



## redactioneel

- ‘Als er niets verandert, leiden onze huisartsinstituten vol enthousiasme artsen op voor de WW’, zo besluit P. Lens, huisarts te Heemstede, zijn berekeningen waarmee hij de financiële problemen van de huisarts met een kleine praktijk illustreert. Conclusie: bij de huidige tarieven zullen kleinere praktijken niet ontstaan, omdat deze niet zijn te financieren, tenzij de arts het praktijkpand niet over hoeft te nemen of de goodwill niet hoeft te betalen.
- In de artikelenserie ‘Honderd jaar vrouwelijke artsen in Nederland’ nu een beschouwing over de huidige situatie, opgetekend door Corrie van Gastel-Hermann en Willemien Rutgers van der Loeff-Manschot. Zij pleiten onder meer voor het streven meer vrouwen op alle niveaus van de KNMG te doen functioneren.
- ‘Anders dan het wettelijk medisch tuchtrecht, gebaseerd op de wet uit 1928 met een daarbij behorend Reglement uit 1929, beschikt de KNMG-rechtspraak over een zeer moderne regeling van de gang van zaken en over een recent gereorganiseerd apparaat’, zo begint Mr. B. Schultsz, secretaris-jurist van de KNMG, zijn uiteenzetting over de organisatie en werkwijze van de KNMG-rechtspraak. Een bijdrage in de artikelenserie over: ‘75 jaar KNMG-rechtspraak’ en ‘25 jaar Medisch Tuchtrecht’.
- Na een dienstverband van 19 jaar is deze maand wegens pensionering een einde gekomen aan de functie van Drs. P. Brandes bij de KNMG. Deze sociaal-econoom blikt terug op zijn carrière die hij typeert als ‘vrij beroep in dienstverband’.



“Schilderen betekent onder meer het maken van een wandeling door het ‘halfbewuste’, dat wil zeggen via beweging een ontmoeting hebben met bewustzijnsinhouden die wij maar half kennen, onder andere archetypen”. Aldus lezen we in de catalogus van de tentoonstelling van ‘Met Pincet en Penseel’, indertijd gehouden in het Centraal Ziekenhuis te Alkmaar waar het werk van P. F. M. Houben, neuroloog te Mierlo, wordt toegelicht. Van hem is dit olieverf op doek (100×70 cm), getiteld ‘Kerstgang 1973’.

Foto: H. Frese, arts te Bergambacht.

## Inhoud

### REDACTIONEEL

Brieven .....	662
---------------	-----

*Inzenders: M. E. van der Steen, Werkgroep SMS  
+ naschrift Dr. F. Roest.*

Het kleine tekort. Financiële problemen van de huisarts met een kleine praktijk, door P. Lens .....	665
---	-----

Honderd jaar vrouwelijke artsen in Nederland (III) – De hedendaagse situatie van vrouwelijke artsen in Nederland, door Corrie van Gastel Hermann en Willemien Rutgers van der Loeff-Manschot .....	667
--	-----

Uitspraak CAO-Ziekenhuiswezen ....	670
------------------------------------	-----

Opleiding Oorheelkunde in Nederland. Pleidooi voor een betere opleiding .....	671
---	-----

75 jaar KNMG-rechtspraak – 25 jaar Medisch Tuchtrecht. Organisatie en werkwijze van de KNMG-rechtspraak, door Mr. B. Schultsz .....	676
---	-----

KNMG-econoom gepensioneerd. Drs. P. Brandes neemt afscheid van ‘vrij beroep in dienstverband’ .....	677
---	-----

Universitaire berichten .....	680
-------------------------------	-----

OFFICIEEL .....	685
-----------------	-----

Inhoudsopgave officieel .....	688
-------------------------------	-----



**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-Kaltofen, secretaresse.

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

#### **Uitgeverij**

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

#### **Abonnementen**

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

#### **Advertenties**

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

#### **Adreswijziging**

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

**Oplage:** 21.000 exemplaren.

**Druk:** Tijl, Zwolle.

## BRIEVEN

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

### **ARTSENBEZOEKERS**

Het is in de laatste jaren gewoonte geworden, dat één firma zich door meerdere artsenbezoekers in een rayon laat vertegenwoordigen om zo vaker toegang tot de voorschrijvende arts te krijgen. Dat is redelijk, indien een firma een groot aantal preparaten in de handel brengt. U kunt het overzien, want zij dienen zich uit naam van deze firma aan. Een Amerikaans bedrijf in Nederland doet het nu slimmer: Er dient zich een artsenbezoeker van de firma Chibret aan. Maar het blijkt dat hij opdracht heeft over Clinoril te praten. Verbazing! 'Ja, want Chibret is overgenomen door MSD' Tegelijkertijd wordt de arts ook nog bezocht door diverse echte MSD-bezoekers. Handig, maar niet fijn. Collegae, gun de farmaceutische industrie en de artsenbezoeker een open oor, maar doe dit niet kritiekloos. Suggestie: maak van elke firma die zich aandient een patiëntenkaart. Deze ligt dan op Uw afspraakstapeltje. U kunt aantekenen wanneer bezoek heeft plaatsgevonden, waarover gepraat is en wanneer de contactman terug zal komen. Dat werkt prettig en neemt een deel van de ergernis weg.

Alphen aan den Rijn, 16 mei 1978

M. E. van der Steen, huisarts

### **ONDERWIJS AAN MEDISCHE STUDENTEN**

Op gevaar af dat we verzanden in een eindeloze en doelloze discussie, willen we toch nog kort reageren op het naschrift dat Dr. F. Roest toevoegde aan onze ingezonden brief (MC nr. 16/1978, blz. 474); daarin plaatsen wij een aantal kanttekeningen bij een artikel van dezelfde schrijver in MC nr. 10/1978, blz. 303. We hebben namelijk de indruk dat de bedoeling van onze eerste reactie niet helemaal is overgekomen. In de eerste plaats zijn we erg blij met de aandacht die het medisch onderwijs nu in de kolommen van MC krijgt; wij zijn het met Roest eens dat dit onderwerp zeer ten onrechte nauwelijks onder de aandacht van de afgestudeerde artsen komt. Daarmee wordt dan van onze kant tevens uitgesproken dat we verheugd zijn over de tijd en de moeite die Dr. Van Rossum in

dat onderwijs heeft gestoken, hetgeen resulteerde in de door Roest gesignaleerde promotie. Niets in onze eerste reactie geeft ertoe aanleiding te veronderstellen dat dit wapenfeit in Nijmegen blijkbaar weinig indruk heeft gemaakt. Wij hebben in onze reactie slechts willen wijzen op twee aspecten van het artikel van Roest die ons minder sympatiek voorkwamen.

Wij reageerde onder meer op de zinsnede: 'Het is daarom verbazingwekkend dat de studenten uit de zeventiger jaren zich aanmerkelijk rustiger gedragen dan voorgaande generaties. Zij laten zich wat al te gemakkelijk de kwalificatie 'dom en lui' in de schoenen schuiven, als hun resultaten in de ogen van de opleiders binnen de maat blijven'. In aansluiting op deze zin probeerden wij tamelijk uitvoerig uit de doeken te doen dat een groot aantal studenten in Nijmegen zich die kwalificatie niet laat welgevalen, dat er nog immer veel kritiek is op inhoud en organisatie van het onderwijs en dat die kritiek tot uiting komt in een groot aantal geschriften en hard werken in de nu voor handen zijnde overlegstructuren (en daarbuiten), dit dan in tegenstelling tot de spandoeken en demonstraties van de jaren zestig. Ofwel wij schrijven onduidelijk, ofwel Dr. Roest begrijpt ons moeilijk. Hij schrijft namelijk: 'Overigens kan enige relativisering van deze arbeid zeker geen kwaad; ook in de Nijmeegse situatie is nog wel het een en ander te wensen over.' Dat is nu juist de strekking van ons verhaal geweest. Die wensen komen naar voren in de genoemde raden, commissies en stuurgroepen en daarnaast in de ook al genoemde uitgaven. Deze zijn in de eerste instantie geënt op de Nijmeegse situatie, en daarmee wordt ook verklaard dat ze landelijk geen aandacht hebben getrokken. Resultaten heeft het ook nog weinig opgeleverd en dat wordt dan weer verklaard door het feit dat onze onderwijsgevers nauwelijks luisteren naar argumenten van de kant van de studenten. Nogmaals, wij zullen de eerste zijn om het effect van onze arbeid te relativiseren, daarom ook de verzuchting dat we wellicht om resultaat te bereiken de spandoeken

**Doorlezen naar blz. 664**


## HET KLEINE TEKORT

Het artikel van P. Lens over het inkomen van een 'papieren' huisarts met 2.000 patiënten (blz. 665) is nogal onthullend. Bij de huidige honorering zou de huisarts met een praktijkomvang van 2.000 zielen een negatief inkomen hebben van ruim 9.500 gulden.

Nu zijn er bij collega Lens' cijfermatige opstelling wel enkele kanttekeningen te plaatsen. Een koopsom van f 450.000,— voor een praktijk/woonhuis moge in de grote stad geen hoog bedrag zijn, op het platteland is het dat nog wel; voor een gemiddelde – wat de papieren dokter is – lijkt het wel wat hoog. Daar staat tegenover dat het bedrag van de goodwill mogelijk wat aan de lage kant is genomen. Weliswaar is dat moeilijk te bewijzen, maar het verleden heeft in ieder geval geleerd dat een groot aanbod van artsen de overnamesom in opwaartse richting drijft. Een laatste opmerking over de gehanteerde getallen betreft de praktijkassistentie. Het is de vraag of bij een praktijk van 2.000 zielen, de huidige praktijkvoering in acht genomen, een full-time hulpkracht altijd aanwezig of zelfs noodzakelijk is; dit zou namelijk betekenen dat er in een praktijk van 3.000 zielen altijd een assistente plus een helf-time kracht te vinden zouden (moeten) zijn. Het is evenwel bekend dat een niet onaanzienlijk aantal huisartsen zonder of met geringe assistentie werkt.

Niettemin onderschrijven wij de conclusies van de auteur, dat de huidige honoreringsstructuur praktijkverkleining tot een onmogelijke zaak maakt. Bovendien is er sprake van een vicieuze cirkel: de beginnende arts moet zich diep in de schulden steken en zal alles doen om, hetzij door praktijkvergroting, hetzij door nevenwerkzaamheden, zijn inkomen op een redelijk niveau te brengen. Dat deze gang van zaken de kwaliteit van de zorg niet ten goede komt, ligt voor de hand. Het lijkt wat al te gemakkelijk dit alles toe te schrijven aan het risico dat het vrije ondernemerschap nu eenmaal met zich mee brengt en

vervolgens te concluderen dat een dienstverband voor de artsen de enige oplossing is. Wil men – en daar is veel voor te zeggen – de huidige structuur in grote lijnen handhaven, dan zullen ingrijpende maatregelen niet kunnen uitblijven. Een simpele verhoging van het abonnementshonorarium is noch voor de beginnende arts noch voor de financiers van de gezondheidszorg een oplossing voor het probleem van een algemeen aangevoelde noodzaak tot praktijkverkleining en versterking van de eerste lijn. Uitschakeling van de goodwill zou het voor beginnende huisartsen – die toch al aanzienlijk bijdragen



*Alles toe te schrijven  
aan het  
risico van het  
vrije ondernemerschap  
lijkt  
wat al te gemakkelijk*

aan de 'back-service' voor rustende artsen – veel gemakkelijker maken zich te vestigen. Een kostenvergoeding waarbij in hoge mate rekening wordt gehouden met de werkelijk gemaakte kosten, een redelijk inkomen bij een lager zielental en een financiële afremming van grote praktijken zijn alle factoren die aan revisie toe zijn. Herbezinning op de taak van de huisarts en kwaliteitsbewaking zijn eveneens niet los te zien van het probleem van de praktijkverkleining.

'Het kleine tekort' stelt de LHV voor grote en ingewikkelde problemen, die op niet te lange termijn om een oplossing vragen

## OORHEELKUNDE SUBSPECIALISATIE?

'Op deze wijze worden er momenteel jaarlijks plusminus vijftien mijns insziens onvoldoende geofende specialisten aan de maatschappij afgeleverd.' Aldus Dr. L. Feenstra over de opleiding tot KNO-arts in een openbare les, gegeven bij de aanvaarding van het ambt van lector in de keel-, neus- en oorheelkunde aan de Vrije Universiteit. Om zijn uitspraak te staven noemt Dr. Feenstra het voorbeeld van de stapedectomie (zie blz. 671). Hij pleit ervoor oorheelkundige operaties slechts door een beperkt aantal oorartsen te laten verrichten, opdat de noodzakelijke routine en vaardigheid gehandhaafd blijft. In het kort gezegd: de algemene KNO-arts die het gehele terrein der keel-, neus- en oorheelkunde beheerst is uit de tijd.

Toenemende kennis en een enorme uitbreiding van de technische mogelijkheden maken, zeker op het gebied van de snijdende vakken, een grotere handvaardigheid noodzakelijk. Een handvaardigheid die alleen door voortdurende oefening in stand kan blijven. Dit is geen nieuw probleem. Het verschijnsel van de subspecialisatie grijpt steeds verder om zich heen, evenals het opdelen van algemeen specialismen in nieuwe specialismen. Het laatste is gebeurd met de psychiatrie en de neurologie. Het is niet onmogelijk dat door de toename van de verloskundige kennis, in het bijzonder wat betreft de prenatale zorg, gynaecologie en verloskunde te ver uiteen zullen drijven om nog als één specialisme verder te kunnen gaan. Aan de eisen die de aldus veranderende praktijk stelt dient de opleiding zich aan te passen. Het up-to-date houden van de opleidingen tot specialist zal voor een belangrijk deel afhangen van de anticiperende houding van het Centraal College, dat een belangrijke rol speelt bij het bepalen van inhoud en kwaliteit van die opleidingen. De topkwaliteit van de klinische geneeskunde is in het geding.

B.

weer tevoorschijn moeten halen. 'Dom en lui' laten we ons in Nijmegen in ieder geval niet noemen. Wellicht dat we dat nog kunnen bewijzen in de op stapel staande reeks over het medisch onderwijs, door Roest aangekondigd in het slot van zijn naschrift.

Wij plaatsen ook enige kanttekeningen bij de 'anti-sociaalwetenschappersteneur' die wij meenden te kunnen bespeuren in het eerste artikel van Roest. In zijn naschrift op onze reactie ergert hij zich behoorlijk aan de manier waarop wij dit in onze brief trachtten te illustreren: verkeerd leggen van accenten en het uit hun verband rukken van zinsneden. Zo dat de strekking van het verhaal geweld heeft aangedaan, spijt dat ons. Waar het om gaat, en dat wordt in het naschrift wederom bevestigd, is de vraag: wat moet de inbreng zijn van sociale wetenschappers in de opleiding tot arts? Wij proefden in het artikel van Roest een zekere angst (als die al niet was verworpen tot afkeer) voor de opmars van (en nu rukken we weer uit het verband) 'ogen, gogen en logen'. Wij daarentegen waarderen de inbreng van die kant positief (wij moeten Roest recht doen, *hij* ook) en zijn van mening dat die inbreng nu niet tot zijn maximale omvang is uitgegroeid. Het gaat inderdaad om het evenwicht en het noodzakelijke samenspel tussen de disciplines. Echter, wij constateren hier in Nijmegen keer op keer dat de stem van de sociale wetenschappers zo zwak is, dat de onderwijsgevers uit kliniek en pre-kliniek zich niet eens de moeite getroosten om te *luisteren*, laat staan dat er van evenwicht of samenspel op gelijk niveau sprake is. Wij zijn niet bang voor een cultureel-antropoloog, socioloog, psycholoog of agoog (die vreemde wetenschappen hebben ook namen, artsen worden ook niet graag aangesproken onder de verzamelnaam 'witjassen'!) meer in ons onderwijspakket, al zullen we de laatsten zijn die menen dat dat een garantie is voor een goede opleiding. Maar daar kunnen we misschien wat meer over zeggen als de al genoemde reeks over medisch onderwijs in MC op gang komt.

Nijmegen, 10 mei 1978

Werkcommissie SMS

#### Naschrift

Samenvattend kan worden geconcludeerd dat de activiteiten van de werkcommissie van het SMS en mijn artikel in Medisch Contact nr. 10/1978 in wezen hetzelfde doel dienen: aantonen dat structurele verbeteringen in het medisch onderwijs noodzakelijk zijn met inbegrip van een efficiënte bijdrage van de sociale wetenschappers.

Wassenaar, 16 mei 1978

Dr. F. Roest



**Subsidieaanvragen Nederlands Astma Fonds** – Het Nederlands Astma Fonds maakt bekend dat subsidieaanvragen voor 1979 ten behoeve van wetenschappelijk onderzoek op het terrein van Chronische Aspecifieke Respiratoire Aandoeningen (CARA) kunnen worden ingediend tot uiterlijk *15 juni 1978*. Bij de toekenning van subsidie zal de prioriteit van het onderzoek binnen de CARA-bestrijding mede van invloed zijn. Hoge prioriteit heeft onder meer het onderzoek naar basismechanismen bij het ontstaan van CARA en voorts alle onderzoek dat kan leiden tot een betere preventie van CARA. Aanvraagformulieren zijn verkrijgbaar bij het Bureau van het Nederlands Astma Fonds, Larikslaan 1, Postbus 5, 3830 AA Leusden. Telefoon 033-41814.

**Fusie ziekenfondsen** – De Stichting AAZ-Nutsziekenfonds en de Stichting Ziekenfonds St. Joannes de Deo in Den Haag gaan per 1 juli aanstaande een fusie aan onder de nieuwe naam 'Algemeen Ziekenfonds Haaglanden'. Het gefuseerde ziekenfonds zal rond 400.000 verzekerden omvatten en zijn werkgebied hebben in de gemeenten Den Haag, Rijswijk, Voorburg, Leidschendam, Wassenaar, Zoetermeer, Benthuizen, Bleiswijk, De Lier, 's-Gravenzande, Hoek van Holland, Maasland, Monster, Naaldwijk, Pijnacker, Schipluiden en Wateringen. Aan de fusie zijn talloze besprekingen voorafgegaan die in november 1974 begonnen en die in januari jl. uitmondden in een rapport van een directiecommissie compleet met statuten en overeenkomsten dat inmiddels door alle beleidsorganen van beide ziekenfondsen is aanvaard. De fusie vormt een nieuwe stap op weg naar regionalisering van het ziekenfondswezen in Zuid-Holland die uiteindelijk zou moeten leiden tot vijf ziekenfondsen in deze provincie.

**Workshop assertiviteitstraining** – In het voorjaar en zomer 1978 zijn wederom een aantal 'workshops' assertiviteitstraining georganiseerd, bedoeld voor 'professionals' die met deze methode kennis willen maken. De 'workshop' duurt vijf dagdelen, af te werken in twee dagen. De begeleiding is in handen van Dr. J. Schouten, Drs. J. Mens of Drs. J. Lingsma. De geschatte kosten bedragen f 285,—. Voor meer informatie kan men terecht bij Dr. J. Schouten, p/a Mw. E. Ponjee, Tempellaan 3, Eindhoven, tel. 040-422723.

**Internationale congressen** – Van 24 juli t/m 5 augustus 1978 wordt in *Montreux (Zw.)* het vijfde internationale seminaar/congres 'Diagnostica-Therapeutica-Technica' gehouden. Informaties: Deutsche Gesellschaft zur Förderung der Medizinischen Diagnostik e. V., Jahnstrasse 32, 7000 Stuttgart 70, Tel. 0711/761454. Van 22 t/m 25 november 1978 wordt in *Düsseldorf* het tiende internationale congres annex tentoonstelling 'Diagnostica-Therapeutica-Technica (Medica '78)' gehouden in het Messe-Kongress-Center, Neues Messegelände. Aanmeldingen bij het Düsseldorf Messegelände Nowea, 4000 Düsseldorf 30, Postfach 320203, Tel. 0211/4560426, alwaar het volledige wetenschappelijke programma vanaf 1 september 1978 is op te vragen.

**S-1 trainingen** – Het samenwerkingsproject S-1, waarin het NHI, het Nationaal Centrum voor Kruiswerk en JOINT participeren, organiseert in september en oktober aanstaande wederom twee trainingen, één in sociale vaardigheden en één in hulpverlening. Werkers in samenwerkingsverbanden stuiten op problemen en mogelijkheden die in veel gevallen afwijken van die in een monodisciplinaire opzet. Dat geldt zowel voor de regel- en vergaderkant van het werk als voor de feitelijke hulpverlening. Samenwerken in een team vereist een duidelijk ander rolgedrag en andere vaardigheden dan solistisch werken. De S-1 trainingen geven de mogelijkheid daarin te oefenen. De training *sociale vaardigheden* richt zich vooral op de gang van zaken binnen een samenwerkingsteam: vergadertechniek, gevallenbespreking, groepsprocessen, taakverdeling etc. De training *hulpverlening* biedt de mogelijkheid om het eigen gedrag als hulpverlener in een samenwerkingsverband onder de loep te nemen, daarmee te experimenteren en nieuwe ideeën of inspiratie op te doen; daarbij kunnen aan de orde komen: gesprekken met patiënten/cliënten, onderlinge verwijzing, psychosomatiek, multidisciplinaire en geïntegreerde hulpverlening. Deze training kan ertoe bijdragen dat de hulpverlener beter leert kiezen tussen zelf doen, samen doen en doorverwijzen. De trainingen worden gehouden in Huize Doornburgh te Maarssen. Training sociale vaardigheden: 18, 19, 20 september 1978; trainer: Eilard Naeff; kosten f 425,— p.p. inclusief verblijf. Training hulpverlening: 9, 10, 11, 12 oktober 1978; trainer: Jan Boswijk; kosten: f 550,— p.p. inclusief verblijf. In bepaalde gevallen is reductie mogelijk. Nadere inlichtingen verstrekt Mw. Elita Zoer-van der Veen, Nederlands Huisartsen Instituut, Mariahoek 4, Utrecht, tel. 030-319946.

# Het kleine tekort

## Financiële problemen van de huisarts met een kleine praktijk

In mijn directe omgeving ken ik artsen met kleine praktijken die financiële problemen hebben. Voor deze kleine praktijken hadden ze bewust gekozen, zonder voldoende rekening te houden met de financiële consequenties. Een praktijk met tweeduizend patiënten levert namelijk een negatief besteedbaar inkomen op van f 10.000,—. Er moet dus jaarlijks geld bij. Meestal wordt dit van de bank geleend in de hoop op betere tijden. Dat die betere tijden er bij de huidige structuur en honorering niet komen, staat voor mij vast.

Om na te gaan of deze problemen ook voor andere kleine praktijken opgaan heb ik een grote financieringsinstelling<sup>1</sup> gevraagd enige begrotingen voor een 'papieren' huisarts op te stellen. Nog niet helemaal zeker van de uitkomsten heb ik deze laten controleren op het bureau van de LHV; hier werden ze juist bevonden. Ik ga er dus van uit dat deze berekeningen kloppen. Door plaatsgebrek kan ik niet de opstelling van alle begrotingen laten zien, wel de gegevens waar ik van uit ben gegaan. U kunt het dan zelf narekenen. (Als u er niet uit komt kunt u de begrotingen opvragen bij Mediplan).

### Financieringsopzet

Als voorbeeld heb ik een arts genomen, 30 jaar oud, gehuwd, met twee kinderen. Hij neemt een praktijk over van 2.000 zielen (zonder apotheek of nevenfunctie) en een praktijkhuis. De praktijkgrootte werd mij ingegeven door de Nieuwe Blauwdruk van de LHV<sup>2</sup>. De financieringsopzet wordt dan bij de huidige tarieven aldus:

### door P. Lens

De heer Lens is huisarts te Heemstede



woonhuis/praktijkpand .....	f 450.000,—
goodwill (85%) .....	f 120.000,—
instrumentarium .....	f 5.000,—
inventaris van de spreek/wachtruimte .....	f 7.500,—
privé inventaris .....	f 15.000,—
auto .....	f 10.000,—
aanloopkosten .....	f 15.000,—

totaal benodigde financiering f 622.500,—

In de begroting is er van uitgegaan dat dit bedrag als volgt wordt verdeeld (rentetarieven 1 maart 1978):

- een 30-jarige lening, groot f 450.000,—; rente  $8\frac{1}{2}\%$ ; afsluitprovisie 1%; aflossing door middel van annuïteiten;
- een 10-jarige lening; groot f 120.000,—; rente  $8\frac{3}{4}\%$ ; afsluitprovisie 1%; aflossing door middel van termijnen;
- een krediet in rekening-courant, groot f 52.500,—; rente  $7\frac{3}{4}\%$ .

### Bruto opbrengst

1.400 ziekenfondspatiënten à f 77,86 .....	f 109.004,—
600 particuliere patiënten à f 50,— .....	f 30.000,—
	f 139.004,—

### Af: praktijkkosten

personeelskosten (3e jr. doktersassistente, geschat 1978) f 27.000,—	
premie beroepspensioen (1978) f 25.500,—	
overige praktijkkosten (auto, telefoon, accountants) ...	f 20.200,—

totaal ..... f 72.700,—

Netto praktijkopbrengst ..... f 66.304,—

### Aftrekbare lasten

rentes en premie AOW .....	f 53.180,—
	f 13.124,—

Op dit punt aangekomen wilde mijn financierder niet verder gaan, daar duidelijk werd dat we in de rode cijfers zouden komen. Omdat het maar een 'papieren' dokter was, rekende hij door:

### Niet-afrekbare lasten

aflossing .....	f 15.465,—
overige posten (o.a. verzekeringspremies) .....	f 7.250,—

totaal ..... f 22.715,—

### Consumptief besteedbaar inkomen

-f 9591,—

Belasting hoeft in dit geval niet te worden betaald, aangezien de belastbare som nihil wordt.

### Arme patiënt! Rijke dokter? Arme patiënt? Rijke dokter!

Hoe hoog zouden de tarieven moeten worden (uitgaande van dezelfde arts) als hij nu eens consumptief f 23.000,— zou willen overhouden, een bedrag dat naar schatting de ambtenaar 151 max. — waar de huisarts op is ingeschaald — overhoudt? Het ziekenfondstarief zou dan stijgen van f 77,86 naar f 116,23, het tarief voor particuliere patiënten van f 50,— naar f 74,64. Arme patiënt! Rijke dokter?

Op dit punt aangekomen moeten we toegeven dat het niet redelijk is te verwachten dat de patiënten het dure bedrijfspand financieren. Stel dat de vertrekkende arts er mee akkoord gaat dat zijn opvolger het pand niet overneemt. Deze huurt dan een huis voor f 500,— per maand en elders praktijkruimte (70 m<sup>2</sup> à f 175,— per m<sup>2</sup> per jaar). Het consumptief inkomen stijgt dan van min f 9.591,— naar plus f 9.664,—. Niet genoeg om met zijn gezin van rond te komen.

Veel beter wordt het als ziekenfondsen, particuliere patiënten en de overheid mee zouden gaan met het voorstel in de Blauwdruk, dat bij praktijkverkleining van 2600 naar 2000 patiënten het honoreringsniveau hetzelfde moet blijven. De tarieven worden dan voor fondspatiënten f 101,21 en voor particuliere patiënten f 65,—. Het consumptief inkomen wordt dan f 26.289,—. Arme patiënt? Rijke dokter!

Koopt de opvolgende huisarts toch het praktijkpand, dan wordt bij deze *verhoogde* tarieven het consumptief inkomen weer f 9.859,—. Dit is dus ook het consumptief inkomen bij de huidige tarieven en 2.600 patiënten. Als de arts uit mijn voorbeeld én het praktijkpand koopt én consumptief f 23.000,— wenst over te houden, dan zal hij bij de huidige tarieven tenminste 3.000 patiënten moeten hebben. Zijn die er niet, dan zal hij nevenfuncties moeten aannemen of moeten bezuinigen door bij voorbeeld geen doktersassistente te nemen.

De conclusie is, dat bij de huidige tarieven kleinere praktijken niet zullen ontstaan omdat deze niet te financieren zijn, tenzij de arts het

praktijkpand niet hoeft over te nemen of de goodwill niet hoeft te betalen. Nu zullen er in 1985 waarschijnlijk 9.750 huisartsen zijn op 14,1 miljoen Nederlanders<sup>3</sup>. Dat wil zeggen per huisarts 1.450 patiënten. Tegen die tijd zal een huisarts bij het huidige systeem (overname praktijkpand, betalen goodwill en f 23.000,— consumptief) 2.800 patiënten 'nodig' hebben. Conclusie: als we zo doorgaan, zal in 1985 de helft van de huisartsen werkloos zijn of een andere functie moeten aanvaarden dan waarvoor ze is opgeleid.

### Praktijkverkleining wenselijk en aantrekkelijk

Toch lijkt mij praktijkverkleining wenselijk en aantrekkelijk. De huisarts heeft het dan minder druk, hij zal meer zorg aan zijn patiënten kunnen geven en hij heeft meer vrije tijd. Kijken we naar het buitenland met vergelijkbare medische zorg, dan blijkt dat wij méér patiënten per huisarts hebben!

Nederland .....	2.715
Denemarken .....	1.677
Engeland .....	2.226
Noorwegen .....	2.400
België .....	1.952
Finland .....	2.330
Frankrijk .....	2.617

Maar praktijkverkleining kost geld. Bij gelijkblijvend inkomen voor de huisarts en handhaving van het huidige systeem f 65.000,— per praktijk per jaar extra. Dat is voor

4.500 huisartsen f 292 miljoen. Redelijk zou volgens mij zijn dat we als huisartsen zeggen: bij praktijkverkleining wordt ons leven ook aangenamer, we nemen genoeg met een lager consumptief inkomen. Ik denk dat er ook maar weinig Nederlanders zijn die f 23.000,— consumptief halen. Verder was die gelijkschakeling met de ambtenaar 151 max. ook het gevolg van een opwaardering wegens de 'disutility', die bij praktijkverkleining ook geringer wordt. Vullen we bovendien die ambtenaar 151 max. in met functies, dan blijkt dat een directeur van een huisartseninstituut of een GG&GD te zijn of een lector. Misschien hebben we ons wat overschat.

De kosten worden ook lager als de goodwill geleidelijk verdwijnt en het praktijkpand niet meer overgenomen hoeft te worden.

Ook de patiënten zullen moeten begrijpen dat betere zorg meer geld kost. Of dit nu wordt opgebracht door de tarieven te verhogen of uit de belastingpot (AWBZ) maakt eigenlijk niet zoveel uit. Hieruit zouden dan de kosten voor praktijkvoering kunnen worden vergoed.

Als er niets verandert, leiden onze huisartsinstituten vol enthousiasme artsen op voor de WW.

### Literatuur

1. Mediplan AmRo Bank, Rokin 43, Amsterdam.
2. Medisch Contact nr. 31/1977, blz. 973.
3. Intern rapport, AmRo Bank.

## 'DOELSTELLINGEN'-SERIE GEBUNDELD

*De indertijd verschenen gebundelde uitgave van alle artikelen die in de serie 'Doelstellingen van de gezondheidszorg' in Medisch Contact werden gepubliceerd zijn — in tegenstelling tot andersluidende eerdere berichten — nog steeds verkrijgbaar.*

*Stof voor deze bundel leverden: Prof. Dr. J. P. Kuiper, Dr. J. van Mansvelt, Dr. L. Th. S. Kortbeek, Dr. Y. van der Wielen, Dr. J. T. Buma, Prof. Dr. G. A. Lindeboom, Prof. Dr. H. H. W. Hogerzeil, Prof. Dr. H. J. J. Leenen, Prof. Dr. A. G. M. van Melsen, Prof. Dr. R. L. Zielhuis, Dr. H. Festen, Prof. Dr. H. J. Dokter/Dr. H. Ph. Milikowski, Drs. A. Chr. J. Brand en Dr. P. Siderius.*

*Belangstellenden voor deze doelstellingenbundel waarvan de kosten (incl. verzending) f 8,50 bedragen verzoeken wij hun interesse kenbaar te maken door overmaking van dit bedrag op postgironummer 58083 der KNMG of op de AMRO-bank, rekeningnummer 45.64.48.969.*

## De hedendaagse situatie van vrouwelijke artsen in Nederland

Sinds in 1878 Aletta Jacobs als eerste vrouw in Nederland het artsexamen behaalde is het percentage vrouwen onder de artsen langzaam gestegen tot 18; het totaal aantal vrouwelijke artsen bedraagt nu ongeveer vier duizend (GHI 1977). De laatste jaren verloopt de stijging iets sneller, in de jongste leeftijdsgroep is het percentage 23.

Individueel zijn velen actief en tevreden in hun medisch werk, maar bij beschouwing van de gehele groep worden een aantal teleurstellingen en problemen zichtbaar die er op wijzen dat hun ontplooiingsmogelijkheden in de gezondheidszorg nog niet optimaal zijn. Vanaf het moment dat de jonge artsen hun eerste stappen in het arbeidsveld gaan zetten blijkt de redelijk gelijkwaardige positie van vrouwen en mannen, die tijdens de studie bestond, steeds meer te verdwijnen. In dit artikel willen wij de verschillen in beroepsuitoefening tussen vrouwelijke artsen als groep en mannelijke artsen als groep beschrijven en trachten de oorzaken van deze verschillen en de vragen die zij oproepen te signaleren.

### Wat voor werk?

Diverse onderzoeken hebben uitgewezen dat ongeveer 85% van de vrouwelijke artsen werkzaamheden op medisch gebied verricht – waarbij inbegrepen deeltijdarbeid – tegen 95% van de mannen (VNVA 1972, Bos 1977). De registratie van de Geneeskundige Hoofdinspectie 1977 geeft aan dat van de huisartsen slechts 5% vrouwen zijn, van de specialisten 14%, van de sociaal-geneeskundigen 18% en dat de categorie 'overige geneeskundigen' voor 28% uit

door **Corrie van Gastel-Hermann**  
en **Willemien Rutgers**  
van der **Loeff-Manschot**



Mw. van Gastel, (l.) sinds jaar en dag actief in de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen, is werkzaam op het Instituut voor Sociale Geneeskunde aan de Katholieke Universiteit te Nijmegen en op het Centraal Instituut voor Toetsontwikkeling in Arnhem.

Mw. Rutgers, vice-voorzitster van de Commissie Emancipatiezaken van de Vereniging van Vrouwen met Academische Opleiding, woont in Arnhem en is werkzaam als oogarts.

vrouwen bestaat (figuur 1).

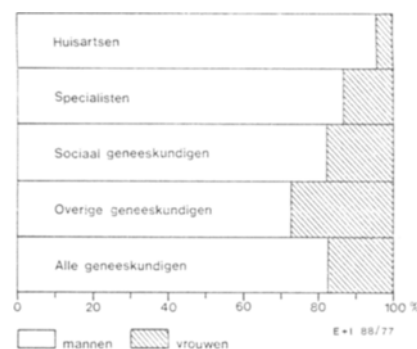
Wat deze ogenschijnlijk niet zo grote verschillen per groep naar geslacht inhouden blijkt veel duidelijker bij een rangschikking naar categorie van werkzaamheden voor de twee geslachten afzonderlijk. De grootte van de categorieën bij beide geslachten (figuur 2 evenals fig. 3 op volg. blz.) geeft ook nog geen juist beeld van de uiteindelijke verdeling over de werkgebieden, omdat in de leeftijdsgroepen tot 35 jaar veel artsen tijdelijk bij de categorie 'overige werkzaamheden' worden ingedeeld: assistenten (al dan niet in opleiding tot

specialist), militaire artsen, waarnemers en anderen die nog geen definitieve plaats hebben gevonden. Wordt dit gecorrigeerd door dezelfde indeling te maken voor de leeftijdsgroepen boven 35 jaar (figuur 3), dan blijkt nog slechts 16% van de mannelijke tegen 48% van de vrouwelijke artsen 'overige werkzaamheden' te verrichten. Dit zijn dan veelal werkzaamheden op consultatiebureaus van allerlei aard, keuringen, assistenties, lessen en vele andere lager geklassificeerde en lager gewaardeerde 'fringe jobs', vaak zonder of met een zeer onvolwaardige arbeidsrechtelijke basis.

### Waarom minder werk en een beperkter werkgebied?

'Willen' deze vrouwen niet anders? 'Kunnen' ze niet anders? Steeds weer geven studieresultaten aan dat de oorzaak niet gezocht moet worden in

Figuur 1. Procentuele verdeling geneeskundigen, naar categorie en geslacht, per 1 januari 1977.



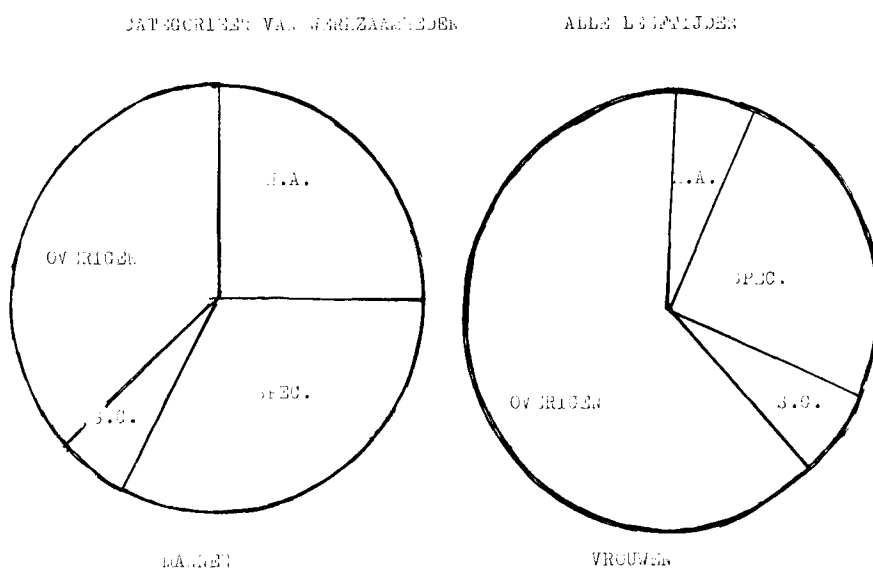


een lager intelligentie – of geschiktheidspeil. De inperking van kwantiteit en kwaliteit van hun beroepsuitoefening berust op andere gronden. Deze kunnen onderscheiden worden in materiële, direct aanwezige redenen en immateriële, in attitudes besloten oorzaken (Bewley 1975, Savage 1977, Bos 1977).

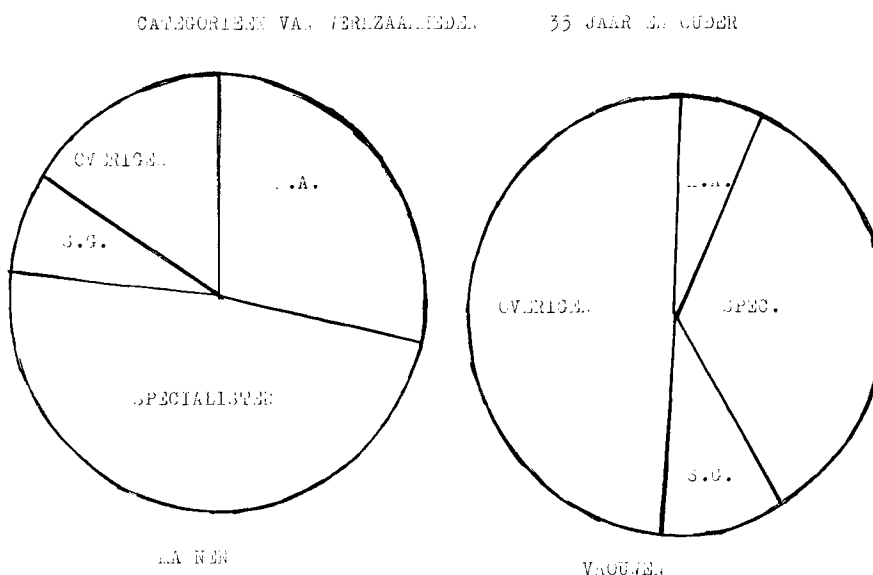
De structuur van de hedendaagse maatschappij én die van de medische professie maken dat volledig uitoefenen van het medische beroep bijna niet te combineren is met verantwoordelijkheid voor een gezin en een huishouding. Het is een kwestie van kiezen of delen: 'beroep of gezin' of 'stukje beroep naast gezin' (In 't Veld 1968). Dit wordt geïllustreerd door het feit dat onder de vrouwelijke specialisten het percentage ongehuwden veel hoger is dan onder de Nederlandse vrouwen van overeenkomstige leeftijd. Deze beperking in de kwantiteit van de beroepsuitoefening wordt vooral ervaren door de vrouwelijke arts met jonge kinderen – zij is niet steeds beschikbaar, maar kan slechts werkzaamheden verrichten op uren die niet in conflict komen met het uitoefenen van de gezinstaat en de woonplaats van het gezin beperkt het gebied waar kan worden gewerkt. Bovendien wordt nog steeds op vele gebieden van de geneeskunde de kwantiteit van het werk dat men doet in hoge mate bepalend geacht voor de kwaliteit. Dit houdt in dat minder werkmogelijkheden ook een beperking naar de aard van de beroepsuitoefening betekenen, want allerlei gebieden van medisch werk worden afgesloten door de barrière eis van permanente beschikbaarheid'. Belangwekkend is in dit verband de ontwikkeling rond de positie van assistenten-in-opleiding zoals die door de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband en de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen wordt voortgestaan. Continuïteit in de zorg voor de patiënt is immers niet per definitie hetzelfde als continue aanwezigheid van de arts.

Voor de ongehuwde of de gehuwde vrouwelijke arts zonder kinderen gelden deze materiële beperkingen veel minder, maar hier komen – ook anno 1978 – immateriële beperkingen van tweërlei aard aan de orde. Werkgevers, specialisten-opleiders en collega's zien soms meer de vrouw

Figuur 2. Categorieën van werkzaamheden, naar geslacht, alle leeftijden.



Figuur 3. Categorieën van werkzaamheden, naar geslacht, 35 jaar en ouder.



dan de arts en van vrouwen verwacht men dat zij echtgenote worden en kinderen verzorgen. Deze dreiging van een toekomstige beperking van werkmogelijkheden wordt dan gehanteerd als argument van voorkeur voor een mannelijke boven een vrouwelijke werknemer, assistent of associé. De continuïteit van het werk of de grote investering van een specialistenopleiding zouden door tijdelijk uitvallen kunnen worden benadeeld en de wens om dit risico te vermijden legt meer gewicht in de schaal dan een kwalitatieve beoordeling van de arts in kwestie.

Wat in deze, op bedrijfsefficiency gerichte aanpak echter wordt vergeten is dat het menselijk potentieel, bestaande uit de persoonlijke kwaliteiten, de opleiding tot arts en de totale werkcapaciteit tot het 65e jaar van degene die zo buitenspel wordt gezet, door deze handelwijze onvoldoende rendement afwerpt. Op de lange duur is een dergelijk onvolledig gebruik van mensen en middelen economisch zeker niet verstandig (Tinbergen 1978). Immateriële beperkingen spelen ook mee ten aanzien van het terrein van werkzaamheden. Zij zijn gebaseerd



op de traditionele opvattingen over geaardheid van vrouwen en mannen en de consequenties daarvan voor arbeidsverdeling en beroepsuitoefening. De accuratesse, plichtsgetrouwheid en volgzzaamheid van de vrouw zouden haar vooral geschikt maken voor keuringen, lesgeven, assistenties en een specialisatie als anesthesie, terwijl kinderhygiëne en specialisaties als kindergeneeskunde en revalidatie zouden aansluiten bij haar moederlijke eigenschappen. De doortastendheid en het uithoudingsvermogen die chirurgisch gerichte specialisaties eisen zouden bij vrouwen ontbreken en als regel zouden zij ook niet geschikt zijn voor leidinggevende functies. Als dergelijke vóóringegenomen standpunten bij een keuze door een vrouwelijke arts zelf of bij adviezen en beslissingen door anderen meer gewicht in de schaal leggen dan eigen gerichtheid en kwaliteiten van de arts, betekenen zij een ernstige belemmering bij de ontplooiing van aanwezige capaciteiten. Het valt op dat immateriële beperkingen in een periode van groot artsenaanbod veel meer worden gehanteerd dan wanneer er een artsentekort heerst. Zo is de ontwikkeling in Nederland op het ogenblik tegengesteld aan die in Engeland, waar de National Health Service het benutten van het aanwezige arbeidspotentieel bij de vrouwelijke artsen sterk stimuleert, al is ook daar de verruiming van mogelijkheden die daarvan het gevolg is nog niet zó ver dat algehele gelijkwaardigheid is bereikt (Lancet 1976, Beaumont 1978). In Nederland daarentegen is het percentage vrouwen onder de nieuw geregistreerde specialisten sinds 1974 dalende (opgave Specialisten Registratie Commissie).

#### Waarom zo weinig actief in beleid en bestuur?

Naast de beperkingen voor vrouwelijke artsen om als groep een volwaardige bijdrage te leveren aan het gehele gebied van de geneeskundige beroepsuitoefening staat een ander probleem dat bij vrouwen in alle beroepen vóórkomt: de professionele organisatiegraad en de actieve deelname aan beleid en bestuur zijn laag (Meyer 1977, KNMG 1977).

Dit verschijnsel is ook te begrijpen vanuit dezelfde structurele en sociaal-culturele achtergronden. Enerzijds hebben diegenen die veel beroepswerk verrichten naast de verzorging van haar privé- of gezinshuishouding geen speelruimte wat betreft tijd, energie en belangstelling, anderzijds worden diegenen die weinig beroepswerk verrichten (dat dan doorgaans ook nog 'langs de zijlijn' ligt) niet vanuit haar werk geconfronteerd met gemeenschappelijke vraagstellingen die een stimulans zijn voor organisatorische inzet en saamhorigheid. De onoverzichtelijke arbeidssituaties van allerlei aard, gebrek aan interesse in arbeidsrechtelijke zaken en onbekendheid met de mogelijkheden van maatschappelijke belangenbehartiging zijn ook aanwijsbare oorzaken van de lage organisatiegraad. Sociaal-cultureel worden deze problemen gemaskeerd door de 'traliën van de gouden kooi': een gehuwde vrouwelijke arts heeft doorgaans een echtgenoot wiens inkomen en sociale status van dien aard zijn dat eigen beroepsactiviteit en organisatorische inzet van de echtgenote niet als noodzakelijke activiteiten maar als vrijetijdsbesteding worden beschouwd en zelfbewustzijn is geen traditioneel-vrouwelijke eigenschap. Deze oorspronkelijk bevoorrechte positie staat het bereiken van gelijkwaardigheid in de weg.

#### Toekomstverkenningen

Vrouwelijke artsen zijn – als alle artsen – bevoorrechte mensen omdat zij de universitaire opleiding van haar keuze hebben mogen volgen en gekwalificeerd zijn voor een beroep dat in hoog aanzien staat en weinig conjunctuurgevoelig is. Toch is, ook al is er altijd wel beroepswerk te vinden, de algemeen aanvaarde mening dat discriminatie van vrouwen niet meer bestaat veel te optimistisch. Het volledig gebruik maken van het arts-zijn is voor veel vrouwen óf niet óf slechts ten koste van grote persoonlijke offers te realiseren. Bij de jongere generatie is een numerieke stijging van het aandeel van de vrouwen te zien, die het extra wenselijk maakt dat ook inhoudelijk een verbetering van de bestaande situatie tot stand komt. Juist nu het

geestelijk klimaat tendeert naar meer persoonlijke vrijheid, meer nadruk op eigen verantwoordelijkheid en meer mogelijkheden wat betreft beroepskeuze, gezinsgrootte, arbeidsverdeling tussen man en vrouw en waardering van diverse vormen van arbeid, lijkt het moment gekomen om veranderingen na te streven.

Hoe zou dit kunnen?

Op korte termijn kunnen bewustwording van de problematiek en een daarop gebaseerde genuanceerde aanpak een tegenwicht vormen voor de beperkingen die worden gehanteerd in arbeidssituaties (EK-advies 1977). Gelijke kansen voor allen, ongeacht sekse, maakt de mogelijkheid tot beroepsuitoefening in deeltijd op alle gebieden van de geneeskunde gewenst, al zullen uiteraard kwalitatieve eisen een per werkgebied nader te bepalen inzet vereisen. Tal van bepalingen waardoor deeltijdfunctionarissen zonder meer worden achtergesteld bij mensen met een volledige werktaak zouden kunnen worden gewijzigd ten einde méér mogelijkheden te scheppen voor méér artsen, vrouwen zowel als mannen. Het bevorderen van de geneeskunst in haar ruimste omvang betekent een optimaal gebruik maken van mensen en middelen. De aanzienlijke maatschappelijke investeringen in het medisch onderwijs én de persoonlijke inzet van de betrokkenen hebben een beter rendement als allen die tot arts werden opgeleid de mogelijkheden hebben het artsberoep zo volledig mogelijk uit te oefenen. anderzijds dient onder vrouwelijke artsen het verantwoordelijkheidsbesef ten opzichte van de samenleving om haar beroep uit te oefenen te groeien. Men zou hier kunnen spreken van een *sociaal contract*, waarbij enerzijds de maatschappij de begaafdheid en gerichtheid van de student erkent, deze in staat stelt de medische studie te volgen en daarna de arts toegang geeft tot alle gebieden van het arbeidsveld waarbij persoonlijke aspecten als gezinsvorming – die trouwens ook een maatschappelijke functie heeft – geen gewicht in de schaal mogen leggen, terwijl anderzijds de student de begaafdheid en gerichtheid heeft om de medische studie te volgen en daarna de verplichting heeft deze investering van de samenleving productief te maken, waarbij persoonlijke aspecten als het ontbreken van een financiële

noodzaak geen gewicht in de schaal mogen leggen. Organisatorische bundeling van zoveel mogelijk artsen met alle verscheidenheid ten aanzien van persoonlijkheid, werkgebied en maatschappelijke situatie is wenselijk ten einde het representatief karakter van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst te verhogen. Juist hierom dient het streven erop gericht te zijn meer vrouwen op alle niveaus van de KNMG te doen functioneren. Ook participatie van vrouwelijke artsen in andere overleg- en bestuursorganen in de gezondheidszorg moet worden gestimuleerd. Op lange termijn kunnen werkelijk gelijke kansen en een wezenlijke gelijkwaardigheid slechts gerealiseerd worden wanneer én de structuur van de samenleving én de sociaal-culturele patronen binnen de gezondheidszorg zó verschuiven dat ieder mens zich

naar eigen geaardheid, mogelijkheden en wensen kan ontplooiën zonder geremd te worden door structuren en opvattingen uit een periode waarin de arbeidsverdeling in de maatschappij nadrukkelijk op sekse was gebaseerd.

---

#### Literatuur

Beaumont, B. (1978) Training and careers of women doctors in the Thames regions. *Brit. Med. J.* I, 191.

Bewley, B. R. and Th. H. Bewley (1975) Hospital doctors career structure and misuse of medical womanpower. *Lancet* II, 270.

Bos, M. (1977) Vrouw of arts? Doctoraal scriptie Sociologisch Instituut Rijksuniversiteit Groningen.

Emancipatie Commissie (1977) Advies over de wenselijkheid van een wet tegen seksdiscriminatie. Rijswijk.

Geneeskundige Hoofdinspectie (1978) Statistiek Geneeskundigen per 1-1-1977. Ministerie van Volksgezondheid en

Milieuhygiëne, Leidschendam.

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (1977) Ledenlijst. Utrecht.

Meyer, J. L. (1977) Sociale Atlas van de vrouw. Sociaal en Cultureel Planbureau Ministerie van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk, Den Haag.

The pleasing punishment that women bear (1976) Report on a conference organised by the Department of Health and Social Security. *Lancet* I, 1280.

Savage, R. and A. Wilson (1977) Doctor's attitudes to women in medicine. *J. R. Coll. Gen. Pract.*, 363.

Tinbergen, J. (1978) Onderwijs en economie. Openingsvoordracht Onderwijsresearchdagen, Utrecht.

in 't Veld-Langeveld, H. M. (1968) Vrouw, beroep en maatschappij; analyse van een vertraagde emancipatie. Utrecht.

Vereniging Nederlandse Vrouwelijke Artsen (1972). Enquête-uitslag, verwerkt in Jaarverslag 1972. Rijssen.

## CAO-Ziekenhuiswezen

# Uitspraak uitvoeringsregeling arbeidsduur en werktijden

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

Gelet op de artikelen 5 en 6 van de uitvoeringsregeling arbeidsduur en werktijden

#### Gezien de vraag:

Indien een werknemer binnen de roosterperiode wegens verhindering van een andere werknemer op zijn roostervrije dag werkzaamheden moet verrichten, is dan een vergoedingsregeling – en zo ja welke – van toepassing?

#### Overwegende:

Dat bij beantwoording van de vraag de uitvoeringsregelingen arbeidsduur en werktijden, overwerk en onregelmatige dienst in beschouwing dienen te worden genomen; dat in de uitvoeringsregeling arbeidsduur en werktijden in artikel 5 is neergelegd een regeling met betrekking tot het aantal roostervrije dagen in elke werkperiode; dat indien de in de vraagstelling bedoelde werknemer voor de dag waarop moet worden ingevallen na overleg een andere roostervrije dag ontvangt, aan artikel 5 van die uitvoeringsregeling is voldaan;

dat met betrekking tot overwerk als uitgangspunt geldt dat van overwerk eerst sprake is indien de arbeidsduur van 40 uur per week wordt overschreden; dat indien in de roosterperiode het gemiddelde van 40 uur niet wordt overschreden en een andere roostervrije dag wordt gegeven ter vervanging van de oorspronkelijk geplande roostervrije dag, er geen sprake is van overwerk; dat ten aanzien van de uitvoeringsregeling onregelmatige dienst, indien op de dag waarop de werknemer moet invallen onregelmatige uren, als bedoeld in artikel 4 van deze uitvoeringsregeling voorkomen, de daarbij behorende geldelijke vergoeding wordt toegekend.

#### Beslist als volgt:

Aan de werknemer, bedoeld in de vraagstelling wordt na overleg een andere roostervrije dag toegekend alsmede, indien van toepassing, een vergoeding voor onregelmatige dienst.

#### Gezien de vraag:

Indien een werknemer, werkzaam volgens rooster, op zijn roostervrije dag arbeidsongeschikt is, kan betrokkene dan aanspraak maken op teruggave van deze dag?

#### Overwegende:

Dat voor werknemers werkzaam op 'kantooruren', als uitgangspunt geldt, dat bij ziekte op vrije dagen daarvoor geen andere dagen worden teruggegeven; dat geen reden aanwezig wordt geacht om af te wijken van de regeling, zoals die geldt voor werknemers, genoemd in de eerste overweging, tenzij artikel 9 van de uitvoeringsregeling arbeidsduur en werktijden van toepassing is.

#### Beslist als volgt:

De werknemer, werkzaam volgens rooster, kan geen aanspraak maken op teruggave van de roostervrije dag, waarop betrokkene arbeidsongeschikt was.

Aldus gegeven te Utrecht, de 9e maart 1978.

# Oorheelkunde in Nederland

## Pleidooi voor een betere opleiding

*In zijn openbare les, gegeven bij de aanvaarding van het ambt van lector in de keel-, neus-, en oorheelkunde aan de faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit, kwam Dr. L. Feenstra tot de slotsom dat naar zijn – subjectieve – oordeel de oorheelkunde in ons land voor verbetering vatbaar is. Gestreefd zou moeten worden naar de best mogelijke opleiding voor de KNO-arts.*

*Hoe een verbetering in de opleiding tot keel-, neus-, en oorarts eruit zou moeten zien schetste Dr. Feenstra in het hieronder afgedrukte gedeelte van zijn openbare les:*

Blijkens gegevens, verkregen met behulp van het Nationaal Ziekenhuisinstituut werden in het jaar 1974 door 300 keel-, neus- en oorartsen de volgende operaties verricht: 1.300 stapedectomieën, 3.000 myringo- en tympanoplastieken, 3.500 sanerende ooroperaties en 4.800 zogenaamde 'second looks'. Omgerekend per keel-, neus- en oorarts zou dit neerkomen op 4½ stapedectomieën, 10 myringo- en tympanoplastieken, 12 sanerende ooroperaties en 16 'second looks', tezamen 42 ingrepen aan het oor per jaar per keel-, neus- en oorarts.

### Stapedectomie

Laten we eens nader ingaan op het onderwerp stapedectomie. Dit is een ooroperatie, waarbij een door het ziekteproces otosclerose vastgegroeid gehoorbeentje, de stijgbeugel, wordt losgemaakt en geheel of gedeeltelijk wordt vervangen. Voor zover mij bekend komt vrijwel geen enkele assistent in Nederland meer toe aan het verrichten van een stapedectomie tijdens zijn opleiding.

Ik heb een groot aantal binnen- en buitenlandse oorartsen gevraagd hoeveel stapedectomieën men moet verrichten om deze ingreep vrijwel risicoloos en met een stabiele kans op succes te kunnen uitvoeren. Het

aantal werd geschat tussen 25 en 75. Om dit na te gaan heb ik de resultaten vergeleken van de eerste 25 door mijzelf uitgevoerde stapedectomieën en de laatste 25, waarbij voor beide groepen een 'follow-up' van drie maanden in acht werd genomen. Het bleek dat in de laatste groep een duidelijk grotere gehoorwinst was verkregen voor elke frequentie van het gehoor, en tevens, dat er minder complicaties waren opgetreden.

Laten we uitgaande van de cijfers van 1974 aannemen dat er per keel-, neus- en oorarts een jaarlijks aantal van 4½ otosclerose-patiënten is dat in aanmerking komt voor een stapedectomie. Laten we eveneens het getal van minimaal 25 operaties voor het onder de knie krijgen van de stapedectomie aanhouden. Dan betekent dit dat de 15 in 1974 aan de maatschappij afgeleverde keel-, neus- en oorartsen er 5½ jaren over zullen doen om het stadium van beginnening te ontgroeien. Deze berekening is bovendien nog rooskleurig. Sinds 1974 is het aantal keel-, neus- en oorartsen gestegen tot circa 325, ofwel een stijging van 8%, terwijl, als we in Nederland de internationale trend volgen, het aantal nieuwe otosclerosepatiënten bezig is te dalen. De *conclusie* ligt voor de hand: de stapedectomieën moeten door een beperkt aantal keel-, neus- en oorartsen worden verricht, indien men

de risico's en kansen op succes voor de patiënt acceptabel wil laten zijn. De staf van de Groningse kliniek loopt dit al jaren te prediken aan alle assistenten, maar het blijkt dat slechts weinigen de glamour kunnen weerstaan die kennelijk lijkt uit te gaan van het 'gedaan hebben' van een stapedectomie.

### Huidige situatie niet optimaal

Ook ten aanzien van andere ingrepen aan het oor leert een kleine soortgelijke analyse, dat de huidige situatie in de oorheelkunde uit het oogpunt van de volksgezondheid niet optimaal is. Ook hier lijkt een beperking van het aantal keel-, neus- en oorartsen dat zich bezighoudt met de oorheelkunde gewenst. Mijn voorganger, collega Bottema, stelde al: 'Het is begrijpelijk dat niet elke keel-, neus- en oorarts in opleiding alle technieken kan leren beheersen.' De door mij geraadpleegde binnen- en buitenlandse oorartsen waren het er over eens dat voor het professioneel blijven uitvoeren van een stapedectomie bij voorkeur één stapedectomie per week zou moeten worden verricht, zo mogelijk meer. Dit houdt in, dat in Nederland in de situatie van 1974 deze ingreep door niet meer dan ongeveer 25 mensen zou mogen zijn uitgevoerd. Als alle andere ingrepen aan het oor eveneens uitsluitend door deze 25 mensen zouden zijn verricht, dan zou in 1974 ieder van hen ongeveer 500 operaties hebben gedaan, ofwel 10 per week. Dit getal van 10 per week komt ongeveer overeen met het aantal dat ook wordt verricht in grote buitenlandse centra door top-otologen als Austin, House, Hough, Glasscock,

Marquet, Plester en Portmann, en trouwens ook door de eerste Nederlandse zuivere otoloog collega Westerbeek.

### Differentiatie in de opleiding

Voor het onderwijs aan toekomstige keel-, neus- en oorartsen zou dit alles inhouden, dat men differentiatie in de opleiding moet aanbrengen, waarin men moet streven naar het opleiden van één specifieke oorarts of otoloog per circa vijftien afgemeende keel-, neus- en oorartsen. In onze opleidingsschema's zou dat betekenen, dat er per universitaire kliniek één oorarts in de acht jaren aan de maatschappij wordt afgeleverd, die dan ook een ervaring zal kunnen hebben van vele honderden ooroperaties.

*Concentreren van kennis en ervaring* is in de otologische wereld een gangbare gedachte, in de algemeen keel-, neus- en oorheelkundige wereld echter nog niet. Van buiten de keel-, neus- en oorheelkundige wereld wordt bij tijden zelfs juist gepoogd het aantal opleidingsmogelijkheden nog uit te breiden met meer A-opleidingen. Mijns inziens moet het aantal opleidingsklinieken bij voorkeur niet toenemen, indien niet tegelijkertijd door andere opleidingsklinieken een gelijk aantal opleidingsplaatsen wordt ingeleverd. De krachtigste druk tégen het uitbreiden van het aantal opleidingsplaatsen is de laatste jaren voortgekomen uit kringen van de assistenten in opleiding. Zij zagen het aantal nieuwe patiënten dat aan de universitaire centra werd aangeboden relatief dalen en signaleerden een trend bij de opleiders om hun klinieken met grotere aantallen assistenten te bevolken. Mede onder invloed van mijn eigen assistentengeneratie is de uitbreiding van het aantal assistentenplaatsen gestaakt; gelukkig is in sommige centra het aantal plaatsen zelfs teruggebracht.

In de keel-, neus- en oorheelkundige vereniging wees collega Jongert er jaren geleden al op, dat ongebreidelde toeneming van de keel-, neus- en oorarts populatie tot werkeloze keel-, neus- en oorartsen voert. Dat houdt het grote gevaar in, dat er collegae in de verleiding kunnen komen onnodige ingrepen te gaan uitvoeren, een gevaar dat – zo ieder weet na het bekend worden van de publikaties van Illich – zeker niet denkbeeldig is.



### Een filmfragment dat niet werd gefilmd

Met mevrouw N., die ik 'medebehandel' als co-assistent en die hier is opgenomen met een ulcerend mammacarcinoom, gaat het niet al te best. Niemand van haar kennis-senkring mag van haar weten wat ze heeft. Dagenlang zit ze starend voor het ene raam in haar kamer. Gisteren zijn we tijdens de grote visite bij haar langs geweest. Dr. Wouters ging er even bij zitten en legde heel rustig uit wat ze mankeerde. Zoals mij bekend was, diende ik hierover in het gesprek met de patiënte te zwijgen. Tussen neus en lippen door liet hij de woorden 'nog zeker wel enige maanden' vallen. Ik zag dat ze enorm schrok, maar ze hield zichzelf erg goed.

's Middags en 's avonds kwamen echter de tranen. We hebben over haar boerderij gesproken; over de koeien, die zij altijd zelf melk en die nu verkocht moesten worden. Ze heeft trouwens de notaris al bij zich geroepen. Ik heb geprobeerd haar wat af te leiden, maar op een gegeven moment vroeg ze mij op de man af: 'Dokter, heb ik kanker?' Bij dokter Wouters gebruikte ze nog de woorden 'die gevreesde ziekte'. Kanker', zei ik, 'is wel een erg groot woord, maar zoals Dr. Wouters vanochtend al zei, het is meer dan een gewone ontsteking'. Maar ze had het goed door. Daar was ik van overtuigd. Voor de zoveelste keer biggelden de tranen over haar wangen; met name links, maar ook uit het oog dat iets naar buiten staat en waarvan het ooglid naar beneden is gezakt. Het leek net een film: een eenzame door het leven geplaagde boerin uit een klein dorpje, die ineens wordt geconfronteerd met scans en röntgenapparatuur; bolle, na de bloedtransfusie wat roder wordende wangen, glazige ogen en stug, zilvergrijs haar, dat met onderbroekelastiek tot een vlecht is gebonden. Behalve wat gebrek aan groen toch een prachtige kleurencombinatie, zeker tegen de vale muur. En dan die halfvolle fles appelsap en de nog ongeopende flessen cerise en jus d'orange schuin achter haar. Het boek 'Je blijft lachen' van Simon Carmiggelt op de vensterbank zou bij de intelligentere filmkijkers – gesteld, dat hier inderdaad sprake

was geweest van een film – tegen die voorgrond van dat door verdriet getekende gezicht een wat gemaakte indruk maken; zo van een debuterende regisseur die het 'effect' te veel wil uitbuiten. Helaas werd er geen toneel gespeeld en was alles bittere realiteit.

's Avonds kwam bij haar een oude verpleegster op bezoek, 'een biologisch-dynamische vrouw', vertelde mevrouw N. mij niet zonder humor. Eerst begreep ik niet wat zij bedoelde en lachte ik wat beroepsmatig om deze uitdrukking, die ik uit haar mond nooit had verwacht. Maar achteraf begreep ik dat die oude verpleegster een voorstandster is van de 'pure natuur'. Mevrouw N. moest niet zomaar alle pillen slikken, zei ze; eerst vragen en dan pas de slokdarm – of, zoals een andere patiënte het uitdrukte, 'de luchtpijp van de maag' – in. Ook moest mevrouw N. het vreemd vinden, dat haar lakens iedere dag werden verschoond. Dat zou op niet veel goeds duiden. Tenslotte bracht onze lieve, natuurminnende vriendin een gezellig boek voor mevrouw N.: een deel van de 'Goelag Archipel' van Solzjenitsyn. Wanneer ze dit boek uit had, lag zeker nog het 'Kankerpaviljoen' van dezelfde auteur voor haar klaar.

DAGBOEK  
VAN EEN  
CO-ASSISTENT  
(31)

Niet ver van het ziekenhuis loopt een auto-weg. Vanuit de verte lijkt het net een Lego- of Marklin-landschap met boompjes van plastic en dinky-toys die voorbijracen. Het is een geinig gezicht. Maar laatst schoot één van die dinky-toys tegen één van die boompjes, die helaas niet van plastic bleken te zijn: drie doden! Het enige wat men op de EHBO-afdeling van het ziekenhuis kon doen was de begrafenisondernemer opbellen.

Alexander van Es

# Organisatie en werkwijze van de KNMG-rechtspraak

Anders dan het wettelijk medisch tuchtrecht, gebaseerd op de wet uit 1928 met een daarbij behorend Reglement uit 1929, beschikt de KNMG-rechtspraak over een zeer moderne regeling van de gang van zaken en over een recent gereorganiseerd apparaat. Hoofdstuk X van het Huishoudelijk Reglement, waarin een en ander tot in detail is uitgewerkt, is van 1969 en derhalve nog geen tien jaar oud.

## Apparaat

Eerst iets over het, bij de rechtspraak betrokken apparaat: *districtsraden* en *Raad van Beroep*.

Tot 1 april 1969 was de rechtspraak toevertrouwd aan 67 afdelingsraden. Dat was te veel van het goede. Deze afdelingsraden kregen – met een enkele uitzondering in de grote steden – te weinig zaken en daardoor te weinig ervaring. Hieraan deed niet af het feit dat de afdelingsraden toen een ruimer werkterrein en taakstelling hadden dan nu de districtsraden. Zij waren algemene toezichthoudende organen, die ervoor dienden te waken dat de leden zich hielden aan de eisen van de gedragsleer. Tevens hadden zij te dien aanzien een adviserende taak. In de nieuwe opzet sinds 1969 is deze toezichthoudende taak aan de afdelingsbesturen gekomen en zijn de *districtsraden* zuiver *rechtsprekende organen* geworden. Als consequentie hiervan kon en moest het reglement een strafster stelsel van procedureregels bevatten. Sterker dan tevoren deed tevens het juridisch element zijn intrede. Konden vroeger de afdelingsraden incidenteel een beroep op bepaalde advocaten doen om hen bij meer technische problemen terzijde te staan, in de nieuwe opzet zijn 7 advocaten vast als

door **Mr. B. Schultsz**

De auteur is secretaris-jurist der KNMG

adjunct-secretaris aan de districtsraden verbonden.

Er zijn 20 districtsraden, globaal gedeels overeenstemmend met de 19 arrondissementen waar rechtbanken zijn gevestigd. Een districtsraad bestaat uit tenminste 9 en ten hoogste 12 leden, die uit hun midden een voorzitter, één of twee plaatsvervangende voorzitters en een secretaris aanwijken. Zij vormen samen het *bureau* hetwelk in de opvang, voorbereiding en begeleiding van de zaken een belangrijke rol vervult samen met de advocaat-adjunct secretaris. De leden van de districtsraad worden op democratische wijze uit de leden van het district gekozen. De ervaringen sedert 1969 hebben uitgewezen dat het aantal van 20 districtsraden nog steeds iets aan de ruime kant is: er zijn enkele raden die in feite te weinig zaken te behandelen krijgen en daardoor onvoldoende ingespeeld raken.

Taak en samenstelling van de *Raad van Beroep* zijn minder ingrijpend gewijzigd. Wel ook hier versterking van het juridisch element. De Raad van Beroep bestaat uit 5 vaste leden: vier artsen en een jurist. Zij worden door de Algemene Vergadering gekozen. Ook hier treedt een advocaat als adjunct-secretaris op.

Vanzelfsprekend ondervond het werkterrein van de Raad van Beroep in 1969 eveneens een zekere concentratie op de echte rechtspraak. Toch bevat het Huishoudelijk Reglement nog een aantal plaatsen waar het advies (in bestuurszaken!) aan de Raad

van Beroep gevraagd kan of dient te worden. In feite een anachronistische situatie.

## Gang van zaken

Nu iets over de gang van zaken, waarbij steeds een duidelijk onderscheid moet worden gemaakt tussen *tuchtzaken* voortvloeiend uit een *klacht* of een ambtshalve onderzoek enerzijds, en *geschillen* anderzijds.

Tot het indienen van een *klacht* tegen een lid van de KNMG is iedere rechtstreeks betrokkene bevoegd.

Een klacht kan, na onderzoek, uitmonden in een *maatregel* (waarschuwing; berisping; boete; ontneming van het recht lid van een bestuur, commissie of enig ander college in de KNMG te zijn; schorsing of schrapping van het lidmaatschap) indien de districtsraad van oordeel is dat een lid zich heeft gedragen in strijd met de waardigheid of de belangen van de geneeskundige stand; het vertrouwen in de geneeskundige stand heeft ondermijnd; zich schuldig heeft gemaakt aan oncollegiaal optreden; een bindend advies in een geschil heeft genegeerd of heeft gehandeld in strijd met statuten of reglementen van de KNMG of met de belangen van de KNMG.

Om een indruk te geven: zowel in 1975 als in 1976 waren bij de districtsraden circa 115 klacht-zaken aan de orde.

*Geschillen* moeten – wil een districtsraad ze kunnen behandelen – samenhangen met de uitoefening van de geneeskunst. Tot het aanbrengen van een geschil (tussen leden of tussen een lid en een derde) zijn uitsluitend partijen zelf bevoegd. De districtsraden beslissen in de vorm van een *bindend advies*.

Geschillen zijn veel minder talrijk: in 1975 waren het er in het totaal 13, in 1967 circa 10.

De Raad van Beroep behandelt – de naam zegt het al – alle zaken waarin *hoger beroep* wordt aangetekend. In 1976 deed de Raad 11 uitspraken. Omdat de Raad van Beroep afschrift van alle uitspraken krijgt, heeft zij een overzicht van het reilen en zeilen van de gehele rechtspraak en legt hiervan jaarlijks het een en ander in een jaarverslag vast dat daarna in Medisch Contact wordt gepubliceerd (zie bijvoorbeeld MC nr 26/1977, blz. 841). Ook de districtsraden brengen een jaarverslag uit en het hoofdbestuur heeft uit 39 verslagen over 1975 en 1976 medio 1977 voor het eerst een uitvoerige, inhoudelijke samenvatting het licht doen zien (MC nr. 35/1977, blz. 1100).

Bij de opstelling van de regels van het eigenlijke procesrecht – termijnen, uitwisseling stukken, horen van getuigen, zitting e.d. – is rekening gehouden met moderne grondregels van een goede procesorde. Enkele voorbeelden: meer dan in het medische tuchtrecht is gestreefd naar een zekere gelijkwaardigheid van partijen. Deze worden altijd in elkaars aanwezigheid gehoord en ook overigens op vrijwel gelijke wijze behandeld. Bij het schriftelijke deel van de geschilprocedure is gestreefd naar strikte toepassing van ‘hoor en wederhoor’.

## Regels

Als geheel genomen kenmerkt hoofdstuk X van het Huishoudelijk Reglement zich door een zekere exactheid, zonder dat de nagestreefde gemakkelijke toegankelijkheid van de KNMG-rechtspraak hieraan is opgeofferd. Deze ‘verplichte zorgvuldigheid’ gaat ongewenste onderonsjes en overijde schikkingen tegen, wederom zonder puur formele barrières op te werpen. Tot bespreking of analyse van *alle* regels gaan wij hier niet over (voor hen die geïnteresseerd zijn of bij een zaak betrokken, is bedoeld hoofdstuk X los verkrijgbaar). Enkele belangrijke capita laten wij de revue passeren.

### A. Tuchtzaken

#### 1. Het indienen van een klacht is niet

aan bepaalde sacrale vormen gebonden. Het kan dus bij simpel geschrift, doorgaans een brief, mits maar ergens duidelijk blijkt dat het een klacht is en *tegen wie* deze zich richt. Het klaagschrift moet ‘een gemotiveerde schriftelijke omschrijving’ bevatten. Algemene gevoelens van onvrede, bijvoorbeeld over ‘de gang van zaken in het ziekenhuis X’, ‘het slecht functioneren van dienst Y’ of ‘oncollegiaal gedrag van de artsen te Z’, leveren onvoldoende aanknopingspunten op. De districtsraad zal immers als een van de allereerste daden onderzoeken of degene tegen wie de klacht zich richt wel lid van de KNMG is. Soms zal iets waar wel het woord ‘klacht’ in voorkomt toch een geschil blijken te zijn of omgekeerd.

Aan een systeem waarin iedere rechtstreeks betrokkene bevoegd is zich direct zelf tot het rechtsprekende orgaan te wenden kleeft het nadeel dat niet zelden onduidelijke en moeilijk te klassificeren schrifturen binnenkomen. Ook op het centrale secretariaat van de KNMG in Utrecht komen regelmatig brieven binnen waarvan het soms buitengewoon lastig is vast te stellen wat de schrijver of schrijfster op het oog heeft. Zelfs de keuze te maken bij het simpele doorzenden – het secretariaat behandelt uiteraard zelf nimmer zaken, maar is gaarne behulpzaam bij het vinden van de juiste instantie – roept vaak al dilemma’s op. Het inschakelen van een advocaat of andere deskundige bij het opmaken en inzenden van een klacht is niet nodig. Een enkele keer kan het gewicht van een zaak of het complexe karakter het inroepen van deskundige bijstand wettigen.

Men dient een klacht aanhangig te maken bij de districtsraad van het district waaronder de afdeling valt waarvan de betrokken arts lid is. Richt een klacht zich tegen meer personen, lid van verschillende districten, dan wijst de Raad van Beroep een districtsraad ter behandeling aan, hetgeen eveneens gebeurt met een klacht tegen een lid van een districtsraad zelf.

2. De rol van het bureau van de districtsraad is een belangrijke, voorbereidende en coördinerende. Niet alleen wordt al datgene gedaan wat elders ‘de griffie’ doet, maar het

bureau heeft daarnaast een aantal autonome bevoegdheden. Van beslissingen van gewichtige aard welke op grond van deze bevoegdheden worden genomen, kunnen betrokkenen vrijwel steeds in beroep gaan. Er is hier een duidelijke parallel met ‘preparatoire’ en ‘interlocutoire’ beslissingen in het burgerlijk procesrecht.

Het bureau beslist in de beginfase of een indiener van een klacht wel rechtstreeks betrokken is. Het bureau is bevoegd kennelijk ongegronde klachten of klachten betreffende feiten die te ver in het verleden liggen of van te geringe betekenis zijn niet in behandeling te doen nemen. Ook is het bureau bevoegd een klacht niet in behandeling te doen nemen indien blijkt dat deze reeds door een overheidsorgaan, bijvoorbeeld Medisch Tuchtcollege of strafrechter, wordt of zal worden behandeld. Heel dicht hier tegenaan ligt de bevoegdheid van het bureau om een klacht van ernstige aard, welke naar het zich laat aanzien onder het Medisch Tuchtcollege thuishoort, niet in behandeling te nemen maar de klager in overweging te geven zich tot zo’n Tuchtcollege te wenden (doet deze dit niet binnen vier weken, dan wordt de zaak door de districtsraad wél behandeld).

Tenslotte verdient vermelding dat het bureau een *vooronderzoek* kan entameren. Dit vooronderzoek kan tot doel hebben meer helderheid omtrent het feitencomplex te verschaffen; het kan ook de mogelijkheid van een minnelijke oplossing in zich bergen. Het bureau houdt gedurig de vinger aan de pols gedurende het vooronderzoek en het dient ook eventuele conclusies of resultaten te sanctioneren.

3. Degene tegen wie een klacht zich richt heeft altijd het recht om binnen een bepaalde termijn een *verweerschrift* in te dienen. Evenmin als een klacht is een verweerschrift aan vormvereisten gebonden. Zeer vaak rijst de vraag of de arts tegen wie de klacht zich richt er wijs aan doet een advocaat in de arm te nemen. (weinig weten dit, maar men kan zich ook door een ander lid van de KNMG terzijde laten staan). De beantwoording, waarbij de juristen van het centrale secretariaat van de KNMG frequent worden betrokken, is van diverse factoren afhankelijk. Heeft bijvoorbeeld de klager zelf geen

advocaat ingeschakeld (dat blijkt doorgaans uit opzet en aard van de klacht terstond) dan kan het inzetten door de verweerder niet nodig, want een te zware reactie zijn. Niet ondenkbaar is echter dat een zaak een bepaalde follow-up krijgt – hoger beroep; civiele schadevergoedingsactie – en dan is het verstandig reeds bij het redigeren van het verweerschrift een deskundige raadsman in de arm te nemen. Tenslotte kan een rol spelen of de arts zelf verwacht op de zitting die volgt goed zijn zaak te kunnen uiteenzetten en toelichten. Sommige mensen – dat is heel begrijpelijk en helemaal geen schande – zijn onder die omstandigheden geïntimideerd en een ongelukkige uiting tijdens een zitting kan verwarring en onheil stichten. In zo'n geval wordt geadviseerd, ook voor wellicht zaken van geringe betekenis, een advocaat te nemen, maar dit blijven uitzonderingen. Steeds geldt dat ieder geval op zijn eigen mérites moet worden bekeken. (Vrijwel dezelfde benadering geldt overigens voor zaken die dienen voor een Medisch Tuchtcollege.) Na klaagschrift en verweerschrift kunnen, indien partijen dat wensen en het bureau dit opportuun acht, schriftelijke repliek en dupliek volgen.

4. Zodra het dossier gereed is voor *behandeling* door de districtsraad *ter zitting*, stelt het bureau een kamer in, bestaande uit 3 of 5 leden. Partijen worden nauwgezet op de hoogte gehouden en zij kunnen het dossier inzien zoals het uiteindelijk is geworden. Er kunnen getuigen en deskundigen worden voorgebracht, iets waartoe de districtsraad overigens ook zelf het initiatief kan nemen. Zoals reeds aan het begin vermeld, speelt de zitting zich in aanwezigheid van beide partijen af. Er wordt van het verhandelde een proces-verbaal opgemaakt.

5. De *uitspraak* dient uiteraard wel aan bepaalde vereisten te voldoen. Het is een gedagtekend, door voorzitter en secretaris van de kamer ondertekend stuk dat met redenen omkleed, dus gemotiveerd tot een beslissing komt. Binnen vier weken na de datum van verzending (die moet dus kenbaar zijn!) kan hoger beroep worden ingesteld door inzending *aan het bureau van de betrokken districtsraad* van een gemotiveerd beroepschrift.

Het bureau zendt dan het complete dossier en het beroepschrift aan de Raad van Beroep toe. Hebben beide partijen de termijn van vier weken laten voorbijgaan dan is de uitspraak definitief, deze is 'in kracht van gewijsde gegaan'.

6. De gang van zaken in beroep is, behoudens een aantal bekortingen in de procedure, goeddeels gelijk aan de gang van zaken in eerste instantie. De wederpartij van degene die in beroep is gegaan heeft uiteraard het recht een verweerschrift in te dienen. Over repliek en dupliek spreekt het Huishoudelijk Reglement niet. De Raad van Beroep kan in bepaalde gevallen (niet-ontvankelijk-verklaring, bekrachtiging van de uitspraak of verlichting van de maatregel) besluiten tot *uitsluitend schriftelijke* behandeling. Vindt er wel een zitting plaats, dan kan tot op het moment dat deze aanvangt het beroep worden ingetrokken.

De Raad van Beroep kan bepalen dat zijn uitspraak openbaar zal worden gemaakt, al dan niet met opneming van de daarin vervatte motivering. Ook de districtsraden kunnen dit bepalen, maar de tenuitvoerlegging daarvan behoeft dan wel eerst de goedkeuring van de Raad van Beroep. Bij het opleggen van een tuchtmaatregel – waarschuwing; berisping; boete; ontneming van het recht een bestuursfunctie e.d. binnen de KNMG te vervullen; schorsing of schrapping van het lidmaatschap – kan de districtsraad, indien deze van oordeel is dat het gaat om een ernstige zaak van algemene betekenis, bepalen dat de uitspraak ter kennis wordt

gebracht van de Geneeskundig Hoofddirecteur van de Volksgezondheid. Ook hier is weer goedkeuring van de Raad van Beroep vereist, die de zaak verder afhandelt en ook wat betreft eigen uitspraken tot deze kennisgeving aan de hoofddirecteur gerechtigd is. Tot deze belangrijke 'link' met de hoofddirecteur heeft de KNMG na rijp beraad en uitvoerig overleg met de inspectie, besloten, omdat gewenst werd geacht dat op één punt in Nederland iemand enig centraal overzicht heeft, niet alleen over alle uitspraken van de Medische Tuchtcolleges maar ook over ernstige zaken met een algemene betekenis die in de KNMG-rechtspraak naar voren komen. Men kan nu zeggen: een dergelijke zaak had terstond door het bureau van de districtsraad dienen te worden onderkend (zie ad 2) en naar het Tuchtcollege moeten worden verwezen. Maar hiertegenover staat, dat niet uit het oog mag worden verloren dat het bureau slechts gerechtigd is een *suggestie* in die richting aan de klager te doen. Volhardt deze in behandeling door de KNMG-rechtspraak, dan is de districtsraad daartoe verplicht. Voorts is het geenszins ondenkbaar, dat een zaak die zich in de beginfase niet als zwaarwegend laat aanzien tijdens de behandeling een heel andere dimensie krijgt. Daarom is de verwittiging van de hoofddirecteur van de uitspraak, zoals dat in art. 628a is geregeld, bewust een sluitstuk.

## B. Geschillen

Tot slot nog iets over de *procedure* in de geschilsrechtspraak (over de

---

## NIET ROKEN

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

---



verhouding tot het optreden van de 'gewone', burgerlijke rechter, zal elders in deze serie opstellen worden gesproken).

De districtsraden behandelen en beslissen in bij hen aangebrachte geschillen van burgerrechtelijke aard welke tussen leden of tussen leden en derden zijn gerezen en welke betrekking moeten hebben op of samenhangen met de uitoefening van de geneeskunst.

Een geschil kan slechts door een gemotiveerde omschrijving worden aangebracht welke leidt tot een duidelijke conclusie. Anders dan bij

klachtzaken, waarbij men min of meer kan volstaan met het deponeren van een enigszins aangeklede klacht, zijn het in een geschil partijen zelf die de activiteiten moeten ontplooiën. De districtsraad is meer lijdelijk, maar het bureau kan wel uitmaken dat de samenhang met de uitoefening van de geneeskunst ontbreekt of dat de zaak te gering van betekenis is of te ver in het verleden is ontstaan; ook de mogelijkheid tot het houden van een vooronderzoek en het daarin bemiddelen ten einde een minnelijke oplossing te bereiken, staat de districtsraad vrij.

Voor de gedetailleerde regels bij

geschilsbehandelingen, welke zoals wij in de inleiding schreven veel minder vaak voorkomen dan klachtzaken, moge naar het tweede deel van hoofdstuk X van het Huishoudelijk Reglement van de KNMG worden verwezen. In het algemeen kan afsluitend worden gewezen op het feit dat het overgrote merendeel van de bepalingen in dit hoofdstuk X zo helder is geformuleerd dat lezing ook voor niet-ingewijden tot begrijpen leidt en dat in deze uiteenzetting op verscheidene plaatsen de letterlijke tekst als de meest duidelijke kon worden overgenomen.

### Secretarissen districtsraden

district	afdeling	naam en adres	district	afdeling	naam en adres
I	Amsterdam	Dr. H. W. Whittton Hodenpijlkade 26 Amsterdam	XI	Maastricht en O. Heerlen en O. Sittard/Geleen Midden Limburg Noord Limburg	Dr. F. P. Stapert Vijverweg 6 Sittard
II	Haarlem en O. Haarlemmermeer en O. Kennemerland	J. D. Kaan, arts Oosteinderweg 226 Aalsmeer	XII	Utrecht en O. Vecht en O. Woerden en O.	J. Laarman, arts Strausslaan 6 Bilthoven
III	Alkmaar en O. Den Helder en O. Purmerend en O. West-Friesland Zaanland	Dr. H. L. Hoekstra Metiusstraat 19 Alkmaar	XIII	Amersfoort en O. Gooi en Eemland	J. J. Hendriks, arts Papaverstraat 24 Bussum
IV	's-Gravenhage en O. Westland	E. van Luijt, arts Groen v. Prinstererlaan 99 's-Gravenhage	XIV	Arnhem en O. Nijmegen en O. Tiel en O. Wageningen en O. Oude IJssel	J. W. E. P. Versteeg, arts Diepenbrocklaan 16 Arnhem
V	Leiden en O. Alphen en O. Gouda en O. Delft en O.	Mw. A. R. Smit, arts v. Slingelandlaan 11 Leiden	XV	Apeldoorn en O. Zutphen en O. Slingeland	A. J. Geerlink, arts Rijksweg 71 Warnsveld
VI	Rotterdam en O. Schiedam en O. Voorne Putten/Rozenburg	H. L. v. Amerongen Mathenesserlaan 333 Rotterdam 6	XVI	Zwolle en O. Deventer en O. Emmeloord en O.	L. C. A. v.d. Harst, arts Ter Pelkewijkpark 13 <sup>II</sup> Zwolle
VII	Dordrecht en O. Gorinchem en O. IJssel Nrd./Alblas Lek Zuidholl. Eilanden Goeree en Overflakkee	A. Binnerts, arts Vrieseweg 86 Dordrecht	XVII	Aimelo en O. Enschede en O. Midden Twente	Th. Franssens, arts Leemhof 24 Enschede
VIII	Walcheren Zeeuws-Vlaanderen O. Zeeuws-Vlaanderen W. Schouwen-Duiveland Zuid- en Noord-Beveland	Mw. M. J. v.d. Vooren, arts Seislaan 10 Middelburg	XVIII	Assen en O. Drenthe Z.O. hoek Meppel en O.	J. H. M. van Buchem, arts Nic. Beetslaan 22 Assen
IX	Breda en O. Bergen op Zoom/ Rosendaal en O. Tilburg en O.	D. v.d. Wetering, arts Parkstraat 16 Breda	XIX	Friesland Noord Friesland Oost Friesland Z.W. hoek Heerenveen en O.	J. Trommel, arts Stinsweg 6 Veenwouden
X	's Hertogenbosch en O. Eindhoven en O. Helmond en O.	Dr. v.d. Hoeven Pauwlaan 6 Eindhoven	XX	Groningen en O. Hunsingo, Fivelingo Westerkwartier Oostelijk Groningen	J. Baarveld, arts Händellaan 20 Groningen

## Drs. P. Brandes neemt afscheid van 'vrij beroep in dienstverband'

Na een dienstverband van 19 jaar is deze maand wegens pensionering een einde gekomen aan de functie van Drs. P. Brandes bij de KNMG (zie MC nr. 21/1978, blz. 638). Festen heeft in zijn gedenkboek\* laten zien, hoe sterk de Maatschappij in de na-oorlogse periode betrokken raakte bij sociaal-politieke en sociaal-economische vraagstukken. De organisatie van het ziekenfondswezen was niet los te zien van de totale ontwikkeling van de sociale zekerheid, die toen sterke en nieuwe impulsen kreeg. Contacten kwamen tot stand met het organisatieleven op sociaal terrein, met name met de Stichting van de Arbeid. Men moest zich vertrouwd maken met de consequenties van inflatoire tendenzen en later een juiste blik krijgen op de reële welvaartsstijging, zich o.a. realiserend in de vorm van sterke uitbreiding der medische voorzieningen. De aanpassing van de loongrens deed de emoties soms hoog oplopen. De honoreringsproblematiek moest worden gezien in samenhang met de inkomenspositie van vergelijkbare groeperingen. De onzekerheid met betrekking tot het zoeken van nieuwe wegen op het gebied van de lange termijnvoorzieningen met name ten behoeve van de oude dag.

### Sociaal-politieke oriëntatie

Het is begrijpelijk, dat de leidinggevende figuren in diverse



medische tuchtcolleges behoefte gevoelden aan nadere oriëntatie op terreinen, die zij niet van huis uit kenden. Zij zagen dat de werkgevers- en werknemersorganisaties studiebureaus aan hun secretariaten hadden verbonden. Zou ook voor hen zulk een ondersteuning van belang kunnen zijn? Een commissie van representanten van het hoofdbestuur en de maatschappelijke verenigingen kreeg tot taak na te gaan of zulk een verbreding van het Maatschappijsecretariaat aantrekkelijk kon worden geacht. Voor haar arbeid had deze commissie behoefte aan gedetailleerde inlichtingen over het functioneren van de reeds genoemde studiebureaus in het sociale organisatieleven. Men heeft zich toen tot de secretaris van de Stichting van de Arbeid gewend, die men reeds in de Ziekenfondsraad had leren kennen en die van zijn post uit zicht had op het functioneren van de centrale organisaties van ondernemers, middenstanders, landbouwers en werknemers, welke in de Stichting samenwerkten.

Op 1 mei 1957 heeft hij in een voordracht voor de commissie het gevraagde overzicht verschaft en daaraan enkele ideeën verbonden over de wijze waarop zijns inziens de Maatschappij een en ander zou kunnen opzetten. Later, toen de commissie de oprichting van een sociaal-economisch bureau tot stand moest brengen, heeft zij hem niet alleen verzocht als adviseur dit werk te willen begeleiden, maar tevens ondershands te kennen gegeven dat men zijn sollicitatie naar de leiding van het nieuwe bureau op prijs zou stellen.

De functie van secretaris van de Stichting van de Arbeid was, in het hart van het sociale leven, zeer boeiend. De sollicitatie bleef dus achterwege tot zich later een onverwachte ontwikkeling voordeed. Om redenen die hier onvermeld kunnen blijven besloot het Bestuur van de Stichting van de Arbeid tot opheffing van zijn eigen, zelfstandige secretariaat – dat was de secretaris plus vijf medewerkers. Het secretariaatswerk zou in den vervolg door het bureau van de Sociaal-Economische Raad worden verricht. In een laat stadium heeft de betrokkene, de heer Brandes, toen toch nog op de advertentie gereflecteerd. Bij de sollicitanten was er geen die voor de nieuwe functie zoveel ervaring uit het sociale organisatieleven zou meebrengen en die reeds met het ziekenfondswezen vertrouwd was geraakt door langjarig lidmaatschap van het topcollege.

Brandes werd in 1959 benoemd tot directeur van het sociaal-economisch bureau, een van de stuwende krachten in deze vernieuwing.

\* Dr. H. Festen, 125 jaar geneeskunst en maatschappij, 1974.

## Het Sociaal-Economisch Bureau

Dit nieuwe bureau kreeg een plaats naast de reeds bestaande secretariaten van de maatschappij en de maatschappelijke verenigingen, want het zou aan alle vier dienstbaar moeten zijn. In een afzonderlijke Raad van Beheer van het Sociaal-Economisch Bureau namen een lid van het hoofdbestuur van de KNMG en de voorzitters van de maatschappelijke verenigingen zitting. Vooral in de beginperiode kwam de Raad van Beheer frequent bijeen en aan het eind van het eerste jaar kon de toenmalige voorzitter, Dr. (thans professor) C. L. C. van Nieuwenhuizen constateren dat de directeur erin was geslaagd aan het SEB een eigen gestalte en plaats te geven. Welbewust kreeg het bureau een sociaal-economische en geen privaat-economische taak. Het was gericht op het bredere verband, de inschakeling van de artsen in het hele maatschappelijk bestel, en niet op de honoreringsproblematiek. Daartoe hadden de LHV en LSV de medewerking van accountantsbureaus. Wel werden soms ook bij de honorering de bredere verbanden actueel. Zo heeft het SEB bevorderd dat bij de periodieke honoreringsonderhandelingen niet langer met ad hoc bedachte argumentaties zou worden gewerkt, maar dat centraal zou komen te staan dat ook de artsen zouden moeten delen in de welvaartsontwikkeling. Destijds waren er nog weerstanden te overwinnen om daarbij indexcijfers inzake de arbeidslonen als maatstaf te hanteren. Later sloeg dit om en werd het trendbeleid een vanzelfsprekende zaak, een soort natuurrecht. Maar blindelings kan men niet lang aan het handje van bepaalde cijfers blijven lopen – de sociaal-economische grondproblemen keren vroeg of laat weer terug, ze zijn nooit tot definitieve oplossingen te brengen.

## EEG-problemen

In die aanloopperiode begon reeds een materie om aandacht te vragen, die later zeer veeleisend zou worden. Een symbiose van economische en medische motieven was in de kiem te vinden in een der hoofdstukken van het Verdrag inzake de Europese Economische Gemeenschap. Ook op

het terrein van de gezondheidszorg zou een 'gemeenschappelijke markt' tot stand moeten worden gebracht – een perspectief dat eensdeels de vrees voor technocratisch ingrijpen van nieuwe, ver weg opererende machthebbers opriep, maar dat anderdeels in toenemende mate inspiratie ontving uit het helaas weggeëbde besef van de rijkdom der ene Europese cultuur.

Om de nodige invloed op dit proces te kunnen uitoefenen, riepen de artsenorganisaties van de toen nog zes partnerlanden het Permanente Comité van de artsen der EEG in het leven, volgens de plannen met een jaarlijkse wisseling van voorzitterschap en secretariaat. In het wereldwijde verband van de WMA hadden de Zes elkaar al meermalen ontmoet, maar nu was een intensieve medisch-organisatorische onderlinge kennismaking geboden om ondanks alle verschillen tussen een ieders voorkeur voor de eigen nationale vormgeving tegenover Brussel een gelijkgericht geluid te kunnen laten horen. Het secretariaat van de Nederlandse EEG-commissie en van de EEG-delegatie naar het Comité Permanent nam Brandes toen onder zijn hoede.

Internationale vergaderingen verlopen traag, vooral in het beginstadium als de deelnemers nog niet op elkaar zijn ingeschoten en men nog opziet tegen de hoge kosten van simultaanvertalingen. De Franse Confédération behartigde als eerste het presidiaat, en niet één maar twee jaar.

Toen volgde Nederland, met Landsheer als voorzitter van het CP, Van Nieuwenhuizen als secretaris-generaal en Brandes als verantwoordelijk man voor de omvangrijke secretariaatswerkzaamheden, die met het lopende SEB-werk zo goed en zo kwaad als dat ging moesten worden gecombineerd. Pas na drie jaar rouleerde het presidiaat naar Duitsland en kon Brandes zich opnieuw op het inmiddels wel in de verdrukking geraakte SEB-werk gaan concentreren.

## Gespecialiseerd secretariaatswerk

Moge in het begin gedacht zijn aan een wetenschappelijk bureau, later werd wel duidelijk dat dit een luxe was, die zelfs een financieel sterke

beroepsorganisatie zich niet kon veroorloven. De wetenschappelijke bewerking van de economische vraagstukken op het gebied der gezondheidszorg, die nog in de kinderschoenen stond, zou een andere aanpak vergen dan één man met zeer bescheiden assistentie tot stand kan brengen – dat kunnen wij thans wel aflezen aan instellingen als het NZI of de universitair verrichte werkzaamheden.

De wijdse titel van directeur impliceerde niet dat er veel te dirigeren viel. Ook menselijk is het niet doenlijk, temidden van zwaar belaste secretariaatscollegae, zich rustig aan zijn wetenschappelijke interesses te wijden. Het SEB werd een bureau voor gespecialiseerd secretariaatswerk, zich hoedend voor de kaleidoskopische wisseling van de detailproblematiek van alledag met daardoor enige ruimte voor bezinning, maar wel zijn deel leverende aan het tijdrovende vergaderwerk en op bepaalde terreinen aan de vele bezigheden die van een secretariaat worden verlangd.

Wat dit laatste betreft: het was duidelijk, dat de Maatschappij de ervaring van zeven jaar lidmaatschap van de Ziekenfondsraad niet verloren heeft willen laten gaan, zodat vele ziekenfondsangelegenheden, in samenspel met de desbetreffende collegae der maatschappelijke verenigingen, bij het SEB terecht kwamen, gepaard gaande met commissiewerk en later met een nieuwe periode van Raadslidmaatschap, nu niet als representaat van het bedrijfsleven maar van de medewerkers. Een andere vorm van solidariteit met het totale secretariaatswerk ontstond door het voor bepaalde taken (bijvoorbeeld het secretariaat van de commissie voor kadervorming) uitleenen van de aan het SEB verbonden assistent, natuurlijk met het gevolg dat hij minder tijd aan eigenlijk SEB-werk kon geven.

## Pensioenproblemen

Gespecialiseerd secretariaatswerk: een van de grote werkgebieden werd de problematiek van de oudedagsvoorziening. Jaren lang is daarover binnen de Maatschappij gediscussieerd, ook dit valt in het boek van Festen (blz. 576) na te lezen. Het ging o.a. over een verplicht of een

vrijwillig systeem van pensioenvoorziening. Het SEB kon bijdragen tot doorbreking van de impasse door te laten zien dat een klein begin zou kunnen uitgroeien tot een brede deelname, die later met een verplichtstelling zou kunnen worden afgerond. Dat kleine begin zou bestaan in een eigen levensverzekering, in eigen beheer of bij een andere verzekeraar ondergebracht. Het werd – zoals bekend – een eigen onderlinge, al moest daarvoor een miljoen aan aanvangskapitaal worden bijeengebracht. De thans helaas overleden Tilburgse huisarts Van Goor en de veel te jong gestorven actuaire Welten hebben met de directeur van het SEB en anderen de OLMA tot stand gebracht. Omdat de OLMA niet onmiddellijk zelfstandig kon optreden, werd een voorlopige voorziening getroffen, waarbij eind 1965 het SEB omgetoverd was in een zaakje dat, geruggesteund door een verruiming van de fiscale aftrek van pensioenpremies, in de tweede helft van december reeds dadelijk een premiebedrag van ruim een miljoen gulden van de deelnemende artsen in ontvangst kon nemen. Sneller dan verwacht kon worden, openden zich toen, op basis van een rapport van de ministeriële commissie Van der Ven, perspectieven inzake een verplichte pensioenregeling voor huisartsen en specialisten, bij welke voorbereiding ook het SEB betrokken was. Binnen dezelfde gespecialiseerde tak van werkzaamheden ligt ook allerlei arbeid, die Brandes toeviel toen besloten was voor het personeel van de KNMG een eigen modern opgezet ondernemingspensioenfonds tot stand te brengen, de Stichting Pensioenfonds KNMG. Daarbij werden, uitgewerkt door de reeds genoemde actuaire Welten, nieuwe wegen bewandeld, echter slechts halverwege, want na enige tijd werd duidelijk dat – mede in verband met de onverwacht heftige inflatie – aansluiting bij het PGGM te prefereren was. Er bleek een vorm te kunnen worden gevonden waarbij de vóór 1970 bestaande personeelsvoorzieningen die inmiddels met het eigen pensioenfonds geïntegreerd waren, tezamen met de na 1970 opgebouwde pensioenen, met terugwerkende kracht omgezet konden worden in PGGM-aanspraken. Bevestigd werd

de ervaring dat pensioenproblematiek gecompliceerd en tijdrovend is.

### Een organisatorische verandering

De figuur van een apart sociaal-economisch bureau is later verdwenen. Dat hing samen met externe adviezen, welke de Maatschappij ontving over de organisatie van het secretariaat. De taak van de organisatiedeskundigen beperkte zich tot de Maatschappij in engere zin, dus exclusief de bureaus der maatschappelijke verenigingen. Zij keken daarbij ook aan tegen het buiten alle hiërarchische lijnen staande SEB, met een Raad van Beheer boven zich, die vrijwel nimmer meer bijeen kwam. Want toen het bureau eenmaal op dreef was gekomen, bestond er weinig reden meer apart te vergaderen met personen wier agenda's reeds overvuld waren en die in andere opstellingen veelvuldig werden ontmoet.

De Raad van Beheer heeft toen een nota in het HB gebracht, waarin deze met opheffing van het SEB instemde mits dit tot een organisatorische verandering beperkt bleef, zodat de directeur zijn taak kon blijven vervullen, daarbij – gezien de omvang – bijgestaan door hulpkrachten. Met andere woorden: de feitelijke gang van zaken zou moeten blijven gehandhaafd. Organisatorisch zouden twee titels in de plaats kunnen treden van de aanduiding 'directeur van het SEB', namelijk secretaris-econoom en adviseur voor ziekenfondszaken. Uiteraard vermeldde de Raad van Beheer niet, hoe dit verder zou moeten worden uitgewerkt, want die vraag lag buiten zijn taak. In het hoofdbestuur rees over die nadere uitwerking wel de vraag of de directeur straks rechtstreeks onder het HB werkzaam zou zijn. Brandes zelf had voor de organisatorische kout weinig interesse. Hem ging het erom dat hij zijn werk kon blijven doen. Hij had noch als secretaris van de Stichting van de Arbeid, noch als directeur SEB gewerkt onder een directe chef en vond het geen gemis dat de Raad van Beheer SEB zelden bijeenkwam. Hij zou echter, als dat materieel aan zijn werk geen afbreuk zou doen, in formele zin hebben aanvaard te werken onder de toenmalige secretaris-penningmeester Dekker, mits een aantal afspraken de gewenste garanties zouden hebben

gegeven.

Het HB vond de gedachtengang van de Raad van Beheer wel acceptabel, maar constateerde dat de nota van de Raad van Beheer afweek van de oplossing welke in het rapport van de organisatiecommissie was genoemd. Het achtte zich verplicht over het voorstel eerst de mening van deze commissie in te winnen. Die reactie werd nooit ontvangen, dus een besluit tot opheffing van het SEB is nimmer genomen. Het SEB is verdwenen zonder opheffing, dus zonder uitwerking van de hiërarchische consequenties.

De twee gesuggereerde titels en de verdere inhoud van de nota van de Raad van Beheer vormen het kompas waarop Brandes sindsdien heeft gevaren. Dat zulk een 'vrij beroep in dienstverband' – de eigen typering van Brandes – geen ideale figuur vormt behoeft geen betoog, uit de onzekerheden die dan ontstaan kan gemakkelijk stress resulteren, een van de risicofactoren van het hartinfarct. Brandes zelf staat overigens op het standpunt dat het ergste wat een secretaris kan overkomen, is dat een van zijn bestuursleden door een hartinfarct wordt neergeveld. Want het is de verantwoordelijkheid van een secretaris aan de bestuursleden zoveel werk te ontnemen, dat een leefbare taak overblijft. Ook toen de vlag van het SEB was gestreken, ging het werk door.

Een tijdlang experimenteerde het HB met de figuur van een opsplitsing in drie secties onder meer een sectie voor sociaal-economische vraagstukken, zodat het pleno-HB zich tot hoofdzaken zou kunnen beperken. Dat dit sectiesysteem na enkele jaren weer verdween omdat het niet voldeed, was niet aan genoemde sectie toe te schrijven. Daarin kwamen bestuursleden bijeen, die enige affiniteit gevoelden voor de bredere problematiek van de plaats van de gezondheidszorg in het geheel van verlangens der consumenten. Dat is overigens een formulering, die gecompliceerde zaken te eenvoudig weergeeft. Want in de praktijk heeft men niet te maken met de vele 'consumenten' die de arts in zijn praktijk ontmoet, maar met degenen die zich opwerpen als woordvoerders van de consumenten. Dus niet met de zwijgende meerderheid maar met diegenen die menen haar gevoelens te kunnen vertolken en dat betekent in de praktijk dat alleen dingen die fout

zijn gegaan interessante gespreksstof opleveren. De krant vermeldt ontslagen, geen aanstellingen. In de sociaal-economische sectie werd ervaren dat niet te veel naar de zogenaamde publieke opinie zou moeten worden geluisterd, maar dat belangrijker was zelf een poging te doen door te stoten naar de grondfactoren.

### Volksverzekering

Veel aandacht vergde in latere jaren ook het vraagstuk van de volksverzekering. Een SER-commissie hield zich geruime tijd daarmee bezig. Ook de Maatschappij was in deze commissie vertegenwoordigd. Effectief kan zulk een vertegenwoordiging alleen maar zijn als voldoende contact met de achterban kan worden gehouden, dus als de representant terug kan vallen op een begeleidingscommissie die toegerust is met een adequaat secretariaat. Uit de kringen der Maatschappij is toen een voorstel

geboren, dat het vraagstuk van de volksverzekering verder had kunnen brengen. Maar de meerderheid van de commissie en later van de SER wilden een grotere stap doen, en dat leidde tot een voorstel dat – overigens door niemand voorzien – onhaalbaar bleek te zijn.

★ ★ ★

Het voorgaande bevat een weergave van een aantal hoofdpunten, waarvoor een econoom die met de artsen heeft willen meedenken zich gesteld zag. Brandes arriveerde in een periode, toen de ongekende welvaarts-groei velen tot de gedachte bracht dat op het gebied van de gezondheidszorg geen plaats behoorde te worden ingeruimd voor economische overwegingen en beperkingen (wat niet belette dat tot vervelens toe werd gepraat over kosten die de pan uitrijzen). Hij gaat heen nu men de economie weer serieus gaat nemen. De vormende

krachten die op hem hebben ingewerkt, waren twee wereldoorlogen met daartussen een periode, welke Carr getypeerd heeft als 'the twenty years crisis'. De na-oorlogse periode beloofde een periode van opbouw te worden. Werkgevers en werknemers zouden samenwerken in plaats van elkaar in de haren te vliegen. Een sterke groei van het verteerbaar inkomen ging gepaard met grotere sociale zekerheid dan ooit tevoren. In het maatschappelijk bestel leek het vrije organisatieleven een brug te kunnen slaan tussen extreem individualisme en te groot collectivisme. Het leek een voorrecht daaraan zijn krachten te kunnen wijden. Die opbouw heeft plaats gevonden, maar het dominerende levensgevoel had vooral oog voor datgene wat nog niet werd bereikt. Vraagt men Brandes wat hij na zijn pensionering gaat doen, dan is de gelegenheid over het zojuist aangevoerde vraagstuk eens grondig te kunnen nadenken voor hem een wenkend perspectief.

## UNIVERSITAIRE BERICHTEN

*A. M. H. van Leeuwen*, aan de Vrije Universiteit van Amsterdam; proefschrift: 'Kort en krachtig? Een exploratief-empirisch onderzoek naar de functie en het functioneren van het noodbed in de acute psychiatrie'. Promotor: Prof. Dr. P. C. Kuiper.

*W. B. H. Lustermans*, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Sonographie van nieren en andere buikorganen. Een klinisch en experimenteel onderzoek van 500 patiënten'. Promotor: Prof. Dr. J. Gerbrandy.

*J. C. Netelenbos*, aan de Vrije Universiteit Amsterdam; proefschrift: 'Bij schildklier-functie bij urinesteen-patiënten. Hypothese-vormend onderzoek over idiopathisch urinesteenlijden'. Promotor: Prof. Dr. C. van der Meer.

*L. G. Poels*, aan de Katholieke Universiteit Nijmegen; proefschrift: 'Release of antigens and immunogenicity versus the host response during infection with a rodent malaria parasite'. Promotor: Prof. Dr. C. Jerusalem.

*J. K. Radder*, aan de Rijksuniversiteit Leiden; proefschrift: 'Early stages of diabetes mellitus'. Promotor: Mw. Dr. J. Terpstra.

*J. C. Roos*, aan de Vrije Universiteit Amsterdam; proefschrift: 'Cardiac construction Defects'. Promotor: Dr. A. J. Dunning.

*H. J. M. van Rossum*, aan de Rijksuniversiteit Groningen; proefschrift: 'Medisch onderwijs: wegen zoeken wegen'. Promotor: Prof. Dr. H. J. Huisjes.

*T. A. W. Splinter*, aan de Universiteit van Amsterdam; proefschrift: 'Studies on non-Hodgkin lymphomas'. Promotor: Prof. Dr. J. J. van Loghem.

*Y. I. Tjandra*, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Renaal zoutverlies bij chronische nierinsufficiëntie. een adaptieve reactie op waterretentie'. Promotores: Prof. Dr. J. Gerbrandy en Dr. M. A. D. H. Schalekamp.

*M. H. Umar*, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Aspects of the

pathogenesis of the Rauscher Murine Leukemia Virus Infection'. Promotor: Prof. Dr. G. Wielenga.

*H. van Urk*, aan de Erasmus Universiteit Rotterdam; proefschrift: 'Massive non-variceal bleeding in patients with cirrhosis'. Promotores: Prof. Dr. H. Muller en Prof. Dr. H. van Houten.

*W. J. F. van der Vijgh*, aan de Vrije Universiteit Amsterdam; proefschrift: 'Digoxin in patients on chronic intermittent hemodialyses. Some pharmacokinetic aspects'. Promotor: Prof. Dr. C. van der Meer.

*D. Zaai*, aan de Universiteit van Amsterdam; proefschrift: 'A study of the prevalence and implications of hypolactasia in Surinam's Bushnegro-children'. Promotor: Dr. R. Luyken.

# Zeven jaar dagverpleging in verpleeghuis 'Kalorama'

Sinds 1968 heeft een aantal verpleeghuizen een dagverpleging. De betreffende afdelingen zijn opgericht voor verpleeghuispatiënten die geen continue begeleiding van het verpleeghuis behoeven maar slechts zorg gedurende enkele uren of dagen per week. Voor de opzet van deze afdelingen is gebruik gemaakt van ervaringen die men in Engeland had. Als voordelen van dagverpleging worden gezien:

1. het ontslag van de patiënt uit verpleeghuis of ziekenhuis kan worden vervroegd;
2. opname van de patiënt in het verpleeghuis kan worden voorkomen dan wel uitgesteld;
3. de patiënt kan zich langer en ook beter in zijn eigen milieu handhaven door ontlasting van de verzorgers;
4. de patiënt krijgt een behandeling zonder dat hij daarvoor hoeft te worden opgenomen.

De Ziekenfondsraad en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen hebben het vraagstuk van dagverpleging bestudeerd en een positief advies uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid en Milieuhygiëne. Een wettelijke regeling van dagverpleging is sinds 1 juli 1977 gerealiseerd. De dagverpleging is nu opgenomen in het verstrekkingspakket van de AWBZ. Verpleeghuis 'Kalorama' heeft sinds 1970 een afdeling dagverpleging. Dit verslag geeft een overzicht van zeven jaar dagverpleging in 'Kalorama', waarbij gebruik wordt gemaakt van gegevens van Van Hasselt en Drayer-van Kalmthout over de eerste 2 1/2 jaar. Tevens zal de eerste periode

door **Marjan Enders en Lambert Peters**



De eerste auteur, verpleegkundige, werkt als hoofd van de dagverpleging, de tweede auteur, semi-arts, als co-assistent verpleeghuis in het verpleeghuis 'Kalorama' te Beek bij Nijmegen (directeur J. J. M. Michels).

(periode I: 31 augustus 1970 t/m 31 december 1972) worden vergeleken met de tweede periode (periode II: 1 januari 1973 t/m 31 december 1976).

## Indicatie voor opname

Voor opname in de dagverpleging komen in aanmerking verpleegbehoefte patiënten die van de diensten van het verpleeghuis gebruik willen maken. Van belang is het volgende:

- a. de patiënt moet vervoerd kunnen worden;
- b. de opvang thuis moet voldoende gewaarborgd zijn.

De patiënten worden ingedeeld in de volgende categorieën:  
– reactiveringspatiënten

Dit zijn patiënten, die gebruik maken van fysiotherapie, ergotherapie of logopedie. Zij behoeven over het algemeen een kortdurende behandeling.

– chronische patiënten

Deze groep omvat:

- a. patiënten die alleen onderhoudstherapie nodig hebben;
- b. patiënten die door hun handicap zo geïsoleerd leven dat zij door eenzaamheid of verwaarlozing dreigen te decompenseren. Bij deze patiënten speelt het sociale aspect een rol. Het huiselijk milieu wordt tijdelijk ontlast en de patiënt wordt uit zijn isolement gehaald.

– overige patiënten

Dit zijn:

- a. patiënten die op de opnamelijst staan voor een verpleeghuis of bejaardenhuis maar die nog niet direct opgenomen kunnen worden. De tijd die zij op de dagverpleging doorbrengen dient ter overbrugging;
- b. patiënten die ten gevolge van hun handicap psychisch zijn gedecompenseerd. Getracht wordt bij deze patiënten te bereiken dat zij aangepast in het eigen milieu of een gezinsvervangend thuis opgenomen. In de praktijk zijn deze drie categorieën moeilijk van elkaar te scheiden, daar een patiënt zowel tot de ene als tot de andere categorie kan behoren.

## Accommodatie, werkwijze en dagindeling

### Accommodatie

De afdeling kan per dag 30 patiënten ontvangen. De ruimtelijke voorzieningen bestaan uit:

- dagverblijf (15 bij 8 m),
- drie rustkamers (totaal 11 bedden),
- spreekkamer;
- kantoor;
- keuken;

De sanitaire voorzieningen bestaan uit:

- badkamer met toilet;
- douchecel;
- spoelruimte;
- twee toiletten, waarvan één rolstoeltoilet;
- werkkast.

De patiënten maken gebruik van alle diensten die het verpleeghuis biedt, te weten:

- medische dienst;
- laboratorium;
- fysiotherapie;
- logopedie;
- ergotherapie;
- creatieve therapie;
- maatschappelijk werk;
- tandarts;
- pedicure;
- kapper;
- administratie.

Het personeel bestaat uit:

- 1 verpleegkundige, tevens hoofd;
- 3 gediplomeerde ziekenverzorgsters;
- 1 aspirant leerling-ziekenverzorgster;
- 1 part-time verzorgingsassistente.

Voor het vervoer zijn twee voor rolstoelen aangepaste busjes aanwezig. Voorts wordt gebruik gemaakt van de diensten van een plaatselijk taxibedrijf. Een aantal patiënten zorgt voor eigen vervoer. Bijdragen in de kosten werden tot 1 juli 1977 verkregen vanuit de Algemene Bijstandswet, de WAO en eigen bijdragen van patiënten en verpleeghuis zelf. Sinds 1 juli 1977 worden de kosten van dagverpleging door de AWBZ gedragen.

#### Werkwijze en dagindeling

Elke aanvraag tot opnemning is gericht aan de verpleeghuisarts. De aanvraag wordt ingediend door de behandelend arts, is dat niet de huisarts, dan wordt de huisarts altijd bij de aanvraag betrokken.

Na de aanvraag volgt een huisbezoek door het hoofd van de afdeling. Enerzijds verstrekt zij inlichtingen aan patiënt en familie, anderzijds krijgt zij de nodige informatie over de

situatie van de patiënt. Zij spreekt af wanneer de opnemning plaats vindt. Op de dag van opnemning stelt de afdelingsarts een voorlopig behandelingsplan op. Dit gebeurt in overleg met het hoofd van de afdeling en met de hoofden van de therapeutische afdelingen. De huisarts wordt altijd betrokken respectievelijk op de hoogte gesteld van de behandeling. De verantwoordelijkheid voor de medische zorg blijft bij de huisarts berusten, enerzijds om de nodige continuïteit te waarborgen, anderzijds omdat de patiënt het grootste deel van de week thuis is. Het aantal dagen dat de patiënt komt wordt bepaald en indien mogelijk de duur van de opnemning.

De patiënten worden 's morgens rond 9 uur van huis opgehaald. De reistijden variëren van 5 tot 50 minuten. Afhankelijk van het behandelingsschema gaat men na een kop koffie naar de fysische therapie, creatieve therapie, logopedie of ergotherapie. Een kleine groep blijft op de afdeling voor een bad- of douchebeurt of voor verpleegkundige behandeling. In het dagverblijf bestaat de mogelijkheid bezig te zijn met lezen, spelletjes doen, radio luisteren of t.v. kijken via de videorecorder. Omstreeks 12 uur gebruikt men de warme maaltijd, waarna men zo nodig een uur op bed kan rusten. 's Middags volgt een zelfde programma als 's morgens. Tegen 17.00 uur wordt iedereen weer naar huis gebracht. Enkele keren per jaar wordt er voor de patiënten een busmiddag georganiseerd naar een door henzelf te bepalen doel. Af en toe wordt er een een- of meerdaags uitstapje georganiseerd voor patiënten met hun echtgeno(o)t(e)n.

#### Onderzoek

De cijfers die hierna volgen hebben betrekking op de periode van augustus 1970 t/m december 1976.

Het totaal aantal opnemingen bedroeg 382, waarvan 49 heropnemingen. In periodes verdeeld: periode I: 164, waarvan 16 heropnemingen, periode II: 218, waarvan 33 heropnemingen. Gedurende 6 1/2 jaar zijn de patiënten afkomstig geweest van 71 huisarts(praktijk)en, hiervan waren er 51 uit Nijmegen en Beek en 20 uit buitenpraktijken. Hoeveel patiënten er per huisarts werden aangeboden blijkt uit *tabel 1*. In de status van twee

patiënten is de naam van de huisarts niet vermeld.

Samengevat: 23 huisartsen verwezen tussen de 0 en 5, 26 huisartsen tussen de 5 en 15; 3 huisartsen respectievelijk 15, 16 en 17 patiënten door. De drie laatsten hebben een hoog aantal bejaarden in hun praktijk. Eén huisarts verwees 47 patiënten; het betreft hier een grote praktijk in de directe nabijheid van het verpleeghuis.

*Tabel 1. Aantal naar 'Kalorama' verwezen patiënten per huisarts*

huisartsen	patiënten	totaal
6	0	0
3	1	3
4	2	8
5	3	15
5	4	20
6	5	30
2	6	12
2	7	14
6	8	48
3	9	27
2	10	20
3	11	32
2	12	24
0	13	0
0	14	0
1	15	15
0	16	
2	17	34
1	47	47
huisarts met buitenpraktijk		
20	31	31
74		380

Na de oprichting van de dagverpleging verwees deze huisarts direct patiënten door, terwijl verschillende huisartsen pas laat hiermee begonnen, hetgeen dit grote aantal verklaart.

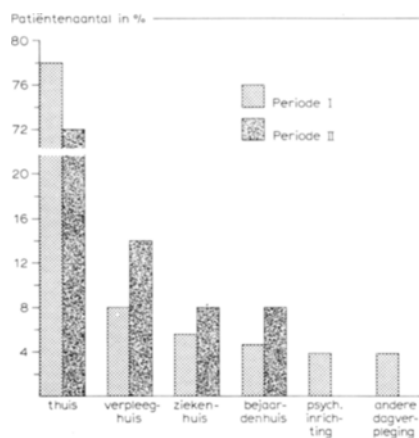
De verwezen patiënten bezaten allen, op een enkele uitzondering na, een reële indicatie voor dagverpleging. Uit het gegeven dat vanuit een aantal huisartsenpraktijken niet tot zeer weinig verwezen is mag men concluderen dat er nog een groot aantal patiënten voor dagverpleging in aanmerking komt zonder dat zij van deze voorziening gebruik maken.

De overgrote meerderheid komt rechtstreeks van huis (*tabel 2* op volg. blz.). Tussen de beide periodes zijn geen grote verschillen.

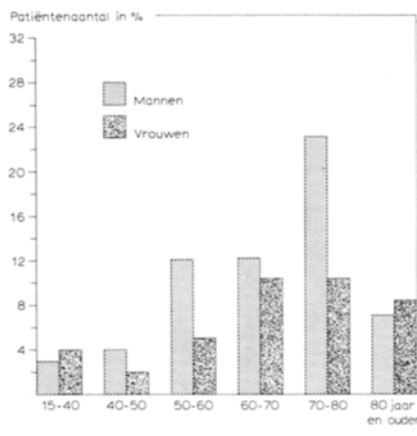
Wat de leeftijdsverdeling (*tabel 3*, op volg. blz.) betreft valt op dat er bij de



Tabel 2. *Herkomst van patiënten*

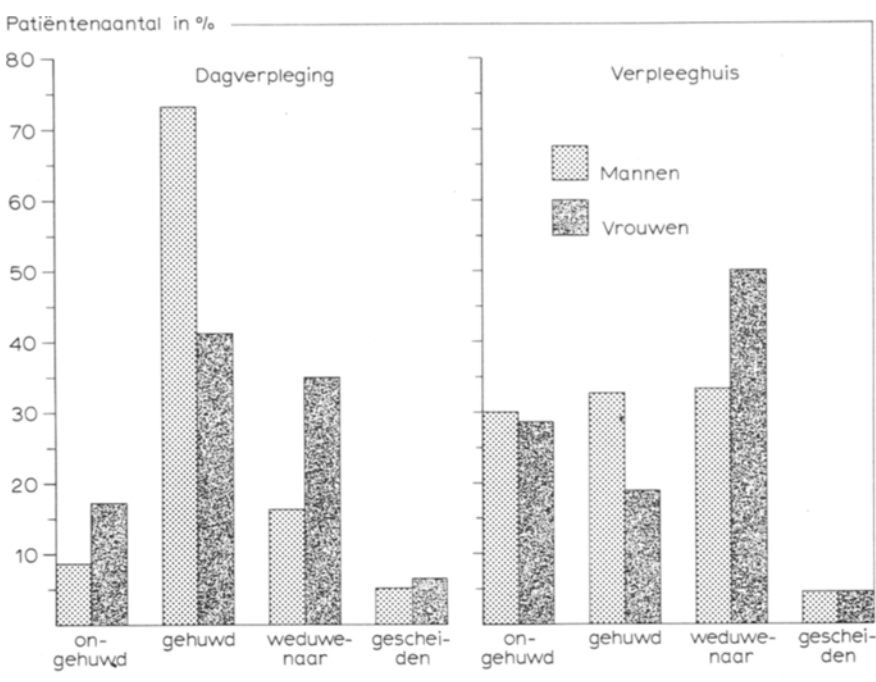


Tabel 3. *Leeftijdsverdeling (periode I en II samengevat)*



mannelijke patiënten een maximum te zien is in de leeftijdsgroep 70-80 jaar en dat het aantal vrouwelijke patiënten tussen 50-80 jaar in de minderheid is. Het relatief grote aantal mannen wordt verklaard door het feit dat de zieke of invalide bejaarde man eerder thuis verzorging ontvangt dan de zieke of invalide vrouw, zoals blijkt uit tabel 4. Vergeleken is voorts de burgerlijke staat van patiënten in het verpleeghuis met die van patiënten in dagverpleging gedurende de tweede periode (tabel 5). Het is het vermelden waard dat er op de dagverpleging meer mannelijke patiënten kwamen dan in het verpleeghuis. Het bleek niet uitvoerbaar een verdeling per patiënt te maken van de opnamefrequentie per week, omdat het aantal dagen dat men per week is opgenomen in de loop van de totale

Tabel 4. *Burgerlijke staat patiënten in dagverpleging*



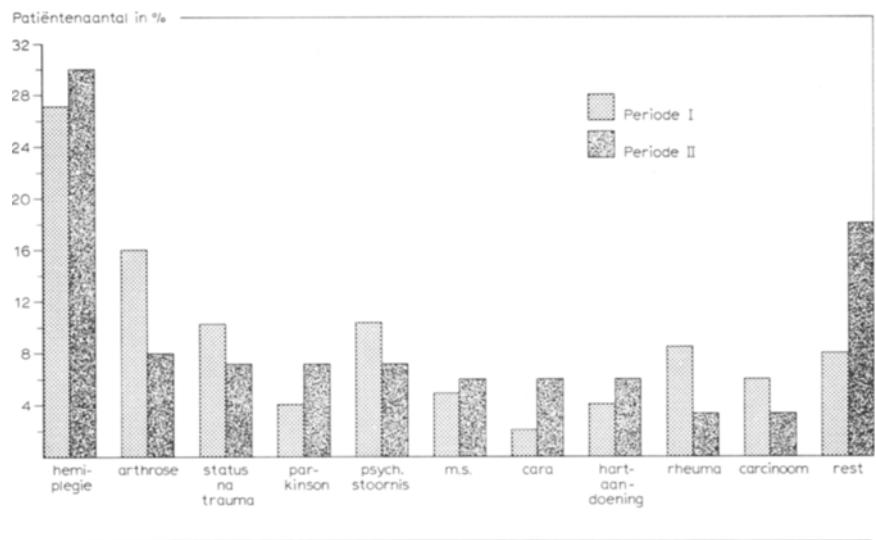
behandeling kan wisselen. De maximale opnemingscapaciteit bedraagt 30 personen per dag. Van het totaal aantal opnemingen werd opgenomen: gemiddeld één dag per week 5%; twee dagen per week 39%; drie dagen per week 29%; vier dagen per week 1%; vijf dagen per week 26%. Gemiddeld 50 personen maken per week gebruik van de dagverpleging.

Tabel 5. *Verhouding mannen-vrouwen in dagverpleging en verpleeghuis*

	dagverpleging	verpleeghuis
mannen .....	62%	35%
vrouwen .....	38%	65%

Wat de hoofdindicaties tot opname betreft (tabel 6) blijken de indicaties

Tabel 6



en de verdeling niet essentieel te verschillen met die van patiënten opgenomen in het verpleeghuis. De restgroep omvat ziekten die in minder dan 3% van de gevallen voorkomen. In de tweede periode is het aantal patiënten met artrose, reuma en carcinoom iets afgenomen, CARA-aandoeningen en de ziekte van Parkinson zijn iets toegenomen. In ongeveer 5% van de gevallen waarvoor een somatische opname-indicatie geldt speelt het sociale aspect een belangrijke rol. Uit tabel 7 blijkt van welke diensten van het verpleeghuis gebruik werd gemaakt. In periode II komen meer langdurig opgenomen patiënten voor, die relatief minder van de therapieën gebruik maken.

Tabel 7. Gebruik van paramedische en andere voorzieningen

	periode I	periode II
fysiotherapie .....	86%	71%
creatieve therapie ...	44%	42%
logopedie .....	12%	11%
laboratorium .....	25%	14%
bad- of douchebeurt		
douchebeurt .....	25%	25%
kapper .....	50%	50%

De opnemingsduur van ontslagen patiënten is weergegeven in tabel 8 (periode I) en tabel 9 (periode II). Beide tabellen zijn op de volg. blz. afgedrukt.

Door de tabellen 8 en 9 naast elkaar te leggen kunnen we de opnemingsduur in de eerste periode vergelijken met die in de tweede periode (tabel 10). Het blijkt, dat op de dagverpleging het aantal chronische patiënten, die een langdurige opneming nodig hebben, toeneemt. Het sociale aspect van hun opneming speelt een grote rol.

Tabel 11 laat zien waar de patiënten na ontslag naar toe gingen. Wellicht valt hieruit op te maken, dat voor 39% van onze patiënten dagverpleging een uitstel van opneming intramuraal heeft betekend.

Op 1 januari 1977 waren 41 patiënten opgenomen. De opnemingsduur van deze patiënten werd vergeleken met die van de 38 patiënten aanwezig aan het eind van de eerste periode (tabel 12, samengevat in tabel 13).

Tabel 8. Opnemingsduur periode I

	mannen	vrouwen	totaal
0-2 weken .....	9	11	20
3-12 weken .....	29	20	49
13-26 weken .....	20	17	37
27-39 weken .....	13	2	15
40-52 weken .....	3	1	4
> 1 jaar .....	-	1	1
	74	52	126

Tabel 9. Opnemingsduur periode II.

	mannen	vrouwen	totaal
0-2 weken .....	13	8	21
3-12 weken .....	39	24	63
13-26 weken .....	31	16	47
27-39 weken .....	15	10	25
40-52 weken .....	6	2	8
13-18 maanden ...	16	7	23
19-24 maanden ...	9	2	11
25-36 maanden ...	7	3	10
> 3 jaar .....	4	3	7
	140	75	215

Tabel 12. Verblifsduur eind periode I en eind periode II aanwezige patiënten.

	periode I			periode II		
	M	V	totaal	M	V	totaal
0- 2 weken .....	0	0	0	0	0	0
3-12 weken .....	10	4	14	5	1	6
13-26 weken .....	8	1	9	4	2	6
27-39 weken .....	5	2	7	2	0	2
40-52 weken .....	0	2	2	0	3	3
13-18 maanden .....	1	3	4	3	2	5
10-24 maanden .....	0	1	1	2	1	3
25-36 maanden .....	0	1	1	0	4	4
> 3 jaar .....	0	0	0	7	5	12
	24	14	38	23	18	41

Tabel 13. Verblifsduur eind periode I en eind periode II aanwezige patiënten (samenvatting).

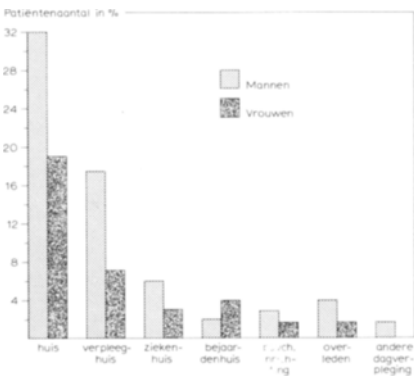
	Periode I	Periode II
< 1/2 jaar .....	23	12
> 1/2 jaar .....	15	29
< 1 jaar .....	32	17
> 1 jaar .....	6	24

Aan het eind van periode I was 16% van de patiënten langer dan een jaar opgenomen, aan het eind van periode II 59%. In de loop der jaren heeft zich dus een groep patiënten gevormd die als chronisch moet worden beschouwd.

Tabel 10. Opnemingsduur per periode

	periode I	periode II
< 1/2 jaar .....	106	131
> 1/2 jaar .....	20	84

Tabel 11. Bestemming patiënten na ontslag



Samenvatting en conclusies

De dagverpleging is in de belangrijkste plaats een ondersteuning van het eerste echelon. De meeste patiënten (51%) komen van huis en blijven na ontslag uit de dagverpleging thuis. De dagverpleging heeft een duidelijke functie van nazorg uit verpleeghuis of ziekenhuis. De dagverpleging is vooral van belang voor die reactiveringspatiënten en chronische zieken die een goede thuisverzorging hebben; zij voorkomt bij deze categorie totale opneming. Het merendeel van de patiënten komt twee à drie dagen per week. Er is nog een grote latente behoefte, gezien het aantal huisartsen dat (te) weinig patiënten verwees naar de dagverpleging.



## officieel

---

### KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

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

#### Dagelijks Bestuur

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

#### Secretariaat

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

Onder het secretariaat ressorteren o.a.:

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

#### Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)

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

#### Landelijke Specialisten Vereniging (LSV)

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

#### Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

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

#### Specialisten Registratie Commissie (SRC)

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

#### Sociaal-Geneskundigen Registratie Commissie (SGRC)

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

#### Huisarts Registratie Commissie (HRC)

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

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

Mevr. Mr. H. A. van Andel, secretaris van deze drie colleges;  
W. J. de Jager, secretaris van het Centraal College tot 1-6-1978;  
Mw. E. M. Dekker-Meelker, secretaresse.

#### Stichting Ondersteuningsfonds (OF)

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

#### Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (OLMA)

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

#### Stichting Beroepspensioenfonds Artsen (SBA)

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

## van het hoofdbestuur

### Obligaties uitgeloot

Van de 6% obligatielening KNMG zijn uitgeloot en per 1 mei 1978 à pari aflosbaar gesteld de hierna vermelde nummers:

62 obligaties (Blauw) à f 1000,—:

3	113	281	451	581	692	898	941
8	116	283	480	589	702	899	942
10	174	346	483	600	724	903	963
20	179	350	499	611	747	904	980
24	180	357	521	625	776	929	999
25	181	358	529	628	798	930	1002
35	184	372	557	648	834	938	
63	280	404	563	663	897	939	

56 obligaties (Geel) à f 500,—:

6	74	181	355	497	598	712
7	94	186	390	506	658	727
8	99	196	395	531	681	738
26	136	241	397	533	689	741
64	141	282	405	568	692	763
65	163	298	415	570	700	764
71	172	304	440	587	702	765
72	180	305	490	589	707	770

### Nieuwe inschrijvingen

De Specialisten Registratie der Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, heeft in de periode van 1 januari t/m 31 maart 1978 de navolgende specialisten ingeschreven:

#### Urologie

B. F. van Beever, Vinkenlaan 22, Wassenaar, per 29.11.1977  
H. Garibyan, 1e Jan Steenstraat 127", Amsterdam, per 29.11.1977  
G. P. Kwee, Vlieg 8, Haarlem, per 15.9.1977  
M. J. L. M. J. Willems, Antwerpsesteenweg 84, B-2500 Lier, België, per 1.7.1976

J. Zwartendijk, p/a Cederstraat 113, Alphen a/d Rijn, per 1.11.1977.

#### Verloskunde en gynaecologie

R. J. C. M. Beerthuizen, Modernalaan 24, Eindhoven, per 1.3.1978  
W. G. Egmond, Huygenslaan 20, Amersfoort, per 1.10.1977  
Dr. S. Friese, Koninginnelaan 9, Emmastad Curaçao, per 1.2.1978  
Mw. J. P. Holm, Korte Dreef 6, Haren, per 15.6.1977  
P. Klijs, van Speijk 126, Boxmeer, per 1.1.1978  
F. Kragt, Oude Hoven 11, Gorinchem, per 1.10.1977  
J. A. Lubbers, Zwanebloem 9, Leeuwarden, per 1.5.1977  
H. J. Nagel, Dammenlaan 17, 's-Hertogenbosch, per 1.10.1977  
M. Visser, Merodelaan 3, Uithoorn, per 1.10.1977  
Mw. S. van Zanten, Ierlandstraat 169, Haarlem, per 1.9.1977.

#### Neurologie

Dr. W. F. M. Arts, Amiranten 12, Capelle a/d IJssel, per 1.11.1977  
J. Z. van den Berg, Asterstraat 5, Katwijk aan Zee, per 1.10.1977  
C. L. Franke, De Mullender 24, Heerlen, per 1.10.1977  
E. Koning, Pieter Lastmanstraat 2, Meppel, per 1.11.1977  
G. J. Lambrechts, Bovenover 13, Amsterdam Nieuwendam, per 1.1.1978  
S. F. Lindeboom, Brunelstraat 26, Assen, per 1.1.1978  
G. J. van der Linden, Gijsbr. van IJsselsteinstraat Amsterdam, , per 1.11.1977  
R. T. Schoenmaker, Rijksstraatweg 8, Abcoude, per 1.11.1977  
D. van den Wijngaard, Corn. Evertsenstraat 80, Hilversum per 1.10.1977.

#### Psychiatrie

M. P. E. Arnoldus, Pres. Kennedylaan 17, Oegstgeest, per 1.1.1978  
N. A. van Bommel, Zilverdistel 1, Rotterdam, per 1.1.1978  
R. L. Brouwer, Nieuwe Gracht 149, Utrecht, per 1.1.1978  
Mw. W. J. H. Dries, Herwijnenplantsoen 100, Nieuwegein, per 1.1.1978  
A. L. Elsmann, Abrikozenstraat 222, Den Haag, per 15.10.1977  
J. Huisman, Hagelheldlaan 43, Eindhoven, per 15.1.1978  
S. de Jong, Zuiderpoortstraat 5, Enschede, per 1.6.1977  
R. E. Klijzing, Warffumerweg 6, Onderdendam, per 1.9.1977  
S. U. Leeuwenstein, Dennenoord E 57, Zuidlaren, per 1.9.1977  
W. A. Nolen, Ant. Duyckstraat 95, Den Haag, per 1.1.1978  
A. J. van Oosten, Stutterstraat 2, Hoensbroek, per 1.1.1978  
J. A. A. M. van de Sande, Raiffeisenlaan 25, Utrecht, per 1.11.1977  
H. Vuurmans, Predikherenkerkhof 12, Utrecht, per 1.1.1978  
H. V. Warnaar, Egelantiersstraat 40 b, Amsterdam, per 1.1.1978  
R. W. H. van der Weijden, Dalweg 90, Doorwerth, per 1.10.1977  
J. A. W. M. Weijzen, Kon. Willem III straat 5, Woudenberg, per 16.10.1977.

#### Zenuw- en zielsziekten

M. A. M. Bomhof, Weilustlaan 113, Breda, per 1.2.1978  
Mw. M. Cox-Klazinga, Viviënstraat 68, Den Haag, per 1.10.1977  
E. J. Kappers, Eilandenweg 24, Capelle a/d IJssel, per 1.10.1977  
Hiermede komt zijn inschrijving als neuroloog per 1.10.1975 te vervallen.  
J. A. F. Peeters, Molenstraat 140, Tilburg, per 1.9.1977.

#### Aantekening klinische neurofysiologie

K. van Baak, Hoog Barge 27, Eefde, per 1.1.1978  
E. J. Kappers, Eilandenweg 24, Capelle a/d IJssel, per 1.10.1975  
E. Koning, Pieter Lastmanstraat 2, Meppel, per 1.11.1977  
G. J. Lambrechts, Bovenover 13, Amsterdam Nieuwendam, per 1.1.1978  
R. T. M. Starrenburg, Ds. Kremerstraat 53, Heeze, per 1.11.1977  
F. W. Vreeling, De Steeg 4, Bemelen (L), per 1.1.1978  
R. Wielaard, Plantsoen 85, Leiden, per 1.1.1978



## Nieuwe inschrijvingen

De Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter Bevordering van de Geneeskunst heeft de volgende artsen ingeschreven in het register van erkend sociaal-geneeskundigen.

### Tak arbeids- en bedrijfsgeneeskunde

per 11 november 1977 (m) – A. L. Korteweg te Bunnik

### Tak jeugdgezondheidszorg

per 1 maart 1977 (m) – G. J. H. Beckers te Helvoirt

per 10 november 1977 (vr) – Mw. E. Schurink te Bussum

per 3 januari 1978 (vr) – Mw. D. de Waard-Preckel te Utrecht

### Tak verzekeringsgeneeskunde

per 21 november 1977 (m) – C. D. Hamel te Amsterdam

per 30 januari 1978 (m) – G. v.d. Gruiter te Woerden

### Tak algemene gezondheidszorg

per 3 oktober 1977 (m) – A. J. P. M. Peters te Valkenswaard

per 21 oktober 1977 (vr) – Mw. A. J. Voorwinden te Eindhoven

per 4 november 1977 (m) – W. Clay te Delden

per 7 november 1977 (m) – J. B. F. v. Hasselt te Hengelo

per 16 december 1977 (m) – J. K. Cherpanath te Bergschenhoek

per 1 januari 1978 (m) – Dr. E. R. de Winter te Rotterdam

### Tak bijzondere vormen van sociale geneeskunde

per 19 december 1977 (m) – H. R. Togtema te Winschoten



## Nieuwe inschrijvingen

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

**24 januari 1978** Universitair Huisartsen Instituut, Amsterdam  
UvA

Vollebergh, F. E. M. G., Kennemerlaan 198, IJmuiden

**24 januari 1978** Universitair Huisartsen Instituut Groningen  
Nicolai, H., Jozef Israëlsstraat 38, Groningen

**24 januari 1978** Universitair Huisartsen Instituut Leiden  
Franken, D. C., Oppenheimstraat 45, Leiden

**24 januari 1978** Universitair Huisartsen Instituut Rotterdam  
Jonge-Wubben, Mw. J. G. M. de, Schiedamseweg 168c, Vlaardingen

Wiel, M. C. van der, Voermanstraat 274, Gorinchem

**24 januari 1978** Universitair Huisartsen Instituut Leiden  
Bakker, D. W., Escamplaan 485, Den Haag  
Bruyn, A. H. Chr. de, Sneeuwbes 19, Leiden  
Eede, F. M. van, Paganinidreef 64, Voorschoten  
Horbach, J. M. L. M., Peppelhorst 6, Waddinxveen  
Snoeck-Koekkoek Mw., Van Imhoffstraat 20, Den Haag  
Snoeck, C. M., Van Imhoffstraat 20, Den Haag  
Vreijling, W. J. M., Burg. Elsenlaan 63, Rijswijk

**3 februari 1978** Universitair Huisartsen Instituut Amsterdam VU  
Brink, J. A., Daniel Stalpertstraat 82<sup>I</sup>, Amsterdam  
Dekker, J. K., De Patrijs 18, Vriezenveen  
Frölke, J. L. A., Voorhof 39, Hengelo (0)  
Graaf, G. A. de, Reinier Claeszenstraat 1-1, Amsterdam  
Kortekaas, J. P., Huidenstraat 20<sup>III</sup>, Amsterdam  
Nawijn, W., Willemsparkweg 200, Amsterdam  
Schiphof, T. T., Uilenstede 130-938, Amstelveen  
Terpstra, W., Marathonweg 9<sup>II</sup>, Amsterdam  
Zwart, F. S., Beatrixlaan 2, Ede

**3 februari 1978** Universitair Huisartsen Instituut Amsterdam  
UvA

Arnhem, Q. J. van, J. J. Cremerplein 56<sup>III</sup>, Amsterdam  
Bartlema-Wanrooy, B. S., 2e Helmersstraat 10<sup>II</sup>, Amsterdam  
Charbon, B., Oosterveld 58, Koog aan de Zaan  
Harmse, D. P., Vrijheidslaan 93<sup>II</sup>, Amsterdam  
Kok, J. A., Vasco da Gamastraat 40<sup>I</sup>, Amsterdam  
Pannekoek, W. G., Engelandlaan 114, Haarlem  
Vollebergh-Schmeets, Mw. A. O. M., Kennemerlaan 198, IJmuiden

**7 maart 1978** Universitair Huisartsen Instituut Rotterdam

Aalstein, P. A., Moezeldal 23, Capelle aan de IJssel  
Barnard, R. E., Stieltjesplein 6a, Rotterdam  
Es, H. van Schietbaanlaan 18 b, Rotterdam  
Nederlof, P., Bysterveld 43, Bergen op Zoom  
Oosterbos, M. L. E., Hulsdonksestraat 122, Roosendaal  
Patijn-Koudenburg, Mw. M. H., Oostmaaslaan 97, Rotterdam  
Spanjersberg, J., Spechtlaan 488, Vlaardingen  
Tauw, M. C., Antwerpenstraat 466, Breda  
Walsum, C. A. van, Lange Vore 33, Bavel  
Zuydveld, Mw. L. C., Keteldiep 35, Dordrecht

**7 maart 1978** Universitair Huisartsen Instituut Utrecht

Boesten, W. H., Eyckmanlaan 295, Utrecht  
Bredenoord, A. J., Lindenlaan 23, Groenekan  
Groot, P. de, Vlietweg 9, Epe  
Matla, Mw. W. E. H. M., Nettelhorst 76, Ede  
Pillen-Wissema, Mw. M. S. A., Kuifmees 34, Nieuwegein  
Poppelaars, J. J., Graafschappad 10, Son  
Roekx, L. C., Kleine Oosterwijk 25, Harderwijk  
Schoonbeek, C. H., Marterlaan 8, Son  
Slot, F. M., Vogelstraat 31, Hooge Zwaluwe  
Willemsen, P. E. J., Bloesemstraat 1, Utrecht

**7 maart 1978** Universitair Huisartsen Instituut Nijmegen

Damen, H. S. J. M., Striensestaaat 11, Rosmalen  
Dreverman, J. W. M., Wezelhof 4, Cuyk  
El Hreish, S. K., Csardasstraat 95, Nijmegen  
Franssen, J. A. G., Vijverlaan 57, Arnhem  
Kroon, G. C. M. de, Catharinastraat 14, Helvoirt  
Kurvers, A. A. M., Reyersstraat 22, Elst  
Nijnatten, W. A. M. van, Luybenstraat 28 A, Den Bosch  
Peters, W. G., Malvert 64-41, Nijmegen  
Reis, R. M. D. van der, Hatertseveldweg 107, Nijmegen  
Schmeetz, F. A. J., Beethovenstraat 13, Venray  
Somford, R. G., Venusstraat 26, Nijmegen  
Vlooswijk, C. A. J., Homoetstraat 29, Doornenburg

**8 maart 1978** Universitair Huisartsen Instituut Groningen

Beetstra, W. M., Van Harenstraat 29<sup>II</sup>, St. Annaparochie  
Berg, Mw. E. Ch. van den, Palasstraat 42, Emmeloord  
Boersma, Mw. G. T., Vletweide 192, Bunnik

Bosma, C., Oppenheimstraat 49, Groningen  
 Boven, C. van, Lagedijk 4, Wirdum  
 Bree, J. M. van, Voorste Kamp 59, Stadskanaal  
 Broekema, Mw. A. A., Ceintuurbaan W 59, Roden  
 Eijgelaar, H. R., J. J. v. Deinselaan 372, Enschede  
 Gankema, J., Van Sijsenstraat 13 h, Groningen  
 Heide, W. K. van der, Assumburg 14, Roden  
 Heijne, G. H. Dorps huisstraat 30, Nieuwe Pekela  
 Huffelen, Mw. J. M. van, Molenweg 16, Haren  
 Hulsstijn-Holtjer, Mw. G., Diephuisstraat 38a, Groningen  
 Koopman, H., Ypelobrink 18, Enschede  
 Numan-Remmen, Mw. M. J. G. L., Lodewijkstraat 8, Tub-  
 bergen  
 Ploeg, T. J. van der, De Bird 26<sup>III</sup>, Leeuwarden  
 Romeijn, W., Meidoornweg 56, Uithuizermeeden  
 Roukema, H., Balingerbrink 57, Emmen  
 Smid, A. M. J., Steenderkamp 8, Zuidwolde  
 Stolper, Chr. F., Reigerstraat 51, Hardenburg  
 Strop, D. C., De Zwaan 58, Dokkum  
 Sijsma, F. M., De Dilt 34, Emmen  
 Veer, W. J. van 't, Mieddijk 42, Menaldum  
 Voogd, R. A., Noorderspoorsingel 26 a, Groningen  
 Weterings, P. A., Rangakkerschans 46, Nieuweschans  
 Wichers, G. B., Kolfbaan 104, Bergum  
 Wolbers, A. J., Haaksbergerstraat 272, Enschede  
 Woudstra, J. G., Vormt 24, Lemmer.

**8 maart 1978** Universitair Huisartsen Instituut Amsterdam-VU  
 Duindam, J. M., Jacobijnenstraat 4, Haarlem  
 Warmenhoven, Mw. E., Ferd. Bolstraat 141<sup>II</sup>, Amsterdam

**5 april 1978** Universitair Huisartsen Instituut Amsterdam – UvA  
 Bon-Nijssen, Mw. K. L. M., Nassaukade 54, Amsterdam

Doorenbosch-Goossens, Mw. J. A. R., Binnen Brouwersstraat  
 30<sup>III</sup>, Amsterdam  
 Erve, Mw. M. A. E. van de, Groen van Prinstererstraat 104 hs,  
 Amsterdam  
 Laceulle, J. L., c/o Koningsplein 8, Den Haag  
 Meijman, F. J., Nassaukade 54<sup>II</sup>, Amsterdam  
 Slegt, Mw. A. Chr., Fr. van Mierisstraat 66<sup>II</sup>, Amsterdam  
 Starmans, R. J. H., Ambonstraat 18<sup>III</sup>, Amsterdam  
 Wemekamp, Mw. H., Bilderdijkkade 536, Amsterdam  
 Wigtersma, L., Marnixkade 81<sup>III</sup>, Amsterdam

**5 april 1978** Universitair Huisartsen Instituut Leiden  
 Appelman-Keyzer, Mw. J., Cruquiuslaan 116, Leiden  
 Beeftink, E. G., Rapenburg 12, Leiden  
 Bergman, Mw. E., Breestraat 74, Leiden  
 Broek, Th. A. A. van den, Flanorpad 2 C, Leiden  
 Croes, Mw. P., Van Merlenstraat 88, Den Haag  
 Dozy, Bezuidenhoutseweg 88, Den Haag  
 Glaser, B., Hooigracht 13, Leiden  
 Heukelom, R. O. van, Kennedylaan 73, Leiden  
 Huf, Mw. N. A., Sara Burgerhartweg 247, Den Haag  
 Schaik-Hageman, Mw. H. van, Engelandlaan 1234, Haarlem  
 Theunissen, J., Morsweg 22, Leiden

**5 april 1978** Universitair Huisartsen Instituut Groningen  
 Roessingh-Looten, Mw. H. M., De Scheepvaartlaan 28, Zwart-  
 sluis  
 Steenhuizen, B., 't Son 35, Warns

**5 april 1978** Universitair Huisartsen Instituut Maastricht  
 Winters, P. V., Jubileumstraat 23, Sittard

**5 april 1978** Universitair Huisartsen Instituut Utrecht  
 Roest, P. J. van, Pathmosdreef 130, Utrecht

## VERTROUWENSARTSEN/KINDERMISHANDELING

- |                      |  |                         |   |
|----------------------|--|-------------------------|---|
| • <b>Leeuwarden:</b> | <i>Provincie Friesland.</i> Postbus 2204, tel. 05100-33393;  | • <b>Amsterdam:</b>     | <i>Provincie Noord-Holland.</i> Postbus 5180, Amsterdam-1000 NA, tel. 020-713417;                                     |
| • <b>Maastricht:</b> | <i>Provincie Limburg.</i> Postbus 46, tel. 043-14772;  | • <b>Arnhem:</b>        | <i>Provincie Gelderland.</i> Postbus 467, tel. 085-210857;  |
| • <b>Rotterdam:</b>  | <i>Provincie Zuid-Holland bezuiden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Gouda en de provincie Zeeland.</i> Postbus 2525, tel. 010-128110; | • <b>Breda:</b>         | <i>Provincie Noord-Brabant.</i> Postbus 2231, tel. 076-146323;  |
| • <b>Utrecht:</b>    | <i>Provincie Utrecht.</i> Postbus 14042, tel. 030-516098;  | • <b>'s-Gravenhage:</b> | <i>Provincie Zuid-Holland, benoorden de lijn Delft-Gouda, met inbegrip van Delft.</i> Postbus 17160, tel. 070-551224; |
| • <b>Zwolle:</b>     | <i>Provincie Overijssel en Oostelijk Flevoland.</i> Postbus 418, tel. 05200-19828.   | • <b>Groningen:</b>     | <i>Provincies Groningen en Drente.</i> Postbus 145, tel. 050-232003;  |

<b>INHOUD OFFICIEEL</b>	<b>KNMG, van het hoofdbestuur:</b>	
	Obligaties uitgeloot .....	686
	<b>SRC:</b>	
	Nieuwe inschrijvingen .....	686
	<b>SGRC:</b>	
	Nieuwe inschrijvingen .....	687
	<b>HRC:</b>	
	Nieuwe inschrijvingen .....	687
Nr. 22 – 2 juni 1978		