6. MC 24 (1969) 586.
7. T. v. Soc. Geneesk. 51 (1973) 223.
8. MC 28 (1973) 381.
9. WAO; balans en perspectief. Amsterdam, 1974.

Naschrift Dr. H. Aling

Gaarne wil ik even kort antwoorden op de reactie van collega Doeleman.

Evenals in 1974 vindt collega Doeleman het ook nu weer dat mijn bijdrage in MC rustig achterwege had kunnen blijven. Ook nu acht hij het

artikel van mij volkomen ten onrechte geplaatst. Collega Doeleman vraagt zich zelfs af of het wel zin heeft op mijn stuk in te gaan en aan het eind van zijn epistel vindt hij het nogmaals niet de moeite waard op het obsoleet aandoende artikel in te gaan.

Collega Doeleman had inderdaad beter gedaan niet op mijn stuk in te gaan, want hij is er niet in geslaagd ook maar een gedeelte van mijn beweringen te doen wankelen. Het is meer een opsomming van zijn publikaties, bijdragen, voordrachten, plus een literatuurlijstje. Over zijn voordracht 'Stijgend ziekteverzuim, oorzaak, gevolg en remedie,' zou ik willen opmerken dat er van de remedie bitter weinig is terechtgekomen.

Collega Doeleman mag van mij aannemen dat ik kennis heb genomen van hetgeen over arbeidsverzuim werd gepubliceerd. Ik weet behalve uit publikaties ook uit de praktijk wat het standpunt van collega Doeleman is ten aanzien van de arbeidsongeschiktheidsbeoordeling. Dit is onder andere een van de redenen dat mijn bijdrage is ontstaan en juist niet achterwege mocht blijven. Ik weet uit jarenlange eigen ervaring dat een intensieve controle, mits op de juiste wijze uitgevoerd, het arbeidsverzuim kan terugdringen. Dit is geen mythe, collega Doeleman. Het is mij niet duidelijk geworden waarom het een misvatting en onzinnig is te stellen dat de uitvoeringsorganen van de ZW de WAO en de AAW inclusief hun

verzekeringsartsen niet mede of grotendeels verantwoordelijk zijn voor het onrustbarende arbeidsverzuim.

Collega Doeleman geeft geen enkel middel aan om het snel toegenomen arbeidsverzuim te doen dalen. Opnieuw worden de behandelende artsen van stal gehaald om de niet-arbeidsongeschikte patiënten het werk te doen hervatten. Is het zo lang geleden dat collega Doeleman huisarts was, dat hij niet meer weet dat er de laatste paar decennia veel veranderd is in de huisartsenpraktijk? Het is voor mij een aan zekerheid grenzende waarschijnlijkheid dat een opheffing van de scheiding tussen behandeling en controle het arbeidsverzuim niet zal doen dalen, doch zelfs doen stijgen. Het heeft weinig met het karakter van de huisarts te maken, indien hij zich in vele gevallen liever distancieert van een werkhervattingsadvies aan zijn patiënt. De grote meerderheid van de behandelende artsen zal mijns inziens de arbeidsongeschiktheid van zijn patiënten niet kunnen en willen beoordelen; zij willen terecht de verhouding met hun patiënten niet nadelig beïnvloeden. De verzekeringsartsen mogen dit niet vragen aan de huisartsen en specialisten.

Het is mij niet duidelijk waarom ik met mijn artikel de klok meer dan tien jaar terugzet. Mijn zorg is juist dat, indien het arbeidsverzuim nog steeds toeneemt, de klok misschien wel twintig jaar moet worden teruggezet.

SPORTGENEESKUNDE – Artikelenserie gebundeld

Verschenen is de bundeling van een artikelenserie over sportgeneeskunde, gepubliceerd in de jaargangen 1977-1978 van Medisch Contact. Het betreft een dertigtal beschouwingen over allerlei aspecten van de sportgeneeskunde benaderd vanuit de visie van sportartsen, medische specialisten, paramedici, een socioloog en – geëvalueerd – van de Geneeskundig Inspecteur van de Volksgezondheid voor de Jeugdgezondheidszorg.

Belangstellenden wordt deze bundel toegezonden na overmaking van f 7,50 op gironummer 58083 van de KNMG, Lomanlaan 103 te Utrecht onder vermelding van 'Sportgeneeskunde'.

Van probleem tot psychiatrie

Een ontwerp voor psychosociale hulpverlening in de eerste lijn – 1

Er bestaat, zo bleek uit de vorige artikelen, onder de Nederlandse bevolking een grote behoefte aan psychosociale hulp. Afhankelijk van de wijze van definiëren, bleek een kwart tot een derde van de voor de Visie Commissie geënquêteerde Nederlanders op enigerlei wijze met problemen, klachten en/of verschijnselen op dit terrein te kampen. Beschreven werd ook hoe moeilijk het is om onder de huidige omstandigheden vanuit de maatschappij een goed antwoord te geven op die hulpvraag. Omstandigheden die vooral het karakter dragen van een gebrekkige organisatie en samenhang van het hulpverleningsaanbod. Vandaar de vraag van de Visie Commissie, hoe – uitsluitend gezien vanuit de positie van de psychosociale hulpverlening – de eerste lijn er ideaal gesproken uit zou kunnen zien. Weliswaar functioneren de leden van de commissie op het niveau van de tweede lijn en matigen zij zich dan ook geen oordeel aan over de wenselijke opbouw van de eerste lijn in het algemeen, maar dat weerhoudt hen er niet van te menen dat zij bij hun werk de situatie in de eerste lijn niet kunnen overslaan of negeren. Een goed georganiseerde, goed functionerende eerste lijn is immers een dwingende noodzaak: de tweede lijn zal nooit bij machte zijn voor het totale 'aanbod' van psychosociale problematiek hulp te bieden, én niet door de omvang van die problematiek én niet doordat specialistische hulp lang niet in alle gevallen aangewezen of, nog sterker gezegd, de beste is. Bij haar denken over psychosociale hulpverlening in de eerste lijn hanteerde de Visie Commissie twee onderscheiden. Allereerst maakte zij

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



een verschil tussen *non-professionele* hulpverlening (lekenhulp) en *professionele* hulpverlening (beroepshulp). Daarnaast maakte zij een verschil tussen *informele* hulpverleners en *formele* hulpverleners; informele hulpverleners kunnen dan zijn 'non-professionals' als de ouderling, het bestuurslid van de voetbalvereniging en het bezorgde familielid, terwijl tot de formele hulpverleners worden gerekend (uit een oogpunt van psychosociale hulpverlening) niet-professionele hulpverleners zoals beoefenaren der alternatieve geneeswijze en fysiotherapeuten. Binnen dit kader werden twee vormen van non-professionele hulpverlening geprojecteerd: de burenhulp en de eerste hulp bij conflicten (EHBK). Voor informele hulpverleners die behoefte hebben aan overleg en consultatie is een psychosociaal contactpunt gedacht. Professionele hulpverleners zijn in deze visie: de wijkverpleegkundige, de wijk-maatschappelijk werk(st)er, de wijkpsycholoog en de huisarts. Nieuwe elementen in de geschetste structuur, die in dit en de beide volgende artikelen zal worden

uitgewerkt, zijn de EHBK, het psychosociaal contactpunt en de wijkpsycholoog.

Burenhulp

In elke wijk bestaat behoefte aan mensen die bij nood kunnen inspringen. Er kan sprake zijn van een ongeluk, een plotselinge ziekte of een acuut probleem, er kan hulp voor de kinderen of voor het doen van de boodschappen nodig zijn, iemand kan zonder vervoer zitten. Een aantal mensen kan in noodsituaties terugvallen op familie. Maar dat aantal is slinkende. Familieleden komen op steeds grotere afstanden van elkaar te wonen. Men woont al gauw niet meer in dezelfde wijk, vaak zelfs niet meer in hetzelfde dorp of dezelfde stad. Afspraken voor onderling hulp of bezoek moeten lang van tevoren worden gemaakt. Bij plotseling optredende problematiek betekent dat een probleem extra. De geleidelijk toenemende mobiliteit in wonen maakt de mensen meer afhankelijk van anderen in hun directe omgeving. Echter men maakt met name in de stad niet meer zo snel contact. Die afwachtede houding maakt het moeilijk hulp te vragen als de nood aan de man komt. Dit betekent dat het twijfelachtig is, dat in de huidige situatie mensen die acuut hulp behoeven die ook altijd krijgen. De Visie Commissie pleit er daarom voor, op wijkniveau kaders te scheppen waarbinnen de hulp kan worden geregeld en ondersteund. De commissie denkt daarbij niet aan een voor alle wijken gelijke, specifieke organisatie 'Burenhulp' - op een dorp zou de plattelandsvrouwenbond zich

bijvoorbeeld heel goed met de bedoelde vorm van hulp kunnen bezighouden – maar aan een organisatie van vlak bij elkaar wonende mensen die bereid, in de gelegenheid en in staat zijn om de 'smeerolie' van het wijkgebeuren te vormen. Deze mensen zouden dan degenen in hun omgeving die hulp nodig hebben en degenen in hun omgeving die hulp kunnen bieden, met elkaar in aanraking kunnen brengen. Voor de hulpverlening kan bijvoorbeeld worden gedacht aan 'arbeidsongeschikten': dat iemand arbeidsongeschikt is verklaard, wil immers helemaal niet zeggen dat hij of zij niet een tijd lang op andermans kinderen zou kunnen passen, zijn eten koken, hem naar het ziekenhuis brengen of hem voor een uitstapje meenemen.

Men kan de taak van de organisatie ook ruimer zien. Naast het inspringen in acute noodsituaties kan worden gedacht aan het met elkaar in contact brengen van alleenstaanden, het verzorgen van activiteiten in de recreatieve sfeer voor gehandicapten en/of bejaarden, het organiseren van praatgroepen.

De opzet van de burenhulporganisatie is dus zodanig, dat de medewerkers niet zelf rechtstreeks hulp bieden maar die hulp wel weten te vinden. Zij vormen het organisatorische kader. Nu heeft het vrijwilligerswerk altijd twee zwakke steën, namelijk het gebrek aan continuïteit binnen het kader en het tekort aan deskundigheid. De *continuïteit* zou kunnen worden gewaarborgd door middel van een subsidie. Met dat geld zou dan een betaalde kracht moeten worden aangetrokken, in de functie van secretaris-penningmeester en tevens fungerend als centraal contactpersoon. Wat het verkrijgen van *deskundigheid* betreft kan voor de psychosociale hulpverlening worden gedacht aan de aanstelling van een consultant, iemand die er de wijk 'bij

doet' dan wel iemand die van gemeentewege in een aantal wijken wordt 'gedropt'. Spreken wij hier alleen van de psychosociale hulpverlening, het is heel wel mogelijk dat vanuit de wijkorganisaties voor burenhulp ook om andere vormen van consultatie zal worden gevraagd.

Gezinszorg

Bij de meeste mensen is de gezinszorg alleen bekend als een vorm van hulp in gezinnen waar de vrouw langdurig ziek is. Ook ernstige ziekte van een ander gezinslid kan echter een indicatie voor gezinszorg zijn, als namelijk de belasting voor de huisvrouw te zwaar wordt.

Nog minder algemeen bekend is het gegeven dat er een speciale voortgezette opleiding bestaat voor gezinsverzorgsters die al enige jaren in de gewone zorg werkzaam zijn, een opleiding die erop gericht is gezinsverzorgsters voor te bereiden op de omgang met gezinnen met pedagogische problemen. In die gezinnen, waarvan de ouders hebben ervaren hun kinderen niet alleen aan te kunnen, vervullen zij dan een ondersteunende rol bij de opvoeding. De Visie Commissie stelt nu voor, in de gezinszorg ook een voortgezette opleiding in het leven te roepen gericht op gezinnen met relationele en emotionele problematiek. In de praktijk blijken ettelijke ervaren gezinsverzorgsters zich, wanneer blijkt dat het gezin zelf de problemen – soms zelfs na overleg met deskundigen – niet aankan, al met dit soort problematiek bezig te houden. Men denke aan gezinnen waarvan de moeder depressief is of geweest is, of overspannen is. Voor dit werk, dat dus wel al wordt gedaan, heeft de gezinsverzorgster geen opleiding gehad. Ze wordt er ook niet of nauwelijks in begeleid. Wordt vanuit psychiatrische inrichtingen voor een gezin wel eens om gezinshulp gevraagd, van enige voorbereiding of begeleiding van de in het gezin geplaatste verzorgster is geen sprake. Het gaat hier naar de mening van de commissie om een belangrijke vorm van psychosociale hulpverlening. Daarbij kan men niet teren op het natuurlijke talent van gezinsverzorgsters noch op hun vermogen om in hun eentje meer dan het doorgaans van hen gevraagde tot

stand te brengen. Naast de bestaande pedagogische na-opleiding zou er een psychosociale na-opleiding moeten komen. Daarnaast zou de gezinsverzorgster-met-'psychosociale aantekening' tijdens haar werk moeten worden gecoached door (of in ieder geval contact moeten kunnen hebben met) een consulterend psycholoog. Die werkbegeleiding kan, meent de commissie, vermoedelijk het best worden gegeven vanuit de klinische psychologie.

Uiteraard zou men in de aangegeven situatie ook kunnen kiezen voor hulpverlening door een psychiatrisch verpleegkundige of een maatschappelijk werk(st)er. De voorkeur van de Visie Commissie gaat echter uit naar de gezinsverzorgster. In de eerste plaats geldt de keuze van de gezinsverzorgster personen die een jarenlange ervaring hebben opgedaan met het ondersteunend functioneren in andermans milieu. Opleiding noch ervaring van psychiatrisch verpleegkundigen en maatschappelijk werk(st)ers zijn in die zin gericht. Zij functioneren vrijwel altijd binnen hun eigen, ambulante of klinische, werkmilieu; hun aanwezigheid in het thuismilieu van de cliënt is meestal slechts van korte duur. De gezinsverzorgster daarentegen functioneert de gehele dag, week in week uit, soms maanden lang in het milieu van de cliënt, en is daarvoor ook opgeleid. Zij heeft veel ervaring met de praktische gang van zaken in het gezin en kan die efficiënt en op de juiste wijze ondersteunen, en weet daarnaast wat huiselijkheid te scheppen.

Anderzijds kan het doel van de bedoelde bemoeienis niet zijn, betere emotionele structuren in het gezin aan te brengen – dat zou een vorm van therapie zijn. Daarvoor zijn er de deskundigen en de bureaus. Het doel van de gezinszorg zou moeten worden gezocht in het aanbrengen van een constante structuur in het dagelijks leven van het gezin, waardoor het gebrek aan regelmaat en aandacht wordt weggenomen, althans vermindert. Verder zou men kunnen vragen om een manier van omgaan met overbelaste personen die de desbetreffende personen steunt. Dat kan in de ene situatie samen boodschappen doen of de drempel naar de buitenwereld overschrijden zijn, in de andere situatie kan het luisteren betekenen of juist praten.

Kindermishandeling bestaat. Hoe lang nog.

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

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

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

SIRE

Publicatie van de Nederlandse Vereniging tegen Kindermishandeling



Als een belangrijke ondersteunende factor ziet de commissie in elk geval het samen doen; behandeling zou van een psycholoog of een psychiater moeten komen.

EHBK

Naast de al genoemde vormen van psychosociale hulpverlening in de wijk – burenhulp en gezinszorg – acht de Visie Commissie een tweede vrijwilligersorganisatie nodig, speciaal bestemd voor het bieden van eerste hulp bij ernstige conflicten.

Immers, het komt zo veelvuldig voor dat er tussen mensen conflicten optreden dat voor het oplossen daarvan niet alleen op beroepskrachten kan worden gebouwd. Ook in de straat moeten mensen wonen die weet hebben van conflicten, hun ontstaan, de beste manier om erop te reageren en de beste (voorlopige) oplossing. Bij ernstige en/of steeds tussen dezelfde personen spelende conflicten zouden uiteraard meer ervaren professionele hulpverleners moeten worden ingeschakeld.

In de visie van de commissie zijn conflicten vergelijkbaar met ongevallen. In beide gevallen gaat het om plotseling optredende ernstige gebeurtenissen, die het onmiddellijk en doeltreffend ingrijpen van al dan niet toevallig in de directe omgeving aanwezige personen vereisen. Zoals bij een ongeval niet kan worden gewacht tot er een chirurg ter plekke is, zo kan bij het uitbarsten van een hevig conflict niet worden gewacht tot de maatschappelijk werker, de psycholoog of de psychiater is aangekomen.

Aan animo om zich in te zetten voor eerste hulp bij conflicten zal het denkt de commissie niet ontbreken. Psychologie en psychiatrie worden door velen met interesse gevolgd, een belangstelling voor het psychisch functioneren en relaties en relatieproblemen die door een EHBK-lidmaatschap in daden kan worden omgezet. Anderen zullen hopen dank zij het lidmaatschap van een dergelijke organisatie zoveel kennis en ervaring op te doen dat zij zelf conflictsituaties beter leren beheersen. Of men het nu om het een (anderen bijstaan) doet of om het ander (zekerder worden van zichzelf), is daarbij niet van wezenlijk belang. Winstpunten van een

vrijwilligersorganisatie voor eerste hulp bij conflicten zouden zijn gelegen in haar aanwezigheid in de directe omgeving en in haar inzicht in het alledaagse wijkgebeuren. De in de wijk wonende vrijwilliger zal een conflict en de erbij betrokkenen vaak met veel meer achtergrondkennis dan de 'professional' kunnen benaderen.

Als voorbeeld noemen we de man die bij zijn huisarts komt met vermoedens van lichamelijke stoornissen en zijn zorgen daarover, zonder erbij te vertellen dat zijn buurman een week eerder plotseling is overleden. Een EHBK'er uit dezelfde straat zou met dit feit, mag men aannemen, bekend zijn. Zou zich op basis van dat feit een conflict voordoen, dan beschikt de EHBK'er terzake over voldoende parate kennis om het conflict binnen beheersbare grenzen te houden. Daarna kan de problematiek, mocht er dan nog een noodzaak toe bestaan, aan de professionele hulpverlener worden voorgelegd.

De EHBK is met andere woorden bedoeld om het escaleren van conflicten te voorkomen. De manier waarop kan van situatie tot situatie verschillen. Er zijn tal van mogelijkheden om in een vanzelfsprekende, alledaagse sfeer conflictoplossend te werk te gaan. Feitelijk, zij het niet altijd zo uitgesproken, werken instellingen als SOS, Release en kerkelijke organisaties nu al op de omschreven manier. Het commissiemodel accentueert daarenboven het wijkpatroon als het ideale organisatiepatroon alsmede het vereiste van een specifieke scholing en oefening in conflictbeheersing. Wat het laatste punt betreft, het is niet zo dat vandaag de dag (dus zonder EHBK) niet zou worden gereageerd op conflicten in de wijk. Overschrijdt een conflict de grenzen van huis of kantoor, dan zal de omgeving reageren. De vraag die men zich echter kan stellen is, of niet door een tekort aan kennis, ervaring en oefening in het hanteren van conflicten een aantal mensen onbewust en onbedoeld juist zo reageert dat het conflict escaleert. De aanwezigheid van een organisatie als de EHBK zou zo'n escalatie kunnen voorkómen.

Evenals de burenhulp kan de EHBK niet functioneren zonder een centraal punt met een vast adres en een vast telefoonnummer, bemand door een uit een subsidie betaalde

secretaris-penningmeester. Naast deze beroepskracht zal voor training en overdracht van theoretische kennis professionele bijstand nodig zijn. Verder zal men voor consult bij een psycholoog terecht moeten kunnen.

Psychosociaal contactpunt

Niet alleen burenhulp, gezinszorg en EHBK zullen behoefte hebben aan een mogelijkheid tot consultatie. Ook informeel op het psychosociale vlak functionerende hulpverleners kunnen die behoefte voelen. De Visie Commissie doet daarom de suggestie van een psychosociaal contactpunt, als vast onderdeel van de psychosociale hulpverlening in de eerste lijn.

Of men hierbij denkt aan een vast adres of aan één bepaalde voor iedereen in de wijk bereikbare deskundige, wordt in het midden gelaten. En met reden: het gaat er de commissie alleen om de vele mensen in de wijk die, zonder dat hun hoofdtak ligt op het terrein van de psychosociale hulpverlening, uit hoofde van hun (neven)functie een begeleidende of ondersteunende rol vervullen voor anderen in de wijk, een persoon of een adres te bieden naar wie of waarna zij toe kunnen gaan wanneer zij worden benaderd met een probleem dat zij menen zelf niet te kunnen hanteren. Informele hulpverleners zouden bij zo'n psychosociaal contactpunt advies moeten kunnen halen dan wel bemiddeling kunnen krijgen voor een consult dan wel hun probleem kunnen overdragen aan een andere, formele of informele hulpverlener. Met het psychosociaal contactpunt wordt een centraal adres gecreëerd voor informele hulpverleners van a) een grote verscheidenheid en spreiding – hier de onderwijzer, de dominee of de ouderling, daar de pastoor, elders de taxichauffeur of de kroegbaas, weer elders de fysiotherapeut of de alternatieve genezer – met b) een qua omvang niet te onderschatten klandizie: er zijn bijvoorbeeld schattingen die aangeven dat 10 à 15% van de totale hulpvraag bij alternatieve genezers wordt aangedragen.

In een volgend artikel de tweede groep van psychosociale hulpverleners in de eerste lijn, model St.-Bavo: de wijkverpleegkundige en de huisarts.

UIT DE ZIEKENFONDSRAAD

In de op 28 september 1978 gehouden vergadering van de Ziekenfondsraad kwamen onder meer de volgende onderwerpen aan de orde:

Adviesaanvraag eigen bijdragen

De in Bestek '81 voorgenomen uitbreiding van het 'eigen risico' van de verzekerden, die de regering per 1 januari 1979 wil verwezenlijken, heeft betrekking op drie categorieën, te weten:

– de *Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)*, waarbij het Kabinet voorshands is uitgegaan van een eigen bijdrage van f 10,— per verpleegdag. Deze zou worden gevraagd van ongehuwden ouder dan 18 jaar, met eigen inkomen, gedurende het eerste jaar van het verblijf in een krachtens de AWBZ erkende inrichting, voorts van gehuwden die geen van hen afhankelijke kinderen hebben, gedurende de periode van hun verblijf in een hiervóór genoemde inrichting;

– *ziekenhuisopname* ten laste van de Ziekenfondswet. Ook hierbij is uitgegaan van een eigen bijdrage van f 10,— per verpleegdag, zowel van ongehuwden als van gehuwden die geen van hen afhankelijke kinderen hebben;

– *niet-klinische verstrekkingen*. Hierbij wordt gedacht aan een maximum aan nieuwe eigen bijdragen per zelfstandige gezinshuishouding van f 100,— per jaar.

In hoofdzaak heeft dit betrekking op de huisartsenhulp, poliklinische specialistische hulp en fysiotherapie.

In de adviesaanvraag vanwege de staatssecretarissen van Volksgezondheid en Milieuhygiëne en van Sociale Zaken inzake de eigen bijdragen* wordt van de Ziekenfondsraad bijzondere aandacht gevraagd voor het aspect van de eigen bijdrage in de huisartsenhulp, aangezien de bewindslieden zich ervan bewust zijn dat de huisarts voor velen het eerste contactpunt in het kader van vorengenoemde verstrekkingen vormt.

Aangezien het uiteraard niet mogelijk was binnen tien dagen over dergelijke ingrijpende maatregelen een oordeel uit te spreken, werd op voorstel van 's raads voorzitter een commissie ad hoc benoemd, waarin alle groeperingen van de raad zitting zullen hebben en waarvan het Kroonlid Prof. Dr J. F. Rang voorzitter zal zijn, met de opdracht zo mogelijk vóór 1 november van dit jaar rapport uit te brengen.

Het raadslid Bode (FNV), dat met de instelling van de commissie ad hoc akkoord ging, had ernstige bezwaren tegen behandeling van de adviesaanvraag in dit stadium. Volgens hem blijkt uit de signalen van vele maatschappelijke groeperingen, dat tegen het in Bestek '81 voorgestelde eigen risico ernstige bezwaren bestaan. Een advies in dit stadium – de parlementaire behandeling van Bestek '81 en de Miljoenennota moesten nog beginnen – achtte hij dan ook prematuur. Hij stelde daarom voor met de uitwerking van een advies niet te beginnen, alvorens van overheidswege meer klaarheid inzake eventuele wijzigingen bekend zouden zijn. Na enige gedachtewisseling hierover waarbij onder meer van

werkgeverszijde werd opgemerkt dat de raad met opvolging van het voorstel-Bode de verkeerde weg op zou gaan, stelde *voorzitter Berends* van oordeel te zijn dat – mede gelet op de vrij ingewikkelde materie – de commissie zo spoedig mogelijk aan het werk dient te gaan. Mitsdien gaf hij de heer Bode in overweging zijn bezwaar te laten vervallen. De heer Bode was echter niet overtuigd door de tegenargumenten. Hij handhaafde dan ook zijn voorstel en wenste hierover een uitspraak van de raad. Bij de stemming bleek dat de raad het in overgrote meerderheid met de voorzitter eens was, waarna de heer Bode mededeelde dat het FNV zich over deelname aan het werk van de commissie nader zal beraden.

Inspraaknota

De staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne, Mw. Mr. E. Veder-Smit, heeft in een inspraaknota de Ziekenfondsraad in kennis gesteld van de resultaten van het kabinetsberaad inzake het door haar ambtsvoorganger ingediende ontwerp van Wet Tarieven Gezondheidszorg**, met het verzoek vóór 1 november aanstaande de opvatting van de raad over deze nota aan haar kenbaar te maken. Uit de nota blijkt, dat de staatssecretaris het wetsontwerp op verschillende punten wil wijzigen. Zo

* De adviesaanvraag eigen bijdragen is integraal afgedrukt in MC nr. 39/1978, blz. 1199.

** Zie voor de Inspraaknota ook MC nr. 41/1978, blz. 1300.

wil zij het bestuur van het *Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG)* – in afwijking van het aanvankelijke ontwerp – als volgt samenstellen:
 tenminste 12 en ten hoogste 15 leden, te benoemen door de minister;
 tweederde van het aantal leden te benoemen uit de kring van de zorgverleners, de financiers en het georganiseerde bedrijfsleven; de overige leden, éénderde van het totaal, eveneens te benoemen door de minister, onafhankelijke deskundigen, van wie er één als voorzitter optreedt. De onafhankelijkheid heeft betrekking op de voorwaarde, dat zij direct noch indirect bij de onderhandelingen over de tarieven betrokken mogen zijn. Met deze samenstelling én het instellen door het COTG van *Kamers*, die tot taak hebben het Centraal Orgaan te adviseren bij het vaststellen van de richtlijnen, wil de staatssecretaris bevorderen dat de vrije beroepsbeoefenaren nauwer worden betrokken bij de vaststelling van de tarieven voor hun hulpverlening. In de *Kamers* zullen belanghebbende partijen dan ook rechtstreeks zijn vertegenwoordigd.
 De staatssecretaris is het met haar ambtsvoorganger eens, dat het noodzakelijk is te komen tot het meer inzichtelijk maken en het onderling afstemmen van de tariefs- en honoreringssystemen in de gezondheidszorg. In zijn nieuwe samenstelling bestaat er voor het Centraal Orgaan geen taak op het terrein van lonen/inkomens in de sector van de gezondheidszorg. Het Centraal Orgaan dient zich dan ook uitsluitend te beperken tot beoordeling van de tarieven. Het inkomensbeleid regardeert haars inziens de overheid. Wat de vrije beroepen in de gezondheidszorg betreft, is de staatssecretaris voornemens in overleg met de betrokken beroepsgroepen een 'norminkomen' vast te stellen. Dat norminkomen zal door middel van aanwijzingen aan het Centraal Orgaan kenbaar worden gemaakt.

De Ziekenfondsraad besloot ter voorbereiding van zijn antwoord aan de staatssecretaris de bestaande commissie-Piket (bekend door haar advies over het rapport-Becht) opdracht te verlenen de *Inspraaknota* in behandeling te nemen en er zo

spoedig mogelijk aan de raad advies over uit te brengen.

Premie AWBZ 1979

Bij de berekeningen van het premie-advies AWBZ 1979 door de Commissie Financiële Zaken van de raad is men er van uitgegaan dat de regering haar voornemen, in het kader van Bestek '81 de trend van de ambtenarensalarissen met 0,5% per halfjaar te beperken, ten uitvoer zal brengen. Met andere mogelijke bezuinigingen in de gezondheidszorg in het kader van Bestek '81 is echter geen rekening gehouden. Met inachtneming hiervan is gecijferd, dat aan de staatssecretarissen van Volksgezondheid en van Sociale Zaken dient te worden geadviseerd de premie AWBZ voor 1979 vast te stellen op ruim 3% (3,0826%); het thans geldende premiepercentage bedraagt 2,8560. Indien evenwel zou worden overgegaan tot uitbreiding van de bestaande 'eigen bijdrage'-regeling in de AWBZ, dan zou voor 1979 kunnen worden volstaan met een premiepercentage van naar raming 2,9803.

Tijdens de behandeling van het advies in de raad bleek, dat een minderheid van de raad, wier mening werd vertolkt door de heer *Bode* (FNV), het onjuist achtte dat in het advies wordt vooruitgelopen op de uitkomsten van de sociaal-politieke discussie omtrent de regeringsvoornemens in Bestek '81, geconcretiseerd in de *Miljoenennota* 1979 en in de adviesaanvraag aan de raad inzake uitbreiding van de eigen bijdragen. Zulks te meer omdat, aldus de heer *Bode*, de kwestie van de overheidssalarissen inmiddels voor enige maanden is opgeschort. Dit deel van de raad adviseert dan ook de premie voor 1979 vast te stellen op 3,0976.

Bij de stemming over beide opvattingen bleek, dat de meerderheid van de raad het minderheidsvoorstel afwees. Met inachtneming hiervan besloot de raad te adviseren overeenkomstig het meerderheidsstandpunt.

Loongrens en maximumpremedagloon 1979

De raad besloot aan de betrokken

bewindslieden te adviseren, de *loongrens* voor de verplichte ziekenfondsverzekering voor 1979 vast te stellen op f 38.150,— (1978: f 36.200,—). Het *maximumpremedagloon* waarover maximaal premie moet worden betaald zal bij de loongrens van f 38.150 voor 1979 f 125,— bedragen. Het voor 1979 geldende premiepercentage voor de verplichte ziekenfondsverzekering is nog niet vastgesteld. Hierover zal de raad binnenkort advies uitbrengen.

Ziekenfondsverzekering vervroegd uit het arbeidsproces getreden personen

De raad besloot de staatssecretaris van Volksgezondheid te adviseren, personen die vervroegd uit het arbeidsproces treden via een meer algemene regeling onder de ziekenfondsverzekering te laten vallen. Bij totstandkoming daarvan zullen de afzonderlijke aanwijzingen per regeling achterwege kunnen blijven.

Overeenkomsten

De raad bekrachtigde de beslissingen van de Commissie Overeenkomsten tot goedkeuring onder meer van de volgende overeenkomsten, gesloten tussen de organisaties van medewerkers en de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (VNZ):

- a. aanvullingen op het tarief van medisch specialisten inzake echografie, computertomografie, speciale audiometrieën, andere onderzoeken door KNO-artsen en daarbij behorende honorering van de anesthesist;
- b. honorering apothekers 1978;
- c. verlenging goedgekeurde overeenkomst inzake kleutertandverzorging in Tiel, tot 1 augustus 1980.

Overeenkomsten 1978

De raad besloot de staatssecretaris van Volksgezondheid mede te delen, dat de Commissie Overeenkomsten bedenkingen heeft tegen haar suggestie om voor de ziekenfondssector het algemeen gevoerde beleid van de minister

van Economische Zaken te verwerken in de voor 1978 te sluiten overeenkomsten in de ziekenfondssector.

De commissie is namelijk van mening, dat een gepreciseerd overheidsingrijpen vóórdat het resultaat van de onderhandelingen de Ziekenfondsraad heeft gepasseerd zich niet verdraagt met het systeem van de Ziekenfondswet, waarin de contractvrijheid van partijen wordt erkend, de raad en zijn Commissie Overeenkomsten met een duidelijk omschreven taak zijn belast en de Kroon ten slotte met repressieve bevoegdheden is bekleed.

Diabetes-nazorgdienst Limburg

In afwachting van een definitieve beslissing over opzet en financiering van een landelijke organisatie voor nazorg aan diabetici, besloot de raad de begroting van de diabetes-nazorgdienst Limburg voor 1978 tot een bedrag van f 372.238,— goed te keuren. Sedert 1974 worden de ongedekte tekorten van deze dienst, overeenkomstig een besluit van de raad, ten laste van de AWBZ gebracht.

In verband hiermede informeerde het raadslid *De Vries* (VNZ) naar de stand van zaken met betrekking tot de in uitzicht gestelde landelijke organisatie. De heer *Anbeek*, lid van het presidium van de raad, antwoordde dat binnen afzienbare tijd vergelijkbare cijfers van de nazorgdienst Groningen ter beschikking komen, die bij het creëren van een landelijke organisatie voor bedoelde nazorg mede kunnen worden betrokken.

*
* *

Vermelding verdient nog, dat bij de aanvang van de vergadering de heer *W. Derksen*, arts en oud-voorzitter van de LHV, opnieuw als lid van de Ziekenfondsraad werd geïnstalleerd. De heer Derksen, werd op voordracht van de KNMG benoemd in de vacature-Drs. P. Brandes.

Uitspraken CAO-Ziekenhuiswezen

Uitleg begrip leermiddelen

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

Gelet op artikel 11 van het model individuele leer/arbeidsovereenkomst

Gezien de vraag:

Wat dient te worden verstaan onder het begrip leermiddelen, voorkomend in artikel 11 van het model individuele leer/arbeidsovereenkomst?

Overwegende:

Dat de toelichting op bovenvermeld artikel weliswaar een indicatie geeft wat onder het begrip leermiddelen moet worden verstaan, doch daarbij geen uitspraak doet over de vraag of bijvoorbeeld een schriftelijke cursus, welke als een

docenten-vervangend deel van de opleiding kan worden aangemerkt, als een leermiddel moet worden beschouwd; dat niettemin uit bedoelde toelichting kan worden afgeleid, dat gedacht is aan hulpmiddelen bij de studie, dienend ter ondersteuning en niet ter vervanging van een deel van de opleiding.

Beslist als volgt:

Onder het begrip leermiddelen worden verstaan hulpmiddelen, welke dienen ter ondersteuning van de opleiding; hiertoe kunnen niet worden gerekend die hulpmiddelen, welke het karakter hebben van een docenten-vervangend deel van de opleiding.

Aldus gegeven te Utrecht, de 13e juli 1978.

Uitvoeringsregeling studiekosten en verlof voor het volgen van lessen

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

Gelet op artikel 5, lid 2, van de uitvoeringsregeling studiekosten en verlof in verband met het volgen van lessen.

Gezien de vraag:

Wat moet worden verstaan onder een opdracht van de werkgever tot het volgen van een opleiding als bedoeld in bovenaangegeven artikel?

Overwegende:

Dat de vraagstelling betrekking heeft op zowel de situatie, dat een dienstverband aanwezig is als op de situatie, dat als voorwaarde voor het aangaan van een arbeidsovereenkomst wordt gesteld, dat

betrokkene bereid moet zijn een opleiding te volgen; dat in het laatste geval niet kan worden gesproken van een verzoek van betrokkene om tegemoetkoming in studiekosten.

Beslist als volgt:

Van het volgen van een opleiding in opdracht van de werkgever is sprake, wanneer de werkgever tijdens het dienstverband de werknemer verzoekt een opleiding te volgen alsmede wanneer de bereidheid tot het volgen van een opleiding bij het aangaan van de arbeidsovereenkomst als voorwaarde wordt gesteld of in de advertentie wordt gevraagd.

Aldus gegeven te Utrecht, de 13e juli 1978.

NIET ROKEN

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

Onvoldoende diagnostiek

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam heeft het navolgende overwogen en beslist naar aanleiding van de op 17 november 1977 ingekomen klacht van A, van beroep bloemist, wonende te B, klager tegen C, van beroep chirurg, wonende te D, verweerder.

Kennis is genomen van het klaagschrift, van een in dit klaagschrift genoemd schrijven van klager van 7 november 1977, van schriftelijke inlichtingen van verweerder, ingezonden op 3 december 1977 en van schriftelijke inlichtingen van de huisarts E te B van 19 november 1977 met de daarbij behorende bijlagen, alsmede van de door de raadsman van verweerder ter zitting overgelegde pleitnotities met de daarbij behorende bijlagen.

De klacht is op 30 mei 1978 ter terechtzitting van het College behandeld, in aanwezigheid van partijen, klagers echtgenote, de raadslieden van partijen, respectievelijk Mr. H. B. A. Verhagen, advocaat te Amsterdam en Mr. E. W. van Slooten, advocaat te Amsterdam. Tevens is als getuige gehoord F, oud 31 jaar, van beroep kinderarts, wonende te D.

Door het onderzoek is vastgesteld: Het dochtertje van klager, geboren op 8 juli 1972 – verder te noemen: het patiëntje – is op 29 juli 1977 door de huisarts E naar verweerder verwezen in verband met een ruimte-innemend proces in de schildklierstreek, geduid als een mediane halscyste.

Verweerder heeft het patiëntje op 8 augustus 1977 onderzocht en – uitsluitend op grond van uitwendig onderzoek door middel van palpatie, – het weefsel eveneens geduid als een cyste en tot operatieve verwijdering

daarvan geadviseerd c.q. besloten.

Het patiëntje is op 15 augustus 1977 voor de operatie opgenomen.

Voorafgaande aan de operatie heeft op 16 augustus 1977 een routine-bloedonderzoek plaats gevonden. De operatie is op diezelfde dag door verweerder zelf verricht.

Blijkens het operatieverslag werd een kersgrote blaas met een steel tot onder het tongbeen aangetroffen. Dit materiaal is pathologisch-anatomisch onderzocht. De uitslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek, gedateerd 19 augustus 1977, luidt: 'Macr.: Een kwabbig weefselstuk, mogelijk ingesneden, solide gebouwd verder, op snede 2 1/2 cm. Op snede lijkt het thereoïd (kennelijk is bedoeld: thyreoïd) weefsel. Een cyste kan hieraan niet worden herkend, in 2 x t.i.

Micr.: Het materiaal toont ook microscopisch geen cyste, maar conform de macroscopie doorsnede van schildklierweefsel met een licht dysplastische opbouw van in grootte wisselende maar goed colloïd bevattende follikels, bekleed met vrij hoog kubus tot laag cilindrisch laag onverdacht epitheel. Geen tekenen van toxiciteit of maligniteit. Diagnose: Dysplastisch schildklierweefsel.'

Het patiëntje is op 18 augustus 1977 naar huis ontslagen met een controle-afspraken voor 29 augustus 1977. Op 26 augustus 1977 is de ontslagbrief naar de huisarts gezonden. Hierin wordt geen melding gemaakt van de uitslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek. Op de afgesproken controle-datum, 29 augustus 1977, is het patiëntje – naar verweerder stelt bij vergissing – gezien door de assistent G, die de echtgenote van klager bij die

gelegenheid naar aanleiding van het pathologisch-anatomisch onderzoek heeft medegedeeld dat het verwijderde weefsel schildklierweefsel was. Er werd geen verdere controle-afpraak gemaakt. De huisarts werd ook toen niet ingelicht over de uitslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek, evenmin als dat later is geschied. Naar de echtgenote van klager ter terechtzitting heeft verklaard, waren er bij het patiëntje al meteen na terugkomst uit het ziekenhuis opvallende veranderingen in gedrag en uiterlijk te constateren. Niet vastgesteld kon worden of zulks bij het controle-onderzoek op 29 augustus 1977 ter sprake is geweest. Op 27 september 1977 consulteerde de echtgenote van klager de huisarts in verband met deze veranderingen, waarna het patiëntje met spoed werd verwezen naar de kinderarts F die haar van 3 oktober tot 28 oktober 1977 deed opnemen. Tijdens deze opname bleek dat er bij het patiëntje geen funktionerend schildklierweefsel meer aanwezig was. Als gevolg hiervan is levenslang een substitutie-therapie met schildklierhormoon vereist. Verweerder heeft verklaard dat hij gedurende de gehele maand september 1977 afwezig is geweest wegens vakantie en dat hij eerst begin oktober 1977, na door de kinderarts op de hoogte te zijn gebracht, de uitslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek dd. 16 augustus 1977 heeft vernomen.

De klacht behelst:

1. Alvorens tot operatieve verwijdering van het weefsel te

besluiten, had verweerder een kinderarts of internist in consult moeten roepen.

2. Verweerder had tijdens de operatie kunnen en moeten onderkennen dat het verwijderde weefsel ectopisch schildklierweefsel was en alsnog een kinderarts of internist in consult moeten roepen.

3. Verweerder had na de operatie het verloop persoonlijk moeten volgen, althans maatregelen voor een betere follow-up moeten nemen.

Omtrent deze klacht moet gelden:

ad 1.

Bij een reeds vanaf de geboorte aanwezig ruimte-innemend proces in de schildklierstreek bij een kind van de leeftijd als het onderhavige patiëntje, dient – volgens de huidige stand der wetenschap – rekening te worden gehouden met de mogelijkheid dat het verdwaald schildklierweefsel betreft. Het is niet mogelijk vast te stellen of een dergelijk geval zich voordoet met behulp van louter uitwendig onderzoek door middel van palpatie. Zonder nader onderzoek behoort dan ook in het algemeen niet tot operatieve verwijdering te worden besloten. Ook al meende verweerder niet ten onrechte dat het aanbeveling verdient halscysten vroegtijdig te verwijderen, valt hem ten deze te verwijten dat hij uitvoeriger pre-operatief onderzoek naliet.

ad 2.

Uit de door verweerder zelf overgelegde literatuur blijkt dat aan de operatietafel, door incisie en inspectie van het vrij-geprepareerde materiaal, vrij gemakkelijk kan worden vastgesteld of dit bestaat uit verdwaald schildklierweefsel. Verweerder heeft deze eenvoudige test niet uitgevoerd en heeft derhalve ook bij de operatie niet geheel juist gehandeld.

ad 3.

Tenslotte valt verweerder te verwijten dat hij het verloop na de operatie niet persoonlijk heeft gevolgd. Vóór zijn vertrek met vakantie is de status van het patiëntje klaarblijkelijk ook niet door hem ingezien en met zijn waarnemer besproken. Ook ten aanzien van de organisatie van zijn afdeling moet verweerder een verwijt worden gemaakt. Het valt te betreuren dat de uitslag van het

pathologisch-anatomisch onderzoek, ter beschikking gekomen op 19 of 20 augustus 1977, toen niet ter kennis van verweerder is gekomen. Het is onjuist dat deze uitslag ten tijde van het dicteren van de ontslagbrief dd. 26 augustus 1977 zich nog niet in de status bevond, zodat daarvan geen melding kon worden gemaakt. Het is onbegrijpelijk dat de huisarts niet op de hoogte is gebracht van de uitslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek, die bij de controle van 29 augustus 1977 wel in de status aanwezig was.

Het is onaanvaardbaar dat de assistent G zonder overleg met verweerder, de kinderarts en/of de huisarts, heeft kunnen besluiten het patiëntje (zonder nader onderzoek) uit de controle te ontslaan, gegeven de op dat moment wel in de status aanwezige uitslag van het pathologisch-anatomisch onderzoek.

Door te handelen als hiervoren gewraakt heeft verweerder het vertrouwen in de stand der geneeskundigen ondermijnd. Bij toepassing van na te melden maatregel is mede in aanmerking genomen dat niet eerder van klachten over verweerder die reeds zeer lang de praktijk beoefent is gebleken en dat het een zeldzaam voorkomend verschijnsel is, dat zich als een cyste voordoend aberrant schildklierweefsel achteraf blijkt het

enige schildklierweefsel te zijn waarover een patiënt beschikt. In het licht van de ernstige risico's en de gevolgen die het verwaarlozen van de ter beschikking staande diagnostische methodieken in gevallen als de onderhavige kan hebben is openbaarmaking van de onderhavige beslissing op grond van het algemeen belang wenselijk.

In verband met het vorenoverwogene moet worden beslist als volgt:

Waarschuwt verweerder.

Beveelt dat deze beslissing, op de wijze als voorgeschreven bij artikel 13b. van de Medische Tuchtwet, wordt bekend gemaakt door plaatsing in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met het verzoek om plaatsing aan de volgende tijdschriften:

Tijdschrift voor Gezondheidsrecht,
Medisch Contact, Nederlands
Tijdschrift voor Geneeskunde en
Nederlandse Jurisprudentie.

Aldus gewezen op 19 juni 1978 onder voorzitterschap van mr M. Knap met J. F. W. G. Verheul, J. E. A. Huurdeman, G. A. C. Bosch en J. A. I. van Prooije, (plv) ledengeneeskundige en met bijstand van Mr. J. Heeres, secretaris.

KNMG-kadertraining 1979

Ten behoeve van onder meer leden van afdelingsbesturen, afgevaardigden ter Algemene Vergadering en vertegenwoordigers van de KNMG in regionale advies- c.q. overlegorganen zal binnenkort – januari/februari 1979 – door de KNMG wederom een kadertraining worden georganiseerd.

Deze training omvat in totaal drie weekends, waarvan één besteed zal worden aan informatie en discussie over de taken en het functioneren van de KNMG en haar Maatschappelijke Verenigingen en de beide overige weekends aan een training in gespreksvoering, vergaderen en samenwerken. Over deze kadertraining, door middel waarvan de KNMG tracht de communicatie tussen centrum en periferie te verbeteren alsmede een optimaal functioneren van haar bestuurskader te bevorderen, werden de secretarissen der afdelingsbesturen onlangs uitvoerig geïnformeerd.

Voor nadere bijzonderheden over deze training diene men zich derhalve tot de secretaris van zijn/haar afdeling te wenden, bij wie men zich ook kan opgeven voor deze training. Wat de merites van deze training betreft, kan men tevens te rade gaan bij die leden van het afdelingsbestuur, die een dergelijke kadertraining al eens meemaakten.



officieel

KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

Dagelijks Bestuur

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

Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

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

Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

Sociaal-Geneeskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

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

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

Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

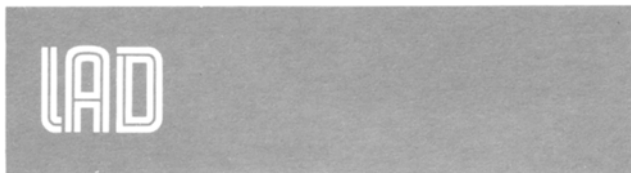
H. Frese, secretaris-penningmeester, Tussenlanen 23, Bergambacht, telefoon 01825-1223; postgironummer 111.950 t.n.v. de penningmeester van de Stichting Ondersteuningsfonds te Bergambacht.

Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

Stichting Beroepspensioenfondsen Artsen (SBA)

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



van het Centraal Bestuur

Mededelingen n.a.v. de CB-vergaderingen dd. 18 en 25 augustus 1978

Mededelingen naar aanleiding van de vergaderingen dd. 18 augustus en 25 augustus van het centraal bestuur der Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband.

1. Planning intramurale gezondheidszorg (concept-handleiding art. 29 Wet ziekenhuisvoorzieningen)

Naar aanleiding van een verzoek van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne heeft het centraal bestuur ten behoeve van een KNMG-visie een standpunt opgesteld over een concept-handleiding bij art. 29 Wet ziekenhuis voorzieningen (WZV). Dit artikel, waarbij de voor ieder belangrijke handleiding behoort, vormt een onderdeel van een ontwerp van Wet tot wijziging van de WZV, dat op dit moment in de Eerste Kamer ligt. De handleiding zelf houdt de 'behoeftecriteria' in die het ministerie heeft om, zolang er nog geen concreet plan is, bouwactiviteiten van ziekeninrichtingen te toetsen. Het hoofdbestuur der KNMG en diens vertegenwoordigers in het College voor Ziekenhuisvoorzieningen zullen binnenkort met behulp van de adviezen van de maatschappelijke verenigingen over een stellingname confereren. Het LAD-bestuur heeft zich nog weinig enthousiast kunnen maken over de handleiding.

2. Werkmodel basisziekenhuis

Een commissie, ingesteld door het bestuur van de sectie ziekenhuizen van de NZR, heeft een ontwerp voor een werkmodel voor een basisziekenhuis opgesteld en gepubliceerd in een rapport dd. juni 1978. Het centraal bestuur is van mening dat het rapport weinig nieuwe visies bevat. Aan de sectie ziekenhuizen van de NZR is een uitgebreide kritische notitie toegezonden.

3. Samenstelling commissie Specialisten In Dienstverband

De nieuwe commissie-SID is samengesteld uit: K. Visser, psychiater, Dr. B. Sangster, internist, E. Vrijland, neuro-

van het centraal bestuur der LAD

Rechtsbijstand

De juristen van het LAD-bureau verschaffen aan ieder LAD-lid kosteloze bijstand inzake dienstverbandkwesties, zoals:

- advies over arbeidscontracten
- salarisadviezen
- CAO-aangelegenheden
- geschillen tussen werkgever en werknemer (schorsing, ontslag e.d.)
- ondernemingsraden en overlegorganen
- gezondheidsrecht
- pensioenkwesties

loog, Dr. C. R. Vonk, anesthesist, Dr. E. van Leer, internist, en A. P. J. Höppener, assistent-geneeskundige (als waarnemer). De LAD-commissie SID streeft ernaar om zoveel mogelijk samen te werken met de gelijknamige commissie van de LSV.

4. Emancipatie en deeltijdarbeid in overheidsdienst

Door de CHA zal een studiegroep worden samengesteld om de emancipatie en deeltijdarbeid in overheidsdienst te bespreken. Het LAD-bestuur zal hierin middels een lid (tevens lid van de Nederlandse Vereniging van Vrouwelijke Artsen) participeren.

5. Kort geding KUVV/NZR

De Katholieke Unie van Verpleegkundigen en Verzorgenden heeft een kort geding tegen de NZR gewonnen en heeft op grond hiervan weer toegang gekregen tot de COAZ (overleg arbeidsvoorwaarden ziekenhuiswezen). De KUVV, die zoals bekend de CAO-Ziekenhuiswezen 1978/1979 niet heeft ondertekend, heeft in de procedure onder meer gesteld, dat het COAZ méér is dan een overleg over de CAO. De rechter heeft deze visie onderschreven, hetgeen door de LAD wordt toegejuicht.

6. Lidmaatschap ambtenarencentrale

Na ampel beraad en na uitvoerige gesprekken met de CHA heeft het centraal bestuur besloten de ledenvergadering op 21 oktober a.s. te adviseren om per 1 januari 1980 het lidmaatschap van de CHA te beëindigen en tegelijkertijd lid te worden van het Ambtenarencentrum. Nadere toelichting zal worden gegeven ter ledenvergadering.

7. Samenstelling presidium 1979

Voorzitter: J. W. H. Garvelink; ondervoorzitter: K. Visser; ondervoorzitter: F. M. T. Rasker; secretaris/pensioengemeester: H. R. Beukers.

Kindermishandeling bestáát. Hoe lang nog.

Kindermishandeling daar praten we liever niet over in Nederland. Het is jammer. Want met doorzagen help je geen enkel probleem uit de wereld. Aan het probleem van kindermishandeling kan een hoop gedaan worden. Ook door u.

SIRE

Publicatie aangeboden door de LAD in samenwerking met de Stichting Kinderbescherming

Hoe dat staat te lezen in een speciale folder. The kunst u aanvragen bij de Nederlandse Vereniging tegen Kindermishandeling. Koningsplein 27 in Den Haag. telefoon: 070-631923



Nieuwe inschrijvingen

De Huisarts Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst heeft in haar register ingeschreven:

23 juni 1978 – Universitair Huisartsen Instituut Nijmegen

Hurk, H. M. van den, Prins Bernhardstraat 23, Nijmegen

15 augustus 1978 – Universitair Huisartsen Instituut Groningen

Hobbel, H. K., Brinkgreverweg 222, Deventer

15 augustus 1978 – Universitair Huisartsen Instituut Leiden

Es, F. A. van, Diamantplein 17, Leiden

15 augustus 1978 – Universitair Huisartsen Instituut Rotterdam

Bulthuis-Brakshoofden, Mw. D., Kettingstraat 67 a, Rotterdam

Schlüter, P. F. J., De Leemput 58, Halsteren

22 augustus 1978 – Universitair Huisartsen Instituut Amsterdam-VU

Hofman, J. J., Prins Christinalaan 69, Uithoorn

22 augustus 1978 – Universitair Huisartsen Instituut Nijmegen

Bodegom, A. P. M. P. van, Weezenhof 80-82, Nijmegen

Boesten, J. N. J., Dr. Arntzstraat 10, Mill

Ruth, C. J. A. van, Kantwerkerwei 6, 55551 RA Dommelen

31 augustus 1978 – Universitair Huisartsen Instituut Leiden

Dirkse, H. A., Weegbreetuin 5, Leiden

Dijk, E. J. van, Oude Rijn 5, Leiden

Edelman, H. N., Corbulokade 5, Voorburg

Engström-Lems, Mw. A. C., Rozemarijntuin 11, Leiderdorp

Gijn, P. P. N. van, Vliet 38, Leiden

Heemstra-Wiegman, Mw. A. I., François Houttijnslof 8/Hooigracht 81, Leiden

Janssens, Mw. M. B. J. A., Groot Hertoginnelaan 186, Den Haag

Klok, J. J., Veluwestraat 1, Arnhem

Maurik, L. van, Petr. Voûtestraat 85, Rijswijk 2286 VA

Tan, H. T. A. S., Weegbreetuin 4, Leiden

1 september 1978 – Universitair Huisartsen Instituut Amsterdam VU

Bakker, S. H., Nieuwe Oostenburgerstraat 16^{III}, Amsterdam

Groot, B. J. M. de, Ierlandstraat 46, Haarlem

Guyt, H. J. M., Munnikplaat 5, Volendam

Heer, J. de, Plasdijk 13, Markelo

Kadijk, G. D. A., Sportparkweg 16, Laren (Gld.)

Los, Mw. B. A., 1e Jan Steenstraat 41^I, Amsterdam

Maas-Goede, Mw. C. A., Balth. Floriszstraat 51^{II}, Amsterdam

Rossem, M. van, Gnoelaan 1, Hilversum

1 september 1978 – Universitair Huisartsen Instituut Rotterdam

Baar, F. P. M., Waterberg 25, Capelle aan de IJssel

Bennekom, W. van, Stratosfeerstraat 103, Dordecht

Bergers, M. P. C., Willibrordusstraat 56, Pey (gem. Echt L.)

Coret, L. F. J., Adrianastraat 23, Rotterdam

Driel, Mw. M. E. van, Snoekstraat 10a, Rotterdam

Pompe, Mw. E. J. M. P., Rozenburgl. 66B, Rotterdam 16

Smeets, D. H., Cath. Beersmansstraat 84a, Rotterdam

Smit-Kingma, Mw. E. P., Passerelstraat 25c, Rotterdam 3023

Steijlen, B. G., Maasdwardsstraat 19, Dordrecht

IJff, F. P., C. Beersmansstraat 84a, Rotterdam

IJff-Mak, Mw. J., C. Beersmansstraat 84a, Rotterdam

22 september 1978 – Universitair Huisartsen Instituut Nijmegen

Bemelmans, M. F. J., Appelhof 2, Molenhoek-Mook (L)

Cleef, N. J. H. van, Hoogheem 253, Bostel

Diepstraten, A. C. N. F., Leliestraat 122, Beek en Donk

Fizaan, Mw. M. H. H. M., Ossenwaard 10, Herwen.

Naus, J. S. M., Middachtensingel 114, Arnhem

Nienhuis, Mw. A. M. C. M., Stikke Hezelstraat 27, Nijmegen

Simonis, A. R., Venuslaan 355a, Eindhoven

Spek-Haan, Mw. M. van der, De Rauwendaal 45, Heteren

Streppel, P. A. W., Linnenstraat 22, Zeeland (N.Br.).

22 september 1978 – Universitair Huisartsen Instituut Groningen

Bloem, Mw. J. T., Looxmaweg 27A, Noordbergum

Jacobs, M., Van Asbeckstraat 26, Leeuwarden

Vonk, H. H., Padangstraat 51A, Groningen

Betlem-Jepma, Mw. J., Pallasstraat 175, Emmeloord

Blaauw, J. H., Hanninksdijk 2, Bathmen

Boer, A. F. A. M., de, 1e Hunzestraat 8a, Groningen

Braakman, L. B., Wolddijk 94, Groningen

Bruins, B., Treubstraat 110, Hoogezand

Dirven, M. J. F., Scholeksterstraat 96, Heerenveen

Heeringa, J., Gele Brem 43, Rotterdam-Ommoord

Hendriks, Mw. M. J. A. S., Evert Sybesmastrjitte 3, Tzummarum

Koopmans, Mw. A. J., Dr. De Waardlaan 14, Grijpskerk

Kort, H., Lagune 117, Lelystad

Mastrigt, J. Q. B. van, Elzenlaan 44, Emmer Compascuum

Offerman, J., Lange Akker 30, Uithuizermeeden

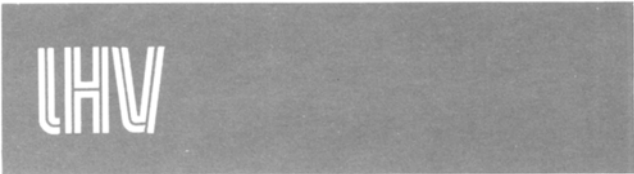
Ruiter, A. R. M. de, Meidoornpad 34, Groningen

Staal, D. T., A. Westlandstraat 13^{III}, Leeuwarden

Torre, W. L. van der, Tsjerkebuorren 51, Oldeboorn

Versloot, C. W. H., Pollux 92, Hoogezand

Wijnen, A. J. W. M., Saturnusstraat 255, Emmeloord



van het Centraal Bestuur

Convocatie ledenvergadering op vrijdag 24 november 1978

Het Centraal Bestuur der Landelijke Huisartsen Vereniging roept een ledenvergadering bijeen op vrijdag 24 november 1978, te houden te Utrecht in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum. (tel. 030-914914) Aanvang: 19.00 uur.

Agenda

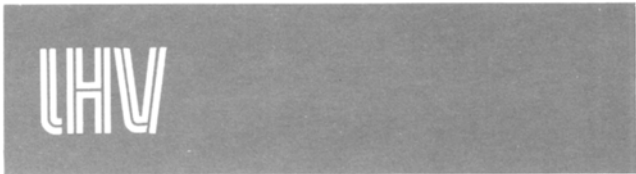
- 1. Opening.
- 2. Mededelingen.
- 3. Notulen.
- 4. Rapport van de LHV-LAD commissie Huisartsen in Dienstverband.
- 5. Advies van NOBEL over afstemming werkgebieden.
- 6. Vestigingsbeleid.
- 7. Besluitvorming over de ontnikking van de kosten en de integrale kostenvergoeding in LHV-VNZ-overeenkomsten.
- 8. Wat verder ter tafel komt.
- 9. Rondvraag.
- 10. Sluiting.

Toelichting

ad 3 t/m 6: stukken volgen.
ad 7: Zie LHV-Informatiebulletin augustus 1978, pagina's 11 t/m 15.
Aan de ledenvergadering wordt ter goedkeuring voorgelegd de LHV-VNZ-overeenkomst over a. de ontnikking der kosten en b. de mogelijkheid dat samenwerkende huisartsen desgewenst met het ziekenfonds een integrale kostenvergoeding (voor het fondsdeel van hun praktijk) kunnen overeenkomen.

Voor de goede orde wordt erop gewezen, dat aan de ledenvergadering niet de voorlopige richtlijnen financiële tegemoetkoming multidisciplinaire samenwerkingsverbanden van de Ziekenfondsraad ter goedkeuring worden voorgelegd. De reden daarvan is dat het geen onderdeel van een VNZ-LHV-overeenkomst is, maar een subsidieregeling afkomstig van de Ziekenfondsraad. Deze regeling wordt wel door de ledenvergadering besproken.

F. A. van Spanje, arts, secretaris.



van het Centraal Bestuur

Ledenvergadering dd. 3 november 1978

Verkiezing CB-leden

Ad punt 7 van de agenda: ter vervulling van de vacatures welke per 1-1-1979 door het aftreden van de collegae van Berkel, Padeloup en Waal in het Centraal Bestuur zullen ontstaan, zijn de volgende kandidaten gesteld:

- | | |
|------------------------|---|
| 1. Door district IX: | F. M. Vernooy, Prof. Gimbrèrelaan 170, Tilburg. |
| 2. Door district XII: | M. P. Springer, Minaret-dreef 17, Utrecht. |
| 3. Door district XIII: | L. P. Akkersdijk, Waldeck-laan 2, Hilversum. |

Utrecht, 19 oktober 1978

F. A. van Spanje, arts, secretaris.

INHOUD OFFICIEEL	LAD – van het centraal bestuur:	
	Mededelingen n.a.v. de CB-vergaderingen d.d. 18 en 25 augustus 1978	1366
	Huisarts Registratie Commissie:	
	Nieuwe inschrijvingen	1367
	KNMG:	
	Personalia	1368
Nr. 43 – 27 oktober 1978	LHV – van het centraal bestuur:	
	Convocatie ledenvergadering op vrijdag 24 november 1978	1368