



OFFICIEEL ORGAAN  
VAN DE KONINKLIJKE  
NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ  
TOT BEVORDERING  
DER GENEESKUNST

# Medisch Contact

**L.S.V.-voorzitter Dr. R. M. Versteegh:**

## Financiering van de gezondheidszorg buiten de algemene begroting houden

Met Dr. R. M. Versteegh, sinds 1 januari 1971 voorzitter van de Landelijke Specialisten Vereniging, hadden wij een uitvoerig gesprek. Collega Versteegh deed zich kennen als een analytisch denkende persoonlijkheid, die, bedachtzaam sprekend, steeds de voor- en nadelen van een bepaalde handelwijze duidelijk naar voren



bracht, met dan ineens heel typerende uitspraken als: „Ik vind mijn vak (K.N.O.-arts) uitermate boeiend, het is nog een van de weinige vakken waarin je zelf de indicatie stelt en ook zelf opereert”.

In 1937 begon hij in Utrecht zijn studie in de medicijnen, legde zijn artsexamen met goed gevolg af in 1946 en beëindigde in 1948 zijn specialisatie tot keel-neus-oor arts, daarbij een familietraditie — zijn vader was K.N.O.-arts, zijn grootvader huisarts — voortzettend. In 1954 volgde zijn promotie, op de dissertatie „Frequentie-modulatie en het menselijk gehoororgaan”, waarvoor hij enige jaren later de Prof. Dr. A. de Kleyn-prijs ontving. In 1963 werd collega Versteegh lid van het Centraal Bestuur van de L.S.V., nadat hij onder meer voorzitter was geweest van de afdeling Utrecht van de K.N.M.G. Mede dank zij een associatie sinds 1 november 1970 was hij in staat het voorzitterschap van de L.S.V. te aanvaarden.

„Het hogere bestuurswerk in de K.N.M.G. en de praktijk is eigenlijk niet te combineren” aldus collega Versteegh. „Tijdens het bestuurstijdperk dreigt altijd het gevaar, dat je onvoldoende tijd en studie aan de praktijk kunt besteden. Bovendien dient een bestuursperiode niet al te kort te zijn, aangezien je anders onvoldoende ingewerkt raakt in de daarmee samenhangende problematiek. Het alternatief — een vrijgestelde — is ook niet aantrekkelijk voor de

26e JAARGANG - No. 7 - 19 FEBRUARI 1971

### INHOUD

*L.S.V.-voorzitter Dr. R. M. Versteegh:*

Financiering van de gezondheidszorg buiten de algemene begroting houden . . . .	181
Minister Klompé en staatssecretaris Kruisinga antwoorden op vragen betreffende het druggebruik . . . . .	183
Voortgezet medisch onderwijs noodzaak voor iedere arts . . . . .	185
Minister Veringa (O & W) over tekort aan anaesthesisten . . . . .	188
Het nuttig werk van het Comité Permanent Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (VI) . . . . .	189
Weigering bloedtransfusie door Jehova's getuigen . . . . .	197
De vlaamse huisarts van morgen . . . . .	198
S-5 als conflict . . . . .	199
Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam Kindermishandeling en het beroepsgeheim van de arts . . . . .	201
Van het hoofdbestuur:	203
Beschrijvingsbrief 157ste Algemene Verdering . . . . .	204
Collectieve ongevallenverzekering . . . . .	206
Varia . . . . .	207

Hoofdredacteur: F. A. Bol, arts.

Redactie: J. J. van Mechelen (secr.), C. C. G. Jansens  
en R. A. te Velde.

Colofon op bladzijde 208.

K.N.M.G. omdat de problemen rondom de praktijkvoering je dan dreigen te ontgaan. Het is een onoplosbaar probleem". Dit hangt zeker samen met de taakopvatting die collega Versteegh over het voorzitterschap heeft, namelijk zo goed mogelijk geïnformeerd zijn over alle achtergronden die om een bepaald probleem spelen en op grond hiervan te kunnen komen tot, indien nodig, snelle beslissingen en dus tot een slagvaardig beleid.

*Wat ziet u als voornaamste taak?* „Het behartigen van de maatschappelijke belangen van de leden betekent voor mij niet in de allereerste plaats: de financiële belangen, maar meer het maatschappelijk functioneren van de specialist in de huidige gezondheidszorg. In dezen wil ik de lijn van mijn voorganger voortzetten. De stafvorming is ook voor mij een boeiende opgave. Het is nodig, dat ziet trouwens iedereen. Het is een zaak van zelfdiscipline en ingroeien van de individuele specialist. Ik besef volkomen, dat het daarnaast voor mij een duidelijke grote taak zal zijn om onze richtlijnen inzake particuliere honoraria goed te laten functioneren en te stabiliseren, zodat iedereen hier achter kan staan, hoewel dit toch in zich draagt een zekere beperking van de vrijheid van de specialist".

*Wat is uw mening over de huidige zieken-*

*fondstarieven?* „Ik ben daar niet ontevreden over; wel bescheiden, maar bepaald niet onvoldoende".

*Er is een nogal groot verschil tussen de ziekenfondstarieven en de huidige derde klas particuliere tarieven, gezien tegen de achtergrond van het draagkrachtprincipe. Hoe beoordeelt u dit?* „Hier ligt een probleem, al dient men de particuliere derde klas tarieven in het totale honoreringsverband te beoordelen. Deze tarieven liggen ook mijns inziens te ver uiteen. Het blijft onbevredigend, dat de ene patiënt (I.Z.A.-verzekerde) op de afdeling voor dezelfde behandeling ongeveer driemaal zoveel betaalt dan zijn buurman (ziekenfondsverzekerde). Hier zal aan gesleuteld moeten worden. Van belang is hier wel in welke richting het betalingssysteem in de gezondheidszorg zich zal ontwikkelen. Iedereen verstaat hier iets anders onder".

*Er wordt veel gesproken over een volksverzekering. Kunt u hier wat over zeggen?* „Het gaat zoals met al dit soort vage begrippen om de uitwerking. Ik meen in elk geval, dat het juist is om de financiering van de gezondheidszorg buiten de algemene begroting te houden, zodat deze buiten een prioriteitendans van de Rijksbegroting zal blijven. Ik kan nu dus nog weinig zeggen hoe dit zou moeten worden. Desalniettemin blijf ik ervan overtuigd, dat vele patiënten in het ziekenhuis een zeker klasse-onderscheid wensen. Er zijn op dit gebied trouwens veel ontwikkelingen. De intensive-care is klasseloos. Men zou kunnen stellen: hoe zwaarder de medische zorg, des te geringer zal het klasseverschil zijn, maar ook naarmate de medische zorg lichter wordt, des te groter zal de behoefte aan een klasse-indeling zijn".

*Wordt de specialist voldoende betrokken bij de nieuwbouw van ziekenhuizen?* „Voor zover het de individuele bouw betreft: ja, via de medische staf. In het kader van de nieuwe Wet op de ziekenhuisvoorzieningen zal een nieuw te formeren college werkzaam zijn, waarin ongetwijfeld naast leden, aangewezen door de nationale ziekenhuisraad, een aantal specialisten, aangewezen door de K.N.M.G. (L.S.V.), zitting zullen hebben".

Dat de nieuwe voorzitter van de L.S.V. zijn taak bijzonder serieus neemt, blijkt wel uit het feit dat hij iedere week drie ochtenden en twee middagen in het gebouw van de K.N.M.G. aan het werk is. Hij zelf zegt hierover: „De meeste moeite kost mij de dagelijkse omschakeling van de problematiek van de patiënt naar de problemen van de K.N.M.G.".

### **Uit Medisch Contact anno 1946**

*Wie is verantwoordelijk voor het systeem verplicht verzekerden? Hitler. Wie heeft de verantwoording thans — met één slag ontstond het — met één slag kan het weg. Noem mij den man! of den namelooze...*

*Laat de Staat trachten Indië te behouden. Wij zelf zullen voor de ziekenfondsen zorgen om ze te beperken.*

*Moeten wij alles doen wat in Engeland gebeurt, of zijn wij in Nederland?*

*Wie heeft er voordeel van het systeem verplicht verzekerden? Wie wint er mede aan macht?*

*Arts-patiënt en niets daar tusschen.*

*Het Ziekenfondswezen is een noodzakelijk kwaad, beperk het dus tot het uiterste.*

*De hoogheid van het artsenberoep verstaat zich zeer slecht met de fondsslavernij.*

*De atoombom is gevonden, de tijds klok is niet terug te zetten, maar de atoomenergie is te benutten zonder de bom te gebruiken en een vrij ziekenfonds is misschien niet te vermijden, ook als alle verplichting valt.*

# Minister Klompé en staatssecretaris Kruisinga

## antwoorden op vragen betreffende het druggebruik

Nadat de minister van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk op 4 november 1970 mede namens de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid naar aanleiding van door het Tweede Kamerlid, de heer Kleisterlee (K.V.P.) schriftelijk ingediende vragen betreffende het advies van de Raad voor de Jeugdvorming inzake het druggebruik (ingezonden op 16 oktober 1970) had meegedeeld dat binnen de gebruikelijke termijn niet kon worden gereageerd, is eerst vrijdag 12 februari j.l. op deze vragen een uitvoerig antwoord binnen gekomen.

De eerste vraag luidde: „Deelt de minister van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk de mening van de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, dat het advies van de Raad voor de Jeugdvorming inzake het druggebruik niet getuigt van enige deskundigheid op dit terrein en wil de minister thans ook haar opvatting omtrent dit advies kenbaar maken?”

Hierop luidt thans het antwoord, dat naar het oordeel van minister Klompé is gebleken dat het probleem van het druggebruik een multidisciplinaire benadering behoeft, waarbij deskundigen van verschillende wetenschappen dienen te worden betrokken. Het advies van de Raad voor de Jeugdvorming vermeldt uitdrukkelijk, dat uitspraken van strikt juridische, farmacologische of medische aard van de minister niet mogen worden verwacht, en dat het advies zich beperkt tot een aantal sociaal-psychologische factoren, die voor het beleid van belang kunnen zijn. De minister vervolgt er de voorkeur aan te geven een oordeel over het betreffende advies eerst dan te geven, wanneer het kan worden afgewogen tegenover andere zienswijzen, zoals deze onder meer van de multi-disciplinair samengestelde Werkgroep verdovende middelen kan worden tegemoet gezien.

Op de vraag: „Kan de minister mededelen wat er met dit advies is geschied nadat het bij het departement van Cultuur, Recreatie en Maatschappelijk Werk is binnengekomen?” antwoordt de bewindsvrouw:

„Het bedoelde advies is, nadat het is binnengekomen, openbaar gemaakt en binnen het departement in studie genomen. Ook is het ter kennis gebracht van de meest betrokken bewindstieden. Het maakt thans onderwerp van studie uit in besprekingen tussen de directies Jeugdzaken, Volksonwikkeling en Sport en Maatschappelijke Dienstverlening en de betrokken Stafbureaus.”

Desgevraagd antwoorden minister Klompé en

staatssecretaris Kruisinga dat het advies van de Raad voor de Jeugdvorming de ministeriële Werkgroep Verdovende Middelen heeft bereikt, maar dat de Werkgroep haar rapport nog niet heeft uitgebracht; de meningsvorming binnen de werkgroep kan derhalve nog niet als afgesloten worden beschouwd.

Als antwoord op een volgende vraag brengt Dr. Kruisinga in herinnering, dat hij eerder uitvoerig mededeling heeft gedaan van de standpunten van de regeringen van de landen behorende tot de Regio Europa van de Wereld Gezondheids Organisatie en onder meer had gesteld: „Zoals uit het vorengaande blijkt vond het standpunt dat de „soft drugs” ongevaarlijk zouden zijn, bij geen der vertegenwoordigers der 26 aangesloten regeringen weerklank en men was van mening dat het onderscheid tussen „soft” en „hard” drugs kunstmatig en onjuist is”. De staatssecretaris vervolgt thans:

„Op basis van welke rapporten en welke deskundigen de regeringen van al deze landen dit standpunt innemen is uiteraard niet in detail bekend doch berust op algemeen verbreide wetenschappelijke kennis. Het gaat hier enerzijds om basisbegrippen, die in ieder leerboek op het terrein van de farmacologie, toxicologie en medicamenteuze therapie zijn terug te vinden en anderzijds om vele literatuurgegevens over de werking en schadelijkheid van de betreffende middelen. De voor stoffen als morfine, wekaminen en L.S.D. gebruikte uitdrukking „hard” suggereert terecht dat zij bij gebruik gevaar voor de gezondheid opleveren. De voor hennepprodukten (marihuana, hashish) gebezigde term „soft drugs”, geeft daarentegen ten onrechte de indruk dat het gebruik van deze produkten géén gevaar zou opleveren. Het optreden van hallucinaties, gestoorde tijdsbeleving, storingen in de uitvoering van vaardigheidshandelingen en zelfs paniekreacties én toxische psychosen zoals die voorkomen bij gebruik van hennepprodukten rechtvaardigen allerm minst het gebruik van het woord soft of zacht. In feite wordt de schadelijkheid van alle genoemde stoffen met inbegrip van hennepprodukten bepaald door de psychische en lichamelijke gesteldheid van de gebruiker enerzijds en anderzijds door dosering en gebruiksfrequentie.”

De staatssecretaris verwijst dan naar de aan de Tweede Kamer toegezonden stukken over de schadelijkheid van hennepprodukten, waaronder een schrijven zijnerzijds waarin hij verscheidene rapporten van deskundigen noemt. Op een tweetal citaten uit de vele genoemde vestigt hij in dit verband nog de aandacht: 1. uitspraak van de Centrale Verdo-

vende Middelen Raad (Permanent Central Narcotics Board) met bijbehorende resolutie; 2. de Nationale Raad voor Wetenschappelijk Onderzoek van de Nationale Academie van Wetenschappen (U.S.A.) en de Raad voor de Geestelijke Volksgezondheid en de Commissie verslaving van de American Medical Association komen tot een aantal duidelijke uitspraken.

Voor wat betreft het standpunt van andere regeringen ten aanzien van dit vraagstuk verwijst de staatssecretaris dan naar zijn schrijven aan de Tweede Kamer waarin uitvoerig is ingegaan op de meningsvorming in Engeland naar aanleiding van het zogenaamde „Wootton rapport”. Verder acht hij het voor ons land van belang kennis te nemen van de recente verklaring van de Duitse Bondsregering zoals die in het „Aktionsprogram der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmisbrauchs” is opgenomen en vastgesteld op 12 november 1970. Die verklaring van de Bondsregering luidt als volgt:

„Drugs en verdovende middelen dringen de Bondsrepubliek Duitsland binnen. Hieraan moet door preventie, therapie, revalidatie en het toepassen van de wetgeving een halt worden toegevoerd. De Bondsregering is vastbesloten tegen het misbruik van drugs en verdovende middelen op te treden. De Bondsregering zal met alle gestrengheid tegen diegenen optreden die ons rechtsbestel ondermijnen, doordat zij handel drijven in verdovende middelen en zichzelf voordeel bezorgen door anderen, vooral jonge mensen in gevaar te brengen, en de kosten veroorzaakt door de door hen aangerichte schade op de gemeenschap af te schuiven. Van de andere kant wil zij diegenen helpen die door onbedachtzaamheid en onbezonnenheid in de ban geraakt zijn van drugs en zich niet op eigen kracht daaruit kunnen bevrijden. Aan hen moet hulp ter beschikking staan van de arts, de psycholoog en de sociaal werker. De Bondsregering bestrijdt met vastberadenheid het als onschuldig bestempelen van bepaalde drugs, zoals nog steeds in talrijke publikaties geschiedt. Zij wijst daarbij op het feit dat het gebruik van hashish geestelijke afhankelijkheid veroorzaakt en dikwijls de overgang naar „hard drugs” zoals L.S.D., heroïne e.d. betekent. De Bondsregering zal er daarom nog meer op aandringen dat de Bondsrepubliek haar verplichtingen nakomt, die berusten op internationale overeenkomsten, en de handel in drugs, ook van hashish, tegen gaat.

Medische research heeft aanwijzingen opgeleverd van door hashish veroorzaakte lichamelijke en erfelijke schade. De Bondsregering voelt zich derhalve bovendien verplicht het in andere rechtsgebieden, bijvoorbeeld dat van de levensmiddelen, onbestreden principe ook hier toe te passen, dat dergelijke stoffen verboden blijven als hun onschadelijkheid niet is aangetoond.

„De Bondsregering doet een dringend beroep op

de ouders om zich op de hoogte te stellen van de symptomen en kentekenen die wijzen op het gebruik van drugs. Opdat ze tijdig hun invloed laten gelden en hun kinderen door goede raad kunnen helpen. De Regering ondersteunt daarbij de ouders en opvoeders. Zij maakt de scholieren en studenten, jonge arbeiders en andere werknemers erop opmerkzaam dat door het gebruik van „hard drugs” ernstige schade voor hun gezondheid dreigt, en dat er gebleken is dat er door een langer gebruik ook van hashish en marihuana psychische en sociale schade optreedt, die tot vernietiging van de persoonlijkheid kan leiden.

„Het gevaar waardoor voornamelijk de jonge mens bedreigd wordt kan alleen dan worden afgewend, als alle krachten van de maatschappij samenwerken: bij de voorlichting over de gevaren voor de gezondheid en de sociale schadelijkheid van het gebruik van drugs en verdovende middelen; bij de hulp aan diegenen die verslaafd zijn aan drugs en verdovende middelen; bij het toepassen van rechtsmiddelen ten aanzien van diegenen die dit recht tot schade van andere mensen en de gemeenschap overtreden.

„De Bondsregering biedt daarom hierbij een actieprogramma aan ter bestrijding van drugmisbruik, waarin haar eigen maatregelen en haar aanbevelingen aan de bevoegde instanties van de landen en gemeenten worden opgesomd. Zij verklaart daarin haar doelstelling en haar bereidheid tot samenwerking, zowel met de openbare lichamen als met de vrije maatschappelijke organisaties doch vooral met de kerken en de jeugdorganisaties.”

Tenslotte stellen minister Klompé en staatssecretaris Kruisinga dat het gerucht onjuist is als zou de Canadese regering marihuana hebben geschrapt van de lijst van narcotica, het gebruik van marihuana aan beperkingen onderhevig hebben gemaakt en het bezit ervan strafbaar hebben gesteld met een kleine geldboete?

Als bijlagen bij dit schriftelijk antwoord sloten de bewindslieden in:

I. Uitspraak van de Centrale Verdovende Middelen Raad (Permanent Central Narcotics Board) met bijbehorende resolutie;

II. Uitspraken van de Nationale Raad voor Wetenschappelijk Onderzoek van de Nationale Academie van Wetenschappen (U.S.A.) en de Raad voor de Geestelijke Volksgezondheid en de Commissie verslaving van de American Medical Association;

III. Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmisbrauchs;

IV. Actieprogramma van de Duitse Bondsregering.

# Voortgezet medisch onderwijs noodzaak voor iedere arts

**Door Dr. Louise Hemmes, onderwijscoördinator  
van de Faculteit der Geneeskunde der Vrije Universiteit**

*„Every doctor should be free to choose those forms which best meet his own needs and suit his own circumstances. Compulsory continuing education would not, in our view, create the receptive spirit which is necessary if training is to be effective, especially at later ages; more positive measures are needed to create a climate in which doctors have a desire for continuing education. Undergraduate education and postgraduate professional training arrangements have a big part to play in this: they should inculcate in the doctor a pride in the job for which he has been trained and a realization that advancing maturity in no way reduces the appropriateness and helpfulness of systematic learning. Without such attitudes the right climate for continuing education will not exist.” („Report 1968, Royal Commission on Medical Education”)*

Wie betrokken is bij de opleiding tot arts,ervaart hoe kort een studieperiode van zeven, vermoedelijk binnen afzienbare tijd zes jaren is om én een rijpingsproces tot stand te brengen — of tenminste een rijping te begeleiden — én een bijzonder veelsoortig pakket aan kennis en vaardigheden over te dragen. Het moet verantwoord zijn om tot besluit van de studie het artsdiploma uit te reiken, dat wil zeggen de volle verantwoordelijkheid van het arts-zijn te verlenen. Dat men met het behalen van het arts-diploma zou zijn afgestudeerd, is een fictie. Immers, tijdens de scholing en de rijping gedurende de studiejaren, moet in elk geval bewust worden gemaakt dat niet meer dan een fundament is gelegd en van een afsluiting van de studie na zes of zeven jaren geen sprake kan zijn. Het doel van de rijping zou moeten zijn, dat aan de maatschappij mensen worden afgeleverd, die in staat zijn om zelfstandig en wetenschappelijk te denken, waarin begrepen, dat zij zich ten volle realiseren, dat op het gelegde fundament zal moeten worden voortgebouwd.

Het fundament — de undergraduate opleiding — en het hierop op te trekken bouwsel — de postgraduate opleiding — moeten op elkaar zijn afgestemd: tijdens de undergraduate opleiding moeten

de noodzaak en de mogelijkheden tot de voortgezette opleiding blijken en duidelijk worden gemaakt, zodat de postgraduate opleiding aansluit op het gebodene in de opleiding tot arts en als het ware logisch hierop volgt. Ik gebruik met opzet deze in de Angelsaksische wereld alom gebezigde terminologie, omdat hieruit zo duidelijk blijkt, dat de grens tussen beide vormen van scholing is gelegen in het behalen van de titel. De specifieke opleiding na de algemene basis, de graduate opleiding, leidt tot een specialisatie. Om in dezelfde vergelijking te blijven, zou dit een uitgewerkt gedeelte kunnen zijn van de onderbouw voor een bouwwerk, dat voortdurend doelmatiger vorm krijgt, aangepast aan de omgeving, met andere woorden een permanente, aan omstandigheden en tijd zich voegende, postgraduate vorming.

Merkwaardig genoeg is de opleiding — zeker de undergraduate opleiding — aan dit facet van de rijping, van deze bewustwording, nog nauwelijks begonnen. Ik kom op dit aspect hieronder terug.

Eerst de stap naar het voortgezet onderwijs, dat niet gebonden aan enig instituut, aan enige universiteit of vereniging, een zelfstandig leven is gaan leiden. Er vinden voortdurend — en vooral de laatste tientallen jaren — ontwikkelingen plaats, zowel wat de inhoud als wat de vormgeving betreft. Dit ligt voor de hand, waar in de laatste decennia op schier alle vakgebieden zeer essentiële vernieuwingen hebben plaatsgevonden: veranderde inzichten in en benadering van syndromen, nieuwe diagnostische hulpmiddelen, andere therapieën en tevens andere vormen van kennisoverdracht. Of men nu de algemene praktijk uitoefent of op een deelgebied werkzaam is — welk dat ook moge zijn —, men zal in zeer korte tijd zijn werkzaamheden niet meer op gewenst niveau kunnen verrichten, indien niet bij voortduring nascholing plaatsvindt. Dit is des te urgenter omdat het pakket dat iedere beroepsuitoefenaar ter beschikking moet hebben, belangrijk groter is dan weleer en de voorbereiding tot zijn taak hiertoe minder en minder toereikend wordt.

Schaart men zich aan de zijde van degenen, die zich geroepen voelen om uit hun kennis en kunde aan anderen de belangrijkste nieuwe feiten over te dragen, om uit hun ervaringen problematiek ter verdieping of ter vermeerdering van inzicht voor te leggen, kortom aan de zijde van hen die *geven*, dan zijn

er te dien einde vele wegen te bewandelen. Men kan artikelen of boeken schrijven en lezingen houden, zowel uitgewerkte voordrachten als inleidingen — alleen of met anderen. Men kan groepsbesprekingen en forums organiseren. Men kan zich ruimer opstellen en met gebruikmaking van media als televisie en grote pers zijn materie ook brengen naar niet-vakgenoten. Er bestaat geen uniform systeem, er bestaan slechts algemene gedragsregels — althans in ons land — die men niet behoort te overschrijven.

Gegevens kan men verstrekken naar de mogelijkheden waarover men op zijn plaats, in zijn functie en met zijn eigen geardeheid beschikt. De stroom van informatie en van de verschillende vormen, waarin deze wordt gegoten, is overstelpend geworden.

Anders is het gesteld met degenen, die deze kennis als nascholing of bijscholing moeten opdoen.

Theoretisch kan men zeggen, dat — waar het aanbod zo groot en zo veelsoortig is — ieder in staat moet zijn, de voor zijn aanleg en taakuitoefening passende vormen van voortgezet onderwijs te vinden en voor zichzelf een programma samen te stellen van

- a. de onderwerpen, waarin hij zich wil nascholen en
- b. de wijze waarop hij dit wil doen.

Tussen degenen, die geven en die ontvangen, fungeren als schakels de wetenschappelijke verenigingen, faculteiten, beroepsorganisaties, ziekenhuizen, farmaceutische industrieën en de (vak)tijdschriften.

Het is de vraag of over deze schakels iedere medicus wel voldoende geïnformeerd is. Is men na zijn arts-examen, na een korte tijd assisteren of waarnemen, in een huisarts-praktijk terechtgekomen en heeft men vrijwel alleen een undergraduate opleiding achter de rug, dan is men nauwelijks op de hoogte van de hierbovengenoemde schakels en wordt men pas in de loop van de jaren op dit gebied meer geïnformeerd. Het hangt bovendien uitdrukkelijk van de eigen motivatie af of men zich tot nascholing zet en zo ja hoeveel tijd men hiervoor neemt.

Zonder twijfel zal de zich nu ontwikkelende, meer gerichte, huisartsopleiding, hopelijk binnen afzienbare tijd als echte graduate opleiding, hierin verandering brengen en de motivatie tot nascholing bij velen wakker maken en de mogelijkheden tot nascholing aangeven. Een feit is, dat tot op dit moment de opleiding tot arts onvoldoende een rijping heeft kunnen bewerkstelligen, waarin de behoefte aan nascholing *bij allen* gestalte heeft gekregen.

Heeft men na de arts-opleiding een graduate opleiding ondergaan, dan heeft men in die periode ervaren hoe refereeravonden, seminars en symposia functioneren, heeft men het belang ondervonden van de „éducation permanente”. Dikwijls heeft men zich in andere klinieken of instituten methoden eigen gemaakt. Men weet hoe de internationale

## Medische informatiekaart

Het is voor patiënten, die daarvoor in aanmerking komen, van groot belang dat zij een medische informatiekaart bij zich dragen. De arts, die incidenteel aan zodanige patiënten hulp moet verlenen, is er — en de patiënt zelf vooral — ten zeerste mee gebaat wanneer hij door middel van deze medische informatiekaart onmiddellijk kan vaststellen van welke medicijnen degenen, die acuut medische hulp behoeft, gebruik maakt en tot welke behandelende huisarts of familieleden van de betrokkene hij zich kan wenden.

De medische informatiekaart van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst — een herziene uitgave van de vroegere „Medicamentenkaart voor noodgevallen” — is bij het Bureau der Maatschappij verkrijgbaar tegen kostprijs. De prijs is vastgesteld op f 0,20 per stuk bij aflevering in plastic hoesje; de verzendkosten zijn hierbij niet inbegrepen. Grotere hoeveelheden van deze medische informatiekaarten kunnen ook worden afgenomen zonder plastic hoesje à f 0,10 per stuk.

contacten in verschillende specialismen bevruchtend kunnen werken. En als men zich dan tenslotte in een eigen praktijk, alleen of in een verband, vestigt, komt men meer beslagen ten ijs en heeft men reeds de noodzaak leren kennen om te blijven meedoen in dit apparaat van leren en geleerd worden. Hiertoe wordt men nog gesteund en gestimuleerd door degenen, met wie men moet werken, hetzij in de staf van een ziekenhuis, hetzij in een associatie of een andere samenwerkingsvorm. Op dit facet werd expliciet ingegaan door de toenmalige voorzitter van de Maatschappij, Van Maarsseveen, in zijn rede tijdens het ledencongres, die tot onderwerp had „de nascholing”. Achterblijven, niet meer voortdurend zich en zijn werkwijze toetsen, wordt moeilijker, wanneer men steeds wordt geconfronteerd met de meningen en vragen van medewerkers. Hoe negatief deze benadering moge klinken, een feit is, dat velen een zekere dwang nodig hebben om te blijven volharden. Wat men immers aan nascholing doet, is een belasting op eigen leven, die men zich oplegt. Men moet uitdrukkelijk zelf willen lezen, willen luisteren en willen participeren in de geboden activiteiten. Hoewel dit ten koste moet gaan van de door velen zo begeerde „vrije tijd”, de uren en dagen hieraan gegeven zijn een onvervangbare bijdrage voor verantwoorde beroepsuitoefening.

Ik heb mij hierboven gesteld op de plaats van de potentiële docent en op die van degene, die gedoceerd moet worden. Tevens heb ik getracht de verbinenissen tussen beide groepen aan te geven, om hiermee te duiden op mogelijk nog (vooral bij huisartsen) ontbrekende schakels, die een vanzelfsprekende voortzetting van undergraduate in postgraduate onderwijs zouden moeten vormen.

In zijn algemeenheid is er voor artsen, die zich

hebben gespecialiseerd, minder problematiek dan voor huisartsen, mede ook door het feit, dat bij nascholing voor specialisten degenen, die tot de gevende sector en die tot de ontvangende sector behoren, veelal van dezelfde discipline zijn en er daarom veel meer en gemakkelijker van een uitwisseling sprake kan zijn. Huisartsen zijn daarentegen op het gebied van de nascholing, tot nu toe althans, grotendeels afhankelijk van wat specialisten bieden. Dit geldt voor cursussen, voor het zeer in opkomst zijnde onderwijs aan het ziekbed — onderwijs dus in het ziekenhuis —, het geldt ook voor vormen als groepsbesprekingen en voor een belangrijk deel voor de voortgezette opleiding via tijdschriften, al is een kentering te bespeuren („huisarts en wetenschap“!). Als schakel in de organisatie kunnen zowel huisartsen als specialisten functioneren, omdat kennis van of tenminste belangstelling voor het (na)scholen als zodanig de belangrijkste factor is bij dit werk.

Getracht moet worden op uiteenlopende wijzen de „afgestudeerden“ ter wille te zijn en een scala van mogelijkheden voor te leggen, zodat ieder datgene kan uitzoeken, wat voor zijn persoon en functie het meest geëigend lijkt. Een fraai voorbeeld hiertoe is de methode die men in Amerika volgt: In de Verenigde Staten wordt eenmaal per jaar een lijst opgemaakt van alle vormen van geprogrammeerde nascholing voor alle soorten artsen: „continuing education courses for physicians“. De J.A.M.A.<sup>2</sup> publiceerde in augustus 1970 een overzicht van deze activiteiten. Om organisatorische redenen — de lijst moet voor een jaar klaar zijn en al enkele maanden tevoren worden beschikbaar gesteld — moeten wel eens kleine wijzigingen in het programma worden aangebracht. Bijzonder overzichtelijk treft men er alle noodzakelijke gegevens per discipline in aan, verdeeld over de verschillende staten:

1. thema
2. organisator (beroepsorganisatie, universiteit e.a.)
3. plaats
4. vorm (duur van de cursus, enkele dagen achtereen, of een programma gespreid over enkele maanden of een jaar)
5. data
6. methode (seminar, onderwijs aan het ziekbed, paneldiscussies, audiovisuele instructie)
7. kosten
8. de categorie artsen voor wie de betreffende cursus geschikt is.

Deze lijst wordt eenmaal gepubliceerd (!) en is daarna als brochure verkrijgbaar. Ook hier te lande wordt het nut en de waarde van inventarisatie erkend. Lacunes worden in bepaalde gebieden ontdekt en men kan de verzamelde gegevens gebruiken als bron van informatie en voor de evaluatie van bepaalde methoden.

Wezenlijker echter in de vigerende fase van nascholingsontwikkelingen lijkt het speuren naar het

tekort aan behoefte om zich na te scholen bij de ontvangende sector, naar de reden dat zovelen niet deelnemen aan enige vorm van geprogrammeerde nascholing.

Is men opgeleid tot té individualistisch mens?

Kan men in zijn leven niet de tijd vinden voor een „éducation permanente“?

Erkent men niet de noodzaak hiertoe?

Bemerkt men niet dat men onmiddellijk gaat achterlopen, als men niet deelheeft aan de algemene ontwikkeling?

Ik bedoel met deze vragen niet een verwijt te maken aan bepaalde personen noch aan bepaalde beroepsoefenaars. Ik ben geneigd de antwoorden hierop te zoeken in tekorten of fouten bij de undergraduate opleiding, eerder dan in fouten in de structuur van nascholingsactiviteiten of in overbelasting van de praktiserende artsen, het gebrek aan waarnemers, enz. Ontegenzeggelijk zal onderzoek naar de mate van deze en andere invloeden op de individuele arts nuttig zijn en vermoedelijk zullen hieruit suggesties naar voren komen. Maar verbetering in de houding ten aanzien van nascholing, ingebouwd in de opleiding tot arts, lijkt de problematiek in de basis aan te pakken. Dit neemt niet weg, dat alles op alles zal moeten worden gezet om in een later stadium alsnog motivatie te enten.

Wordt eenmaal het ontbreken van een voortgezette medische scholing als een gemis ervaren, dan is daar een aanleiding gegeven om te onderzoeken of een moderne en geëigende vorm van scholing zou kunnen aanslaan. Kortelings bracht de Geneeskundig Inspecteur voor Gelderland, Van Leeuwen<sup>3</sup>, rapport uit over hetgeen in ziekenhuizen in Gelderland aan klinische demonstraties wordt geboden. De door hem verstrekte gegevens zijn waardevol, wanneer men zich een oordeel probeert te vormen over de belangstelling voor deze, sinds vele decennia bij uitstek geschikte methode tot nascholing van huisartsen.

Anderzijds is er de allerwegen aanvaarde zienswijze, dat voorwaarde tot een werkelijk goede scholing is, dat de ontvangende partij actief deelheeft aan het onderwijs. Daarvan uitgaande dient in het bijzonder aandacht te worden geschonken aan methoden waarbij men wordt gedwongen te participeren, zoals bij het bedside-onderwijs. Ik denk in dit verband met name aan het creëren van de mogelijkheid om de arts periodiek één of twee weken in de kliniek te laten terugkomen. In verschillende landen is deze idee gerealiseerd. Al in 1921 werd de noodzaak voor een voortgezette opleiding in Groot-Brittannië gevoeld en werd een commissie ingesteld om de behoeften in Londen te onderzoeken en voorstellen te doen aan de minister. Het advies te komen tot het stichten van een school voor „postgraduate medical education in associa-

tion with the University of London" werd opgevolgd. De thans als „Royal Postgraduate Medical School"<sup>14</sup> bekende school is hieruit gegroeid. Zij maakt gebruik van een groot aantal ziekenhuizen.

Zou niet in overweging kunnen worden genomen dat men de studie ter hand neemt om ook in Nederland te komen tot een kliniek, waar niet co-assistenten worden gestageerd, maar artsen? Men sla het hierboven genoemde nummer van de J.A.M.A. op om te zien, wat op dit gebied (als voorbeeld in Amerika) kan worden geboden.

Hoe het effect is — de evaluatie dus van de werkwijze bij nascholen — is buitengewoon moeilijk te beoordelen. Over deze evaluatie-moeilijkheden wordt veel waardevols geboden door Mock<sup>5</sup> en medewerkers, die de resultaten van televisie-nascho-ling in Californië hebben beoordeeld.

Juist omdat men te maken heeft met zoveel factoren, die per arts individueel verschillend zijn:

- de tekorten in kennis zijn niet dezelfde
- de belangstelling is anders
- de ervaring is zeer persoonlijk
- de contacten met vakgenoten zijn wel of niet rondom de patiënt gericht
- men leest verschillende zaken
- de een kan luisteren, de ander niet
- welk aandeel hebben bovenstaande invloeden op de vorming?

Het complex van de problematiek is duidelijk.

Ik meen een vraagteken te moeten plaatsen bij het vermoeden van Brouwer<sup>6</sup>, als zou in het algemeen het nuttig effect van alle nascholingsactiviteiten gering zijn. Immers, wie stil staat in deze tijd, moet achterblijven! Met een combinatie van verschillende methoden, mits aangepast aan de eigen persoon, kan men zich ook in Nederland be-slist op de hoogte blijven houden.

Er ligt een grote taak in het motiveren van alle werkzame artsen en het creëren van mogelijkheden tot voortgezet medisch onderwijs voor hen allen. In het bovenstaande heb ik enkele facetten willen belichten, die naar mijn mening hierbij van fundamen-tele betekenis zijn.

Amsterdam, 21 januari 1971

#### Literatuur:

1. Van Maarsseveen, G. C. M. (1969) Medisch Con-tact, 24, 1155-1161, 1969.
2. Continuing education courses for physicians (1970) — J.A.M.A. 213, 765-861.
3. Van Leeuwen, P. J. — De Gelderse ziekenhuizen en de nascholing van de algemene arts, 1970.
4. University of London — Royal postgraduate me-dical school — prospectus Hammersmith Hospital, 1968.
5. Mock, R. e.a. — Northern California Medical tele-vision: an evaluation Jrl. Med. Educ. 45: 40-47, 1970.
6. Brouwer, W. (1970) Medisch Contact 25, 1377-1380.

---

## Minister Veringa (O. & W.) over tekort anaesthesisten

Op vragen van de Tweede Kamerleden Tilanus en Schuring (beiden C.H.U.) heeft minister Veringa (O&W) bevestigd dat er in Nederland een tekort is aan anaesthesisten. Daarover stelt hij voorts:

„In het tekort aan anaesthesisten werd een inzicht verkregen door een enquête, in 1969 ingesteld door de Commissie Anaesthesiologie van de Gezond-heidsraad. Uit dit onderzoek bleek dat in het jaar waarop het betrekking had, 607.000 anaesthesieën waren gegeven door 282 anaesthesisten en 90.000 door verpleegkundigen, hulpkrachten, specialisten (niet-anaesthesist) en huisartsen. Wanneer men uit-gaat van een belasting van 1750 anaesthesieën per anaesthesist per jaar, moet het tekort aan anaesthe-sisten voor wat betreft de niet door anaesthesisten gegeven anaesthesieën op 51 worden gesteld. Dit was althans de situatie op het moment dat de en-quête werd afgesloten.

„Het is gezien het bovenstaande duidelijk, dat het geven van 607.000 anaesthesieën door 282 anaes-thesisten, een overbelasting voor deze specialisten betekent. Zou men ten aanzien van deze 607.000 anaesthesieën een normale belasting van 1750 ver-richtingen per jaar aanleggen, dan zou het tekort

aan anaesthesisten, indien men dit projecteert tegen de achtergrond van die min of meer arbitrair ge-stelde ideale belasting, op  $51 + (347-282) = 116$  moeten worden gesteld. Intussen lijkt het primaire tekort echter geringer.

„De feitelijke situatie is dat de 282 anaesthesis-ten (uiteraard met assistentie) 607.000 anaesthesie-en per jaar geven hetgeen een gemiddelde betekent van 2152 verrichtingen per persoon per jaar. Indien men van dit cijfer uitgaat, moet het primaire tekort aan anaesthesisten bij afsluiting van de enquête van de Commissie Anaesthesiologie, op  $90.000 : 2152 =$  circa 42 worden gesteld. Indien men er rekening mede houdt dat de minimum aanwas aan anaesthe-sisten — zoals zich laat aanzien — tien per jaar bedraagt, zal het primaire tekort binnen vijf jaren na het moment van afsluiting van bovengenoemde en-quête zijn ingelopen.

„Eén medische faculteit, namelijk die te Utrecht, heeft op dit moment nog geen opleiding tot anaes-thesist; hiermede zal echter binnen afzienbare tijd een aanvang kunnen worden gemaakt. De inscha-keling van deze extra opleidingscapaciteit zal de tijdsduur waarbinnen de achterstand kan worden in-gelopen, verkorten."



# HET NUTTIGE WERK VAN HET COMITÉ PERMANENT

**En de noodzaak nuttig te blijven voor de vorming  
van een slagvaardig Comité d'étude  
welks besluiten het C.P. kan bekrachtigen**



**Door Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen  
lid Nederlandse delegatie naar het Comité Permanent der artsen  
van de Europese Economische Gemeenschap**

## *Inleiding:*

Gedurende de laatste paar jaren heeft zich binnen de kringen van het Comité Permanent (Permanent Comité der Artsen der Europese Economische Gemeenschap) een toenemend gevoel van malaise kenbaar gemaakt. Dit gevoel van tekortschieten was van geheel andere aard dan de moeilijkheden, die bestonden bij het oprichten van deze Europese artsen organisatie. Destijds, reeds tijdens de oprichting van het Comité Permanent in Amsterdam in 1958, werden de negatieve gevoelens vooral gevoeld door wantrouwen dat tussen de verschillende delegaties bestond. Vreemd genoeg kwam die vooral tot uiting op een plaats waar men hem minder zou verwachten, nl. tussen de Franse en Italiaanse delegatie, maar later werd duidelijk hoezeer de Franse artsen vreesden dat met de „vrije circulatie” van artsen, Frankrijk zou worden overstroomd door Italiaanse collega's.

Toch kan niet worden ontkend dat ook de Nederlandse delegatie in de aanvang zeer kritisch stond tegenover de betekenis van het Comité Permanent en pas langzamerhand, zij het toch nog vrij snel, voor de positieve waarden van een dergelijke organisatie werd gewonnen.

Dat een duidelijke ontstemming bij een aantal delegaties merkbaar werd (en vooral bij de Duitse delegatie) vond zijn oorzaak in twee factoren: enerzijds de snel stijgende kosten van het Comité Permanent, anderzijds de naar de mening van deze delegatie afnemende efficiëntie en afnemende belangrijkheid van het werk en de genomen beslissingen. Deze gevoelens vonden hun neerslag in een brief van de Bundes Ärztekammer van 16 januari 1970, waarin rechtuit werd medegedeeld dat voor het jaar 1970 de Duitse bijdrage aan het Permanente Comité tot een maximum bedrag, in deze brief genoemd, zou worden beperkt. Bovendien eiste de Bundes Ärztekammer dat aan de leden van het Per-

*Dr. C. L. C. van Nieuwenhuizen, die op de in november 1970 gehouden bespreking van de delegatieleiders — voorafgaande aan de plenaire zitting van het Comité Permanent — Dr. Landheer verving, heeft daar, en later ook op de plenaire zitting, argumenten aangevoerd voor het voortbestaan van het Comité Permanent en voorstellen gedaan voor een reorganisatie, die zowel tot bezuiniging als intensivering van de werkzaamheden zou kunnen leiden. In bijgaand artikel, dat naar de andere delegaties in Europa zal worden gestuurd, heeft hij deze gedachten op schrift gesteld, daarmede de belofte inlossende, die hij aan de samensteller van het verslag van die plenaire zitting in Medisch Contact (no 50/1970) tijdens de plenaire zitting heeft gedaan.*

manente Comité, door de Belgische organisatie, die immers het Presidiaat voerde voor deze jaren, een balans en een begroting zouden worden overgelegd. Ze eiste ook een discussie vooraf over deze begroting, „zoals gebruikelijk voor de bestedingen van gelden van welke organisatie dan ook”. Tevens stelde de Bundes Ärztekammer een begrotingscommissie voor uit het Comité Permanent.

Ondanks een poging van de voorzitter van het Comité Permanent de Belg Wijnen de Duitse delegatie tot andere gedachten te bewegen, kwam er een tweede brief van 12.2.1970, waarin deze organisatie bij monde van haar voorzitter Prof. Fromm meedeelde, dat aan dit maximum bedrag niet viel te tornen, omdat de Bundes Ärztekammer eenvoudig

weg daartoe niet in staat was. Prof. Fromm herinnerde eraan, dat reeds vele malen van Duitse zijde was aangedrongen op een beperking van de kosten, door concentratie van werkzaamheden, opheffen van eventueel overbodig geworden commissies. en ook vermindering van onkosten door een beperking van het aantal plenaire zittingen.

Hiertegenover stelde de Belgische organisatie dat goed werk nu eenmaal geld kost en dat wanneer men moest gaan besnoeien, dit zou betekenen dat de notulen minder uitvoerig zouden zijn, dat de commissies in aantal zouden moeten worden verminderd en dat de vertalingen tijdens de vergaderingen zouden kunnen worden beperkt (ongetwijfeld door het Nederlands weer te schrappen als volwaardige taal). Bovendien werd gesuggereerd dat een wijziging van de structuur van het Permanente Comité desnoods tot kostenvermindering kon aanleiding geven. Een uitermate merkwaardig voorstel van de Belgische delegatie behelsde nog, dat alle subcommissies van het Comité Permanent moesten worden toevertrouwd aan de juristen, die dan een eventueel deskundige arts zouden kunnen meenemen naar de vergaderingen. Daarnaast — en daar kwam de diepste gedachte van de Belgische delegatie tot uiting — zou een grote macht moeten worden toegekend aan het comité van de delegatieleiders, dat initiatief en controlemogelijkheden zou moeten bezitten om toezicht uit te oefenen op de dagelijkse bedrijvigheid van een in Brussel gevestigd Permanent Secretariaat.

Het is uit het verslag van de redactiesecretaris van M.C. (M.C. no 50/1970) reeds gebleken dat de plenaire zitting van het Comité Permanent niets heeft gevoeld voor een splitsing van een permanent bureau in Brussel en een wisselend Presidiaat in de verschillende landen. Men houdt vast aan de eenheid President en Bureau, organisatorisch gezien naar mijn mening volstrekt terecht. Vandaar dan ook, dat, zij het na sterke tegenstand van de Belgen, het Presidiaat en Bureau voor de volgende drie jaar naar Italië zijn verhuisd.

Het gevoel van malaise ging echter in de Duitse delegatie nog wel verder en wel zo ver, dat men zich begon af te vragen (vooral de Directeur Generaal van het Bureau van de Bundes Ärztekammer Prof. Stockhausen), of het Comité Permanent nog wel reden van bestaan had. De argumentatie daarvoor lag min of meer voor de hand: De Richtlijnen voor de vrije vestiging van de vrije beroepen, in casu van de artsen, voorbereid in de officiële werkommissie in Brussel, zijn daarna enige malen getoetst aan de opvattingen van de artsen door een directe contact Commissie tussen deze groep en het Comité Permanent. De richtlijnen hebben daarna een eerste juridische zuivering ondergaan door juristen van de Commissie in Brussel, waarbij ze worden getoetst aan de grondprincipes van het Verdrag van Rome. Daarna werden de Richtlijnen, zoals voorgescreven, onderworpen aan de kritiek van het Sociaal Economisch Comité van de Commissie te Brussel en bijna gelijktijdig door het Europese Par-

lement in Straatsburg. Daarbij zijn verschillende door de artsen voorgestane veranderingen door het Sociaal Economisch Comité aanvaard, door het Parlement in Straatsburg in mindere mate, waarbij dan vooral met betrekking tot de opleiding van de huisartsen door het Parlement van Straatsburg een opvatting is weergegeven, die door de Artsenorganisaties niet werd aanvaard (zie M.C. no 50/1970).

De Richtlijnen worden op dit ogenblik onderworpen aan een studie van directe regeringsvertegenwoordigers in Brussel, als voorbereiding voor de behandeling in de Raad (dat is de Raad van betrokken ministers) en zullen dan ten slotte worden gepubliceerd, waarbij overigens ieder land nog een uitlooptijd heeft van een jaar, voordat deze Richtlijnen dienen te worden toegepast.

Bij een aantal leden van het Comité Permanent ontstond nu de opvatting, dat hiermee in feite de functie van het Comité Permanent was beëindigd. Weliswaar zijn in de Statuten en Reglementen bij de oprichting ook wel andere activiteiten voorzien, maar men achtte toch de reactie op het probleem van de vrije vestiging de hoofdpoging waarvoor het Comité Permanent zich gesteld had gezien. Daar kwam nog bij een zekere scepsis van enkele delegaties omtrent de inspraak van het Comité Permanent, die, hoewel aantoonbaar, toch niet zeer efficiënt zou zijn geweest.

Hierbij kan het volgende worden opgemerkt: Dit gevoel is vooral ontstaan door de methodiek van ageren door de Belgische delegatie ingevoerd, nl. een zich weerbaar instellen *tegenover* de Richtlijnen, waarbij de samenwerking minder wordt gezien dan wel de confrontatie, zich uitende in een stroom van protesten en van moties, die ten dele zelfs in het kader van het Verdrag van Rome onvervulbare eisen inhielden en die dus op die manier ook zeker nooit konden worden geëffectueerd. Voor minder ter zake deskundigen geeft dat dan een gevoel van machteloosheid, dat echter op onzakelijke gronden wordt opgewekt.

Als voorbeeld moge gelden de herhaalde uitgesproken wens dat de Richtlijnen eisen zouden bevatten ten aanzien van de na-opleiding van de huisartsen. Aangezien de Richtlijnen *in dit stadium* niets anders kunnen doen dan coördineren van wat op geneeskundig gebied betreffende de opleiding bestaat, kon een verplichte na-opleiding van de huisartsen niet in de Richtlijnen worden opgenomen, omdat een verplichte na-opleiding op dit ogenblik in geen enkel land bestaat. Wanneer men dan de ene motie na de andere naar Brussel zendt waarin een opname van deze eisen in de Richtlijnen wordt gevraagd, ligt het voor de hand dat bij negatieve reacties het gevoel van machteloosheid ontstaat.

Het is voor artsen uit Noord-Europa altijd wat moeilijk in te zien dat deze wijze van ageren gewoon is in Latijnse landen, omdat men tevoren wel weet dat men daarmee niet veel bereikt, maar zich op deze wijze aanwezig voelt, en bovendien altijd nog de kans heeft dat door dit protest iets wordt gewonnen, dat bij redelijk overleg wellicht niet of pas na

lange tijd zou kunnen worden verwezenlijkt. De noordelijke artsen menen daarentegen dat met een intensieve coöperatie in feite meer wordt bereikt dan met deze theatrale acties.

Ik heb in het Comité Permanent al eens opgemerkt dat wanneer men de moties bij elkaar optelt, waarin wordt gewaarschuwd voor het in gevaar brengen van de Volksgezondheid, bij het aannemen of verwerpen van een bepaalde situatie in het toekomstig Europa, in het geheel geen Volksgezondheid zou kunnen bestaan. Zo vaak zou die dan beschadigd zijn.

## II

Is het nu juist dat het Comité Permanent weinig heeft bereikt en dat de taak in feite beëindigd is? Voor hierop direct antwoord te geven, moet er nog op worden gewezen dat veel activiteiten aanvankelijk vooral van de Europese Vereniging voor Specialisten (UEMS) later ook van de Europese Vereniging van Huisartsen (UEMO) werden gekanaliseerd via het Comité Permanent naar Brussel, zodat kan worden aangetoond dat veel van deze activiteiten wel degelijk in Brussel terecht zijn gekomen en zelfs in opmerkelijke mate weerslag hebben gevonden in de Richtlijnen.

Voor de huisartsen geldt dit met betrekking tot de erkenning van de gelijkwaardigheid (equivalentie) van die diploma's, die toegang geven tot de praktijk (het zogenaamde *Produit Final*), waarmee op slag een eind werd gemaakt aan discriminerende gevoelens tussen de verschillende artsengroeperingen. Deze slag werd geleverd en gewonnen nog tijdens het voorzitterschap door de Fransen van het Comité Permanent in Parijs. Verschillende andere opvattingen van het Comité Permanent (bijv. de noodzaak van een *Stage d'Adoption*, omtrent de rechtszekerheid van de migrerende arts, het beperken van de mogelijkheden van oncollegiale handelingen bij consulten op het gebied van de Zes Landen en nog zoveel meer) vindt men in vele opzichten bijna woordelijk terug in de Richtlijnen.

De invloed van de specialist in Europa op de Richtlijnen is nog duidelijker aantoonbaar, omdat de door de UEMS opgestelde regels voor een goede specialistische opleiding (de zgn. Acht punten van Bonn) woordelijk zijn terug te vinden in de Richtlijnen. Dit betekent veel meer dan men op het eerste gezicht zou denken, want in deze regels wordt gesteld dat de opleiding tot specialist zal zijn continue, ononderbroken, full-time en daardoor volledig betaald. Dat zich Frankrijk in de officiële werkgroep in Brussel daarbij heeft neergelegd is wel opmerkelijk, omdat dit land evenals Italië tot nog toe de meeste specialisten in opleiding niets betaalt, neen, in Italië moeten de specialisten hun opleiding zelfs aan hun opleider betalen! Het is duidelijk dat voor een goede doorwerking van deze eisen enige tijd nodig zal zijn, maar het principe is vastgelegd.

De opvattingen van de Europese Specialisten Unie vindt men bovendien woordelijk weergegeven in

de voorstellen van de zogenaamde minimum opleidingstijden, waardoor een in een ander land opgeleide arts voor een gastland acceptabel kan zijn. Men stond immers voor de enorme moeilijkheid van de uiterst gedifferentieerde specialisten-opleidingen in tijd en in techniek en met deze minimum tijden is de eerste stap gedaan naar een equivalentie, al moet er nog zeer veel gebeuren voordat deze opleidingen zogenaamd „geharmoniseerd” zijn, dat wil zeggen onderling gelijkwaardig worden.

Er is dus, als men de Richtlijnen rustig doorleest, geen enkele reden tot defaitisme, integendeel, men kan zich er bijna over verwonderen dat de officiële groeperingen in Brussel, die toch in de eerste plaats weinig geneigd waren om de artsengroeperingen toegang te geven tot de besprekingen, die voorafgingen aan het opstellen van de Richtlijnen, tenslotte van deze organisaties zoveel hebben overgenomen. De verklaring daarvoor is wel, dat deze organisaties, vooral de sub-verenigingen, een zo grote mate van gedetailleerde kennis bezaten over de vraagstukken waarop de Richtlijnen betrekking hadden, dat het wel dwaas zou zijn geweest, wanneer men van deze kennis geen gebruik had gemaakt.

Is het nu zo dat met het afronden van de Richtlijnen (die dus nog door de Raad van Ministers moeten worden besproken) de taak van het Comité Permanent is beëindigd?

Daar moet tegenover worden gesteld dat het Comité Permanent nog geheel andere resultaten heeft gehad, die in positieve zin inwerken op de geneeskunde van de Zes Landen. Men heeft in het Comité Permanent kunnen verwerkelijken samenwerking van de representatieve beroepsorganisaties uit de Zes Landen. Een dergelijke „Master Organization” betekent zeer veel in het verwarde beeld van de Europese Artsengroeperingen. Het heeft dan ook tijden geduurd voordat men de zekerheid had dat degenen, die in het Comité Permanent aanwezig waren, werkelijk konden worden gezien als representanten van hun respectievelijke verenigingen. Het heeft er zelfs toe geleid dat een aantal van deze verenigingen meer ruggespraak kreeg en meer representatief werd in eigen land, door de noodzaak van vertegenwoordiging in het Comité Permanent; vooral in Italië is dat het geval geweest.

De Organen in Brussel spraken via het Comité Permanent dus inderdaad met de artsen in Europa en het is niet in te zien dat bij opheffing van het Comité Permanent daarvoor een adequate vervanging mogelijk zou zijn. Het is immers zeker dat in de komende jaren het contact met de officiële Organen in Brussel nog zal moeten worden verstevigd in verband met de vele problemen die zullen rijzen bij de effectivering van de dan geaccepteerde Richtlijnen. Op de laatste vergadering in Brussel heeft de Crayencour zelfs voorgesteld te komen tot een gemeenschappelijke werkgroep tussen het Comité Permanent en dat gedeelte van de Commissie in Brussel, dat belast is met de uitvoering van de Richtlijnen. Dit is wel een heel andere houding

dan in de eerste jaren van het Comité Permanent, toen de officiële Organen in Brussel van enig contact niet wilden weten. In tegenstelling tot een onlangs door de Belgische delegatie in haar Bulletin meegedeelde opvatting kan worden gesteld dat het officiële contact tussen het Comité Permanent en Brussel tot stand is gekomen tijdens het Nederlandse Presidiaat.

De constructie van het Comité Permanent voorkomt bovendien dat andere groeperingen, die in eigen land niet representatief zijn of althans niet de meerderheid van de artsen vertegenwoordigen, zich aandienen in Brussel als de enige representant van de artsen in een land. Dit is geen blote veronderstelling; herhaaldelijk hebben zich in Brussel ad hoc gegroepeerde artsen gemeld die dan verkondigden dat de Organen in Brussel met hen moesten onderhandelen en niet met het Comité Permanent; dit is door de Organen in Brussel steeds geweigerd.

Een zeer groot pluspunt van deze „Master Organization” is ook dat (naar Nederlands voorbeeld!) de Europese Specialisten Unie, de Europese Vereniging van Huisartsen en ook de Vereniging van Arts Ambtenaren structureel ondergeschikt zijn gemaakt aan het Comité Permanent. Dit is met veel moeite ook voor de Europese Specialisten Vereniging doorgevoerd, en daarom met veel moeite, omdat deze Vereniging al bestond vóórdat het Comité Permanent werd opgericht. De Nederlandse delegatie daarin vond het echter zo vanzelfsprekend dat voorkomen moest worden dat verschillende groeperingen elkaar zouden bestrijden op het Forum voor de Commissie in Brussel, dat een voorafgaande verevening van opvattingen binnen de plenaire zitting van het Comité Permanent moest worden verkozen; daarbij hielden de specifieke Europese Verenigingen uiteraard een grote mate van autonomie, maar aan het gentleman's agreement om niet zelfstandig naar Brussel te gaan, is tot op vandaag voldaan. Het is wel zo geweest dat enkele groeperingen uit de Europese Specialisten Unie hebben geprobeerd direct contact te krijgen met de autoriteiten in Brussel, maar enig resultaat heeft dit nooit gehad.

Tenslotte is de arbeid van het Comité Permanent belangrijk geworden door het werk in de Commissies. Van de vele commissies mogen bij voorkeur worden genoemd de Commissie Sociale Zekerheid, de Commissie Beroepsopleiding, en de Commissie Sociale Geneeskunde (Médecins Salariés, - Commissie van „Beamtete Ärzte”). Het is vaak het voorbereidend werk geweest in deze Commissies dat het Comité Permanent in moties of in resoluties bereikte.

Er ligt overigens nog altijd een organisatieprobleem: Zolang de Europese Specialisten Unie zich hield aan de grondslagen bij de oprichting aanvaard, nl. dat deze Unie zich als enig doel stelde het niveau van de Specialistische Geneeskunde in Europa te bevorderen, was er weinig reden te denken aan een overlapping van werkzaamheden, omdat de UEMS zich in principe dus niet bezighield met maatschappelijke problemen, zoals bijvoorbeeld

de honorering. Nu het de schijn krijgt dat deze UEMS vooral in zijn sub-commissies toch een belangrijker accent gaat leggen op de maatschappelijke problemen van de geneeskundigen, zal moeten worden gezien in hoeverre deze moeten worden afgestemd op de activiteiten van de Commissie Sociale Zekerheid uit het Comité Permanent. Het zijn vooral de Belgische vertegenwoordigers in alle groeperingen die aandringen op een zo groot mogelijke activiteit op dit maatschappelijk gebied. Het is niet geheim, dat in de UEMS op dit punt ernstig verschil van mening bestaat.

### III

Wanneer men nu het Comité Permanent zou opheffen dan valt in verband met het voorgaande het volgende te voorspellen: De Organen in Brussel hebben dan geen gesprekspartner meer, en zonder enige twijfel zullen andere groeperingen, bijvoorbeeld dissidente groepen in verschillende landen, proberen de plaats van het Comité Permanent in te nemen. Vervolgens zou een einde komen aan de constructieve werkzaamheden van het Comité Permanent met betrekking op de verfijning van de Richtlijnen. De Richtlijnen behelzen op dit ogenblik immers niet anders dan een vrij ruw timmer- en schaaftwerk, nodig om de zgn. coördinatieperiode op gang te brengen, waarbij de uitwisseling van de artsen in Europa mogelijk wordt, maar waarbij nog altijd grote tegenstellingen blijven bestaan, die in een „harmonisatieperiode”, die waarschijnlijk over een jaar of vijf zal starten, moeten worden verevend. Daarvóór moet veel werk worden gedaan, zowel in de sub-verenigingen (UEMS EUMO), als in de Commissies (vooral die van de beroepsopleiding) en daarbij zou het Comité Permanent dus ten onrechte ontbreken. Bovendien zou dan de situatie ontstaan dat deze sub-verenigingen, die zich zeker niet zullen opheffen, geen integratie meer vinden in het Comité Permanent en dus zelfstandig bij Brussel gaan aankloppen, waarbij het grote gevaar bestaat, dat eventuele tegenstellingen tussen huisarts en specialist op dit niveau worden uitgevochten en dit te meer omdat deze verhoudingen immers in de verschillende landen uiterst verschillend liggen. De belangrijke arbeid verricht in de commissies van het Comité Permanent zullen dan ook tot stilstand komen.

Daar komt nog iets anders bij: Zoals Mr. De Crayencour heeft aangekondigd overweegt men in de Officiële Commissie van Brussel een Studie Comité en wel om twee redenen. In de eerste plaats voorziet men ook daar wel, dat de problemen zich zullen opstapelen, wanneer de vrije circulatie een feit is geworden, en ook daar realiseert men zich, dat men met deze Richtlijnen nog maar een eerste stap heeft gedaan, zodat verdere studie geboden is, maar daarnaast en in de tweede plaats is het vooral zo, dat men als reactie op een protest van de Duitse Rectoren van de Universiteiten zich bewust is geworden dat de functie van de Commissie in Brus-

sel kan worden aangevochten. Deze Rectoren (volgens mededelingen van Prof. Fromm, „niet zelden langharige jongelui onder de dertig jaar en van een ander vak dan de Geneeskunde”) betwisten het recht van de Commissie in Brussel om de Richtlijnen op te stellen en menen dat deze Richtlijnen in de eerste plaats thuis behoren aan de Universiteiten. Aangezien de Richtlijnen niet alleen opleidingseisen bevatten, maar ook zeer veel maatschappelijke maatregelen in verband met Artikel 57 lid 2 en 3, is het duidelijk dat deze opvatting zonder meer niet juist kan zijn. Maar het brengt wel de noodzakelijkheid mee, om maatregelen zeer nauwkeurig te bestuderen, na ruggespraak met de desbetreffende belanghebbenden.

Het is juist om dit punt, dat ook het Comité Permanent moet komen tot een dergelijke Studie Commissie om als volwaardige partner in een gespreksverhouding te kunnen optreden in verband met ongetwijfeld zeer moeilijke vraagstukken. Dat daarbij juridische voorlichting aan de Studiegroep van het Comité Permanent noodzakelijk blijft is wel zeker, want met de voortgaande ontwikkeling langs de lijnen van het Verdrag van Rome, voor wat betreft de vrije vestiging van de vrije beroepen, doemen steeds meer ingewikkelde juridische problemen op.

Dat brengt mij er toe, nog een keer te vermelden, dat naast de genoemde Commissies van het Comité Permanent, het vooral de juridische Commissie is geweest, die een zeer grote invloed heeft uitgeoefend ten bate van een juist en evenwichtig beleid van het Comité Permanent. Zoals uit eigen kring wel bekend is, kunnen de juristen een matigende invloed uitoefenen, kunnen ze een voorbarige opwindung bezweren, en een te groot enthousiasme niet zelden afzwakken, wanneer dit juridisch noodzakelijk blijkt. Bovendien hebben de juristen van het Comité Permanent, afkomstig uit de zes landen, verenigd in het juristen Comité, niet zelden initiatieven voorgelegd aan de plenaire zitting of ook werkstukken afgeleverd op verzoek van het Comité Permanent, die als historische werkstukken blijvend in functie zijn bij verdere besluitvorming.

Niet alleen de toenemende juridische problemen bij de verdere uitvoeringsmaatregelen, naar aanleiding van de vrije vestiging van de vrije beroepen, maar ook de geneeskunde zelf dwingt tot het voortzetten van de werkzaamheden in het Comité Permanent, omdat immers de geneeskunde dynamisch is en men met eenmalige opstelling van Richtlijnen nog maar pas de eerste stap heeft gezet. Laat ons alleen maar wijzen op de invasie van de bio-fysica in de geneeskunde met zijn vele daaraan verbonden organisatorische, maar ook morele problemen, laten wij letten op het toenemend aandeel van de preventie in de geneeskunde, wij kunnen daarnaast niet voorbij zien aan de toenemende invloed van de sociologie en psychologie op het geneeskundig handelen, er zullen zich vele vraagstukken voordoen omtrent de afbakening van de bevoegdheden en verantwoordelijkheden die in de verschillende landen verschillend kunnen liggen, maar die toch aanleiding kunnen zijn

tot een positie kiezen van het Comité Permanent. Laten wij niet vergeten dat andere vrije beroepen ook vertegenwoordigd zijn in Brussel en hun belangen bepleiten.

Daarnaast heeft het Comité Permanent een functie op ethisch gebied: Het heeft reeds bij herhaling gewezen op het gevaar van de dehumanisering van de geneeskunde in verband met de dreigende technocratie en het is o.a. daarom, dat herhaalde malen in Brussel is voorgesteld de code, die destijds onder het Duitse Presidiaat is aanvaard, op te nemen als addendum aan de Richtlijnen. Het is inderdaad wel zo, dat de erecode van de artsen en het daarmee verbonden medisch tuchtrecht in de zes landen nog niet een zodanige studie hebben uitgemaakt dat men reeds kan komen tot coördinatie van het medisch recht, anderzijds bestaat er bij de artsen nog steeds een grote verontrusting over de mogelijkheid, dat de voortschrijdende ontwikkeling van de geneeskunde niet alleen op technisch gebied, maar daarnaast toch ook op sociaal gebied, toenemend de geneeskundige grondprincipes kunnen afknagen, waaruit slechts een gehavende geneeskundige ethiek resulteert. Al maken de bewegende pleidooien vanuit het Comité Permanent een soms wat kinderlijke indruk, men kan zich er toch niet aan onttrekken, dat vooral in bepaalde landen, men oprecht ernstig verontrust is over deze ontwikkeling en meent dat de relatie arts/patiënt daarmee in gevaar wordt gebracht.

Er is tenslotte nog een laatste reden waarom het Comité Permanent in de toekomst nog een belangrijke functie zou kunnen uitoefenen. Niet alleen de geneeskunde is dynamisch maar ook Europa. Het is misschien wat boud te stellen dat de ontwikkeling na de dood van de Gaulle versneld is, maar het is zeker dat verschillende initiatieven nu sneller convergeren naar een echte Europese Eenheid dan voordien het geval was. Dit betekent dat door een economische eenheid ook een convergentie ontstaat in de stelsels van sociale zekerheid, want een economische gelijkwaardigheid brengt onafscheidelijk mede een tendens tot eenheid in de maatregelen op het gebied van de sociale zekerheid. De tijd is voorbij dat iedere minister in een van de zes landen een aantal wetten op zijn naam kon brengen, zonder omzien naar de ontwikkeling in andere landen. Voor zover dit is gebeurd zal het een moeizame arbeid vorderen, voordat de divergentie weer omgebogen wordt tot convergentie, maar de wil is aanwezig en de noodzaak is evident. Dat zal dus meebrengen dat de artsen worden geconfronteerd met een convergentie in de structuur van de sociale zekerheid, die zeker voor ieder van de zes landen zal afwijken van het eigen systeem. De artsen zullen zich hierover moeten beraden en ook weer hier de grote voordelen van de eenheid moeten leren zien boven de nadelen van het prijsgeven van een stuk traditionele verworvenheid; daarnaast echter zullen de artsen zeer nauwlettend moeten toezien of bij deze convergentie van de systemen van sociale zekerheid niet een toenemende invloed wordt uitgeoefend door de

daarbij betrokkenen op de uitoefening van de geneeskunde zelf. Daarbij zal immers nauwkeurig moeten worden toegezien of bij een dergelijke versnelde ontwikkeling inderdaad de relatie arts/patiënt niet in gevaar komt.

Het is bijvoorbeeld denkbaar, dat men bij dit streven naar eenheid komt tot een door alle zes landen aanvaarde „Tiers Payant” of juist andersom, tot een afwijzing van deze situatie, dat er een algemeen, aanvaarde toepassing komt van de sociale zekerheid op de verschillende inkomensgroepen, dat er vraagstukken ontstaan omtrent de tegemoetkoming in kosten voor bepaalde leeftijdsgroeperingen, dat er natuurlijk problemen komen ten aanzien van de positie van de specialisten in de ziekenhuizen in de zes landen en dat tenslotte de artsen zich gesteld zullen zien tegenover een toenemende tendens tot verambtelijking van de geneeskunde met uiteindelijk doel een Health-Service voor de zes landen. Reden genoeg dus om het Comité Permanent niet op te heffen!

#### IV

Wanneer wij er dan vanuit gaan dat het Comité Permanent moet blijven bestaan dan moet worden afgevraagd of de kosten daarvan kunnen worden beperkt en of de organisatie kan worden verbeterd.

Naar de mening van de Nederlandse delegatie kan dit inderdaad worden bereikt langs lijnen die reeds aanwezig waren op de besprekingen in Luxemburg en later op de bespreking van de delegatieleiders in Oslo. De methodieken tot versobering en structurele verbetering werden daar reeds, zij het niet in organisch verband, ten dele genoemd: Het is een ervaringsfeit dat de plenaire zittingen niet de plaats zijn om belangrijke vraagstukken uitputtend te bestuderen. Weliswaar werden die dikwijls in de speciale commissies voorbereid, maar daar ontbreekt dan toch een wat groter forum en ontstaat niet de mogelijkheid tot het toetsen aan het algemeen belang. Ook is de plenaire zitting niet de plaats om toekomstige ontwikkelingen nauwkeurig te bestuderen en het is zeker niet de plaats om in rustig overleg de filosofie voor de toekomst te bepalen. Deze algemene Richtlijnen voor de ontwikkeling in de toekomst, deze wat de Fransen genoemd hebben „Medische Filosofie”, kan ook niet zijn plaats vinden in de Commissies die immers met deelopdrachten bezig zijn. Wanneer men dit alles overweegt dan kwam de Nederlandse delegatie tot de opvatting dat een structuurverandering als volgt zou kunnen plaatsvinden, waarbij de werkzaamheden kunnen worden geconcentreerd en geïntensiveerd en daarbij ongetwijfeld de kosten kunnen worden gedrukt, en waarbij tegemoet gekomen wordt aan de wens dat toch een voortdurend contact met de autoriteiten in Brussel mogelijk blijft ook bij een Presidiaat in een land als Italië, dat verder weg ligt.

A. Het beleid ten aanzien van actuele vraagstukken en ten aanzien van toekomstige ontwikkelingen wordt besproken en zo mogelijk geformuleerd in een

zeer beperkte groep van delegatieleiders met juridische adviseurs waarbij in plaats van de delegatieleider voor bepaalde vraagstukken ook een ander lid van de delegatie naar een dergelijke bespreking kan worden afgevaardigd. Dit „Comité d'étude”, „Comité de philosophie” (Monnier) krijgt een voorbereidende functie voor de plenaire zitting en tracht met behulp van de werkzaamheden van een aantal in actie blijvende commissies de vraagstukken fundamenteel te bezien, dit ook in regelmatig contact met in de eerste plaats de specifieke organisaties binnen het Comité Permanent (UEMS, UEMO) en anderzijds met de autoriteiten in Brussel. Het behoeft geen betoog dat een dergelijk Studie Comité een zware last op de schouders krijgt gelegd, maar het is de enige mogelijkheid om te komen tot een concentratie van activiteiten en bovendien tot een vergroting van deskundigheid.

B. Nagegaan moet worden welke commissies kunnen worden verenigd, welke commissies regelmatig gezamenlijk kunnen vergaderen, zodat de reiskosten daarmee kunnen worden teruggebracht en welke commissies kunnen worden opgeheven. Dat zal een kwestie zijn van beleid voor het Comité Permanent, maar reeds werd een stap in die richting gedaan door een aantal commissies regelmatig gezamenlijk te laten vergaderen, hetgeen dan bovendien nog het voordeel heeft dat men vraagstukken die de commissies gezamenlijk raken, ook gezamenlijk kan bespreken.

Dit „Comité d'étude” behoeft niet noodzakelijkerwijs steeds in Brussel te vergaderen, dit kan ook in andere hoofdsteden van de zes landen gebeuren. Bovendien is dit Comité d'étude de aangewezen gesprekspartner voor de studiegroep die de Commissie van de zes landen in Brussel zal opstellen, wanneer de plannen althans daar doorgaan.

In deze constructie blijft de plenaire zitting van het Comité Permanent een orgaan, dat de besluiten van het „Comité d'étude” bekrachtigt, het orgaan ook dat naar buiten optreedt namens alle artsen uit de zes landen in Europa, het orgaan dus dat vooral representatieve en formele functies krijgt toegedacht. In feite is dit het grote public relation orgaan voor de artsen uit de zes landen. Het wezenlijke werk wordt gedaan door het Comité d'étude bijgestaan door de sub-groeperingen en een aantal commissies.

Aan dit Comité d'étude moet slagvaardigheid worden toegekend door de mogelijkheid snel te kunnen reageren op bepaalde ontwikkelingen, zodat het Comité Permanent niet, zoals vroeger gebeurde, achter de feiten aan komt. Deze studiegroep moet de mogelijkheid hebben bij bepaalde werkelijk belangrijke zaken de plenaire zitting vervroegd bijeen te doen roepen.

Aangezien in deze constructie de delegatieleiders bij voorkeur zijn vertegenwoordigd in het Comité d'étude (zij het bijgestaan door juristen en eventueel vervangen door specifieke deskundigen), zal het vervroegd bijeenroepen van de plenaire zitting formeel geen moeilijkheden kunnen oproepen.

Voor wat betreft de afwikkeling van de kosten: Het zal noodzakelijk zijn dat een budget wordt opgesteld. Het zal noodzakelijk zijn dat aan het eind van het jaar een balans wordt overgelegd, waar onkosten en inkomsten nauwkeurig staan verantwoord. Het zal daarnaast noodzakelijk zijn dat de kosten worden omgeslagen naar rato van het aantal actief werkzame artsen in ieder land. Tot nog toe werden de kosten omgeslagen naar aanleiding van bij de beide beroepsorganisatie ingeschreven artsen, maar dit geeft voor sommige landen zeer ongelijke resultaten: - terwijl Frankrijk dus alleen betaalt voor de artsen die bij de Confederatie zijn aangesloten en dat is toch niet meer dan hoogstens 60% van de artsen, betaalt Italië voor alle artsen die bij de Ordre staan ingeschreven, en dat zijn alle assistent artsen en ook alle rustende artsen, zodat een grote ongelijkmatigheid ontstond.

## VI

**Samenvatting:** In het bovenstaande is aangegeven op welke punten het Comité Permanent creatief werkzaam is geweest. Tevens staan aangegeven de reeks van redenen waarom de werkzaamheden van het Comité Permanent dienen te worden voortgezet. Een voorstel wordt gedaan tot een structuurhervorming waardoor de werkzaamheden kunnen worden verdiept, geïntensiveerd en waarbij de kosten hopelijk kunnen worden gereduceerd. Budgettering van de kosten, het overleggen van een balans en het redelijk omslaan van de kosten naar aanleiding van het aantal werkzame artsen per ieder land, is daarbij een noodzakelijke voorwaarde. De meerderheid van het Comité Permanent heeft immers het bijdragen in de kosten door de Overheid, zoals op dit ogenblik in België is gebeurd, in principe afgewezen.

Utrecht, 12 januari 1970

## DE VOLKSTELLING

Het volgende perscommuniqué is donderdag 11 februari i.l. aan het A.N.P. verstrekt:

Mede op grond van de toezeggingen, namens de regering gisteren gedaan in de Tweede Kamer en waarbij een snellere procedure in verwerking en vernietiging van de uit de volkstelling te verkrijgen gegevens werd gegarandeerd, beveelt het hoofdbestuur der Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst de artsen in Nederland aan alle medewerking aan de volkstelling te verlenen. Het hoofdbestuur acht het van groot belang dat uit deze volkstelling zo betrouwbaar mogelijke gegevens zullen resulteren, die medebepalend kunnen zijn voor het overheidsbeleid op langere termijn op het terrein van de gezondheidszorg, in het bijzonder aangaande voorzieningen ten gunste van hulpbehoevenden. Het hoofdbestuur adviseert de leden der Maatschappij slechts in onontkoombare gevallen een beroep te doen op het verschoningsrecht.

\* \*

Op een daartoe strekkende vraag van het lid der Tweede Kamer mej. Goudsmit (D '66) heeft minister Nelissen geantwoord dat een arts/directeur van een inrichting in bepaalde gevallen in strijd met het ambtsgeheim kan komen wanneer hij de vraag, voorkomend op de voorzijde van kaart 5 van de vragenlijst F van de volkstellingsformulieren — categorie van de in zijn inrichting verblijvenden — zou moeten invullen. Alsdan, aldus de minister, kan terecht een beroep worden gedaan op het verschoningsrecht, vervat in artikel 11 tweede lid van de Volkstellingswet.

## Cliëntenbond geestelijke gezondheidszorg in oprichting

Een groep mensen heeft onlangs het initiatief genomen te komen tot de stichting van een cliëntenbond in de geestelijke gezondheidszorg. Het was hen opgevallen, dat op het congres „Te gek om los te lopen” van de Nationale Federatie voor de Geestelijke Volksgezondheid, 20 november jl. in de RAI te Amsterdam, de cliënt — toch de meest direct betrokkene — niet was vertegenwoordigd. Inspraak van die kant is wel gewenst, vindt de groep, en zij niet alleen: ook de overheid heeft bij monde van de minister van C.R.M. en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid blij gegeven van het inzicht, dat be-

langhebbenden en belangstellenden medezeggenschap in de geestelijke gezondheidszorg toekomt.

De belangrijkste wensen van de groep zijn:

- de publikatie van een periodiek bij te werken lijst van inrichtingen, scholen voor buitengewoon onderwijs, recreatiegelegenheden, short stay-homes en andere voorzieningen op het terrein van de geestelijke volksgezondheid;
- een verruiming van het bezoekenbeleid met betrekking tot het verblijf van kleine kinderen in ziekenhuizen;

- een betere begeleiding van ex-patiënten uit inrichtingen en van diegenen wier gedrag van wat als normaal wordt gezien afwijkt,

- meer opvangmogelijkheden voor lichamelijk of geestelijk gehandicapte kinderen die thuis wonen;

- een grotere mate van overleg tussen ouders en de deskundigen die hun kinderen behandelen;

- een herstructurering van de medisch-opvoedkundige bureaus, zodat deze kwantitatief en kwalitatief beter uit de voeten kunnen;

- het opheffen van de inkomensdrempel in de geestelijke gezondheidszorg.

# Toekomstige structuur gezondheidszorg in Nederland (VI)

Door H. Berends, secretaris N.V.V.

„Study of the social aspects of medicine along scientific lines is still in its infancy. Advice and opinions are common, but hard-headed analyses are rare”, aldus M. I. Roemer\*. Het is in overeenstemming met deze uitspraak, indien enige opmerkingen over de toekomstige structuur van de gezondheidszorg in Nederland in de vorm van stellingen worden geponeerd.

1. Gelet op het niveau, de omvang en de prijs voor medische diensten is nationalisering van de gezondheidszorg in ons land niet noodzakelijk.

2. Planning, coördinatie en integratie van de gezondheidszorg is een taak van overheid en instellingen, respectievelijk organisaties van gezondheidszorg beide.

3. Institutionalisering van deze planning en coördinatie vereist grote zorgvuldigheid. De Wet ziekenhuisvoorzieningen is hiervan een goed voorbeeld.

4. Planning in al zijn verschillende vormen mag niet worden misbruikt om nieuwe ontwikkelingen, waarover verschillend wordt gedacht, tegen te gaan. Onafhankelijke beroepsinstanties dienen in zulke gevallen te beslissen.

5. Doelmatige financiering van de gezondheidszorg is een uiterst moeilijk probleem.

a. Financiering uitsluitend via verzekeringspremies vormt een zelfstandige stimulans tot uitbreiding en mogelijkserwijs dus tot verspilling.

b. Een financiering uitsluitend via de algemene middelen kan gewenste ontwikkelingen tegenhouden.

c. Een mengvorm is aanvaardbaar, mits niet in de vorm van subsidies, omdat daardoor de gewenste coördinatie en integratie wordt belemmerd.

6. a. Een billijker lastenverdeling;

b. een grotere eenheid in de distributie van de financiering als basis voor coördinatie en integratie;

c. de gewenste opheffing van het onderscheid in

status tussen patiënten worden bereikt door uitbreiding van de A.W.B.Z. tot alle verstrekkingen.

7. Optimalisering van het gebruik van mensen en middelen aan de aanbodzijde vereist zorgvuldige bestudering, zo mogelijk mede op basis van experimenten. In de tot nu toe, bijna uitsluitend, theoretische benadering van deze zaak, wordt te veel verontachtzaamd dat doeleinden met betrekking tot de vraag- respectievelijk aanbodzijde meestal discongruente gevolgen hebben met betrekking tot de aanbod- respectievelijk vraagzijde.

8. Het is een eis van deze tijd, dat monopolioïde structuren op het terrein van de gezondheidszorg worden onderzocht, en waar nodig worden gecorrigeerd. Hierbij ware met name aandacht te schenken aan:

- de honoraria der medewerkers;
- de arbeidsrechtelijke aspecten van diverse overeenkomsten met medewerkers;
- toelatings- en vestigingseisen met name op het terrein van de farmacie;
- het tuchtrecht.

9. De ziekenfondsen en hun organisaties moeten niet worden teruggedrongen tot de taak van uitsluitend verzekeraar te zijn. Hun functie bij de uitvoering, de vormgeving en de controle zal moeten worden uitgebreid en versterkt. Bestaande belemmeringen voor het in stand houden respectievelijk het oprichten van eigen instellingen dienen te worden opgeheven.

## INTERNATIONALE AUTO EMBLEMEN

zijn voor leden van de Maatschappij verkrijgbaar op het Bureau der Maatschappij, Lomanlaan 103, Utrecht. De prijs van het Maatschappij-embleem (Internationaal model), vervaardigd van astralon, is f 1,—. Ook is verkrijgbaar een embleem van plak-plastic à f 0,50. Men wordt verzocht bij bestelling de kosten te voldoen door overschrijving op postgiro 58083 der Maatschappij.

\* M. I. Roemer, The organization of medical care under social security. International Labour Office, Genève, 1969 (Studies and Reports; New Series 73).



# Weigering bloedtransfusie door Jehova's getuigen

Een door de Protestants Christelijke Artsen Organisatie en de Katholieke Artsen Vereniging samengestelde gemengde commissie ter bestudering van het probleem van de weigering van bloedtransfusie door Jehova's getuigen heeft recent een rapport uitgebracht. In dit zeer doorwrochte rapport — waarover later — komt deze commissie tot de volgende slotconclusies:

„In geval dat er mogelijkheid bestaat dat er bij een patiënt bloed getransfundeerd zal moeten worden, worde door de huisarts onmiddellijk aan de specialist medegedeeld dat zijn patiënt Getuige van Jehova is.

„De specialist diene *vooraf* te overwegen of een bloedtransfusie noodzakelijk zal zijn. Er zijn gevallen waarin een verhoogd risico voor de patiënt zeker aanvaardbaar is.

„De specialist zal dienen te overwegen welke operatiemethode hij zal kiezen, welke, in geval van weigering, nog een aanvaardbaar risico voor de patiënt zal opleveren, terwijl er aan de andere kant toch een redelijk resultaat van de ingreep kan worden verwacht.

„De arts zal „op alle hem ten dienste staande manieren proberen te overtuigen”. Er zal dus gesproken moeten worden. Wie dit gesprek zal voeren, de huisarts of de specialist, of beiden tezamen, is het resultaat van een gemeenschappelijk overleg.

„Hij, die hiertoe het beste in staat is, zal het gesprek dienen te voeren. Hierbij dient opgemerkt, dat dit in eerste instantie de taak van de huisarts is. Als vertrouwensarts van het gezin kan de huisarts grote invloed uitoefenen.

„De arts zal op de hoogte moeten zijn van de godsdienstige motieven, die zijn patiënt zal aanvoeren en hij zal deze trachten te weerleggen (zie Deel I). Maar tot het voeren van een dergelijk gesprek zijn slechts weinig artsen in staat.

„Wel kan van de arts verwacht worden, dat hij inzake de medische tegenwerpingen van zijn patiënt, deze van repliek kan dienen.

„De arts zal bemerken, dat in de meeste gevallen een gesprek met een Jehova Getuige niet tot het beoogde doel zal voeren, omdat een echte discussie vrijwel onmogelijk is.

„Blijft de patiënt bij de weigering, dan trekke de arts, als dit maar enigszins mogelijk is, zich niet terug van de behandeling, maar hij stelde een consult in met een andere arts inzake het al of niet bestaan van een absolute indicatie en over de aard van de toe te passen ingreep. Eveneens kan een consult worden gehouden uit psychologische overwegingen.

„Wanneer, zoals te verwachten is, de patiënt vol-

hardt bij de weigering, zal de arts de patiënt mededelen:

a wat de consequenties van de weigering zijn. B.v. dat de operatie niet zal kunnen doorgaan.

b dat hij alle maatregelen zal nemen voor het behoud van het leven en voor de verbetering van de gezondheid.

c dat een verhoogd risico zal moeten worden aanvaard.

„De patiënt kan er in toestemmen, dat er b.v. tien dagen ante-operationem bloed wordt afgenomen om later te worden getransfundeerd. Hiervoor wordt in de meeste gevallen geen toestemming verleend.

„Indien de patiënt zelf het probleem aanroert zal men van hem een weigerings-verklaring kunnen verlangen.

„Bij intra uterine fluxus ten gevolge van atonia uteri e.d., kan als ultimum refugium de uterus worden geëxtirpeerd.

„Indien de patiënt niet composmentis is, zal door de familie en eventueel door anderen duidelijk aangegevoeld moeten worden, dat de patiënt Jehova's getuige is, en indien hij wel composmentis zou zijn, zeker een bloedtransfusie geweigerd zou hebben. In geval van twijfel handele de arts naar eigen inzicht. A fortiori geldt dit bij acuut levensgevaar.

„De ouders van een rhesusbaby en ook van kinderen, hebben niet een onbeperkte macht over hun kinderen. Ingeval er een wisseltransfusie dient plaats te hebben, stelde de arts de Officier van Justitie hiervan telefonisch op de hoogte. Deze kan het kind onmiddellijk aan de ouderlijke macht onttrekken.

„Indien een arts ten gevolge van een collisie van plichten (het redden van het leven van het kind en het bewaren van een beroepsgeheim) in gewetensconflict zou geraken, wordt hem in elk geval verzocht onmiddellijk telefonisch contact op te nemen met de secretaris van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst.

In het voorwoord tot dit rapport wordt toegelicht dat de artsen van beide genoemde verenigingen door gezamenlijke doordenking van vraagstukken een bijdrage willen leveren tot de uitoefening van hun taak, waarmee zij als christenen worden geconfronteerd. Verontrusting is onder artsen ontstaan zo wordt voorts gezegd door de godsdienstige overtuiging van de Getuigen van Jehova, een secte, die haar leden het ondergaan van bloedtransfusie verbiedt. Daar het hier een theologisch probleem betreft, niet liggend op het terrein van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering

der Geneeskunst, hebben beide verenigingen besloten het onderwerp gezamenlijk in studie te nemen met hulp van de theologie, teneinde de Nederlandse artsen van voorlichting te dienen.

Elk der beide verenigingen benoemde in de daar toe samen te stellen gemengde commissie twee artsen en twee theologen. Deze commissie kreeg de volgende samenstelling: A. H. Hertstein, arts te Arnhem, voorzitter; Dr. J. J. C. P. A. Roovers, internist te Amsterdam en voorzitter van de Centrale Medische Bloedtransfusie Commissie, secretaris; Dr. G. F. van Balen, internist te Aalst; Drs. Th. C. J. Beemer (pr.), lector in de moraal theologie te Nijmegen; Prof. Dr. J. van den Berg, hoogleraar in de kerkgeschiedenis en kerkrecht aan de Vrije Universiteit te Amsterdam; pater J. van den Bom, benedictijn St. Paulusabdij te Oosterhout; H. Knol, chirurg te Utrecht; Ds. H. J. Spier, gereformeerd predikant te Boer (Gr.); Dr. J. Soetendorp, rabbijn te Amsterdam en W. J. Meewis, hoofdadministrateur van de Centrale Medische Bloedtransfusie Commissie, notulist en rapporteur.

Na een korte inleiding, waarin de commissie o.m. vermeldt dat volgens de laatste volkstelling het aantal Jehova's getuigen in Nederland 12.978 bedroeg, gezinsleden en geestverwanten niet meegerekend en waarin zij ook informatie geeft over de door haar gevolgde werkwijze, aan het begin waarvan van veel literatuur kennis werd genomen (een literatuurlijst is toegevoegd), worden de theologische aspecten in den brede behandeld. Daarbij wordt de lezer ook een duidelijke uiteenzetting gegeven van de gronden, waarop de Getuigen van Jehova bloedtransfusie weigeren.

Deze doorwrochte studie en informatie neemt als deel I een groot deel van dit rapport in beslag, waarna in deel II — rapporteur van dit deel is de voorzitter der commissie — uitvoerig wordt ingegaan op de medische en medisch-ethische aspecten. Ten

aanzien van de medisch-ethische aspecten wordt daarbij naar voren worden gebracht dat de Maatschappij Geneeskunst reeds in „Medische ethiek en Gedragsleer” (derde druk 1959) als haar standpunt heeft uiteengezet, dat de arts het bindende, het imperatieve karakter van de godsdienstige gevoelens van zijn patiënten zal moeten erkennen en ook aanvaarden. Gememoreerd wordt dat de Maatschappij Geneeskunst terzake van het vraagstuk „Arts en godsdienst” in „Medische ethiek en Gedragsleer” een conclusie heeft getrokken, die geen enkele twijfel toelaat: „Steeds zij de arts uiteindelijk bereid de uitgesproken opvatting of overtuiging van zijn patiënt te respecteren, ook al meent hij dat deze ongemotiveerd is; ook al ziet hij zich juist daardoor beperkt in de mogelijkheid de volgens zijn opinie juiste medische hulp te verlenen. De arts kan dan op alle hem ten dienste staande manieren proberen te overtuigen en dat dient hij, als het om belangrijke dingen gaat, zeker te doen, als dit op geen enkele manier gelukt, dan kan er uiteindelijk een moment komen, dat hij zich bij deze overtuiging neerlegt en daarmee ten volle rekening houdt, zelfs al is dit soms moeilijk. Wanneer hij zich echter hierbij voor een gewetensconflict geplaatst ziet en zich naar eigen geweten niet bij deze overtuiging kan neerleggen, zal hij zich terug moeten trekken”.

Na het citeren uit het door de commissie als uitnemend gekwalificeerde hoofdstuk „De arts en de godsdienst” uit „Medische Ethiek en Gedragsleer” wordt dan gedetailleerd ingegaan op de handelwijze van de arts in geval van weigering van bloedtransfusie door de patiënt, worden minitieuze adviezen geformuleerd terzake van de daarbij te volgen gedragslijn, ook ten aanzien van patiënten die compos mentis zijn en minderjarigen, onder wie de resusbaby, een en ander later gecomprimeerd teruggebracht in de in de aanhef van dit excerpt weergegeven slotconclusies.

---

## De vlaamse huisarts van morgen

Uit het verslag van het nationaal colloquium „De Huisarts 1970” van de Wetenschappelijke Vereniging der Vlaamse Huisartsen, 3 oktober te Beers, opgenomen in Periodiek maandblad van het Vlaams Geneesheren Verbond, december 1970, auteur Dr. H. Bayens uit Leuven:

„In de gezondheidsstructuur moet ook de functie van de huisarts worden gespecificeerd, met andere woorden de bevoegdheid van de huisarts moet worden omschreven. De volgende overwegingen lijken ons hierbij belangrijk. Ten eerste: de zorgenverstreking moet hiërarchisch worden opgebouwd. Aan de basis de huisarts, die exclusief verantwoordelijk is voor de geneeskunde in het eerste echelon. Hoger in de pyramide de specialist en de kliniek,

waarmee de huisarts continu samenwerkt in het tweede echelon. Praktisch wil dit zeggen, dat aan de huisarts een absolute zeeffunctie moet worden toegewezen. Ten tweede moet de huisarts continu verantwoordelijkheid dragen voor zijn patiënten. Die verantwoordelijkheid wordt gematerialiseerd in de inschrijving van de patiënten bij een huisarts. ( ) Ten derde: de verantwoordelijkheid van de huisarts is zo enorm, vooral als hem de zeeffunctie toegewezen wordt, dat het huidige artsendiploma niet volstaat om continu de huisartsgeneeskunde uit te oefenen. Wij bedoelen, dat enerzijds de nieuweling zich specifiek moet bekwalen in de huisartsgeneeskunde en dat anderzijds de geldigheid van het diploma maar van beperkte duur mag zijn. De

artsen zijn verplicht hun nascholing te verzorgen, willen zij hun verantwoordelijkheid volwaardig dragen. Het lijkt ons wenselijk dat een diploma daarom periodiek moet worden gevalideerd. Dit kan gebeuren aan de hand van deelname aan erkende vormen van nascholing.

„Aan welke onmiddellijke noden moet worden voldaan om dit beeld van de huisarts van morgen door te drukken tot een realiteit? ( ) Eerste onmiddellijke nood is: operationeel onderzoek over de vraag om zorgen en het aanbod ervan. Tweede onmiddellijke nood: de huisartsen zelf moeten de inhoud van de huisartsgeneeskunde methodisch ordenen. ( ) Derde onmiddellijke nood: een systematische aanpak van de scholing en de nascholing”.

# S-5 als conflict

## Discussie naar aanleiding van een artikel van collega G. R. van Urk

De heer Van Urk<sup>1</sup> schreef kortgeleden in dit blad over „S-5 als conflict”. Mijn gezegde volgt hieronder.

1. De heer De Kool<sup>2</sup> schreef onlangs over: „Objectieve wetenschap?”. Ook hieruit volgde voor mij, dat gezegdes over een stof als de onderhavige te beschouwen zijn als min of meer veredelde tafelpraat. In zijn inleiding trouwens haalt de heer Van Urk de wijsgeer Wittgenstein aan. Het door deze gezegde komt neer op: „Ik zeg maar zo, ik zeg maar niks”. De lezer vergeve mij dan, dat ik het niet kan laten en dat ook ik mij aan tafelpraat te buiten ga.

2. Een zelf-denkend mens zal, lijkt mij, het eens zijn met de volgende uitspraken:

a. *Militaire dienst is slechts gebaat met meewerkers.* Toelichting: In het andere geval komen kogel en bom in het verkeerde kamp. Regelingen die bevorderen, dat mensen zoveel mogelijk vrijwillig aan die dienst deelnemen, zijn dan ook nodig. Mijn indruk is, dat denken en doen van onze *defensie*leiding in die richting gaan<sup>3</sup>.

b. *Gekneusden kneust men nog meer door ze te etiketteren als kneusje.* Toelichting: Ik gebruik het woord „etiketteren” ter aanduiding van een onjuiste onderscheiding van dergelijke mensen ten nadele van hen en de meeste anderen. Etiketteren is een onderdeel van discriminatie (ook dit woord gebruik ik hier in ongunstige zin). Zodanige discriminatie komt in overwegende mate voort uit een negatief-gevoelsmatige instelling tegen dezulken. Zo'n onjuiste en nadelige instelling wordt verkocht door middel van een zogenaamde rationalisatie, dat is: een praatje voor de vaak. Voorbeeld: „Geestesgestoorden zijn niet te benaderen, ze zijn gevaarlijk, er is niets aan ze te doen en: weg met ze”. Het een en ander leidt tot niets, namelijk tot een niet-behandelen.

c. *Anderzijds is het van groot, soms van levensbelang (voor hem en de anderen) dat de gekneusde wordt gemerkt.* Toelichting: Anders weten „pil” en „hospik” niet bij wie zij moeten zijn en aan wie zij wat moeten doen.

d. *Ook het merken van wie grotere kans loopt gekneusd te worden is van belang.* Toelichting: Bedoeld is het belang van die man, zijn kornuiten en zijn baas.

e. *Veel in de wereld deugt niet, soms fundamenteel niet.* Toelichting: geen. Wel voer ik als term in: de W.D.N.D., dat is: de Wereld Die Niet Deugt.

3. Naar mijn ervaring als bedrijfspsychiater (destijds werkzaam in het militaire, nu in het burgerlijke

rijksoverheidsapparaat) is een signalering van meer of mindere stabiliteit met een redelijke mate van zekerheid uitvoerbaar. Dat wil zeggen: redelijk verantwoord kan worden bepaald wie grotere kans heeft om mank te gaan aan „psycho-sociaal dysfunctioneren” (zo zegt men dat tegenwoordig) in betrekking tot bepaalde situaties of toestanden. Dat betekent: 's mans computer (gelegen in het neurocranium<sup>4</sup>) raakt van slag en hij is niet of minder handelingsbekwaam om zijn wereldje (gezin, werk) te hantieren, er vorm aan te geven. Anders uitgedrukt: de wisselwerking tussen haar/hem en haar/zijn wereldje is buiten-model; uit haar/hem komt weinig of niets behalve een „klacht”, die tegelijk ook een *aanbod* is aan, bijvoorbeeld, een dokter.

S-kwalificatie (bijvoorbeeld van 1 tot 5) is een schatting van de stabiliteitskans in bovenbedoelde zin. Zodanige schatting ervoer ik als te verwerkelijken. Met zo'n schatting houd ik mij geregeld bezig (dat versterkt natuurlijk mijn gezegde niet). Zo'n schatting vind ik nuttig, als men er iets mee *doet*<sup>6</sup>.

4. De meer en minder stabielen zag en zie ik in vele soorten en maten: aardigen (de meesten)/lelijkkerds; slimmen (de meesten; vaak als dom vermomd)/echt dommen, en in psychiatrisch jargon zus of zo te benoemen. En ik werkte en werk met hen. Ik bevind, dat met de allermeesten van hen goed te werken valt.

Maatschappelijke fermenten nu (woordgebruik van de heer Van Urk) trof ik aan onder personen van verschillende stabiliteitsgraad. Correlatie nam ik althans niet waar. Wel lijkt het mij duidelijk, dat fermenten krachtadiger zullen fermenteren naarmate hun stabiliteit groter is. Overigens meende ik soms waar te nemen, dat bij een bepaalde soort van minder stabielen (als gezegd: er zijn vele soorten) de „klachten” (zie punt 3.) bestaan uit aanklachten tegen de W.D.N.D. (zie punt 2. e) en minder uit aanklachten tegen of klachten over haar/zijn wereldje respectievelijk tegen of over zichzelf. Klagen overigens mag van mij en beschouw ik in een deel der gevallen als nuttig. Als ik een onnuttig klagen moet word. zal ik het wel zeggen en proberen er iets aan te doen.

5. De zojuist bedoelde soort is als type raak getypeerd door de heer Van Urk. Hij noemt ze dissenters of dissidenten; zegge: tegen-voelers of tegenzitters (waaraan nog zijn toe te voegen de tegenliggers). Ik heb enkele van dergelijke mensen, als S-5 aangemerkt, ontmoet. Mijn indruk was, dat er bij deze mensen een gemengde vreugde bestond over de ontsnapping aan de dienstplicht. Overigens werd duidelijk de voorkeur gegeven aan een S-5 vooraf,

bij de eerste keuring, dan tijdens de dienst. Blijkbaar ligt het laatste maatschappelijk slechter. Onlangs ontmoette ik een persoon, die na contact met de militaire psychiater bij de reserve was ingedeeld en aldus voortijdig was afgezwaid. Ik noemde dat: S-5-achtig. (Het probleem wordt er zo niet eenvoudiger op.)

6. Ik neem begrippen als tegen-voeler, tegen-zitter en tegen-ligger mede de heer Van Urk in dank af. Ik acht het nuttige begrippen. Ook hierom: men komt het type — de lezer die mij tot hier toe heeft willen volgen zal het mij allicht vergeven — ook wel eens tegen bij artsen. Uitgezonderd de werkelijk frontstrijdende huisarts en de snijdende operatieve vakgenoot, komt de arts gemakkelijker in deze typering terecht dan bijvoorbeeld de warme bakker, welk woord ik aan de heer Cost<sup>7</sup> ontleen. Op de sociologische achtergronden van dit verschijnsel ga ik nu niet in<sup>8</sup>. Welomschreven is dit erudiete type kortgeleden aangewezen door de heer Van t Reve<sup>9</sup> en raak neergelegd weleer door de dichter Leopold<sup>10</sup>.

7. Tenslotte ga ik nog even in op de W.D.N.D.: de Wereld Die Niet Deugt (wit en hel van haat, aldus de heer van Urk<sup>11</sup>). Mijns inziens is die wereld niet gebaat met uitlokking tot gewaarloze (al of niet S-5-achtige) schijnconflicten. Wel acht ik bedoelde wereld gebaat met mee-standers en mee-lopers en een goed deel tegen-standers en tegen-lopers; en ook met dokters die verminderde stabiliteiten, zijnde realiteiten, niet negeren doch er — voorkomend en behandelend: miljarden guldens en veel leed spaarend — iets aan doen.

#### Noten:

1. Urk, G. R. van; Medisch Contact nr. 50/1970, blz. 1359. Zie ook zijn vele andere artikelen/ingezonden stukken in dit blad: de jaargangen 1965, 1966, 1967, 1968, 1969 en 1970.

2. Kool, A. de; NRC-Handelsblad 5 december 1970.

3. Redactie NRC-Handelsblad 19 december 1970: „De mens in de krijgsmacht”.

4. Naar aanleiding van dit onderdeel van mijn bijdrage signaleer ik de reeds langer bestaande centrale landelijke registratie van geestesgestoorden ter Hoofdingspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid te Leidschendam. Blijkens mijn inlichtingen geschiedt deze volgens het zogenaamde microsectie-systeem, een met het oog op de anonimiteit waterdicht systeem. (Het ontgaat mij dan ook waarom er over de komende volkstelling zoveel twijfels rijzen. Men zou toch dit waterdicht systeem, gebruikt voor een „subvolkstelling” van geestesgestoorden kunnen overnemen.) Zie over deze unieke landelijke patiëntenregistratie: Medisch Contact nr. 50/1970, blz. 1351 (staatssecretaris Kruisinga).

5. Broek, A. J. P. van den, e.a. Leerboek der beschrijvende ontleedkunde van den mensch, deel I, pag. 84; Utrecht 1935.

6. Terzijde merk ik op, dat het beoefenen van geneeskunst (in casu bedrijfsgeneeskunst) in verbinding met de ambtelijke wereld zekere voordelen heeft vergeleken bij het particuliere bedrijfsleven, in het algemeen gesproken. De formeel-duidelijke regels met betrekking tot het over-

heidspersoneel zijn van nut bij het beoefenen van een hele geneeskunst, dat is een geneeskunst die niet slechts wat doet aan het aangeklaagde orgaan, doch ook aan deze vrouw/man in betrekking tot haar/zijn wereldje (in casu haar of zijn werk). Die duidelijke regels vormen daarbij een nuttig kader; ze trekken lijnen: je weet hoe laat het is, althans behoort te zijn. En *erbij*-zijn en *bij*-tijd-zijn is de kern van gezondheid.

Heel-kunstig behandelen van stoornissen in dit *erbij*-zijn houdt in: deze arts, met name Truus/Jan, handelt zelf zó dat een naamloze patiënt(e) of ziel, van een lijdend voorwerp zonder gezegde en zonder handelen overgaat in een onderwerp met gezegde; dat is een zelfstandig naamwoord, met name deze Mien/Piet, die werkelijk iets zegt en handelt *metterdaad* (en met wie en op wie dan ook wordt gerekend, omdat zij/hij een stem is die telt).

In een aantal gevallen is daarbij bestrijding van zogenoemde eliminatie-procedures die door invalidatie-technieken zijdens groeperingen waarin Mien/Piet functioneert (of reeds wat minder functioneert) worden bewerkt, aangewezen. Zij zijn door de heer Trimbos beschreven (Maandblad voor de Geestelijke Volksgezondheid 1970/248). Men zie ook het over de heer Bastiaans geschrevene in Vrij Nederland op 5 september 1970. Het verdient de voorkeur dat dit door Mien/Piet zelf gebeurt. Soms is het aangewezen dat Truus/Jan-dokter daaraan een rechtstreekse bijdrage levert wanneer hij daartoe bevoegd is. De bedrijfsarts heeft die bevoegdheid ten aanzien van de werkgroepering, de huisarts ten aanzien van het gezin. Een speciale deskundigheid voor het behandelen van groeperingen is daarbij vereist. Naar mijn ervaring is het verlangen om zich een zodanige deskundigheid te verwerven, niet groot.

7. Cost, W. S. (en L. van der Drift); Medisch Contact nr. 41/1970, blz. 1081 (foto met onderschrift).

8. Kuiper, J.P.; Bedrijfsarts en arbeidende mens; Assen 1968. Op pag. 294 e.v. vindt men feiten over beeldvorming van bedrijfsartsen over de psychiater. Bijvoorbeeld: „Zij zouden een gevaar in het bedrijf vormen”.

9. Reve, K. van het; „De onverdraagzaamheid van het christendom”; Haagse Post 23-29 december 1970, pag. 36.

10. Leopold, J. H.

In fijne vingertoppen leeft  
een diep en innerlijk gebaar,  
een angst, een ongeduld dat beeft  
voor anderen als voor gevaar.  
Een talmen eerst en een weerhouden  
een afstand, en een vlucht alstoen,  
want dat zij enkel schaden zouden,  
en dat zij niet dan afbreuk doen.  
Een veelbetekend gedrag  
van tegenzin en licht bedenken,  
geheime reden liggen mag  
in aarzelen zich weg te schenken.  
De huijverende verbintenissen  
van and'rer en van eigen aard  
een weigoren en een willen is,  
gegeven, tegelijk bewaard.

11. Vooral is de tragiek, dat Oost en West zich beiden defenderen (zie punt 2.a), dat is: zich verdedigen of verdoen; dat is: schijnbaar doende, ieder zichzelf en beiden elkaar, voorshands geleidelijk, vernietigen. Echt tragisch nochtans kan voor ieder onzer slechts zijn dat niemand onzer (meen ik) een operatieve oplossing voor dit kernprobleem kent. U niet en ik niet weet wat aan die zaak van uw dood en uw leven, van mijn dood en mijn leven, te *doen*.

# Uitspraak Medisch Tuchtcollege Amsterdam

## ***Apotheekhoudend huisarts verstrekke andere dan door dermatoloog voorgeschreven geneesmiddelen***

Het Medisch Tuchtcollege te Amsterdam heeft de navolgende beslissing genomen naar aanleiding van de klacht van A..., geboren... zonder beroep en B..., geboren... beiden wonende te Z..., klagers, tegen C..., geboren... huisarts, wonende te Z..., verweerder.

Het college heeft kennis genomen van de klacht, vervat in brieven van klagers aan de Officier van Justitie in het Arrondissement X, van 1 december en 5 december 1968, een verweerschrift van 1 februari 1970, een proces-verbaal van verhoor van klagers door de voorzitter van 7 februari 1969 en voorts gehoord ter zittingen van... en... klagers, bijgestaan door Mr. ... advocaat te X, verweerder en als getuigen de huidarts D, te Y, E internist te Y, en F, internist te X.

Het college heeft bij brieven van 18 en 28 september 1970 inlichtingen gevraagd aan... en deze bij brieven van 25 september en 22 oktober verkregen, en voorts inzage genomen van het receptenboek van verweerder. Ter zitting van... zijn tevens overlegd brieven van 23 oktober 1968 van getuige F en van 1 oktober 1968 van getuige E.

In verband met het feit dat klagers kenbaar hadden gemaakt dat hun klacht pas geruime tijd na de indiening in behandeling is genomen, zij vastgesteld dat op 12 december 1968 de voormelde ter kennis van de Officier van Justitie gebrachte klacht van deze werd ontvangen, dat in voorlopig onderzoek van 7 februari 1969 aan klagers is medegedeeld dat het college bereid was, indien zij zulks wensten, de klacht als bij dit college ingediend te beschouwen, dat klagers alstoen verklaarden zich daarover te willen beraden, dat zij op 16 september 1969 deden berichten dat zij hun klacht als bij dit college ingediend wensten beschouwd te zien en dat daarna een afschrift ten behoeve van verweer naar verweerder is gezonden. De klacht moet derhalve als op 16 september 1969 ingekomen worden aangemerkt.

Door het onderzoek is vastgesteld: Klagers dochter..., geboren op... en wonende ten huize van haar ouders consulteerde in het voorjaar 1967 verweerder wegens klachten over acné. Deze schreef een smeerseltje voor van 2 pct. salicyl en 4 pct. zwavel. Toen dit na omstreeks 14 dagen geen baat gaf, verwees verweerder haar naar de huidarts D. Blijkens diens anamnestiche gegevens zou de patiënte hebben medegedeeld reeds 20 jaar van acne last te hebben. Deze schreef onder meer voor sulfadiazine en staakte deze behandeling op 30 november 1967. Op 2 januari 1968 keerde de patiënte

bij hem terug en op 23 januari 1968 schreef hij onder meer voor terramycine, waarvoor hij vervolgrecepten gaf op 25 februari, 21 maart, 25 april en 21 mei 1968 en vervolgens op 16 juli en 15 augustus 1968. Bij consult op 24 september 1968 deelde de patiënte mede last te hebben van blauwe plekken. Een naar aanleiding daarvan verricht bloedonderzoek deed onder meer blijken dat patiënte slechts 18.000 thronibocyten had. Patiënte is toen opgenomen op 26 september 1968 in het... te... met de waarschijnlijkheidsdiagnose pancytopenie, welke diagnose door laboratoriumonderzoek werd bevestigd. Op 1 oktober 1968 is de patiënte doorgezonden naar het... Ziekenhuis te X, ter verdere behandeling. Op 17 oktober 1968 is de patiënte ontslagen. Kort daarop traden weer bloedingen op, waarvoor ook verweerder werd geraadpleegd en op 23 oktober 1968 is patiënte wederom opgenomen in het... Ziekenhuis, waar zij op 10 november 1968 overleed.

Verweerder als apothekhoudend huisarts bereidde voor de patiënte de door de huidarts D voorgeschreven geneesmiddelen, althans verstrekke deze. Hij heeft in elk geval op 26 april 1968 de patiënte in plaats van de toen voorgeschreven terramycine (dan wel tetracycline) 30 chlooramphenicol-tabletten van elk 0.250 gr. gegeven, naar zijn zeggen, omdat de patiënte hem toen hij haar ontmoette voor het afhalen van het recept had gezegd dat het niet beter ging met de acné. Verweerder lichtte over deze wijziging van de receptuur de huidarts D niet in. In de opgave van april 1968 aan het Ziekenfonds declareerde verweerder wel het recept voor tetracycline.

Op 18 juli 1968 verstrekke verweerder wederom, zonder de huidarts D daarin te kennen, 30 tabletten chlooramphenicol, welk recept hij over die maand ook voor de patiënte aan het Ziekenfonds als chlooramphenicol declareerde.

Onzeker is of verweerder nog een derde maal in de periode tussen april en september 1968 chlooramphenicol tabletten verstrekke. Waarschijnlijk is dat de beenmergbeschadiging is veroorzaakt door het gebruik van chlooramphenicol.

Hetgeen klagers aan verweerder verwijten komt voornamelijk hierop neer dat hij:

1. hun dochter andere geneesmiddelen verstrekke dan door de huidarts D voorgeschrevene, en
2. een gevaarlijk middel als chlooramphenicol aanwendde voor een ongevaarlijke ziekte.

Bovendien verwijten klagers verweerder dat hij a.

na zijn terugkeer van vakantie op 7 oktober 1968 niet onmiddellijk met zijn patiënte contact opnam: b. eind oktober, bij de patiënte geroepen, niet onmiddellijk kwam en sprak over „mond en klauwzeer” en c. een zo onordelijke administratie zou voeren dat recepten zoek raakten.

De onder a, b en c hiervoren genoemde verwijten zijn niet zodanig dat deze oplegging van een tuchtmaatregel zouden rechtvaardigen.

Verklaarbaar is — rekening houdend met bij artsen zich gedurende een vakantieperiode ophopende post — (a) dat verweerder eerst enige tijd na 7 oktober 1968 bemerkte dat zijn patiënte was opgenomen, en toen geen directe aanleiding had contact met haar in X op te nemen. Verweerder is voorts (b) toen hij eind oktober 1968 werd geroepen wel naar de patiënte gegaan en dat het verzoek om te komen zodanig alarmerend was dat hij onmiddellijk zich op weg had dienen te begeven, is geenszins komen vast te staan. Nu klagers zulks beweren en verweerder het ontkent, kan niet bewezen geacht worden dat hij bij zijn bezoek van „mond en klauwzeer” zou hebben gesproken, nog daargelaten in welk verband deze uitlating zou zijn gedaan. Wel verwees toen verweerder naar een gynaecoloog, kennelijk wegens de klacht over ernstige menstruele bloeding. Of verweerders administratie (c) ernstig onordelijk was is eveneens onvoldoende komen vast te staan. Het feit dat in zijn vakantieperiode na april 1968 zijn waarnemer het in april 1968 door de huisarts D gegeven recept zou hebben gevonden, doet zulks niet blijken nu het juist dit recept was dat verweerder wijzigde en dus niet honoreerde. Evenmin kan op onordelijkheid wijzen dat verweerder over de maand april 1968 ten onrechte bij het Ziekenfonds tetracycline voor de patiënte declareerde in plaats van de toen verstrekte chlooramphenicol, nu kennelijk verweerder het tetracycline recept reeds in zijn receptenboek had ingeschreven voordat hij het wijzigde en bij later opgave aan het Ziekenfonds de ingeschreven receptuur heeft overgenomen. De — namens klagers uitgesproken — suggestie dat verweerder aldus opzettelijk zich ten koste van het Ziekenfonds zou hebben willen bevoordelen, mag niet worden aanvaard nu verweerder in juli 1968 wel chlooramphenicol voor de patiënte declareerde.

Voor de hiervoren onder 1 en 2 genoemde verwijten gelden de navolgende beschouwingen;

1. Bepaald onjuist was dat verweerder eigenmachtig, zonder voorkennis van — dan wel mededeling achteraf — aan de huisarts D de door hem voorgeschreven terramycine wijzigde was het zijn plicht — onverminderd verschil van inzicht over de voorgeschreven therapie — geneesmiddelen door anderen voorgeschreven zonder meer te verstrekken.

Hierbij klemt echter bovendien, dat verweerder ook — naar zijn verklaring — een tweede keer op dezelfde wijze van voorgeschreven receptuur afweek, terwijl niet met zekerheid kan worden vastge-

steld of zulks wellicht ook een derde keer is geschied.

Bovendien echter ware zeker bij aanwending van een middel als chlooramphenicol, omtrent de wenselijkheid van welk gebruik twijfel bestaat, reden geweest de betrokken huisarts in te lichten.

Dit onjuist en ook lichtvaardig handelen is ondermijnd voor het vrouwen in de stand der geneeskundigen.

2. Op zich zelf beschouwd is tenminste onzeker of in een geval als het onderhavige verweerder chlooramphenicol, waarvan hij de mogelijke gevaren kende, had mogen voorschrijven.

Nadat dit geneesmiddel aanvankelijk als antibioticum zeer gunstig was ontvangen, terwijl het ook thans nog geregeld toepassing vindt, zijn in de loop der jaren gevolgen met betrekking tot mogelijke afbraak van het beenmerg bekend geworden. Dit heeft er toe geleid dat zowel in regelmatige publicaties als het Geneesmiddelen-bulletin, als in literatuur (o.m. „Schadelijke nevenwerking van geneesmiddelen” van Prof. Dr. L. Meijler) voor die gevolgen is gewaarschuwd, erop is gewezen dat het als geneesmiddel van „tweede keus” kan worden benut en uitsluitend bij ernstige ziekten, waarbij risico voor de gevolgen van het middel gerechtvaardigd voorkomt.

Ook de ten deze gehoorde getuigen hebben er hun twijfel over uitgesproken of acné ter bestrijding dit middel rechtvaardigt. Verweerder heeft zich te dien aanzien beroepen op het werk „Antimicrobiële therapie” onder redactie van Prof. Dr. W. R. O. Goslings en Dr. N. Lubsen (1966) en erop gewezen dat onder het hoofdstuk „huidziekten” ook chlooramphenicol als geneesmiddel wordt genoemd, indien andere middelen geen succes bieden.

Ook al kan men zich afvragen of verweerder ten deze juist handelde door chlooramphenicol voor te schrijven, toch kan niet worden gezegd dat hij dusdoende blijk gaf van zodanig grote onkunde dat een tuchtmaatregel gerechtvaardigd zou zijn. Van ernstige nalatigheid is evenmin sprake nu verweerder zich tevoren er kennelijk wel van had vergewist of dit middel ook bij acné mag worden toegepast. Bovendien kan acné bij een jonge vrouw, in hardnekkige vorm, waarbij klaarblijkelijk ook therapie met terramycine na langere tijd niet voldoende gevolg had, niet meer worden beschouwd als een zo triviale aandoening dat enig risico bij de bestrijding volstrekt onaannvaardbaar is. Verweerder mocht ook aannemen, zoals in de literatuur ook wel wordt vermeld, dat gevaar voor het leven in 1 op 50.000 tot 100.000 gevallen voorkomt. Daarbij valt tenslotte te bedenken dat van tijd tot tijd als volstrekt ongevaarlijk beschouwde geneesmiddelen plotseling zeer ernstige gevolgen blijken te kunnen veroorzaken. Ook al was de dosering welke verweerder gaf gering en ook al kan een gevolg als het onderhavige optreden ook na zeer kort gebruik van geringe hoeveelheden en pas geruime tijd na staken van gebruik, toch ware het ten deze juist geweest indien

controle van het bloedbeeld ware geschied, zij het dat niet gezegd kan worden dat daardoor het ingetreden gevolg had kunnen zijn voorkomen.

Niet is komen vast te staan welke invloeden ten deze een rol hebben gespeeld en het moet er dan ook voor worden gehouden dat de patiënte constitutioneel een onverwachte en niet te voorziene gevoeligheid voor dit anti-bioticum bezat.

Het vorenoverwogene leidt tot oplegging van na te melden maatregel, waarbij tevens in aanmerking is genomen dat klagers — hoe verklaarbaar wellicht — na het overlijden van hun dochter verweerder bij herhaling en openlijk ernstige verwijten hebben gemaakt en dit overlijden bij voortdurend aan zijn schuld hebben geweten, hetgeen voor verweerder reeds een ernstig gevolg van zijn handelen betekent.

Het algemeen belang vergt openbaarmaking van deze uitspraak.

Voor vergoeding van kosten uit 's Rijks kas door klagers of verweerder gemaakt in verband met de behandeling der klacht, bestaat geen grond.

Berispt verweerder.

Beveelt openbaarmaking van deze beslissing met inachtneming van artikel 63 Reglement Medisch Tuchtrecht in de Nederlandse Staatscourant en door toezending met het verzoek om publikatie aan de redacties van het tijdschrift Medisch Contact, Het Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde en de Ned. Jurisprudentie.

Aldus gewezen door Mr. M. Knap, als voorzitter met Dr. M. J. Heering, J. W. J. de Laive, Dr. A. W. M. Pompen en C. Landheer als leden-geneeskundigen op 16 november 1970 in tegenwoordigheid van Mr. R. Blekxtoon, secretaris.

---

## Kindermishandeling en het beroepsgeheim van de arts

Naar aanleiding van een betoog van de heer Tilanus (C.H.U.) tijdens de behandeling van de begroting 1971 van het departement van Sociale Zaken en Volksgezondheid, een betoog waarin dit Tweede Kamerlid nader inging op het vraagstuk van de kindermishandeling en het beroepsgeheim van de arts, repliceerde staatssecretaris Kruisinga als volgt:

Het recht zich op een beroepsgeheim te beroepen steunt voor wat betreft de arts, in dat geval t.o.v. het recht als reget niet op de door hem afgelegde eed; in strafzaken heeft de arts een verschooningsrecht. Hij kan als getuige gehoord, zeggen: Ik behoef niets te vertellen, want het is mijn beroepsgeheim. Het is aan de rechter om uit te maken, of de arts zich terecht op dat beroepsgeheim beroept. In de regel komt dat erop neer, dat de rechter als medisch beroepsgeheim datgene aanvaardt, wat de arts in bepaalde gevallen en onder bepaalde omstandigheden meent geheim te moeten houden. Indien de arts voor zich zelf tot de eigen conclusie komt, dat er gewichtiger belangen aan de orde zijn dan het verzwijgen van bepaalde feiten, dan rijst de vraag voor hemzelf of hij door te spreken het geheim schendt, waarvan hij weet, dat redelijkerwijs moet worden vermoed, dat hij uit hoofde van zijn beroep verplicht zou kunnen zijn het te bewaren. Het wordt uiteindelijk door de strafrechter uitgemaakt, of een vervolging zou worden ingesteld tegen de arts. Vanzelfsprekend zit hier ook een tuchtrechtelijke kant aan, aangezien het prijsgeven van datgene, wat geheim gehouden dient te worden, zou kunnen opleveren een handeling, die het vertrouwen

in de geneeskundige stand ondermijnt. Het vraagstuk komt er dus op neer, dat bij kindermishandeling de arts bijvoorbeeld na de vertrouwensarts te hebben geraadpleegd, zoals voorgesteld door de interdepartementale commissie-Kindermishandeling, in haar onlangs gepubliceerde advies, uitmaakt of hij moet spreken, bijvoorbeeld door het strafbare feit aan te nemen. Komt hij persoonlijk na wikken en wegen tot de conclusie dat hij moet spreken, dan rijst een technisch-juridisch probleem. Is er sprake van een geheim, waarvan hij weet, of redelijkerwijs moet vermoeden dat hij het verplicht is te bewaren, dan komt de vraag aan de orde, of hij bij opzettelijke schending van dat geheim strafbaar is of dat er sprake is van strafuitsluitings- of rechtvaardigingsgrond, hoe dan ook. Naar mijn voorlopige aanvankelijke mening beletten de bestaande bepalingen niet, dat in die gevallen, waarin maatregelen een gewichtiger belang dienen dan verzwijging van feiten, de arts kan spreken. Maar hieromtrent zal ik nog contact opnemen met de minister van Justitie. Als onze eerste voorlopige indruk juist is, behoeft er geen wijziging in de wet te komen; de arts mag spreken als hij in gemoede overtuigd is, dat zulks beter is dan zwijgen. De Raad van Europa pleit in een der aanbevelingen wel voor een bepaling in de wet, die de arts ontslaat van zijn beroepsgeheim in geval van kindermishandeling. De raad gaat daarbij echter uit van bepaald een ander begrip „beroepsgeheim” van de arts dan wij in Nederland kennen. In ons land kennen wij niet het absolute beroepsgeheim, in die zin zoals dat elders blijkbaar wel bestaat.

# BESCHRIJVINGSBRIEF

*voor de 157ste Algemene Vergadering van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, te houden op zaterdag 24 april 1971, aanvang 10.30 uur in het Jaarbeurs Congres- en Vergadercentrum, Jaarbeursplein, Utrecht. (tel. 030-914914)*

Amendementen op de verschillende punten van deze beschrijvingsbrief moeten, om voor publikatie door het hoofdbestuur in aanmerking te komen, vóór 24 maart a.s., bij het hoofdbestuur worden ingediend.

I. *Opening van de Algemene Vergadering te 10.30 uur.*

II. *Benoeming van een commissie van redactie van het verhandelde ter Algemene Vergadering.*

III. *Inleiding van de voorzitter.*

IV. *Benoeming van twee leden in de Commissie voor het bureau voor waarneming en vestiging.*

Voorgedragen worden W. Vegelin, Tzummarum (Fr.) en Dr. J. H. Aarts, Rotterdam.

V. *Medisch Contact.*

N.B. Aan de A.V. zullen mededelingen c.q. voorstellen worden gedaan met de in de afgelopen periode gevoerde besprekingen tussen het H.B. en het bestuur van Medisch Contact.

VI. *Voorstel tot goedkeuring van de 14e lijst van aanvullingen en wijzigingen van het Besluit en Rapport inzake Geneeskundige Verklaringen.*

Zie dit nummer van Medisch Contact.

VII. *Voorstel van het H.B. tot wijziging van de procedure van de verkiezing van afgevaardigden respectievelijk van leden van districtsraden.* Zie het volgend nummer van Medisch Contact.

VIII. *Mededelingen van het hoofdbestuur.*

IX. *Rondvraag.*

X. *Sluiting.*

Utrecht, februari 1971

Namens het hoofdbestuur,  
J. Diepersloot,  
secretaris-generaal

*Punt VI*

**Voorstel tot goedkeuring van de veertiende lijst van aanvullingen en wijzigingen bij het rapport en besluit inzake geneeskundige verklaringen**

Het hoofdbestuur stelt, op verzoek van de Commissie inzake Geneeskundige Verklaringen, aan de Algemene Vergadering voor de punten A-2 (pag. 56), C-3 (pag. 74) en C-9a (pag. 80) als volgt te vervangen.

*A-2. Opname van krankzinnigen*

In 1970 is een partiële wijziging van de Krankzinnigenwet van 1884 tot stand gekomen. Daarbij zijn met name ook de voorschriften ten aanzien van de voor opname noodzakelijke verklaringen gewijzigd.

a. *Machtiging.* Bij opname in een gesloten afdeling is de normale procedure dat door de kantonrechter of de president van de rechtbank — meestal op verzoek van familieleden van de patiënt — machtiging tot plaatsing in een krankzinnigengesticht wordt verleend. Hiertoe eist de wet een met redenen omklede verklaring van een zenuwarts, die de patiënt *niet* onder behandeling heeft. (In bijzondere omstandigheden kan, onder goedkeuring van de inspecteur van de geestelijke volksgezondheid, ook een andere arts, die de patiënt niet onder behandeling heeft, deze verklaring afgeven.) Zo mogelijk pleegt deze (zenuw)-arts tevoren overleg met de huisarts.

Hieruit blijkt, dat onder de nieuwe wettelijke regeling de b.g. niet meer bevoegd is de voor de machtiging vereiste verklaring af te geven.

b. *Inbewaringstelling.* In spoedeisende gevallen, d.w.z. bij ernstig vermoeden van onmiddellijk dreigend gevaar, is de burgemeester bevoegd de patiënt in bewaring te stellen. Daartoe dient de burgemeester eerst een schriftelijke verklaring te hebben van een zenuwarts (of, zo dat niet mogelijk is, van een andere arts), die — tenzij omstandigheden dat onmogelijk maken — de patiënt *niet* onder behandeling heeft. Zo mogelijk pleegt deze (zenuw)-arts tevoren overleg met de huisarts. In geval van tijdnood kan genoeg worden genomen met een mondelinge of telefonische verklaring aan de burgemeester, welke dan schriftelijk dient te worden bevestigd.

Hieruit volgt, dat de b.g. alleen dan een verklaring



voor inbewaringstelling mag afgeven, wanneer niet tijdig een niet-b.g. kan worden ingeschakeld.

### C-3. *Betaling van opname in ziekenhuizen en categorale inrichtingen*

#### a. *Aanvraag tot opname*

(Methode III)

De b.g. mag, zonder voorafgaande controle, aan de med. adviseur van de betalende instelling de opname-diagnose of -indicatie opgeven alsmede de verwachte opnameduur.

#### b. *Verlenging van de verplegingstermijn*

(Methode II)

Voor inlichtingen ten behoeve van verlenging van de verplegingstermijn is een speciale regel van kracht. De b.g. mag onder bepaalde voorwaarden aan c.g. of med. adviseur van de betalende instelling tijdens het verblijf van de patiënt in de inrichting nadere inlichtingen verstrekken, zonder dat er een controle heeft plaatsgevonden. Deze inlichtingen, welke zowel mondeling als schriftelijk mogen worden gegeven, kunnen betrekking hebben op het verloop, op het resultaat van onderzoek of behandeling, alsmede op de vermoedelijke opnameduur. Deze regeling is gebonden aan de volgende voorwaarden:

1. De regeling geldt alleen voor de „officiële instellingen” (zie pag. 73). Evenwel zijn — doch uitsluitend voor dit doel (C-3 sub b) — door de Commissie inzake Geneeskundige Verklaringen hiermede gelijkgesteld die particuliere verzekeringsinstellingen, welke expliciet vermelden onderworpen te zijn aan de jurisdictie van de Raad van Toezicht op het Schadeverzekeringsbedrijf.

2. De betrokken c.g. of med. adviseur moet uitdrukkelijk toezeggen, dat indien er een meningsverschil met de specialist bestaat omtrent de duur der opname of indien de verzekerde de indruk zou kunnen krijgen in zijn aanspraken te worden beperkt, de c.g. alsnog de patiënt zal bezoeken.

Deze regeling vertoont derhalve een grote overeenkomst met de zgn. „voorwaardelijke methode” (§ 7 sub 14, pag. 30).

Ter voorkoming van misverstand zij er op gewezen, dat deze voorschriften a en b uitsluitend betrekking hebben op de *betaling* van de *opname* en derhalve alleen gelden tegenover *ziektelasten-verzekeraars*. Zij gelden dus niet tegenover *zieken-geld-verzekeraars*, want die verzorgen een uitkering bij arbeidsongeschiktheid (zie B-2 en B-6) en hebben met de betaling van de opname niets te maken. En evenmin gelden zij voor de inlichtingen aan de ziekenhuizen en inrichtingen, want die beslissen alleen over de opname zelf (zie A-1 en A-3) en niet over de betaling daarvan.

### c. *Administratieve inlichtingen*

Verklaringen betreffende de datum van opname of ontslag zijn van zuiver administratieve aard en behoren (conform § 8 sub 4) in principe niet tot de taak van de medicus (b.g. noch c.g.). Verzoeken waarin alleen naar deze data wordt gevraagd, dienen derhalve aan de administratie van het ziekenhuis of de inrichting te worden gericht.

#### C-9a. *Specificatie van de geneesmiddelenrekening*

(+) De *apothekhoudende huisarts* is — ingevolge art. 31 van het Besluit Uitoefening Artsenijbereidkunst — verplicht desgevraagd aan de patiënt een *gespecificeerde geneesmiddelenrekening* te verstrekken. Hierin worden vermeld:

de naam van de patiënt,  
de naam van de voorschrijvende arts,  
de afleveringsdatum,  
de afleveringsvorm,  
de prijs.

Voorts is de apothekhoudende huisarts *bevoegd* (hetgeen dus wil zeggen: niet verplicht) rechtstreeks aan de medisch of farmaceutisch adviseur van de betrokken betalende instelling een geneesmiddelenrekening te verstrekken, welke op dezelfde wijze is gespecificeerd.

*Afschrift van het recept* moet desverlangd worden gegeven aan de patiënt (resp. diens wettelijke vertegenwoordiger), aan de voorschrijvende arts, aan een andere arts die de patiënt behandelt, aan een apotheker of apothekhoudend geneeskundige (ter bereiding of aflevering) en tenslotte aan de met opsporing belaste personen, genoemd in art. 33 van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening. Hierbij moet worden aangetekend, dat het verstrekken van een afschrift aan de patiënt (resp. diens vertegenwoordiger) uitsluitend ten doel mag hebben de identificering of continuering van de ingestelde behandeling door een andere behandelende arts.

Voorts mag een afschrift worden gegeven aan de medisch of farmaceutisch adviseur van de betrokken betalende instelling. Deze wettelijke bepaling dient als volgt te worden gehanteerd.

Aan patiënten, die zulks met het oog op hun verzekering nodig hebben, verstrekke men een gespecificeerde geneesmiddelenrekening als omschreven in de eerste alinea van dit punt, d.w.z. met vermelding van de *afleveringsvorm* van het geneesmiddel. Vermelding van de *samenstelling* c.q. de *naam* van het geneesmiddel mag uitsluitend geschieden aan de medisch of farmaceutisch adviseur op diens speciale verzoek. Deze adviseur dient in zijn verzoek te motiveren, waarom hij in dit geval behoefte heeft aan een verdergaande specificatie, en dient tevens de geheimhouding van de te verstrekken informatie te garanderen.

## Collectieve ongevallenverzekering

Sinds een tiental jaren liep er ten behoeve van bestuurs- en stafleden van de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst een collectieve ongevallenverzekering welke bedoeld was als aanvulling op individueel bestaande ongevallenverzekeringen.

Rond de jaarwisseling 1969/70 gaven verschillende omstandigheden aanleiding de opzet van deze verzekering kritisch te bezien en met name de aanpassing van de hoogte van de uitkeringen in ogenschouw te nemen. Zulks geschiedde en een en ander leidde ertoe dat tezamen met de verzekeraar („De Nationale Nederlanden”) werd nagegaan of, en zo ja, hoe de verzekering in een moderner gewaad kon worden gestoken.

Het doet ons genoegen u ervan in kennis te kunnen stellen dat omtrent de nieuwe polisvoorwaarden en de exacte formulering daarvan inmiddels overeenstemming is bereikt, waarbij de verzekeraar een duidelijk tegemoetkomende houding tegenover ons heeft ingenomen.

De nieuwe verzekering is vanaf 5 augustus 1970 in werking. Wij laten hieronder in het kort de belangrijkste elementen de revue passeren.

Grosso modo komt de collectieve ongevallenverzekering hierop neer dat voor drie groepen leden, al naar gelang de feitelijke activiteit welke zij aan de dag leggen, aanvullende uitkeringen zijn verzekerd bij evenementen, welke hen binnen het kader van hun werkzaamheden van de Maatschappij mochten overkomen. Deze drie groepen zijn:

I De (centrale) besturen van de vier verenigingen (K.N.M.G., L.A.D., L.H.V., L.S.V.) en hun stafleden, benevens een groep constant zeer actieve leden van commissies;

II Leden van andere actieve commissies, afgevaardigden, bestuur MC, Raad van Beroep e.d.;

III Personen die enige omliggende activiteit binnen het kader van onze organisatie ontplooien.

Het lijkt goed de samenstelling van deze groepen nog enigszins te verduidelijken. In groep I is, naast uiteraard het volledige hoofdbestuur inclusief staf-functionarissen en de drie centrale besturen met hun staf, bijvoorbeeld gedacht aan de apotheekcommissie, de commissie particuliere- en ziekenfondstarieven van de L.H.V. Deze groep I omvat globaal 100 personen.

Groep II, bestaande uit globaal 470 personen,

omvat naast afgevaardigden ter Algemene Vergadering en hun plaatsvervangers, de afgevaardigden van de L.H.V., de leden van de Raad van Beroep, van het Centraal College, de S.R.C., de C.S.G., de S.G.R.C., het bestuur van M.C., eveneens leden van een aantal andere actieve commissies en organen, waarvan wij noemen: het Ondersteuningsfonds, de commissie geneeskundige verklaringen, de leden van het Comité Permanent, de vertegenwoordigers in de Centrale Raad voor de Volksgezondheid, enz.

Groep III, globaal 1.650 personen, omvat onder meer de leden van de afdelingsbesturen, de districtsraden, de bestuursleden van de P.H.V.'s de districtsafgevaardigden van L.S.V. en L.A.D. en de leden van de plaatselijke verenigingen daarvan, alsmede de medische leden van de tuchtcolleges en de overige vertegenwoordigers van K.N.M.G. en maatschappelijke verenigingen.

Om de gedachten rond de groepen te bepalen, zouden wij heel in het kort zo kunnen definiëren:

Groep I doet veel en regelmatig; Groep II heeft incidentele activiteiten met een zekere bepaaldheid;

Groep III incidentele activiteiten in een losser kader.

Groep I zal in elk geval minstens één maal per maand een activiteit ontplooien, terwijl het bijvoorbeeld voor de afgevaardigden in groep II al kan voorkomen dat zij slechts twee of drie keer per jaar vergaderen.

Om te voorkomen dat ieder nieuw ingestelde commissie of iedere wijziging in de personele bezetting over de hele lijn steeds opnieuw ter kennis van de verzekeraar zou moeten worden gebracht, — hetgeen technisch volstrekt ondenkbaar is — bevat de polis de bepaling dat iedere nieuwe actieve persoon en ieder nieuw orgaan, hoe ook genaamd, in die groep automatisch verzekerd is, waarin hij, respectievelijk thuishoort. Met andere woorden: de feitelijke activiteit is als enige factor bepalend voor de indeling in een der groepen, waarbij uiteraard naar redelijkheid en billijkheid tot een beoordeling zal worden gekomen naar analogie van de bovenbeschreven indeling, respectievelijk de lijst van commissies en organen welke aan de polis is gehecht.

*Dekking.* De verzekering omvat het risico van ongevallen, welke de verzekerden mochten overkomen gedurende:

a. de tijd dat zij geacht kunnen worden werk-

zaamheden te verrichten ten behoeve van de verzekeringsnemer (K.N.M.G.);

b. het gaan van huis naar de plaats van een vergadering/bijeenkomst op aanwijzing van de verzekeringsnemer en omgekeerd, mits dit heen- en teruggaan geschiedt op normale wijze en binnen normale tijd.

Voor de staffunctionarissen gelden enkele bijzondere bepalingen.

*Verzekerde bedragen*, waarbij A betrekking heeft op overlijden en B op blijvende gehele invaliditeit of blijvende gedeeltelijke invaliditeit met daaraan verbonden evenredige vermindering van de uitkering. De verzekering geldt steeds tot de 70-jarige leeftijd.

Groep I:	A. f 200.000,— B. f 400.000,—
Groep II:	A. f 150.000,— B. f 300.000,—
Groep III:	A. f 100.000,— B. f 200.000,—

Wij menen hiermede, na uitvoerig overleg met de verzekeraar, welke wij voor het aangaan van deze soepele regeling gaarne onze waardering uitspreken, tot een bevredigende collectieve regeling te zijn gekomen. De regeling draagt echter — het zij hier herhaald — slechts een aanvullend karakter. Een ieder behoudt zijn eigen verantwoordelijkheid voor zijn basisvoorzieningen bij overlijden en invaliditeit.

Tenslotte zal het duidelijk zijn dat het binnen een organisatie als de K.N.M.G., met zijn vele vertakkingen en een groot corps van perifeer actieve leden, ten ene male uitgesloten is dat alle personen of organen (commissies) met naam en toenaam in een regeling als de onderhavige worden genoemd. Er is derhalve naar gestreefd een zó ruim kader te scheppen, dat verwacht mag worden dat bij hante- ring van normen van redelijkheid — en dit is ook in de verzekeringswereld gebruikelijk — de gevolgen van onverhoopt intredende evenementen bij alle leden, die een activiteit binnen onze organisatie ont- plooiën, zullen kunnen worden bestreken.

Namens het hoofdbestuur  
Mr. B. Schultsz

## MC | VARIA

De Wereldgezondheidsorganisatie heeft Nederland twee studiebeurzen ter beschikking gesteld voor deel- neming aan cursussen in de medische statistiek en epidemiologie, welke dit jaar en volgend jaar in Londen zullen worden gehouden. De W.H.O. hecht groot belang aan opleidingen in epi- demiologische en statistische metho- den, in het bijzonder op het gebied van hart- en vaatziekten. Om de arbeid in deze richting te stimuleren worden de studiebeurzen toegekend. Het is de bedoeling om één kandidaat de cur- sus te laten volgen van september 1971 tot maart 1972, en de andere kandidaat die van september 1972 tot maart 1973. De gegadigden dienen af- gestudeerd te zijn aan de medische faculteit en moeten bij voorkeur werk- zaam zijn in een team, dat zich met epidemiologische onderzoeken op het gebied van hart- en vaatziekten bezig houdt. Van de gegadigden wordt voorts een uitstekende beheersing van de Engelse taal verwacht, waarvoor zij een proef zullen moeten afleggen. Belangstellenden die voor een beurs in aanmerking wensen te komen dienen zich vóór 15 februari a.s. schriftelijk te wenden tot: De Directeur-Generaal voor Internationale Zaken, Ministerie

van Sociale Zaken en Volksgezond- heid, Zeestraat 73, Den Haag.



In verband met het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd is Mr. H. Jansen met ingang van februari 1971 afgetreden als algemeen secretaris van de Ziekenfondsraad. Zijn opvolger in die functie is L. L. Marselis, tot dan toe secretaris van de Ziekenfondsraad. Laatstgenoemde wordt opgevolgd door Mr. T. J. S. Postma, die tevens blijft fungeren als juridisch adviseur bij de Raad.



In verband met de herziening van het Rijnvaartverdrag is het Algemeen Nederlands Onderling Ziekenfonds (A.N.O.Z.) er toe overgegaan een richt- lijn samen te stellen voor medische hulpverlening aan buitenlandse rijnvaren- den. Deze richtlijn is verspreid on- der medici, van wie bekend is dat zij min of meer regelmatig aan deze bui- tenlandse rijnvarenden hulp verlenen, maar denkbaar is dat niet iedere hier- bij betrokken arts is bereikt. Geïnte- resseerden in deze richtlijn, die nu geldt voor België, Duitsland, Frankrijk, Luxemburg, Nederland en Zwitserland

en die informatie heeft omtrent dege- nen, voor wie het Rijnvaartverdrag geldt en welke de aanspraken van de rijnvarenden kunnen zijn, alsook hoe die geldend kunnen worden gemaakt, kunnen deze richtlijn in brochurevorm aanvragen bij A.N.O.Z. (afdeling Inter- nationale verdragen), Kromme Nieuwe- gracht 56, Utrecht, telefoon 030 - 2 56 43.



Van 6-8 september 1971 wordt in het Koninklijk Instituut voor de Tropen, Mauritskade 63, Amsterdam, het 4e Europese Symposium over epilepsie gehouden. Organiserende instanties zijn het Internationale Bureau voor Epilepsie, de Internationale Liga tegen Epilepsie en de Nederlandse afdeling daarvan, de Federatie voor Epilepsie- bestrijding. Als voorzitter van het sym- posium zal optreden Dr. J. H. Bruens uit Breda. Vice-voorzitters zijn: Mrs. Ellen Grass, L.L.D., uit de Verenigde Staten en de Fransman Prof. Dr. H. Gastaut. Het congres zal spreken over sociale aspecten van epilepsie, epilep- sie in ontwikkelingslanden, medische en sociale prognoses van epilepsie en de behoefte aan gespecialiseerde epi- lepsie-centra. Voertalen zijn Engels, Frans en Duits. Correspondentie over wetenschappelijke bijdragen te richten aan Dr. H. Meinardi, p/a Federatie voor

Epilepsie-bestrijding, Ramstraat 43, Utrecht, tel. 030-516629. De inschrijfkosten zullen op ongeveer f 125,— komen voor deelnemers en op f 50,— voor hun begeleiders. Verdere inlichtingen verstrekt de Congresdienst van de Gemeente Amsterdam, O.Z. Achterburgwal 199, Amsterdam-C., tel 020-214455, toestel 1455/1555.



Voor de Boerhaave-cursus „Ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde” op 18, 19 en 20 februari 1971 (zie ook M.C. nr. 4/1971, blz. 104), blijkt zoveel belangstelling te bestaan, dat het aantal inschrijvingen nu reeds het maximaal te plaatsen deelnemertal heeft overschreden. Voor diegenen, die dit getal boven de 300 hebben gebracht, zal bij gebleken interesse een herhaling van de cursus worden gegeven. Belangstellenden wordt daarom verzocht zich op te geven bij het secretariaat van de Boerhaave Commissie voor Voortgezet Onderwijs, Academisch Ziekenhuis, Leiden, tel. 01710-47222, toestel 2797.



De staatssecretaris van Sociale Zaken en Volksgezondheid, Dr. R. J. H. Kruisinga, heeft aan het Instituut voor Economisch Onderzoek van de Rijksuniversiteit te Groningen opdracht gegeven tot de ontwikkeling van economische analyse-methoden welke ter beoordeling van de efficiency in ziekenhuizen kunnen worden toegepast. Het onderzoek zal plaatsvinden onder leiding van Prof. Dr. J. L. Bouma. Als proefterrein voor deze studie is gekozen het Refaja-ziekenhuis te Stadskanaal, weer een diepgaand efficiency-onderzoek zal worden ingesteld. Dit onderzoek moet materiaal leveren voor de ontwikkeling van de analyse-methoden ten aanzien van het economisch functioneren van ziekenhuizen.



Tijdens een recente vergadering van de Raad van Advies van de Stichting voor het ongeboort kind (zie ook M.C. nr. 4/1971, blz. 104) is op voorstel van Prof. Dr. W. P. Plate het streven van de stichting op een nieuwe en kortere wijze geformuleerd als „het bieden van alle hulp bij onvoorziene zwangerschap, mits geen abortus”. Inmiddels hebben zich plaatselijke afdelingen gevormd in Amsterdam, Rotterdam, Leiden, Utrecht, Den Bosch en Maastricht. Alle nadere informatie bij het secretariaat: tel. 03404-10066.

## MEDISCH CONTACT

Verschijnt wekelijks

**Bestuur:** Dr. J. Degenaar, Epe, voorzitter; B. Q. A. Enneking, Breda, vice-voorzitter; Dr. J. A. Stoop, J. M. Kemperstraat 5, Utrecht, secretaris; G. A. C. Bosch, Amsterdam, penningmeester; J. H. van Meurs, Beverwijk.

**Redactie:** Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411.

**Uitgever:** Uitgeverij. Kruyt N.V., Groot Hertoginnelaan 28, Bussum, telefoon 02159-32259°, postgiro 142554.

**Advertenties:** In te zenden — ook brieven op advertenties onder nummer — uitsluitend bij de uitgever. Advertenties behoeven

de goedkeuring der redactie en kunnen zonder opgave van redenen worden geweigerd.

**Abonnementen:** Voor niet-leden der Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst f 40,—, plus f 1,60 BTW = f 41,60, buitenland f 45,—, losse nummers f 1,04 (incl. 4% BTW). Opgave uitsluitend bij de uitgever.

**Adreswijziging:** Leden Kon. Ned. Mij. t.b.d. Geneeskunst uitsluitend aan Lomanlaan 103, Utrecht. Niet-leden aan Uitgeverij. Kruyt N.V., Bussum.

**Oplage:** 16.760 exemplaren.

**Druk:** Verweij Mijndrecht.

## KONINKLIJKE NEDERLANDSCHE MAATSCHAPPIJ TOT BEVORDERING DER GENEESKUNST

**Adressen:** K.N.M.G. (secretariaat, boekhouding, ledenregister, enz.) - Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband - Landelijke Huisartsen Vereniging - Landelijke Specialisten Vereniging - Centraal College - Specialisten Registratie Commissie - College voor Sociale Geneeskunde - Sociaal Geneeskundigen Registratie Commissie - Onderlinge Levensverzekering Maatschappij voor Artsen (O.L.M.A.):

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-885411

Postgiro K.N.M.G.: 58083

**Ondersteuningsfonds voor weduwen en wezen:**

secretaris P. J. M. Baudoin, Parkstraat 7, Assen, telefoon 05920-12184 of 12960; postgiro 111950 t.n.v. de penningmeester der Stichting Ondersteuningsfonds te Utrecht.

**Raad van Beroep:**

Dr. H. Navis, secretaris, Joris van der Haagenlaan 22, Arnhem.

\* \* \*

**Bureau voor waarneming en vestiging:**

van 9 tot 17 uur Lomanlaan 103, Utrecht, telefoon 030-885411;

uitsluitend na 18 uur en in het weekend: telefoon 020-798984.

**Stichting Gemeenschappelijk Beheer en Administratie Beroepspensioenfondsen Artsen:**

Lomanlaan 103, Utrecht  
telefoon 030-887021